



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA**

**“APOYO DEL PSICÓLOGO DE LA SALUD  
AL PACIENTE TERMINAL CON SIDA”**

**TESIS TEÓRICA**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :  
FRANCISCO RIOS BERNAL**

**DIRECTOR DE TESIS:  
LIC. JUAN ANTONIO VARGAS BUSTOS**

**COMISIÓN DICTAMINADORA:  
LIC. MARCO VINICIO VELASCO DEL VALLE  
DRA. SANDRA ANGÉLICA ANGUIANO SERRANO**



**TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO**

**2005**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

A la máxima casa de estudios de nuestro país: UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

A mis padres: Gracias por el apoyo recibido siempre, el esfuerzo, la lucha y la entrega que ustedes han tenido para conmigo, es simplemente, invaluable. Esta tesis representa todo el esfuerzo de los mejores padres que he conocido, mi admiración, agradecimiento y respeto para ustedes. Gracias por haber confiado en mí.

Al amor de mi vida: Elda, gracias por apoyarme y levantarme cada vez que ya no podía seguir adelante. Eres esencial en mi vida y en mi formación como profesionista. Te amo.

A mis hermanos: Gabriela y David gracias por apoyarme en lo que siempre me gustó y por ayudarme a conformar el amor que nos tenemos.

A mi familia: Francisco, Martha, Alfonso, Laura, Enriqueta, Eugenia, Magdalena, Alejandra, Alicia, Alejandra Rodríguez, Eunice e Ian Carlo, ustedes me inspiraron y me dieron la confianza y el valor para lograr siempre mis metas, en verdad son la familia que siempre querré.

A mis amigos: Christian, Flor, Javier, Rosy, Iván, Daniel, Ricardo, Violeta, Deyanira, sin ustedes mi vida sería diferente, gracias por ser más que mis amigos, son como mis hermanos.

A: Carmen, Rubén y Abraham donde quiera que se encuentren, gracias por cuidarme siempre.

A mis asesores: Juan, Angélica y Vinicio, gracias por dedicarme un poco de su valioso tiempo para enseñarme la verdadera calidad de profesionistas reflejada en ustedes. Gracias por ser mis maestros y haber encaminado mi educación al camino del conocimiento.

Gracias a todos los que interactuaron conmigo a lo largo de mi vida y que me ayudaron a conformarme como profesionista, ya que sin ustedes no sería la persona que ahora soy. Mil gracias.

# ÍNDICE

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPITULO I: Historia de la Psicología.	
1.1 Psicología en general.....	9
1.2 La psicología de la salud.....	19
1.3 El modelo Cognitivo-Conductual.....	31
CAPITULO II: El sida y la Psicología.	
2.1 El SIDA (en lo biológico y en lo social).....	52
2.2 Aspectos psicológicos del paciente terminal con SIDA.....	66
2.3 La entrevista psicológica y el paciente enfermo terminal con SIDA.....	75
CAPITULO III: Las terapias y técnicas Cognitivo-Conductuales y el sida.	
3.1 Las terapias Cognitivo-Conductuales como apoyo al psicólogo de la salud.....	85
3.2 Las técnicas Cognitivo-Conductuales que utiliza el terapeuta para el tratamiento y el apoyo al paciente terminal.....	92
3.3 Elaboración de la entrevista para facilitar la detección de pensamientos del paciente terminal.....	105
CONCLUSIONES.....	110
REFERENCIAS.....	113

## RESUMEN

En la presente tesis teórica se realizó una investigación acerca del ¿ que el psicólogo de la salud puede dar al paciente que enfrenta la enfermedad del sida en su fase terminal. Se dio una revisión acerca de la historia de la psicología en general, desde sus inicios filosóficos hasta lo que hoy se conoce dentro de esta ciencia como el modelo cognitivo-conductual, se expuso sus inicios y sus iniciadores quienes fueron A. Beck y A. Ellis. Dentro de esta revisión se expuso lo que estudia la psicología de la salud, esto se hizo con el afán de vincular la enfermedad del sida en su etapa terminal con la psicología de la salud y con el modelo cognitivo-conductual.

Se realizó una extensa explicación de lo que es la enfermedad del sida y como se contrae, todo el proceso, desde su adquisición biológica hasta los aspectos psicológicos que los pacientes desarrollan desde que se enteran que son VIH positivos. Otro aspecto que se trato fue la polémica que esta enfermedad causa dentro de la sociedad mundial, y qué es lo que se ha hecho para poder erradicar la mala información y para poder borrar los tabúes que se tiene de esta enfermedad del siglo XX. Dentro del capítulo dos se explico cual es la importancia de la entrevista psicológica para poder iniciar un tratamiento, y como es que esta es la herramienta mas útil para el psicólogo de la salud.

Las terapias y técnicas cognitivo-conductuales se explicaron en el tercer capítulo, en este apartado se desarrollo la temática de cómo el psicólogo de la salud puede apoyarse en las terapias y en las técnicas conductuales para poder dar un tratamiento psicológico al paciente terminal con sida. En la última parte de la tesis se elaboro la entrevista para la detección de pensamientos no funcionales del paciente terminal con sida, ya que esta fue el objetivo de la presente investigación. Las respuestas del cliente tendrán que ser ordenadas y clasificadas para que el psicólogo pueda pasar la información a un cuadro secuencial integrativo y así realizar rápidamente el análisis funcional del cliente. Teniendo el análisis funcional y sabiendo que contingencia esta manteniendo la conducta no funcional se dará el tratamiento correspondiente.

# INTRODUCCIÓN

En nuestros tiempos la importancia que la sociedad otorga a las enfermedades de transmisión sexual es casi nula. El poco interés que ponen los ciudadanos a este tipo de temas ha traído consecuencias muy grandes. Se puede decir que nuestra sociedad ha dejado expandir este tipo de enfermedades de transmisión sexual (ETS) dando pauta a que un número considerable de personas estén contagiadas por alguna de estas enfermedades venéreas.

Este tipo de enfermedades puede traer como consecuencia en las personas contagiadas la muerte, es el caso del sida (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) que lleva a la persona a una etapa terminal de su vida. Por eso el sida es una de las enfermedades terminales de las más terribles y dolorosas que hay.

Aunque existen diferentes tipos de asociaciones que buscan el bienestar del enfermo terminal se puede decir que existe una parte de la sociedad que no lo ve así.

Para la mayoría de las personas no afectadas por la enfermedad, el sida ha perdido interés que en un principio despertó en la sociedad, estos individuos lo perciben como un problema de otros o de los desviados (Sepúlveda, 1993).

Es así como todavía en estos tiempos existe la mala información y la ignorancia, estas atacan a un porcentaje considerable de la población y con esto se discrimina al sujeto que porta la enfermedad.

Para Pérez (1986) desde el punto de vista social, la enfermedad adquiere mucha importancia, ya que los pacientes con sida son rechazados socialmente, lo que hace que estos mismos no puedan llevar una vida normal en el medio ambiente en el que viven, afectándose psicológicamente tanto ellos como su núcleo social y familiar.

Así que a un porcentaje alto de la población infectada con sida, les cambia la vida al momento de enterarse de que vive en ellos esta enfermedad, ya que algunos pacientes llegan a desarrollar diversos pensamientos y adoptan diferentes conductas que los llevan hacia la depresión o la ansiedad. El paciente se entera primero de que tiene el VIH y que después se le desarrollará llegando a contraer plenamente el sida (recordemos que el sida es una enfermedad que tiene un proceso, este proceso comienza cuando el sujeto es infectado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), este virus va debilitando el sistema inmunológico hasta llegar a la fase denominada sida que es en donde aparecen las infecciones y tumores definitorios el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Esto trae como consecuencia que las personas portadoras del sida en la fase terminal tengan diferentes tipos de cogniciones y por lo mismo tengan diferentes tipos de conductas no funcionales.

Es importante y necesario verificar por medio de un especialista (en este caso un psicólogo) qué tipo de pensamientos, no funcionales son los que afectan a las personas que portan la enfermedad del sida. Por esto mismo es necesario informar que las terapias cognitivo-conductuales son adecuadas para la detección de pensamiento y de conductas no funcionales y así poder dar un tratamiento psicológico al paciente con sida.

Las terapias cognitivo-conductuales son de gran ayuda para el psicólogo, ya que crean un equilibrio en el paciente que las requiere, así se puede considerar que podrían ser las técnicas mas apropiadas para tratar psicológicamente un caso de enfermedad terminal, ya que de alguna manera los enfermos terminales con sida se podrían acercar a alguna depresión mayor por los pensamientos no funcionales que ellos generan al ver el tipo de comportamiento que la sociedad y a veces hasta sus familiares tienen para con ellos.

En el caso de los pacientes terminales con sida la sociedad los rechaza aún más por que ellos son personas que tienen una enfermedad terminal y porque pueden contagiar. Este tipo de enfermedad terminal, no es tomada como cualquier otra enfermedad terminal, por ejemplo, un enfermo terminal con cáncer no tiene un mismo trato de la sociedad que un enfermo terminal con sida. Esto es gracias a las ideas y conceptos que la sociedad adopta y tiene sobre algunos tipos de enfermedades.

Este tipo de ideologías seguirán dañando a los enfermos terminales con SIDA y algunos de ellos seguirán siendo desplazados y abandonados en algunos centros de atención. Esto también trae como consecuencia un desorden tanto psicológico y social en el paciente terminal.

El psicólogo de la salud en este caso deberá tener en cuenta todo lo que ocurre con respecto a su paciente ya sea orgánico, cognitivo y conductual, y deberá reestablecer una coordinación entre estos aspectos para que el paciente pueda generar una estabilidad psicológica y pueda tener un equilibrio emocional en la etapa final de su vida.

La cuestión que abre esta investigación se basa en todas las variables que hacen que los pacientes terminales manifiesten pensamientos que determinen su forma de comportarse durante su enfermedad al momento de la muerte.

El interés de esta tesis es investigar este tipo de situaciones ya que tomando una postura cognitiva-conductual se puede decir que una persona puede tener una calidad de vida considerable si no tiene cogniciones no funcionales que lo lleven a tomar conductas no funcionales, y si tiene este tipo de pensamientos no funcionales detectarlos rápidamente para que haya una buena intervención psicológica. En el caso de los enfermos terminales habría que determinar qué tipo de pensamientos desarrollan en la etapa final de la enfermedad y qué tipo de



conductas adoptan gracias a las mismas cogniciones y así determinar qué tipo de tratamiento se pudiera trabajar con el enfermo.

El capítulo uno tratará de la historia de la psicología, desde los filósofos griegos, hasta los fundadores del conductismo que fueron Watson y Skinner. Se dará una revisión de la psicología de la salud, desde cómo nace como parte de la psicología y que es lo que trabaja, por último en este capítulo se trabajará el modelo cognitivo-conductual, dando a conocer sus máximos exponentes que fueron Ellis y Beck y cómo fue el método de trabajo de ellos.

El segundo capítulo abordará el tema del sida, cuáles son los aspectos biológicos, sociales y psicológicos que genera esta enfermedad en el paciente terminal, se explica también cómo y para qué sirve la entrevista conductual dentro de un tratamiento psicológico para los clientes con sida.

El tercer y último capítulo de esta tesis, trabajará las terapias y técnicas cognitivo-conductuales que el psicólogo puede utilizar para el apoyo de él para con el paciente, y como el terapeuta puede utilizar las terapias como apoyo para lograr un tratamiento psicológico completo y eficaz. En el último punto de este tercer capítulo se elaborará la entrevista para la detección de pensamientos del paciente terminal, que tratará de ser una herramienta útil para el psicólogo para otorgar la intervención adecuada en un caso de urgencia.

# **CAPÍTULO I: HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA.**

## **1.1 PSICOLOGIA EN GENERAL.**

La psicología ha llevado una serie de procesos para su formación como ciencia. Estos procesos llevan una historia que se remonta desde los filósofos griegos hasta nuestra época.

Sánchez (1996) afirma que todos los conocimientos con inclusión de los psicológicos, fueron originalmente tarea de los filósofos, aunque con abordajes metodológicos muy alejados de los que actualmente se consideran específicos del que hacer científico.

Para Rubinstein (1969) las primeras ideas psicológicas surgieron de especulaciones metafísicas, separadas de la práctica, las cuales se basaban en ideas religiosas, y Sánchez (1996) afirma que en la Grecia clásica la vida intelectual se caracterizó por un pensamiento crítico, que se enfrentó en muchas ocasiones a las creencias mágicas o míticas.

Lo que se puede afirmar es que los presofistas fueron los que iniciaron las cuestiones del hombre, su mundo y su conciencia, y esto fue gracias a sus pensamientos.

Para algunos presofistas todo estaba considerado y todo era regulado por los fenómenos externos, entre éstos encontramos al más reconocido que fue Tales de Mileto (siglos VII y VI a.C.) que se dedicó a estudiar la naturaleza de la realidad externa manteniendo que el elemento esencial era el agua.

Rubinstein (1969) menciona que los antiguos filósofos griegos de Mileto ya en el siglo VII favorecieron la concepción del mundo como un todo, esta unidad del mundo la basaban en una materia universal uniforme. Así, que para ellos en esta etapa presocrática la materia era todavía una unidad no diferenciada de lo material y de lo espiritual.

“El alma esta comprendida en la unidad general del método material o mejor dicho no está separada de él” (Rubinstein, 1969, p. 64).

Demócrito de Abdera (siglo V a.C.) mencionaba que no había dioses ni almas, sino solo átomos materiales en el espacio vacío. Es así que casi todos los intereses filosóficos presocráticos estaban centrados en la realidad física externa.

Según Sahakian (1990) para Demócrito (460-370 a.C) el alma era una especie de fuego o calor, para Leucipo (siglo V a.C.) el alma era como átomos esféricos, ya que estas formas ó figuras pueden más fácilmente pasar a través de cualquier cosa y pueden mover otras cosas en virtud de su propio movimiento. Se podría decir que estos dos autores (Demócrito y Leucipo) tenían en común que veían que el alma era lo que hacía que las cosas tuvieran movimiento.

“Sócrates (470-399 a.c.) se planteó la búsqueda de la verdad, belleza, la justicia, Dios y otros conceptos absolutos similares, abriendo el camino a la filosofía idealista de su discípulo Platón” (Sánchez, 1996, p. 32).

Platón, bajo la influencia de sectas religiosas, desarrolló en algunos de sus diálogos una tesis idealista del alma. Para él, el alma es una “idea” una esencia eterna e inmortal; el alma inmortal está separada del cuerpo.

Sánchez (1996), argumenta que, Platón enseñó filosofía mostrando muy poco interés por lo empírico, ocupándose de los temas psicológicos de forma

abstracta: lo que hoy llamaríamos mente, la motivación, la percepción, el aprendizaje, etc., fueron abordados desde una perspectiva idealista.

Por el contrario, Aristóteles; discípulo de Platón, desde su concepción filosófica aspiró ante todo a vencer el manifiesto dualismo de su maestro.

Para Aristóteles “cuerpo y alma son algo indivisible como forma y materia; el alma no puede separarse de la vida orgánica, es su principio organizador” (Rubinstein 1969, p. 65).

Es así como Aristóteles distinguió tres formas diferentes del alma, una vegetativa, una animal y una racional. La primera es específica de las plantas las cuales no poseen ni órganos perceptivos especiales ni un órgano central regulado; la segunda ya es propia de los animales en los cuales ya existen órganos sensoriales de movimiento diferenciados, y la tercera es la del hombre en el cual dispone de una razón cognoscitiva y activa.

Rubinstein (1969), menciona que Aristóteles fué el maestro determinante de la filosofía escolástica y que sus teorías pueden considerarse con razón como resultado de lo que en la antigüedad se hizo en el campo de la psicología.

Aristóteles (384-322 A.C), descubrió y localizó lo que ahora en estos tiempos se conoce como razón y la clasificación de los temperamentos, gracias a esto se presagiaron muchas de las doctrinas e investigaciones modernas (Keller, 1979).

Sánchez (1996), menciona que Aristóteles señaló que en el mundo hay una distinción fundamental: algunas sustancias naturales tienen la propiedad de la vida, mientras que otras no las poseen; lo que separa las primeras de las segundas es la posesión de psique.

Aristóteles, estudiando de forma sistémica la psique ó el alma, la delimitó como una realidad sustancial perteneciente al mundo de la naturaleza, lo que supuso un salto en verdad definitivo a la hora del asentamiento de la psicología como actividad científica, esto fue porque sacó lo mental fuera del campo mítico y religioso, permitiendo su consideración como algo sometido a leyes y a principios naturales; es decir, un campo ajeno a lo metafísico.

Fue así como Aristóteles fue el primer filósofo en enfocar el conocimiento del alma o psique en base a presuntos determinantes naturales, susceptibles de un tratamiento empírico, al igual que cualquier otro elemento de la naturaleza.

Después de Aristóteles vino el periodo de la Edad Media en donde también hubo psicología. Así que en esta etapa, en la época del feudalismo, la iglesia, que era el valuar ideológico de la sociedad feudal, fue creando la filosofía escolástica en donde sólo se acentuaban conceptos idealistas que fueron adaptados al concepto de la teología cristiana.

Sánchez (1996), argumenta que ya en la edad media, a partir del siglo IV d.C., se ocasiona una revivificación de las ideas plutonianas, por ser éstas aparentemente más acordes con los dogmas cristianos imperantes: se defiende fanáticamente la existencia de la “Verdad Revelada” con carácter de conocimiento absoluto, indiscutible e irrefutable, cuya fuente inmediata eran los textos literales de las Sagradas Escrituras.

Es así como el escolasticismo menciona que la filosofía puede, en todo caso, aclarar o enriquecer la verdad pero no producirla, pues tal verdad está dada por Dios en la Revelación y su administración sólo corresponde a la iglesia cristiana. De esta etapa del escolasticismo, destacan 2 autores de gran renombre dentro del catolicismo: Agustín de Hipona (San Agustín) y Tomas de Aquino (Santo Tomas).

Agustín de Hipona construyó una psicología introspeccionista, cuyo objeto de estudio es una sustancia espiritual, el alma, que tiene una actividad ajena al cuerpo. Sánchez (1996), menciona que este dualismo dejaba sin posibilidad a un genuino saber psicológico de carácter científico, pues tal saber se reserva al teólogo.

Para San Agustín, la interioridad es el alma, que considera como una entidad eterna, espiritual y racional, sirviéndole el cuerpo, que es vivificado por ella, como un mero sostén material pasajero.

En tanto, Santo Tomas superando las ideas de San Agustín, mencionaba que, aunque el alma sea inmortal, no puede existir sin el sustrato corporal, de tal forma que el estado del alma separada del cuerpo es imperfecto, a pesar de que su grandeza espiritual le garantice la existencia al margen del mismo.

Por el siglo XIII, el sujeto toma mayor relevancia y se crea la llamada “época del humanismo” en donde se prestó mayor atención a las particularidades de la personalidad y a la influencia de las condiciones naturales.

Rubinstein (1969), menciona que para el pensamiento filosófico y psicológico, fue tal periodo, la época de los grandes racionalistas (Descartes, Spinoza) y de los grandes empíricos (Bacon, Hobbes), quienes rompieron con las tradiciones de la “ciencia” teológica y crearon las bases metodológicas de los actuales conocimientos científicos.

Ya en la edad moderna, el sujeto es la primicia, esto es, que la realidad exterior no es ya el único punto de partida para la reflexión psicológica, sino sobre todo el hombre.

En esta edad moderna también hubo filosofía y se le llamó filosofía moderna, la cual tiene como fundador a René Descartes quien acabó definitivamente con el dogmatismo del pensamiento escolástico.

Mueller (1998), menciona que la psicología de René Descartes, constituye una antropología y una psicología concreta, ya que en su libro "Las pasiones del alma" presenta, primero, una suerte de fisiología de las pasiones, bajo la dependencia de los movimientos por los cuáles el organismo humano crece y se conserva; después una psicología de las pasiones del alma; por último una teoría del libre-arbitrio, y de su papel como moderador y regulador de las pasiones, y en que el conjunto esta orientado a la finalidad de una sabiduría que es pleno desarrollo racional de la personalidad humana.

Es por esto y por otras cosas que, enseguida se mencionarán que en la historia de la psicología merece especial importancia el nombre de Descartes ya que gracias a él se iniciaron importantes corrientes de psicología aparte de que introdujo dos conceptos importantes para ésta: los cuales fueron el de "reflejo" y el de "conciencia".

Sánchez (1996), aporta información en donde se menciona que se pueden diferenciar dos momentos cronológicos sobre los estudios de Descartes: el primero fue dualista, aparece bajo los aspectos del animal-máquina y del cogito; el segundo afecta a lo que Descartes llamó el tercer orden, con el que pretendió superar el enfrentamiento cuerpo-mente que el dualismo traía consigo y complementa diciendo que, para Descartes la tarea de la filosofía y de la razón no es solo analizar una verdad dada, sino también descubrirla.

Ya con el Renacimiento, el pensamiento europeo se había tornado hacia el sujeto, pero una nueva filosofía abriría campo nuevo, propiciando el estudio del sujeto material, permitiendo la consolidación de una psicología cada vez más alejada de la filosofía, ésta psicología se empeñaría en superar la herencia del

dualismo cartesiano y se dedicaría de lleno a la consideración de la vida mental con una perspectiva de carácter materialista, la nueva filosofía que ayudaría a lograrse estos objetivos es la filosofía empirista.

El empirismo, es una línea de pensamiento que nace en Inglaterra y su fundador fue Francis Bacon, pero fue John Locke el que presentó la primera formulación completa sobre el objeto y el método del empirismo, camino que continuaron George Berkeley y David Hume. Así que Bacon, propuso más que nada, una metodología empírica que tenía que ver con recoger todos los hechos y observaciones posibles, llevar a cabo todos los experimentos practicables, coleccionar y clasificar los resultados conforme a ciertas reglas. Locke planteó el problema específico que dio impulso al empirismo inglés, iniciando la destrucción de la psicología racionalista. Locke no negó la existencia del alma si no que cambió este término por el de intelecto o entendimiento, así que Locke se refería al intelecto como una facultad y no como una sustancia.

Para Hume, el intelecto humano se constituye básicamente por la influencia del ambiente, pues decía que lo que el hombre puede conocer del mundo deriva sólo de lo que su entorno le proporciona, pues la mente es originalmente una tabula rasa. En cuanto a Berkeley mencionaba que, si tratábamos de ir más allá, buscando una sustancia subyacente, no añadiremos nada nuevo, sino que formularemos una declaración vacía, así que niega la existencia de ideas abstractas.

Las ideas y las aportaciones de los empiristas ingleses fueron de gran ayuda para que los psicólogos asociacionistas sostuvieran sus teorías, Aunque las ideas de los empiristas fueron ampliadas y perfeccionadas por los llamados asociacionistas.

Para Hilgard (1973), los asociacionistas negaban las facultades innatas de la mente y en lugar de esto, limitaban su contenido a ideas que se adquieren



mediante los sentidos, y se asocian mediante principios tales como la semejanza, el contraste y la contigüidad. Estos psicólogos explicaban toda la actividad mental mediante la asociación de ideas.

“El asociacionismo fue, en cierto sentido, la primera “escuela” de psicología, ya que sus adeptos constituían un grupo de hombres que trabajaban desde un punto de vista coincidente y que enfocaron casi de la misma manera los más importantes problemas psicológicos” (Heidbreder, p. 52, 1985).

Algunos de los asociacionistas con más renombre o más reconocidos son: David Hartley, Thornes Brown, James Mill, John Stuart Mill y Alexander Bain.

Los filósofos se preocuparon por el estudio de lo que ahora conocemos por psicología; demostraron que sus estudios sustentaban a esta nueva ciencia, pero hacía falta el verdadero paso de la psicología: transformarse en ciencia experimental.

Para Rubinstein (1969), las premisas metodológicas para la transformación de la psicología en ciencia, las facilitaron o dieron principalmente aquellas corrientes filosóficas empiristas, que exigían un cambio de la especulación en ciencia experimental, tal como fue realizado en las ciencias naturales para el conocimiento de los fenómenos físicos. Es así como el ala materialista de la tendencia empirista en psicología, jugó un papel importante ya que ésta ala o rama relacionaba los procesos psíquicos con los fisiológicos.

Se empezaron a realizar estudios sobre el campo de la fisiología del sistema nervioso, por ejemplo Charles Bell, demostró la existencia de nervios sensoriales y motores y descubrió las leyes fundamentales de la conductividad. Así que también los trabajos de J. Muller, Du Bois Reymond y Helmholtz sobre la medición a la transmisión de la sensación de los nervios y los trabajos sobre las

leyes generales de la facultad sensitiva y a la función de los diferentes órganos sensoriales condujeron necesariamente hacia la psicofisiología de la sensación.

Es así como todos los trabajos e investigaciones sobre psicofisiología, fueron retomados y sistematizados en el dominio psicológico por Wundt. Varios autores como García y Moya (1993), Sánchez (1996), Hilgard (1973) han mencionado a Wilhem Wundt como fundador de la moderna psicología experimental. Esto se debe a que Wundt inaugurado el primer laboratorio auténtico en Leipzig en 1879.

“Hay que mencionar que, antes que Wundt ocupara la cátedra en Leipzig en 1875; en Alemania Weber y Fechner habían descubierto una ley que expresaba matemáticamente cierta relación entre un proceso psíquico (la sensación) y una energía física (el estímulo)” (García y Moya, 1993, p. 1).

Wundt hizo varios experimentos, uno de los primeros fue efectuado sobre el tiempo de reacción, llevado a cabo en 1888. Se puede explicar que el tiempo de reacción es el que ocurre entre un estímulo y la respuesta de éste. Así que en estos estudios hizo una distinción entre percepción y apercepción.

Aunque casi todos los laboratorios de psicología y los problemas que se trataban procedían de Alemania (especialmente los de Wundt), pronto empezaron a sentirse otras influencias.

Por ejemplo Francis Galton, que fue el pionero de una psicología experimental inglesa, dedicada principalmente a un estudio del problema de las diferencias individuales, incluyendo las aptitudes heredadas; y sus trabajos ejercieron una influencia sobre el desarrollo de los test de inteligencia.

Hilgard (1973), menciona que de Inglaterra provino la influencia de la teoría de la evolución propuesta por Charles Darwin; Debido a que dicha teoría establecía la continuidad entre el animal y el hombre.

Algunos psicólogos basándose en Darwin, creyeron que podemos comprender la conciencia, las emociones y otros procesos psicológicos si conocemos cómo sirven al ajuste del hombre a su medio.

Cuando la psicología se diferenció de la filosofía y comenzó a establecerse por sí misma como ciencia independiente, algunos de los moldes de pensamiento de los filósofos persistieron, y los psicólogos pronto se encontraron desarrollando sistemas o escuelas de psicología contrarios.

Uno de éstos sistemas es de lo más importante todavía en ésta época; Es el sistema conocido bajo el nombre de conductismo (behaviorismo). Para el Conductismo, la Psicología debe ser ciencia eminentemente práctica, sin nada de introspección, y teniendo como objetivo la predicción y el control de la conducta.

Watson, lucha a comienzos de la década de 1910 por una psicología que tan sólo trabaje con variables objetivas y manipulables, para poder controlar científicamente la conducta de los organismos, incluido el hombre. Tan sólo reconoce aquellos procedimientos que atiendan exclusivamente a las actividades del organismo en cuanto a respuestas externas observables a estímulos también observables.

El hombre, no es otra cosa que la suma de condicionamientos habidos. Watson concibe la personalidad como el producto final de nuestros sistemas de hábitos. Negó la existencia de cualesquiera caracteres o facultades innatos.

Según el conductismo lógico de Hull, la conducta de todos los mamíferos opera según las mismas leyes primarias. Intentó explicar cómo y por qué los estímulos y las respuestas se conectan. Por ello, Hull postuló la existencia de entidades teóricas inobservables, que intervienen entre el estímulo y la respuesta.

Según Skinner y su *conductismo radical*, toda conducta se halla siempre completamente determinada, nunca hay libertad de elección. Creemos que alguien merece elogios cuando decide libremente obrar bien y merece culpa cuando libremente obra mal. Sin embargo, para Skinner tanto el elogio como la culpa son igualmente irracionales, dado que toda conducta está determinada por las contingencias de reforzamiento, no por libre albedrío del individuo.

Skinner, utiliza el *condicionamiento operante*, según el cual, una respuesta se repite, si con ella consiguió el animal el éxito (o placer) deseado. La probabilidad de una respuesta aumenta o disminuye por lo que pasa inmediatamente después de la misma, siendo este suceso un reforzador positivo o negativo, siendo este suceso un reforzador positivo o negativo, según aumente o disminuya tal probabilidad. La relación entre la respuesta y lo que sigue es únicamente temporal. Skinner experimenta con este modelo (*E-R-refuerzo*) para averiguar cuándo y bajo qué condiciones se refuerza una respuesta y las consecuencias que esto tiene sobre su probabilidad de emisión.

Skinner pone en duda la eficacia del castigo, y para eliminar una respuesta indeseable, lo hace mediante el no refuerzo o el refuerzo de la respuesta contraria deseada.

## **1.2 LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.**

Para empezar a abordar el tema de la psicología de la salud, es necesario hacer hincapié en los conceptos de salud y enfermedad y también revisar brevemente la historia de estos 2 conceptos, para ver cómo es que han ido evolucionando.

En los tiempos antiguos, la enfermedad era considerada como algo mágico, ya que se tenía la creencia de que la enfermedad se debía a que los demonios o

fuerzas espirituales les tomaban posesión y controlaban a la persona, y para la recuperación se necesitaba “exorcizar al cuerpo”.

Los griegos estuvieron entre los primeros humanos en comprender la enfermedad como un fenómeno natural. Phares (1992), menciona que en la historia de la salud, se han señalado una variedad de referentes históricos que llegan hasta Aristóteles, inclusive entonces, era bastante claro que algunos procesos psicológicos podían culminar en enfermedad física.

Para la edad media, la enfermedad era sustentada en términos espirituales, y para el renacimiento, se empezaron a retomar las explicaciones naturales de la enfermedad. Es así, como el avance científico, lo que podría ser el estudio de la matemáticas, la física, la química, la invención del microscopio, los trabajos de medicina sobre autopsia, en patología y los estudios de Luis Pasteur en bacteriología, dieron grandes avances a los problemas de salud de ese entonces, ya que fueron los cimientos de la medicina moderna.

“Así es como la salud de los individuos mejora cualitativa y cuantitativamente, gracias a los avances en la inmunología, la salud pública, la patología y las técnicas quirúrgicas” (Oblitas y Becoña, 2000, p.p. 12) Se podría decir que solamente hubo una mejoría física, o sea cuantitativa, ya que anteriormente no se tomaba en cuenta el estado emocional del humano.

Estos autores, se refieren en concreto al avance tan grande y tan rápido que la medicina ha tenido a lo largo del siglo XX. El problema es, que solamente los médicos han tenido la exclusiva sobre el campo de la salud, ya que la farmacología y las cirugías son métodos ineficaces para encarar el reto que conlleva la nueva concepción de salud.

Ahora que hemos revisado brevemente la historia de la enfermedad y de la salud, se tratará de definir a estos dos conceptos para así dar paso a lo que es la psicología de la salud.

Si revisamos en una enciclopedia (Océano Uno, 2000), los términos de salud y enfermedad se referirán a:

Salud: estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.

Enfermedad: la enfermedad es un estado morboso definido que puede afectar, total o parcialmente, al organismo o a la psique. El estado de enfermedad es siempre reacción o respuesta a una situación causal de orden microbiano, traumático, familiar, religioso o social.

En este tipo de definiciones, nos podemos dar cuenta de que la mayoría de la sociedad toman con mayor importancia a lo fisiológico, también se puede notar que lo fisiológico y lo psicológico lo toman como si fueran dos conceptos que no tienen relación entre sí.

Oblitas y Becoña (2000), mencionan que cuando las personas se refieren a la salud, generalmente piensan solo en los aspectos físicos, raramente en los aspectos psicológicos y conductuales asociados también a la misma. Ahora que, la mayoría de las definiciones de salud, mencionan que salud es la ausencia de enfermedad; y enfermedad es la ausencia de salud.

Buela-Casal, Fernández-Ríos y Carrasco (1997), nos mencionan que hoy en día, esta perspectiva cuenta con muy pocos seguidores, ya que más que una polémica semántica a cerca del significado de salud/enfermedad, lo que interesa es efectuar una definición multidimensional de la salud y la enfermedad; es decir, lo que significa estar sano y estar enfermo.

Lo que nos mencionan estos autores, es que no debemos entender a la salud como algo meramente físico, sino que existen otros tipos de componentes que son necesarios para poder obtener una salud meramente completa.

Latorre y Beneit (1992), argumentan que si entendemos la salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no meramente como ausencia de enfermedad, estaremos de acuerdo con la necesidad de incorporar dentro de las ciencias de la salud el componente social y el psicológico, ya que el biológico ha sido, y es todavía, el imperante dentro de estos.

Es así, como hay que considerar a la salud como un estado en donde interactúan lo biológico, lo psicológico y lo social ya que si alguno de estos no esta presente, no podría hablarse de una salud completa.

“En la medicina contemporánea, al igual que otras disciplinas relacionadas, ha ido en aumento el convencimiento de que el origen de las enfermedades tiene factores causales no solo biológicos, sino también psicológicos, sociales y ambientales” (Buela-Casal, Fernández-Ríos y Carrasco, 1997, p. 118).

Así, basándonos en el concepto biopsicosocial de salud, esta sería: la salud es una condición de bienestar que resulta de la interacción dinámica entre los aspectos físicos y psicológicos de la persona y su ambiente natural y social, y que facilita al ser humano el disfrute de la vida, el acceso a múltiples recursos y su contribución a las esferas productivas y creadoras de la sociedad.

Existen varios conceptos con los que la psicología se ha integrado rápidamente al ámbito de la salud:

- a) Es así como la ley general de sanidad amplia el concepto de salud, incorporando aspectos no estrictamente médicos y la entiende como un concepto integral que incluye la promoción, la prevención, la rehabilitación y la reinserción.

- b) Durante el presente siglo, se ha producido un cambio radical en las tasas de morbilidad y mortalidad; y en estas pautas se ha constatado que lo importante no es lo que la gente tiene sino lo que hace. Esta cuestión hace que en la actualidad, la investigación epidemiológica sea básicamente psicosocial.
- c) La aparición, desarrollo y aplicación del análisis funcional de conducta y de la terapia de comportamiento a un gran número de problemas de salud, con un gran número de resultados positivos, ha abierto el área asistencial la posibilidad de que estas intervenciones psicológicas puedan recomendarse como alternativas o como complemento a la intervención biomédica.
- d) El enorme crecimiento de los gastos sanitarios, sin llevar pareja una mejoría en el estatus de salud de los ciudadanos, ha obligado a los planificadores sanitarios a un replanteamiento del tema; y si como nos muestra la epidemiología, la conducta es el principal contribuyente al estatus de salud, entonces, probablemente, el desarrollo de la psicología de la salud puede aportar una buena relación coste-utilidad, que implique ampliar la duración de vida y mejorar la calidad de esta.

Con estos aspectos, establecidos dentro del concepto de salud, es como la psicología de la salud da inicio a su nacimiento y a sus rápidos avances dentro del campo de la psicología.

Los humanos se han dado cuenta de que la salud no es solo un proceso biológico, sino que como mencionamos anteriormente el factor psicológico y el factor social también forman parte de este concepto.

Es así como la salud en el ser humano es muy importante, ya que es lo que ayuda al hombre para que éste pueda desarrollarse plenamente en todas las



labores que cotidianamente lleva a cabo y en todos los contextos en donde el interactúa.

Es por esto que la psicología de la salud, se ha vuelto sumamente importante en nuestros días ya que a todo individuo (en algún momento) le importa su salud, la prevención de enfermedades y los tratamientos (tanto médicos como psicológicos) para poder contrarrestar las enfermedades.

Phares (1992), menciona que estos hábitos, conductas y estrategias de enfrentamiento pueden incrementar el riesgo de contraer enfermedades crónicas, accidentes y lesiones.

Rodríguez y Rojas (1998), comentan que en una reunión del Sector Salud de México y la OMS (Organización Mundial de la Salud), se señalaba que se pueden identificar cuatro grandes grupos de factores que afectan la salud del ser humano: la herencia, es decir la naturaleza y las características del equipo biológico con que nace el humano; la nutrición, esto es, la calidad y cantidad de su alimentación, incluso antes de nacer; tercero, el acceso a servicios de salud de alta calidad y, en cuarto lugar, el comportamiento humano, este se toma en cuenta ya que es un pilar fundamental de la salud o de su pérdida, lo cual lo hace indispensable como objeto de estudio del especialista.

Es así como el interés por preservar la salud y el bienestar de los individuos, ha creado la necesidad de investigar como los procesos de la enfermedad (procesos psicológicos y biológicos) para poder enfrentarlos y así llegar a tener una vida más sana.

Éstas investigaciones, nos las otorga la psicología de la salud. Rodríguez (1998), nos menciona que como en otros campos, el desarrollo de la psicología de la salud en los diferentes países no ha sido uniforme. Algunos, cuentan con escenarios de trabajo, líneas de investigación y programas de formación

consolidados, mientras que en otros éste aún es insipiente y en otras más aún no se inicia, sin embargo, también es claro que, a pesar de estas desigualdades y como ha ocurrido en otras regiones del mundo, ningún otro campo de la psicología ha experimentado avances tan acelerados en tan poco tiempo (en tan solo dos décadas).

Podemos decir que la psicología de la salud es muy joven, pero a pesar de esto ha ido convenciendo cada vez a más psicólogos de unirse a esta área de trabajo.

Como toda ciencia tiene su historia, también la psicología de la salud ha surgido como un proceso, revisaremos brevemente como fue consolidándose como un área de la psicología.

Rachman (1980, en: Macía y Méndez, 1997), indica que a partir de la década de los 60's se va produciendo, lentamente, un triple reconocimiento de gran importancia para la psicología:

- a) Se reconoce que los factores psicológicos influyen en todas las ramas de la medicina y que por tanto, la psicología invade todas las partes de ésta.
- b) Se admite que el psicólogo clínico no tiene que reducir su actividad necesariamente a los problemas psicopatológicos.
- c) Se acepta que la psicología puede suministrar concepciones propias sobre la salud y sus problemas.

Los psicólogos se han interesado en las cuestiones de salud desde los primeros años del siglo XX. Oblitas y Becoña (2000), mencionan que el interés profesional e investigador en el área de salud creció relativamente poco hasta los años 70as, porque no hubo movimiento dentro de la psicología al que se pudiese denominar psicología de la salud hasta finales de la década.

Ayala y Vázquez (2001), afirman que desde fines de la década de los 70's, se puede señalar el origen y desarrollo de una aproximación derivada de la psicología experimental llamada psicología de la salud.

Oblitas y Becoña (2000), complementan diciendo que un número de disciplinas de la psicología (como la clínica, la social, la experimental y la fisiológica), con un interés en cuestiones relacionadas con la salud, se reunió en 1978 para formar la división de psicología de la salud del American Psychological Association (APA), naciendo así, formal, institucional, y profesionalmente la psicología de la salud.

La psicología de la salud nace por cuatro simples razones:

- 1) Para cambiar la concepción de salud, que hasta ese entonces era conceptualizada como “la salud es la ausencia de enfermedad”.
- 2) Porque el modelo biomédico solo se focaliza en los aspectos físicos de la salud y la enfermedad e ignora los factores psicológicos y sociales.
- 3) Porque los psicólogos se dieron cuenta de que las enfermedades agudas o infecciosas fueron atacadas gracias al descubrimiento de fármacos, así, gracias a la reducción en la incidencia de dichas enfermedades y el incremento en la longevidad ha dejado paso a las enfermedades crónicas, esto quiere decir que la mayoría de estas enfermedades están relacionadas con nuestra conducta y son prevenibles.
- 4) Porque una cantidad importante de los costos del cuidado de la salud van destinados a reparar daños causado por hábitos y estilos de vida no saludables. Por tanto, factores económicos junto con el cambio en los patrones de enfermedad han provocado un giro hacia medidas preventivas, y especialmente, en cambiar conductas no saludables.

Entonces, tratando de atender éstos puntos, la definición de la psicología de la salud basada en Matarazzo (1980, en: Oblitas y Becoña, 2000, en Latorre y Beneit, 1992 y en Fernández-Ballesteros, 1994) es : el agregado de las contribuciones educativa, científica y profesional de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas.

Teniendo en cuenta y basándose en lo descrito anteriormente la psicología de la salud es: el área tecnológica de la Psicología encargada del estudio del comportamiento individual y su relación con la salud biológica y el bienestar social.

Teniendo ya la definición de la psicología de la salud, podemos decir que ésta área intenta comprender los cambios que se producen en una persona cuando se enfrenta a una determinada enfermedad crónica; qué es lo que pasa con ellos biológica, psicológica y socialmente y si esto puede llegar a afectar más el estado actual del paciente. También intenta establecer recomendaciones para la interacción del personal de salud con el paciente. Recordemos que son muchas las personas que interactúan con el paciente y deben tener claro cuál es el trato que éste deba recibir. Uno de los aspectos que toma muy en cuenta la psicología de la salud, es el estudio de las variables implicadas en el desarrollo de hábitos de la salud, pero la atención de ésta área se centra sobre la promoción y el mantenimiento de la salud.

Morales (1999), complementa lo anterior, mencionando que la psicología de la salud debe tener en cuenta, una salida a la práctica, y especialmente en aquellos espacios del sector salud en los que los psicólogos tenemos las mejores oportunidades de hacer contribuciones para el bienestar de las personas.

Ayala y Vázquez (2001), mencionan que la psicología de la salud ha extendido la investigación sobre prevención y mantenimiento de la salud, como

elementos centrales de la conducta humana, y que la prevención de la enfermedad a través de cambios conductuales y medio ambientales se percibe como uno de los más prominentes medios de controlar algunos problemas que aquejan a nuestra sociedad.

Comprendiendo las bases en las que la psicología de la salud trabaja, veamos en qué áreas se puede aplicar y cuales son las actividades de los psicólogos promotores de ésta.

Latorre y Beneit (1992), señalan que las distintas áreas de estudio y de aplicación de la psicología de la salud se pueden resumir en los siguientes puntos:

- 1) Los comportamientos como factores de riesgo para la salud.
- 2) El mantenimiento de la salud a través de los comportamientos (inmunizadores).
- 3) Las cogniciones acerca de la salud-enfermedad.
- 4) La comunicación, toma de decisiones y adherencia.
- 5) El medio ambiente en el que se producen el tratamiento, incluyéndose las técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas a las que los pacientes son sometidos.
- 6) El afrontamiento de la enfermedad y la incapacidad.

Rodríguez y Rojas (1998), mencionan que los psicólogos de la salud en América latina se ubican fundamentalmente en tres escenarios:

- 1) Instituciones de enseñanza superior, realizando funciones de docencia e investigación.
- 2) Centros asistenciales, clínicas, hospitales e institutos de salud con funciones de planeación, servicios e investigación.
- 3) Practica privada enfocada a la atención individual y de pequeños grupos.

Los psicólogos de la salud también se desempeñan en otros campos, como empresas públicas y privadas realizando funciones asistenciales, de asesoría, investigación y capacitación en salud ocupacional.

Oblitas y Becoña (2000), argumentan a favor de Rodríguez y Rojas que, efectivamente las tareas de los psicólogos de la salud se agrupan en tres grandes categorías: investigación, aplicaciones y formación.

La investigación, está orientada a cuestiones que atañen al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad, posteriormente los conocimientos aportados por la investigación serán el sustento de las aplicaciones en la clínica y en otros marcos de aplicación, y por último dan paso a la formación de terapias para poder así dar los tratamientos a cualquier tipo de enfermedad crónica que pueda llegar a dañar más al estado de salud del paciente.

“Otras facetas en las que se han implicado los psicólogos de la salud, son ofrecer evaluación psicológica a los pacientes médicos y asesorar en cuestiones psicológicas a los distintos profesionales del cuidado de la salud” (Oblitas y Becoña, 2000, p. 28).

Para finalizar con este punto, podemos considerar y mencionar, que si la salud es un campo que se debe tratar interdisciplinaria mente, es necesario que la psicología de la salud sea tratada igualmente, ya que los psicólogos de la salud deben tener conocimientos tanto en psicología como amplios conocimientos de las ciencias biomédicas, para así conocer y comprender los síntomas clínicos y pato fisiológicos; fundamentos biológicos y psicológicos para poder actuar con la promoción y el mantenimiento de la salud y la prevención y el tratamiento de la enfermedad desde todas las posturas existentes. “Queda claro que la labor del psicólogo no se circunscribe únicamente a sustituir comportamientos de riesgo por comportamiento de prevención, con toda la dificultad que ello conlleva, sino que además actúa como elemento clave en el tratamiento y rehabilitación de los

problemas cuando éstos se han presentado. De ésta forma, ya sea a través de una intervención directa sobre ellos, o a través de una intervención sobre las alteraciones psicológicas secundarias a los mismos, el papel del psicólogo dentro de los equipos interdisciplinarios parece relevante” (García en: Simon, A, 1993; p. 55)

En relación con el apoyo que el psicólogo de la salud le tiene que otorgar al paciente terminal con sida, podemos decir que el terapeuta bajo una corriente cognitivo-conductual (que se revisará posteriormente) debe tener en cuenta las cogniciones, las conductas, el organismo (que es la condición biológica) y lo social, para que así, estando el paciente en una fase terminal de la enfermedad del SIDA, pueda hacer intervenciones para ayudar al tratamiento psicológico del paciente en esta última fase de su vida.

El tratamiento psicológico que el psicólogo de la salud otorgue al cliente dependerá de la entrevista (a realizar) que verificará que tipo de pensamientos (en especial los pensamientos no funcionales) genera el paciente en esta etapa final.

Es necesario que también la familia del cliente trabaje junto con el terapeuta y el mismo cliente (aunque cabe mencionar que esto tiene que ocurrir por separado) para que así este pueda afrontar con una mayor aceptación esta enfermedad terminal. Recordemos que también es necesario que los médicos actúen al mismo tiempo junto con el psicólogo para que el cliente sienta un mejor apoyo y pueda seguir luchando para contrarrestar la enfermedad (o por lo menos para que pueda alargar más el lapso de vida que le queda y para que pueda estar estos últimos momentos lo mejor psicológica, social y biológicamente estable).

## 1.3 EL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL.

Para empezar a abordar lo que se conoce en psicología como el modelo cognitivo-conductual, es necesario mencionar que éste modelo está formado por dos terapias: la terapia cognoscitiva y la terapia conductual. “Las terapias cognoscitivas y las terapias conductuales han quedado integradas en forma de intervenciones cognoscitivo-conductuales” (Bernstein y Nietze, 1986, p. 590).

Como vemos, éstos dos tipos de terapia (cognitiva y conductual) son las que forman el modelo que nos interesa describir, así que tendremos la necesidad de mencionar brevemente la terapia conductual y la cognitiva para poder llegar a definir la terapia cognitivo conductual.

Martorell (1996), menciona que la terapia de conducta, nace como consecuencia de la insatisfacción que generó en determinados ambientes investigadores tanto la teoría como la práctica psicoanalítica, e, igualmente, como consecuencia del desarrollo de la psicología del aprendizaje.

El punto de partida de la terapia de conducta, es la consideración de que la mayor parte de la conducta es aprendida y, por tanto, los principios derivados de la teoría del aprendizaje son aplicables a los tratamientos.

Martorell (1996), señala tres paradigmas del aprendizaje en torno a los cuales, se han desarrollado la mayoría de las intervenciones de éste modelo:

- 1) Condicionamiento clásico.
- 2) Condicionamiento operante.
- 3) Modelado.



Wolpe (1973), argumenta que la terapia de conducta consiste en la aplicación de los principios del aprendizaje, establecidos experimentalmente a la superación de los hábitos no adaptativos y señala los tres principales principios que se emplean:

- 1) Contracondicionamiento.
- 2) Reforzamiento.
- 3) Extinción.

Jay & Garske (1988), mencionan que la terapia conductual se puede definir o llegar a conceptualizar en sólo siete puntos:

- 1) En relación a la psicoterapia, la terapia de conducta tiende a centrarse en los procesos conductuales o procesos más cercanos a la conducta manifiesta.
- 2) La terapia de conducta se centra en el aquí y el ahora.
- 3) La terapia de conducta asume que las conductas inadaptadas son adquiridas, en gran parte a través del aprendizaje; de la misma forma que cualquier conducta es aprendida.
- 4) La terapia de conducta mantiene que el aprendizaje puede ser muy efectivo en el cambio de conductas inadaptadas.
- 5) La terapia de conducta incluye el establecer unos objetivos terapéuticos específicos y bien definidos.
- 6) La terapia de conducta rechaza el enfoque tradicional de los rasgos.
- 7) La terapia de conducta acentúa el valor de obtener apoyo empírico o científico para sus diversas técnicas y métodos.

Al igual que Jay & Garske, Goldstein (1991), menciona que a diferencia de las terapias psicodinámicas, la terapia conductual se centra en el momento actual y no en el historial pasado del cliente “algunas terapias distintas de conducta se han desarrollado en las dos últimas décadas, todas orientadas al presente, basadas en el aprendizaje, dirigidas a metas específicas y evaluadas empíricamente” (p. 77).

Constituidas las terapias conductuales, algunos conductistas se dieron cuenta de que también debían tomar en cuenta otro tipo de terapias para así mejorar la calidad de los tratamientos, es así como lo menciona Golfried (1981) “más bien, para ampliar el conocimiento y mejorar la calidad de nuestra práctica clínica, es ya hora de que los terapeutas conductistas dejen de considerarse a sí mismos un grupo aislado e intervengan en cambio en un diálogo serio y, es de esperar mutuamente fructífero con sus colegas no conductistas” (p. 29).

Este autor, menciona que existen terapias psicológicas que pueden ser desarrolladas o que tienen algunas semejanzas con las terapias conductistas y que se podrían retomar en estas últimas; es el caso de las terapias cognitivas. Golfried (1981), en otro párrafo menciona que “estamos firmemente convencidos de que no tener en cuenta el papel desempeñado por los factores cognitivos en la conceptualización y la modificación de la conducta humana entorpecería seriamente la capacidad del terapeuta conductista para tratar muchos de los problemas que enfrentan... las obras ulteriores sobre la terapia conductista destacan con claridad la importancia de los factores cognitivos” (p. 27).

Tomando en cuenta que los factores cognitivos pueden ser trabajados y desarrollados junto con una terapia conductual, veamos rápidamente como el enfoque cognoscitivo trabaja sus terapias y así podremos encontrar el vínculo que puede unir a estas dos terapias (cognitivo y conductual) para así formar el modelo cognitivo-conductual.

El concepto básico del enfoque cognitivo, es el de cognición como lo indica su nombre. “Esto es un término que incluye ideas, creencias, imágenes, atribuciones, expectativas, etc.; girando todo ello en torno al concepto de significado, y especialmente de cómo se construye ese significado” (Martorell, 1996, p. 91). Este significado es el que le da a la persona dependiendo el tipo de cogniciones que esta produzca.

Flavia (en: Vallejo y Gastó, 2000), menciona que la terapia cognitiva está fundamentada en la idea del papel causal de los pensamientos y creencias sobre las emociones y conductas.

Para éste enfoque, tanto la percepción como la conducta, parecen organizarse a partir de la observación de las consecuencias de las acciones.

Es así, como la terapia cognitiva, intenta modificar los pensamientos automáticos, el sistema de creencias y de ideas irracionales. Beck (1980), define la terapia cognitiva como un procedimiento activo, directivo, estructurado, y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas, se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. “Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de sus experiencias anteriores” (p. 13).

Dobson & Bock (en: Martorell, 1996), proponen tres puntos comunes básicos a las terapias cognitivas:

- 1) La actividad cognitiva afecta a la conducta.
- 2) La actividad cognitiva puede ser alterada y controlada.
- 3) El cambio conductual puede obtenerse mediante el cambio cognitivo.

Básicamente, las terapias cognitivas se basa en los tres puntos citados anteriormente, y sabiendo que para este enfoque, lo que importan son las cogniciones; el objeto de las terapias cognitivas es el cambio de las cogniciones o estructuras cognitivas que impiden el correcto funcionamiento psicológico de la persona. Otro objetivo de la terapia cognitiva que plantea Beck (1980), es el de delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente.

Las técnicas terapéuticas, van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas, y las falsas creencias que subyacen a estas cogniciones. Beck (1980), menciona que el paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos, el terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y a actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando a sí los síntomas.

Se han resumido drásticamente estas dos terapias psicológicas, ya que no son las terapias a desarrollar en este trabajo, sino que son las bases del modelo en el que se basa esta tesis.

Antes de pasar a ver el punto que nos interesa, que es el modelo cognitivo-conductual, es necesario mencionar que muchos autores atribuyen y dan el nombre de ideas irracionales a todo tipo de pensamientos que pueden llegar a alterar la conducta, y esto no debe ser, lo correcto es decir que éste tipo de pensamientos o ideas son no funcionales, porque pueden llegar a alterar las conductas de un individuo.

Para empezar a abordar lo que se conoce en psicología como el modelo cognitivo-conductual, tendremos que mencionar que éste modelo esta formado por dos terapias que en verdad son importantes para los psicólogos que trabajan con este modelo; el primero es la terapia cognoscitiva y la segunda es la terapia conductual (descritas anteriormente).

Es bueno que estos dos tipos de terapia hayan quedado integradas en un solo modelo, ya que para el estudio de la psicología es necesario tomar en cuenta los factores conductuales y los factores cognitivos formando así una mejor y una más completa forma de intervención en el campo psicológico.

La historia del nacimiento de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), se remonta también a los filósofos griegos y a los romanos. Epicteto (filósofo estoico romano), fue uno de los primeros en darse cuenta de la importancia de los pensamientos, destacando así el papel de los factores cognitivos como causas del trastorno emocional, otro filósofo muy conocido que siguió la línea de Epicteto fue Emmanuel Kant, quien propuso que la enfermedad mental ocurre cuando una persona no puede ajustar su sentido privado al sentido común. Alfred Adler juzgó el sentido privado de Kant como “opiniones erróneas” que subyacen a la conducta neurótica.

Rivadeneira, Minici y Dahab (2003) mencionan que la TCC posee 4 pilares teóricos básicos:

- 1) El primero de ellos, surge a fines del siglo pasado, a partir de las investigaciones del fisiólogo ruso Ivan Pavlov, quien descubrió un proceso básico de aprendizaje que llamó Condicionamiento Clásico.
- 2) Hacia el año de 1930, las investigaciones de F.B. Skinner plantean la existencia de otro tipo de aprendizaje, el condicionamiento instrumental u operante, proceso por el cual los comportamientos se adquieren, mantienen o extinguen en función de las consecuencias que le siguen.
- 3) Hacia la década de 1960, los trabajos encabezados por Albert Bandura, comienzan a conformar un nuevo conjunto de hipótesis cuyo énfasis recae en el papel que la imitación juega en el aprendizaje. Las investigaciones llevadas a cabo en ésta línea cobran cuerpo en la “Teoría del Aprendizaje Social”
- 4) Hacia la misma época, hubo un movimiento que estudió los inicialmente denominados “eventos privados” que son los pensamientos, diálogos e imágenes internas, creencias,

supuestos, por sólo nombrar algunos de los tópicos cubiertos por los así llamados “modelos cognoscitivos”.

Vallejo y Gastó (2000), argumenta que a partir de los años 70’s y dentro del análisis y modificación del comportamiento, se hace mayor hincapié sobre uno de los elementos o conceptos que, aunque presentes no se habían tratado de forma específica en la teoría conductual, se trata de los llamados procesos mediadores cognitivos y su influencia sobre el comportamiento de un individuo.

Golfried (1996), menciona que en 1968 se realizó un simposio para los encuentros de la APA, titulados “Cognitive Processes in Behavior Modification”, llegando a la conclusión de que la terapia conductual necesitaba incorporar constructos cognitivos, tanto en sus procedimientos de evaluación como de tratamiento.

Es así como los terapeutas conductuales en ejercicio, observaron también que las variables cognitivas desempeñaban un papel importante tanto en la educación como en los procedimientos de intervención.

Esto también se dio porque algunos terapeutas conductuales que se hallaban en contacto directo con la realidad clínica se dieron cuenta de que los modelos de condicionamiento eran incompletos, esto se debió a que los terapeutas conductuales no tomaban en cuenta las variables o los factores cognitivos.

Meichenbaum (en: Jay & Garske, 1988), cita que existen dos líneas específicas de teorización e investigación, que contribuyeron al enfoque de la TCC:

- 1) Una línea se deriva de los esfuerzos de los teóricos semánticos.

- 2) Esta segunda línea se deriva de los desafíos sobre la adecuación de los procedimientos de la TC (terapia conductual) basada en la teoría del aprendizaje.

Veamos cómo es que estas dos líneas se desarrollan, y cómo es que influyeron para la creación de las TCC.

Para las terapias cognitivo-semánticas su principal modo de acción es modificar los patrones erróneos de pensamiento del cliente y las premisas, asunciones y actitudes subyacentes a estas cogniciones.

Para el terapeuta cognitivo, el trastorno mental es fundamentalmente un desorden de pensamiento, por lo que el cliente distorsiona la realidad de un modo idiosincrásico. “Estos procesos de pensamiento afectan de modo adverso la forma que el cliente tiene de ver el mundo, y lo conducen a desarrollar emociones disfuncionales y dificultades conductuales” (Meichenbaum, en: Jay & Garske, 1988, p. 333)

Los terapeutas más conocidos sobre el ámbito cognitivo son:

- 1) George Kelly y su terapia de LOS CONSTRUCTOS PERSONALES.
- 2) Albert Ellis y su terapia RACIONAL EMOTIVA (TRE).
- 3) Aarón Beck y su terapia COGNITIVA.

Según Martorell (1996) y Meichenbaum (en: Jay & Garske, 1988), la teoría de Kelly describe el proceso cognitivo por el que el individuo construye interpretaciones personales acerca del mundo, y luego las evalúa nuevamente considerando los eventos resultantes.

Para Kelly, un constructo personal es la forma en que se ve el mundo o se atribuye significado a la propia experiencia. Kelly propone la concepción del hombre como científico: alguien que trata de predecir y controlar los eventos que le afectan, y que realizará predicciones sobre ellos basándose en su teoría personal del mundo.

Alber Ellis fue quien desarrolló la TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (TRE), la premisa básica de ésta terapia, es que gran parte; si no todo el sufrimiento emocional; es debido a los modos inadaptativos en que las personas construyen el mundo y a las creencias irracionales que mantienen; estas creencias son las que conducen a pensamientos y sentimientos auto derrotistas que ejercen un efecto adverso sobre la conducta.

El trabajo del terapeuta que trabaja con la TRE se describe en tres pasos:

- 1) El terapeuta debe determinar los eventos que perturban al cliente.
- 2) El terapeuta debe ayudar al cliente a descubrir las pautas específicas de pensamiento y las creencias subyacentes que constituyen la respuesta interna a estos eventos y que dan nacimiento a las emociones negativas.
- 3) El terapeuta ayuda al cliente a alterar estas pautas de pensamiento y creencias.

“La TRE tiene como principio ayudar a los clientes a percatarse de sus creencias contraproducentes y a sustituirlas con afirmaciones más auto estimulantes” (Bernstein y Nietze, 1986, p.p. 580), “ el terapeuta deberá discutir con el paciente la formación de nuevas estructuras cognitivas” ( Vallejo y Gastó, 2000, p. 155).



Kendall y Norton-Ford (1988), Bernstein y Nietze (1986) y Meichenbaum (en: Jay & Garske, 1988) mencionan y coinciden en que la TRE enseña al cliente los ABC de la información de la personalidad y la creación del trastorno:

Así demuestra a las personas que sus consecuencias emocionales (punto C) no se derivan directamente de los eventos activadores (punto A) en sus vidas, sino de sus sistemas de creencias (punto B). Su sistema de creencias consiste, primero, en un conjunto de creencias racionales basadas en hechos empíricos (Br), con estas creencias racionales los clientes no se sentirán emocionalmente perturbados o derrumbados, para que esto llegue a pasar es necesario que el cliente añada creencias irracionales (Bi) sin base empírica, entonces se sienten ansiosos, deprimidos o despreciables.

Después de trabajar con el ABC, el terapeuta enseña a las personas cómo retar, cuestionar y disputar (punto D) enérgicamente sus creencias irracionales. Si las personas disputan persistente y fuertemente sus ideas insanas, adquirirán un efecto cognitivo nuevo (punto E).

Así, como terapia, la TRE trata de alterar la conducta problema de los clientes atacando activamente a las creencias de la persona que según parece están produciendo las consecuencias de la inadaptación. El terapeuta reta al cliente, exige explicaciones de toda clase de suposiciones y expresa dudas y desaprobación cuando el cliente describe sus creencias irracionales. Hay que aclarar que el ataque va dirigido a las creencias irracionales y no a la personalidad del cliente, de hecho la TRE prescribe la total aceptación y tolerancia del cliente como persona. Sus creencias en cambio, son refutadas directamente y destruidas por el terapeuta.

Bernstein & Nietze (1986), mencionan que en los procedimientos de la TRE, están incluidos también muchos principios conductuales. El terapeuta puede hacer que el cliente represente una determinada escena, que observe la conducta

adecuada modelada por el terapeuta, y que lleve a cabo las tareas que le sean asignadas. La TRE hace uso también de la retroalimentación y el reforzamiento, recompensando al cliente a medida que se observan cambios en sus creencias y conductas irracionales.

Aarón Beck, fue un psiquiatra quien desarrolló una forma de terapia cognitiva que también se centra en los procesos de pensamiento del cliente.

Meichenbaum (en: Jay & Garske, 1988), menciona que para entender la forma de terapia cognitiva de Beck, es necesario primero, introducir tres conceptos básicos que son:

- 1) Los eventos cognitivos.
- 2) Los procesos cognitivos.
- 3) Las estructuras cognitivas.

Los eventos cognitivos, son la corriente de pensamientos e imágenes que tenemos, pero a la vez que, con frecuencia no prestamos atención, usualmente tales pensamientos pueden ser fácilmente recuperados si se demandan.

Estos tipos de pensamientos, son los denominados “pensamientos automáticos”, ya que éstos, emergen automática y rápidamente. Con frecuencia son vagos, informes y generados sin que el cliente los inicie voluntariamente, son difíciles de interrumpir, y muy frecuentemente se cree completamente en ellos, sin importar cuan lógicos sean. Estos pensamientos están asociados con una diversidad de emociones e influyen en la conducta.

Martorell (1996), complementa comentando que los pensamientos automáticos se experimentan según Beck, como si fuera un reflejo como sin reflexión o razonamiento previo, y se graban como pausibles y válidos.

Beck (1980), propone el concepto de “triada cognitiva” para su terapia de la depresión. La triada cognitiva, consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrásico.

El primer componente de la triada, se centra en la visión negativa del paciente a cerca de sí mismo. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía, tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico. Debido a éste modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos, es un inútil y que carece de valor. Tiende a subestimarse y a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad.

El segundo componente de la triada cognitiva, se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración, estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aún cuando pudiera hacerse interpretaciones alternativas más pausibles. La persona depresiva, puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. En éste sentido, puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajustasen a las conclusiones negativas que se había formado de antemano.

El tercer componente se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuaran indefinidamente. Espera

penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

Los procesos cognitivos se refieren a cómo pensamos, a los procesos automáticos del proceso cognitivo. Meichenbaum (en: Jay & Garske, 1988), menciona que en la mayor parte de las situaciones, no prestamos atención a la forma en que procesamos la información, decidimos si una situación es amenazante para nuestra persona o recuperamos la información y recordamos hechos.

Este autor, también menciona que Beck (1972), ha ilustrado algunas formas en las que los individuos depresivos procesan la información, y que contribuyen y ayudan a mantener su estado depresivo:

- 1) Razonamiento dicotómico: se refiere a la tendencia a dividir los eventos en opuestos o pensar en términos de extremos.
- 2) Sobregeneralización: se refiere al proceso de llegar a conclusiones de gran alcance sobre la base de datos escasos.
- 3) Magnificación: se refiere a la tendencia a ver los eventos como mucho más importantes, amenazantes o catastróficos de lo que objetivamente son.
- 4) Inferencia arbitraria: se refiere al proceso de elaborar conclusiones cuando se carece de evidencia o esta es contraria a las conclusiones.

Estos son los cuatro procesos cognitivos que Beck dió a conocer , sin embargo, los terapeutas cognitivos han trabajado sobre éstos procesos y han descubierto uno que también es sumamente importante, y se llama “sesgo confirmatorio” El sesgo confirmatorio se refiere a nuestra tendencia a atender selectivamente a los eventos que confirmen nuestras creencias iniciales.

Y por último, tenemos a las estructuras cognitivas, éstas se refieren a los esquemas, las asunciones implícitas o las premisas que determinan a qué evento se les pone atención y cómo se interpretan éstos. El concepto de estructura cognitiva se ha puesto para explicar el establecimiento de prioridades en nuestro procesamiento de la información.

“Otro punto importante a parte de las teorías semánticas para el desarrollo de las TCC, ha sido la preocupación por la adecuación de las teorías del aprendizaje para explicar la conducta, como se ha visto reflejado en el desarrollo de la teoría del aprendizaje social” (Meichenbaum, en: Jay & Garske, 1988, p. 338).

Según la teoría del aprendizaje social, los modos que tienen los individuos de evaluar las situaciones, fijar expectativas, establecer pautas internas, recordar selectivamente los eventos y poner en acción rutinas de resolución de problemas, son críticos a la hora de comprender su conducta y formular las intervenciones del tratamiento.

Los dos puntos más importantes de la teoría del aprendizaje social son:

- 1) Una gran parte del aprendizaje humano es mediada cognitivamente.
- 2) En lugar de responder a las consecuencias ambientales, los humanos responden principalmente a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales.

Es así como los conceptos que provienen de las terapias semánticas y de la teoría del aprendizaje social, proporcionan las bases (como ya lo habíamos mencionado anteriormente) para el desarrollo de un enfoque cognitivo conductual de la psicopatología y del cambio de conducta.

Los terapeutas CC (cognitivo-conductuales), deben poner mucha atención a todos los múltiples procesos y a todos los eventos en donde la persona interactúa. Estos procesos y eventos son los pensamientos, sentimientos, conductas y consecuencias ambientales, así, los terapeutas CC consideran que las cogniciones del cliente son únicamente uno de los diversos factores que contribuyen a la etiología y mantenimiento de la conducta anormal, y también toman en cuenta a los acontecimientos ambientales externos, especialmente las reacciones sociales de otros, pero también solamente lo ve como uno de los componentes del proceso.

Por ejemplo, en el caso de un paciente depresivo el terapeuta CC no sólo toma en cuenta las cogniciones de su paciente como etiología y mantenimiento de su estado depresivo, si no que también toma en cuenta diversos factores o variables (ya sean sentimientos, conductas y factores sociales) que pueden influir para mantener su estado.

Sabiendo ésto, el primer objetivo del terapeuta CC es hacerle saber al cliente de éste proceso transaccional que envuelve múltiples procesos. Este objetivo de la TCC solo se alcanza incluyendo al cliente cómo un colaborador en la recolección de datos con el fin de permitirle descubrir a tiempo como sus propios pensamientos, sentimientos y conductas influyen en los numerosos problemas que presenta.

Así, el terapeuta ayuda al cliente a hacerse consciente de que no solo un factor es el que hace que su conducta no funcional se presente; hace que éste llegue a poseer su problema (que sea consciente de él ) y en consecuencia asuma la responsabilidad del cambio. Cuando un cliente pide ayuda psicológica, es necesario hacerle saber que el terapeuta no es el que va a otorgar el cambio anhelado, sino que él (con ayuda del terapeuta) es el único que va a poder realizarlo.

Meichenbaum (en: Jay & Garske, 1988), en relación a esto, menciona que el terapeuta CC actúa como un entrenador ayudando al cliente a desarrollarse y fomentar habilidades intra e interpersonales necesarias para enfrentar situaciones estresantes.

Esto también incluye que el terapeuta CC ayude al cliente a anticipar y prepararse para posibles fracasos que se pueda encontrar a lo largo de su vida, siendo posible esto, el cliente aprenderá diversas estrategias, para poder salir de alguna recaída o salir de alguna situación incómoda para el.

El modelo conceptual de cambio de conducta que trabaja la TCC, incluye varios puntos que conoceremos en este momento:

El primer punto en el proceso de cambio, tiene que ver con el objetivo general de ésta terapia, y es que el terapeuta incluya un entrenamiento del cliente para ser un mejor observador de su propia conducta. Este periodo inicial de recolección de datos, permite que el terapeuta y el cliente definan el problema que presenta y formulen objetivos terapéuticos. Según la TCC esto es para que el cliente se de cuenta de que para cambiar la conducta no funcional, primero debe darse cuenta de su ocurrencia y luego interrumpirla.

Ésta primera etapa sirve para otros dos propósitos (incluyendo el descrito anteriormente):

El primero, es que el cliente llegue a percibir datos relevantes a los que previamente pudo haber desatendido o pasado por alto, desarrollando de ésta forma una visión más diferenciada de sus problemas presentes. A medida que el cliente y el terapeuta analizan esta información, el cliente puede redefinir el problema presente.

Así, el cliente puede darse cuenta de que no sólo es un factor el que hace que la conducta no funcional se presente.

El segundo propósito de la autoexploración, es contribuir a la traducción o reconceptualización del proceso. A medida que el terapeuta interroga al cliente, este empieza a redefinir sus problemas presentes en términos que permiten visualizar más fácilmente la solución.

Esto es para que el cliente se de cuenta de lo que en verdad tiene, y no de lo que él cree que tiene, así, este proceso de traducción fomenta en los clientes la sensación de anticipación positiva y de esperanza, la cual reemplaza la sensación de desvalidamiento y desesperanza.

La segunda etapa del cambio de conducta, ayuda al cliente a desarrollar pensamientos y conductas, adaptadas e incompatibles con las anteriores. A medida que el cliente empieza a redefinir sus problemas, es posible que tenga que aprender a realizar conductas nuevas y complejas o a producir conductas familiares en situaciones nuevas.

Según Meichenbaum (en: Jay & Garske, 1988), los objetivos de ésta etapa producirán cambios en tres áreas:

- 1) Existe un foco en el cambio de la conducta manifiesta del cliente. Pueden emplearse una diversidad de técnicas de entrenamiento de habilidades. Como la conducta del cliente cambia, las transacciones con el ambiente también son alteradas, lo cual puede tener un efecto de onda positiva.
- 2) Una segunda área de intervención, es la actividad autorregulativa del cliente, el terapeuta trabajará con el cliente para alterar las autoevaluaciones, las imágenes y los sentimientos que interfieren en el funcionamiento adaptado. Lo que se pretende es reducir la frecuencia de las cogniciones inadaptadas y los sentimientos perturbadores, que pueden interferir en la capacidad para afrontar las situaciones adecuadamente, al mismo tiempo, se



hacen esfuerzos para promover pensamientos y sentimientos adaptados.

- 3) La última área de la etapa de intervención de la TCC, son las estructuras cognitivas del cliente. Aquí, el terapeuta debe hacer que los clientes interactúen en áreas, ámbitos o situaciones en donde tengan sentimientos perturbadores o cogniciones no funcionales, para que así ellos vayan obteniendo experiencias en donde puedan reunir datos que lo ayuden a cambiar sus estructuras cognitivas.

A medida que el cliente trabaja para desarrollar habilidades adecuadas y remover pensamientos y sentimientos inhibidos, el TCC organiza, estimula, desafía, convence y persuade al cliente para que ensaye conductas bajo condiciones que afianzaran en él la sensación de seguridad en sí mismo.

La tercer y última etapa del cambio de conducta, envuelve cogniciones y los sentimientos del cliente respecto al cambio, durante esta fase, el terapeuta trabaja con el cliente para consolidar cambios, promover generalizaciones, mantener los efectos del tratamiento y disminuir la probabilidad de recaer.

En esta última etapa, existen dos objetivos: el primero es hacer que el cliente atribuya los cambios a sí mismo, y el segundo es afianzar el tratamiento ayudando al cliente a anticipar las recaídas intermitentes.

Cooper, Fairburn & Hawker (2003), argumentan que los tratamientos CC tienen tres características que los distinguen de la TC (terapia conductual) y de otros tipos de tratamientos psicológicos.

- 1) Los tratamientos CC están basados en conceptualizaciones cognitivas de los procesos que mantienen el problema a tratar. En otras palabras, estos tratamientos se derivan de una teoría

concerniente al mantenimiento del problema, que señala la importancia de los procesos cognitivos. Por ejemplo, en el caso de la depresión, se propone que el desorden se mantiene por la presencia de ciertas características de pensamientos depresivos y suposiciones acerca de sí mismo, el mundo y el futuro.

- 2) Los tratamientos CC, están diseñados para modificar los postulados cognitivos y los mecanismos de mantenimiento conductual, la predicción, es que esto es necesario para que exista el cambio final. Una meta de los tratamientos CC, es producir un cambio en los procesos cognitivos que mantienen el desorden. Así, por ejemplo, en la depresión un aspecto básico para el tratamiento es modificar los pensamientos sobre sí mismo y el mundo.
- 3) Los tratamientos CC utilizan una combinación de procedimientos cognitivos y conductuales para ayudar al paciente a identificar y cambiar los mecanismos de mantenimiento. Comúnmente, los tratamientos incluyen la presentación y personalización de teorías cognitivas relevantes para el mantenimiento, el uso de experimentos conductuales para ayudar al paciente a intentar nuevas formas de comportamiento, y para ayudarlos en sus expectativas sobre las consecuencias del cambio conductual la identificación semántica y la evaluación de los pensamientos disfuncionales.

Existen diversos tipos de técnicas que utiliza la TCC para poder llevar a cabo los tratamientos de los clientes. Diversos procedimientos como las terapias de habilidades de afrontamiento, las terapias de resolución de terapias, el entrenamiento auto-instructivo y los diversos procedimientos de auto-control, han sido todos etiquetados como TCC.

Estas técnicas se diferencian en tres puntos: en el primero se enfatizan diferentes aspectos de la experiencia cognitiva, en el segundo punto es posible ofrecer diferentes prescripciones como el mejor punto de intervención en el complejo cognición-afecto-conducta-consecuencia, y en el último punto se marca que se utilizan diferentes estrategias de intervención que van desde los ataques didácticos a las creencias irracionales, hasta los diálogos socráticos diseñados para fomentar las habilidades de afrontamiento.

Las intervenciones de la TCC, usualmente son activas, de tiempo limitado y considerablemente estructuradas, la TCC esta diseñada para ayudar al cliente a identificar, a hacer pruebas de realidad y corregir las conceptualizaciones distorsionadas e inadecuadas y las creencias irracionales.

El TCC trabaja con el cliente para procesar las consecuencias de estos experimentos personales y, de esta manera; llegar a cambiar los sentimientos y pensamientos de éste.

Las técnicas CC que son las más utilizadas (que describiremos en un capítulo posterior) son las siguientes: terapias de reestructuración cognitiva, entrenamiento de las habilidades de afrontamiento en la inoculación del estrés, entrenamiento en la resolución de problemas y el entrenamiento auto-instructivo en niños.

Como vemos, podemos aplicar algunas técnicas del modelo CC para poder tratar a un enfermo en fase terminal con sida, éstas técnicas deben poseer aspectos cognitivos, conductuales, orgánicos y sociales. Con la entrevista que se realizará en el capítulo III se podrían tomar como base las terapias de reestructuración cognitiva agregándole los factores orgánicos y sociales para la elaboración de ésta.

Esto lo describimos porque es necesario puntualizar que las terapias de reestructuración cognitiva, lo que hacen es cambiar las cogniciones no funcionales por pensamientos funcionales, pero debemos tener en cuenta que no sólo las cogniciones son las que pueden crear o mantener las conductas no funcionales, por esto incluiremos los diversos factores que giran alrededor del cliente y que pueden ser clave para la eliminación de su problema.

## **CAPÍTULO II: EL SIDA Y LA PSICOLOGÍA.**

### **2.1 EL SIDA (EN LO BIOLÓGICO Y LO SOCIAL).**

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida), es uno de los temas más polémicos y más nombrados en la actualidad, esto se debe a que ésta enfermedad se ha ido integrando rápidamente dentro de toda la sociedad sin importar la raza, color, sexo, posición económica, religión y región del mundo.

Del Amo (1999) menciona que el sida se bautizó en 1982 en Atlanta dándole la definición de “Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida”. El sida es una enfermedad causada por un virus, el VIH o el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, que fué descubierto en 1983 por el profesor Luc Montaigner.

La epidemia comenzó en 1981, cuando se diagnosticaron cinco casos de una extraña neumonía, la neumonía por *Pneumocystis Carinii* (PCP) en varones homosexuales en L.A. Estados Unidos. Conforme fue avanzando la enfermedad por neumonía, los pacientes que la portaban fueron desarrollando un tumor que es poco frecuente, es el Sarcoma de Kaposi, que se manifestaba por unas manchas rojizas en la piel.

Desde un principio, los científicos mencionaban que ésta enfermedad nueva era causada por un virus, pero nada era claro. Fue hasta el año de 1983, cuando el doctor Luc Montaigner en el Instituto Pasteur de Paris, descubrió el agente causal del sida, un retrovirus que se aisló del ganglio linfático de un sujeto con sida.

El VIH, se trata de un virus que produce la destrucción de las defensas en los seres humanos y que se adquiere por la infección con el mismo. “El sida es la consecuencia de la infección por el VIH, que causa enfermedad a través de la destrucción progresiva del sistema inmunitario” (Del Amo, 1999, p.12).

El VIH pertenece a la familia de los retrovirus y a la subfamilia *Lentiviridae*. Los retrovirus son los que invierten el flujo de la información genética que va del RNA al DNA, ordinariamente va primero el DNA y luego el RNA y de ahí a la proteínas.

Según Ponce y Rangel (2000) existen dos tipos de retrovirus:

Retrovirus endógeno que son los que se transmiten de padres a hijos, a través de células germinales y no provocan entidad patológica alguna.

Retrovirus Exógeno que se transmiten de ser humano a ser humano por contacto sexual o por sangre y constan de tres familias:

- 1) Oncornavirus
- 2) Lentivirus.
- 3) Spumavirus.

Algunos ejemplos de huésped y enfermedades causadas por Oncornavirus, lentivirus y spumavirus.

FAMILIA	HUÉSPED	EFEECTO DE LA INFECCIÓN	EJEMPLO
<b><i>Oncoviridae</i></b>	Aves, ratones, bovinos y el hombre.	Agentes inductores en la formación de tumores, producen leucemia, sarcomas y carcinomas	Virus del Sarcoma de Rous (VSR). Virus de la leucemia murina de Mooney (VLMMO).
<b><i>Lentiviridae</i></b>	Simios, hombre, felinos, bovinos.	Causan enfermedades que se desarrollan lentamente como neoplasias.	Virus 1 del VIH (VIH1), Virus de La inmunodeficiencia Simia.
<b><i>Spumaviridae</i></b>	Simios y hombre	Al parecer no presentan patogenicidad evidente en el huésped, pero provocan una degeneración espumosa espontánea al cabo de unas semanas.	Espumoretrovirus humano (ERVH)

“Los lentivirus atacan fundamentalmente a las células inmunitarias (linfocitos T cooperadores y células del sistema fagocítico mononuclear, SMF) a las cuales destruyen, conduciendo con ello al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida” (Méndez, 1998, p. 73).

Como ya dijimos, el VIH es el causante del sida, el VIH se caracteriza porque destruye ciertas células inmunológicas, las llamadas células T, cuya función fundamental es proteger contra infecciones, ciertas enfermedades y cáncer.

El VIH es un organismo muy pequeño, mide 0,00001 mm y tiene un núcleo y una serie de envolturas, receptores y factores para su replicación que le diferencian de otro retrovirus. El núcleo del virus lleva el material genético del mismo que contiene la información esencial que el VIH necesita. El VIH utiliza para su replicación una serie de enzimas (sustancias que produce el virus para su correcto funcionamiento) llamadas transcriptasa inversa y proteasa entre otras.

En la envoltura del VIH hay una serie de receptores que le permiten interactuar con las células de nuestro cuerpo y penetrar en el interior de las mismas.

Las células diana del VIH, es decir, las células elegidas por el virus para ser destruidas, son las células de la defensa humana también llamadas CD4. El VIH también penetra al interior de otro tipo de célula, un tipo de glóbulo blanco llamado macrófago. Una vez dentro de la célula de defensa, le usurpa a ésta el control de su actividad. Así, la célula de la defensa queda a merced de las instrucciones del virus. El VIH utiliza el interior de la célula infectada como base de operaciones y utiliza la maquinaria de la célula para crecer y reproducirse. Cuando ha conseguido replicarse en un número apropiado, el virus y todos sus descendientes salen de la célula matándola en ésta salida final. Una vez fuera, los nuevos virus buscan más células a las que infectar y destruir.

Del Amo (1999), menciona que, el grupo de trabajo del doctor David Ho, de la Universidad de Rockefeller de Nueva York estima que en un sujeto infectado por el VIH se producen 10 billones de copias del virus por día, y que hasta 2 millones de células de nuestro cuerpo encargadas de inactivarlo, los linfocitos CD4 mueren cada día, son reemplazados por el organismo hasta que a la persona infectada se le agota la capacidad de regeneración.

Existen dos tipos de VIH: el VIH – 1 y el VIH – 2, aunque al hablar de VIH nos referimos normalmente al VIH – 1, que es el más frecuente y el responsable de la epidemia mundial del sida.

El VIH-1 y el VIH-2 producen sida, y las diferencias fundamentales entre ambos tipos de virus, aparte de su estructura genética es su distribución mundial.

El VIH-2 está localizado en áreas muy específicas del planeta, como los países de la costa occidental de África: Gambia, Guinea, Senegal y Costa del Marfil y también se puede encontrar en Portugal. El VIH-2 es menos transmisible o infeccioso que el VIH-1, y también tarda más en generarse en el sistema inmune y causar enfermedad.

Ponce y Rangel (2000), mencionan que el VIH-2 se identificó por primera vez en África Occidental en 1989, la enfermedad por VIH-2 se han descrito diarreas crónicas que incluyen agentes como Isospora y Crytosporidium, así como infecciones por M.tuberculosis, P. carinii, linfadenopatía persistente y linfoma cerebral primario. Se ha observado que el periodo asintomático entre la infección primaria y la aparición el sida tiende a ser más prolongado.

Hablando del sistema inmunológico, es necesario saber cómo trabaja para entender bien cómo es que el VIH va destruyendo este sistema para convertirse en sida.



El sistema inmune, en pocas palabras es o son las defensas que tiene nuestro cuerpo. Dentro del sistema inmune, existe una división de las funciones a realizar dependiendo del tipo de virus que quiere entrar en el cuerpo, existe un tipo de células especializadas para enfrentar el ataque de los virus. Ese tipo de células de la defensa, tienen funciones diferentes a las células especializadas en frenar un ataque por otro tipo de microbios, como las bacterias o los hongos. Es así como el sistema inmune tiene diferentes células, las cuales tienen funciones diferentes para contrarrestar los diferentes tipos de virus que quieran entrar a nuestro cuerpo.

Del Amo (1999), menciona que las células encargadas de inactivar al virus del sida, se llaman linfocitos T-CD4. La función de los CD4 no es sólo la de inactivar al VIH, ya que también frena otros virus atacantes.

Cuando una persona está infectada por el virus del sida, todos los CD4 entran en un estado de guerra contra ese virus. Pero los CD4 también reciben ayuda de otras células llamadas linfocitos B.

Cuando el virus del sida entra en el cuerpo de una persona, se encuentra con la defensa de los CD4, que le frenan inicialmente, intentando que el virus no se extienda por todo el cuerpo. “El sistema inmune ejerce un control parcial y temporal de la enfermedad a través de una respuesta temprana de las células T-CD4 específica anti-VIH” (Ponce y Rangel, 2000, p. 40).

En esta lucha de las células CD4 contra el VIH, las células CD4 pierden en mayoría muchos elementos, pero el cuerpo es capaz de regenerar estas células. A lo largo de 8 a 10 años, ésta guerra la gana el virus, porque el cuerpo ya no es capaz de regenerar las células CD4, dejando así al cuerpo completamente a merced del virus. Es así como el sistema inmune es destruido por el virus de VIH, provocando así la enfermedad del sida en el huésped.

Sólo de un 30 a un 60% de las personas desarrollan síntomas cuando se infectan por el virus del sida. En muy pocas ocasiones, ésta enfermedad inicial es realmente grave, y afecta al sistema nervioso o aparecen hongos y llagas en la boca.

No siempre aparecen síntomas que indiquen que una persona está infectada con el VIH, a éste periodo en donde no existen síntomas de entidad patológica, se le llama periodo de latencia, “durante éste periodo que suele durar de 7 a 9 años en la mayoría de la gente infectada, la persona no tiene ningún síntoma y se encuentra perfectamente sana... Aproximadamente, el 60% de las personas infectadas por el VIH habrán desarrollado sida en los 10 años siguientes a la infección” (Del Amo, 1999, p. 78).

En éste periodo de latencia, el virus se encuentra fundamentalmente en los ganglios linfáticos, donde tiene una intensa actividad de replicación, pero el sistema inmunitario consigue frenar por un momento que cause enfermedad en el huésped.

Durante éste periodo, los ganglios linfáticos pueden hincharse, lo que en medicina se conoce como adenopatía, y los niveles de virus en la sangre en éste periodo son más bajos que cuando la persona está enferma y tiene síntomas de enfermedad.

Dentro de las personas infectadas con el VIH, existen dos tipos de ellas: los progresores lentos y los progresores rápidos. Los progresores lentos, son los que su sistema inmune hace que el virus se propague más lentamente, sus genes le conceden mayor resistencia y su sistema inmune es más fuerte. Los progresores rápidos tienen características genéticas diferentes, pero, su sistema inmune es más frágil y el virus destruye a las células de la defensa los CD4 con mayor facilidad.

Después de ésta etapa de latencia, las personas infectadas comienzan a desarrollar síntomas de enfermedad, que en una primera fase son muy leves llamados pre-sida. Estas enfermedades son poco graves, pero desde el punto de vista médico, indican que la enfermedad esta avanzando, por lo que si son graves desde el punto de vista del pronóstico.

La más frecuente es la candidiasis orofaríngea, las personas empiezan a tener fiebre muy elevada, de más de 38 grados centígrados, lo que hace que sude mucho. Muchas personas descubren que son VIH positivas, cuando desarrollan este tipo de síntomas, ya que en las fases previas, a excepción de un aumento de tamaño de los ganglios linfáticos, los sujetos no tienen ninguna indicación de su enfermedad.

Después de los síntomas del pre-sida, las personas infectadas por el VIH desarrollan el sida, que se caracteriza por una serie de enfermedades tanto del punto de vista médico como desde el punto de vista del pronóstico. “Esta fase es el resultado final de la infección por el VIH, en la que el sistema inmune no ha podido impedir la expansión del mismo y las células de la defensa no han logrado frenar a los agentes infecciosos que, ahora, causan la enfermedad” (Del Amo, 1999, p. 82).

Las infecciones y cánceres que ocurren en las personas con sida, se llaman oportunistas, ya que aprovechan la debilidad del sistema inmune para causar enfermedad. Fajardo (2004), menciona que las infecciones oportunistas (IO) se presentan cuando el sistema inmune está gravemente afectado, y es la más importante causa que amenaza la vida en pacientes con sida.

Soler (2001), menciona que se han identificado más de una docena de infecciones oportunistas y algunos cánceres, que constituyen indicadores suficientemente específicos de la inmunodeficiencia subyacente como para ser incluidos en la definición de casos de sida.

Las enfermedades que caracterizan al sida son las siguientes:

- 1) Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar.
- 2) Candidiasis esofágica.
- 3) Carcinoma de Cervix invasivo.
- 4) Coccidioidomicosis diseminada (en una localización diferente o además de los pulmones y los ganglios linfáticos cervicales o hiliares).
- 5) Criptococosis extrapulmonar.
- 6) Criptosporidiasis con diarrea de más de un mes.
- 7) Infección por citomegalovirus de un órgano diferente del hígado, vaso o ganglios linfáticos, en un paciente de edad superior a un mes.
- 8) Retinitis por citomegalovirus.
- 9) Encefalopatía por VIH.
- 10) Infección por virus del herpes simple que causa una úlcera mucocutánea de más de un mes de evolución, o bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración, que afecten a un paciente de más de un mes de edad.
- 11) Histoplasmosis diseminada (en una localización diferente además de los pulmones y los ganglios linfáticos cervicales o hiliares).
- 12) Isosporidiasis crónica (menor un mes).
- 13) Sarcoma de Kaposi.
- 14) Linfoma de Burkitt ó equivalente.
- 15) Linfoma inmunoblastico o equivalente
- 16) Linfoma cerebral primario.
- 17) Infección por *M. avium-intracellulare* o *M. Kansasii* diseminada ó extrapulmonar.
- 18) Tuberculosis pulmonar.
- 19) Tuberculosis extrapulmonar o diseminada.
- 20) Infección por otras microbacterias, diseminada o extrapulmonar.
- 21) Neumonía por *P. carinii*.
- 22) Neumonía recurrente.

- 23) Leucoencefalopatía multifocal progresiva,
- 24) Sepsis recurrenente por especies de salmonella diferentes de *S. typhi*.
- 25) Toxoplasmosis cerebral en un paciente de más de un mes de edad.
- 26) Wasting síndrome.

Del Amo (1999) y Ponce y Rangel (2000), argumentan que todo el cuerpo humano puede enfermar con el sida, pero los órganos que son directamente afectados son los pulmones, el aparato digestivo, el cerebro, la piel y los ojos.

La enfermedad pulmonar en el paciente con sida, afecta sin duda alguna su estado de salud del paciente. Los pulmones de éstas personas, pueden sufrir diferentes tipos de infecciones causadas por bacterias, hongos o virus que dan lugar a tos, expectoración, dificultad de respirar, fiebre y dolor en el pecho. En algunos casos como en el de la tuberculosis, los enfermos pueden toser sangre.

Las infecciones más frecuentes que afectan a los pulmones de las personas con sida, son la neumonía por *Pneumocystis carinii* y la tuberculosis pulmonar. El Sarcoma de Kaposi también puede aparecer en los pulmones.

La neumonía por *Pneumocystis carinii* antes de la aparición del sida, era rara y sólo se producía en sujetos con el sistema inmune deteriorado, como los receptores de transplante o la personas con inmunodeficiencias congénitas.

Ponce y Rangel (2000), reconocen que la neumonía por *Pneumocystis carinii* fué una de las primeras complicaciones reconocidas del sida. Es la manifestación inicial del sida en más del 65% de los pacientes, y ocurre en 85% de todos ellos en alguna etapa de la enfermedad. Estos autores también mencionan algo interesante, que cuando aparece la neumonía por *Pneumocystis carinii* contribuye como factor mayor asociado a mortalidad en un 25% de los casos.

Del Amo (1999), menciona que se cree que el *Pneumocystis carinii* se transmite por vía aérea, para luego instalarse en los pulmones donde causa enfermedad, cuyos síntomas son: dificultades respiratorias, sensación de opresión en el pecho, tos y fiebre.

EL sarcoma de Kaposi, antes de la epidemia del sida, era un tumor poco frecuente, que aparecía en varones de edad avanzada del sur de Europa. El Sarcoma de Kaposi era un tumor que afectaba generalmente a la piel, dando lugar a unas placas rojizas, y no causaban la muerte a las personas que lo padecían. Cuando aparece el VIH el comportamiento del Sarcoma de Kaposi cambio radicalmente, el tumor se volvió más agresivo, afectando no solo a la piel, sino también a otros órganos como los pulmones y el aparato digestivo. Incluso en sus formas cutáneas, el Sarcoma de Kaposi de los pacientes con sida es mucho más grave; las placas son más grandes y más numerosas y se extienden con rapidez del resto del cuerpo.

Lo que debemos tener en cuenta del Sarcoma de Kaposi es que antes de la aparición del VIH, era un tumor poco habitual, después de la aparición del VIH, paso a ser una de las enfermedades que más frecuentemente se asocia al sida, es decir, se comporta como un tumor oportunista que aprovecha el mal funcionamiento del sistema inmune para causar enfermedad en el cuerpo.

El sida también afecta el aparato digestivo en mucha frecuencia en los pacientes con sida, causando dolor al tragar alimentos y líquidos, pérdida de peso importante, diarrea crónica de hasta 15 evacuaciones por día y dolores abdominales. Estos problemas son causados por hongos, como la *Cándida albicans*, que cubren la pared del esófago, dificultando el paso de alimentos por el mismo, o por parásitos intestinales causan diarrea crónica y pérdida de peso. El intestino se puede también ver afectado por tumores como el Sarcoma de Kaposi.

Otra área que el sida ataca fuertemente es el cerebro. El cerebro de las personas con sida puede infectarse con virus, bacterias, hongos o parásitos, así como también puede desarrollar tumores. Los síntomas de la afectación cerebral de las personas con sida son muy variados: van desde un dolor de cabeza y la depresión (esto más que nada se debe tratar psicológicamente) a parálisis con crisis epilépticas. El cerebro también puede desarrollar cánceres como linfomas e infecciones como la toxoplasmosis cerebral, la tuberculosis o por virus como la leucoencefalopatía multifocal progresiva o las meningitis virales.

La piel se ve afectada en la infección por el VIH, tanto en la fase pre-sida como el en sida. De nuevo puede haber infección por virus, hongos, bacterias o parásitos o se pueden desarrollar tumores en la piel.

Los virus pueden causar lesiones, como úlceras que llegan a ser muy peligrosas y que afectan a la piel y a los genitales. El tumor que con más frecuencia afecta a la piel de las personas con sida es el Sarcoma de Kaposi descrito anteriormente.

Otro órgano del cuerpo humano que es afectado por el sida, son los ojos, debido a que las personas afectadas no tienen ya (o tienen muy pocos) CD4, los ojos también pueden ser atacados por hongos, virus, bacterias y un tipo específico de virus llamado citomegalovirus, éste virus produce una infección en la retina, causando una retinitis progresiva que acaba en ceguera. Los síntomas más frecuentes son la disminución de la agudeza visual en un ojo, que suele terminar con la ceguera completa del ojo afectado.

Aparte de la afectación de los órganos descritos anteriormente, el paciente con sida puede tener una afectación general de su estado de salud, que se manifiesta en forma de cansancio crónico, debilidad generalizada, fiebre, falta de apetito y adelgazamiento severo, que suele acompañar de un estado de depresión

(ésto lo veremos en el siguiente apartado). La pérdida de peso es importante ya que el sujeto con sida puede llegar a perder hasta el 10% de su peso basal.

Teniendo en cuenta cómo es el proceso de la enfermedad del sida, también debemos mencionar que existen tratamientos farmacológicos para estabilizar (o en su momento tratar de hacerlo) a la persona infectada, para así lograr que el enfermo tenga una mejor calidad de vida, pero no debemos olvidar que éste tratamiento farmacológico, debe ser acompañado por un tratamiento psicológico, recordemos que la salud debe ser tratada multidisciplinariamente, y no porque el paciente tenga un tratamiento médico, puede mejorar la calidad de su vida.

También es necesario que la familia, amigos, parientes del paciente terminal le brinden apoyo, hay que cambiar el concepto del sida dentro de la sociedad, así que para que ésto ocurra es necesario que la misma sociedad tenga ganas de aprender todo sobre esta enfermedad.

Tomando en cuenta a la sociedad como factor importante para el crecimiento y expansión del sida, es importante saber como ésta sociedad mundial ha concebido el término y cómo es que lo aplican a su vida diaria.

La sociedad en nuestros tiempos, ha colocado al sida en un nivel muy alto de las enfermedades mortales. Con ésto se han creado muchos tabúes acerca de la enfermedad, y lo más preocupante es que mucha gente se sigue infectando por el sida, esto por falta de información o por los tabúes mal manejados que la misma sociedad crea.

León (en: Yubero y Larráñaga, 2000), menciona que la atención que se le presta al sida y la forma en cómo concibe la sociedad al sida, afecta nuestros valores, genera prejuicios y ha provocado en sus orígenes una serie de procesos de pánico y angustia colectiva injustificados.



Es por ésto mismo, que la enfermedad del sida produce efectos marginadores sobre los contagiados, pero eso no es todo, aparte de que algunos (en su mayoría) de los enfermos de sida son marginados, algunos llegan a ser maltratados y abandonados, en pocas palabras discriminados, y más cuando son homosexuales o drogadictos, porque el tener estas condiciones tampoco es bien visto o aceptado por la mayoría de la sociedad.

Los tabúes sobre los homosexuales y los drogadictos en relación con el sida, es que ésta enfermedad es sólo para ellos y sólo se pueden contagiar ellos, los desviados. “Esto hace que sea más fácilmente comprensible, aunque en ningún modo justificable, la primera reacción refractaria e irracional de amplios sectores sociales, para quienes el sida venía a convertirse en algo así como un castigo divino o como un ángel exterminador de aquellos que habían pecado” (León en: Yubero y Larrañaga, 2000, p. 28).

Con ésto nos podemos preguntar ¿Cómo a finales del siglo XX y a principios del XXI existe gente que pueda pensar así? La respuesta a ésta pregunta la podemos encontrar fácilmente dentro de la sociedad, sólo ella nos dirá hasta cuándo seguirán la ignorancia y la irresponsabilidad siendo los causantes de que se siga extendiendo el sida por todo el mundo de una manera sumamente rápida.

No decimos que toda la sociedad discrimina a éstas personas, pero sí la mayoría. Utilizan un lenguaje muy directo y muy fuerte en contra de las personas contagiadas, y lo único que logran con ésto es hacerle la vida más complicada a los mismos enfermos.

Discriminación laboral, social, familiar, etc. son el pan de cada día de muchas de las personas contagiadas actualmente. Aunque la sociedad ha ido cambiando poco a poco su modo de concebir el sida, existen muchísimas personas que no han entrado a ésta nueva etapa de la sociedad, ésto es lo que

sigue afectando indiscutiblemente moral, social y psicológicamente la calidad de vida del enfermo terminal con sida.

La sociedad debe darse cuenta de que ésta enfermedad es muy peligrosa y puede llegar a considerarse la peor de las enfermedades de todos los tiempos si no se le otorga la verdadera atención y preocupación que se merece.

Con ésto no sólo nos referimos a tratamientos médicos y psicológicos, porque ésta enfermedad no es sólo de las personas infectadas, es de toda la sociedad que debe estar informada y educada para que ésta epidemia ya no crezca más, para que haya igualdad (en todos los aspectos) para todos y no se discrimine de ninguna manera a los contagiados por el sida.

Sepúlveda (1989), menciona que es de esperar que la enfermedad y muerte por sida se incremente en los próximos años, y considerando el número de individuos que involucra, los modos en que se transmite, el impacto que tiene y las reacciones que provoca, bien podría ser llamada una enfermedad social, ésto se debe a que el sida es un problema de salud pública.

Como mencionamos anteriormente, existe discriminación social y esta también es laboral, aunque no en todas las empresas o trabajos sucede ésto. Existen empresas que no discriminan al trabajador contagiado por VIH, pero se quejan de que el seguro social no cubre los gastos totales para los portadores, y cuando llegan al sida ellos deben pagar todos los gastos. Esto es una forma de no aceptación completa en el área laboral.

Cuando una persona con sida se encuentra ya en fase terminal, es necesario (como mencionamos en párrafos anteriores) que se le trate de una manera multidisciplinaria, pero también es necesario que la sociedad acepte las consecuencias del sida y no discrimine a estas personas. Si la gente que no sabe cómo es el proceso del sida tuviera una buena información sobre esta

enfermedad, y si el país ó el gobierno del sector salud ó los especialistas en salud tuvieran más interacción con la sociedad, orientándolos a una prevención, a un tratamiento de la enfermedad, a una promoción y a un mantenimiento de la salud, se podría decir que habría una mayor aceptación a las personas infectadas ya que así no habría ignorancia al conocimiento de la enfermedad y los enfermos terminales con sida podrían ser tratados con todos los derechos que se merecen.

Con esto no decimos que se puede terminar la discriminación social, pero si que la mayoría de las personas al no tener los conocimientos acerca de la enfermedad discriminan por ignorancia. “La naturaleza del sida tiene una gran carga de estigmatización y cuyo conocimiento produce segregación y marginación” (Real, en: Inchaurreaga, 1997, p. 62).

## **2.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE TERMINAL CON SIDA.**

Se puede decir que desde que el sujeto se da cuenta que ha podido contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), por cualquier medio de contagio, empiezan sus primeros problemas de afrontamiento, ésto es por que el sujeto no sabe cuál es su estado real, si será VIH positivo o no.

Santelices (2002), menciona que los primeros efectos, emociones y representaciones acerca de la experiencia del VIH/SIDA, comienzan desde el momento mismo en que una persona llega tan sólo a pensar en la posibilidad de practicarse alguna de la pruebas de laboratorio que se disponen para detectar la presencia de anticuerpos al VIH, sea por prescripción médica o por decisión propia.

“La comunicación de un diagnóstico de sida, o de algún complejo relacionado con el sida, representa un momento crítico para el afectado, su pareja, familia y allegados; y en el que reviste una especial significación la escala de valores y culturales” (Arranz y Carrillo, 1994, p.187).

Santelices (2002), comenta que cuando el paciente se entera de que es VIH positivo, desde ese momento se ve reactivada su “angustia de muerte”, produciéndose una reevaluación de su proyecto de vida.

En éstos momentos, es cuando el paciente comienza a formar cogniciones no funcionales, que le producen en algunos casos, angustia, depresión y estrés, que en determinado momento pueden llegar a empeorar la calidad de vida del paciente.

Tendremos que mencionar que los profesionales de la salud (en éste caso el médico que atiende al paciente), deben ser los únicos que tienen obligación ó son las personas ideales para poder dar la información sobre el diagnóstico del paciente. Esto lo mencionamos porque los médicos son los profesionales que saben de tratamientos farmacológicos, y las reacciones y beneficios que éstas medicinas pueden traer. Esta información debe ser clara para el paciente, y se debe dar de una manera informal (sin términos médicos, comprensibles para el paciente o la familia de este) ya que le debe quedar clara la información sobre su enfermedad, para que así, el saber que a pesar de la enfermedad puede mantener o mejorar su calidad de vida y no tenga mala información sobre ésta provocándole mas angustia.

González, Poveda y Barón (1989), complementan diciendo que hay que realizar un esfuerzo para hablar con el paciente de un modo inteligente, inteligible, rompiendo las barreras, en ocasiones numerosas y no siempre invisibles, que pueden separarnos del enfermo, la información ha de ser siempre personalizada, con realismo y sinceridad, sin agresividad, con certeza y con esperanza.

Tobón y Vinaccia (2003), mencionan que para dar un resultado de seropositividad al paciente, es necesario tener en cuenta que la comunicación de diagnóstico es un hecho altamente estresante y, por ende, el profesional que comunique tal resultado debe tener una sólida formación profesional y personal para acompañar a la persona y ayudarlo a superar ese crítico momento. La comunicación de seropositividad debe hacerse en el marco de una intervención psico-social, que posibilite una disminución del estrés, desarrolle estrategias de afrontamiento adecuadas para un buen pronóstico, favorezca la expresión emocional y habilite competencias en el paciente, para que pueda comunicar el hecho de su seropositividad a otras personas.

El diagnóstico del VIH, conlleva una percepción negativa de la salud general, disminuye la vitalidad y la práctica de conductas saludables y favorece las no saludables, es por esto que además de otro miembro del equipo sanitario, esté presente el psicólogo para ayudar al enfermo a manejar el estrés y el impacto emocional.

Estas cogniciones (en algunos casos), son producto de la mala información que maneja la sociedad y la falta de conocimientos del paciente sobre ésta enfermedad, produciendo así la cognición no funcional de “me voy a morir”.

Esto, apenas es el comienzo de un largo y difícil proceso que tiene que afrontar el paciente con sida, ya que su aspecto biológico y psicológico van cambiando conforme va avanzando la enfermedad.

Como mencionamos anteriormente, el paciente al momento de enterarse de que es VIH positivo, enfrenta un estado de crisis. “Una crisis, surge cuando una persona enfrenta un obstáculo importante en relación con los objetivos de vida, y siente que es imposible superarlo mediante los métodos habituales de solución de problemas, las crisis se producen como una respuesta emocional a una situación peligrosa” (Otto, 1999, p. 804).

En éste estado de crisis, primeramente predomina un choque emocional, la negación y la culpa. Yubero y Larraña (2000), mencionan los procesos por los que puede pasar una persona con sida:

- 1) Negación: La persona niega los resultados que se le ofrecen (tiene que haber una equivocación, no me puede pasar esto a mí).
- 2) Complejo emocional: Irritación, ira, agresividad.
- 3) Negociación: en ésta fase, el sujeto intenta buscar desesperadamente una solución al problema, en muchas ocasiones, al margen de los medios terapéuticos que la sociedad pone a su disposición.
- 4) Depresión: A medida que la enfermedad evoluciona y se pierden las esperanzas de curación, los sujetos entran en una fase depresiva, asociada en ocasiones a situaciones de ansiedad y angustia intensa.
- 5) Aceptación, resignación: Si el sujeto logra salir de la fase aguda depresiva, aparece un cambio de sus actitudes en cuanto a una aceptación resignada de su situación, vivida como irreversible.

Santelices (2000), complementa diciendo que la aparición de crisis de ansiedad, estrés y depresión, pueden favorecer incluso a pensar en el suicidio como una medida apropiada para “evadir” el problema.

Con lo anterior, nos damos cuenta de cuáles son los aspectos psicológicos de las personas que son VIH positivas, pero las personas que ya han pasado por este proceso, las personas que ya tienen sida, experimentan otras reacciones psicológicas que están acordes a las mismas emitidas por el paciente con VIH.

Estas reacciones psicológicas pueden ser estrés, ansiedad, depresión, negación, insomnio y suicidio. Hay que mencionar que estos aspectos psicológicos no se presentan en este orden, y no todos los pacientes terminales con sida los experimentan.

A continuación, se describirán éstas reacciones para ver cómo es que los pacientes terminales, van desarrollando de alguna manera alteraciones psicológicas que pueden empeorar su estado de salud actual disminuyendo así su calidad de vida.

**ANSIEDAD:** La ansiedad, es un modelo complejo y variable de conductas que aparecen en el sujeto como respuesta a una situación estimulante determinada; la situación puede ser desencadenada por factores ambientales, biológicos o bien, en ausencia directa de estos factores por las cogniciones (pensamientos, ideas, creencias no funcionales) del propio sujeto.

La intensidad de la ansiedad, depende de múltiples factores y la podemos experimentar en situaciones de gran peligro, o algunas veces podemos experimentar ansiedad en situaciones que realmente nos gustan mucho como por ejemplo, una situación amorosa (esto pasa a nivel fisiológico).

La ansiedad intensa, puede emitirse como insoportable, como una imposibilidad por parte de la persona para reducirla, e incapacitante para que el sujeto desarrolle su actividad normal, o sea, que impide en algunos momentos su desarrollo completo en los diferentes contextos en donde interactúa.

Ellis (2001), menciona que la ansiedad malsana toma forma de pánico, terror, horror, fobias, temblores, estado de shock, entumecimiento y todo tipo de reacciones físicas y psicosomáticas que le alertan, de alguna manera, contra posibles peligros, pero que a menudo no hacen más que interferir en el buen manejo de esas situaciones.

La ansiedad se puede llegar a manifestar por alteraciones en cualquiera de los tres canales de respuesta posibles: fisiológico, cognitivo y motor.

Nivel fisiológico: respuesta galvánica de la piel, ritmo cardiaco acelerado, presión y volumen sanguíneo acelerado, respiración intensa y tensión muscular.

Nivel cognitivo: entendido éste como los pensamientos, creencias, atribuciones del individuo negativas, ejemplo de ello es el tipo de respuestas anticipatorias negativas estresantes, pensamientos catastróficos sobre su futuro, en muchas ocasiones aunque no existan datos para ello. Esto lo podemos explicar con el modelo ABC de Ellis, que explica que el paciente genera sus consecuencias emocionales basándose en un sistema de creencias no funcionales.

Nivel motor: el paciente puede manifestar temblores, éste como consecuencia de la excitación fisiológica, respuestas de evitación y de escape, inquietud y movimientos bruscos.

Cuando la ansiedad se presenta en el paciente, y se mantiene en periodos largos de tiempo, el organismo se resiente y los efectos a nivel fisiológico pueden dejar al organismo más vulnerable.

Las personas ansiosas, se sienten inseguras, se sienten incapaces, están sujetas a una constante presión y preocupaciones diversas, magnifican sus dificultades y esperan lo peor: tienen una gran dificultad de conciliar el sueño, y cuando éste se llega a lograr es intranquilo y no satisfactorio. Esto pasa porque en la etapa terminal del sida, piensan que su muerte cada vez esta más cerca y sus demás pensamientos no funcionales alteran más su sistema cognitivo, provocando una mayor ansiedad en el paciente, ansiedad que es más que nada, saber qué pasará con ellos en el resto de la enfermedad.

“La ansiedad surge cuando usted desea algo y ve que es posible que no lo obtenga, o cuando no lo desea y se da cuenta de que corre el peligro de tener que pasar por ello. Si realmente no tuviera ningún tipo de preferencias o deseos, sería indiferente a casi cualquier cosa que le pudiera ocurrir, y por tanto, no tendría ansiedad” (Ellis, 2001, p. 28)



DEPRESIÓN: Este es uno de los aspectos psicológicos más importantes que una persona en fase terminal con sida puede presentar, la cual se define como un estado de ánimo disfórico, donde se presenta la aflicción o tristeza, relacionado con conflictos, situaciones y/o acontecimientos personales. Así la depresión puede presentarse como la respuesta de un individuo con sida al estrés y las cogniciones ocasionados por su enfermedad maligna.

Macía y Méndez (1997), argumentan que desde la perspectiva conductual, la depresión es un constructo que debe ser operacionalizado en forma de conductas específicas de los tres canales de respuesta.

Sistema cognitivo: sentimientos de tristeza, abatimiento, desánimo, apatía, pensamientos negativos sobre sí mismo (autorreproches, autoculpas) sobre las propias experiencias (soledad, derrotismo) sobre el futuro (muerte, suicidio) lo que dice la triada cognitiva de Beck, distorsiones cognitivas como inferencias arbitrarias, abstracciones selectivas, sobregeneralizaciones, personalizaciones, entre otras dificultades para concentrarse y recordar.

Sistema fisiológico: sequedad de la boca, disminución de sudoración, estreñimientos, dolores de estómago, falta de apetito, amenorrea, insomnio, cefáleas y mareos.

Sistema motor: déficit de conductas sociales (hablar, reír, alabar a un amigo) y de conductas positivas (leer, hacer deporte, escuchar música, ver la tv, ir de excursión, practicar algún hobby) exceso de conductas de escape, evitación ante la estimulación aversiva (pedir ayuda, quejarse) y de conductas inusuales o irracionales (estar acostado, intentos de suicidio).

Exactamente como lo escribió Beck en su terapia cognitiva de la depresión, basándose en la triada cognitiva que está implícita en los eventos cognitivos, es lo

que les pasa psicológicamente a los pacientes depresivos en fase terminal con sida.

- 1) Tienen ideas negativas sobre sí mismos, incluyendo ideas de culpa, minusvaloración personal, inseguridad, etc.
- 2) Visión negativa del entorno gracias a sus experiencias, ideas de verlo todo de un modo negativo.
- 3) Visión negativa del futuro, como por ejemplo, ideas catastróficas.

También podemos mencionar nuevamente los procesos cognitivos del paciente depresivo, y que también los pacientes terminales con SIDA manifiestan:

- 1) Razonamiento dicotómico.
- 2) Sobregeneralización.
- 3) Magnificación.
- 4) Inferencia arbitraria.

**ESTRÉS:** Una persona que se encuentra en situación terminal con sida, puede manifestar estrés. Lázarus y Launier (en: Buendía, 1993) y Buceta (en: Macía y Méndez, 1997), consideran al estrés como cualquier suceso en el que las demandas ambientales o internas (o ambas) sobrecargan o exceden las posibilidades adaptativas de un individuo. Así que una persona esta bajo estrés, cuando las demandas empiezan a sobrecargar o a exceder sus capacidades, por lo que intervienen en el proceso datos internos y externos.

Las personas que son terminales con sida, en una gran mayoría presentan estrés y ansiedad al mismos tiempo, ésto sucede porque las demandas de la enfermedad (demandas físicas y/o ambientales) y sus cogniciones (demandas internas del paciente) no dejan que el individuo se adapte a ésta última etapa de su vida, generando así que el estado del paciente pudiera degenerarse más rápidamente.

Podemos observar las reacciones de un individuo en fase terminal cuando se presenta el estrés en los tres canales de respuesta del sujeto:

Cambios fisiológicos: incremento en la tasa cardíaca, sudoración, dilatación de las pupilas, aumento en la presión sanguínea, incremento en la tasa respiratoria, cambios hormonales, incremento en el tono muscular.

Cambios evolutivos: “tengo miedo, estoy asustado” Este tipo de cogniciones, inhibe la toma de decisiones.

Conducta motora: evitación, escape, parálisis de movimientos y en general movimientos del cuerpo como manerismo, gesticulación y temblores.

**NEGACIÓN:** Este tipo de conducta que el paciente terminal con sida presenta ante ideas o efectos insoportables o dolorosos, es una técnica con la que opera la personalidad para poder mantener un equilibrio, y así eliminar la fuente de inseguridad, peligro, tensión, ansiedad originada habitualmente por la enfermedad.

Los pacientes terminales, intentan rechazar (en ocasiones) la realidad externa con el objetivo de evitar el sufrimiento previsto de que van a morir. Esto puede traer como consecuencia en algunos casos la depresión del paciente.

**INSOMNIO:** Los pacientes terminales (en algunos casos), no pueden dormir a ninguna hora del día, esto sucede por que se la pasan pensando cómo, cuándo y dónde será su muerte. Las cogniciones que ellos realizan cuando están despiertos, solo los atormentan provocando que no puedan conciliar el sueño y si lo tienen es poco o es mal aprovechado, ya que con frecuencia tienen pesadillas sobre su muerte próxima.

SUICIDIO: El suicidio no es muy común en pacientes terminales con sida. Sherr (1992), menciona que a pesar de que el suicidio es un problema serio, es necesario diferenciar entre pensamientos suicidas, actos suicidas o suicidio en sí, los pensamientos intentos y actos suicidas no parecen tener ni más ni menos incidencia en las personas con sida que en otras áreas.

No se descarta que existan pacientes terminales con pensamientos o actos suicidas que lleguen a cometer éste tipo de comportamiento y lleguen a quitarse la vida, pero se cree que llegan hasta éste punto, cuando los pacientes no tienen un apoyo psicológico, originando una gran depresión aunado a la ingestión de alcohol o drogas.

El tipo de pensamientos que genera el enfermo terminal con sida, serán consecuencia del tipo de apoyo médico, psicológico y social que el paciente reciba durante esta última fase de su vida.

Es por ésto y por lo que anteriormente se mencionó, que el apoyo psicológico es muy importante, que ésta enfermedad no puede tratarse sólo desde el punto de vista médico.

## **2.3 LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA Y EL PACIENTE ENFERMO TERMINAL CON SIDA.**

Al abordar éste apartado, comenzaremos explicando que la entrevista, es un procedimiento de obtención de información mediante la conversación con una o varias personas, en la cual una de las partes (entrevistador), tiene como rol establecido y como misión el indagar mediante preguntas orientadas, a fin de reunir la información que desea obtener, mientras que la otra parte (entrevistado),

tiene el papel asignado de responder en relación a las preguntas que se le efectúan.

Para Garfield (1979), la técnica clínica más omnipresente y ubicua es, sin duda la entrevista. Phares (1999), argumenta que el mejor y más duradero amigo del clínico es sin duda la entrevista. Esto se debe a que, antes de hacer un análisis funcional o desarrollar un programa de tratamiento, es necesario tener cuando menos una noción general de cuál es el problema, y con la entrevista conductual podemos llegar a éste objetivo.

El objetivo de la entrevista conductual, es la descripción de la conducta de los sujetos y de las condiciones situacionales que rodean a éstas conductas (tanto ambientales como organísmicas), así como de la relación existente entre esas condiciones y la conducta; es decir, aportar datos que faciliten la realización de un análisis funcional de conducta de los comportamientos sobre los que se investiga.

Entonces tendremos en cuenta que, en la entrevista conductual el objetivo de indagación principal, ha de ser la conducta de los individuos en situación, pero no debemos olvidar los factores cognitivos, ya que éstos son importantes y es necesario determinar qué tipo de pensamientos crea y mantiene en enfermo terminal con sida, debido a que nos estamos basando en el modelo cognitivo-conductual.

Es necesario saber que la entrevista psicológica a un paciente terminal, se ofrece como un servicio mas del servicio psicológico dentro de un mismo servicio multidisciplinario, la aplicación de la entrevista, puede hacer referencia a las cogniciones y conductas que pueden llevar al paciente a un estado de ansiedad, depresión, estrés, etc, que sólo podría afectar más su estado de salud actual.

Así pues, en la entrevista debe realizarse en primer lugar, una investigación sobre el funcionamiento actual del sujeto, teniendo en cuenta que es enfermo terminal con sida, de modo que se pueda detectar la posible existencia de comportamiento no funcional, en una o varias áreas del funcionamiento, para lograr esto se necesita una descripción lo más exacta posible de los mismos.

Caballo, Buela-Casal y Sierra (1996), argumentan que se necesitará conocer con precisión sus parámetros de frecuencia, intensidad y duración en relación con las distintas situaciones en las que ocurre, lo cual entre otras cuestiones, permitirá valorar si estamos ante comportamientos que podemos considerar problemas por exceso o por déficit. Aquí, también deben incluirse las cogniciones que el paciente desarrolle, con esto nos referimos a que también se debe indagar sobre los pensamientos del cliente, así como su frecuencia y duración, esto servirá para un mejor análisis funcional.

También en la entrevista se tomarán en cuenta las variables orgánicas, los estímulos antecedentes y posteriores al funcionamiento que se analiza, porque también son importantes para asignar el tratamiento que el psicólogo determine. Otro foco de interés, que es objeto de investigación cuando ya se ha detectado la existencia de un problema, es el conocimiento de la historia de ese problema, para lo cual ha de preguntarse sobre el momento y las circunstancias de su aparición, sobre su desarrollo y sobre el curso que haya seguido su evolución hasta la situación actual.

Enseguida veremos un esquema general de la entrevista clínica psicológica, en donde se describirá paso por paso cual es el procedimiento que el psicólogo debe llevar a cabo para iniciar su evaluación.

## \* ESTRUCTURA GENERAL DE LA ENTREVISTA

### RECEPCIÓN:

- a) Abrir la puerta y preguntar cuál es el asunto
- b) Invitarlo a tomar asiento.
- c) Preguntarle su nombre.
- d) Presentarse como Psicólogo dando el nombre completo.

### HABITUACIÓN:

- a) Establecer una plática agradable que le permita al usuario y al terapeuta, hablar con comodidad.
- b) Preguntar el motivo de la consulta.
- c) Preguntar cómo se enteró del servicio.

### INTRODUCCIÓN:

- a) Explicar al usuario qué hace un psicólogo clínico.
- b) Explicar la orientación teórica del terapeuta.
- c) Explicar la dinámica general de las sesiones: participación, ejercicios, tareas.

#### CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO:

- a) Confidencialidad.
- b) Costo del servicio.
- c) Aclaración del trabajo en pareja (según el caso).
- d) Instrumentos a utilizar: notas, grabadora de sonido, video grabadora.

#### DECLARACIÓN DE EXPECTATIVAS:

- a) Expectativas del usuario (preguntar qué espera de la consulta y qué le gustaría que pasara)
- b) Expectativas del terapeuta: importancia de la veracidad de la información, puntualidad en las citas, cumplimiento de tareas.

#### DATOS DEMOGRÁFICOS:

- a) Personales: Nombre, edad, domicilio, teléfono, estado civil, ocupación, información particular según el caso.
- b) Familiares: Número de integrantes, edad, estado civil, ocupación, información particular según el caso.
- c) Generales: Número de amigos, disposición de tiempo libre, tipo de educación (académica, oficio, religión, creencias), características relevantes del lugar de residencia (vivienda, colonia), características relevantes del lugar de trabajo y/o estudio, información particular según el caso.
- d) Salud: estado general de salud física, información particular según el caso.



## DEFINICIÓN DEL USUARIO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA REPORTADO:

- a) Sondeo inicial: indagación específica del motivo de consulta.
- b) Delimitación (definir usuario y concretar la problemática): identificación de la conducta de interés, indagación definicional, indagación funcional, identificación de las variables relacionadas (antes y durante la presencia de la C.I.) medio, condición biológica, conducta, cognición.
- c) Historia interactiva( formas de aprendizaje relacionadas)

## DEFINICION DE PRIORIDADES Y TRASCENDENCIA DEL PROBLEMA PARA EL USUARIO:

- a) Importancia del problema: duración, intensidad, frecuencia, indagación, NO SUGERENCIA de intentos de suicidio o daños físicos (según el caso), consecuencias significativas (después de presentarse la C.I.) medio, condición biológica, conducta, cognición.
- b) Generalización en otros momentos o actividades.
- c) Implicación de otras personas (efectos)

## INTENTOS ANTERIORES DE SOLUCIÓN:

- a) Profesionales.
- b) No profesionales.
- c) Individuales.
- d) Opinión al respecto.

## OBJETIVOS Y METAS:

- a) Específicamente qué resultados espera el usuario de la consulta.
- b) Específicamente cuáles son los objetivos y metas de la intervención.
- c) Mención de las probables consecuencias (según el caso) a corto plazo, a largo plazo.

## FINAL DE LAS SESIONES (SEGÚN EL NÚMERO DE SESIÓN):

- a) Resumen: confirmación de la información obtenida, aclaración de datos incompletos o inconsistentes, confirmación de la información proporcionada al usuario, aclaraciones, recuperación de la información o instrucciones omitidas (lo que se les olvido hacer o decir).
- b) Asignación de la (s) tarea (s) y planes para la siguiente sesión.
- c) Concertación de la siguiente cita (fecha, hora y lugar).
- d) Despedida (con palabras positivas).

\* Estructura realizada por el Lic. Juan Antonio Vargas Bustos, FES Iztacala. Psicología Clínica.

Después de haber revisado la estructura de la entrevista, veamos cómo es el comienzo de esta, ya que consta de un procedimiento con varios pasos a seguir.

Antes de empezar con la entrevista, es necesario explicarle al usuario la utilidad de ésta, es deseable resaltar la necesidad de colaboración que se tiene por parte del entrevistado; es necesario hacer explícito el compromiso de veracidad que se solicita del entrevistado, también es necesario explicarle al usuario la confidencialidad de la información recabada.

Después de explicarle al usuario éstos puntos, se puede empezar la entrevista con la indagación sobre la conducta no funcional, comenzando en primer lugar por conocer “el tipo de problema” que presenta el cliente, en segundo lugar se explorará de qué modo concreto se manifiesta el comportamiento, describiéndolo y tratando de cuantificarlo, también se solicitaran ejemplos concretos de ocasiones reales en las cuales se hayan producido esos funcionamientos.

Existen dos formas para empezar con la indagación sobre la conducta problema, la primera, es cuando el psicólogo ya tiene un conocimiento general del problema, y puede empezar la entrevista recordándole al cliente el porqué de su visita. La segunda forma es cuando el psicólogo no tiene idea del problema y lo desconoce completamente y tendrá que empezar con una pregunta general abierta.

Cuando se han identificado uno o varios “problemas”, se necesita hacer una especificación de los mismos; así que se necesitará conocer los comportamientos o conductas concretas, de las que derivan molestias para el cliente, por no ocurrir esos comportamientos con adecuada frecuencia, intensidad o duración en determinadas situaciones (exceso o déficit de conducta).

El psicólogo o entrevistador, tiene la obligación de rastrear a través de los tres sistemas de respuesta, para obtener una descripción por parte del entrevistado de las posibles respuestas motoras, cognitivas o psicofisiológicas que estén presentes en el problema.

Una táctica que resulta de bastante ayuda para el entrevistador para concretar las conductas problema, y que facilite que el cliente narre descripciones pormenorizadas de ellas, es pedirle que se refiera a la última o últimas veces que ocurrió el problema. Esto es para dos objetivos:

- 1) Permite obtener descripciones detalladas de las conductas no funcionales y probablemente más fiables.
- 2) Baja el problema del mundo de las generalizaciones y abstracciones sobre el funcionamiento problemático del cliente al terreno de los comportamientos concretos y reales que han sucedido.

Después de concretar las conductas no funcionales, es necesario verificar la cuantificación de éstas, su frecuencia de aparición, su duración y su intensidad. Una vez recogida la información sobre la conducta no funcional y sus parámetros de ocurrencia y su topografía, se ha de pasar a indagar en los determinantes de esa conducta, buscando los posibles estímulos antecedentes y consecuentes y las variables del organismo que están controlando dicha conducta.

En la entrevista, también el psicólogo tendrá que conocer la repercusión que tiene en el funcionamiento, el problema del sujeto sobre él mismo y sobre las personas que le rodean, también preguntará sobre el origen del problema, esto puede servir para determinar si aparecieron o dejaron de emitirse conductas debido a que se hubieran producido ciertos cambios en el medio, así, la exploración habrá de realizarse en relación, no a la aparición de la conducta, sino a la aparición de un problema en relación con esa conducta.

Habiendo revisado ya el procedimiento y la estructura de la entrevista, podemos decir que será de gran ayuda para la obtención de información sobre las cogniciones y sobre las conductas que genere el paciente terminal con sida. Ya

que algunas cogniciones, son las que determinarán el tipo de comportamiento en ésta última etapa de su vida.

En el siguiente capítulo, se presentará la elaboración de la entrevista para la detección de pensamientos no funcionales, y se justificará el hecho de que sea una entrevista semiestructurada.

## **CAPÍTULO III: LAS TERAPIAS Y TECNICAS COGNITIVO- CONDUCTUALES Y EL SIDA.**

### **3.1 LAS TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES COMO APOYO AL PSICOLOGO DE LA SALUD.**

Hemos revisado en el anterior capítulo, el modelo cognitivo-conductual, ahora trataremos de dar un mayor énfasis a las terapias que se desarrollan dentro de este modelo terapéutico.

La entrevista que se realizará en el punto tres de éste capítulo, tendrá sus bases en las terapias cognitivas-conductuales, más que nada en las terapias de reestructuración cognitiva (TREC y T.C. de la depresión), ya que éstas terapias cognitivas-conductuales trabajan mayormente la ansiedad y la depresión y estos dos desordenes son muy frecuentes en personas en fase terminal. Recordemos que la entrevista tiene como objetivo, hacer más rápida la intervención psicológica, para que el paciente tenga una mejor estabilidad emocional.

Se podría trabajar desde el punto de vista de la psicología de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad del sida, pero ahora veremos cómo es que el psicólogo de la salud se apoya en éstas dos terapias, para hacer la evaluación psicológica y así tener una intervención más rápida y efectiva.

Podemos comenzar explicando que, se puede utilizar la TREC de Ellis en pacientes terminales con sida para poder ver cuáles son los pensamientos no funcionales que desarrolla en el último lapso de su vida. Con la TREC, el psicólogo se puede dar cuenta junto con el cliente de que A (evento activador) no conduce a C (consecuencia emocional) si no que B (cognición no funcional) es la que le conduce a éste.

Con la TREC, se puede verificar si el paciente tiene pensamientos de angustia o depresión, Jay y Garske (1988), mencionan que después de que el terapeuta ha trabajado con el cliente la TREC, éste aprende varias técnicas para poder:

- 1) Localizar los pensamientos negativos automáticos y las asunciones tácitas que contribuyen y perpetúan el malestar emocional.
- 2) Identificar los errores o distorsiones cognitivas.
- 3) Substituir las creencias, pensamientos y habilidades sociales más adaptativas.

Estas técnicas pueden ser los autorregistros, tareas para el hogar o para cuando no se esté en sesión y el ensayo cognitivo. Es necesario mencionar que estas técnicas son para el apoyo del cliente, pero el terapeuta debe ir mostrando poco a poco cómo es que en verdad funcionan, y cómo el cliente las va adoptando para su propio beneficio, y así, que éste último llegue a ser su propio científico personal. Solo así, creando habilidades en el cliente, se puede decir que la TREC ha funcionado. Con la TREC nos vamos a apoyar más para localizar si en los pacientes terminales con sida existen pensamientos no funcionales de ansiedad ya que existe la T.C. de la depresión que es trabajada por Aaron T. Beck que veremos después.

El psicólogo puede trabajar la ansiedad del paciente terminal con sida, apoyándose en la TREC, ya que Ellis (2001), explica que la ansiedad es un conjunto de sensaciones molestas y de tendencias a la acción, que le permiten darse cuenta de que ocurren o pueden ocurrir hechos desagradables y que le avisan que tendría que hacer algo al respecto.

Ya que todos los humanos tenemos ansiedad, en algunos casos, ésta ansiedad crece tanto que llega a controlar al sujeto que la está presentando, esta es la ansiedad malsana.

Nos dedicaremos a revisar este tipo de ansiedad, ya que es la que suele hacer perder el control de cualquier circunstancia y consecuentemente, afrontar mal, o incluso desastrosamente, los riesgos y problemas con los que se encuentra.

El paciente terminal con sida, debido al estado en que se encuentra, puede generar diversas cogniciones no funcionales, que lo lleven a actuar o tomar conductas no funcionales para su salud y el bienestar de su familia. Estas cogniciones pueden llevarlo a vivir cierto grado de ansiedad malsana, que lo llevará a un estado de pánico o shock emocional, trayendo como consecuencia al mismo tiempo estados de depresión.

También, ésta ansiedad malsana, puede traer como consecuencia que la persona se aislé por que siente y piensa que las demás personas lo menosprecian por la situación que está pasando, y esto también lo puede llevar a un estado de depresión.

Lo que también puede lograr este tipo de ansiedad, en un paciente terminal con sida, es que gracias a sus cogniciones no funcionales, le tenga pánico y horror a la muerte, que cada vez es más cercana a él, debido a su estado de salud. Esto puede perturbar sus emociones, agravando más su estado de salud biológico y psicológico.

El psicólogo de la salud, desde la orientación cognitivo-conductual, tendrá la obligación de verificar con el paciente terminal con sida, los pensamientos no funcionales, ver si éstos pensamientos le generan ansiedad, redefinirlos para que sean funcionales y el paciente pueda aceptar su situación, y así junto con el tratamiento médico, poder mejorar su calidad de vida y tenga un buen morir, ya que la psicología de la salud, es el área de la psicología encargada del estudio del comportamiento individual y su relación con la salud biológica y el bienestar social.



Así que el psicólogo de la salud, trabajando con la terapia Racional-Emotivo-Conductual, se verá obligado a ayudar al paciente, a que no solamente esté bien psicológicamente, sino que también pueda ser tratado multidisciplinariamente para que pueda estar estabilizado biológica y socialmente.

La TREC, debe ayudar al cliente a aceptar la realidad de una manera racional y lógica. Como personas, sabemos que estar en una situación de enfermedad terminal es complicada y muy cruel. Por eso mismo, la TREC y el psicólogo ayudaran al cliente a aliviar su ansiedad, causada por cogniciones no funcionales, y a eliminar sus conductas no funcionales cambiándolas por conductas que puedan ser más benéficas para el mismo cliente.

Ahora que ya vimos cómo puede el psicólogo apoyarse en la TREC, veamos cómo lo puede hacer con la T.C. de Aarón Beck, para tratar la depresión en pacientes terminales con sida.

Para cualquier persona sería lógico pensar, que las personas que están en fase terminal están deprimidas, por que ya no les queda mucho tiempo de vida. En parte tienen razón, pero no todos pasan por el problema de la depresión.

Existen muchas personas que tienen las habilidades necesarias para poder enfrentar y solucionar éste tipo de problemas, pero como dijimos anteriormente, no todas tienen estas habilidades y llegan al punto de tener que enfrentar la ansiedad y la depresión.

La Terapia Cognitiva de Beck (T.C.), es similar a la TREC de Ellis, ya que la primera “se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo” (Beck, 1983, p.13). En otras palabras, las cogniciones del sujeto son las que le van a estructurar el mundo en el que vive, así que su manera de ver el mundo, dependerá de qué tipo de

pensamientos genere el cliente. Estos pensamientos se irán creando a partir de la propia experiencia del cliente.

Los objetivos que tiene el terapeuta al utilizar esta terapia cognitiva, son similares a los objetivos de la TREC de Ellis:

1. Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.
2. Identificar las relaciones entre cognición-afecto y conducta.
3. Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
4. Sustituir las cogniciones no funcionales por interpretaciones más realistas.
5. Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

Cuando el cliente logre manejar y dominar éstos objetivos, podrá cambiar su conducta y pensamientos no funcionales, por otras cogniciones y conductas que le sean más benéficas y sean más realistas. Así que si el paciente terminal con sida logra controlar y cambiar sus cogniciones no funcionales, por otras que sean benéficas para él, podrá tener una mejor estabilidad emocional en éste último lapso de su vida.

Como ya mencionamos anteriormente, los pacientes terminales con sida pueden caer en depresiones fuertes, debido a que ellos estructuran un mundo irreal y no funcional, creando cogniciones que sólo los alteran y no les permiten estar estables psicológicamente en ésta fase de su vida.

Así que el psicólogo encargado de estabilizar emocionalmente al paciente terminal con sida, puede recurrir a utilizar la terapia cognitiva de la depresión propuesta por Beck (1983), en donde se trabaja con los eventos, los procesos y las estructuras cognitivas de los clientes.

Los eventos cognitivos, son los pensamientos e imágenes que el paciente tiene pero que con frecuencia no les presta atención, también son denominados pensamientos automáticos, debido a la rapidez de estos pensamientos casi siempre el cliente no los inicia voluntariamente.

Con la triada cognitiva, el terapeuta se centra en: 1) la visión negativa del paciente acerca de sí mismo; aquí el paciente se puede ver desgraciado y con poca valía, debido a las cogniciones que genera por su estado de salud, 2) se centra en la tendencia del paciente a interpretar sus experiencias de una manera negativa; aquí, el cliente ve al mundo de una manera negativa en donde éste le hace demandas exageradas, impidiéndole alcanzar sus objetivos creyendo así que todo es derrota y 3) se centra en la visión negativa acerca del futuro; aquí el paciente terminal con sida, piensa que su sufrimiento nunca terminará y si terminara sería de una manera fatal. Las cogniciones que más le pueden deprimir o poner ansioso, son acerca de la muerte y su futuro.

Con los eventos cognitivos y la triada cognitiva, el psicólogo podrá darse cuenta del contenido de los pensamientos que el paciente terminal con sida tiene en ese momento. Pero eso no es todo, hay que ver cómo es que el cliente procesa la información o sus pensamientos, para mantener el estado de depresión en el que se encuentra. Con esto se puede decir que hay que ver “cómo piensa” el cliente.

Meichenbaum (en: Jay y Garske, 1988), menciona que la mayoría de las veces, no prestamos atención en cómo procesamos la información; para las personas con una depresión, existen 5 formas de procesar la información o los pensamientos que tienen:

- 1) Razonamiento Dicotómico.
- 2) Sobregeneralización.
- 3) Magnificación.

- 4) Inferencia Arbitraria.
- 5) Sesgo Confirmatorio.

Con éste tipo de formas de procesar la información o los pensamientos, los pacientes depresivos, mantienen las reacciones depresivas creando así un círculo vicioso que no los deja salir de la misma depresión. Ya vimos cómo es que el psicólogo puede apoyarse en los eventos y los procesos cognitivos para ver qué pensamientos tiene el cliente, y cómo los procesa, pero aquí es necesario observar a qué eventos es a los que se les presta atención, y para saber eso es necesario conocer las estructuras cognitivas, ya que son los esquemas, las asunciones implícitas o las premisas, que determinan a qué eventos se presta atención y cómo se interpretan estos.

En resumen, podemos decir que los eventos, son los pensamientos que el cliente tiene, pero a los que no presta atención, los procesos cognitivos, son el cómo procesa la información, y las estructuras, son a qué eventos se presta atención. Así que las estructuras cognitivas, son las que van a decidir cómo será el procesamiento de la información y que dirección tomarán las cogniciones del cliente.

Estas dos terapias cognitivas se pueden completar utilizando técnicas conductuales para así llegar a conformar la terapia cognitivo-conductual. Es por esto mismo, que hemos explicado cómo trabajan para que el psicólogo pueda apoyarse en éstas, ya que la TREC puede trabajar la ansiedad de una forma completa, y la terapia cognitiva de la depresión propuesta por A. Beck, trabaja la depresión de una forma más específica.

Utilizando éstas terapias cognitivas como terapias cognitivo-conductuales, se pueden alcanzar grandes avances con los pacientes terminales con sida, ya que trabajan tanto los aspectos cognitivos como los aspectos conductuales llegando así a ser más eficaces a la hora de aplicarlas en algún tratamiento con

pacientes terminales, ya que recordemos que las cogniciones son sólo uno de los diversos factores que contribuyen a la creación y al mantenimiento de conductas no funcionales.

Siendo así, las terapias cognitivo-conductuales, ayudaran al psicólogo a enseñar al cliente a que éste vea que lo que tiene (ya sea ansiedad o depresión), son procesos transaccionales que envuelven múltiples procesos, osea que sus pensamientos, sentimientos y conductas influyen en los problemas que él presenta. Claro que esto no es así de fácil, éste aprendizaje por parte del cliente, lleva un modelo y un orden a seguir, para que al fin se obtenga un cambio de conducta.

Para lograr un cambio de conducta de una persona terminal con sida, es necesario utilizar también técnicas cognitivo-conductuales y éstas las revisaremos en el siguiente apartado.

### **3.2 LAS TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES QUE UTILIZA EL TERAPEUTA PARA EL TRATAMIENTO Y EL APOYO AL PACIENTE TERMINAL.**

Para empezar con éste apartado, mencionaremos que para que un tratamiento psicológico basado en el modelo cognitivo-conductual sea efectivo es necesario que incluya técnicas conductuales y no sólo trabaje con las variables cognitivas que el paciente genere.

Las técnicas cognitivo-conductuales en las que el psicólogo puede apoyarse para dar un mejor tratamiento que sea rápido y efectivo, deben ser directas y que no se extiendan por más de dos o tres sesiones ya que el psicólogo

no puede saber cuánto tiempo le quede de vida al cliente. Esto lo mencionamos ya que uno de los objetivos que debe tener el psicólogo de la salud al prestar sus servicios como profesional a cualquier persona con enfermedad terminal, es tratar de que éstos se estabilicen psicológicamente lo más pronto posible para que puedan estar tranquilos los últimos momentos de su vida.

Sólo tomaremos en cuenta algunas técnicas conductuales y cognitivas con las que se puede trabajar la depresión y la ansiedad, ya que éstos son los dos aspectos más comunes que manifiestan los pacientes terminales con sida.

Empecemos revisando algunas técnicas en las que el psicólogo se puede apoyar para brindar un mejor tratamiento y así lograr una intervención rápida en la disminución y control de la ansiedad. Un punto que no se puede olvidar, ya que es de suma importancia, es que esto no es una propuesta de tratamiento, sólo explicaremos las técnicas conductuales en las que el psicólogo de la salud puede apoyarse para brindar un tratamiento más completo y efectivo.

La técnica de la relajación:

La relajación es importante para cada ser humano. Si no estamos relajados o si no sabemos relajarnos en situaciones estresantes, nuestro cuerpo sufrirá el malestar de la tensión. Nieves y Vila (en Caballo, 1991), mencionan que la relajación constituye un típico proceso psicofisiológico de carácter interactivo, donde lo fisiológico y lo psicológico no son simples correlatos uno del otro, sino que ambos interactúan siendo partes integrantes del proceso, como causa y como producto.

Cuando una persona se encuentra con algún tipo de ansiedad malsana, es necesario que ésta persona sepa autoaplicarse alguna técnica de relajación. Esta técnica dentro de un tratamiento psicológico, se lleva a cabo en varias sesiones terapéuticas y así el cliente va aprendiendo a relajar parte por parte su cuerpo. (En

el caso de los pacientes terminales con sida, el psicólogo necesitará verificar si el cliente presenta ansiedad y depresión al mismo tiempo, ya que si es el caso, no podrá aplicar la técnica de relajación, hasta que éste no haya salido de la depresión).

En la mayoría de los pacientes terminales con sida, la fuerza de los músculos se va perdiendo, debido al estado de salud en que se encuentran, entonces el psicólogo no puede utilizar la técnica de la relajación progresiva debido a que para utilizar ésta técnica es necesario que el cliente tense los diferentes músculos de su cuerpo y para esto se necesita fuerza física, cosa que algunos pacientes terminales no pueden realizar, entonces recomendamos utilizar la técnica de la relajación pasiva. Nieves y Vila (en: Caballo, 1991), mencionan que en ésta técnica de relajación, no se utilizan ejercicios de tensar, sino sólo de relajar grupos musculares con ayuda de frases autógenas (estas frases hacen referencia al peso y calor de los músculos) y breves indicaciones focalizadas en la respiración.

A continuación mostraremos un ejemplo de cómo es éste tipo de técnica de relajación, para que el lector pueda darse cuenta de que es la más adecuada para trabajar la ansiedad en personas terminales con sida. Esta técnica de relajación pasiva fue propuesta por Schwartz y Haynes (en: Caballo, 1991, p. 174):

*Estás confortablemente reclinado con los ojos cerrados, todas las partes de tu cuerpo están cómodamente apoyadas en el sillón de forma que no hay ninguna necesidad de tensar ningún músculo. Déjate llevar lo máximo que puedas por el sentimiento de relajación (pausa).*

*Ahora focaliza la atención en tu mano derecha y deja de desaparecer de ella cualquier tensión... Concéntrate en los músculos de tu mano derecha...*

*Puedes verlos... ve dejándolos sueltos, más y más sueltos. Deja que esos músculos se vuelvan muy, muy relajados; muy muy calmados; muy, muy tranquilos... déjate llevar... continúa concentrándote en esos sentimientos y deja*

*que esos músculos se suelten más y más... cuando estas relajado tus músculos están muy sueltos, muy largos, muy calmados... déjalos que se suelten más y más (pausa).*

*Ahora focaliza tu atención más arriba, en tu antebrazo derecho; puedes sentirlo, concéntrate en esos músculos y deja que tu atención se focalice en esos sentimientos. Deja que tus músculos se relajen más y más, más y más relajados, profundamente relajados, sueltos, tranquilos... si tu atención divaga, vuévela de nuevo a tus músculos relajados. Están muy alargados, muy tranquilos, muy relajados (pausa).*

*Ahora, focaliza tu atención mas arriba, en tu brazo derecho... a medida que concentras tu atención en esos músculos los vas dejando más y más relajado, muy sueltos, muy calmados, muy tranquilos. Déjate llevar más y más profundamente. Si notas que tu atención divaga vuelve a centrarla en esos músculos. Deja que esos músculos se vuelvan más y más largos, calmados, tranquilos... déjate llevar por el sentimiento profundo de la relajación, sólo déjalo llevar (pausa).*

*Mientras que continúas con todo tu brazo, antebrazo y mano derecha profundamente relajados, concéntrate ahora en tu mano izquierda...*

De ésta forma, el terapeuta avanza relajando todos los grupos musculares en el mismo orden que se haría en la relajación progresiva. Cada vez que termina de relajar uno, vuelve a mencionar los anteriores, de la siguiente forma:

*...la relajación se extiende ahora por tus brazos... toda tu cara... tu cuello... y baja hacia tus hombros. Focaliza ahora tu atención en esa parte de tu cuerpo, nota como los músculos se van soltando más y más...*

Se procede ahora a relajar esos músculos. Es aquí cuando los autores introducen las frases autógenas mencionadas:



*A menudo, cuando estás muy relajado, sientes una pesadez en esos músculos y un calor suave. Deja que ese sentimiento te invada. Esa es una señal de que tus músculos se están relajando más y más...*

A partir de aquí se introducirán frases de ese tipo al relajar los grupos musculares:

*Deja que tus músculos se vuelvan más y más pesados, calidos, relajados...*

Las breves indicaciones sobre la respiración, a las que nos referíamos anteriormente, son dadas al final. El final de las instrucciones, después de haber relajado los pies (último grupo muscular) es el siguiente:

*Concéntrate en los sentimientos de relajación. Si tu atención divaga, tráela de nuevo a esos sentimientos. Deja todo tu ser, muy, muy relajado; muy, muy tranquilo. Deja tus pies... tus piernas... tus muslos... tu estomago... tu pecho... tu espalda... tus hombros... tus brazos... tu cuello... tu cara... muy, muy relajados; tus músculos están muy, muy sueltos, muy tranquilos. Deja que tu respiración lleve su propio ritmo monótono, tranquilo. Déjate llevar... déjate llevar por el estado profundo de la relajación. Todas las partes de tu cuerpo están muy relajadas, muy calidas, muy pesadas. No hagas nada, solo déjate llevar. Deja que tu respiración siga su propio ritmo pesado, monótono, tranquilo. Déjate llevar, déjate llevar más y más profundamente por la relajación.*

Estas instrucciones duran unos 20 minutos, durante los cuales la voz del terapeuta sólo se interrumpe durante breves pausas (2 o 3 segundos). El tipo de voz suele ser más lento y pausado que el utilizado en la relajación progresiva, aunque sin llegar a adquirir tonos hipnóticos. Debido a esta entonación, la relajación pasiva puede producir estados de relajación más profundos en una primera sesión. Sin embargo también produce más dependencia a la voz del terapeuta por lo que recomendamos que si se utiliza, se haga especial énfasis en

que el paciente interiorice las instrucciones lo antes posible, de forma que la cinta dada para casa vaya siendo progresivamente retirada.

Habiendo revisado la técnica de la relajación pasiva nos podemos dar cuenta de que es la más recomendable para los pacientes terminales con sida ya que en una o dos sesiones el cliente puede llegar al estado mayor de relajación para combatir la ansiedad sin necesidad de utilizar la fuerza física como en el caso de la relajación progresiva.

La técnica de la distracción:

Dobson y Franche (en: Caballo, 1991), mencionan que muchos pacientes ansiosos experimentan imágenes amenazantes recurrentes o cogniciones no funcionales. Las imágenes pueden llevar a conductas ritualizadas o tener un efecto paralizante sobre el cliente.

Se puede utilizar la distracción en general para que los pacientes terminales con sida mantengan su atención centrada en algo más productivo, y así no creen cogniciones que los lleven un estado de ansiedad. Si el cliente está ansioso puede centrar su atención intensamente en algún objeto externo o algún evento al que le llame sumamente la atención. La distracción puede tomar otras formas como por ejemplo que el paciente pueda dedicarse a hacer trabajos sencillos (trabajos manuales), leer algún artículo o un libro de su interés, incluso puede enseñarle a las demás personas cómo es que ha ido aprendiendo a controlar su ansiedad con la T.C.C.

La distracción es una buena técnica conductual y trabajada junto con una técnica o terapia cognitiva será eficaz a la hora de aplicarla en el tratamiento, ya que es sencilla y rápida de aprender por el cliente.

Creemos que éstas dos técnicas son las de aplicación más rápida y el cliente las puede adoptar de una manera sencilla y eficaz para la reducción de la ansiedad. Debemos considerar que existen más técnicas para el tratamiento de la ansiedad, sólo que tienen un gran punto en su contra, y es que son demasiado largas o que utilizan muchas sesiones de tratamiento para su aplicación completa.

Para el tratamiento de la depresión, se pueden tomar en cuenta diferentes técnicas cognitivo-conductuales, tales como la planificación de actividades, la técnica de maestría y agrado, la técnica de la triple columna, técnicas de distracción. Se debe aclarar, que las técnicas a utilizar en un tratamiento de depresión dependerán del análisis funcional que el psicólogo realice del paciente a tratar. Éstas técnicas a exponer son solamente la muestra para que el psicólogo pueda apoyarse para un tratamiento más rápido en un caso de paciente terminal con sida.

La técnica de planificación de actividades:

La finalidad de ésta técnica es por una parte, la de luchar contra la pérdida de motivación y la carencia de actividad que son típicas del paciente deprimido y por otra, evitar que el paciente se preocupe por las cogniciones no funcionales que le saltan constantemente. Ésta técnica es de corte conductual, aunque también trabaja aspectos cognitivos como se describe en las líneas de arriba.

Caro (en: Caballo, 1991), menciona que el objetivo de ésta técnica es doble, ya que en primer lugar, se trata de empezar a recuperar poco a poco ciertos niveles de actividad, teniendo en cuenta que se debe lograr un difícil equilibrio respecto al nivel de exigencia sobre el paciente. No importa si lo hace bien o mal, lo que importa es que el paciente realice la actividad. Las primeras actividades no deben complicársele al paciente, deben ser actividades “normales” y que tengan una alta probabilidad de éxito.

En segundo lugar, la planificación de actividades sirve para encontrar las razones en contra de hacer algo que luego son utilizadas como experimentos para comprobar su veracidad. En este punto, es en donde entra el aspecto cognitivo del cliente ya que normalmente las razones del paciente en contra de una actividad son fruto de la activación de esquemas y de la triada cognitiva (ésto se debe tratar con la terapia cognitiva de Beck), así el último paso es advertirle al paciente que lo importante no es hacerlo bien, sino tan solo intentarlo; que no debe intentar hacer más de lo que se le exige; que incluso en el caso de que no pueda hacerlo, se puede utilizar como información importante a tener en cuenta.

La planificación de actividades tendrá ocupado a nuestro cliente tratando de hacerle ver que todavía puede realizar actividades que le agraden o sean importantes para él y así también podrá crear cogniciones que le sean funcionales en ésta etapa de su vida.

Existe otra técnica del mismo tipo de la anterior, porque trabaja tanto el ámbito conductual como el cognitivo. Esta técnica es la de maestría y agrado; la maestría se refiere a la sensación de ejecución, de logro, al hacer una tarea. Y agrado se refiere a las sensaciones agradables asociadas con la realización de la misma. Esta técnica puede complementar a la anterior porque se puede aplicar a las mismas conductas elegidas para la planificación de actividades.

Hemos escogido éstas técnicas porque son de corte cognitivo-conductual y son fáciles de aprender a utilizar para los pacientes terminales. Son de gran ayuda porque no se necesita mucho tiempo o muchas sesiones para que el paciente las pueda autoaplicar.

Al igual que en el caso de la ansiedad, se pueden utilizar más técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento a la depresión, podemos recomendar algunas técnicas para complementar las anteriores, por si el tratamiento y la vida del cliente se alargan, ésto lo decimos porque no sabemos cuánto tiempo tiene de

vida el cliente. Daremos una revisión breve de éstas técnicas ya que son importantes para complementar el tratamiento.

El entrenamiento asertivo:

El cliente terminal con sida necesitará un entrenamiento asertivo para que pueda expresar lo que siente y lo que piensa a las demás personas que están a su alrededor; pudiendo así reducir la ansiedad que presenta por no saber cómo expresar sus sentimientos y opiniones acerca de la situación por la que está pasando.

La conducta asertiva puede ser llamada conducta socialmente habilidosa y “ésta es el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelven los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas” (Caballo, 1991, p. 407).

Entonces, podemos decir que el entrenamiento en habilidades sociales (EHS) es más que nada un cambio en el repertorio conductual del cliente, éste es que se concentra en el aprendizaje de un nuevo repertorio de respuestas.

Caballo (1991), menciona 4 puntos para el proceso de EHS:

- 1) Entrenamiento en habilidades: Aquí se enseñan conductas específicas, se practican y se integran en el repertorio conductual del sujeto, aquí se utilizan procedimientos o técnicas como la del modelado, las instrucciones, el ensayo de conducta, la retroalimentación y el reforzamiento.
- 2) Reducción de la ansiedad: en situaciones sociales problemáticas, normalmente ésta disminución de la ansiedad se consigue de forma

indirecta, llevando a cabo la nueva conducta más adaptativa que supuestamente es incompatible con la respuesta a la ansiedad.

- 3) Reestructuración cognitiva: en donde se intentan modificar valores, creencias, cogniciones y/o actividades del sujeto. Se utiliza la TREC.
- 4) Entrenamiento en solución de problemas: en donde se enseña al sujeto a percibir correctamente los valores de todos los parámetros situacionales relevantes, a procesar los valores de estos parámetros para generar respuestas potenciales, seleccionar una de estas respuestas y enviarla de manera que maximice la posibilidad de alcanzar el objetivo que impulsó la comunicación interpersonal.

Es así, llevando a cabo estos cuatro pasos se obtendrá el EHS para que el paciente pueda externar sus sentimientos y pensamientos que le cuesten trabajo expresar. Esta técnica se recomienda ya que el cliente enfermo terminal puede ir perdiendo conductas socialmente habilidosas que lo lleven a un estado de soledad, depresión y ansiedad.

Otra técnica que podemos recomendar para tratar la ansiedad del cliente, es la desensibilización sistemática. Esa técnica el psicólogo la puede utilizar por si el paciente siente un rechazo de las demás personas que interactúan con él.

Rimm (1987), menciona que la desensibilización sistemática es un medio eficaz para superar las reacciones de ansiedad condicionadas a situaciones o a eventos específicos. Para comenzar con la desensibilización sistemática en el cliente es necesario que éste se relaje. El terapeuta mostrará al cliente métodos para que la relajación sea adoptada por él.

El terapeuta debe decidir si la ansiedad es irracional o si es racional. Se dice que la ansiedad es irracional a condición de que haya pruebas de que el cliente posee suficientes habilidades para hacerle frente a lo que le teme; no obstante la ansiedad ocasiona evitación habitual de la situación final, o si la

evitación resulta imposible, la ansiedad decrementará la ejecución por debajo del nivel actual de habilidad. Así que si la ansiedad es irracional se recomienda la desensibilización sistemática (DS).

Después de haber determinado si la ansiedad del paciente es irracional el terapeuta debe evaluar si el cliente es un candidato idóneo para recibir éste tipo de tratamiento. El terapeuta debe pedir información al cliente de las áreas en donde éste siente la ansiedad y si las áreas son muchas la DS no es muy recomendable. Lang y Lazovik (en: Rimm, 1987), argumentan que existe una correlación negativa entre el éxito de la DS y el número de áreas en que el individuo experimenta ansiedad irracional.

Después de este punto el terapeuta debe determinar el grado en el que el cliente es capaz de imaginar escenas, haciéndolos imaginar alguna sin contenido emocional, pero familiar e indicando más tarde el grado en que la imagen fue clara o real. Si el cliente no lo puede hacer (experimentar una imagen real) entonces el terapeuta buscará otras estrategias como la DS en vivo en cambio si el cliente así experimenta una imagen real, entonces el terapeuta debe presentarle una imagen que el cliente considere atemorizante (como por ejemplo, estar con una persona que lo rechace por su estado de salud) y nuevamente se debe determinar si la imagen es clara. Si el cliente informa de una imagen clara, se debe determinar si le provoca ansiedad.

Después de este trabajo imaginario con el cliente, el terapeuta debe determinar si el paciente puede relajarse con la relajación muscular profunda (que es la que más se recomienda) pero en el caso de los pacientes terminales con sida se recomienda la relajación pasiva.

Si el cliente no es capaz de relajarse con las técnicas de relajación, el terapeuta debe buscar otras estrategias como la de encontrar otra respuesta

distinta de la relajación que combata exitosamente la ansiedad (estrategias cognitivas, respuestas asertivas).

Después de que el terapeuta decide aplicar la DS al cliente, el siguiente paso es establecer una jerarquía, la cual consiste en una serie graduada de situaciones o escenas que el paciente imaginará más tarde en un estado de relajación. Rimm (1987) menciona que las escenas de esta jerarquía representarán situaciones realistas y concretas relacionadas con la fobia del paciente, que pueden ser situaciones que el cliente haya experimentado o experimentará anticipadamente.

Debemos aclarar que la responsabilidad primordial sobre las situaciones a imaginar dentro de la jerarquía recae sobre el paciente, ya que sólo él posee un conocimiento directo de la clase de situaciones que le causan ansiedad. “Entonces se le pedirá al paciente que escriba en tarjetas por orden alfabético aquellos detalles que describa diversas escenas o situaciones relacionadas con la ansiedad por el rechazo de los demás. Ya teniendo las escenas, se le pide al cliente que seleccione aquellas escenas que hacen surgir una ansiedad intensa (9-10 en la escala) ansiedad moderada fuerte (7-8) moderada (5-6), leve (2-4) y poca a ninguna ansiedad (1-2)” (Rimm, 1987, p. 75).

Turner (en: Caballo, 1991), le llama con otro nombre a esta escala de ansiedad, la llama SUDS (Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad) y menciona que Wolpe la desarrolló como un medio de comunicación entre el terapeuta y el paciente y se referirá a la magnitud de la respuesta de ansiedad del paciente ante los estímulos provocadores del miedo.

La SUDS sirve para tres finalidades: 1) se utiliza para graduar las situaciones estimulantes según su potencial provocador de ansiedad, convirtiéndose así, en un aspecto central de la construcción de la jerarquía, 2) proporciona un patrón para juzgar la eficiencia del entrenamiento en relajación y 3)



el terapeuta puede obtener una estimación del nivel de ansiedad de los pacientes al comienzo de las sesiones de tratamiento y durante la presentación de las escenas.

Después de que ya está lista la jerarquía y antes de iniciar la DS se pide al cliente que piense en una o dos escenas que él sea capaz de imaginar claramente y que le provocan sensaciones relajantes y placenteras. Con ésto ya hecho, se puede empezar a aplicar la DS con el cliente imagen por imagen, así el paciente recibe instrucciones previas para que levante un dedo cuando haya alcanzado una imagen clara, al terapeuta debe dejar pasar siete segundos antes de pedir al cliente que cese de imaginar la escena.

Según Rimm (1987), cada vez que se termine de aplicar un tópico con éxito hay que preguntarle al paciente qué nivel de ansiedad tiene tomando en cuenta que 1 es cero ansiedad y que 10 es el nivel mayor de ansiedad registrado por el cliente.

Si el cliente indica ansiedad mientras imagina alguna escena, el terapeuta le pedirá inmediatamente que deje de imaginarla, dándose los pasos necesarios para regresar al paciente al estado de relajación hasta que se encuentre en 1.

Cada tópico, se presentará dos veces y si alguna de las dos veces presentada al cliente los tópicos se llega a caer en ansiedad se deberá trabajar en la misma escena después de la relajación inducida.

Así es como se trabajará con cada uno de los tópicos que conforman la jerarquía llegando hasta el tópico que cause mayor ansiedad o temor, que en éste caso sería que algún familiar, conocido o simplemente alguien desconocido le manifieste al paciente terminar con sida su rechazo debido a la enfermedad que porta. Este método es sumamente eficaz para eliminar la ansiedad que pueda

presentar el cliente, pero como ya dijimos anteriormente, sólo el análisis funcional nos dirá qué terapias y técnicas se deberán utilizar para el tratamiento.

Otra técnica cognitivo-conductual para tratar la depresión es la de la triple columna, con ésta técnica se pretende que el paciente haga más y mejores diferencias respecto a conclusiones, pensamientos automáticos o ideas que le asaltan con frecuencia. Al cliente se le preparan unas hojas que pueden tener 3 o más columnas con los siguientes tópicos: situaciones, pensamientos negativos, respuesta racional, así que el terapeuta debe preparar primero al cliente para que cuestione constantemente la veracidad de sus cogniciones y descubra sus errores cognitivos.

### **3.3 ELABORACIÓN DE LA ENTREVISTA PARA FACILITAR LA DETECCIÓN DE PENSAMIENTOS DEL PACIENTE TERMINAL.**

Esta entrevista estará basada en aspectos cognitivo-conductuales ya que éste modelo fue la base en la cual se realizó toda la investigación.

Las preguntas irán dirigidas a tres momentos o fases esenciales en la vida del cliente, las primeras preguntas se harán para dar una revisión de la historia clínica del cliente en donde éste nos responderá desde cuándo contrajo el VIH y cómo fué el medio de contagio. En el segundo momento de la entrevista ésta nos guiará para conocer cómo ha sido el desarrollo de la enfermedad y los aspectos psicológicos que el cliente ha desarrollado junto a ésta enfermedad. Básicamente éstos dos primeros momentos son para conocer la historia del enfermo, para que el psicólogo se de una idea de cómo se encuentra el sujeto actualmente. El último momento a tratar dentro de la entrevista es el momento actual, en el que el cliente

vive, éste es el punto que más nos interesa, ya que aquí preguntaremos al cliente sobre la triada cognitiva, sobre sus pensamientos, sobre sus sentimientos y conductas que en ese preciso momento tiene.

### Entrevista para facilitar la detección de pensamientos

Primer momento:

- 1) ¿Hace cuánto tiempo te contagiaste del VIH?
- 2) ¿Cómo contrajiste el virus?
- 3) ¿Qué sentiste cuando te enteraste que eras seropositivo?
- 4) ¿Qué pensaste cuando te enteraste que eras seropositivo?
- 5) ¿Qué hiciste al respecto? (¿Qué conductas adoptaste?)
- 6) ¿Cuándo se lo dijiste a tus seres queridos?
- 7) ¿Qué te dijeron ellos cuando se enteraron?
- 8) ¿Qué pensaste sobre lo que te dijeron?
- 9) ¿Qué sentiste sobre lo que te dijeron?
- 10) ¿Qué pensaste de tu persona después que te enteraste de que eras seropositivo?
- 11) ¿Qué conductas adoptaste para con tu persona?

Segundo momento:

- 1) ¿Qué pensaste cuando el VIH cambió a SIDA?
- 2) ¿Qué hiciste al respecto? (¿Qué conductas adoptaste?)
- 3) ¿Cómo te apoyó tu familia, parientes o amigos cercanos?
- 4) ¿Qué pensaste sobre éste apoyo brindado?

- 5) ¿Qué cambios fisiológicos y biológicos ha tenido tu cuerpo desde que el virus se convirtió en SIDA?
- 6) ¿Qué piensas sobre éstos cambios?

Tercer momento:

- 1) ¿Cómo piensas que es tu estado de salud?
- 2) ¿Cómo sientes sobre esto que estás pasando?
- 3) ¿Qué piensas sobre tu estado de salud?
- 4) ¿Qué piensas de ti en éste momento?
- 5) ¿Qué piensas sobre las demás personas que interactúan contigo, sea quien sea?
- 6) ¿Qué piensas sobre tu futuro?
- 7) ¿Cómo te sientes con los tratamientos que has tenido?
- 8) ¿Qué has hecho al respecto para cambiar ésta situación? (¿Qué conductas has adoptado o has ido perdiendo?)

Las respuestas que el cliente haya dado a las preguntas de la entrevista elaborada anteriormente, se ordenaran en base a los tres sistemas de respuesta que los seres humanos tenemos:

- 1) Sistema cognitivo.
- 2) Sistema motor.
- 3) Sistema fisiológico.

Esto lo ordenamos así, ya que la entrevista es un apoyo para que el psicólogo de la salud pueda realizar rápidamente su análisis funcional, y así localice eficazmente que contingencia mantiene la conducta de depresión ó ansiedad en el enfermo terminal.

En el sistema cognitivo, tomaremos en cuenta todos los aspectos que nos indiquen los pensamientos que el cliente ha tenido ó ha ido desarrollando desde que contrajo el virus hasta la fase terminal del sida; así es como se clasificara:

- 1) Pensamientos en el momento de contraer el VIH ó pensamientos cuando se entero que era VIH positivo.
- 2) Pensamientos en el momento en el que el virus se convirtió en sida.
- 3) Pensamientos en el momento de enfrentar la etapa terminal de esta enfermedad.

En el sistema conductual ó motor se tomaran en cuenta para clasificar las respuestas del cliente los tres incisos siguientes:

- 1) Conductas que adopto ó realizo el cliente cuando se entero que era portador de VIH.
- 2) Conductas que adopto o realizo el cliente cuando se entero que el virus cambio a sida.
- 3) Conductas que adopta ó realiza el cliente al momento de enfrentar la etapa terminal de esta enfermedad.

Por último, en el sistema fisiológico se realizara el mismo proceso que en los sistemas cognitivo y motor tomando en cuenta:

- 1) Qué cambios fisiológicos y biológicos tuvo al momento de enterarse que era VIH positivo.
- 2) Qué cambios fisiológicos y biológicos tuvo al momento de enterarse que el virus cambio a sida.
- 3) Qué cambios fisiológicos y biológicos ha tenido desde que esta enfrentando la etapa terminal del sida.

Se tomo con más importancia el sistema cognitivo, ya que la entrevista está basada para poder verificar qué tipos de pensamientos genera el cliente cuando está pasando por la etapa terminal del sida.

Así, tomando en cuenta estos puntos, es como clasificaremos la información recabada gracias a la entrevista, ya que se toman en cuenta los tres sistemas de respuesta de los clientes. Después de haber ordenado y clasificado la información del cliente, se hará el llenado del cuadro secuencial integrativo con esta información, facilitando el trabajo de una entrevista clínica completa ya que se puede realizar el llenado del cuadro secuencial integrativo mas fácilmente, localizando la o las contingencias que pueden mantener la conducta no funcional de nuestro cliente.

## **CONCLUSIONES.**

Se puede concluir que la psicología de la salud, gracias al estudio que realiza sobre el comportamiento individual y su relación con la salud biológica y el bienestar social ha ido creciendo exitosamente dentro de la misma psicología y ha ido ganando poco a poco mayor número de psicólogos interesados en hacer crecer ésta área tecnológica.

Se decidió hacer la investigación bajo ésta área de la psicología ya que el comportamiento que el paciente terminal manifieste en ésta última etapa de su vida puede afectar todavía más su salud. Las cogniciones no funcionales que el cliente genere dentro de ésta última fase irán marcando las conductas no funcionales que el cliente manifieste.

Las terapias cognitivo conductuales han sido diseñadas para trabajar con éste tipo de personas ya que se pueden trabajar diversos aspectos psicológicos, tales como la ansiedad y la depresión en pacientes terminales, para así cambiar sus cogniciones no funcionales por unas cogniciones y conductas que lo ayuden a estabilizarse biológica, social y psicológicamente. Decimos en conclusión que estas terapias son adecuadas ya que trabajan con la tecnología de las terapias conductistas y con los eventos privados de las terapias cognitivas.

Si el cliente llega a cambiar sus cogniciones no funcionales por algunas más útiles podrá tener una mejor estabilidad emocional llegando talvez a un buen morir. Las técnicas y terapias que mencionamos en el tercer capítulo de la presente tesis, son recomendadas para trabajar la ansiedad y la depresión en el paciente terminal, pero encontramos una variable extraña y es que no se puede controlar el tiempo de vida que le queda al cliente, es por eso que las técnicas descritas anteriormente son de una aplicación rápida para que el cliente las pueda autoaplicar cuando no se este en terapia.

La entrevista que se realizó, es para que el psicólogo se apoye en ella y gracias a las respuestas del cliente se pueda dar cuenta de lo que puede llegar a tener, ya que volvemos a insistir que solamente con el análisis funcional nos podremos dar cuenta de cuales son las cogniciones y conductas que hay que modificar y solo así podremos saber que tratamiento llevar a cabo. La entrevista se realizo para saber si el cliente tiene pensamientos negativos acerca de si mismo, del mundo que le rodea y de su futuro, así como para ver si en algún momento llega a sentir ansiedad.

La ventaja más grande que tiene la entrevista es la rapidez con que se trabaja con esta, ya que va directamente a las cogniciones que el cliente ha ido generando a lo largo de todo el proceso de la enfermedad, esto es importante, ya que en una entrevista clínica normal este proceso tardaría entre dos o tres sesiones. Esta entrevista nos guiara para saber, o por lo menos deducir rápidamente si el cliente necesita ayuda psicológica con urgencia, y si es necesaria una terapia psicológica, el terapeuta se apoyara en un análisis funcional, para decidir que tratamiento se le dará.

Antes de comenzar a trabajar con el cliente y la entrevista, es necesario mencionarle al sujeto para que le aplicamos este tipo de entrevista, ya que esto le dará mayor confianza al responder y así podremos llegar a tener una mejor base de datos que nos lleven a un mejor análisis funcional. Al momento de mencionar al análisis funcional, es claro que, necesitamos hablar de la intervención ya que este es el que decidirá qué tratamiento (qué terapia y qué técnica cognitiva-conductual se le aplicara al cliente), este análisis funcional se realizara con mas rapidez gracias a la ayuda de la entrevista elaborada en está investigación, y así detectando rápidamente qué contingencias son las que mantienen las conductas de depresión y/o ansiedad, se dará un tratamiento más eficaz y más directo, dando pauta a que el cliente, llegue a una mejor estabilidad psicológica en una o dos sesiones, trabajando con las técnicas y terapias anteriormente descritas.



Sería interesante seguir con este tipo de proyecto de investigación, ya que esta entrevista se puede aplicar en dos fases, la primera fase es la que se explico en este proyecto, el cómo aplicar la entrevista en pacientes terminales, pero la segunda fase es poder aplicar el último momento de la entrevista al cliente, después de haber aplicado un tratamiento psicológico. Esto se puede realizar para que el sujeto se de cuenta de que en verdad pudo superar la ansiedad o la depresión.

Esta revisión teórica de la enfermedad del sida y de sus variantes psicológicas en su etapa terminal, nos mostró que no solo la entrevista realizada en el ultimo capitulo se puede aplicar a los pacientes terminales con sida si no que se puede ampliar y llegar a utilizar para otras enfermedades terminales y así llegar a dar un mejor tratamiento para la recuperación psicológica del cliente.

La revisión de la bibliografía fue algo tediosa, ya que los libros que hablan sobre sida no marcan mucho su etapa terminal, sino que al contrario hablan mas de cómo se puede contagiar la gente y del desarrollo de la enfermedad, pero casi no hablan de cuando la persona ya está en esta fase.

## REFERENCIAS.

- 1.- Ayala, H. & Vázquez, F. (2001). La Formación Profesional del Psicólogo en el Campo de la Salud, La Educación, Los Procesos Sociales y Las Organizaciones: el internado en Psicología general de la Facultad de Psicología de la UNAM. México. UNAM.
- 2.- Beck, A; Rush, A; Shaw, B. & Emery, G. (1980). Cognitive Therapy of Depression. New York. The Guilford Press.
- 3.- Bernstein, D. & Nietze, M. (1986). Introducción a la Psicología Clínica. México. McGraw-Hill.
- 4.- Buela-Casal, G; Fernández-Ríos, L. & Carrasco, T. (1997). Psicología Preventiva: avances recientes en técnicas y programas de prevención. Madrid. Pirámide.
- 5.- Buendía, J. (1993). Estrés y Psicopatología. Madrid. Pirámide.
- 6.- Caballo, V & Buela-Casal, G. (1991). Manual de Psicología Clínica Aplicada. España. Siglo XXI.
- 7.- Caballo, V. (1991). Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. España. Siglo XXI.
- 8.- Cooper, Z; Fairburn, C. & Hawker, D. (2003). Cognitive-behavioral Treatment of obesity. A Clinicians Guide. New York. The Guilford Press.
- 9.- Del Amo, J. (1999). El sida y la mujer: aspectos clínicos y sociales. Madrid. Pirámide.

- 10.- Ellis, A. (2001). Como controlar la Ansiedad antes de que le controle a Usted. México. Paidós.
- 11.- Fernández-Ballesteros, E. (1992). Psicología Clínica: conceptos, métodos y practica. México. Manual Moderno.
- 12.- García, L. & Moya, J. (1993). Historia de la Psicología II: teorías y sistemas psicológicos contemporáneos. Madrid. Siglo XXI.
- 13.- Garfield, S. (1979). Psicología clínica: Estudio de la personalidad y la conducta. México. Manual Moderno.
- 14.- Goldstein, A. & Krasner, L. (1991). La Psicología Aplicada Moderna. Madrid. Pirámide.
- 15.- Golfried, M. & Davison, G. (1981). Técnicas Terapéuticas Conductistas. Argentina. Paidós.
- 16.- Golfried, M. (1996). De la Terapia Cognitivo-Conductual a la Psicoterapia de Integración. España. Descleé de Brouwer.
- 17.- Gondra, J. (1990). La Psicología Moderna. Bilbao. Descleé de Brouwer.
- 18.- Gonzalez, M, Poveda, J & Barón, J (1989). Fundamentos de oncología medica. España. McGraw-Hill.
- 19.- Heidbreder, E. (1985). Psicología del siglo XX. México. Paidós.
- 20.- Hilgard, R. (1973). Introducción a la Psicología. Madrid. Morata.

- 21.- Inchaurreaga, S. (1997). SIDA en la cultura; problemáticas a fines del siglo. Rosario. Homo Sapiens.
- 22.- Jay, S. & Garske, J. (1988). Psicoterapias Contemporáneas: modelos y métodos. Bilbao. Descleé de Brouwer.
- 23.- Keller, F. (1979). La Definición de Psicología. México. Trillas.
- 24.- Kendall, I. & Norton-Ford. L (1986). Psicología Clínica: Perspectivas científicas y profesionales. México. Limusa.
- 25.- Latorre, J. & Beneit, P. (1992). Psicología de la Salud: aportaciones para los profesionales de la salud. Argentina. Lumen.
- 26.- Macía, D & Méndez, F. (1997). Aplicaciones Clínicas de la Evaluación y Modificación de Conducta: Estudio de Casos. Madrid. Pirámide.
- 27.- Martorell, J. (1996). Psicoterapias: Escuelas y conceptos básicos. Madrid. Pirámide.
- 28.- Méndez, M. (1998). Atención de pacientes Infectocontagiosos. México. McGraw-Hill Interamericana.
- 29.- Morales, F. (1999). Introducción a la Psicología de la Salud. Buenos Aires. Paidós.
- 30.- Muller, F. (1998). Historia de la Psicología. México. Fondo de Cultura Económica.
- 31.- Oblitas, L. & Becoña, E. (2000). Psicología de la Salud. México. Plaza y Valdez.

- 32.- Otto, S. (1999). Enfermería Oncológica. España. Harourt Brace.
- 33.- Phares, E (1999). Psicología Clínica: Conceptos, Métodos y Práctica. México. Manual Moderno.
- 34.- Piña, J. (1992). Psicología de la Salud. México. Unison.
- 35.- Ponce, S & Rangel, S. (2000). SIDA; Aspectos Clínicos y Terapéuticos. México. McGraw-Hill Interamericana.
- 36.- Rimm, D & Masters, J. (1987). Terapia de la Conducta. México. Trillas.
- 37.- Rodríguez, G. & Rojas, M. (1998). La Psicología de la Salud en América Latina. México, Facultad de Psicología. Miguel Ángel Porrúa.
- 38.- Rubistein, S. (1969). Principios de la Psicología General. México. Grijalbo.
- 39.- Sahakian, J. (1990). Historia de la Psicología. México. Trillas.
- 40.- Sánchez, A. (1996). Historia de la Psicología: sistemas movimientos y escuelas. Madrid. Pirámide.
- 41.- Sepúlveda, J. (1989). SIDA, Ciencia y Sociedad en México. México. Fondo de Cultura Económica.
- 42.- Sherr, L. (1992). Agonía, Muerte y Duelo. México. Manual Moderno.
- 43.- Simón, A. (1993). Psicología de la Salud. Madrid. Pirámide.
- 44.- Vallejo, R. & Gastó, C. (2000). Trastornos Afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona. Masson.

45.- Wolpe, J. (1973). The Practice of Behavior Therapy. U.S.A. Pergamon press inc.

46.- Yubero, S & Larrañaga, E. (2000). SIDA: una visión multidisciplinar. España. Universidad de Castilla-La Mancha.

## **REVISTAS CONSULTADAS.**

47.- Santelices, M (2002). Intervención Psicológica dirigida a personas que viven con VIH-SIDA. Revista de Psicología y Salud. #1 Vol.2

48.- Tobón, S & Vinaccia, S. (2003). Revista de Psicología y Salud. Veracruz. #2 Vol.13

49.- Arranz, P & Carrillo, P. (1994). Intervención Psicológica en niños y adultos afectados de SIDA. Revista de Psicología general y aplicada. #47, Vol. 2.

## **REFERENCIAS EN INTERNET.**

50.- Fajardo, M. (2004). El SIDA en Puerto Rico. (85 párrafos) En red. Disponible en:

<http://www.netsalud.sa.cr/ms/estadist/enferme/sida.htm>

51.- Rivadeneira, C; Minici, A. & Dahab, J. (2003). La Terapia Cognitivo-Conductual. (45 párrafos) En red. Disponible en:

<http://www.cognitivoconductual.org/homemain.htm>.

52.- Soler, O. (2001). SIDA. (70 párrafos) En red. Disponible en:  
<http://www.salud.consalud.com/enfermedades/nhistoria.asp?newsid=134>