



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

**CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS DE VIDA QUE FAVORECEN
LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN UNA PERSONA
PORTADORA DE VIH.
SU MANEJO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

CELEDONIA PARRA ZARAGOZA

JURADO DEL EXAMEN

TUTORA: MTRA. LIDIA BELTRÁN RUIZ

COMITÉ: MTRO. SERGIO CARLOS MANDUJANO VÁZQUEZ

MTRA. JAZMÍN ROLDAN HERNÁNDEZ

LIC. JUAN CARLOS DEL RAZO BECERRIL

MTRO. OMAR ALEJANDRO VILLEDA VILLAFAÑA



México D.F.

ENERO 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

≈ Dedicatoria ≈

*Quiero dedicar este trabajo con todo mi amor y mi cariño a uno de los regalos
más hermosos que la vida me ha dado, mi sobrina Abi,
mi linda y hermosa “Agüista corazón”.*

*Porque desde que llegaste a este mundo
y desde el primer instante en que miré tu lindo y tierno rostro
te convertiste para mí en la personita más importante en la vida,
en un motivo más para luchar por cumplir mis sueños y que te sientas siempre orgullosa de mi,
tu “tía madrina”.*

*Hoy tú estás conmigo en el primero de muchos logros importantes en mi vida,
la obtención de mi título profesional como Licenciada en Psicología,
y sé que en unos años seré yo quien esté presente en los tuyos.*

*Aunque ahora estés muy pequeña para entender estas palabras,
deseo que cuando seas más grande y leas esto sepas
que yo Te amé desde el momento en que te tuve entre mis brazos
y que siempre siempre podrás contar conmigo,
porque nunca nunca te dejare sola.*

Prometo que yo cuidare de ti siempre, mi huesito de chabacano.

*Hoy te dedico este trabajo a ti, como una muestra de que no hay imposibles en la vida,
sólo basta mantener siempre los deseos de aprender y de vivir.*

*Deseo de todo corazón que nunca olvides “que siempre vale la pena luchar por lo que vale pena
amar”.*

¡Te quiero fuerte fuerte Abi!



“Time in a bottle”

Jim Croce

*Si pudiera guardar tiempo en una botella
la primera cosa que me gustaría hacer
es guardar cada día
hasta que la eternidad se desvanezca
sólo para pasarlos contigo.*

*Si pudiera hacer que los días duraran para siempre
si las palabras pudieran convertir los deseos en realidad
guardaría cada día como un tesoro y luego,
otra vez, los pasaría contigo.*

*Pero nunca parece haber suficiente tiempo
para hacer las cosas que quiero hacer
una vez que las encuentras
he mirado alrededor lo suficiente para saber
que tu eres con la que quiero ir
a través del tiempo.*

*Si tuviera una caja solo para los deseos
y sueños que nunca se volvieran realidad
la caja estaría vacía
excepto por el recuerdo
de cómo fueron respondidos por ti.*



≈ Agradecimientos ≈

A mis padres, Celedonia y Fidel, por todo el cariño que me han dado desde el día en que nací.

... Gracias por enseñarme a luchar día con día por mis sueños y demostrarme que no hay imposibles, que con esfuerzo y dedicación todo se puede lograr.

... Gracias por enseñarme a valorar cada cosa, buena o mala que suceda en la vida, ustedes han sido siempre una muestra de perseverancia, compromiso y valor, son un orgullo para mí. ¡Los quiero mucho papás!

A mis hermanos, mi hijo, mi hijo y mi mamá. Gracias por todo el cariño que cada uno a su manera me han dado siempre.

... Gracias hijo por estar conmigo, por tus besos y abrazos antes de dormir, y sobre todo gracias por ser un ejemplo de compromiso, dedicación, amor y nobleza para mí...

¡Te quiero mucho hijo!

... Gracias mi hijo por cada regaño, apodo y lección que me diste, por cuidarme y por enseñarme a sentirme siempre orgullosa de lo que soy y he logrado...

¡Te quiero mucho mi hijo!

... Gracias mamá por todo tu cariño, comprensión y apoyo. Por cuidarme y estar siempre pendiente de mí. Eres una gran mujer, mi ejemplo de lucha y humildad. Y espero que nunca olvides que siempre puedes contar conmigo.

¡Te quiero mucho mamá!

... Gracias a los tres por nunca dejarme sola. Este trabajo no es solo mío, es de ustedes, porque gracias a su apoyo y ayuda, pude seguir estudiando, terminar el primero de muchos logros más, mi licenciatura y espero se sientan tan orgullosos de mí como yo de ustedes.

Gracias por todo familia.

≈ Agradecimientos ≈

Con un cariño muy especial agradezco también a la Maestra Lidia Beltrán por todo el apoyo, tiempo, paciencia y comprensión que me tuvo a lo largo de la realización de este trabajo, porque sé que sin su ayuda esto no sería igual.

... Gracias por enseñarme a amar aun más esta carrera y este modelo. Usted es para mí una gran mujer y se ha convertido en mi ejemplo a seguir. Mil gracias por ser una excelente maestra.

... Gracias por escucharme, por sus palabras, por la confianza, por creer en mí e impulsarme siempre a dar más y a aventurarme a lo desconocido.

... Muchísimas gracias por su amistad Maestra.

Agradezco también a ese muchachito que me alentaba más a ir a la escuela, no solo por aprender si no por compartir más instantes junto a él.

... Gracias Arturito Quiroz por llegar a mi vida, y llenarla de música y felicidad, por darme la oportunidad de conocer esa parte de ti que nadie vera jamás, por conocerme y aceptarme, por dejarme compartir esta historia contigo.

... Gracias por cada momento vivido, por cada sueño, cada detalle, cada canción, cada palabra... por cada sonrisa, mirada, beso y abrazo que me diste.

... Gracias por estar ahí para ayudarme, escucharme, apoyarme y sobre todo por cuidarme y protegerme cada día sin importar nada. Eres una personita muy linda, tierna y cariñosa.

Un niño bonito.

... Gracias por creer siempre en mí, por ayudarme a crecer, a vivir y disfrutar de cada día como si fuera el último. Gracias por tu cariño y comprensión.

... Gracias Arturito por construir esta historia conmigo y ser mi linda realidad.

¡Te quiero mucho!

≈ Agradecimientos ≈

Quiero agradecer enormemente a mis sinodales el Mtro. Sergio, Mtro. Omar, Mtra. Jazmín y Lic. Del Razo. Gracias por su tiempo, apoyo y enseñanzas. Muchas gracias por su interés en mi trabajo y por ayudarme a que esto se mejorara aun más con sus conocimientos. Muchas gracias de todo corazón a cada uno de ustedes por sus comentarios, ideas y apoyo.

Agradezco también a esas tres personitas que con sus locuras y su amistad me hicieron vivir momentos inolvidables y súper divertidos. Gracias muchachitos por sus enseñanzas, confianza y apoyo. Gracias por su amistad Jess (Desgracia), Anita y Carlitos.

Una amistad no crece por la presencia de las personas, sino por la magia de saber que aunque no las veas están siempre en tu corazón... Gracias por seguir en vida HCG.

¡Te quiero Tania!



“Cada nota deja un recuerdo, pero es la melodía entera la que cuenta una historia”



“Felicidad no es hacer lo que uno quiere,
sino querer lo que uno hace”
Jaul Paul Sartre



“Amar es reconstruir...Lo imposible solo existe
en tu mente” Acción poética

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA	5
1. Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	6
1.1. Contexto histórico y situación actual del VIH-SIDA	6
1.2. Epidemiología	9
1.3. Distinción entre VIH y SIDA	11
1.4. Fases de desarrollo del VIH-SIDA	14
1.5. Tratamientos	17
1.5.1. Tratamiento antirretroviral	17
1.5.2. Tratamiento psicológico	19
1.6. Adherencia terapéutica	20
1.6.1. Importancia de la adherencia terapéutica	23
1.6.2. Factores que influyen en la adherencia	25
1.6.2.1. Factores relacionados con el paciente y el sistema familiar	25
1.6.2.2. Factores relacionados con el sistema de salud	26
1.6.2.3. Factores relacionados con el tratamiento	27
TERAPIA NARRATIVA COMO MEDIO PARA LA CREACIÓN DE HISTORIAS ALTERNATIVAS EN PERSONAS PORTADORAS DE VIH	29
2. Mapas de la terapia narrativa	33
2.1. Conversaciones externalizantes	34
2.2. Conversaciones de re-autoría	36
2.3. Conversaciones de re-membranza	39

2.4. Conversaciones de andamiaje	41
2.5. Ceremonias de definición de identidad	43
3. METODO	48
3.1. Pregunta de Investigación	49
3.2. Objetivos	49
3.3. Estrategia Analítica	50
3.4. Unidad de análisis	51
3.5. Categorías analíticas	52
3.6. Procedimiento	57
4. ANÁLISIS	62
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	99
6. REFERENCIAS	113
7. ANEXOS	121

RESUMEN

La terapia narrativa es una perspectiva de la psicoterapia que se centra en las co-narraciones de vida que hacen las personas sobre su historia, para ello se hace uso de diferentes mapas y preguntas que favorecen la narración y re-narración de nuevos caminos en la vida del cliente, así como la identificación de acontecimientos extraordinarios que por vivir con una vida dominada por el problema no eran posibles de identificar. En la presente investigación se realizó el análisis de la narrativa conversacional de una sesión terapéutica de una persona portadora de VIH bajo dicho modelo, con el objetivo de identificar cómo se construyen las historias dominantes y alternativas en la vida del cliente, así como las distintas experiencias de vida que favorecieron su adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral. Para ello se seleccionaron diferentes evidencias que sirvieran como muestra del cambio que se generó a lo largo de la sesión, dando paso de una historia dominante y saturada por el VIH, en la que la frustración y la imagen “de verse tirado” dominaban la vida del cliente, a una historia alternativa en la que retomando experiencias de su propia vida se evidencian los factores de adherencia que él tiene y que puede usar para “levantarse” y fortalecer sus ganas de vivir.

Palabras clave: VIH, Adherencia, Terapia Narrativa, Narrativa conversacional

INTRODUCCIÓN

En la actualidad resulta necesario realizar un análisis de las enfermedades crónico degenerativas, ya que el estilo de vida de las personas ha cambiado tanto que algunas han ido creciendo año con año. De manera particular resulta relevante abordar la epidemia del VIH-SIDA, puesto que desde su aparición en la década de los ochenta se ha convertido en una problemática mundial que involucra no sólo aspectos de salud, si no también factores psicológicos, sociales, éticos, económicos y políticos, sobre todo porque desde su aparición se sabe que varias instituciones del sector público o privado han apelado a la violación de los derechos humanos hacia aquellas personas diagnosticadas con VIH o SIDA, permitiéndose guiar por los estigmas que giran en torno a la enfermedad y dejando entrever los prejuicios que dominan a la sociedad, prejuicios en los que se olvidan de la existencia de la persona y observan únicamente a la enfermedad, una enfermedad que vista así los cierra solo a la muerte, dolor y sufrimiento, olvidando toda aquella alternativa existente.

Dada la gran polémica desarrollada por el VIH y la confusión que se tiene con el SIDA, se pretende que la presente investigación sirva por un lado para contribuir en la diferenciación entre ambos síndromes y por otro para dar cuenta de que existe un mundo más allá de los prejuicios, un mundo de alternativas para los portadores de VIH que les permite mejorar su calidad de vida, aquel en que la enfermedad no será quien domine, si no que se convertirá en una nueva forma de vivir, una alternativa que es y será posible cuanto mayor sea la adherencia que se tenga, y que junto con las prácticas narrativas permitirá narrar y re-narrar nuevos caminos. Es por eso que el papel del psicólogo es un factor sobresaliente en el tratamiento de cualquier enfermedad crónica, y en el caso particular, de cualquier persona portadora de VIH-SIDA, dado que será tarea de ellos aportar una mirada más integral de la adherencia y sobre todo orientar/ayudar a los pacientes a rescatar aquellos recursos que favorezcan y/o fortalezcan su adherencia al tratamiento. Y es justo aquí donde cobra relevancia la presente investigación, dado que si bien existen diferentes factores que favorecen la

adherencia, resulta interesante que en el caso presentado el paciente es quien decide ser adherente, y logra no sólo una mejoría al rescatar sus propios factores de adherencia, sino también un aumento en las células T CD4+¹, en lo cual jugó un papel importante el modelo empleado, puesto que desde la perspectiva narrativa se ven a la persona y problema como entidades separadas, y se asume que las personas cuentan con las competencias, habilidades y capacidades de reducir la influencia que el problema tiene en su vida y ya que se considera a la persona como el único experto en su vida, es ella quien relatará los acontecimientos que favorezca la re-escritura de una historia de vida, y será tarea del terapeuta servir como guía para dar dirección a las narraciones que la persona desee conversar mediante preguntas y comentarios. De este modo la idea es que la terapia permita a la persona narrar y re-narrar aquellos acontecimientos de su experiencia de vida que no han sido contados de forma que esto permita identificar las formas preferidas de ser de cada persona y fortalecer su identidad.

La presente investigación, como su nombre lo indica, tiene el propósito de indagar cómo se da la construcción de narrativas de vida que favorecen la adherencia terapéutica al uso de medicamentos en un cliente con VIH dentro de un contexto terapéutico de corte narrativo, identificando mediante ello los relatos de vida que favorecen la adherencia, los discursos dominantes y alternativos que se presentan en la vida del cliente, así como el uso que se le da de los mapas de la terapia narrativa dentro del contexto terapéutico.

Para cubrir dichos objetivos se presentan dos apartados en los que se hace una revisión teórica de las temáticas a tratar. En el primer apartado se aborda el tema

1. linfocitos TCD4+ son una especie de glóbulos blancos que forman parte esencial del sistema inmune, también son llamados linfocitos cooperadores. Estas células serán vitales para la reproducción del VIH, ya que son las encargadas de organizar las funciones y el crecimiento de otras células que participan en la respuesta inmunológica y por tanto serán los mejores receptores de las células virales para que estas infecten otras células del cuerpo (Jaramiyo, Lopez y Anaya, 2006; Sánchez, 2010) .

principal relacionado con el VIH-SIDA, dando un panorama histórico de su origen y la diferenciación que existe entre ambos, así como una revisión epidemiológica del VIH y la distinción entre cada una de las fases evolutivas del virus, también se hace una revisión del tratamiento antirretroviral y psicológico para personas que viven con VIH o SIDA. Así mismo dentro de este apartado se hace una breve revisión teórica de lo que es la adherencia terapéutica y cada uno de los factores relacionados con la misma.

En el segundo apartado se expone de manera breve y sistemática el desarrollo de la Terapia Narrativa de Michael White, así como su propuesta del uso de mapas dentro de la terapia como una herramienta que contribuye a la co-construcción y re significación de historias alternativas en la vida de las personas.

Finalmente se expone en apartados posteriores la metodología empleada para cubrir los objetivos de la presente investigación, así como el análisis del material y la discusión y conclusiones a las que se llegaron.

VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

*Creamos el mundo que percibimos, no
porque exista una realidad external (...) sino
porque seleccionamos y remodelamos la
realidad que vemos para conformarla a
nuestras creencias acerca de la clase de
mundo en el que vivimos. (Bateson, 1976, p. 7).*

1. VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) constituye una pandemia y es una de las primeras causas de mortalidad a nivel mundial, dejando grandes estragos tanto físicos como psicológicos (Lammote, 2004). Esta enfermedad ha generado grandes problemáticas sociales, tras su primera detección en los ochenta se ha visto que tanto las personas que lo padecen como las personas que se dedican a la atención, dígase médicos, psicólogos, familiares y amigos han sido testigos de gran cantidad de cambios en los portadores, así como de una búsqueda constante de fuentes que permitan mejorar la atención, prevención e investigación, todo con el objetivo de brindar una mejor calidad de vida a las personas.

1.1. Contexto Histórico y Situación Actual del VIH-SIDA

La evolución de la epidemia del VIH/SIDA se puede fragmentar por regiones, por grupos étnicos o por estratos socio-económicos, en diferentes periodos de tiempo y con base en el desarrollo de los diferentes antirretrovirales, siendo esta epidemia producto de la mezcla de diferentes factores biológicos y sociales. El surgimiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el cual es perteneciente a la familia de los retrovirus, data desde 1953 tras una infección al mono verde en Zaire, África, en donde debido a la cacería, fue transmitida probablemente por vía sanguínea al humano y tras los conflictos por la lucha anticomunista en el antiguo Congo y otras regiones de África que influyeron en el aumento migración y turismo sexual, permitiendo así su fácil transmisión al resto del mundo sin ser detectado, aunado a que no se tenían síntomas claros y característicos de la infección inicial por este virus (Lamotte, 2004; Lazcano & Ponce de León, 2009; Mohedano, 2012).

De este modo la epidemia se propagó hasta Estados Unidos de América en donde fue detectado el primer caso en un hombre homosexual en el año 1981 en la ciudad de los Ángeles, California en el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta,

identificado como una neumonía y sarcoma de Kaposi sin factores evidentes de riesgo, causado por un defecto en la inmunidad, mismo que el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) denominó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y tras pocos meses se detectaron más casos en personas que consumían drogas, aquellas que habían tenido alguna transfusión sanguínea y hemofílicos (Lazcano & Ponce de León, 2009; Sánchez, 2010). Para junio del mismo año se dio a conocer el estudio de 26 casos de hombres homosexuales con sarcoma de Kaposi, sólo o asociado a la neumonía, y para 1982 se registraron 750 casos sólo en Estados Unidos estableciendo así de forma definitiva el comienzo de una epidemia para la cual no se encontraban preparados (Lamotte, 2004). Para fines de 1983 se habían registrado casos en 44 estados de los EUA y en pocos meses la OMS informó sobre más de 250 casos en 15 países de Europa (Ponce de León, 2011). Finalmente en ese mismo año el grupo francés dirigido por Luc Montagnier pudo detectar la presencia de un retrovirus conocido como Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) a partir de un paciente con adenopatías linfáticas, demostrando un año más tarde que este virus era el causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Fauci & Lane como se citó en Sánchez, 2010).

Debido a que los primeros cinco casos reportados por infección de VIH fueron en hombres homosexuales, se creyó que el padecimiento era exclusivo de esa población y debido al desconocimiento causal de dicho padecimiento así como de sus vías de transmisión, el amarillismo en los medios de comunicación propagó una gran discriminación y estigmatización de la población (Ramírez, 2008) por lo que fue originalmente denominada Sarcoma de Kaposi e Infecciones Oportunistas (KSIOI, por sus siglas en inglés), “cáncer Gay” y más tarde Inmunodeficiencia Asociada a Homosexualidad (GRID) (Rendón, 2013). Pero tras el reporte de varios casos en hombres y mujeres heterosexuales, en 1982 se le denominó Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), identificando además que este agente infeccioso se transmitía por vías sexual y sanguínea, lo cual permitió al sector de salubridad diseñar un método de diagnóstico y prevención. Así mismo tras la cultivación del virus, se identificó que existían dos tipos

de retrovirus causantes del SIDA, en un inicio se reconoció la existencia del llamado VIH-1 reconociendo que este presentaba cuadros de infección menos severos que los presentados en personas de África Occidental, por lo que se realizó una nueva cultivación del virus tomado de personas residentes de las islas del Cabo Verde y Senegal, encontrando que dicho virus difería en más del 55% con el VIH-1, por lo que se denominó como VIH-2, reconociendo que ambos son descendientes del lento virus de primates no humanos pero siendo el de tipo 2 más severo y de mayor riesgo que el tipo 1 (Tzompantzi, 2013).

De dicho modo el virus se propagó hasta México, ubicando el primer diagnóstico de un caso de SIDA en 1983, y considerando el tiempo que pasó entre la adquisición del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el desarrollo del SIDA, el cual debió haber sido de al menos dos a 10 años, hace suponer que este virus fue introducido a México en el decenio de 1970 (Villaseñor, Caballero, Hidalgo & Santos, 2003). Al igual que ocurrió en otras partes de Latinoamérica, el VIH llegó a México procedente no de África, sino de los EUA, lo cual se determinó debido a que los primeros casos conocidos en nuestro país fueron de varones de elevado nivel profesional que habían residido en los EUA, pero con una variante en sus cuadros clínicos, ya que la frecuencia de diarrea fue más notoria y la neumonía se presentaba en menor grado. De igual forma se diferenciaba de los casos en E.U.A. debido a que se tenía un mayor registro de mujeres infectadas que de personas homosexuales, esto debido a las transfusiones sanguíneas realizadas durante el trabajo de parto, puesto que en ese entonces aún no existía la posibilidad de saber si la sangre estaba contaminada o no. Para este año la infección se identificaba prácticamente en todo el mundo, pero en cada país la edad de la epidemia era diferente y particularmente en México esta epidemia tuvo un gran desarrollo, evidenciando el retraso de al menos cinco años que se tenía en comparación con las tecnologías y métodos de diagnóstico medianamente oportuno que se tenía en otros países más desarrollados y desde 1986 hasta fines de los noventa la epidemia creció en número y se extendió a nuevas

poblaciones (Alarcon & Ponce de León, 2003; Lazcano & Ponce de León, 2009; Rendón, 2013).

1.2. Epidemiología

De acuerdo con los datos del Registro Nacional de Casos de SIDA, la epidemia en México ha presentado tres tendencias: a) de crecimiento lento (1983-1987), b) de crecimiento exponencial (1988-1991), y c) de crecimiento amortiguado (1992-1995). Desde 1983 y hasta el 1 de enero de 1998, se habían notificado 38390 casos de SIDA en la Secretaría de Salud (Villaseñor, Caballero, Hidalgo & Santos, 2003).

A finales del año 2000, la Organización de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) estiman que existían 36.1 millones de personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el mundo, de los cuales 34.7 eran adultos de sexo masculino y 1.4 millones menores de 15 años. La región más afectada desde el inicio de la epidemia ha sido África Subsahariana, donde se concentra más de 70% de las infecciones totales a nivel mundial. El continente americano y el Caribe a finales del año 2000 contaban ya con 1.4 millones de personas infectadas, y en ese contexto, México ocupaba el tercer lugar en cuanto al número de casos reportados, en primer lugar se encontraba Estados Unidos y en segundo Brasil (Magis, Bravo, Gayet, Rivera & de Luca, 2008).

Para el 2009, la ONUSIDA estimó que a nivel mundial existen 33.3 millones de personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, de los cuales 30.8 millones eran adultos y 2.5 millones menores de 15 años. Cada día se encontraba un total de 7,100 personas infectadas en todo el mundo, indicando que 2.6 millones de personas contrajeron la infección en ese año (Escalante & Gudiño, 2012).

Durante el periodo de 2001 a 2010, la ONUSIDA indicó que para la región de América Latina, en la que se incluye a México, la prevalencia regional de VIH ha

permanecido sin cambios. La epidemia continúa siendo concentrada en hombres que tienen sexo con hombres, personas que se dedican al trabajo sexual y personas que usan drogas inyectables (Sevilla & Álvarez, 2012). De acuerdo con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, como se citó en Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, 2012) se estimó que a finales de 2011, el número de personas de 15 años o mayores que adquirió la infección por VIH en el mundo fue de 2.2 millones, de las cuales cerca de 1.5 millones habrían ocurrido en África. En el caso de México la transmisión de VIH se estimó cerca de 100,000 personas y en la mayor parte de los países de Latinoamérica y Centroamérica, la epidemia continúa esparciéndose primordialmente alrededor de las redes de personas que forman parte del grupo de hombres que tienen sexo con hombres, así como en aquellas personas que usan drogas inyectables. Al 30 de septiembre de 2011 se habían diagnosticado y registrado 151,614 casos acumulados de SIDA a nivel nacional, de los cuales 123,706 (82%) eran hombres y 26,900 (18%) mujeres); y se habían registrado 36,714 casos acumulados de VIH a nivel nacional, de los cuales 26,697 (72.8%) eran hombres y 10,017 (27.2%) mujeres. Del total de los casos registrados se hace una descripción de una parte proporcional tomada de las estadísticas establecidas en la norma nacional de caso de SIDA y VIH. En el caso de las personas con SIDA en el país, el 44% se encuentran en el Distrito Federal (24,198), Estado de México (16,686), Veracruz (13,958) y Jalisco (11,323), siendo estas las entidades Federativas con más casos registrados. Mientras que por el contrario, Zacatecas, Baja California Sur, Colima y Aguascalientes, representan 2.3% de todos los casos de SIDA reportados hasta la fecha. Por otra parte, del 1 de enero al 30 de septiembre del 2011 se habían registrado 2,846 casos nuevos de SIDA y 3,083 casos nuevos de VIH (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, 2011).

Así mismo, la ONUSIDA y el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA), señalan que en el 2005 fallecieron cerca de 2.3 millones de personas a causa de infecciones de VIH o SIDA y en 2011 cerca de 1.7 millones (CENSIDA, 2012). Y en lo que concierne a México de acuerdo con el CENSIDA (2013)

se tiene un registro de 1,995 casos nuevos de VIH en lo que va de julio del 2011 a julio del 2013, de los cuales únicamente 17 personas han fallecido, lo cual muestra una reducción significativa en el número de muertes y una tendencia a reducir las infecciones, esto gracias a las campañas de prevención e información sobre el VIH-SIDA que se han realizado en diferentes instituciones de salud, favoreciendo que cada vez más personas conozcas los riesgos de la infección y tengan mejor acceso a los tratamientos antirretrovirales y psicológicos.

De acuerdo con datos actuales del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA indican que para septiembre del 2014 se tiene un total de 5,679 casos notificados, de los cuales 2,785 son de personas que se encuentran en la fase final, SIDA y 2894 son portadores de VIH; de dichos casos, los estados con mayor tasa de diagnóstico de VIH son Yucatán con el 8.7%, Campeche con el 6.9%, seguido de Tabasco con el 6% y en menor medida están Guerrero con el 3.9% y Colima con el 3.8% (CENSIDA, 2014).

Actualmente la epidemia en México se encuentra concentrada en las poblaciones clave de mayor riesgo, entre las que sobresalen los trabajadores sexuales primordialmente hombres, aquellos que son adictos a las drogas inyectables, y las personas privadas de su libertad, en menor medida se encuentran los hombres y mujeres heterosexuales, por lo que se estima que para el 2015 exista una disminución de infecciones en la mayor parte de la población tanto heterosexual como homosexual (Tzompantzi, 2013).

1.3. Distinción entre VIH y SIDA

Desde su aparición hace más de 30 años se ha usado indistintamente el término VIH y SIDA como si se tratara del mismo padecimiento, sin considerar las diferencias existentes entre ambas infecciones, a pesar de que a ambos se les denomina seropositivos, debido a que tienen anticuerpos contra el virus que pueden

reconocerse en la sangre con una prueba de laboratorio, se debe tener en cuenta que desde la infección con el VIH hasta el desarrollo del SIDA, existe un período asintomático que puede durar unos 10 años, degenerando progresivamente el sistema inmune y terminando en el momento de criticidad (Vinaccia, Fernández, Quiceno, López & Otalvarao, 2008).

Al hablar de una infección causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el cual es causado por retrovirus de la familia de los lentovirus, denominados así porque son virus que tardan mucho tiempo en causar una enfermedad patente, a los portadores de VIH se les llega a denominar como portadores asintomáticos, ya que las personas al no presentar ningún síntoma a pesar de portar el virus en su organismo, se sienten sanas y no se someten a ningún tratamiento o cuidado durante un largo periodo de tiempo (Escalante & Gudiño, 2012; Lazcano & Ponce de León, 2009; Martínez, Ruiz, & Rosenberg, 2011). Este retrovirus “ataca las defensas del organismo y altera su capacidad para defenderse de las enfermedades ocasionadas por otros virus, bacterias, parásitos y hongos” (Pacheco, 2009, p. 54). En la composición filogenética del VIH se pueden distinguir dos agentes responsables del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que son el VIH-1 y VH-2, ambos pertenecientes a la familia de los lentovirus El VIH-1 es el más agresivo y es el responsable de la mayoría de casos de infección de VIH y su posterior desarrollo en SIDA y el VIH-2 únicamente se ha encontrado en personas procedentes de África y generalmente tiene un periodo de incubación mayor que el VIH-1.

Como ya se mencionó ambos tipos de VIH son pertenecientes a la familia de los retrovirus debido a que tienen la particularidad de poseer una enzima denominada transcriptasa inversa localizado en un genoma de ARN el cual, con la ayuda de esta enzima se encargará de hacer copias de DNA viral en el cual integrará una célula huésped en la que se realizará la regulación del genoma viral para la producción de nuevos viriones, facilitando de este modo su integración en el material genético de la persona. (Alarcón & Ponce de León 2003; Cobo, 2005; Ponce de León, 2011). Estos

retrovirus son capaces de infectar diferentes células del cuerpo humano, pero sus blancos principales son los linfocitos T CD4+, una especie de glóbulos blancos que forman parte del sistema inmune o defensas corporales, también llamadas linfocitos cooperadores y los macrófagos, y en menor medida otras células del sistema nervioso, del intestino y detriticas así como algunas otras de la médula ósea, generando así cambios en la estructura viral a nivel de las glicoproteínas. Las células T CD4+ serán vitales para la producción de este virus, ya que son las encargadas de organizar las funciones y el crecimiento de otras células que participan en la respuesta inmunológica y por tanto serán los mejores receptores de las células virales para que estas infecten otras células del cuerpo (Cobo, 2005; Fernández, 2013; Velazco & Lazcano, 2009; Sánchez, 2010). Sólo al cabo de los años, cuando el virus se ha multiplicado en varias células T del sistema de manera que se vuelvan insuficientes para cumplir su función protectora comenzarán a parecer los síntomas de la enfermedad como tal, conocida como SIDA (Escalante & Gudiño, 2012) dejando al cuerpo vulnerable a las infecciones y otras enfermedades, que van desde la neumonía hasta el cáncer.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es en sí, la etapa final de la infección por VIH, reconociendo que al hablar de síndrome se hace referencia al conjunto de signos y síntomas correspondientes a diferentes enfermedades presentes en el organismo únicamente de personas con el sistema inmunológico deteriorado. Así mismo se le llama adquirida, ya que no se trata de una enfermedad hereditaria ni contagiada por alguna vía, sino más bien una infección que la persona adquiere por vía sexual o sanguínea (Caballero, 2010). Aparece en promedio de 5 a 10 años después de que la persona se infecta y se manifiesta con una serie de enfermedades que aparecen cuando el sistema inmune se deteriora.

Por tanto se debe tener claro que a pesar de que tanto VIH como SIDA deben su origen a los retrovirus VIH-1 y VIH-2, no se refieren al mismo padecimiento, debido a que actualmente se considera al VIH como una enfermedad crónica y únicamente en su etapa final se hará referencia a una enfermedad mortal en sí. Por tanto cuando una

persona tiene SIDA se habla de una enfermedad infecciosa cuyo único huésped puede ser la especie humana y que trascurridos los años sólo evolucionara de forma fatal, llevando a las personas a la muerte (Cobo, 2005; Velazco & Lazcano, 2009).

1.4. Fases de Desarrollo del VIH-SIDA

Entre el ingreso viral al individuo y el surgimiento de la primera manifestación que produce el VIH se pueden diferenciar tres etapas presentes tras semanas, meses o años de la infección inicial, las cuales de acuerdo con Blanco, Mallolas y Gatel (como se citó en Tzompantzi, 2013) son denominadas fase aguda o precoz, crónica o intermedia y final, de crisis o SIDA mismas que serán desarrolladas a continuación.

- ***Fase Aguda o Precoz***

Esta fase comienza desde el momento de la infección, misma que puede ser por contacto con sangre o semen, o bien por el uso de jeringas o agujas contaminadas, así como trasplantes de órganos y transmisión materno-fetal, hasta el momento en que se produce la seroconversión, tiene un desarrollo de dos a cuatro semanas después de la entrada del virus al organismo (Almanza 2011; Cobo, 2005).

En más del 50% de los casos se produce un cuadro clínico de infección aguda de intensidad variable y caracterizado normalmente por un cuadro gripal sin importancia o fiebre ganglionar pasajera, fatiga acompañada a menudo de mialgias y artralgias, diarrea, sudación nocturna, estrés gastrointestinal, cefalea, adenopatías, síndrome de monocleosis, meningitis, faringitis, ronchas en la piel, de igual forma puede haber irritación meníngea con líquido cefalorraquídeo claro o incluso causar infecciones oportunistas debido al gran deterioro inmunológico, como la neumonía o la esofagitis candidiásica, aunque cabe mencionar que estos síntomas pueden o no presentarse en todas las personas, por lo que pueden cursar esta etapa en forma asintomática, encontrándose por lo tanto bajo el umbral clínico, por lo que la duración

de este estadio es prolongada, señalándose un promedio de 5 a 7 años (Almanza 2011; Bernal & De la Luz, 2004; Caballero, 2010; Cerna & Pérez, 2005; Cobo, 2005; Tzompantzi, 2013). Durante esta etapa el virus se disemina debido a una alta replicación, especialmente en células del tejido linfático y el sistema nervioso central, mientras que las células T CD4 tienen un gran descenso, posteriormente el conteo de células T se incrementara pero con niveles inferiores a los valores previos a la infección (Kamps & Hoffmann como se citó en Almanza, 2011).

Este trastorno dura unos pocos días, un par de semanas y desaparece sin consecuencias apreciables, incluso suele suceder que los médicos atribuyan dichos padecimientos a alguna infección patógena diferente por lo que se tiende a creer que las personas se “curan” tras recibir alguna medicación, pero el virus continuará su evolución y pasado el tiempo los síntomas regresarán (Almanza 2011; Bernal & De la Luz, 2004; Caballero, 2010; Cerna & Pérez, 2005; Cobo, 2005; Tzompantzi, 2013).

Además de las alteraciones biológicas, también se pueden observar alteraciones psíquicas en al menos el 80% de las personas infectadas, como pueden ser delirios oníricos, síndrome psico-orgánico, así como depresión y pérdida de identidad y confusión caracterizada por querer hallar una respuesta al por qué de dicho padecimiento (Cerna & Pérez, 2005).

- ***Fase Crónica o Intermedia***

Esta fase generalmente dura varios años en los que persiste la actividad proliferativa viral, tanto en plasma como en las células mononucleadas y se alcanza un equilibrio dinámico entre la producción y aclaramiento del virus (Alarcón & Ponce de León, 2003; Cobo, 2005), la carga viral aumenta progresivamente y se comenzará a reducir el conteo de células T CD4 y dependiendo de las características y estilo de vida, las personas pueden o no tener manifestaciones clínicas de la infección de VIH por varios años (puede durar de 8 a 10 años, incluso más), aun sin estar bajo un

tratamiento antirretroviral (Almanza, 2011) aunque de ser así, se tiene una mayor tasa de replicación de VIH en las células del cuerpo (Tzompantzi, 2013).

Al final de este periodo pueden presentarse diferentes síntomas o enfermedades que pueden incluir signos inmunológicos, dermatológicos, hematológicos y neurológicos, así como infecciones oportunistas leves, no definitorias del caso pero frecuentes como úlceras, herpes, citomegalovirus, tuberculosis, cándidas albicas, entre otras infecciones (Almanza, 2011; Criollo como se citó en Cerna & Pérez, 2005). También existe una pérdida de peso mayor al 10% sin explicación aparente durante un mes, diarrea inexplicable por más de un mes, fiebre, sudoración nocturna, candidiasis bucal y una disminución de linfocitos T supresores (Cerna & Pérez, 2005).

- ***Fase Final, de Crisis o SIDA***

Durante esta fase ya se puede hablar de la enfermedad en sí, ya que la persona tras determinado tiempo desarrollara diferentes síntomas y signos que en caso de no haber iniciado un tratamiento con anticipación lo llevará a la muerte después de un periodo no mayor a 5 años (Bernal & De la Luz, 2004) debido principalmente a que durante esta fase hay un incremento de la actividad replicativa del virus, en donde 1 de cada 10 linfocitos T CD4 pueden estar infectados y la concentración de virus circundantes puede superar las 3000 unidades infectadas y un millón de viriones en plasma (Cobo, 2005; Vargas, Cervantes y Aguilar, 2009) por lo que se caracteriza por el recuento de células T CD4 inferiores, descenso de la actividad de linfocitos T citotoxicos anti-VIH, destrucción de la arquitectura linfática, síntomas constitucionales y desarrollo de enfermedades oportunistas. CONASIDA (2012) incluye neumonía, herpes simple mucocutaneo, esofagitis de candida, herpes simple, leucoencefalopatía progresiva, neumonía, meningitis o encefalitis, y sarcoma de Kaposi (Caballero, 2010; Vinaccia, et al., 2008).

1.5. Tratamientos

Se han creado e implementado varias formas de prevención y tratamiento, en general se pueden distinguir entre tratamiento farmacológico conocido como Terapia antirretroviral y no farmacológico en donde entraría cualquier tipo de terapia psicológica que favorezca la calidad de vida de la persona. Tanto uno como otro tiene diferentes efectos en las personas portadoras de VIH pero cuando se tiene la oportunidad de combinarlos los efectos son aún mejores, ya que gracias a esto se ha logrado que el VIH-SIDA pase de ser una enfermedad mortal a una manejable a nivel crónico (Ruíz, Enríquez & Hoyos, 2009).

1.5.1. Tratamiento Antirretroviral

El tratamiento farmacológico conocido como Terapia Antirretroviral es un componente fundamental en el manejo por la infección de VIH puesto que permite controlar la multiplicación viral siendo su objetivo principal la supresión profunda y prolongada de la carga viral de VIH en el plasma (Badial 2011; Knobel, et al., 2000; Soto, et al., 2012) a niveles menores o iguales a 50 copias de VIH por mililitro de sangre, permitiendo así que la carga viral sea tan baja que se vuelva indetectable, lo cual será un signo de que los medicamentos antiretrovirales están consiguiendo controlar el virus y con una tasa tan baja de células virales, será menos probable que las células TCD 4 puedan infectarse, manteniéndose en niveles altos y con el sistema inmune sano. También significa menos riesgo de desarrollar resistencias, o incluso SIDA, por lo que mantener una carga viral indetectable debe ser una de las principales metas del tratamiento, para ello es necesario que se tenga suficiente medicamento en su sangre en todo momento. Si desciende el nivel de medicación por debajo de lo necesario, el virus puede comenzar rápidamente a hacer copias de sí mismo (Departamento de salud condado de Multnomah, 2012; Marguiles, Bardel & Recordel, 2006).

Sin embargo, debe considerarse que las personas que generalmente tienen una carga viral indetectable pueden tener aumentos esporádicos y breves de su carga viral hasta un nivel detectable, lo cual puede ocurrir aun cuando el VIH esté tratado exitosamente, puesto que en ello influyen otros aspectos personales como son el llevar una dieta rica en nutrientes y bien equilibrada, hacer mucho ejercicio y evitar hábitos nocivos como el tabaco o el alcohol en exceso, así mismo están otros métodos como reducir el estrés y estar atento ante la aparición de síntomas de depresión, también pueden ayudarle a mantener su calidad de vida (Abbout virología, 2003).

Este tratamiento consiste en el consumo de los medicamentos antirretrovirales en las cantidad, horas y dosis indicadas, demostrando así ser eficaz para reducir la carga viral y mejorar los resultados clínicos, la sobrevivencia y la calidad de vida de las personas al disminuir la mortalidad y la progresión a la fase final (SIDA) de la enfermedad (Arrondo, Sainz, Sanz & Lecumberri, 2009; Echeverria, et al., 2007; Varela, Salazar & Correa, 2008).

En un inicio el tratamiento antirretroviral contaba con un sólo medicamento llamado Zidovudina que tenía varios efectos adversos en las personas, lo que generaba que se rehusarán a tomarlo, sin embargo gracias a los avances científicos que se han tenido durante los últimos años se habla de un promedio de 25 medicamentos para el tratamiento del VIH, mismos que de acuerdo con la Secretaría de Salud se agrupan en 5 clasificaciones según el nivel de acción de la infección del VIH en inhibidores de transcriptasa reversa análogos a nucleótidos (ITRAN), inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleótidos (ITNN), inhibidores de la proteasa (IP), inhibidores de Entrada (IE) e inhibidores de integrasa (II). Estos tratamientos se agrupan de acuerdo con las características de la personas pero en general se inicia con cuadros básicos y se cambian según lo requiera la persona (Alarcón y Ponce de León, 2003; Cobo, 2005; Enríquez & Manterola 2011; Tzompantzi, 2013).

El tratamiento antirretroviral, resulta ser un tratamiento tedioso, debido a los efectos colaterales que pueden padecer las personas, entre los que se pueden encontrar la pérdida de peso, anemia, fatiga, problemas digestivos como el vómito, nauseas, diarrea por varios días, problemas en la piel, neuropatía, osteoporosis, problemas hepáticos, etc., así como por la larga duración del mismo, puesto que será un tratamiento de por vida, lo cual obliga a la persona a realizar cambios significativos en su estilo de vida (Badial 2011; Knobel, et al., 2000). La Organización Mundial de la Salud (OMS) (como se citó en Arrivillaga, 2010) señala que sólo un tercio de quienes tienen acceso a la terapia antirretroviral toman su medicación siguiendo las indicaciones que les hace el médico a cargo, favoreciendo con ello la prevención de nuevos contagios y el incremento en los niveles de adherencia.

1.5.2. Tratamiento Psicológico

Aunado a la terapia antirretroviral, se recomienda a las personas portadoras de VIH “tomar” una terapia psicológica, ya que las personas tras el diagnóstico e inicio del tratamiento atravesarán por una serie de cambios y/o ajustes en su estilo de vida que se verá muy favorecido por la terapia, puesto que la idea central, al menos de los “modelos tradicionales” de terapia como son los modelos médico, psicoanálisis y cognitivo-conductual, es que las personas encuentren una guía y apoyo para modificar y aprender a apegarse al tratamiento antirretroviral, favoreciendo así a una mejor adherencia terapéutica (Ruiz, et al., 2009). Otras alternativas psicoterapéuticas se encuentran en las terapias sistémicas y en las de corte narrativo. Las cuales suelen ser modelos multidisciplinarios donde se “distingue a la enfermedad por ser una experiencia subjetiva [de quien la padece], una alteración biológica y una expresión de condiciones sociales, que en conjunto otorgan a la enfermedad un sentido particular. [Mismo que] el terapeuta deberá buscar, conocer, legitimar y transformar hasta donde le sea posible” (Navarro & Beyebach, 1994, p.3)

De forma particular, en el modelo de terapia conocido como Modelo Narrativo existen varias maneras de resignificar la enfermedad y para hacerlo es necesario enfatizar los recursos de las personas con VIH puesto que permitirá la identificación de áreas ajenas a la enfermedad, de habilidades, capacidades y modos de afrontamiento necesarios para manejar los dilemas que plantea la enfermedad, sin dejar de lado la importancia del trabajo colaborativo entre las mismas, sus parejas, familias y/o amigos, los profesionales de la salud y otros miembros de la comunidad. Este modelo de terapia puede ser una oportunidad para resignificar las narrativas dominantes de vida de la persona, convirtiéndolas en descripciones más amplias, fluidas, menos rígidas que permitan la apertura de nuevas posibilidades e interacciones entre los miembros de la familia y de la persona con su padecimiento (Díaz, 2003).

Por ello se considera al proceso terapéutico como idiosincrático, un proceso en que las metas son co-construidas por los participantes en el encuentro terapéutico, y donde el terapeuta participa en colaboración con sus clientes de modo tal que se llegue a un acuerdo sobre la problemática a tratar, procurando emplear siempre el lenguaje del cliente para generar un cambio en su vida con el problema, en este caso manteniendo la vida con VIH como algo separado de la vida del cliente permitiendo así resignificar su historia de vida y su relación con el VIH (Pinto & Claros, 2014).

1.6. Adherencia Terapéutica

Dentro del marco de la infección de VIH en los últimos años hablar de “adherencia” se ha convertido en uno de los temas centrales y de mayor importancia tanto para el sector salud como para las personas infectadas, si bien es necesaria una adherencia al tratamiento farmacológico, resulta importante marcar que el tratamiento de la infección de VIH también implica adherirse al proceso terapéutico por el que se esté atravesando y ya que ésta implica una diversidad de conductas, por lo que ha sido considerada como un fenómeno múltiple y complejo (Ginarte, 2001).

La adherencia es pensada habitualmente en términos de las acciones que un individuo realiza con el fin de mejorar su estado de salud y que coinciden con las prescripciones biomédicas (Marguiles, et al., 2006). De acuerdo con la OMS, la adherencia es el grado en que el comportamiento de una persona se apega a tomar el medicamento y ejecutar cambios en su modo de vida correspondientes con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria (Toledano, Ávila García & Gómez, 2010). Puesto que existían una gran cantidad de definiciones acerca de la adherencia, generando que se volviera un concepto complicado, en el 2007 la OMS creó un proyecto sobre adherencia terapéutica con la finalidad de establecer acuerdos sobre lo que debería o no incluir su conceptualización, reconociendo que la adherencia terapéutica de cualquier régimen refleja siempre el comportamiento de un tipo u otro, incluyendo desde el buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, vacunarse, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en los comportamientos que abordan la higiene personal, el auto-cuidado, la anticoncepción, los comportamientos sexuales riesgosos, el régimen alimentario inadecuado e inclusive la actividad física escasa (OMS, 2004). Destaca además el hecho de requerir de una implicación activa y voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado por mutuo acuerdo cuyo fin será producir el resultado preventivo o terapéutico deseado (Martin & Grau, 2004). Pese a esto, las reacciones que la persona pueda tener al conocer el diagnóstico de su infección estarán influidas por variables personales asociadas con sus experiencias de vida (Sánchez & González, 2002).

Hablando de la adherencia terapéutica en enfermedades crónicas, las personas requieren de un tratamiento continuo, que implique constante vigilancia y adaptación al curso de la enfermedad, aunado al cumplimiento de las prescripciones médicas (Montoya, 2009).

En el caso concreto del VIH, Varela, Salazar y Correa (2008) plantean que la adherencia consiste en una serie de comportamientos que realiza el paciente en su vida

diaria, los cuales coinciden y son coherentes con los acuerdos realizados y las recomendaciones discutidas y aceptadas en la interacción con los profesionales de la salud que lo atienden, en una dinámica de implicación activa del paciente en el control de su enfermedad. “Los comportamientos de adherencia al tratamiento hacen referencia a la incorporación [si son nuevos], perfeccionamiento de hábitos en el estilo de vida y a la modificación de aquéllos que puedan constituir un factor de riesgo para la progresión de su enfermedad” (Varela, Salazar & Correa, 2007 p.104), incluye por tanto la toma de medicamentos en el tiempo y cantidad indicados, la asistencia a chequeos médicos y/o de otros profesionales, la realización de los exámenes de control de células T, una alimentación balanceada según las recomendaciones nutricionales indicadas, hacer ejercicio de manera regular, evitar el consumo de sustancias psicoactivas, adoptar medidas de prevención de la reinfección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual y sobre todo observar el propio cuerpo para detectar si hay cambios ya que será muy importante priorizar el cuidado de sí mismo (Castillo, 2007; Varela, et al., 2008). Dichas conductas están íntimamente relacionados con los altos porcentajes de adherencia, favoreciendo de dicha forma un aumento en conteo de células T o bien la posibilidad de llegar a una carga viral indetectable, lo cual sería la meta ideal de un alto grado de adherencia (Alonso & De Prado, 2009). Así mismo, estas conductas estarán mediadas por las historias de vida que el paciente tenga acerca de su enfermedad, así como de los recursos con que cuente para co-construir una historia en la que la enfermedad no domine su vida.

Dado que cada caso es particular de quien padece la infección, no es posible hablar de un estilo o tipo de intervención general, en el caso de la perspectiva narrativa se valoriza más a la persona que a la infección, por lo que cada intervención es única y se desarrollará con base en las necesidades del que acude a la terapia; esto, considerando que en varias ocasiones las personas acuden por motivos ajenos a la infección, pero íntimamente relacionados con la misma, como sucede el caso presentado en esta investigación, en donde la persona que consulta solicita el servicio como una forma de resignificar su forma de vida y de manejar su sufrimiento.

Este tipo de intervención psicoterapéutica con prácticas narrativas a diferencia de las intervenciones con modelos tradicionales, es completamente diferente, puesto que habitualmente se piensa que la persona que consulta debe ir a terapia para apegarse al tratamiento antirretroviral y volverse adherente a las recomendaciones que su medio le indico, es decir, desde los modelos tradicionales se le suele enseñar a la persona a ser adherente, pero no se le permite decidir si lo es o no, y mucho menos se le da la posibilidad de identificar en ellos mismos aquellos recursos de adherencia con que cuentan y partir de ahí para co-crear nuevos hábitos o estilos de vida como sucede al emplear las practicas narrativas. Por lo que desde dicha perspectiva, la importancia de la intervención terapéutica estará centrada no en enseñar, sino en resignificar la historia del cliente de manera que le permita actuar conforme a lo que es realmente significativo y valioso para él, lo cual podría bien no ser exactamente la enfermedad si no formas alternativas de vivir y/o de relacionarse con el diagnóstico sin que éste domine las esferas de su vida.

1.6.1. Importancia de la Adherencia Terapéutica

Los problemas de adherencia al tratamiento son mayores en enfermedades crónicas y en aquellas que requieren cambios de hábitos o estilos de vida como es el caso de la infección por VIH, puesto que es indispensable una adherencia al tratamiento superior al 95% (Ramos, 2010; García, 2011). Macía y Méndez (como se citó en Arrivillaga, Correa, Varela, Holguín, & Tovar, 2006) encontraron que en los adultos es frecuente el incumplimiento de las instrucciones terapéuticas. Se ha reportado que sólo entre el 50 y el 60% de las personas refieren niveles cerca al 70% de adherencia, siendo el principal indicador la alimentación y toma de medicamentos en el rango de hora establecidos, así como la asistencia de las personas a las revisiones médicas y análisis clínicos en el control de células T, lo cual se refleja en la relación de confianza que mantienen con sus médicos. No obstante, Ramos (2010) estima que una adherencia adecuada se aproxima en al menos el 80%.

Un aspecto importante que no ha sido ampliamente abordado, es la existencia de datos que demuestran evidencias sobre casos extraordinarios en los que las mujeres embarazadas portadoras de VIH “dan a luz” a hijos sin infección alguna, por lo que se deben tomar medidas preventivas que eviten el contagio, sustituyendo en primer lugar la leche materna por leche tamizada o bien fórmulas que ayuden al desarrollo óptimo de los bebés (Patronato de libertadores, 2014). Así mismo cuando la infección resultó inevitable y los bebés nacen infectados, Ruiz, Enríquez y Hoyos (2009) encontraron en un estudio con una muestra de 6 niños infectados que de los 6 niños 2 puntuaron una carga viral indetectable, mientras que los restantes tenían un grado de adherencia del 85%, considerando además que estos niños llevaban cuando menos de 6 a 8 años con la infección sin una progresión a la fase final (SIDA). Concluyeron que de los 6 niños, 5 de ellos mostraron adherencia principalmente por su posición ante la infección, y el papel del cuidador quien está a cargo de la toma de medicamentos, cuidados personales y alimentación de los mismos.

En resumen, la adherencia al tratamiento antirretroviral constituye uno de los factores clave en el seguimiento de los pacientes infectados con VIH, ya que en muchos casos puede determinar el éxito o el fracaso del tratamiento y aunque es un punto importante en el tratamiento, resulta difícil para los pacientes alcanzarla, por ello “se ha calificado a la falta de adherencia como el talón de Aquiles de la terapia antirretroviral” (Knobel, 2000, p. 94). Entendiendo con esto, que el éxito de cualquier tratamiento para la infección por VIH dependerá en gran medida del grado de adherencia que se tenga, para ello será importante tener en cuenta que el adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica comprende “el realizar una serie de tareas que requieren saber qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer [ciertas conductas]” (Martin & Grau, 2004, p.94). Por ello la persona debe disponer de una serie de habilidades con diferente grado de complejidad que como ya se mencionó determinarán en gran medida un resultado satisfactorio en el nivel de la carga viral de las personas logrando de esa forma que se tienda a la estabilidad o bien llegar a la meta de un conteo indetectable.

Actualmente, alcanzar una adherencia óptima al tratamiento antirretroviral sigue siendo un reto tanto para las personas como para el equipo asistencial, pese a esto en México se han generado cambios favorables en los servicios de salud que han tenido como resultado el decremento de los padecimientos, lo cual implica la posibilidad de una vivir por mayor tiempo con la infección y con una mejor calidad de vida (Soria, Vega, Nava & Saavedra, 2011).

1.6.2. Factores que Influyen en la Adherencia

Hoy día se han distinguido factores que intervienen en la adherencia terapéutica de las personas, pudiendo favorecerla o no, entre dichos factores se encuentran los relacionados con la persona y el sistema familiar, factores relacionados con el sistema de salud y los factores relacionados con el tratamiento (Morillo, Jiménez & González, 2011; Rodríguez, 2009; Sánchez, 2010; Soria, et al., 2011).

1.6.1.1. Factores Relacionados con la Persona y el Sistema Familiar

En un estudio realizado por Ginarte (2001) se encontró que uno de los factores que influyen en la adherencia tiene que ver con la forma en cómo la persona construye la infección que padece, indicando que los pacientes hacen atribuciones causales de su enfermedad y establecen relatos al respecto, influyendo de manera directa en el seguimiento o no del tratamiento. Estas historias se asocian a la idea de la amenaza o no a la salud por parte de la enfermedad, la estimación de riesgo a enfermarse de algo más, la experiencia de la misma, expectativas y motivación respecto a los esfuerzos que hará para tratar la infección y seguir el tratamiento (Soria, et al., 2011). De esta forma las historias que la persona pueda tener, determinaran el grado de adherencia entre un 60 y 80% de las veces, puesto que si suelen atribuir dicha enfermedad a causas ajenas a ellos mismos difícilmente se atenderán como es debido,

recurriendo más a las vecinas, curanderos o chamanes y no con profesionales de la salud (González, como se citó en Morillo, et al, 2012).

Así mismo será de vital importancia la percepción de apoyo social y familiar que tenga la persona, puesto que podría encontrar en ellos el apoyo social necesario para afrontar el padecimiento tanto en el sentido de manejar a éste de manera adecuada previniendo complicaciones, como para enfrentarlas en caso de que se presenten (Sánchez, 2010). “La adherencia se ha asociado con suficientes redes de apoyo de familiares y amigos, lo cual ofrece protección ante situaciones de tensión amortiguando efectos negativos estresantes de la enfermedad” (Soria, et al., p. 225). Cabe mencionar que la familia directa no es siempre el apoyo que requieren las personas infectadas, en muchas ocasiones encuentran ese apoyo en el sistema de salud, en personas que padecen la misma enfermedad o aquellas que no, o incluso en alguna figura que sea significativa en su vida y que forme parte de su membrecía de vida.

1.6.1.2. Factores Relacionados con el Sistema de Salud

La relación entre médico y paciente es de suma importancia para el desarrollo de una buena adherencia al tratamiento y resulta a la vez un factor obstaculizador de la misma puesto que involucra a una tercera persona que no tiene algún tipo de relación directa con la persona portadora de VIH, y sin embargo su papel será primordial durante el desarrollo de la enfermedad. Aquí se hallan “la satisfacción del paciente en el proceso de interacción con los profesionales de salud y las características de la comunicación que éste establece con su médico” (Martin & Grau, 2004, p. 12).

Algunos autores como Ginarte, (2001), Knobel, et al., (2000), Montoya, (2009), Enríquez y Manterola (2011) y Rodríguez, (2009) refieren que en esta interacción aspectos como la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación, así como la confianza, confidencialidad, flexibilidad y

accesibilidad son de vital importancia, puesto que será sobre ello que se asiente una adherencia favorable, esto implica que la persona portadora tenga la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como de los tratamientos y complicaciones que ello podría traer de modo tal que las decisiones que se tomen al respecto sean en forma conjunta dentro un marco de confianza preestablecido y sobre todo del estilo de vida que deberá seguir tras el diagnóstico con las indicaciones pertinentes al respecto.

De la misma forma algunos estudios realizados por Quiroz y Villalobos (como se citó en Saavedra, 2007) demuestran que el acceso a los servicios de salud son un aspecto relevante en este tipo de factores, sobre todo si dichos servicios incluyen pláticas informativas sobre el tipo de infección que portan, así como de las formas de control y prevención de las mismas.

Russo (como se citó en Marguiles, et al., 2006) recomienda recordarle a las personas “que si bien por ahora no existe una cura [para la infección que portan] es posible realizar un buen tratamiento que logrará una mejor calidad de vida, lo que es en definitiva el objeto del tratamiento [mismo que se da a cualquier persona con alguna enfermedad crónica]” (p. 26). Así mismo se recomienda que el equipo asistencial sea preferentemente multidisciplinario y formado por médico, enfermero, farmacéutico, asistente social y psicólogo (Knobel et al., 2000).

1.6.1.3. Factores Relacionados con el Tratamiento

La complejidad del tratamiento es un factor más que contribuye a la existencia o no de adherencia. En numerosos estudios realizados por distintos autores como son Enríquez y Manterola, (2011), Knobel, et al., (2000), Martin y Grau, (2004), Ramos (2010) y Ruiz, et al., (2009) se ha demostrado que la adherencia a un tratamiento disminuye cuando aumenta la complejidad de las demandas del mismo, es decir cuando el número de fármacos y la frecuencia de administración incrementa, cuando

aparecen efectos adversos y cuando el tratamiento es prolongado en el tiempo lo cual resulta en el caso de cualquier enfermedad crónica pero particularmente del VIH puesto que es el tipo de infección que requiere de más cambios en el estilo de vida de las personas, además el tratamiento antirretroviral requiere de la ingesta de una gran cantidad de medicamentos que habitualmente son de mal sabor, amplio tamaño dificultando la deglución o ingesta, a horas establecidas y con un excelente autocontrol, lo cual puede afectar el grado de adherencia que tengan las personas.

Los tratamientos antirretrovirales con frecuencia son complicados, por lo que se requiere que los pacientes modifiquen sus hábitos cotidianos (Enríquez & Manterola, 2011) realizando cambios que involucran el hacer ejercicio, no fumar o ingerir algún tipo de bebida alcohólica o droga, cambiar horarios de comer y el tipo de dieta que consume, dormir cierta cantidad de horas, etcétera (Ginarte, 2001; Rodríguez, 2009). Aunado a esto, se debe considerar que en muchas ocasiones la ingesta de medicamentos interfiere con los hábitos como los horarios de trabajo o escuela o algunos otros momentos de la vida social de la persona, así como su combinación con la ingesta o no de ciertos alimentos, razón por lo que esto resulta ser el principal motivo por el que muchas personas abandonan el tratamiento o no presentan una correcta adherencia, puesto que ingieren los medicamentos a horas dispares y de forma incorrecta (Knobel, et al., 2000).

La aparición de efectos adversos constituye un factor claramente relacionado con la adherencia al tratamiento antirretroviral, sobre todo el deterioro hepático asociado con la ingesta de medicamentos. Por esta razón, un elevado número de personas abandona el tratamiento para evitar la sintomatología que le producen las reacciones adversas, independientemente de su relevancia clínica (Sánchez, 2010).

A continuación se procede a explicar los postulados principales de la Terapia narrativa de White y una descripción breve de en qué consisten cada uno de los mapas que él propone como guía para contribuir al desarrollo del proceso psicoterapéutico.

TERAPIA NARRATIVA COMO MEDIO PARA LA CREACIÓN DE HISTORIAS ALTERNATIVAS EN PERSONAS PORTADORAS DE VIH

Tener conciencia de la producción de las propias producciones de uno abre nuevas posibilidades para que las personas dirijan el curso de sus vidas. Cuando las personas se dan cuenta del proceso en el cual son, por un lado actores y, por otro, espectadores de sus propias realizaciones se les hacen accesibles nuevas opciones y entonces se sienten como “las autoras de sí mismas” (Myerhoff, como se cito en White, 1994. p. 64).

TERAPIA NARRATIVA COMO MEDIO PARA LA CREACIÓN DE HISTORIAS ALTERNATIVAS EN PERSONAS PORTADORAS DE VIH

El modelo de terapia narrativa fue desarrollada por Michael White y David Epston en la década de los ochentas constituyendo una forma distinta de hacer terapia, que considera a la persona como la única experta en su vida y en la que el lenguaje y el discurso juegan un papel primordial para el desarrollo de cada una de las historias de vida de las personas para su identidad y las prácticas de relación consigo mismo y con los demás (White, 1994).

Este modelo es congruente con las terapias posmodernas que basan sus principios en el construccionismo social y el posestructuralismo. White y Epston se inspiraron en el modelo interpretativo de Bateson en relación a los significados que las personas atribuyen a los hechos. Ya que todo conocimiento requiere de una interpretación, Bateson argumenta que:

“No es posible conocer la realidad, afirmando que la comprensión que tenemos de un hecho o significado está determinado y restringido por el contexto de su receptor, es decir por la red de supuestos que constituyen nuestros mapas del mundo. [Así mismo hace una comparación] de dichos mapas con pautas, argumentando que dichas interpretaciones están determinadas por la forma en que encajan dentro de pautas conocidas a lo que llamó proceso de codificación de la parte a partir del todo” (como se citó en White y Epston, 1993, p. 20,) “.

De igual forma, retomaron las ideas de Foucault (como se citó en White y Epston1993), quien se describió a sí mismo como un historiador de los sistemas de pensamiento. Foucault explicó cómo los sistemas de pensamiento, como la medicina, puede llegar a ser extremadamente opresivos al transformar a las personas en sujetos

deshumanizados mediante clasificaciones científicas a las que se llega a través de la mirada normalizadora. A través del conocimiento de Foucault, White (1993) menciona que las maneras de pensar y hablar acerca de uno mismo y los demás y las prácticas de relación con uno mismo y los demás tienen que ver con la objetivación o cosificación de las personas, esto logrado por la atribución de una identidad deteriorada, una marginación de las personas a través de la identidad.

Así mismo, White y Epsom (1993) retoman la analogía del texto propuesta por investigadores de las ciencias sociales, quienes después de observar que, si bien una manifestación del comportamiento se produce en el tiempo, de modo tal que cuando se le presta atención ya no se está dando, el significado que se adscribe a ese comportamiento se prolonga en el tiempo. A partir de lo anterior ambos autores, apelan al uso de dicha analogía, permitiendo esto considerar la interacción de las personas como la interacción de los lectores respecto a ciertos textos. Esta analogía también hizo posible concebir la evolución de las vidas y las relaciones en términos de lectura y escritura de textos, en la medida en que cada nueva lectura del texto es una nueva interpretación de éste, y por lo tanto, una nueva forma de escribirlo; permitiendo introducirse en un mundo intertextual, en el que la persona está situada en textos dentro de textos y cada vez que vuelve a contar un relato a través de su realización surge un nuevo relato que incluye al anterior y lo amplía. Del mismo modo se habla de esta analogía como parte de dar significado a los relatos de las personas. Cada persona es autora de su propia vida, tiene una “escritura” de lo que le ha pasado, le está pasando y/o quiere que le pase. Los relatos o las historias que hacemos de nosotros mismos dan sentido a nuestra vida y estas historias necesariamente están organizadas dentro de una temporalidad.

Por ello, White y Epston (1993) dirigen su atención a la posición que adopta el terapeuta dentro del proceso, identificando que este no es directivo y que dicho proceso no es unilateral sino que es una relación compartida entre terapeuta y cliente en la que existe una negociación con el mismo y que bajo dicho proceso el cliente asistirá a

terapia y contará historias acerca de su vida, en las que se identifican historias dominantes en el discurso, que ponen de manifiesto una serie de significados que adquieren importancia dentro del contexto de la vida del cliente. Estas historias dominantes son restrictivas, no abarcan partes importantes de la experiencia de las personas y/o las llevan a conclusiones negativas sobre su identidad. Sin embargo, aunadas a estas historias dominantes se co-crea o reconoce la existencia de historias alternativas que son susceptibles de ser descritas y resignificadas, por lo que resulta importante conocer los significados que giran en torno a dichas historias (White, 1994). De esta forma, la vida es considerada como una narrativa de la experiencia, como una historia construida a través de los significados atribuidos a las cosas, mediante los diálogos que se establecen entre las personas, en ámbitos específicos. En esta construcción, el individuo es al mismo tiempo el escritor, lo escrito y el crítico literario. Del mismo modo, White y Epston le ponen especial atención a los discursos dominantes y al ejercicio del poder en la sociedad. Proponen que éstos tienen un impacto en las historias que las personas crean sobre sí mismas y que es importante deconstruirlos (Barrios, 2008).

Desde la terapia narrativa se ve a las personas como ajenas al problema y con habilidades, capacidades y competencias suficientes para que ellos mismos puedan reducir la influencia del problema en su vida (Morgan, 2005); dado que son sólo ellos los expertos en su vida, serán ellos quienes resaltarán aquellos acontecimientos que favorezcan su historia de vida. Por lo tanto la idea es que la terapia permita a las personas decir y contar lo que aún no se ha dicho sobre su historia personal de modo que se permita descubrir nuevas identidades que hasta ese momento habían sido olvidadas (Bertrando & Toffanetti, 2004).

De acuerdo con White (2004) las prácticas narrativas se emplean para lograr un nuevo desarrollo que engrose la historia de vida de la persona y enriquezca su identidad, dado que en muchas ocasiones cuando las personas acuden a consulta llegan con una historia compleja, saturada de problemas que se convierte en la historia

dominante en su vida y que muchas veces los hace perder el sentido de sí mismos, haciendo una tarea difícil descubrir aquello que valora y por ende rescatar las historias alternativas que favorezcan el cambio. Para ello, la terapia narrativa emplea diferentes mapas que en conjunto permiten el desarrollo de estas historias y el reconocimiento de aquellos acontecimientos extraordinarios que proveerán las bases para que la gente le de expresión a su experiencia de modo que sea sanador y no re-traumatizante. Lo cual en el caso presentado, al re-narrar su historia de vida con la infección de VIH permite que el cliente se visualice desde una posición diferente, en la que él ya no es el problema, y dando una re-narración que enriquece sus experiencias de vida sin la infección, lo que valora y reconoce los aspectos de su experiencia que le permitan dar un significado que enriquezca su vida, donde ser portador de VIH pasa a segundo plano y el sentido de sí mismo se ve restaurado. Favoreciendo inclusive un importante cambio tras el incremento de células T CD4 en su sangre, lo cual junto con su apego al tratamiento antirretroviral podría contribuir a que en un futuro logre a una carga viral indetectable, que sería la meta ideal para él.

2. Mapas de la Terapia Narrativa

Michael White (2007) ha desarrollado un estilo de trabajo dentro de la terapia que consta de diferentes prácticas o tipos de conversación entre clientes y terapeutas conocidos como mapas de la práctica narrativa, las cuales incluyen las conversaciones externalizantes, conversaciones de re-autoría, conversaciones de remembranza, de andamiaje y ceremonias de definición de identidad. Cabe mencionar que para él dichos mapas sólo son una guía para comprender el pensamiento narrativo, y representan su forma de organizar la teoría de manera que se comprendan los procedimientos narrativos, sin embargo no van a representar el proceso terapéutico en sí, ni serán esquemas fijos, ya que el desarrollo de la terapia siempre será en base a las historias que el cliente decida narra. Cada uno de estos mapas será desarrollado a continuación con el objetivo de exponer en forma breve en qué consisten y de qué herramientas constan para su uso en dentro del proceso terapéutico.

2.1. Conversaciones Externalizantes

Una de las características que distingue a la terapia narrativa es la manera en la que se habla de los problemas, ya que no son vistos como manifestaciones de alguna deficiencia del cliente o como un problema que describe síntomas que puede tener, más bien, se piensa en los problemas como algo separado del cliente, algo externo que está afectando su vida y la de las personas que lo rodean, facilitando así la forma de trabajar con él o los clientes que asisten a la terapia. Dicho proceso fue nombrado por White como proceso de externalización y lo desarrolló tras trabajar con niños que tenían encopresis, pues descubrió que al separar el problema de la identidad del niño era más fácil para la familia, para el niño e incluso para el terapeuta luchar contra el problema y sus efectos (Tomm, como se citó en Méndez & Pescador, 2006).

Durante el trabajo con niños White marcaba a los niños que el problema de encopresis era producido por un agente externo a ellos, con lo que evitaba generar en ellos sentimientos de vergüenza o culpa y en su lugar los invitaba a evidenciar los efectos de dicho agente en su vida y de esa forma hacia una diferencia entre el problema y la identidad de los niños, posibilitando así el reconocimiento y la creación de capacidades y habilidades para vencer el problema (White, 1994).

White (1993) describe a la externalización como “un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y, a veces, a personificar, los problemas que las oprimen. En este proceso, el problema se convierte en una entidad [separada o externa al o los clientes]” (White & Epsom, 1993, p. 53). Cabe mencionar, que para dicha postura la “identidad” se entiende como algo que se forma por múltiples historias y que está en constante construcción, por lo que no es estática, sino más bien cambiante; por lo tanto la persona no es una sola historia, sino un gran bagaje de historias en construcción desde las cuales puede verse. Sin embargo la sociedad en que vivimos nos ha hecho aprender a mirarnos desde una sola historia, sin considerar otros aspectos alternativos en la creación de nuestra identidad. Es por ello que al surgir un

problema las personas lo consideran como su identidad y no como algo ajeno, siendo así los problemas una mera construcción cultural que se ubica en el lenguaje (mismo que es propio de la cultura y contexto en que estamos), en las historias que contamos sobre ellos y en la forma en que nos vemos a través de ellos (Uribe, 2010). Al ayudar a las personas a separarse y separar sus relaciones del problema, la externalización da paso a que se describan a sí mismos y a sus relaciones desde una perspectiva nueva, no saturada por el problema o bien de la historia dominante como ha sido nombrado aquel relato de la vida del cliente en que el problema domina su vida. Así cuando la gente empieza a hablar de sus problemas como entidades separadas, como algo que está afuera, siente una diferencia casi inmediata y da paso a la creación de una historia alternativa con agencia del cliente sobre su vida y la de su familia o las personas que la rodean, una historia en la que es posible apreciar hechos acerca de sus vidas y relaciones que antes no había sido posible vislumbrar y que contradicen el relato dominante (White & Epston, 1993). Con frecuencia reportan que externalizar los problemas les ayuda a ponerlos en perspectiva, a sentirse menos culpables y a sentir que pueden hacer algo para solucionarlos (Méndez & Pescador, 2006). De acuerdo con White & Epston (1993) la externalización ayuda a las personas a:

1. Hace disminuir los conflictos personales más estériles incluyendo las disputas en torno a quién es responsable del problema.
2. Combate la sensación de fracaso que aparece en muchas personas ante la persistencia del problema pese a sus intentos de resolverlo.
4. Abre nuevas posibilidades de que las personas actúen para apartar sus vidas y relaciones de la influencia del problema.
5. Permite a las personas afrontar de un modo más desenfadado, más eficaz y menos tenso problemas que parecían terriblemente serios

6. Ofrece opciones de diálogo, y no de monólogo, sobre el problema. (p. 54)

Por tanto, la externalización no es sólo algo más que usar en la terapia para hablar del problema, sino que es una manera de ver, sentir pensar y hablar de todo lo que hemos aprendido a identificar con lo que somos de manera restringida, como algo ajeno a nosotros, con la idea de que todo cuanto creemos ser no es en sí mismo lo que somos, sino más bien todo forma parte de la historia dominante de la persona (Uribe, 2010). Cuando se externaliza el problema, o la definición restringida que la persona tiene de sí misma, entonces se abre el espacio para considerar y explorar conocimientos, capacidades y habilidades que antes no se consideraban relevantes. Al reducir la influencia del problema sobre la persona, también se ayuda a reducir la vergüenza y la culpa, lo que facilita que se hagan presentes aquellos otros aspectos o acontecimientos que habían quedado relegados de la historia, a los cuales Goffman (como se citó en White, 1993) llamó acontecimientos extraordinarios, mismos que no habría sido posible identificar en la historia dominante. Dichos acontecimientos sirven como estímulo a las personas para que desarrollen nuevos significados en relación con ellos, favoreciendo así la formación de historias alternativas en la vida de la persona.

2.2. Conversaciones de Re-Autoría

White (2002) plantea que las conversaciones de re-autoría son aquellas que invitan a la gente a unir eventos de sus vidas en secuencias a través del tiempo de acuerdo con un tema o guion, sin embargo dado que suelen omitir relatos extraordinarios, requieren del apoyo o guía de terapeutas para identificar y co-crear argumentos de identidad alternos. Estas prácticas están basadas en la suposición de que no es posible que ninguna historia pueda englobar la totalidad de la experiencia de una persona, pues siempre habrá inconsistencias y contradicciones. Siempre habrá otros argumentos que puedan ser creados para los eventos de nuestras vidas. Como tales, “nuestras identidades no están hechas de una sola historia” (Russel & Carey,

2003. p.1), es decir que todos estamos compuestos por múltiples historias que son narradas y re-narradas en el proceso terapéutico.

Estas conversaciones involucran la co-autoría de argumentos que ayuden a dirigir cualquier predicamento que alguien hubiera traído a terapia, como ya se mencionó no existe una historia global de la persona, y es precisamente haciendo uso de las conversaciones de externalización que se harán evidentes las parte omitidas de dicha historia, revelando además la influencia de la persona en la vida del problema, que puede bien no ser significativa en la vida de la persona, y es por eso que se requiere de una conversación de re-autoría para hacer que dicha historia sea relevante y procurar vincularla con otra secuencia de hechos que contribuyan al desarrollo de más argumentos alternativos (Russell & Carey, 2003). Durante las conversaciones de re-autoría White (2002) refiere hacer uso de dos diferentes tipos de preguntas, a las que denomina preguntas del panorama de acción y preguntas del panorama de identidad de la historia preferida. Las preguntas referidas al panorama de acción hacen referencia a interrogantes acerca de una secuencia de eventos (concretos), en un tiempo y en relación a un trama determinado, dando así nacimiento a paisajes alternativos que alientan a las personas a identificar logros aislados dentro de secuencias de sucesos en el tiempo. Algunos ejemplos de preguntas del panorama de acción que el terapeuta puede usar son las siguientes: ¿Puede hablarme un poco de lo que pasó ahí?, ¿En dónde estaba?, ¿Quién estaba cerca?, ¿Cuáles fueron los pasos que tomo para estar lista para lo que hizo?, ¿Cuál piensas que es el momento de decisión que te llevó a ser capaz de hacer lo que hiciste?, ¿Fue este evento inusual, o hubo épocas en las que has hecho este tipo de cosas? (Russell & Carey, 2003).

Por su parte las preguntas del panorama de identidad llevan a las personas a revisar lo que pasó en el panorama de acción y a determinar el significado que tienen los estados intencionales como creencias preferidas, sueños, deseos, valores, esperanzas, principios, compromisos personales de vida (White, 2002). Contribuyendo así a que las personas exploren un territorio diferente y “están relacionadas con las

implicaciones que [dichos] argumentos tienen en términos de la comprensión de la persona acerca de su propia identidad. [...] invita además a [las personas] a reflexionar de manera diferente en sus propias identidades y [las de otros] (Russell & Carey, 2003, p. 5). Asimismo dan algunos ejemplos del tipo de preguntas correspondientes a este panorama:

- Ya que has estado describiendo esas ocasiones cuando has sido capaz de evadir la influencia del problema ¿qué piensas que dice de ti como persona?
- Cuando te mantuviste firme en tu decisión de cambiar cierta acción, ¿qué expectativas tenías? ¿qué nos dice esta acción acerca de las esperanzas en tu vida?
- Si fuera mayor, ¿qué reflejaría esto para tu hijo acerca de ti como persona? (Russell & Carey, 2003, p. 5).

De esta forma al hacer uso de las conversaciones de re-autoría se pasa constantemente del panorama de acción al panorama de identidad, sin olvidar que dichas preguntas están siempre dirigidas a explorar los recursos y habilidades con que cuenta la persona, más que en el déficit o la patologización del problema. Para ello será de vital importancia considerar “la identidad” en términos de estados intencionales y no en algo meramente interno, pues esto posibilitara la construcción de historias alternativas formadas por comportamientos únicos (Russell & Carey, 2003).

Para ello White (2007) describe una jerarquía de estos estados intencionales, cada nivel superior incluye a inferior y favorece las respuestas de las personas para comprometerse con la historia alternativa, ya que si saben con claridad aquellos principios que rigen su vida será más fácil para ellos conocer los pasos que deben seguir para actuar en futuras ocasiones. Dicha secuencia se presenta a continuación:

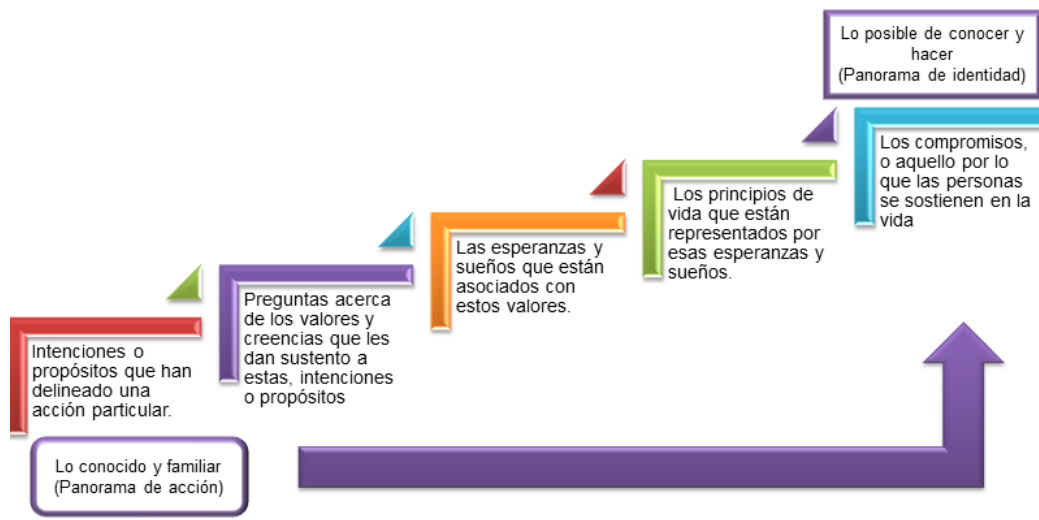


Figura 1. Descripción del mapa de las conversaciones de re-autoría (basado en Russell & Carey, 2003).

Al hacer uso de este tipo de preguntas y considerando la secuencia antes presentada, se posibilitara la co-creación de una historia alternativa más densa y en la que la persona reconoce aquellos recursos que le son útiles, y continua vinculando aquellos eventos y significados útiles en dicha historia. Como lo menciona Russell y Carey (2003) el propósito principal de estas conversaciones es el generar espacios de conexión y re-conexión de una secuencia de hechos y acciones a lo largo del tiempo que contribuya a la generación de una historia alternativa en la vida de la persona.

2.3. Conversaciones de Remembranza

White (2007) propone el uso de la membrecía de la vida como una forma de reflexionar la influencia de lo relacional en la construcción de la identidad. Desde la terapia narrativa la identidad se forma por múltiples historias socialmente construidas, y todas aquellas relaciones que se establecen con otras personas forman la membrecía de cada persona, por lo que lo relacional cobra vital importancia para desentrañar la historia saturada por el problema que tiene la persona, permitiendo de esta forma

reconocer a la o las personas que de cierta forma pueden ayudar a la creación de una historia alternativa (Campillo, 2009).

White retoma el término de re-membrecía de la antropóloga cultural Barbará Myeroff, empleándolo para llamar la atención o la re-agregación de miembros, de figuras que pertenecen a la historia de nuestras vidas (Russell & Carey, 2003). Por ello para White (2002) estas conversaciones dentro de un contexto terapéutico:

- Evocan la vida como en un “club de miembros” y la “identidad” como una “asociación” de vida. [Como formas diferentes de participar en la vida social].
- Contribuyen a un sentido de identidad multifacética [...]
- Abren posibilidades para la revisión de la membrecía propia a nuestra vida: para la mejoría de algunas membrecías y la degradación de otras [...]
- Son ricamente descriptivas de los recuentos preferidos de identidad y conocimientos de vida así como de habilidades de vida que han sido co-generadas en las membrecías significativas de las vidas de las personas [...] Esto contribuye significativamente al conocimiento del propio ser de la persona y esto a su vez, proporciona una base para el desarrollo de propuestas específicas sobre lo que pudieran hacer más adelante en sus vidas.
- [...] son compromisos propositivos con las figuras significativas de la propia historia y con las identidades de nuestra vida actual que nos son significativas. Estas figuras e identidades no tienen que conocerse directamente para que sean identificadas como significativas en la vida de una persona [...] (p, 9).

De acuerdo con Russell y Carey (2003) hay tres circunstancias en las que se puede hacer una exploración de conversación de re-membrecía: 1) Cuando alguien menciona a una persona importante de su pasado en una luz muy positiva. 2) Cuando la persona que nos consulta nos habla de una habilidad o un conocimiento, un saber que está utilizando para lidiar con una situación problemática en su vida. 3) Cuando la persona que nos consulta se presenta con una conclusión relativamente negativa de su identidad.

White (2007) plantea que “las conversaciones de re-membrecía están basadas en la concesión de que la identidad está fundada sobre una asociación de la vida, en vez de un centro del yo” (p. 129) y de esta forma, dicha asociación permitirá ligar las vidas de las personas acerca de un tema en particular, reduciendo la sensación de aislamiento y contribuyendo a una descripción de una historia alternativa en la vida de la persona, misma que estará compuesta por aquellas figuras significativas pasadas, presentes o futuras, que influirá en relación a la construcción de la identidad, sin que necesariamente tenga una relación directa con la persona, pudiendo ser desde un familiar, amigo, conocido hasta el autor de algún libro , bastará simplemente con que haya dejado una huella en su manera de ser o pensar que pueda ayudarla a tener una visión más cercana a su forma preferida de ser.

2.4. Conversaciones de Andamiaje

White (2007) aplicó la metáfora de andamiaje a la práctica de preguntar acerca de las historias preferidas de ser de cada persona, es decir aquellas historias alternativas que encajan y reflejan la forma preferida de ser de la persona que consulta. Para conocer dichas historias propone usar las conversaciones de andamiaje, metáfora que se deriva del trabajo de Lev Vygotsky, quien propone que el aprendizaje no se da de forma aislada, sino que se debe a los conocimientos previos adquiridos a lo largo de su vida, es decir que existen experiencias que guían y dirigen el aprendizaje

de nuevas cosas. Para White en el caso de la terapia narrativa, esto se traduce en ir de la historia saturada por el problema a el desarrollo de nuevos significados, es decir, una historia alternativa, que se desarrollará durante el proceso terapéutico y reflejara la forma preferida de ser del cliente, para lo cual se usará una serie de preguntas escalonadas que posibiliten que la persona “aprenda cosas previamente desconocidas acerca de si mismo en los, todavía no explorados territorios de sus historias preferidas. Preguntas cuidadosamente pensadas [...para que las personas pasen] de lo conocido y familiar de la experiencia del problema, hacia el territorio de las historias preferidas de lo no conocido todavía pero posible de conocer” (Carey, Walther & Ruseel, 2010. p.4). Es decir que si no tuviéramos la oportunidad de desarrollar ideas acerca de quiénes somos y de quiénes nos interesa ser, no tendría sentido influir en nuestra propia vida. Para ello se requiere que las personas tracen distinciones en la descripción que hacen de sus experiencias a las que ya se ha atribuido significado y que ya han sido descritas de aquellas que aún no han sido narradas, es decir que las experiencias preferidas solo adquieren sentido al ser contrastadas con otras, lo cual le permitirá a los terapeutas escuchar lo que esta “ausente pero implícito” en dichas descripciones, es decir aquellas experiencias que no han sido narradas pero que están ahí por inferencia (Carey, et al., 2010).

White (2007) plantea que transitar entre la brecha de lo conocido y familiar a lo que es posible de conocer y hacer permite identificar experiencias de vida que dan a la persona una sensación de “agencia personal”, que permite a las personas comenzar a regular su propia vida y la sensación de que pueden intervenir en el curso de la misma, permitiendo que comiencen a ver el problema como algo ajeno, externo a su identidad y sobre lo cual pueden tener control, para hacer que esto sea posible, propone el uso de una serie de preguntas escalonadas que deberán emplearse durante el proceso terapéutico.

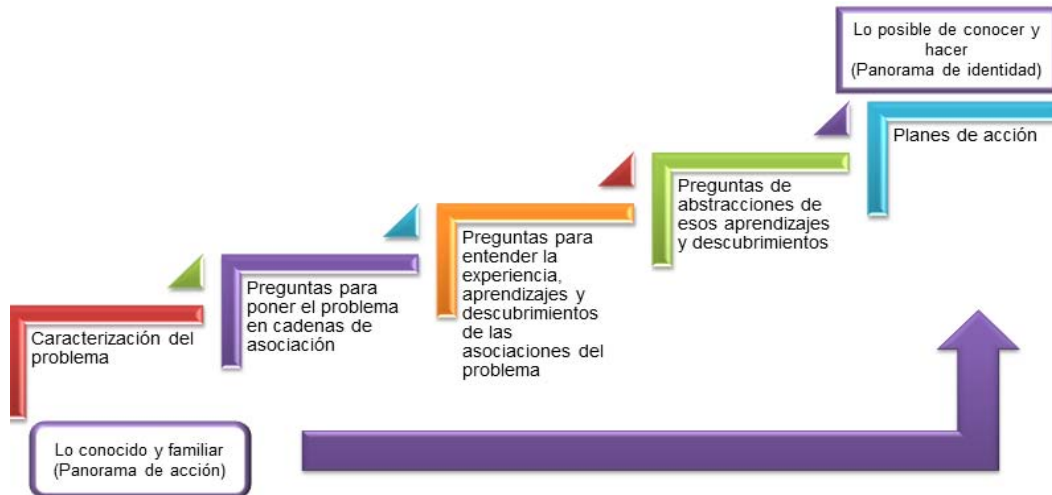


Figura 2. Descripción las preguntas de re-autoría utilizadas en el proceso terapéutico para conectar el panorama de acción y el panorama de identidad (basado en White, 2007).

2.5. Ceremonias de Definición de Identidad

El trabajo propuesto por White (2002) denominado “ceremonias de definición”, fue inicialmente propuesto por el noruego Tom Andersen en 1987, tras publicar su libro “El equipo de reflexión: diálogo y metadiálogo en el trabajo clínico”, dando así un gran giro al trabajo con equipos terapéuticos y con una idea completamente diferente de la participación de los miembros del equipo en el proceso terapéutico, entusiasmando con ello a muchos terapeutas, entre los de que destaca Karl Tomm, mismo que tras una reunión con Andersen, en la que le explicó de viva voz su idea del trabajo con equipos reflexivos, alentó a White a explorar e incursionarse en esta forma de trabajo. Pero fue gracias las investigaciones realizadas por Myerhoff, que denominó a su trabajo “ceremonias de definición”, tras retomar la metáfora que ella hace al respecto. Esta antropóloga utilizó dicha metáfora tras su trabajo en una comunidad judía con gente mayor de Venecia, Los Ángeles, en la cual notó que la identidad de los integrantes de la comunidad era relativamente invisible, cayendo en el riesgo de dudar hasta de su propia existencia y fue gracias a estas ceremonias que las personas tuvieron un espacio para mostrarse y contrarrestar su invisibilidad (White, 2002).

Para Myerhoff (como se citó en White, 2002) en las ceremonias de definición se abordan “problemas de la invisibilidad y marginalidad; [siendo] estrategias que le brindan a cada individuo oportunidades para ser visto en sus propios términos, reuniendo a testigos de su existencia, su mérito y su vitalidad” (p.180). Entendiendo además que “las ceremonias de definición son autodefiniciones colectivas con el propósito específico de afirmar una interpretación ante un público [en un espacio artificial] que de otro modo no estaría disponible” (Myerhoff, como se citó en White, 2002b, p.124). Estos testigos externos resultan por tanto esenciales para los procesos del reconocimiento y autenticación de las identidades de las personas, y contribuyen además a una descripción más rica de sus historias de vida. Cabe mencionar que cuando se habla de espacio artificial, no se hace referencia a algo ficticio o falso, si no a un espacio en el que sea posible reunir a la o las personas con un grupo de testigos externos que participen en la validación de identidad de la misma, un espacio para ser vistos en sus propios términos (White, 2002b).

White (1995) propone que el trabajo con un equipo de reflexión se puede entender como una especie de "ceremonia de definición" en la que los miembros del equipo son "testigos externos" que validan las historias y las identidades preferidas de los clientes. Piensa que el grupo promueve también una "autoconciencia reflexiva" en la que las personas tiene una mayor conciencia de cómo se ven a sí mismos y pueden darse cuenta de opciones para darle forma a su propia vida.

Dentro del contexto terapéutico White (2002) propone que la ceremonia de definición se estructure en cuatro etapas, siendo cada una de ellas una entrevista en sí misma, advirtiendo antes a los terapeutas el no teorizar acerca de los problemas que el cliente lleva a terapia; dejar de lado la idea de que su trabajo consiste en realizar alguna intervención en la vida del cliente; así como el no elaborar estrategias, consejos, tratar de ser un modelo a seguir o enseñar al cliente como debe vivir su historia de vida o como debería ser su identidad ideal. Cada una de las etapas de estas ceremonias

tendrá características y objetivos particulares, por lo que deberán seguirse tal cual son marcadas a continuación. Marcos

- ***Primera entrevista***

En la primera etapa el entrevistador se reúne con la o las personas que acuden a terapia, mientras que los miembros del equipo se ubican como audiencia, ya sea tras un espejo unidireccional o en el mismo espacio que el terapeuta y el cliente, pero sentados detrás de estos atendiendo siempre a la conversación terapéutica que se está dando. Cada uno de los integrantes del equipo prestará especial atención a aquello que les llama la atención sobre la historia de vida del cliente, aquello que sea significativo para ellos y que brinde un punto de partida para iniciar una conversación de re-escritura, manteniendo sus reflexiones en privado. Además de esto los miembros del equipo también deben reflexionar sobre los aspectos de su propia vida que los vinculan con aquello que les ha llamado la atención sobre la historia del cliente. Durante esta entrevista se da la oportunidad al equipo de presentarse ante el cliente, si este así lo desea o bien esperar hasta la segunda entrevista para hacerlo (White, 2002, 2002b).

- ***Segunda entrevista***

En la segunda parte, el entrevistador y el cliente intercambian lugar con el grupo de testigos, volviéndose estos los espectadores de la conversación que se da entre el equipo de testigos externos, quienes de no haberse presentado antes, deberán hacerlo en ese momento, dando su nombre y si se prefiere algunos datos personales como su edad o formación profesional o laboral. Durante este tiempo los miembros del equipo reflexionan sobre la historia de vida del cliente, entrevistándose cada uno sobre aquellos relatos del cliente que les parecieron significativos y los aterrizan o vinculan con sus experiencias personales pero sin olvidarse de que la identidad que se está validando es la del cliente y no la de los testigos. Los miembros del equipo responden a los desarrollos preferidos que se narraron durante la primera entrevista, ya sea

acontecimientos extraordinarios que identificaron, relatos alternativos o incluso contradicciones que hayan notado por parte del cliente y que servirán para reforzar aquello que tal vez él mismo se negaba a ver. (White, 2002). Esta participación de los testigos no será neutral, sino constitutiva, puesto que por medio de esta participación los miembros del grupo se transforman en personas diferentes a las que eran al inicio de la sesión, por lo tanto se enriquece la vida del equipo y del cliente mismo (White, 2002b).

• ***Tercera entrevista***

Durante la tercera parte de la sesión todos los participantes cambian de lugar de nuevo, y ahora el terapeuta entrevista al cliente sobre lo conversado durante las dos etapas anteriores, dándole así la oportunidad de reflexionar sobre o que ha odido en las re-narraciones del grupo de testigos externos, convirtiendo con ello el proceso en una re-narración de la re-narración lo cual contribuirá aún más a que las historias de las personas sean densamente descritas (White, 2002, 2002b).

• ***Cuarta entrevista***

Finalmente la cuarta entrevista consiste en un proceso de deconstrucción, en el que tanto el equipo, el cliente y el terapeuta se reúnen en un mismo espacio para hablar sobre la terapia misma. Esta deconstrucción de la terapia se produce hacia el final de las repuestas del equipo, sin que sea necesario deconstruir cada una de ellas, a veces basta con seleccionar aquellos comentarios más enfáticos o aquellos que podrían haber sido vistos como consejos, ayudando esto a contrarrestar los efectos de cosificación o marginación del cliente, así mismo ayuda a evidenciar que la curiosidad del equipo no es más que interés académico y formativo, y asegura además un contexto más igualitario. También es posible hablar sobre aquellos temas que el equipo considera pudieron haber sido más explorados por el terapeuta, sus propuestas para sesiones subsecuentes y de igual forma el terapeuta puede entrevistar al equipo sobre

el por qué de sus reflexiones, e incluso el cliente puede entrevistar tanto al terapeuta como a los miembros del equipo sobre aquello que le sea de interés, así como a dar sus comentarios sobre los eventos que se produjeron durante la sesión. Esta última etapa tiene el objetivo de permitir al cliente, los miembros del equipo y el terapeuta hablar sobre todo aquello que fue o no explorado durante la sesión, siempre de forma positiva y retroalimentativa (White, 2002).

Hasta este punto se ha procurado abordar de forma concreta y sistemática las temáticas de principal interés en la presente investigación, como fueron en el primer apartado lo referente al VIH-SIDA y el papel de adherencia terapéutica. En el segundo apartado los principales postulados de la terapia narrativa y de cada uno de los mapas que White propone, mismos serán empleados para el análisis del corpus. En los apartados siguientes se dará una descripción de la metodología empleada, la cual incluye la descripción del problema a investigar y los objetivos que se pretenden cubrir. Con ello se dará paso al análisis de las sesiones terapéuticas y finalmente las conclusiones a las que se llegaron y la presentación de una breve discusión al respecto.

3.METODO

La diferencia que se da a través del tiempo es lo que llamamos cambio (Bateson, como se cito en White, 1994, p. 72).

3.1. Pregunta de Investigación

El trabajo clínico con terapia narrativa se considera como aquel espacio en que se le brinda al cliente la oportunidad de expresar las historias de identidad que dominan su vida y que lo hacen acudir a terapia. En muchas ocasiones cuando una persona llega a terapia, lo hace con una historia saturada por el problema que se convierte en su historia dominante y que no se ajusta a su forma preferida de ser, por lo que el trabajar con prácticas narrativas contribuye a la construcción y deconstrucción de identidades dominantes mediante el discurso narrativo que se genera, permitiendo que la (s) historia(s) de vida que el cliente trae a terapia se re-escriban y resignifiquen abriendo nuevas posibilidades a la co-creación de historias alternativas, de una vida sin el problema. Partiendo de lo anterior en la presente investigación se pretende analizar los discursos de identidad que el cliente narra en la terapia, resaltando los medios narrativos que la terapeuta emplea para facilitar que la persona que consulta produzca descripciones de acontecimientos extraordinarios y favorecer así la co-creación de historias alternativas. Por lo que la pregunta de investigación consiste en identificar y evidenciar ¿Cómo son construidas las narrativas de vida en un cliente con VIH que favorecen la adherencia terapéutica dentro de un contexto terapéutico de corte narrativo?

3.2. Objetivos

- Identificar los relatos de vida que favorecen la adherencia terapéutica Al tratamiento de VIH
- Identificar cuál es el discurso dominante del cliente y las historias alternativas que existen en su vida
- identificar el uso de los mapas de la terapia narrativa dentro del proceso terapéutico

3.3. Estrategia Analítica

Para la presente investigación se realizó un estudio de tipo cualitativo empleando como estrategia analítica la narrativa conversacional, ya que además de ser coherente con las premisas del enfoque narrativo, se considera la más adecuada para cubrir los objetivos propuestos. A continuación se explica dicha estrategia.

La investigación narrativa se asienta, dentro del “giro hermenéutico” producido en los años setenta en las ciencias sociales. De la instancia positivista se pasa a una perspectiva interpretativa, en la cual el significado de los actores se convierte en el foco central de la investigación. Los fenómenos sociales son entendidos como “textos”, cuyo valor y significado, vienen dados por la auto-interpretación que los sujetos relatan en primera persona, donde la dimensión temporal y biográfica ocupa una posición central (Goveo & Vera, 2009). "Para entender estos relatos, debemos investigar los contextos conversacionales que los ocasionan, y los propósitos que cumplen" (Lucia, 2012, p. 83). La narrativa supone tanto la estructura como el método de recapitulación de experiencias. Se refiere a la cualidad estructurada de la experiencia entendida y vista como un relato, las pautas y formas de construir sentido a partir de acciones temporales personales, por medio de la descripción y análisis de los datos biográficos. Es una reconstrucción de la experiencia por la que, mediante un proceso reflexivo, se da significado a lo sucedido o vivido (Ricoeur, como se citó en Campos, 2005). Cabe aclarar que es diferente relatar para dar significado personal a relatar como parte de un proceso cultural e interpersonal del dar sentido a la experiencia.

De este modo, para la presente investigación se considerará a la investigación narrativa de la siguiente manera:

La investigación sobre la narración conversacional se concentra en el proceso de cómo se consigue hacer interactivamente una narración entre narrador(es) y oyent(es), observando además las diferencias

entre narraciones efectuadas por primera vez, relatos re-narrados, y relatos repetidos con frecuencia. También enfatiza la función actual del relato, antes que la secuencia "original" de acontecimientos [y para comprender mejor estas narraciones] se deberá investigar los contextos conversacionales que los ocasionan, y los propósitos que cumplen (Norrick, 2000, p. 5).

Asimismo se entiende por conversación aquella "actividad verbal oral de carácter interactivo organizada en turnos de palabra" (Tuson, 2002, p. 134) los cuales serán la base organizativa de la conversación.

3.4. Unidad de Análisis

Se trabajó con los registros en audio y video de tres sesiones de un proceso terapéutico completo asistido en febrero del 2012 bajo un modelo narrativo de un cliente diagnosticado con VIH, así como con la transcripción de cada sesión. El cliente es un adulto de 30 años llamado Marcos², diagnosticado con VIH en julio del 2011, que actualmente reside en Toluca con su pareja y asiste a solicitar tratamiento terapéutico en una clínica comunitaria del DF en donde fue atendido por una terapeuta entrenada en Terapia Familiar bajo el modelo de Terapia Narrativa de Michael White. El cliente además de solicitar el tratamiento psicoterapéutico se encuentra recibiendo un tratamiento antirretroviral por parte de una clínica del seguro social, el cual comenzó tras ser diagnosticado con VIH. Cabe mencionar que fue en esa fecha cuando oficialmente se le diagnosticó con VIH, pero el cliente refirió haber presentado síntomas de la infección por aproximadamente cuatro meses antes.

2. El nombre y los datos personales del cliente fueron modificados para respetar los criterios de confidencialidad establecidos en la sesión psicoterapéutica.

3.5. Categorías analíticas

➤ Historias dominantes

- *Definición conceptual:* Son aquellas que ponen de manifiesto una serie de significados que adquieren importancia dentro del contexto de la vida de la persona que consulta. Estas historias dominantes son restrictivas y no abarcan partes importantes de la experiencia de las personas y/o las hacen llegar a conclusiones negativas sobre su identidad y su experiencia (White, 1994). De acuerdo con White y Epston (1993) estos discursos se pueden identificar bajo las siguientes características:
 - a) La persona que relata la historia denota incomodidad, inconformidad, desacuerdo y/o desesperanza con la narración que hace de su vida.
 - b) La persona se describe como incapaz de hacer frente a la situación que la aqueja, como si ella fuera el problema, y como incapaz de establecer una relación consigo mismo y con las personas que lo rodean, de forma satisfactoria.
 - c) Son relatos que contradicen las experiencias de vida de la persona.
 - d) Son los significados que la persona y la comunidad lingüística que la rodea, asigna a las experiencias vividas y que acepta como verdades y formas correctas de vivir.
 - e) Impiden a las personas reconocer sus habilidades, conocimientos, capacidades, recursos, etc., que poseen, lo que provoca que harán descripciones magras y saturadas por el problema, de sí mismas y de su relación con los demás.
- *Definición operativa:* Aquellas historias en las que la persona interioriza el problema y se deteriora la agencia personal, disminuyendo la posibilidad de que la persona que consulta reconozca o identifique sus formas preferidas de ser. Estas historias se caracterizan por ser restrictivas, opresivas, patologizantes y se evidencian por el uso que hace la persona

de un habla que incluye descripción densas y saturadas por el problema, evaluaciones negativas o devaluatorias de sí misma y de sus historia de vida.

➤ **Historias alternativas**

- *Definición conceptual:* Son historias que contradicen los discursos dominantes que se han construido dentro de las relaciones discursivas en que participa la persona. Dichas historias son susceptibles de ser resignificadas, por lo que resulta importante conocer los significados que giran en torno a ellas (White, 1994). Las historias alternativas, al igual que las dominantes pueden identificarse considerando las siguientes características (White & Epston, 1993).
 - a) En ellas se asigna un significado nuevo, no saturado por el problema a las experiencias vividas por la persona.
 - b) Se rescatan aspectos de la experiencia que no se habían considerado anteriormente.
 - c) Ayudan a las personas a reconocer e identificar su propia valía
 - d) Son coherentes con la forma en que vive la persona con la forma en que desea vivir
 - e) Enseña a las personas a relacionarse consigo mismo y con las personas que lo rodean, de acuerdo a su forma preferida de ser.
 - f) Invita a las personas a crear y buscar acciones que les permiten vivir de acuerdo a su manera preferida de ser.

- *Definición operativa:* Son aquellas historias en las que la persona despatologiza su identidad, lo cual permite visualizar los recursos con que cuenta para re-escribir historias que se apegan a sus formas preferidas de ser, en las que el problema ya no domina su vida y su sentido de agencia personal se reconstruye. Se caracterizan por que la persona narra detalladamente relatos que validan sus experiencias de vida, se ve a sí

mismo como el único experto en su vida y por tanto el único que puede tener control sobre ella.

➤ **Acontecimientos extraordinarios**

- *Definición conceptual:* Los acontecimientos extraordinarios pueden identificarse mediante una revisión histórica de la influencia de las personas sobre el problema. Se les puede pedir que recuerden y describan “hechos” o sucesos que contradigan los efectos que el problema tiene sobre sus vidas y relaciones. White y Epston (1993) plantean que puede diferenciarse entre tres tipos de acontecimientos extraordinarios que son los acontecimientos extraordinarios pasados, que pueden identificarse mediante una revisión histórica de la influencia de las personas sobre el problema. Se les puede pedir que recuerden hechos o sucesos que contradigan los efectos que el problema tiene sobre sus vidas y relaciones; acontecimientos extraordinarios presentes, que son aquellos que se presentan en el transcurso de la sesión. Generalmente, las personas se fijan en ellos gracias a la curiosidad del terapeuta y favorecen la generación de nuevos significados en su historia de vida; y los acontecimientos extraordinarios futuros, que pueden identificarse revisando las intenciones o planes que tiene la persona para escapar de la influencia del problema.
- *Definición operativa:* Aquellos que aparecen a partir de la lectura de la historia dominante de la vida de la persona, están siempre presentes pero no son visibles cuando el problema es quien domina la vida de la persona, por lo que al hacer uso de preguntas del panorama de acción y panorama de identidad se harán evidentes y pueden narrarse en hechos pasados, presentes o futuros.

➤ **Conversaciones de re-autoría**

- **Definición conceptual:** Conversaciones que invitan a la gente a unir eventos de sus vidas en secuencias a través del tiempo de acuerdo con un tema o guion. Durante las conversaciones de re-autoría White (2002) refiere hacer uso de dos diferentes tipos de preguntas, a las que denomina preguntas del panorama de acción, las cuales hacen referencia a interrogantes acerca de una secuencia de eventos en un tiempo y en relación a un trama determinado, con lo que se da nacimiento a paisajes alternativos que alientan a las personas a identificar logros aislados y preguntas del panorama de identidad las cuales llevan a las personas a revisar lo que pasó en el panorama de acción y a determinar el significado que tienen los estados intencionales como creencias preferidas, sueños, deseos, valores, esperanzas, principios compromisos personales de vida (White, 2002).
- **Definición operacional:** Son aquellas en que es posible identificar las múltiples historias que compone la vida de la persona que consulta, para lo cual se hace uso de preguntas relativas al panorama de acción y preguntas relativas al panorama de identidad, con el objetivo de ayudar al cliente a identificar acontecimientos extraordinarios y contribuir así a la co-creación de historias alternativas en su vida que le permita vivir con el problema sin que este afecte su vida.

➤ **Conversaciones de andamiaje**

- **Definición conceptual:** Se refiere a una serie de preguntas escalonadas que permiten transitar a la persona que consulta de la historia saturada por el problema ha el desarrollo de una historia alternativa, que se desarrollara durante el proceso terapéutico y reflejo su forma preferida de ser. Es decir que la persona pasa de lo conocido y familiar de la experiencia del problema, hacia el territorio de las historias preferidas de lo no conocido todavía pero posible de conocer.

- *Definición operacional:* Son una serie de preguntas que se emplean para indagar los efectos que el problema ha tenido sobre la vida de la persona y la influencia que la persona ha tenido sobre la vida del problema, de forma que le permita transitar de lo conocido y familiar (panorama de acción) hacia lo posible de conocer y hacer (panorama de identidad) y contribuir al desarrollo de una historia alternativa.

➤ **Factores de adherencia**

- *Definición conceptual:* consisten en una serie de comportamientos que realiza la persona en su vida diaria, los cuales coinciden y son coherentes con los acuerdos realizados y las recomendaciones establecidas en forma conjunta con el médico que lo atiende. También se hace referencia a la incorporación de hábitos en el estilo de vida, entre los que se incluye la toma de medicamentos en el tiempo y cantidad indicados, la asistencia a chequeos médicos y/o de otros profesionales, la realización de los exámenes de control de células T, una alimentación balanceada según las recomendaciones nutricionales realizadas, hacer ejercicio de manera regular, evitar el consumo de sustancias psicoactivas, adoptar medidas de prevención de la reinfección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.
- *Definición operacional:* Se refiere a una serie de hábitos que la persona que consulta refiere realizar a lo largo de su vida, estos incluyen una incorporación o reincorporación de acciones y conductas que la persona con VIH realiza tomando en cuenta las recomendaciones médicas, las cuales incluyen el comer a ciertas horas las cantidades indicadas de alimento, tomar sus medicamentos a las horas establecidas procurando ser lo más exacto posible en cada toma, hacer ejercicio, no consumir alcohol o drogas, dormir

cierta cantidad de horas, asistir a las revisiones médicas y la realización de análisis clínicos, así como la prevención de reinfección de la enfermedad.

- **Lenguaje no verbal:** hace referencia a aquellos movimientos corporales como pueden ser gestos, expresiones faciales, la forma en que nos sentamos, si miramos o no a la persona que está con nosotros, la velocidad con que se hablamos, el movimiento de los ojos, la postura de las manos etc., que pueden ser directamente observable en la persona que consulta. Este discurso verbal se analiza tanto de forma individual como en la interacción que tiene el cliente con la terapeuta y el co-terapeuta durante el desarrollo de las tres sesiones del proceso terapéutico.

3.6. Procedimiento

Para realizar el análisis y cubrir los objetivos de la presente investigaciones se siguieron una serie de pasos que se enuncian a continuación.

Se solicitó la autorización de la terapeuta para trabajar con cada uno de los registros de las sesiones respetando los criterios de privacidad establecidos al momento de iniciar la terapia con el cliente. Así mismo se cuenta con el consentimiento informado por parte del cliente para hacer uso de los materiales video-grabados de la terapia con fines de investigación conservando los criterios de identidad establecidos al inicio de la sesión.

Se transcribieron las tres sesiones completas, un total de dos horas y cincuenta y cinco minutos, para ello se usó un reproductor de video (Reproductor Windows Media) y el programa Microsoft Word 2010, empleando la simbología de transcripción propuesta por Jefferson (Potter, 1998) (Anexo 1), con el objetivo de hacer que la transcripción se acercara lo más posible a la conversación de forma que se pudieran tener más detalles de la pronunciación de cada discurso.

Una vez realizadas las transcripciones del material se comparó cada una con el audio para corroborar que coincidieran, así mismo se colocó número de línea a todo el archivo para que esto favoreciera la ubicación de los discursos que se someterían a análisis.

Para el análisis del material se siguieron los siguientes pasos:

1. Se realizó una selección de secuencias marcando con colores diferentes el inicio y termino de cada una, considerando además que se apegaran al modelo de tapia narrativa y el motivo de consulta del cliente (categorías analíticas) tanto para el cliente como para el terapeuta.
2. Se identificó que es lo que hacía el cliente o el terapeuta en las secuencias seleccionadas, el tipo de respuestas que daba el cliente a los planteamientos del terapeuta y los planteamientos del terapeuta ante las respuestas del cliente, caracterizando cada una de las acciones presentes
3. Finalmente se identificaron las formas en que las narraciones determinaban las diferentes identidades del cliente, dependiendo del tipo de historia a la que se refería en su discurso, es decir si se trataba de una historia dominante o una historia alternativa.

Una vez identificadas las acciones presentes y después de haber hecho el empaquetamiento se procedió a hacer la captura de pantalla de las transcripciones en digital que correspondiera a dichos discursos con el objetivo de conservar la presentación y los números de línea de cada uno, quedando solamente un total de una hora y veinticinco minutos correspondientes únicamente a partes específicas de las tres sesiones en las que se trataba la historia de Marcos viviendo con VIH, puesto que en el resto del material se trataban temas ajenos al de interés de la investigación.

Cada uno de los discursos identificados se clasificó en las distintas categorías analíticas previamente establecidas.

Se organizó cada captura para su presentación. Para ello se optó por seleccionar una presentación organizada en tablas, puesto que se consideró como la mejor herramienta para presentar el material de forma que se permita observar aspectos de la imagen que en la transcripción, pese a haber empleado la simbología de Jefferson evidentemente no es posible evidenciar. Se optó por presentar el material en una tabla con cuatro columnas, en la primera se colocaron los fragmentos seleccionados, en la segunda se colocaron algunas capturas de pantalla relevantes de la imagen y del video que correspondieran con los fragmentos. Sólo se seleccionaron algunas imágenes por lo que en dicha columna puede o no haber correspondencia con los fragmentos presentados, así mismo para conservar los criterios de privacidad previamente establecidos se cubrió por completo el rostro del cliente con ayuda del programa Sony Vegas Pro 11. En la tercera columna se presenta una descripción de las imágenes seleccionadas solo en caso de existir alguna. Y en la cuarta y última columna se presenta el análisis propiamente dicho de cada fragmento en base a las categorías analíticas.

Descripción de la situación

Marcos es un adulto de 30 años que fue diagnosticado con VIH en julio del 2011 y asistió a la clínica de la FES Zaragoza a solicitar el servicio de psicoterapia en enero del 2012 en donde fue asistido por una terapeuta con entrenamiento en Terapia Narrativa. Marcos actualmente vive en Toluca con su pareja, quien a la fecha no se encuentra infectado. Él está recibiendo un tratamiento antirretroviral por parte de una clínica del seguro social, el cual inició inmediatamente después de la detección del virus y que tuvo una reducción de medicamento a una sola dosis en diciembre del 2011.

Marcos solicitó el servicio en primera instancia porque quería analizar varias situaciones personales por las que estaba atravesando en ese momento, pero la situación con la que desea y decide trabajar en primera instancia es el hecho de haber sido diagnosticado con VIH desde hacía seis meses y toda la serie de eventos que se

suscitaron tras ese hecho, ya que evidentemente era algo que no se esperaba, y le causó “miedo” e “incertidumbre”.

Marcos menciona que tras el diagnóstico, asistió a varias sesiones de psicoterapia con terapeutas que trabajaban bajo otros modelos pero por cuestiones personales no le agradó la forma en que dirigían las sesiones, ya que él sentía que no estaban trabajando aquello que él deseaba, por lo que abandonó el proceso; así mismo inició los trámites necesarios para que se le atendiera de forma gratuita en un clínica pública y asistió a grupos de apoyo con personas que atravesaban por la misma situación, sin embargo no se sintió satisfecho con los resultados y buscó el servicio psicoterapéutico en la clínica de la FES Zaragoza.

A pesar de la situación por la que atraviesa, él menciona que su vida había continuado sin algún otro problema de salud, hacía las cosas que le gustaban, continuó estudiando, comía a sus horas, hacía ejercicio, tomaba sus medicamentos y en general llevaba un buen estilo de vida, sin embargo rescata sentimientos de “miedo e incertidumbre” que le causó el diagnóstico, lo que él llama “una ruptura psicológica”, en la que los sentimientos de “miedo, enojo, culpa, frustración” y la imagen de “verse tirado” dominan su vida. Actualmente Marcos se ubica entre la fase precoz y crónica de la infección por VIH.

Durante la primera sesión se trabaja en la re-escritura de su experiencia y se externan los recursos de adherencia con los que él cuenta y que puede usar para “levantarse”, “aferrarse a la vida” y seguir teniendo así motivos para “vivir”.

En la segunda sesión Marcos narra acontecimientos extraordinarios que ha hecho presentes y que le han servido para contribuir a sus niveles de adherencia, tras reportar una mejoría en cuanto a su motivo de consulta cambia la historia de vivir con VIH a una en la que lo importante es la relación que tiene con su pareja, dando un giro

a las sesiones y siendo esta la razón por la que se seleccionan partes específicas de las narrativas relacionadas con la adherencia y el VIH.

En la tercera sesión Marcos hace un cierre sobre su historia de vida con el VIH en la que resignifica su experiencia de vida y su forma de relacionarse con los demás, evidenciando cambios significativos en el relato de su historia de vida, en la que lo principal es que narra que por ahora no sabe cómo va a cursar su vida pero ahora sabe cómo no quiere terminar y que lo que desea es terminar bien.


En cuanto al contexto en que se desarrolla el proceso psicoterapéutico, éste se lleva a cabo dentro de un proceso de enseñanza-aprendizaje en una clínica universitaria que cuenta con una cámara de Gesell de espejo bidireccional. En este proceso Marcos es al mismo tiempo el cliente y un modelo que favorece el aprendizaje del proceso psicoterapéutico de corte narrativo para un grupo de alumnos que se encuentran del otro del espejo observando la forma en que se da la terapia e interviniendo con pequeñas participaciones y comentarios. En estos términos la terapeuta no sólo está atendiendo el motivo de consulta de Marcos, sino que también está enseñando cómo se desarrolla el proceso terapéutico. La terapeuta a cargo es también maestra y el co-terapeuta es un alumno que está en proceso de formación.

4. ANÁLISIS

Su paciente es una persona hoy, totalmente otra persona mañana, y será otra la próxima semana, el próximo mes, el próximo año. Dentro de cinco, diez y veinte años será otras personas. Es verdad que todos tenemos un cierto fondo general, pero somos personas distintas en cada día de nuestra vida. (Erickson, como se citó en O`Hanlon, 1993, p. 29).

Ψ PRIMERA SESIÓN

Simbología: Paciente T: Terapeuta CT: Co-terapeuta L: indicara el número de línea al que se hace referencia (L15-L21)

FRAGMENTOS	ESPACIO VISUAL	DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA
<p>5 P: Ah pues... em... no si no por dónde empezar em... te... comenté la otra vez cuando 6 vine ver si había algún espacio... y me decías que pues... yo he estado visitando... a... 7 algunos otros terapeutas y no me había gustado que... la manera en la cual 8 enfocábamos lo que yo presentaba o el problema que yo tenía. Así que pues... em... 9 creo que... NO sé si se valga hablar de... como que dé la razón por la que empecé a 10 ir pero en si tiene... pues ya un buen rato que yo 11 T: [lo que tú creas que... aja] 12 P: quería... pues analizar ciertas cosas que... a mí me estaba... como inquietando, 13 creando mucha INQUIETUD, el chiste es que fui y no me gustó y dije ay no mejor busco 14 [redacted] 15 entonces fueron suscitándose varias cosas pero en sí creo que lo que ahorita lo más... 16 fuerte que... uhm... me hace venir es em... en e... mes de julio (.) em... a mí me 17 detectaron VIH (3) e... entonces... u... (.) YO... empecé a hacer muchas cosas como...</p>		<ul style="list-style-type: none"> •Al iniciar la sesión P tiene una postura relajada, con el rostro sonriente, tras comenzar a narrar su historia su postura se torna rígida, con las manos sujetas entre las piernas, su mirada se dirige hacia el lado superior derecho y no voltea a ver a T.
ANÁLISIS Y CATEGORÍA ANALÍTICA		
<p style="text-align: center;">•Historia dominante</p> <p>P inicia la narración de su historia de vida, cabe recalcar que él solicitó el servicio por motivos ajenos a la infección (L5-L13), sin embargo en ese momento desea trabajar con la situación de vivir con VIH. Se identifica como su historia dominante y saturada por el problema, ya que comienza a narrarla como algo que no se adecua a sus formas preferidas de ser y que le causa cierta incomodidad, acción que es posible apreciar por el tono de voz que usa y por el cambio que hace de una postura relajada y sonriente a una bastante rígida (L15-L17).</p>		

CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS DE VIDA QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN UNA PERSONA PORTADORA DE VIH. SU MANEJO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA.

Celedonia Parra Zaragoza

FRAGMENTOS	ESPACIO VISUAL	DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA
<p>22 P: [°pensando como°] =pensando como en los recursos que yo tengo:: = 23 T: aja 24 P: entonces e::h (5) uhm::: pues si fue como un:: uhm:::algo así m::uy:: <u>muy difícil, muy fuerte</u>, yo no me esperaba 25 T: aja 26 P: entonces:: empecé a:: pues a:: (3) <u>trabajar conmigo mismo</u> 27 T: °ujum° 28 P: busqué ayuda allá en la clínica donde lo detectaron porque había un grupo de auto- 29 apoyo (.) e incluso pasé a sesiones así individuales con el terapeuta↑ e:m: porque yo 30 sentía que:: (3) no sé qué no podía tenía mucho miedo, TENIA MUCHA 31 <u>INCERTIDUMBRE, ESTABA MUY CONFUNDIDO</u>, sentía mucho miedo↑ 32 T: por el diagnóstico? 33 P: uhm 34 T: cuánto hace dices que:: que te dijeron? 35 P: en el mes de julio del años anterior. <u>Entonces pues</u> había que hacer un buen de 36 trámites para empezar lo de los tratamientos: entonces YO::: me centré en esa onda de 37 empezar el tratamiento y: y::: pues sí hice muchos trámites para empezar, para que no 38 los cobraran para que si me los administraran, empecé hacer otros estudios para ver 39 como andaba en otras:: en otra::s cosas °así específicas° 40</p>		<p>••P mete una de sus manos en la bolsa y comienza un juego con los ojos para esquivar la mirada de T, el cual va de mirar hacia el lado superior derecho, al frente, luego hacia el techo donde deja su mirada fija por varios minutos. Saca la mano de la bolsa y se sujeta ambas manos con más fuerza mientras va hablando.</p>

ANÁLISIS - CATEGORÍA ANALÍTICA

••Factores de adherencia


P hace evidentes los factores de adherencia que tuvo tras el diagnóstico. Haciendo mención de aquellos recursos que retomó, es decir eventos pasados que optó por hacer presentes y que reconoce eran recursos que él mismo tenía y no que alguien le enseñó (L22). Estos recursos (el trabajar consigo mismo, buscar ayuda en la clínica para tener acceso a los medicamentos de forma gratuita, acudir a grupos de apoyo y realizarse estudios) contribuyeron a que tras el diagnóstico se mantuviera en las mejores condiciones posibles (L24-L40).

••Historia dominante

Continúa la construcción de su historia dominante, lo cual se observa tras la descripción que hace de una historia en la que los sentimientos de “miedo, incertidumbre y confusión” son sensaciones que comenzaron a predominar en su vida. Además narra la historia como algo restrictivo y opresivo que contradice sus experiencias, y que en contraste con su forma de hablar y su postura corporal evidencian la inconformidad que tiene al vivir esa historia. (L31-L32).


CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS DE VIDA QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN UNA PERSONA PORTADORA DE VIH. SU MANEJO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA.

Celedonia Parra Zaragoza

FRAGMENTOS	ESPACIO VISUAL	DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA
<p>45 P: y... e...m...: en el mes de septiembre, de julio a septiembre empecé el tratamiento, ya 46 empecé a tomar medicamentos, que me dieran ahí mismo en la clínica de manera 47 gratuita y empecé con e...sta onda de psicoterapia °también ahí a ver° 48 T: [con el grupo de apoyo?] 49 P: ajá con el grupo de apoyo y con las sesiones individuales y...: YA yo creo que 50 empecé a trabajar ciertas ideas que me ayudaron a manejar el miedo que tenía o la 51 confusión e incertidumbre</p> <p>[...]</p> <p>58 P: se redujeron a una sola, yo tomaba dos y ↓de hecho pues a mí no me gustan los 59 medicamentos porque tengo un buen de: de ideas respecto a los químicos, los 60 fármacos, entonces yo como que empecé a aceptarlo y... y en lo que trabajaba... toda 61 esa onda de emociones, aparte de ideas pues... pues empecé a... a hacer, no empecé 62 si no a retomar cosas que... que ya había dejado y... y ahora... pues otra vez: como que 63 ya (3) uhm ("no sé ya") 64 T: te pued: te puedo interrumpir o te dejo que termines con (el tema) 65 P: uhm: si 66 T: dijiste empecé a retomar ideas que ya había dejado 67 P: no a hacer cosas 68 T: ah ok 69 P: a retomar cosas que he dejado 70 T: eh eso fue algo que... lo ves como que te ayudo? o fue como regresar a alguna 71 situación que más bien te atoraba? 72 P: no, que me ayudo 73 T: ah ok. °Ah ok° 74 P: que me ayudo, empecé a hacer <u>ejercicio</u>, empecé a comer: ciertas cosa:s que me 75 recomendaron en la clínica para echarle la mano a los medicamentos</p>		<p>••P tiene la mirada fija dirigida hacia el lado izquierdo. Su postura es rígida. Luego dirige la mirada hacia T pero solo por unos segundos y vuelve la mirada hacia el techo.</p> <p>••P dirige la mirada hacia T y de nuevo la evita mirando fijamente hacia la esquina de la sala, abre más los ojos, cambia su postura a una mucho más rígida y mete las manos en las bolsas al tiempo que las presiona contra su cuerpo.</p>
ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA		
<p style="text-align: center;">••Factores de adherencia</p> <p>P vuelve a evidenciar los recursos de adherencia que tuvo y a los que decidió apegarse, es decir los acontecimientos extraordinarios pasados que ayudaran para construir un relato alternativo en su de vida(L45-L51).</p> <p style="text-align: center;">••Acontecimientos extraordinarios</p> <p>P retoma la narración de sus acontecimientos extraordinarios pasados que han fortalecido una historia de vida sin el problema (L60-L62), lo cual es un punto clave en la sesión, ya que él mismo identifica que son ideas y acciones con las que ya contaba y que decide retomar, algunas por iniciativa propia (hacer ejercicio) y otras (comer ciertas cosas) por</p>		

Celedonia Parra Zaragoza

recomendación de la clínica como una forma de contribuir a un mejor resultado del tratamiento (L74-L75). Estos acontecimientos se logran externalizar gracias a las preguntas de andamiaje que T emplea, con ello también contribuye a que P cosifique esos recursos como una situación que le ayuda (L70-L75). Un aspecto importante es el uso del lenguaje que P hace al hablar de forma externalizada sobre la situación con que vive. Por su parte P muestra que aunque en un inicio estaba renuente a la toma de medicamentos, llega un momento en que acepta la idea de comenzar a tomarlo, así mismo menciona que las acciones que hizo fueron como una forma en la que él ayudaría a los medicamentos para que estos dieran mejores resultados en su organismo (L58-L63, L74-L75).

FRAGMENTOS	ESPACIO VISUAL	DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA
<p>79 P: entonces yo dije pues cuando empiece a tomar medicamento pues ya va a estar 80 todo bien, sin embargo me dijeron que el medicamento se acompañaba de ciertas 81 cosas como comer 82 T: [hábitos] 83 P: °ajá° a ciertas horas, eh tener precauciones con ciertas cosas y entonces yo las 84 empecé a retomar porque ya las había dejado, yo en sí pues desde que llegué aquí 85 hago ejercicio, hacía ejercicio e::m: [...] 88 empezó el frío y ¡ya no me °dieron ganas° empecé otra vez sí:: como a dejar de hacer 89 lo que hacía, empecé a sentirme harto, empecé a sentirme frustrado, co::mo::como que 90 me empecé a sentirme cansado de que tenía que: estar al pendiente de:: porque para 91 eso el medicamento se toma a la misma hora. ↑Bueno hay un plazo de tiempo 92 T:°ujum° 93 P: pero en sí e:h se debe de tomar e::h <u>casí a la misma hora</u> (.) e::h y entonces yo me 94 empecé como a fastidiar, <u>EMPECÉ A HARTARME, EMPECÉ A CANSARME</u> y me 95 empecé a sentir frustrado</p>		<p>••Dirige la mirada hacia T pero esta vez sin esquivarla tanto, continua con las manos en las bolsas, y al tiempo que habla de los recursos con que cuenta hace movimientos con la cabeza de arriba hacia abajo. De nuevo regresa la mirada hacia arriba tras mencionar que se empezó a “hartar, cansar y que se siente frustrado”, frunce el ceño y abre más los ojos (L88-L95)</p>

ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA

•• Factores de adherencia

P narra nuevamente los factores de adherencia(comer a ciertas horas, tener precauciones, hacer ejercicio) con que cuenta, pero esta vez como parte de sus acontecimientos extraordinarios presentes, algo que puede seguir usando para mantener una nueva forma de vida sin el problema (L80-L85).

••Historia dominante

P regresa a la narración de su historia dominante, en donde las sensaciones de “frustración, cansancio, y el empezar a hartarse” son relatos que no cuadran con sus formas preferidas de ser y de relacionarse consigo mismo y con su relación con los medicamentos a raíz del dx y su inicio en el tratamiento antirretroviral. Estas sensaciones ayudan a

Celedonia Parra Zaragoza

cosificar al problema y por ende, forman parte de la identidad del VIH, y representan una situación problemática en su vida Así mismo acompaña la mención de dichas sensaciones con movimientos corporales y visuales que evidencian el impacto que tiene esto en su vida (L86-L95).

FRAGMENTOS	ESPACIO VISUAL	DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA
<p>98 T: te::te diste cuenta como:: (3) pasaste no↓ de una situación en la que empezaste a 99 hacer ejercicio, a hacer cosas que te gustaban a buscar apoyo ajá, cómo cómo fue 100 que:: que pasaste al otro lado no, a <u>HARTARTE</u>, si estabas acá donde te dan el 101 diagnóstico, te dicen que es lo que tienes que hacer, buscas ayuda, ganas el que te:: 102 logras que te que te den el:: medicamento gratuitamente, buscas apoyo lo consigues 103 vas:: vas bien no, parece que todo está como (sin) acomodarse y haces cosas que 104 hacías antes incluso antes de que te den el diagnóstico que te ayudaban a co::cómo 105 transitas hacia el otro lado, te das cuenta que es lo que sucede? Ha::cia hartarte</p>		

ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA

•• Conversaciones de re-autoría


T hace uso de preguntas relativas al panorama de identidad y de acción, con las que busca orientar la respuesta de P hacia el cómo es que tránsito de una situación en la que la identidad del VIH no dominaba su vida, a una en la que quien tiene el control sobre él, es la sensación de “hartarse”, evidenciando que los recursos de los que P habla eran cosas y acciones que él hacía desde mucho antes de que el VIH llegara a su vida. Con ello se muestra nuevamente que P ya contaba con los recursos que favorecieron su adherencia y se valida su identidad dentro del contexto de una historia de vida sin el problema (L98-105).

••Conversaciones de andamiaje

La formulación de la pregunta por parte de T coloca la situación en una secuencia de tiempo donde sus acciones y su identidad son cambiantes y posibles. Al preguntarle cómo transita de una situación (hacer ejercicio, buscar apoyo, hacer cosas que le gustan) a una situación en la que domina la sensación de hartarse, se posibilita una narrativa de logro y agencia personal y en este caso también se pueden tomar estas dos líneas como una pregunta de andamiaje (I104-L105).

CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS DE VIDA QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN UNA PERSONA PORTADORA DE VIH. SU MANEJO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA.

Celedonia Parra Zaragoza


FRAGMENTOS	ESPACIO VISUAL	DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA
<p>118 P: me di cuenta que:: a ciencia cierta <u>NO SE, YO NO PUDIERA IDENTIFICAR</u> que 119 esta, que ocurrió para otra vez decir ya estoy harto ya me canse, pero:: una cosa que 120 me pone mal es que cuando regreso allá a la clínica y veo (.) muchas personas mal 121 °eso me tira muy feo° 122 T: °ujúm° qué quieres decir cuando vez a muchas personas mal? Te refieres a otra 123 personas con el diagnóstico o en general a las personas enferma:s? 124 P: uhm:: (3) ↑no son personas que tienen como:: (4) no sé cosas <u>ASÍ fuertes</u>, pues yo 125 no sé cómo decir pero (.) 126 T: visiblemente:: 127 P: visiblemente se ven mal, mal entonces yo digo: (3) 128 T: que piensas, ahí piensas algo 129 P: ((asiente con la cabeza pero guarda silencio) 130 T:aja 131 P:uhm:: (7) tengo la <u>DUDA</u> de si °voy a acabar como ellos° (3) uhm:: 132 T: uhm, conoces a alguien más con el diagnóstico? Conoces a alguien que:: como 133 quien te gustaría estar? 134 P: (3) °sí° 135 T: sí? 136 P: apenas (2) lo:: intercepte como se dice cuando aboradas a una persona y empiezas a 137 interactuar con ella 138 T: ajá, ahí mismo la conociste o lo conociste::</p> <hr/> <p>139 P: Sí, lo conocí ahí e:: es:ese día yo iba a pasar a consulta porque tenía infección en 140 la garganta entonces me tuve que esperar un buen rato y en el laboratorio <u>FUÍ OTRA</u> 141 <u>VEZ AL LABORATORIO</u>, que me crea como una tortura de:: como:: pues psicológica sí 142 me da mucho miedo porque veo:: muchos:: casos ↑así donde:: <u>pues no sé</u> hay 143 personas que se ven MUY MAL Y ENTONCES EMPIEZO A SENTIR QUE: ↑QUE 144 OTRA VEZ TENGO MIEDO, si termino como ellos y:: y entonces ese día:: estaba muy 145 ansioso y a lado de mi estaba un chavo que:: que le empecé a hablar pues a hacer la 146 plática no, queriendo yo como:: tranquilizarme o algo así y:: y :: vi que él va bien:: que 147 está bien, me dijo que lleva nueve años de que lo diagnosticaron él tiene un año más 148 que yo de edad</p>		<p>••Deja la mirada fija hacia arriba y abre más los ojos, inhala y exhala dejando inflados los cachetes por unos segundos y se queda clavado con la mirada en el suelo. Hace movimientos ligeros con la cabeza y luego dirige la mirada hacia el techo abriendo más los ojos, como si construyera alguna imagen en su mente y lo pudiera visualizar justo sobre él, junta las manos y las sujeta con fuerza, encoje los hombros e inhala como si estuviera evitando llorar.</p>
ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA		
<p style="text-align: center;">••<i>Historia alternativa</i></p> <p>P se ve como alguien que no logra identificar qué acontecimientos lo hacen regresar a una historia dominada por el sentimiento de “hartarse” (L118-L121) pero tras la pregunta de T, logra identificar logros aislados que favorecen su historia alternativa, tras identificar que el ver a las personas que visiblemente se ven mal contribuye a fortalecer la identidad del problema (L122-L131). También se pueden identificar aspectos de la historia dominante relacionadas con imágenes visuales (vistas en otros pacientes e imaginarias en él que asocia con el diagnóstico), personas mal,</p>		

Celedonia Parra Zaragoza

personas que tienen cosas fuertes, se ven mal, duda de acabar como ellos, tener miedo de terminar como ellos (L120-L130; L143-L144).

•• **Conversaciones de andamiaje**

T hace una pregunta de andamiaje que le permite a P pasar de lo conocido y familiar (historia dominante) a lo posible de conocer (historias alternativa en las que P describe que hay personas de su edad, en este caso con 9 años de haber sido diagnosticadas con el virus y a quien observa como teniendo un aspecto físico diferente al de las otras personas, además están ambos en el mismo lugar y en situaciones similares), explorando un territorio nuevo en el que se evidencia la presencia de una persona que forma parte de la membrecía de vida de P y que dará la base para el desarrollo de una en la que la identidad del VIH no sea quien domine (L132-L148).

FRAGMENTOS	ESPACIO VISUAL	DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA
<p>152 P: me ha dicho que en sus estudios de laboratorio que hacen posteriores al 153 medicamento a la toma de medicamento que ha salido bien entonces yo dije: pue:s:: 154 es que:: YO:: yo quisiera estar como el, empezamos a platicar, pero en si es como lo 155 único que:: yo creo que:: que no sé cómo que me dio: me dio un poquito de una 156 emoción diferente a al que siento cuando yo veo a otras personas, °los otros se ven mal 157 ¡mal mal° entonces otra vez yo empecé a sentirme así ma::al, me he sentido culpable:: 158 <u>EMPECÉ A SENTIRME FRUSTRADO</u>: me:: me di cuenta de eso en estos:: en esto 159 días:: me he sentido:: como ENOJADO conmigo mismo(3) como que↑:: SURGE EL 160 RECLAMO HACIA MÍ MISMO (5) e:l el juicio:: COMO: <u>QUE LA</u>:: hasta de cierta 161 <u>FORMA EL REGAÑO</u>:: (4) si te hu:beria:s cuidado, <u>si hubieras tenido precaución</u> (5) 162 entonces creo que↑:: que me doy cuenta que:: (3) °que me siento° ↑frustrado:: e::h 163 (6). Gracias. Me siento:: °enojado° (5) dejé de hacer ejercicio (3) dejé de:: de 164 mloverme, como que:: (.) dejé de hacer cosas que me gustaban y:: (3) Y pues:: 165 SIENTO QUE NO PUEDO, <u>SIENTO QUE NO VOY A PODER</u>.</p>		<p>•• Suelta un poco sus manos, dirige la mirada hacia T sin esquivarla y sonríe, segundos después se queda con la mirada fija al lado izquierdo, se pone rígido, tensa el cuerpo y abre más los ojos, su voz se torna cortante, y salen algunas lágrimas de sus ojos pero finalmente mira a T sin perderla de vista.</p>


ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA

•• **Historia dominante**

P habla de una persona que también vive con el VIH, que formara parte de su membrecía de vida al representar una figura significativa en la que podría ser una de sus formas preferidas de ser, sin embargo no logra continuar con el discurso hasta cosificarlo y vuelve a su historia dominante, la cual parece regresar con más fuerza pues le adjudica más características que cosifican aún más la identidad del VIH y rezagan su agencia personal. Dentro de la secuencia conversacional esta forma narrativa abarca conversaciones de andamiaje que en el relato de P se convierten en relatos de re-membranza o posibilidad de verse diferente (yo quisiera estar como el, L154). (152-165).

CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS DE VIDA QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN UNA PERSONA PORTADORA DE VIH. SU MANEJO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA.

Celedonia Parra Zaragoza

FRAGMENTOS	ESPACIO VISUAL	DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA
<p>170 T: [°me puedes ver?°] aja 171 P: ((asiente con la cabeza) 172 T: °ajá° 173 P: E:m:: uhm:: 174 T: estas clavado en otra cosa? 175 P: ((asiente con la cabeza)) 176 T: °ajá° (°el dolor°) 177 P: [si es que::] 178 T: te fijas? Ya ya te diste cuenta verdad? 179 P: ((asiente con la cabeza)) 180 T: °ajá° 181 P: como que me veo tirado:: como que: me veo:: (7) 182 T: [°si me di cuenta°] =lamento mucho que estés pasando por esto Marcos 183 P: como que me veo en la oscurida::d (8) <u>YA NO VEO A LA GENTE (8) no puedo me duele MUCHO (6)</u></p>		<p>•• Mantiene la mirada en el suelo, estático y en silencio. Luego levanta levemente la cabeza y hace un movimiento de parpadeo rápido e inhala para contener el llanto, luego dirige la mirada de nuevo hacia abajo y parece construir la imagen de sí mismo en el suelo.</p>

ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA


•• Historia dominante

T emplea preguntas del panorama de identidad (¿Estás clavado en otra cosa? ¿Te fijas? ¿Ya te diste cuenta?) (L174, L178) y acción (¿Me puedes ver?) (L170).

P regresa de nuevo a la historia dominante dentro de un panorama de identidad en donde evoca la figura de verse “tirado” (L-181, L183-184) además identifica que el haber dejado de ver a las personas es una situación más que no favorece sus formas preferidas de ser. Con ello se evidencia la importancia del juego de miradas que hace a lo largo de la sesiones, puesto que la mirada juega un papel importante en su relación consigo mismo y los demás. Él se visualiza “tirado” con las características de algunas de las personas que ha conocido en la clínica que como menciono antes se ven físicamente mal. De ahí que sea tan importante el uso de las preguntas del panorama de acción y conciencia que T usa, pues lo invita a visualizarse de una forma que se apegue a sus formas preferidas de ser.

CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS DE VIDA QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN UNA PERSONA PORTADORA DE VIH. SU MANEJO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA.

Celedonia Parra Zaragoza

FRAGMENTOS	ESPACIO VISUAL	DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA
<p>202 T: te te voy a a hacer una pregunta que puede sonar fea ajá (3) crees que este, estas 203 imágenes que tienes de ti TIRADO:: no te no te pido que me las describas pero estoy 204 segura que las tienes, creo que a lo mejor en cada persona que ves en el hospital, 205 bueno en la clínica, a lo mejor le pones tu cara no:: o-o te imaginas o supongo por lo 206 que <u>estás diciendo e::H el que te estés culpando y estés pensando que::</u> que te 207 recrimines porque no te cuidaste y cosas así, crees que te esté sirviendo de algo? Es 208 necesario que tengas esas imágenes, es necesario que:: que te digas esas cosas:: te 209 sirve de algo:? (4) no? (3) Estas seguro? 210 ((hay un silencio de 11 segundos)) 211 P: °pues::° (10) °no lo sé° 212 T: °ujum° 213 P: creo que:: (3) al inicio:: (3) con esto de la detección del virus 214 T: °ujum° 215 P: a mi me ayudó para frenarme 216 T: en qué sentido? 217 P: uhm:: (6) estaba muy acelerado 218 P: °ujum° e:n: tu <u>vida</u>? o en:: 219 P: ujum, °bebía° muchas cosas:: °no descansaba° (4) no me dedicaba tiempo (3) casi</p>		<ul style="list-style-type: none"> •Fija su mirada en el techo por unos segundo y la regresa hacia al suelo como si nuevamente se viera ahí y regresa a la postura rígida sujetándose las manos con fuerza sin soltarlas.


ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA

••Conversaciones de andamiaje

T hace uso nuevamente de preguntas relativas al panorama de identidad y busca acontecimientos extraordinarios en la vida de P (L202-L209). Con esta pregunta se busca la construcción del significado que tiene para él esta imagen recurrente de verse tirado. En la terapia narrativa es pasar de la descripción de acciones conocidas a lo posible de conocer que P logra expresar en el fragmento siguiente (L139). Esta pregunta posibilita a P para que identifique si realmente la imagen de “verse tirado” es algo que le sirve para vivir o no, ante lo cual él refiere que al principio le permitió dar estabilidad a su vida, dedicar tiempo a su auto-cuidado lo cual contribuía de forma directa a su adherencia terapéutica (L209-L219). El tipo de pregunta que hace T muestra que el proceso terapéutico no es directivo, sino tentativo pero dirigida a obtener una respuesta definitiva por parte de P, que si bien podría no construir una historia de vida sin el problema, si dará la dirección a la siguiente intervención.

CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS DE VIDA QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN UNA PERSONA PORTADORA DE VIH. SU MANEJO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA.

Celedonia Parra Zaragoza

FRAGMENTOS	ESPACIO VISUAL	DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA
<p>226 P: em:: (4) y::: yo cuando detectaron el virus:: (3) empecé a visualizar que me sirvió 227 porque:: me empecé a frenar y a a pensar en mí mismo 228 T: [°ujum°] 229 P: y a detenerme en ciertas cosas 230 T: [°ujum°] 231 P: em:: y esto de las imágenes cuando ya empecé a ver chavos que iban <u>ma::</u> por que 232 como a la marcha YO empecé la prue:ba:: que le llaman prueba rápida, luego hay una 233 como que más específica con otro cuate , este cuate:: tenia las defensas más bajas:: 234 iba más mal que yo:: 235 T: [°ujum°] 236 P: eso:: después fui al laboratorio a que me hicieran otro paquete de estudios, cuando 237 yo::: empiezo a verlos a ellos, estas imágenes que yo empecé a tener:: 238 T: [°ujum°] 239 P: me empezaron a servir para decir yo no voy <u>acabar así</u>, YO no quiero acabar así. E- 240 e-e::mpecé como a a a aferrarme a la vida, a-a-a::a agárrame como que no sé ni de 241 dónde, de mí mismo y a decir yo no voy a acabar así. <u>NO quiero</u>. Y algo que::: yo 242 pensaba en automático pues era así como eso no, voy a acabar como ellos pero luego 243 pensaba más detenidamente y decía pues es que:: <u>yo no sé lo que ellos estén</u> 244 <u>haciendo, YO no sé si ellos se CUIDEN,</u> yo no sé <u>si ellos no han abandonado el</u> 245 <u>tratamiento, YO NO SÉ si ellos hacen ejercicio, YO no sé si ellos han seguido un</u> 250 P: pa::ra::: <u>engancharme y AFERRÁRME</u> a que <u>YO NO IBA A ACA::-ACABAR COMO</u> 251 <u>ELLOS</u> (3) e-e-e::m:: (3) empecé a::: (3) a::: no sé cómo a <u>estar conmigo, como a sentir</u> 252 <u>QUE:</u> (7) que antes de todos::: (3) <u>estaba YO</u> 253 T: °ujum, a tocarte° 254 P: aja (4) °me em°pecé a <u>CONSOLAR</u> (3) °y como yo° mismo a <u>ECHARME PORRAS</u> 255 (5) <u>ptero::</u> ahora las imágenes::: Ya no sé si me sirven sólo me provocan <u>miedo</u>:</p>		<p>••Cambia su postura a una más “relajada”, comienza a mover las manos, las tiene más sueltas e indica con ellas las acciones que hacía como el frenarse, deja su mirada fija hacia T abriendo más los ojos. Cuando dice que él no quiere acabar como las demás personas. Tras terminar su turno se logra visualizar una sonrisa en su rostro.</p>

ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA


••Conversaciones de andamiaje

P recupera logros aislados que permiten crear y casi consolidar, una historia alternativa en la que los factores de adherencia con que cuenta son más evidentes, además de que se fortalece su identidad tras transitar entre la brecha de lo conocido y familiar (visualizarse como alguien que no quiere terminar mal) a lo posible de conocer y hacer (visualizar el diagnóstico como una motivación y fortalecer su identidad como alguien que piensa en él (L226-L245).

Celedonia Parra Zaragoza

••Acontecimientos extraordinarios

P continua narrando acontecimientos extraordinarios pasados con lo que hace más evidente que ya existió un momento en que se sintió con los recursos para salir adelante y al mencionar que él no quiere terminar como algunas de las personas que ha visto en el hospital ayuda a establecer aún más un objetivo o meta en su vida que se apega a su forma preferida de ser y de actuar (L250- L 255)

FRAGMENTOS	ESPACIO VISUAL	DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA
<p>270 T: ajá, estar tirado, que ahorita estas tirado. Qué te gustaría que pasara? Quieres 271 manejar ésta situ-u:: qué es:: tú dime, no te quiero dar ideas 272 P: °levantarme° 273 T: aja 274 P: LEVANTARME y y seguir, y creo que <u>retomar</u> porque:: en el aspecto físico pues 275 creo yo que ahí la llevo. Me doy cuenta porque las:: broncas que tenia de salud:: 276 desaparecieron 277 T:°aja° 278 P: se fueron quitando entonces:: eso:: me hace pensar que: algo se está moviendo 279 diferente dentro de mí en cuanto:: en cuanto a los medicamentos que están generando</p> <p>280 algo diferente e:m:: pero en cuanto:: a las <u>emociones</u>, en cuanto a las cosas que estoy 281 llevando a cabo (3) yo quisiera levantarme y ya empezar a ver:: como <u>luz</u>, como 282 <u>claridad</u>, dejar de tener <u>MIEDO</u>, dejar de tener esta:: confusión e incertidumbre 283 T: ujum 284 P: e::h: y quie-que::ro seguir preparándome 285 T: °ujum° 286 P: para lo que venga pues:: lo enfrente:: no sé cómo, co-con mucha fuerza 287 T: °ujum° 288 P: quiero recuperar fuerzas, <u>quiero sentirme seguro</u>, porque no me he sentido seguro:: 289 T:°ujum° seguro en qué sentido? 290 P: e::m:: en que si pueda:: hacer cosas que:: que hacía antes::</p>		<p>••Se queda con la mirada fija en T por unos segundos y mira hacia el suelo, como construyendo una imagen de él en suelo, luego levanta la mirada poco a poco al tiempo que dice “levantarme”, como si ahora se viera levantándose, de igual forma se suelta las manos y las va elevando junto con la mirada.</p>


ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA

••Acontecimientos extraordinarios

P hace una narración de acontecimientos extraordinarios futuros en los que identifica una de sus formas preferidas de ser, una historia alternativa en la que lo que desea es “levantarse y ver luz y claridad en su vida”, con lo que aleja su vida del sometimiento del problema y continúa reconociendo que tiene los recursos para “levantarse” (L270-290).

CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS DE VIDA QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN UNA PERSONA PORTADORA DE VIH. SU MANEJO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA.


Celedonia Parra Zaragoza

FRAGMENTOS	ESPACIO VISUAL	DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA
<p>325 P: aja yo:: am:: (3) yo lo empecé a ver como una situación 326 T: °aja°</p> <p>327 P: como una:: <u>condición</u>, no como <u>limitante</u>, empecé a decir: <u>Y::?</u> Esto sigue 328 T: °ajá°</p> <p>329 P: no sólo:: tengo el virus:: <u>también TENGO GANAS DE VIVIR, TAMBIÉN TENGO</u> 330 <u>DESEOS DE SALIR ADELANTE</u>, también se:: <u>ESTO SE AQUELLO::</u> em:: pero es 331 que:: es lo que decía:: eso fue al inicio y otra vez.</p> <p>342 P: he tenido como ataques de:: de paranoia, siento que todo va estar <u>mal</u>, que todo va 343 estar fatal que todo va a estar PEOR 344 T: °ajam°</p> <p>345 P: y me centro ahí, me empiezo a centrar ahí 346 T: 347 [REDACTED] 348 [REDACTED] Te acuerdas que había como:: hay varios 349 caminos:: pero si pensamos que hay dos:: Uno es <u>como sentirte mejor</u> que lo sabes 350 HACER BIEN ajá, me dijiste que cosas te ayudan no? Podría yo hacerte esta cosa de 351 los dedos no, decirte una y otra y otra cosa de lo que has dicho aquí, pero también está 352 el otro no de:: si me si me enseñaras a <u>tírame</u> no, tirar:: suponiendo que estuviera en 353 tu situación y me enseñaras a <u>tírame</u> ajá:: que tendría yo que hacer? (2) O-o que te 354 prescribirías no, la pregunta es: la pregunta era tú <u>qué te prescribirías</u>, tu sabes que 355 hay muchos caminos, pero ahorita yo te estoy hablando de nada más uno, <u>sabes cómo</u> 356 <u>te puedes sentir mejor?</u> E::ste:: <u>sabes qué hacer</u>, Pero yo no sé si te también te das 357 cuenta, por la pregunta que te hice rato como hacerle para <u>tírate</u> 358 P: uhm: (7) pues estoy aprendiendo:: 359 ((risas)) 360 T: a tírate y a levantarte? Ajá? Como se tira uno? Además de que:: <u>los chochos</u> medio 361 te ayudan a tírate no, pero me decías que sabes que no nada más es: tu cue- no nada 362 más es la medicina o nada más es la enfermedad no, sino que también es lo q:: <u>quien</u> 363 <u>eres tú, lo que quieres hacer, LA ENERGÍA QUE TIENES</u> ajá:: <u>EL CUERPO CON EL</u> 364 <u>QUE CUENTAS</u> aja:: qué estas aprendiendo?</p>		<ul style="list-style-type: none"> •Saca las manos de las bolsas y comienza a jugar con el papel que tiene entre ellas. Su postura pasa de una tensa a una relajada, mantiene su mirada fija y firme en T, con los ojos aún más abiertos, encoje los hombros al decir y?, levanta la cabeza y con los dedos indica los recursos con que cuenta. •Mantiene la mirada fija en T, hay más movimiento de manos, su postura está más relajada, incluso comienza a reírse con bastante fuerza y mantiene la sonrisa en su rostro mientras mira a T. deja sus manos fuera de las bolsas y ya no las mantiene sujetas.
ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA		
<ul style="list-style-type: none"> •• Acontecimientos extraordinarios <p>P refiere que al principio vio la historia del VIH como una condición que le permitía vivir bien y seguir adelante, con lo que evidencia nuevamente los factores de adherencia con que contaba y que pueden ser recuperados ahora para construir su historia alternativa.</p>		

Celedonia Parra Zaragoza

••Conversaciones de andamiaje y re-autoría

T hace uso de las preguntas de andamiaje y re-autoría, centrándose en el panorama de acción, en el que pide a P le enseñe a tirarse, y en el panorama de conciencia en el que identifica las cosas que P sabe hacer para levantarse. Así mismo posibilita a P para construir una historia alternativa posible de conocer y hacer, en la que externaliza al VIH de su historia de vida (L-360-364), También recupera factores de adherencia que se reflejan en la energía que tiene al hablar y sus movimientos corporales.

FRAGMENTOS	ESPACIO VISUAL	DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA
<p>369 P: pues lo que:: he estado aprendiendo:: e::h y es que entonces ya no sé qué me 370 provocó:: que me provoca dolor:: sí::-i-i:: este:: pensar en esta:: en este camino: o el 371 diagnóstico, porque al inicio yo dije <u>no:: es que</u> es el diagnóstico, yo no me lo esperaba 372 y todo esto que ya he agarrado de frustración, sin embargo:: ahorita:: que:: que:: (3)</p> <p>373 que hablamos de estos dos caminos:: (3) quizá:: me enoja más o duele más:: (3) el 374 tirame o el empezar a <u>SIQUIERA A:: visualizar este CAMINO</u></p> <p>375 T: ujum</p> <p>376 P: porque:: yo no creo que me haya tirado pese a que baje un buen:: de peso::</p> <p>377 T: ujum, no te veo muy diferente pero ya tiene mucho que no te veía</p> <p>378 P: ajá, <u>NO ME HUBIERAS visto</u> en <u>JULIO</u>:: baje mucho de peso e::h por eso:: Llegué 379 yo a la clínica porque yo decía <u>qué diablos</u> pasa no, yo no sé, yo no sabía que ocurría, 380 no se me quitaba la diarrea em:: me daba fiebre como:: de la noche a la mañana así sin 381 nada::</p> <p>382 T: [°ujum°]</p> <p>383 P: motivo alguno:: entonces:: pese a todas esas situaciones dije <u>ah que no me paro?</u> 384 <u>PUES ME PARO NO</u>, estaba en el laboratorio a las 7, voy a ir a hidratarme, voy a hacer 385 cosas que me empezaron a indicar, como que las primeras indicaciones:: (5) y: 386 entonces: pese a eso YO me <u>paré</u>:: YO:: yo empecé a salir</p> <p>387 T: ujum</p> <p>388 P: y ahorita:: pues sí (°lo que me ha° pues si lo que) me confunde, lo que yo no sé (4) 389 qué onda:: es como:: (5) para que estar ahí:: °yo ni siquiera sé° para que estar ahí::</p>		<p>••Se sujeta de nuevo las manos, pero mantiene su postura relajada, su mirada deja de perderse en la sala y se fija en puntos centrales que van de mirar el techo hacia mirar a T. Mueve mucho la cabeza para indicar acciones como el pararse al igual que las manos y nuevamente comienza a reírse de lo que dice, manteniendo la sonrisa por lo que resta de la sesión.</p>

ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA

••Factores de adherencia

P externaliza la infección como algo que no se apega a su forma preferida de ser, algo que le enoja y le duele, e identifica a además acontecimientos extraordinarios pasados que le permiten visualizar más factores de adherencia con que contó tras el diagnóstico y que puede retomar, con lo que se estructura su historia alternativa, aquella que se apega a lo que quiere en su vida y que puede hacer

CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS DE VIDA QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN UNA PERSONA PORTADORA DE VIH. SU MANEJO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA.

Celedonia Parra Zaragoza

FRAGMENTOS	ESPACIO VISUAL	DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA
<p>398 CT: yo creo que... bueno lo que voy aprendiendo en este momento de TI e...s tu 399 voluntad de vivir de: e...en el momento que dejas de ver a... tu enfermedad como una... 400 limitante y la ves como una condición. Y entonces tu dijiste: pues no me dejo vencer 401 por esto y empezaste a cuidarte, a restablecer tu vida, a valorarla y a darle otro 402 sentido. E...h eso es lo que yo aprendí, esa voluntad de vivir., de seguir y decir a darle 403 pues para adelante</p> <p>[...]</p> <p>407 T: ah ok, pues si tú estuviste de los dos lugares: o tres o cuatro. Este e...h lo que quiero 408 decir es que nos nos dejas también una enseñanza no, yo yo creo que debiera 409 esperarlo <u>no</u>, en el sentido de que de cómo manejas esta situación, la verdad es que 410 creo que es algo valioso y que creo que si muchos de esos pacientes de los que hablas 411 que están en la sala esperando algo no: su turno: te hubieran escuchado a lo mejor 412 te: podrías haberlos ayudado mucho, con esta media hora lo que nos acabas de 413 decir. Este: sé que no es fácil, tampoco sé que progreso vaya a tener tu situación: 414 pero: también como dices tú, tu pones la mitad o más no de lo que: en tus manos 415 pueda estar para que: manejes esta situación de una: m...m-ejor manera o de la</p>		<p>En este fragmento se permite observar la participación de CT como un testigo externo que reconoce la identidad de P y enriquece su historia de vida al dar su opinión respecto a cómo visualiza la situación por la que P atravesando en la cual encuentra una lección de vida de la cual tiene mucho que aprender.</p>

ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA


••Acontecimientos extraordinarios

Los comentarios de T y CT permiten que P sepa que su historia de vida le deja más de un aprendizaje tanto a ellos como al resto del equipo, lo cual puede contribuir a que se visualice como alguien que tiene la energía para vivir con el VIH de forma que no afecte su historia de vida. Dándole una forma de relacionarse consigo mismo de forma positiva, en la que puede visualizarse como alguien que puede contribuir al aprendizaje de personas que también viven con el VIH (L398-L415).

Por su parte el comentario de T es una descripción alternativa de la forma en que P puede ver a las personas en la sala del laboratorio y de su relación con ellos como parte de su membrecía de vida (L410-L413).

CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS DE VIDA QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN UNA PERSONA PORTADORA DE VIH. SU MANEJO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA.

Celedonia Parra Zaragoza


FRAGMENTOS	ESPACIO VISUAL	DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA
<p>477 T: este pues tendrías que ya sabes:: ESQUE TÚ YA SABES tendrías que <u>hacer esas</u> 478 <u>cosas que sabes que te ayudan y NO NADA MÁS EMOCIONALMENTE sino</u> a tu 479 cuerpo a tu salud. Qué son? 480 P: "correr" 481 T: hacer ejercicio, ya ves es que <u>si las estás haciendo</u>. Llegaste aquí hoy, estas 482 viniendo a tomar francés ajá, <u>estás trabajando</u>, creo que también te referías a otras 483 cosas como el ejercicio no? 484 P: el ejercicio si 485 T: que también te dijeron 486 P: [BAILAR] Ya tiene mucho que no bailo 487 T: eres un bailador 488 P: que no bailo, tiene un buen que ya no salía a:: a:: así como al antro, ya tiene un 489 buen rato que no prendo la música no 490 T: t-tú le regulas no? O sea que creo creo que tú sabes, no es de que sales de 491 reventón y te vas a correr saliendo de aquí y luego vienes a tu clase y todo el 492 procedimiento, entonces bueno decías que algo que aprendiste es que también es 493 como que <u>calmarle no</u> al asunto, creo que tú sabes. Es::te:: cuando vas a ir otra vez a la 494 clínica, cuando vas otra vez? En un espacio como este en que las imagen te 495 atormentan</p>		<p>••Su postura se ve mucho más relajada, juega más con lo que dice, indica acciones con su cuerpo como el bailar o correr, sonrío en más ocasiones y con mayor energía y fuerza, deja de construir imágenes cuando mira al techo y se visualiza junto a él, con más energía, y mantiene las manos todo el tiempo sueltas y en movimiento.</p>
ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA		
<p style="text-align: center;">•• Historia alternativa</p> <p>T hace referencia a la historia alternativa en la vida de P, una historia que se concreta en que él continúe y retome aquellos factores de adherencia de los que habló a lo largo de la sesión y que le ayudan a mantener su vida sin que la influencia del problema sea quien domine, a continuar con ese estilo de vida que se apega a sus formas preferidas de ser y que le permiten mantenerse emocional y físicamente bien consigo mismo.</p> <p style="text-align: center;">••Factores de adherencia</p> <p>Así mismo P narra la existencia de más factores de adherencia como fueron el correr o el bailar, poner música, que acciones que le gustaba hacer y puede retomar pero regulando cada una de ellas de forma que no afecte su vida con el VIH.</p>		

CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS DE VIDA QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN UNA PERSONA PORTADORA DE VIH. SU MANEJO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA.

Celedonia Parra Zaragoza

FRAGMENTOS	ESPACIO VISUAL	DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA
<p>516 P: me di cuenta que::: que ya no miro a la gente 517 T: ajá, cuando te dije que me miraras o::: es que ahora estas mirando pero te llevas las 518 imágenes a tu memoria 519 P: ajá, sí sí sí creo que eso fue como lo más fuerte 520 T: [acá arriba] 521 P: y me empezó a <u>doler</u> como otra vez ver, ver a la gente y creo que lo he hecho como 522 que muchas veces últimamente y esto que mencionan? Em::: también yo creo que me 523 fui, me ha sido muy útil porque pues yo:: mi lema es como aprender hasta de las 524 piedras no, que son todas diferentes o se mueven diferente no se</p>		
ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA		
<p style="text-align: center;">••Conversaciones de andamiaje- factores de adherencia</p> <p>T hace uso de un lenguaje narrativo centrado en el panorama de conciencia de P, haciendo referencia a la importancia que tiene el mirar a las personas, lo cual puede ubicarse por un lado como una forma alternativa de reescribir lo que es mirar las imágenes que el construye y mirar a las personas. En el relato dominante cuando mira a las personas en la sala del hospital no mira a las personas en la sala, mira a su miedo a verse como él las ve. Cuando dice que ya no mira a la gente está re-describiendo su acción de mirar a los demás. Y por otro lado se ve como un recurso más de adherencia con que cuenta, ya que el mirar a las personas implica el seguir aprendiendo de los demás y mantener sus “ganas de vivir”. Además esto da más significado al juego de miradas y a las construcciones que hace de sí mismo mientras narra su historia de vida.</p>		

Ψ Segunda sesión

FRAGMENTOS	ESPACIO VISUAL	DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA
<p>7 T:[...]bueno pues tú dirás:: cómo estás? Qué nos cuentas?</p> <p>8 P: bien:: he estado he estado:: e:h estado pues creo que echándole °ganas°</p> <p>9 he estado haciendo cosas</p> <p>10 T: ajá, ajá ajá [°como es tu estilo°]</p> <p>11 P: ajá</p> <p>12 T: me acue::rdo:: de ti muy bien</p> <p>13 P: he estado haciendo:: YA más cosas::</p> <p>14 T: ajá</p> <p>15 P: e::m:: y:: He sentido un poquito más de ENERGIA, DE GANAS Y FUERZA,</p> <p>16 creo que ya uhm::</p> <p>17 T: [°ah mira° aja aja]</p> <p>18 P:↑yo comenté la sesión anterior que:: a mí me costaba mucho como::</p> <p>19 visualizar cuando hablaba a las personas y que me había dejado de mirar y</p> <p>20 de:: observar y de::</p> <p>21 T: [sí que habías dejado de mirar] =ajá=’</p> <p>22 P: de:: de:: de como tener está idea de querer aprender y de dar más</p> <p>23 T: °ujum°</p> <p>24 P: entonces:: pues ahorita he estado modificando ciertas cosas, además</p> <p>25 aunque tú mencionaste aquella vez que no había tarea, pues pues yo me llevé</p> <p>26 varias cosas que::</p>		<p>••Al iniciar la sesión la postura de P se nota relajada, pese a que mantiene sus manos sujetas todo el tiempo, su mirada permanece fija en T, con una sonrisa en su rostro. Inclusive se carcajea en varias ocasiones a lo largo de la sesión.</p>

ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA

••Historia Alternativa- Factores de adherencia


P comienza narrando una historia alternativa en su vida en la que el VIH ya no es quien domina, por el contrario rescata los factores de adherencia que le han permitido mantenerse mejor y realizar cosas que había dejado, lo cual le ha hecho sentir más “energía, ganas y fuerza” (L8-L16)..

Asimismo recalca la importancia que tiene el mirar a las personas, lo cual es un factor de adherencia muy importante en su forma de vivir, que contribuye a su fortaleza y que ha decidió retomar como una estrategia que le ayuda a seguir aprendiendo de los demás (L18-L25).

Un aspecto importante en historia de vida, es el hecho de sonreír, lo cual puede verse como un recurso más con el que cuenta para contradecir los efectos que el VIH tiene en su vida.

CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS DE VIDA QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN UNA PERSONA PORTADORA DE VIH. SU MANEJO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA.

Celedonia Parra Zaragoza

FRAGMENTOS	ESPACIO VISUAL	DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA
<p>35 P: e::m:: eh y me fui pensando muchas cosas e::s::tu::ve:: estuve confundido 36 con una frase que tú mencionabas ya al acerrar que:: eh por cuestión de 37 tiempo pues ya no ya no la mencioné, pero que esa frase como que me anduvo 38 rebotando en la cabeza y::: analicé varias cosas a partir de esa frase. Esa 39 frase que tú decías la otra vez es que:: eh:: TÚ visualizabas que <u>hay personas</u> 40 que me res°petaban° algo así, e::h e::h eh entonces eso como que he:: eso 41 como que se me quedo mucho no, yo me lo llevé y desde que me fui aquí de 42 aquí dije °que me respetan° y::: a mí se me hizo como muy interesante 43 porque (2) <u>YO</u> he trabajado mucho para está onda del respeto, del respeto 44 hacia los demás pero:: de los demás hacia mí, pero creo yo que:: uhm:: como 45 que yo a mí °mismo no me lo he tenido mucho°, entonces em:: a mí eso se me 46 hizo com::o ↓°feo° ((risas)) dije e::h 47 T: el descubrir o el creer o é:l? 48 P: el descubrir el descubrir está: parte de que he hecho muchas acciones para 49 no:: no tenerme respeto a mí mismo, me refiero a mis ideales, a mis planes, a 50 mis <u>proyectos</u> de vida y a::h °como a (que a a habido tales) momentos°</p> <hr/> <p>51 T: [°ujum ujum ujum°] (pero ya) [°aja°, bueno ya a lo mejor] (0.3) =ahorita te 52 pregunto mejor= 53 P: de:::de cierta forma e:::h e:::h no sé cómo que algo ocurrió porque antes de 54 llegar aquí como que yo estaba::: viviendo::: (3) pues con todo esto que yo 55 planteé (0.2) sin <u>disfrutar</u>, estaba muy aceler- seguía <u>acelerado</u>, según yo ya 56 estaba más calmado °pero° como que yo decía me fui al extremo pero ahora 57 estaba en ese otro extremo, pero igual seguía acelerado no 63 sesión pasada, no sé si lo decía la sesión pasada, cuando el diagnósticos de la 64 de la detección del virus, a:: estaba siendo muy duro conmigo, me estaba 65 juzgando mucho, yo mismo me estaba como torturando, pegando y:: 66 <u>SANGRABA Y ME VEÍA SANGRANDO</u> 67 T: [(flagelando no)] 68 P: y más me pegaba</p>		<p>••Se suelta las manos y comienza a moverlas mucho, indicando acciones con los dedos, su mirada continua en T. Su tono de voz parece tener más humor al igual que las palabras que usa, sonrío y se carcajea al hablar de cómo se recuerda en la primera sesión.</p>

ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA

••Historia dominante

P centra sus relatos en panorama de identidad, al hacer referencia a la pregunta que se llevó en la primera sesión, lo cual le ayuda a reconocer que existe una historia posible de conocer y hacer en la que el “respeto hacia sí mismo” es un factor importante que se apega a sus formas preferidas de ser (L35-L50). Así mismo regresa a la narración de su historia dominante, en la que el no disfrutar de las cosas y tener una vida acelerada son cualidades del VIH que lo

CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS DE VIDA QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN UNA PERSONA PORTADORA DE VIH. SU MANEJO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA.

Celedonia Parra Zaragoza

llevaron a ser “duro consigo mismo, a torturarse y pegarse”, con lo que nuevamente se evidencia la importancia del mirar a las personas como un recurso que favorece su adherencia, puesto que hace referencial verse “sangrando” sin tomar en cuenta a las personas a su alrededor que podrían bien respetarlo por cada una de las acciones que hace y por la fortaleza que muestra pese a vivir con el VIH (L51-L68).

FRAGMENTOS	ESPACIO VISUAL	DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA
<p>75 P: yo dije que:: que que no quería compasión de él ni de nadie de las personas 76 pocas que les he contado, <u>pero::</u> creo yo que:: YO:: MISMO si me la pudiera 77 <u>tener</u> 78 T: ujum 79 P: e:h y no me la estaba teniendo. Entonces en lugar de tenerme yo 80 compasión me estaba haciendo muy duro muy duro::: e-e-y una vez viéndome 81 a como <u>↑tirado o</u> ya pegándome me daba como más duro, y lloraba más o me 82 ponía más triste y estaba utilizando varios elementos de fuera para hacer esto 83 (0.8) interno no, para decir es que pues como que si es cierto no? Si hay 84 razones muy fuertes por las cuales em: tengo que estar <u>ASÍ tirado, triste</u> y 85 entonces una de esas fuertes fue pues el plan de mi pareja 86 T: ujum 87 P: uhm:: yo te comentaba la sesión anterior que una vez detectado el virus yo:: 88 decía que yo quería terminar con él ya no quería seguir, yo se lo planteé que 89 que ya no:: e::h y ÉL pues yo no sé cómo me vio que me dijo que NO que:: 90 íbamos a ir manejando ciertas cosas pero que le echara ganas e:h (.6) hubo 91 una pregunta que a me hizo que a mí me caló mucho mucho, que me dijo que:: 92 que si yo creía que era hora de <u>ter^ominar^o</u></p>		

ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA

••Historia dominante


P regresa a narrar su historia dominante, centrándose en el panorama de identidad y continua resaltando las características que fortalecen al VIH para que sea el problema quien domine su vida (L79-L85).

••Historia alternativa

También evidencia el papel que juega en su vida “la compasión” como parte de una historia alternativa (L79-L85), un aspecto de su experiencia que no había considerado antes como algo útil en su vida, y que al ser resignificada lo invita relacionarse con las personas que forman parte de su membrecía de vida (pareja, amiga y familia) y consigo mismo de una forma diferente que se apegue a sus formas preferidas de ser, en la que la compasión deja de ser un arma para “tirarse” y puede ser visto inclusive como un factor más de adherencia con que cuenta para contradecir los efectos del VIH (L87-L92).

CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS DE VIDA QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN UNA PERSONA PORTADORA DE VIH. SU MANEJO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA.

Celedonia Parra Zaragoza

FRAGMENTOS	ESPACIO VISUAL	DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA
<p>128 P: [yo mismo] s: me empecé a <u>COMPADECER</u>, me empecé a-ah consolar 129 T: ujum, ¿le diste otro sentido a la a la palabra o a lo que entendías por 130 compasión 131 P: creo que si 132 T: °ajá°, en que cambio? 133 P: em: pues que yo compasión la utilizaba como: como ya el último recurso 134 para no sé para atrapar a alguien 135 T: ujum 136 P: pero: como que yo a mí mismo no ni siquiera veía que yo me estaba 137 relacionando conmigo de una manera en donde no estaba usando la 138 compasión y ahorita al estar empleando un poco de esto pues me he sentido 139 más: más <u>tranquilo</u>, hubo un momento en donde: es que en la sesión anterior 140 tu decías que: q-que cuando yo hablaba que veía hacia abajo hacia abajo que 141 si 142 T: sí, incluso te pedí que me miraras 143 P: [aja que te mirara] 144 T: cuando empezaste a decir esto, hacías esto y yo te pedí me miraras, dejaste 145 de verme como: me estás viendo ahorita 146 P: ajá, e-e-entonces creo yo que: antes al mirar hacia abajo como que, bueno 147 y creo que aquí también lo planteé así, , me veía TIRADO, me veía ahí: 148 T: veías a marcos ahí</p>		<p>••A partir de este momento P mueve mucho más las manos mientras habla, y su rostro se mantiene con una sonrisa, y su risa se convierte en carcajadas cada vez que hace referencia a su historia dominante, su mirada se mantiene en T y su postura se nota más relajada, con la espalda recta.</p>

ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA

••**Conversaciones de re-autoría**

T se centra en el panorama de identidad de P, con lo cual contribuye a re-significar por completo “la compasión” que P se permite sentir hacia sí mismo, ya que deja ser una forma mala de relacionarse con los demás y con él, ya no es más un arma para retener a las personas o para tirarse, si no un recurso que le permite sentirse más tranquilo (L128-L148).


CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS DE VIDA QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN UNA PERSONA PORTADORA DE VIH. SU MANEJO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA.

Celedonia Parra Zaragoza

FRAGMENTOS	ESPACIO VISUAL	DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA
<p>149 P: ajá, acostado, inmóvil y así, hay no se algo así está muy feo ((risas)) 150 T: [°ajá, si°] te acuerdas y sientes feo?</p> <hr/> <p>151 P: SI, que::: y ahora de rep: en estos días empecé a decirles que pues °ya° 152 estuvo em:: me consolé, hubo un momento en donde yo me::: uhm::: (4) es que 153 casi todos los días antes de venir aquí desde que regresé [REDACTED] lloraba 154 por las mañanas, sentía mucha tristeza. ↑A MI me dijeron ↓pues los médicos 155 que igual y era por los medicamentos que era una reacción como de batería de 156 [apego y de::: bla bla bla] 157 T: °ujum° [°te baja todos (los niveles)°] 158 P: sin embargo yo me acuerdo que yo les, bueno yo conté aquí les conté 161 P: yo conté que::: que los primeros dos días de toma:: (5) llore mucho mucho y 162 me sentía como:: (4) no sé muy raro, sentía muchísimo <u>miedo</u>, sentía como 163 que ↑todo iba a estar <u>PEOR</u> y::: entonces::: ↓me acuerdo que le llame a:: °a mi 164 pareja° no. 165 T: °ujum° 166 P: le dije como se:::ntia:: el ahí estuvo en el teléfono 167 T: °aja° °ujum° 168 P: y::: en la clínica contacté como a un cuate porque yo ya no podía 169 T: °ujum° 170 P: YO quería sacar °muchas cosas°</p>		
ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA		
<p>••Historia dominante</p> <p>P regresa a la narración de su historia dominante (L139-L163) en la cual su agencia personal se ve mucho más deteriorada, inclusive es posible identificar que su identidad esta patologizada por los argumentos que le dieron los médicos respecto a los efectos del tratamiento, efectos que él ve como parte de su identidad y no como algo ajeno, pero pese a esto su lenguaje no verbal muestra a una persona con mucha energía y alegría, contrario a lo que sucedía en la primera sesión.</p>		

CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS DE VIDA QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN UNA PERSONA PORTADORA DE VIH. SU MANEJO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA.

Celedonia Parra Zaragoza

FRAGMENTOS	ESPACIO VISUAL	DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA
<p>161 P: yo conté <u>que</u> que los primeros dos días de toma: (5) llore mucho mucho y 162 me sentía como: (4) no sé muy raro, sentía muchísimo <u>miedo</u>, sentía como 163 que <u>todo</u> iba a estar <u>PEOR</u> y: entonces: <u>me acuerdo</u> que le llame a: "a mi 164 pareja" no. 165 T: "ujum" 166 P: le dije como se:ntia: el ahí estuvo en el teléfono 167 T: "aja" "ujum" 168 P: y: en la clínica contacté como a un cuate porque yo ya no podía 169 T: "ujum" 170 P: YO quería sacar "muchas cosas" 172 P: y entonces me dijo que eso era como: "normal" y: <u>lloré un buen un buen</u> 173 <u>un buen</u> y entonces después empecé como a <u>seguir</u> 174 T: <u>si</u>, si nos contaste que otra vez te habías activado y a más 175 P: [volví y () empecé como a ganar peso (y así)] aja, había perdido "5 kilos" e- 176 e-e:h y: <u>empecé a retomar</u>, sentí mucha fuerza o no sé qué fue <u>pero</u> me 177 salí de la casa donde estaba 178 T: "ujum" 179 P: en ese mismo tiempo, me dieron el diagnóstico, empecé el tratamiento y al 180 mes me <u>salí</u> de la casa donde estaba <u>por</u> qué "ya, ya no estaba <u>chido</u>", <u>ya</u> 181 no me sentía "chido" y: y me moví con está chava con la que vivo ahora y 182 <u>entonces</u> yo veía que iba: iba BIEN y <u>entonces</u> en: ahorita: analizando</p>		<p>••Continúa moviendo las manos indicando acciones, vuelve su postura rígida por unos segundos cuando narra su historia dominante, pero se relaja y comienza a narrar las cosas con gracia de nuevo y a sonreír cuando enuncia cada una de las acciones que hizo tras la detección del VIH.</p>
ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA		
<p style="text-align: center;">•• Historia alternativa</p> <p>P narra una historia alternativa en la que evidencia a las personas que forman parte de su membrecía de vida, que han contribuido a fortalecer su identidad y a que busque acciones que le permitan vivir de acuerdo a su forma preferida de ser (L161-173).</p> <p style="text-align: center;">••Acontecimientos extraordinarios</p> <p>P externaliza el problema y hace referencia a los acontecimientos extraordinarios pasados que le permitieron ganar peso y sentir la fortaleza para seguir con su vida (172-180), los cuales son recursos con los que ya contaba y que decide emplear para contradecir los efectos que el VIH tiene en su vida, despatologizando su identidad y sumando factores de adherencia, que como ya se ha mencionado antes, son acciones que ya sabía hacer y que decide retomar y hacer como una nueva forma de relacionarse con el problema (L174-L182).</p>		


CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS DE VIDA QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN UNA PERSONA PORTADORA DE VIH. SU MANEJO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA.

Celedonia Parra Zaragoza

FRAGMENTOS	ESPACIO VISUAL	DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA
<p>179 P: en ese mismo tiempo, me dieron el diagnóstico, empecé el tratamiento y al 180 mes me <u>salí</u> de la casa donde estaba ↓por qué °ya, ya no estaba ↓chido°, ↑ya 181 no me sentía °chido° y:: y me moví con está chava con la que vivo ahora y 182 <u>entonces</u> yo veía que iba:: iba BIEN y <u>entonces en:: ahorita::</u> analizando 183 como: que:: TÚ me preguntaste e:h no sé cómo me lo planteaste pero la 184 sesión anterior tú me dijiste que si yo te yo-o:: yo te contestaba algo en lo que 185 te decía que yo no sabía (3) po::: que::: estaba tirado, algo así, TÚ ME 186 <u>PREGUNTASTE PARA QUE TE SIRVE ESO</u> 187 T: ajá, si, (°que si::°) 188 P: estar ahí, o estar tirado, que función te da, que utilidad tiene o algo así °con 189 ese planteamiento° 190 T: ajá sí <u>sí</u> 191 P: e:::m y::: yo te dije que <u>NINGUNA</u>, que sólo ponerme mal y tú me dijiste:: 192 (0.4) con esa::: mirada 193 T: me meto verdad? 194 P:[fulmi::] <u>FULMINANTE</u>, cómo que seguro? y dije yo::: pu:::e:::s::: <u>sí</u>, pero como 195 que dude. Entonces en ese momento, en estos días también he pensado eso</p>		
ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA		
<p style="text-align: center;">••Conversaciones de re-autoría</p> <p>P se centra en el panorama de identidad y le encuentra una utilidad al verse “tirado”, como una forma de relacionarse consigo mismo que se apega a sus formas preferidas de ser, resignificando los efectos que la imagen de verse tirado tienen en su vida de forma positiva y no como su forma de culparse (L182-L194). Con esto cosifica mas la utilidad que le da el verse tirado como una nueva experiencia de vida para relacionarse consigo mismo y con los demás.</p>		

CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS DE VIDA QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN UNA PERSONA PORTADORA DE VIH. SU MANEJO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA.

Celedonia Parra Zaragoza

FRAGMENTOS	ESPACIO VISUAL	DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA
<p>209 T: tú eres el que pudiera identificar no? A lo mejor hay otros conocimientos 210 tuyos sobre tu vida o sobre la vida de otra gente o sobre:: la gente que tiene °el 211 virus° ajá, que::em:: te pueden estar indicando algo pero: no: no lo sé pues: 212 aja? 213 P: y otra respuesta que encontré es:: esto de estar ahí me ha servido para:: (3) 214 pues para ya no andar como antes 215 T: si, o sea ha hecho que te dijo estate quieto no? 216 P: ajá, porque si andaba alocado y en todos los aspectos: 217 T: °ajá° [TRANQUILO] 218 P: ahorita:: yo decía me fui al extremo e y pues había dejado de disfrutar pero</p> <p>443 P: ehm:: me he <u>levantado más temprano</u>, fui a correr 444 T: te fuiste a correr? 445 P: aja, ya tengo más fuerza en mi cuerpo he::: he <u>puesto música alegre</u> 446 T: ya no la oías? 447 P: no, no antes no y es que era como ya mi rutina, me paraba, ponía música 448 triste, me metía al baño empezaba llorar, desayunaba, no me sentaba bien la 449 comida, vomitaba, no quería comer bien a veces no comía y::: pues eso es::: lo 450 he buscado más a él, no lo no sé cómo que yo veía que si lo buscaba::: era:::</p> <p>451 malo para mí, entonces eh:: buscado, ahorita tu decías como que coordinadito, 452 deje de serlo ya no em preocupaba mi vestimenta, casi ya no me arreglaba 453 T: uhm, eso es raro siempre recuerdo haberte visto arreglado 454 P: [y eso para mí es malo] e:::h y ahorita pues si me he preocupado un poco 455 más por estas cuestiones::: Con mi familia también he::: he platicado más con 456 ellos (°de cosas serias°)</p>		<p>•• P se muestra como una persona con energía, que tiene mucha alegría y entusiasmo por vivir. Esto se visualiza por la gracia con que maneja sus narraciones, hasta llegar al grado de encogerse por la risa. Además el hecho de mirar a T todo el tiempo evidencia que ha vuelto a mirar a las personas</p>

ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA

••Conversaciones de andamiaje

T hace uso de preguntas relativas al panorama de identidad, con lo que orienta a P a identificar la utilidad que tienen para él lo que ha narrado sobre su vida y los conocimientos que tiene sobre otras personas que viven con el VIH de forma que estos le sean útiles y contribuyan a explorar territorios posibles de conocer y hacer (L209-L212).

••Factores de adherencia

P hace evidentes los factores de adherencia que ha estado retomando desde la primera sesión, lo cual contradice los efectos adversos que el VIH tenía en su vida, narrando además la rutina a la que se apegaba cuando el VIH era quien dominaba y las acciones que está realizando ahora, sobre todo el hecho de platicar más con su familia, quienes son parte de su membrecía de vida y contribuyen a fortalecer su identidad (L443-456).

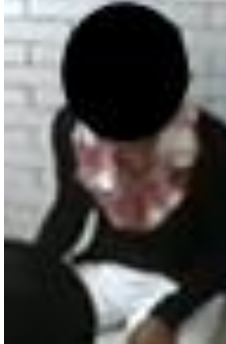
CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS DE VIDA QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN UNA PERSONA PORTADORA DE VIH. SU MANEJO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA.

Celedonia Parra Zaragoza

FRAGMENTOS	ESPACIO VISUAL	DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA
<p>461 P: por mensajito, no mostraba afecto. Como que ya había cerrado eso, no se 462 había cerrado algo, eh:: y también creo que no creía en que me quisieran:: 463 T: TÚ o alguien? 464 P: alguien 465 T: o él:: 466 P: las personas. Por ejemplo la chava con la que estoy me decía a cada rato 467 que me quería y yo no le creía:: <u>igual</u> mi pareja cuando me decía pues yo 468 decía que no que no yo no lo sentía 469 T: ajám, y ahora lo sientes? 470 P: sí, ahora he sentido como:: que un poco diferente y °pues sí° Sí o sea sin 471 embargo sigo manteniendo muchas °inquietudes° ciertas °inquietudes° 472 T: ajám, y crees que vas a dejar de tenerlos? 473 P: °no° pues yo creo que no 474 T: probablemente se mantengan unas y se resuelvan unas pero eso trae más 475 este:: de: em:: ojalá predominara la certeza no, sobre las dudas. Estás así? O 476 predominan las dudas 477 P: [ujum] AHORITA:: em:: han predominado un poco más creo que las 478 certezas:: 479 T: las que te dan seguridad no? 480 P: sí, me siento seguro, me sentí:: ya me he sentido:::: seguro con mi pareja, 481 cosa que antes °no°</p>		
ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA		
<p style="text-align: center;">••Historia alternativa</p> <p>P narra una historia alternativa en la que las personas que forman parte de su membrecía de vida cobran relevancia, ya que le brindan la sensación de sentirse querido, y de fortalecer así su sentido de agencia personal. Además identifica una nueva forma de relacionarse con ellos, de forma tal que le permitan sentirse seguro. También reconoce que a un tiene ciertas inquietudes pero por ahora la certeza es quien domina y con ellos basta para sentirse seguro de sí mismo (L461-481).</p>		

CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS DE VIDA QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN UNA PERSONA PORTADORA DE VIH. SU MANEJO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA.

Celedonia Parra Zaragoza

FRAGMENTOS	ESPACIO VISUAL	DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA
<p>589 CT: bueno lo primero que yo notaria, sería el uso de esa energía para eh: 590 levantarse temprano y salir a correr, hacer todas esas cosas que le hacen a 591 Marcos estar bien. E::H en cuanto a la relación:: con su pareja:: me parece que 592 ha logrado ver: em: e-e- pues ya un vínculo y comprometerse más con él y ya 593 tomarlo en cuenta y ya no solamente pues:: verse a él solo, si no él ya está 594 tomando las cosas diferentes y:: viendo hacia delante. También me parece que 595 ha sido directo con él exponiéndole las:: cosas que:: pues a él le molestaban y 596 ya no dejarlo que ese silencio le gané y entonces siéndole sincero a:: a su 597 pareja eh pues ha logrado otro tipo comunicación</p> <hr/> <p>601 forma distinta, la compasión que él sentía hacia él que podría sentir hacia a él a 602 él mismo, que le es útil y distinguirla de la otra manera lo que es la compasión 603 no la exploramos mucho pero que no le ayudaba y también poder eh aceptar el 604 que otra gente pudiera sentir compasión en el buen sentido de la palabra no, yo 605 la entiendo como una forma de compañía de solidaridad y también de aceptar 606 el amor que la gente te tiene, ajá. Bueno este, te acuerdas de las preguntas de</p>		<ul style="list-style-type: none"> ••Se mantiene atento a los argumentos de CT y T con respecto a lo que opinan de su historia de vida, la sonrisa continua en su rostro y su mirada se mantiene fija.
ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA		
<p>••<i>Historia alternativa</i></p> <p>Tanto CT como T se centran en el panorama de identidad y de acción de P, reconociendo los factores de adherencia con que cuenta. Esto puede verse como la segunda entrevista de las ceremonias de definición, en la que se valida la historia de vida y la identidad de P, viéndolo como alguien que tiene los recursos para seguir con su vida y no permitir que el VIH sea quien domine y sature sus formas preferidas de ser. Con ello se fortalece y concreta la historia alternativa de P co-creada a lo largo del proceso terapéutico (589-L606).</p>		

Ψ Tercera sesión

En la presentación de esta tercera sesión se omite la descripción de escenario y de los movimientos corporales de P. Cabe mencionar que si se hizo la revisión del material video-grabado, sin embargo al realizar transcripción y la selección de fragmentos no contaba con el material video-grabado por lo que no fue posible hacer la captura de los fotogramas correspondientes. De manare general se ve físicamente bien, contento y con fuerza, así mismo refleja esto en su forma de hablar y de moverse. Durante todo la sesión está en constante movimiento, cambia su postura, mueve sus manos, cabeza y pies en coordinación con los las historias que narra. Su mirada está más centrada en T y en CT, deja el juego de miradas y su rostro se muestra sonriente todo el tiempo.

FRAGMENTOS	ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA
<p>235 T: mjm...cuando entraste me dijiste que estabas bien, eh...y esto pasó hace ya más de 236 15 días, casi 3 semanas, aja, ¿tú que me dirías de que...que pasó contigo después de 237 entrar...bueno si fue una forma de decir bien ¿no?, así de ¿cómo estás?...</p> <p>240 S: no si ya estoy manejando... 241 T: yo te veo bien 242 S: cosas diferentes...eh 243 T: tú te ayudas mucho, tienes una habilidad, para este...como darte terapia solo 244 S: jajaja 245 T: aja, tienes mucha claridad, te evalúasy tomas decisiones, lo que, te conozco desde 246 antes pero al hablar aquí contigo de la primera sesión, creo que, sigues haciendo 247 eso¿no?, te levantas 248 S: es que no me queda otra, bueno si me queda otra, pero... 249 T: que bueno ¿no?, que bueno que no te quede otra ¿no? Digo 250 S: pero no, no quiero...no me gustaría, por que... 251 T: cuéntame que hiciste, ¿cómo te levantaste? O ¿cómo, porque? 252 S: ah pues, todo lo que ya había roto lo tiré a la basura al otro día, me desperté, 253 seguícorriendo, he seguido corriendo, he seguido poniendo música movida 254 T: seguiste haciendo cosas</p>	<p>●•Historia alternativa</p> <p>P inicia la sesión reportando una mejoría en su vida, lo cual forma parte de su historia alternativa. La cual será a partir de este instante una nueva historia dominante en su vida, en la que el VIH permanece externo y resignificado. En esta nueva historia dominan los factores de adherencia como una de sus formas preferidas de ser y de relacionarse con sus amigos, familia, y consigo mismo (L235-L254).</p> <p>●•Factores de adherencia</p> <p>P hace referencia a los factores de adherencia que se han vuelto parte de su nueva forma de relacionarse consigo mismo y con el VIH (correr, poner música movida, levantarse) (L247-L253).Reconoce que podría optar por seguir un camino diferente pero no es lo que desea y por el contrario continua realizando cosas que le permiten levantarse y continuar.</p>

CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS DE VIDA QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN UNA PERSONA PORTADORA DE VIH. SU MANEJO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA.

Celedonia Parra Zaragoza

FRAGMENTOS	ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA
<p>263 T: y ¿porque hiciste eso? Pararte, correr, poner música 264 S: Pues por que siento que no estoy como que en un estado... para darme ese...no sé 265 si se puede decir lujo o privilegio de caerme 266 T: aja, de tirarte en el sufrimiento 267 S: aja, no estoy ahorita como en esa onda, yo cuando... me detectaron el virus, dije 'a 268 vivir cada momento y lo mejor que se pueda' entonces yo dije 'ya, ya me rebase mucho, 269 me pisotee yo mucho' y ya como que...hasta aquí, entonces de ahí yo ya no lo buscaba 270 como antes 271 T: o sea otra vez volviste a...bueno si volviste por que es como una... o sea no es 272 regresar a, sino decidiste que...no hacer lo mismo de antes, sino pensar en ti y... 273 S: aja, empecé a pensar en mi, a pensar en mi y dije yo pensaba en los dos, yo 274 pensaba por los dos, eh...creo que...</p>	<p style="text-align: center;">••Acontecimientos extraordinarios</p> <p>T hace uso de conversaciones de andamiaje con lo que P externa aquello que lo hace pensar en sí mismo e identificar una forma diferente de relacionarse con el VIH de manera que éste no afecte su vida y sus relaciones con los demás. Así mismo re-significa su experiencia de vida con el VIH consolidando un cambio significativo en su vida (L264-L274), en el que recupera la idea que tenia de vivir con el virus como algo que lo posibilita a “vivir cada momento pensando en él” (L267-270).</p>

CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS DE VIDA QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN UNA PERSONA PORTADORA DE VIH. SU MANEJO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA.

Celedonia Parra Zaragoza

FRAGMENTOS	ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA
<p>325 T: ¿que hiciste?...eh, ¿Fuiste al hospital que paso en el hospital?</p> <p>326 S: ah bueno pues llegue, otra vez me inscribí, tomaron mis datos, me...eh llegue, me</p> <p>327 senté, había muchas personas, yo sigo con...bueno pensé que seguía con ciertas</p> <p>328 ideas,unos se ven mal, como demacrados...</p> <p>329 T: ¿Fue igual igual que la vez pasada?</p> <p>330 S: no</p> <p>331 T: ah okey</p> <p>332 S: no, no fue igual, no, la otra vez desde que entré, me quedé así como diciendo 'no</p> <p>333 maches yo que hago aquí'</p> <p>334 T: ¿que fue diferente?</p> <p>335 S: eh...pues el sentimiento, la sensación, que había cierto desconcierto, cierta duda,</p> <p>336 pero ya no miedo como la otra vez</p> <p>337 T: mjm, miraste a personas que tenían una apariencia...</p> <p>338 S: es que se ven rarosjeje</p> <p>339 T: aja, ¿y luego que? Los ves raros, ¿y qué pasa contigo?</p> <p>340 S:y empiezo a pensar que...pues lo que ya había dicho antes, que si yo voy a acabar</p> <p>341 así</p> <p>342 T: mjm, ¿te diste cuenta que estabas pensando eso?</p> <p>343 S: mjm, que si yo iba a acabar así, que si...y empiezan a surgir preguntas, una es esa</p> <p>344 '¿iré a acabar así?' la otra es '¿se cuidaran?' si seguirán al pie de la letra las</p> <p>345 prescripciones medicas, '¿comerán chido? ¿Harán ejercicio?' Eh... '¿tendrán pareja?'</p> <p>346 '¿seguirán en la onda locota sexualmente hablando?', '¿si prefieren tener varias parejas</p> <p>347 sexuales?' eh... no se, todas esas preguntas</p> <p>348 T: ¿qué hiciste con estas preguntas?</p> <p>349 S: eh...pues tratar de responder, de ir respondiendo, pero pues, me di cuenta que no se</p> <p>350 si vaya a saber, al menos sigo ahí las preguntas, y que también eso es...pues no se</p> <p>351 llegue a la meta o no, pero mas bien me empecé a entrar en mí, diciendo 'bueno pues</p> <p>352 yo estoy tranquilo, he dormido mas o menos bien, he comido mas o menos bien, mi</p> <p>353 peso lo he mantenido, no me ha dado gripe, cambio ya de temperatura así muy brusco</p> <p>354 y yo no he tenido gripe, me he cuidado', eh... se, no tengo nada, ósea no me ha dado</p> <p>355 nada no?, entonces dije pues, 'ahí voy, creo que ahí voy', ahí voy casi 6 meses de</p> <p>356 tratamiento, entonces yo creo que estoy... al menos ahora dos replicas de virus que me</p> <p>357 dieron en agosto yo creo que si ya hay una diferencia tremenda en ese sentido</p>	<p>•●Acontecimientos extraordinarios- Historia alternativa</p> <p>P relata su experiencia tras haber acudió al hospital, con ellos evidencia nuevamente cambios consolidados en su forma de relacionarse con el VIH. En la primera sesión él narraba que no miraba a la gente por el miedo de verse como ellos, por lo que en cada persona que veía en el hospital ponía su rostro. En esta sesión él narra que su experiencia fue diferente pues sólo había desconcierto en él pero ya no miedo. Ahora al mirar a las personas se cuestiona sobre lo que ellos estarán haciendo para cuidarse y transita de lo conocido a lo posible de conocer y hacer, que en esta ocasión es el centrarse sólo en él y en todo lo que él sí está haciendo para no terminar como ellos, para verse diferente (L325-L349). Con esto queda consolidada su historia alternativa y se re-escribe una historia dominada por la adherencia.</p> <p>•●Factores de adherencia</p> <p>P hace referencia a los factores de adherencia con que cuenta y que tratado de mantener en su vida (estar tranquilo, dormir, comer bien, mantener peso, no tener enfermedades oportunistas). Estos recursos han favorecido su vida con el VIH posibilitando una diferencia en el número de réplicas en su cuerpo a seis meses de haber indicado el tratamiento, con lo cual podría llegar a tener una carga viral indetectable (L349-L357).</p>

CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS DE VIDA QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN UNA PERSONA PORTADORA DE VIH. SU MANEJO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA.

Celedonia Parra Zaragoza

FRAGMENTOS	ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA
<p>368 S: aja, y la carga viral, que le llaman, entonces uno de mis objetivos cuando empecé 369 con el tratamiento fue que...yo ya quiero ser indetectable, o sea quiero 370 estar....aparecer como indetectable 371 T: negativos, aja</p> <hr/> <p>372 S: se supone que cuando son indetectables, solamente hay 4 replicas del 373 virus,entonces es por eso que yo he estado echando un buen un buen de ganas, y 374 también como que esa idea me surgió cuando yo me entristecí mucho, dije 'no no' 375 empecé a decir no, como que no me puedodar ese lujo, por que yo tengo un objetivo 376 por cumplir, eh...</p>	<p style="text-align: center;">••Historia alternativa</p> <p>P narra un acontecimiento extraordinario futuro al que le gustaría llegar y con el cual le gustaría vivir. Refiere que su objetivo ideal es el ser indetectable, por lo que no puede darse el lujo de entristecerse y por el contrario usa este objetivo como una motivación para continuar su vida siendo adherente (L368-376).</p>
FRAGMENTOS	ANÁLISIS- CATEGORÍA ANALÍTICA
<p>392 T: ¿tú les has preguntado a los médicos sobre las probabilidades de que tuvieras algún 393 deterioro físico? ¿De que...este...de que estos temores que tú tienes puedan ser parte 394 del proceso de recuperación o de la cronicidad pues de la situación que tienes? 395 S:...mmmh 396 T: si mira, me dices que cuando vas al hospital, ves a estas personas y te preguntas 397 todo esto, y las preguntas que te haces son, lo que tiene que ver con lo que tú haces 398 ¿no?, '¿comerán bien?, ¿harán ejercicio?, ¿tendrán pareja?' 399 S: '¿se entristecerán?' 400 T: '¿se entristecerán?' aja, eh...haber, me voy por partes, ¿porque te preguntas esto? 401 ¿Porque esas preguntas y no otras? 402 S: ah pues porque esas son las recomendaciones medicas, que ellos enlazan con esta 403 alza o baja de defensas</p>	<p style="text-align: center;">••Conversaciones de andamiaje</p> <p>T hace uso de preguntas relativas al panorama de acción y conciencia con lo que posibilita que P transite de lo conocido y familiar a lo posible de conocer y hacer. P identifica la utilidad que tiene en su experiencia de vida hacerse preguntas sobre cómo es que se ven las personas en el hospital y que es lo que él si hace para ayudar a los medicamentos que toma, externando que son aspectos importantes puesto que son las recomendaciones que hacen los médicos y que se relacionan de forma directa con sus defensas (L392-L403).</p>

CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS DE VIDA QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN UNA PERSONA PORTADORA DE VIH. SU MANEJO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA.

Celedonia Parra Zaragoza

FRAGMENTOS	ESPACIO VISUAL DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA
<p>582 S: y me sorprendí mucho de que, pues tengo ese virus al que mucha gente le teme, al 583 que mucha piensa que es el fin, lo que piensa CT, yo no lo veo como que sea una 584 situación que me está terminando, empecé a verlo así, creo que más bien fue la 585 situación que me abrió los brazos, me abrió como una gama de posibilidades (...) 586 también no lo dije, pero en ese tiempo, ja, no sé si es algo loco, pero me puse a platicar 587 con () poniéndolo afuera y como que le empecé a platicar, a afrontar, diciendo que, 588 comprometiendo que si el me daba chance yo iba a seguir algo que ya empecé y por 589 eso es también que no quiero caer, no quiero caerme, comencé a negociar, cuando yo 590 vine aquí quería que se acabara, quería como, no sé, que se arrancara de mí, que se 591 quitara de mí, pero ahora, uhm, después de que hice este ejercicio me di cuenta que ya 592 no quiero terminar, sería como acabar conmigo mismo, como acabar con esta como 593 base que me da mucha fuerza. 594 T: como que te dio un mensaje, ¿no? (...) 595 S: Si tenía que tener, tenía que empezar a disfrutar, como que a vivir momentos más 596 prolongados conmigo mismo, porque pues no sé cuándo, cuando vaya a acabar de 597 morir, y creo que pues no sé cuando acabe, eso va depender de muchas situaciones, 598 muchas circunstancias, pero yo quisiera que cuando llegara el fin acabara enterito, 599 acabara completo, y acabara como decimos haya en Guerrero "morir de pie", entonces 600 después de que (...) reitero, me sentí aliviado, dije "no manches" (...) estoy completo, 601 puedo sentir alegría, puedo sentir emoción (...) y también mi satisfacción, ahora que he</p> <p>602 estado corriendo más duro que voy así, con la música, de repente se me viene la idea 603 de que el virus ahí esta y me sorprende mucho. 604 T: ¿Cómo dijiste que le llaman los médicos al resultado, lo que esperas salir? 605 S: "Indetectable", 606 T: ¿Virus indetectable? 607 S: aja, pero estaba pensando que más que indetectable en los exámenes, quisiera que 608 para mí mismo después de hacer este ejercicio, que para mí mismo fuera indetectable, 609 pero en cuanto a la situación, es que no sé, es algo que he visto en la gente que tiene 610 el virus, es que se comportan de tal manera que quieren que los demás detecten que 611 tienen algo, entonces yo no quiero eso, de hecho con un amigo estaba platicando y yo 612 le pregunte qué haría si tuviera el virus y me dijo "a pues matarme" y ya me dijo que yo 613 que haría y le dije, pss no sé. ((Risas)) y ya me dijo, "hay, es que no, atraviesan por 614 muchas cosas, que sufren mucho"</p>	<p>•• Historia alternativa-Historia dominante</p> <p>En este fragmento queda completamente consolidada la historia alternativa en la vida de P, con ello se puede dar por terminado el proceso psicoterapéutico ya que él ha logrado identificar y externar los factores de adherencia con que cuenta y que puede seguir usando para tener una forma de relacionarse con el VIH diferente los estigmas que giran en torno a la infección. P externa los beneficios que esta infección trajo consigo, marcando como principal el darle un freno a su vida que le permitió disfrutar más de cada momento con los demás y sobre todo con el mismo (L582-L600). Así mismo externa la satisfacción que tiene por verse bien tanto física como emocionalmente. Y aunque reconoce que no sabe cómo es que va terminar y cuando se va a terminar todo, está seguro de que día con día se sorprende más de cómo es que mantiene su relación con el VIH (L595-L603).</p> <p>Finalmente narra que su objetivo de ser indetectable se centra más en sentirse y verse indetectable que en tener una carga viral indetectable. Esto resulta importante para él ya que le permite tener una forma de relacionarse con los demás diferente a la que algunas personas con VIH tienen, en donde se victimizan y actúan de forma que los demás noten que algo les sucede, por el contrario es espera vivir cada momento con la satisfacción de haberlo disfrutado y haberse disfrutado (L606-L614).</p>

A continuación se presenta un resumen de la transición entre la historia dominante de Marcos a la historia alternativa, con objetivo de resaltar el cambio que se da en el discurso a lo largo de las tres sesiones que abarcó el proceso terapéutico.

••*Historia dominante*

La historia dominante de Marcos gira en torno a la influencia que el VIH tiene sobre su vida. Durante las dos primeras sesiones él narra cómo es su experiencia de vida con el VIH y cómo la llegada de éste cambió su vida generando en él una ruptura psicológica que se caracterizaba por la presencia de sentimientos como el enojo, la frustración, el miedo, la culpa, la incertidumbre, confusión, cansancio y la compasión.

En la historia dominante de Marcos domina la imagen de verse tirado, el poner su rostro y de verse en algunas de las personas que conoce cuando asiste al hospital en donde le están dando el tratamiento, por lo que ha dejado de “mirar” a las personas, de aprender de ellas y de todo cuanto sucede en su vida, dado que es el VIH quien domina sus relaciones con familia, amigos, pareja y con él mismo.

Esta historia es construida en su mayoría durante la primera sesión, cosifica al VIH y rezaga su agencia personal. Durante la segunda sesión la influencia del VIH en la vida de Marcos es menos dominante en sus narraciones y finalmente en la tercera sesión esta historia se re-escibe en una en la que quien domina la vida de Marcos son las ganas de vivir y disfrutar de cada momento.

••*Acontecimientos extraordinarios*

Marcos narra la presencia de muchos acontecimientos extraordinarios pasados, presentes y futuros a lo largo de las tres sesiones. En la primera sesión estos acontecimientos le permiten recuperar aquellos que él hacía y que pueden serle útiles para tener una forma de relacionarse con el VIH diferente a la que llevaba hasta ese

momento, lo que lo hace transitar de lo conocido y familiar a lo posible de conocer y hacer. Estos acontecimientos extraordinarios son el haber acudido a buscar el servicio médico de forma gratuita y asistir a sus chequeos médicos en el horario indicado, hacer ejercicio, cuidar su alimentación, respetarse a sí mismo y tenerse compasión, frenar su vida sexual y hacerla responsable para cuidar a los demás y a sí mismo de una posible re-infección, externar las ganas que tiene de vivir y la fortaleza que tiene para lograrlo. Y como parte de sus acontecimientos extraordinarios futuros están salir indetectable en sus estudios de laboratorio, e independientemente de eso, el lograr verse y sentirse indetectable, lo cual es su objetivo principal y su motivación para continuar con su adherencia al tratamiento.

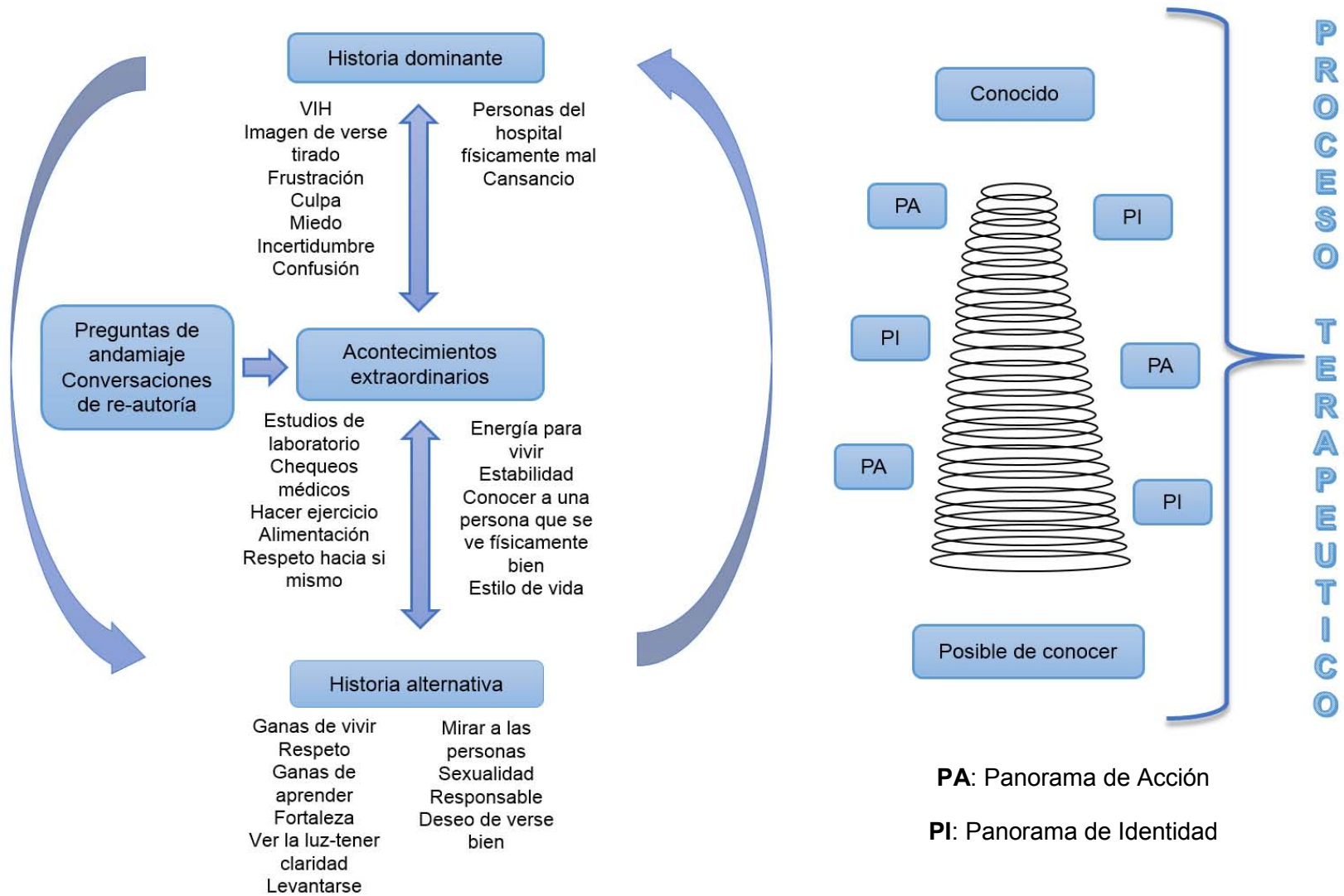
••*Historia alternativa*

Marcos re-escibe su historia de vida de una saturada por la influencia del VIH a una en la que identifica sus ganas de vivir y de disfrutar de las cosas. Logra verse como una persona que tiene luz y claridad sobre a dónde desea llegar y cómo es que desea verse y sentirse. Esta historia alternativa se convertirá en su historia dominante pero saturada por las ganas de vivir, los deseos de aprender y de disfrutarse a sí mismo.

CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS DE VIDA QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN UNA PERSONA PORTADORA DE VIH. SU MANEJO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA.

Celedonia Parra Zaragoza

Mapa del Proceso terapéutico de Marcos



En el esquema anterior se pretende representar gráficamente cómo es que se llevó a cabo el proceso terapéutico. En él se muestra que se inicia con la historia dominante, la cual gira en torno a la llegada del VIH a la vida de Marcos. Esta historia estaba saturada por la infección y los sentimientos de frustración, miedo, culpa, incertidumbre, confusión cansancio y sobre todo por la imagen que Marcos construye de sí mismo como alguien que se ve tirado, que no tiene la fuerza para levantarse y se mira en algunas de las personas que conocía en el hospital y que físicamente se ven mal, el dejar de mirar a las personas fue un factor que fortalecía la identidad del VIH ya que el mirara a los demás significa verse a sí mismo en ellos.

En contraste con esta historia dominante se va configurando una historia alternativa en la que la que se ve con ganas de vivir, de seguir aprendiendo de los demás, con la fortaleza para levantarse, vuelve a mirar a los demás tal como son y no como deberían de ser según los estereotipos de vivir con VIH. Tiene mayor claridad y logra ver la luz en su vida con lo que identifica que sus formas preferidas de ser son aquellas en las que se respeta y tiene deseos de vivir y verse físicamente bien. Marcos identifica un relato alternativo en que su experiencia con el VIH se re-escibe de forma que lo ayuda a fortalecer su identidad y no la deteriora.

Entre estas historias se encuentra los acontecimientos extraordinarios que gracias a las preguntas de andamiaje y las conversaciones de re-autoría se van dando, influyendo tanto en la historia dominante como en la historia alternativa. Durante estas conversaciones marcos identifica aquellos factores de adherencia que fortalecen la re-escritura de una historia alternativa, estos factores son el asistir a sus chequeos médicos, hacer ejercicio, modificar hábitos alimenticios, respectarse a sí mismo, recobrar la energía para vivir y apegarse a un estilo de vida que contribuye a incrementar sus niveles de adherencia y contribuye directamente en su conteo de células T. Así mismo identifica a una persona que formara parte de su membrecía de vida y que será a partir del instante en que lo conoció en un modelo a seguir, pues es

una persona de su edad que contradice los estigmas que giran en torno a las personas con VIH.

En cuanto al espiral que se muestra del lado derecho, este representa el uso de las preguntas del panorama de acción e identidad que se dan de forma entrecruzada indistinta durante todo el proceso terapéutico, mismas que permitirá pasar de lo conocido a lo posible de conocer y hacer ampliando el discurso terapéutico hasta llegar a la re-escritura de una historia alternativa que se apegue a las formas preferidas de ser de Marcos

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN

Las practicas narrativas han ocupado un importante lugar dentro del ámbito de la terapia familiar, debido en gran parte a la influencia de los trabajos y propuestas teórico-prácticas de White, quien esbozó en su libro Mapas de la terapia narrativa (2007), una forma de trabajar con las personas desde dicha perspectiva. Él plantea que las prácticas narrativas se usan para lograr un nuevo desarrollo que engrose la historia de vida de la persona y enriquezca su identidad. En la mayoría de los casos la identidad de la persona se ve saturada por la influencia que el problema tiene en su vida y por ello la tarea del terapeuta consiste en servir como guía y brindar el espacio necesario para la expresión de historias alternativas en las que sea posible que la persona recobre el control sobre su propia vida.

En la situación presentada se mostró cómo es que el empleo de las prácticas narrativas fue el eslabón que ayudó a Marcos a disolver su historia saturada por el VIH identificando y recuperando los recursos de adherencia con que contaba y pasó de una situación en la que los sentimientos de frustración, enojo, culpa, miedo y la imagen de verse “tirado” dominaban su vida a una situación en que logra levantarse y aferrarse a la vida manteniendo sus ganas de vivir y evidenciando los recursos con que cuenta para lograr ese objetivo. No fue necesaria una intervención prolongada como pudiera ocurrir en los modelos tradicionales que se centran en los estados mentales, como es el caso del psicoanálisis, en donde la intervención podría incluso tardar años para dar algún resultado y en el que se retorna constantemente al pasado para comprender el presente, o el modelo conductual en donde el proceso terapéutico se podría entender como una intervención dirigida a enseñarle a la persona a ser y comportarse de forma específica, y mediante la implementación de un programa de enseñanza-aprendizaje se vuelva adherente. También podría estar el caso del modelo médico, en el que se trabaja con las etiquetas y en ningún momento se le considera a la persona como algo ajeno a la infección, simplemente se diagnostica y se enseñan diferentes comportamientos que sería recomendable tener para contribuir a altos niveles de

adherencia, por lo que desde dichos modelos, cuando se habla de una intervención psicológica o un trabajo conjunto entre médico y psicólogo, se habla solamente de una intervención educativa, en la que se pretende que el psicólogo ayude a la persona a afrontar cada uno de los efectos que tiene la infección por VIH en sus diferentes etapas antes de convertirse en SIDA, trabajando sólo con las etiquetas que se le han marcado, es decir se le manda a trabajar con el problema y no con la solución, por lo que no recibe un verdadero trato sino más bien un tratamiento.

Frecuentemente la “meta” de los terapeutas tradicionales es transformar la mente individual, la experiencia y punto de vista de la persona en algo periférico a la intervención. Esto no es algo que sólo ocurra con dichos modelos, ya que dentro de la perspectiva sistémica también se puede observar este tipo de situaciones. Se debe tener en cuenta que cuando se hace referencia a los modelos sistémicos se pueden identificar dos vertientes diferentes, por un lado se encuentran los modelos estratégicos que basan sus postulados en el constructivismo como pueden ser los modelos de MRI o Milán, y por otro, los modelos narrativos, conversacionales o posestructuralistas que se fundamentan sobre el construccionismo social.

En los modelos estratégicos, la postura de los terapeutas está centrada en una intervención que intenta establecer su autoridad e imponer su conocimiento teórico y práctico sobre el conocimiento del cliente acerca de su historia de vida. En estas intervenciones sobresale la postura del terapeuta como un agente que forma parte de los discursos dominantes en la vida del cliente. Hay una teorización sistematizada, prejuicios y experiencias profesionales y personales que se apegan a la idea de que existen soluciones generales y respuestas definitivas; el terapeuta se vuelve un experto en observar, aplicar técnicas y construir conclusiones basadas su conocimiento preconcebido (“conocimiento experto”) sobre lo que ellos consideran, le sucede en realidad al cliente.

Por su parte en los modelos de corte narrativo, se adopta una postura diferente ante el cliente. Como ya se ha mencionado en repetidas ocasiones, esta postura,

considera al cliente como el único experto en su vida y por tanto solo él tendrá los recursos para liberarse de la influencia que el problema está teniendo sobre su vida. El terapeuta participa de forma activa en una conversación que da validez al relato del cliente tal cual lo narra y se une a él, como co-constructor de su historia de vida alternativa, siendo únicamente un guía, que mediante una conversación dialógica contribuirá a la re-significación de la historia del cliente, identificando acontecimientos extraordinarios en su vida. Desde esta perspectiva se pretende que el terapeuta no teorice sobre los “problemas” del cliente, mucho menos que se deje guiar por sus conocimientos previos, por el contrario, se espera que terapeuta y cliente creen una atmosfera de reflexión, en la que trabajen de forma conjunta en la creación de significados sobre el tema tratado. Si bien el terapeuta puede plantear conclusiones, estas no serán impuestas, mucho menos directivas, sino tentativas y modificables, manteniendo siempre respeto hacia los relatos del cliente y tratando de eliminar las jerarquías, puesto que se pretende establecer una relación más o menos simétrica entre terapeuta y cliente, esto claro a pesar de la jerarquía previamente establecida, pues se debe tener en cuenta que se habla de un contexto psicoterapéutico en el que la persona que asiste a terapia va con un experto para que lo ayude u oriente, sin embargo dicha situación no puede eliminarse por las implicaciones sociales que esto tiene, pero lo que sí es posible hacer, privilegiar la identidad del cliente y permitirle reconocer que nadie conoce más sobre su vida que él mismo.

Dicho argumento es sustentado en investigaciones anteriores, como es el caso del trabajo realizado por Beltrán (2002) quien se encarga precisamente de comparar las diferencias existentes entre los modelos de intervención terapéutica sistémicos de corte estratégico y narrativo, marcando como una diferencia importante la direccionalidad que se da dentro de la terapia y la posición privilegiada que juega el terapeuta dentro del proceso psicoterapéutico, en donde en el caso de las terapias estratégicas el terapeuta crea discursos dominantes en la vida del cliente que se basan en teorías, prejuicios y experiencias profesionales y personales bajo una posición impositiva y directiva en la que, como ella lo indica, se le “habla a” y no “se habla con”. En las terapias de corte narrativo, se evita imponer una comprensión superior y por el contrario se abre la

posibilidad para que emerjan soluciones conjuntamente decididas, haciendo que los discursos del terapeuta formen solo una posibilidad más de las muchas disponibles a elegir.

En las interacciones analizadas en este documento se puede observar cómo sobresale el proceso terapéutico bajo una relación más horizontal, en la que con ayuda de la intervención que la terapeuta hace, mediante las conversaciones de re-autoría y preguntas de andamiaje, Marcos desarrolla la posibilidad de narrar aquellas historias alternativas que no había narrado en otro espacio. Al inicio él estaba renuente a abandonar la historia dominante en su vida, pues se puede observar como en repetidas ocasiones cuando comenzaba la narración de historias alternativas o acontecimientos extraordinarios, regresaba a la narración de la historia dominante. Sin embargo se observa cómo es que mediante el desarrollo de relatos de identidad preferidos por Marcos, se resignifica su experiencia y juntos, terapeuta y cliente, co-construyen una historia alternativa que le permite externar los recursos con que contaba para continuar e incrementar sus niveles de adherencia al tratamiento de forma que le permita vivir con el VIH sin que este afecte su vida y su relación con los demás.

De este modo se puede observar la forma en que el uso de técnicas como la externalización y las conversaciones de re-autoría permiten que el cliente identifique los discursos o acontecimientos extraordinarios que transcurren en su historia de vida, liberándose de las descripciones saturadas por el problema y fomentando que la persona busque en sus experiencias de vida otras formas de ver la “realidad” en que vive y de identificar lo que puede lograr y mantener en sus formas preferidas de ser. Gracias al uso que se hizo del lenguaje externalizante por parte de la terapeuta, Marcos reconoció una identidad separada del problema y una nueva forma de relacionarse consigo mismo, de forma que el VIH no afectara su forma de relacionarse con las personas que lo rodean y con él. Se debe tener claro que esta separación, no es simplemente una maniobra lingüística que se da dentro del contexto psicoterapéutico, si no que ésta permite a la persona asumir una posición de observador de sus propios procesos de vida, de las acciones y relaciones que mantienen al problema como algo dominante en

su vida y a las cuales puede oponerse y restringir los efectos que este teniendo, permitiendo que en el caso de Marcos sea el sentimiento de fortaleza y las ganas de vivir quienes dominen su vida.

Es por ello que el estudio presentado da una aportación importante al trabajo con las prácticas narrativas, pues además de contribuir a evidenciar la efectividad que tiene el trabajo de corte narrativo como una forma de terapia breve, también permite mostrar el uso que se le puede dar en el trabajo con personas que viven con enfermedades crónico degenerativas, en este caso con el VIH o SIDA, mismo que puede ser de forma individual o grupal, como lo hizo Fernández (2003) quien trabajaba con grupos de personas que viven con VIH o SIDA y al hacer uso este tipo de trabajo descubrió que era mejor brindar el espacio de expresión a las personas y sus familias sobre cómo vivían su relación con el VIH y los recursos que puedes rescatar para que la infección no sature su vida, en lugar de trabajar con los efectos de la infección o inclusive con la idea de morir que usualmente se genera entre los clientes y sus familiares.

Asimismo la situación presentada permite identificar las distintas temáticas que podrían estudiarse en investigaciones posteriores en las que podría trabarse con un más de una persona, de forma que se tenga la posibilidad de ampliar el alcance de los resultados obtenidos, indagando en temas como los recursos que tienen las personas para lograr una carga viral indetectable, indagar y dar seguimiento a personas como Marcos, a quien en ningún momento se le enseñó a ser adherente, sino que fue una cuestión de decisión, bastó con narrar aquellas historias no contadas para que lograra verse desde una posición diferente en la que reconoció que era el quien contaba con los recursos para vivir con el VIH y que además eran acciones que él había hecho y que por alguna razón había dejado atrás, dejándose someter por la influencia del problema.

Marcos representa uno de los casos atípicos en que muestra factores de adherencia que le dan mayores posibilidades de llegar a una carga viral indetectable y de los cuales no existe mucha información al respecto, puesto que las investigaciones

existentes se centran en identificar cuáles son los factores que se relacionan con la adherencia de forma que esto contribuya a que las personas con VIH se apeguen a los tratamientos antirretrovirales de forma que le permita mantenerse durante el mayor tiempo posible con vida, pero no se habla de las características personales y experiencias de vida con que cuenta cada persona para contribuir a ser una persona adherente con una vida mucho más apegada a su estilo de vida habitual, y esta línea de investigación podría contribuir de manera significativa para la prevención de reinfección y propagación del virus, así como para permitir que las personas tengan mejores expectativas del tipo de relación que pueden tener con el VIH como parte de su vida, de forma que estas experiencias sean sanadoras y no estigmatizantes.

CONCLUSIONES

A partir del apartado teórico y análisis expuestos anteriormente se plantean las siguientes conclusiones:

En torno al VIH y la adherencia:

Ψ Respecto al VIH-SIDA, la sociedad continúa estigmatizado la enfermedad, sin considerar que ambos diagnósticos son totalmente diferentes. Basta simplemente con que la persona sea portadora de VIH para que sea blanco de las críticas, insultos, y el sin fin de prejuicios que giran en torno a ello, puesto que llegan a considerar la enfermedad como el reflejo de la supuesta trasgresión de las normas socialmente establecidas, olvidándose totalmente de la existencia de la persona y viendo únicamente a la enfermedad, lo cual evidentemente no genera nada positivo en las personas portadoras de VIH, por el contrario los orilla a olvidarse de su sentido de pertenencia, a olvidarse de sí y a considerarse a sí mismos como el problema.

Ψ Gracias a las diferentes investigaciones realizadas desde la aparición del primer caso de VIH a la fecha, ha sido posible ubicar a dicha infección como una enfermedad crónico degenerativa, por lo que se requiere de un trabajo colaborativo entre familiares, médicos, personal sanitario y psicólogos para ayudar al cliente a externalizar los factores de adherencia con que cuenta y ampliarlos, para contribuir a que el cliente se mantenga en niveles altos de adherencia, pues si bien será la persona quien se encargue del 80% de sus cuidados personales y toma de medicamentos, requiere del apoyo de personal de la salud para prevenir la reinfección, la aparición de enfermedades oportunistas, la detección de disminución en su conteo de células y en el caso de los psicólogos, más que para educar, será necesario trabajar con ellos para

posibilitar la identificación y focalización de los recursos que la persona tiene para ser adherente.

Ψ Una aportación importante de esta investigación está en relación con la adherencia terapéutica, ya que permite dar una aportación sobre un caso atípico en que la persona ya es adherente, y en ningún momento se le implementa algún programa o se habla de una educación para que lo sea, puesto que si bien es un aspecto que ha existido desde siempre en las enfermedades crónico degenerativas, no ha sido blanco de estudios, pues a pesar de que existen un sin fin de investigaciones sobre la adherencia y los factores que pueden influir para que una persona sea o no adherente, no existe suficiente información sobre cómo es que una persona es adherente considerando sus propios recursos, cualidades, características y habilidades, ya que cuando se habla de una intervención psicológica únicamente se hace referencia a la implementación o creación de programas de educación para que las personas aprendan a ser adherentes y para que se les informe las implicaciones que puede tener el no serlo, pero en ningún momento se habla de cómo es que una persona es adherente, no se reconocen las características individuales de cada una, mismas que podrían ser muchísimo más útiles para personas que atraviesan por la misma situación que un programa de educación, puesto que se valoriza a la persona. Por lo que una recomendación que se hace para futuras investigaciones es estudiar el aspecto de la adherencia como un proceso que se relaciona con el contexto y significación de la expertica de vida que la persona tiene.

Así mismo sería interesante hacer investigaciones de seguimiento, documentando evidencias del progreso que la persona tiene tras concluir el proceso terapéutico, observando cómo se da el desarrollo de la infección y cómo es que una persona con las cualidades de la situación aquí presentada logra mantener una carga viral indetectable, puesto que no existe información al

respecto, la mayoría de las investigación se centran en la enfermedad pero no consideran a la persona como la experta de su vida y como alguien que tiene mucho más que enseñarnos de lo que nosotros a ella.

En torno al modelo narrativo, empleado para el proceso:

Ψ Permitió dar al paciente la oportunidad de narrar y re-narrar aquellas historias que no habían sido contadas, permitiéndole resignificar al VIH y evidenciar aquellos acontecimientos extraordinarios en que la infección no dominaba su vida. Reconociendo además las capacidades, cualidades y habilidades con que contaba para vencer la influencia que la infección estaba teniendo y restaurando su sentido de agencia personal.

Ψ Desde el modelo narrativo ninguna “dificultad” o “problema “es considerado como algo intrínseco o esencial de cada persona, por el contrario más allá de las etiquetas con que muchas veces llegan las personas a terapia, etiquetas derivadas de los modelos de salud mental, las personas son realmente vistas y dichas etiquetas se ven como parte del extendido discurso patologizante que caracteriza una narrativa que mantiene con vida el problema, y para contradecir los efectos del problema en la vida de las personas, la terapia narrativa se centra en aquellos acontecimientos extraordinarios que se apegan más a las formas de preferidas de ser cada persona y que se alejan de alguna de las estigmatizaciones que la sociedad a impuesto a la persona, sobre todo por cada uno de los discursos estigmatizantes que giran en torno a la infección por VIH-SIDA debidas principalmente por la falta de información al respecto.

Ψ Al externalizar los problemas, las personas dejan de creer que son ellos el problema, y se abre la posibilidad para explorar los conocimientos y habilidades y formas de albergar los efectos que el problema (VIH) tiene en la vida de la persona, por lo que es trabajo del terapeuta brindar los medios

necesarios para que se puedan abrir esas puertas de conocimiento y habilidades que pueden dejar de ver a las personas como el problema y que puedan dejar la estigmatización de la infección atrás, lo cual se observó en el cambio que se dio desde el inicio de la sesión uno a su conclusión, en donde Marcos paso de una historia saturada por la infección del VIH a una historia alternativa en la que él se ve con la fuerza para salir adelante, resignificando su identidad y fortaleciendo su sentido de agencia personal.

Ψ Además se observa que las practicas narrativas contribuyen a que Marcos se libere de las descripciones de sí mismo basadas en los estigmas y etiquetas que giran en torno al VIH, fomentado que él busque en sus experiencias de vida otras maneras de ver la realidad y de reconocer los recursos con que cuenta para lograr sus objetivos y relacionarse de forma diferente con el VIH, resignificando el papel que este juega en su vida.

Ψ El identificar a las personas que forman parte de la membrecía de vida de Marcos contribuyo a que identificara una de sus formas preferidas de ser, así mismo representa en su vida una figura importante dado que le dio la oportunidad de reconocer a una persona que lleva años viviendo con el VIH y que física y emocionalmente se ve bien, estable y con fortaleza, y dicha persona puede convertirse inclusive en su modelo a seguir contribuyendo a que tenga más recursos de adherencia para vivir con el VIH.

Ψ Al ser un modelo que basa sus principios en el construccionismo social reconoce las implicaciones no sólo sociales sino inclusive políticas que tiene el caer en la estigmatización de la enfermedad, por lo que se pretende evitar que dentro del contexto terapéutico se caiga en el juego de las etiquetas que la sociedad establece, así mismo se reconoce que las personas están compuestas por múltiples identidades que son construidas en relación con la sociedad, y que es la sociedad misma quien estigmatiza la identidad del cliente

como un enfermo y no como alguien que vive con VIH, por lo que la sociedad también juega un papel importante en el proceso terapéutico, y es por ello que el emplear un grupo de testigos externos que reconozcan y autentifiquen la identidad de la persona, contribuye a socavar la identidad del problema y a contribuir a una descripción más rica de la historia de vida de la persona que se apege más a sus formas preferidas de ser.

Ψ Al tratarse de un modelo de terapia descentrada, lo cual más que verse coma simple característica, se considera como una posición epistemológica que se relaciona con las relaciones de poder, permite cambiar el centro del trabajo terapéutico hacia la persona vista como la única conocedora de sus experiencia de vida y no como alguien que será valorada dentro de las verdades normativas que la sociedad a impuesto, es decir se reconoce que el centro de la terapia estará en el conocimiento local que la persona tiene acerca de su historia y sus relaciones y no en el conocimiento especializado, experto, por lo que la búsqueda de información por parte del terapeuta estará en base a aquello que sea relevante para que la misma persona pueda tener múltiples perspectivas de su experiencia vivida.

Ψ Se evidencia la utilidad y eficiencia del modelo de terapia narrativa, al ser un modelo de terapia breve lo suficientemente útil para el trabajo con personas que viven con VIH, con el que se trabaja lo que el cliente quiere trabajar, lo cual se ve favorecido por una de las premisas del modelo en la que se considera al cliente como el único experto en su vida y por tanto solo se le brinda el espacio para expresar historias que de otra forma no habrían sido narradas, y gracias a la guía del terapeuta permite observar cambios significativos en la forma en que el cliente se relaciona consigo mismo y con el problema con solo una sesión.

En torno a la estrategia analítica seleccionada:

Ψ El análisis de la narrativa conversacional se asienta como un método que considera a los fenómenos sociales como parte de textos, cuyo valor se haya en la recapitulación de las experiencias narradas en un determinado contexto, en este caso dentro de un contexto psicoterapéutico, en el que el fundamento del análisis está en las historias que el cliente narra al terapeuta, y de las cuales mediante un proceso reflexivo será posible identificar como en el transcurso de las sesiones el cliente pasa de una narración dominada y saturada por el problema a la narración de una vida en la que es posible vivir con el problema sin que este afecte su vida.

Ψ El análisis de la conversación permite que el investigador analice un sinfín de problemas en base a sus intereses e ideas, en este caso permitió identificar como terapeuta y cliente co-construyen una historia alternativa en la vida del cliente, permitiendo que el cliente diera solución al problema que decidió trabajar en la terapia. Así mismo fue posible observar la secuencia conversacional y el uso que la terapeuta da a los mapas de la terapia narrativa para construir relatos de identidad que favorecieran la adherencia terapéutica del cliente.

Ψ Se considera asimismo como una aportación metodológica el tipo de análisis que se realiza, ya que se hace un análisis de la narración como género discursivo, en donde es posible la recuperación de historias que de haber sido analizadas por otras estrategias metodológicas, de las cuales se vale la psicología clínica no habría sido posible identificar, dado que se emplea una estrategia que es más común dentro de la antropología o de la psicología vista como una ciencia social más que humana y que de ser empleada con mayor frecuencia dentro de la psicología clínica permitiría contribuir a una comprensión

más completa de lo que es un fenómeno psicológico y cómo es que se da dentro del contexto psicoterapéutico, en el que se analiza no solo la palabra propiamente dicha, sino también la interacción de la conversación con el lenguaje no verbal y el cómo se expresa corporalmente lo que se dice en la situación en que se dice, lo cual, al no contar con la videograbaciones, es posible apreciar con mayor facilidad cuando se emplea la simbología Jeffersoniana.

Para que se obtengan resultados terapéuticos, tanto el terapeuta como el cliente tienen que desempeñar sus papeles.

La responsabilidad del terapeuta consiste en crear un clima, una atmosfera que favorezca el cambio. Lo hace dando forma (mediante palabras y acciones) a una expectativa de éxito [...].... En psicoterapia, uno no cambia a nadie. Las personas se cambian así mismas. Uno crea circunstancias en las cuales el individuo puede responder con espontaneidad y cambiar. El resto se lo pedimos a ellos. (Erickson, como se cito en O`Hanlon, 1993. p. 30).

“El terapeuta es quien se por guiar al paciente para que haga surgir en su interior otras voces que instauren otras formas de conversación. [...] sólo es cuestión] de concebir el teatro de la terapia como el espacio de un dialogo, que a través, de su propia evolución, lleva al paciente hacia el cambio” (Gergen, 2006, p. 12).

6. REFERENCIAS

REFERENCIAS

- About virología desde la investigación a la realidad. (2003). Indetectable. [Folleto].
- Alarcón, D. y Ponce de León, S. (2003). *El SIDA en México. 20 años de la epidemia*. México: El colegio Nacional
- Almanza, A. (2011). *Narrativas acerca del VIH: la mirada del paciente y su red social*. Tesis de Doctorado. UNAM. Programa de maestría y doctorado en psicología. Psicología de la salud.
- Alonso, D. y De Prado, A. (2009). *Adherencia terapéutica: programa para mejorar la calidad de vida. Tesis de licenciatura*. FES- Iztacala. UNAM.
- Anderson, T. (1987). *El equipo de reflexión: dialogo y metadiálogo en el trabajo clínico*. España: Gedisa
- Arrivillaga, M., Correa, D., Varela, M., Holguín, L., Tovar, G. (2006). Variables psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA: un estudio correlacional. *Universitas Psychologica*. 2 (3). 659 - 667,
- Arrivillaga, M. (2010). Análisis de las barreras para la adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/sida: cuestión de derechos de salud. *Salud pública de México*. 52 (4). 350-356
- Arrondo V., Sainz E.M., Sanz, I., y Lecumberri, V. (2009). Factores relacionados con la adherencia en pacientes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. *Elsevier España*. 33(1) 4-11
- Badial, F. (2011). *Adherencia al tratamiento antirretroviral en internos con infección por VIH de un centro de readaptación social de la ciudad de México*. Tesis Maestría. UNAM Programa de maestría en ciencias sociales.
- Bateson, G. (1976). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires, Argentina: Lohle-Lumen
- Barrios, M. S. (2008). *La violencia y la psicoterapia familiar*. Tesis de maestría. UNAM.
- Beltrán, L. (2002). La construcción de realidades alternativas en las integraciones verbales. Análisis de la conversación terapéutica. Tesis de Maestría. UNAM.

-
- Bernal, J. y De la Luz, C. (2004). *Construcción identitaria de un asesor en VIH, a partir de su diagnóstico como seropositivo*. Tesis de licenciatura. UNAM. FES-Iztacala
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.
- Caballero, T. (2010). *Estilos de afrontamiento en personas con VIH-SIDA: estudio de un caso y propuesta de intervención desde el enfoque centrado en la persona*. Tesis de licenciatura. UNAM. FES-Iztacala
- Campillo, M. (2009). *Terapia narrativa: auto-aprendizaje y co-aprendizaje grupal*. Jalapa: Publicaciones olin
- Campos, I. et al. (2005). Investigación biográfica-narrativa. *Revista electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*. 6 (2). 1-51
- Carey, M., Walther, S. y Russell, S. (2010). Lo ausente pero implícito-un mapa para apoyar el interrogatorio terapéutico. *Procesos psicológicos y sociales*. 6(1). 1-24
- Castillo, J. (2007). *Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. (VIH)*. Diplomado en psicología de la salud. Universidad de la Sabana.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. (2011). *VIH-SIDA en México 2011. Numeralia epidemiológica*. México: Secretaría de Salud. Recuperado en: <http://www.censida.salud.gob.mx/>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. (2012). *VIH-SIDA en México 2012*. México: Secretaría de Salud. Recuperado en: <http://www.censida.salud.gob.mx/>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. (2013). *Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 30 de junio de 2013*. Recuperado en: <http://www.censida.salud.gob.mx/>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. (2014). *Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 30 de septiembre de 2014*. Recuperado en: <http://www.censida.salud.gob.mx/>

-
- Cerna, X. y Pérez, J. (2005). *Intervención psicológica en pacientes con VIH-SIDA por medio de un taller educativo terapéutico*. Tesis Licenciatura. UNAM. FES-Iztacala
- Cobo, F. (2005). *Programa educativo para el conocimiento y prevención del SIDA*. México: Formación Alcalá
- Departamento de salud condado de Multnomah. (2012). "Mi carga viral de VIH es indetectable" ¿Qué significa eso?. [Folleto].
- Echeverría, et al. (2007). Efecto de la terapia antiretroviral de gran actividad (TARGA) en pacientes enrolados en un hospital público en Lima-Perú. *Revista Médica Hered.* 18 (4). 184-191
- Enriquez, O. y Manterola, M. (2011). *Adherencia al tratamiento médico y calidad de vida en personas que viven con VIH*. Tesis licenciatura. UNAM.FES Iztacala
- Escalante, M. y Gudiño, E. (2012). *El videojuego como estrategia para informar acerca del VIH-SIDA, en niños de nivel primaria*. Tesis de Licenciatura. UNAM. Facultad de Psicología
- Díaz, I. (2003). Terapia familiar con personas afectadas por el VIH/SIDA como parte de un modelo multidisciplinario. *Revista internacional de psicología.* 4 (1). 1-16
- Fernández, A. (2013). *Creando medios narrativos para re-escribir la historia de SIDA en las personas*. Tesis de maestría. Universidad Latina de México. Campus Celaya. Guanajuato
- García, C. (2011). Indicadores de enfermedades mentales en pacientes mexicanos con VIH/SIDA y su relación con la adherencia terapéutica. *Actualidades en psicología.* 25 (1). 37-55
- Ginarte, Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista cubana medica general integral* 17(5). 502-505
- Govea, V. y Vera, L. (2009). *La versatilidad biográfica como tradición cualitativa de investigación. Biografía, autobiografía, historia oral e historia de vida*. España: Departamento de Tecnología y Práctica
- Knobel, H. et al. (2000) Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para Manejar la adherencia en el tratamiento antirretroviral. *EnfermInfecc Microbiol Clin.* 18 (2) 93-109

- Lamotte, J. (2004). Infección-enfermedad por VIH-SIDA. *MEDISAN*. 8 (4). 49-63
- Lazcano, A. y Ponce de León, S. (2009). La evolución de SIDA: una suma de evidencias. En Cordoba, J.A., Ponce de León, S. y Valdespino J.L. (2009). *25 años de SIDA en México, logros, desaciertos y retos*. México: Instituto Nacional de Salud Pública
- Lucía, I. (2012). La investigación biográfico-narrativa o el desafío de descolonizar nuestra mirada. *Revista de Educación*. (4), 89-100.
- Magis,C., Bravo, E., Gayet, C., Rivera, P. y De Luca, M. (2008) El VIH y el SIDA en México al 2008. *Hallazgos, tendencias y reflexiones*. México: Ángulos del SIDA
- Marguiles, S., Barberl, N. y Recorder, M. (2006). VIH- SIDA y “adherencia” al tratamiento. *Enfoques y perspectivas*. (3). 281-300
- Martin, L. y Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*. 14 (1). 89-99
- Martínez, P., Ruiz, A. y Rosenberg, A. (2011) Concepto de muerte en niños sanos e infectados por VIH/SIDA. *Enseñanza e investigación el psicología*. 18 (2). 357-374
- Méndez, N. y Pescador, A. (2006). *Discursos dominantes en la vida de las personas y su manejo en terapia narrativa*. Tesis de licenciatura. FES-Zaragoza. UNAM
- Mohedano, J. (2012). *Campaña de cambios sociales sobre Bareback, para la prevención de VIH-SIDA en la población de NSN. Caso específico Tom’sLeather Bar*. Tesis de Licenciatura. UNAM. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales
- Montoya, E. (2009). *Adherencia terapéutica en enfermos crónicos*. TesinaLicenciatura. UNAM.FES-Iztacala.
- Morgan, A. (2005). *What is narrative therapy?*Australia: Ed. Dulwich Centre Publications
- Morillo, V., Jiménez, R. y González. A. (2012). Perspectiva multidisciplinaria del apoyo a la adherencia antirretroviral en Andalucía. *ElsevierEspaña*36(5). 410-423
- Navarro, J y Beyebach, M (1994). *Avances en la terapia sistémica*.Barcelona: Paidos.
- Norrick, N. (2000). On the Organization of Corrective Exchanges in Conversation.*Journal of Praamatics*. 16, 59-83

- O`Hanlon, W. (1993). *Raíces profundas. Principios básicos de terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Barcelona: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Washington: Organización Panamericana de la Salud
- Patronato de libertadores (2014) VIH-todo desde un punto de vista. [Folleto]
- Pacheco, K. (2009). *Intervención en crisis para familiares de pacientes con VIH-SIDA*. Tesis de licenciatura. UNAM. FES-Zaragoza
- Pinto, B. y Claros, F. (2014). Terapia centrada en soluciones y adherencia al tratamiento de epilepsia infantil en una familia Aymara. *AJAYU*. 8. (1). 1-19
- Pomerantz, A. y Fehr, B. (2000). Análisis de la conversación: enfoque del estudio de la acción social como prácticas de producción de sentido. En: van Dijk, Teun A. Comp. (2000): *El discurso como estructura y proceso*. Barcelona: Gedisa. pp.101-139
- Ponce de León, S. (2011). *Inicio de la epidemia*. En Flores, M. (2011). *30 años del VIH-SIDA. Perspectivas desde México*. México: Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas. pp. 13-17
- Potter, J. (1998). *La representación de la realidad*. Discurso, retórica y construcción social. Barcelona: Paidós.
- Ramos, B. (2010). *La consejería y el VIH-SIDA en el contexto intercultural de la Huasteca Hidalguense*. Tesis de licenciatura. Centro universitario "Vasco de Quiroga" de Huejutla A.C.
- Ramírez, A. (2008). *Estigma y discriminación a personas con VIH*. México: CONAPRED
- Rendón, A. (2013). *Prevención del VIH en comunidades indígenas de la sierra norte de Puebla*. Tesina de licenciatura. UNAM. Facultad de psicología
- Ruiz, A., Enriquez, L.y Hoyos, P. (2009). Adherencia al tratamiento en niñas y niños con VIH. *Pensamiento Psicológico*. 5 (12). 175-190
- Rodríguez, M. (2009). *Adherencia y aspectos psicológicos en pacientes adultos infectados por el VIH con prolongada exposición a tratamiento antirretroviral*. Tesis de doctorado. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Russell, S. y Carey, M. (2003) *Narrative Therapy: Responding to your questions*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications

-
- Russell, S. y Carey, M. (2003). *Re-Authoring: Some answers to commonly asked questions*. The International Journal of Narrative Therapy and Community Work. Australia: Ed. Dulwich Center Publications.
- Saavedra, K. (2007). *Psicología, salud y adherencia terapéutica*. Reporte de investigación. FES Iztacala.
- Sánchez, M. (2010). *Adherencia a tratamientos antirretrovirales simples en una o dos tomas diarias*. Tesis de Doctorado. Universidad Complutense de Madrid
- Sánchez, S. y González, J. (2002). *El bienestar del paciente seropositivo al VIH/SIDA*. México: Faculta de psicología, UNAM
- Sevilla, M. y Álvarez, L. (2012). La enfermedad del SIDA: un estudio antropológico desde la perspectiva del discurso. *Cuicuilco*. 9 (24). 190-216
- Soria, T., Vega, Z., Nava Q. y Saavedra K. (2011). Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *Revista electrónica de FES-Iztacala, México*. 17(2). 223-230
- Soto, L., Quiroz, L., Andrade, J., Jauregui, M., Calva, J., Mozqueda, J. et. Al. (2012) *Guía de manejo antiretroviral de las personas con VIH*. Distrito Federal: CENSIDA.
- Toledano J., Avila J., García J. y Gómez, H. (2008). Determinantes de adherencia terapéutica y control metabólico en pacientes ambulatorios con Diabetes mellitus tipo 2. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*. 39 (4). 9-17
- Tuson, A. (2002). El análisis de la conversación: entre la estructura y el sentido. *Estudios de Sociolingüística* 3(1). 133-153
- Tzompantzi, N. (2013). *Psicoterapia cognitivo-conductual para pacientes que padecen VIH-SIDA atendidas en el sistema de Atención Integral (SAI) del Estado de Tlaxcala*. Tesis de Licenciatura. UNAM. FES-Iztacala
- Uribe, L. (2010). *Externalización*. Publicado por terapia narrativa Coyoacán. Recuperado en: <http://terapiannarrativacoyoacan.blogspot.mx>
- Varela, M. T., Salazar, I. C. y Correa, D. (2007). Adherencia al tratamiento en VIH/SIDA: un estudio de revisión. En Memorias del III Congreso de Psicología Cognitivo Conductual, Cali, Colombia.

-
- Varela, T., Salazar, I., y Correa, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta colombiana de psicología* 11 (2). 101-113
- Vargas, J. y Cervantes, M. (2009). Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos. *Psicología y Salud*. 19 (2). 215-221
- Velazco, A. y Lazcano, A. (2009). Origen y evolución del VIH. En Cordoba, J.A., Ponce de León, S. y Valdespino J. (2009). *25 años de SIDA en México, logros, desaciertos y retos*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. pp. 123-134
- Villaseor, A., Caballero, R., Hidalgo, A. y Santos, J. (2003). Conocimientos objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. *Salud pública de México*. 45 (1). 73-80
- Vinaccia, A., Fernández, H., Quiceno, J., López, M. y Otaivarao, C. (2008). Calidad de Vida relacionada con la salud y apoyo social funcional en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. *Terapia psicología*. 26 (1). 125-132
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Buenos Aires: Paidós
- White, M. (1994). *Guías para na terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa
- White, M. (1995) *Re-Authoring Lives: Interviews and Essays*. Adelaide, South Australia. Dulwich Centre Publications.
- White, M. (2002a). *Nota del taller*. Publicado en Dulwich Center Publications.
- White, M. (2002b). El de trabajo con el equipo de reflexión como ceremonia de definición. En White, M. (2002). *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa. pp. 175-200.
- White, M. (2002c). Ceremonia de definion. En White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa. pp. 124-149
- White, M. (2004). *El trabajo con personas que sufren las consecuencias del trauma múltiple: desde la perspectiva narrativa*. (Traducido por Díaz Rubín en Blog Terapia Narrativa Coyoacán). The International Journal of Narrative Therapy and Community Work, No 1. Recuperado en: <http://terapiannarrativacoyoacan.blogspot.mx>
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: W.W. Norton & Company

7. ANEXOS

Anexo 1

La lista que se presenta a continuación incluye la mayoría de los símbolos propuestos por Jefferson para la elaboración de transcripciones.

Se <u>largó entonces</u>	Indica palabras que son acentuadas por el hablante
Ah::: entonces	Marcan la prolongación del sonido inmediatamente anterior, cuantos más haya mayor es la prolongación
↑Muy bi↓en	Indican subidas o bajadas marcadas por la entonación
Qué?	Indica una entonación interrogativa, no existe una correspondencia necesaria con expresiones que los participantes tratan como preguntas
.	Marca una entonación completa, no necesariamente un punto gramatical
,	Indica que hay una pausa tipo coma
Gra-gracias	Un guion marca una finalización brusca y perceptible de una palabra o sonido
[]	Marcan una superponían en el habla
=	Marca un cambio de turno sin interrupción
(0.5)	Marcan la duración de una pausa en décimas de segundo
(.)	Indica una pausa audible pero demasiado breve para medir
°aja°	Marcan expresiones más silenciosas que el habla circundante
MAYÚSCULAS	Marcan expresiones más sonoras que el habla circundante
()	Se colocan cuando se no se sabe de lo que se dijo
((risas))	Se usan para colocar comentarios clarificatorios
[...]	Maraca la omisión de material