



UNIVERSIDAD SALESIANA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

“EL VIH DESDE UNA PERSPECTIVA BIOPSICOSOCIAL:

PROPUESTA DE UN TALLER PSICOEDUCATIVO”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

L I C E N C I A D A E N P S I C O L O G Í A

P R E S E N T A :

L I L I A R E B E C A S Á N C H E Z P É R E Z

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. BLANCA LEONOR ARANDA BOYZO

MÉXICO, D. F.

SEPTIEMBRE 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.

Agradecimientos

A mi papá. Desde donde esté, sigue haciéndose presente en cada una de las nuevas etapas de mi vida, no importa si se trata de mi desarrollo profesional o personal.

A mi Nona, que siempre fue mi cómplice y me permitió ser grande desde chiquita.

A mi mamá y mis hermanos por motivarme a ser una mejor persona y a dar lo mejor de mí siempre. La vida, como nos tocó vivirla, me ha hecho ser quién soy y sin eso, no estaría en este punto. Los amo siempre.

A mi novio, Arturo, que me acompaña desde hace tantos años. Gracias por siempre confiar en que lograría todo lo que quisiera, por acompañarme en todo lo que necesité y por seguir dando todo para que sea feliz.

A mis tías Paty y Rosa María por apoyarme desde que decidí estudiar Psicología aunque no sabía muy bien cómo iba a lograrlo. A mi abuelo Miguel y a Eli por darme el apoyo y la contención que necesitaba para sentirme satisfecha en todas las esferas de mi vida aunque no tuvieran porqué hacerlo. Con su soporte cumplí mis metas y me propuse objetivos nuevos.

A mis amigos y amigas que me apoyaron todas las veces que cambié el tema de mi tesis, los que comprendieron por qué no la terminaba, los que me animaban en los momentos más estresantes y los que escucharon mis quejas aportando ideas importantes hasta que llegué a lo que realmente me gusta.

A todos los profesores que compartieron sus conocimientos conmigo, incluso más allá del aula y dedicaron tiempo y esfuerzo en revisar mis trabajos, corregir mis errores y motivarme para buscar algo más que aprender.

A La Casa de la Sal A.C. por la oportunidad de participar en sus programas, en especial a Soco por abrirme las puertas, transmitirme todo su conocimiento y confiar en mis habilidades. Mel, muchas gracias por todas las aventuras y aprendizajes dentro y fuera de la carrera.

A todas las oportunidades que me han llegado, por los colegas que he conocido,
por los pacientes que han confiado y trabajado para ser más felices.

A todo lo que ha pasado y lo que falta por llegar.

No cambiaría nada de lo que he vivido.

¡Gracias!

Índice

Agradecimientos.....	II
RESUMEN	IV
INTRODUCCIÓN	V
CAPÍTULO 1 VIH/SIDA.....	1
1.1 VIH/SIDA	1
1.2 FASES DEL VIH/SIDA	5
1.3 VÍAS DE TRANSMISIÓN	9
1.4 Tratamiento Antirretroviral (TARV).....	13
CAPÍTULO 2 APEGO AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL.....	16
2.1 Importancia del apego al tratamiento	16
2.2 Factores Psicosociales que intervienen en el apego al tratamiento	19
2.2.1 Motivación.....	21
2.2.2 Redes de apoyo.....	31
2.2.2.1 Definición y funciones de la familia	32
2.2.2.2 Tipos de familia.....	37
2.2.2.3 Salud mental	41
Capítulo 3 Terapia de grupo.....	44
3.4 Historia de la Psicoterapia de grupo.....	44
3.4.3 Tipos de grupo	48
CAPÍTULO 4 PROPUESTA DE TRABAJO.....	59
4.1 Descripción de proyecto	59
CONCLUSIÓN	81
BIBLIOGRAFÍA	86

RESUMEN

El VIH es una enfermedad que ha tenido grandes avances en lo que respecta a la medicina. A lo largo de los últimos años han llevado distintas investigaciones que dieron a conocer los orígenes del virus así como las diferentes vías de transmisión. También se han logrado avances respecto al Tratamiento Antirretroviral (TARV) logrando que las personas que viven con el virus puedan llevar una vida libre de enfermedades oportunistas.

En el aspecto BioPsicoSocial, esta enfermedad presenta mayores retos ya que continúa rodeada de diversos mitos que impiden el apego al TARV aumentando el número de casos de SIDA, es por eso que en la presente investigación se hace un recorrido por los antecedentes del VIH-SIDA y TARV para, posteriormente, poder hablar sobre los factores que influyen en el apego de éste último, como son: la teoría de la motivación de Abraham Maslow, redes de apoyo, familia (definición y tipos de familia) y la participación de la salud mental.

Finalmente, se propone un taller psicoeducativo enfocado a fomentar el apego al tratamiento. Este taller está pensado para asociaciones que atienden poblaciones fluctuantes en número, género y nivel socioeconómico por lo que se presenta como un taller flexible que puede adaptarse a las necesidades de participantes, ponentes y asociaciones.

INTRODUCCIÓN

Actualmente el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida continua rodeado de una gran cantidad de mitos y prejuicios provocando que las personas portadoras no posean la información y se abstengan del tratamiento médico correcto así como del apoyo terapéutico que ofrecen diversas instituciones públicas y privadas.

Cuando se habla sobre “Tipos de transmisión” se reconocen tres vías: a) Vía sexual, b) Vía sanguínea y c) Vía perinatal siendo la primera aquella que más se conoce y por lo tanto la que genera una gran cantidad de mitos alrededor del virus.

Como se sabe, hasta el momento no existe una cura para el VIH/SIDA, sin embargo, existe una amplia variedad de tratamientos antirretrovirales que combinan diferentes medicamentos enfocados en controlar la propagación del virus dentro del cuerpo así como proteger y elevar los anticuerpos con la finalidad de evitar la aparición del SIDA y las enfermedades oportunistas que son las que realmente pueden acabar con la vida de los portadores.

La poca adherencia al tratamiento y por lo tanto la aparición de enfermedades oportunistas, representa un problema grave para el sistema de salud contribuyendo a la propagación del virus.

Retomando el impacto de los mitos alrededor del VIH/SIDA, cabe mencionar que las relaciones interpersonales de los pacientes portadores también se ven seriamente afectadas y difícilmente reciben el apoyo necesario para aprender a vivir con el virus. La desintegración familiar, ya sea con los padres, con la pareja sentimental o bien el aislamiento social por parte de seres queridos y/o cercanos tiene su origen en pensamientos irracionales como que el VIH es un “castigo divino” o “es una enfermedad de promiscuos y homosexuales” o bien, “se contagia por la convivencia cotidiana”. El desgaste emocional que esto implica, también afecta la salud del paciente (como se explicará más adelante, la salud mental, también juega un papel importante en el tratamiento) y también impide que

la familia o personas cercanas, siendo las principales redes de apoyo, sepan cómo convivir con el VIH/SIDA.

Tomando en cuenta las necesidades de la población, se han creado distintas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales enfocadas a la difusión de información, medicamentos y apoyo psicológico para todas las personas que viven y conviven con VIH/SIDA de manera gratuita y es aquí donde la Psicología tiene un papel importante tanto en el manejo de la información así como la responsabilidad de fomentar espacios y proyectos que apoyen tanto a los pacientes como sus familiares para que puedan continuar de la mejor manera dicho padecimiento y eventualmente, detener la transmisión del virus.

Por tal motivo es que se presenta un programa de apoyo para todas aquellas personas que viven y/o conviven con el VIH/SIDA para lo cual se llevó a cabo una investigación documental sobre la enfermedad, sus orígenes, alternativas de tratamiento, necesidades y complicaciones. La Casa de la Sal A.C.¹ permitió que la presente investigación cuente con información completa sobre el virus así como los conocimientos sobre las necesidades más importantes de los pacientes, familiares y a nivel institucional permitiendo así que el proyecto tenga una base sólida y sea funcional para el cumplimiento del objetivo.

El proyecto consiste en un taller que a la par de brindar información, brinde apoyo psicológico a los participantes teniendo como objetivo principal la adherencia al tratamiento tomando en cuenta que este último involucra tanto salud física como salud mental por lo tanto, se dará más importancia a lo que se conoce como “redes de apoyo” (familia y personas cercanas), instituciones de apoyo gratuito, importancia del tratamiento antirretroviral (así como las consecuencias de no seguirlo), la realidad acerca del VIH/SIDA y finalmente lo relacionado a la salud mental y emocional como estrés, autoestima, derechos humanos (relacionados con el VIH/SIDA), comunicación, familia y sexualidad.

¹ La Casa de la Sal, A.C. es una asociación mexicana no lucrativa, constituida el 9 de diciembre de 1986. Su labor consiste en dar orientación, apoyo emocional y compañía a niños, niñas, adolescentes y adultos, que viven con VIH o SIDA.

Para la realización del taller se retomaron fundamentos básicos de la terapia de grupo, teoría de la motivación de Abraham Maslow y terapia familiar así como el trabajo previamente elaborado en La Casa de la Sal A.C. sobre autoayuda y redes de apoyo.

Conociendo las necesidades institucionales, el taller se realizó con un enfoque de Psicoeducación continua que permite la integración de participantes en cualquier sesión sin importar género, edad o nivel educativo por lo tanto el resultado es un programa de apoyo funcional, flexible que mejore la calidad de vida de los participantes.

CAPITULO 1 VIH/SIDA

1.1 VIH/SIDA

A pesar de todas las investigaciones sobre el origen del VIH/SIDA no se ha podido establecer el origen del mismo, sin embargo en 1998 el Aaron Diamond Center of New York publica que durante una investigación a cargo del Dr. David Ho, se encontró una muestra de sangre tomada en 1959 que pertenecía a un habitante del Congo Belga misma que dio positivo al VIH/SIDA por lo que se estima que el virus tiene su origen en África y al ser el caso autenticado más antiguo sugiere que la transmisión de la enfermedad entre humanos comenzó poco antes de dicho año. Algunos años después, se descubrió que este virus fue transmitido de los simios a los humanos por zoonosis ².

Hasta finales de los 70 y principios de los 80 es que se encuentran casos de enfermedades que se podían diagnosticar retrospectivamente como SIDA, estos fueron, en su mayoría varones homosexuales, usuarios de drogas intravenosas resididos en Nueva York, entre los que se encontraban norteamericanos y haitianos mientras que los primeros casos reconocidos en heterosexuales, hombres y mujeres fueron africanos y africanas resididos en Bélgica durante la misma década. (Sepúlveda-Amor J; Bronfman-Pertzovsky M; Ruíz-Palacios G M; Stanislavsky-Milian E C; Valdespino-Gómez J L, 1989)

En 1975 se desarrolló la prueba Western-Blot como parte de una investigación de la Universidad de Standford y en 1985, se determina la prueba ELISA (Anticuerpo Inmunoabsorbente Eslabonado Enzimático) la cual detecta el anticuerpo del VIH en menos tiempo.

Por todas las especulaciones sobre el origen del VIH/SIDA, así como la población tan estigmatizada donde se encontraron los primeros casos y el poco tiempo en el que la enfermedad se ha vuelto una pandemia, se han logrado enormes avances entorno al mismo.

² "Todas las enfermedades o infecciones en que pueda existir relación animales vertebrados- hombre o viceversa, bien sea directamente o a través del medio ambiente, incluidos portadores, reservorios y vectores" (OMS,1978)

Según la OMS, “El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH.” Por otro lado, “El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia" (ONU, 2010)

El Virus de Inmunodeficiencia Humana puede permanecer en el organismo sin producir síntomas, una vez detectado el virus, se dice que el paciente es “seropositivo”³ y puede infectar a otras personas; La seropositividad no es sinónimo de padecer SIDA, pues como se describió anteriormente, el SIDA es la última fase en la que el sistema inmunológico del paciente ya se encuentra deteriorado.

Aunque en un principio el VIH/SIDA se presentaba en grupos específicos como homosexuales, usuarios de drogas y prostitutas, la transmisión se ha extendido y ahora es una posibilidad para cualquier persona, sin importar edad, género, nivel socioeconómico u ocupación.

En México, fue durante el año de 1983 en que se detectó la existencia de esta enfermedad, fueron pocos los casos que para este tiempo habían aparecido, todos en personas cuyo contagio había ocurrido fuera del país y en ese momento nadie podía anticipar las características y consecuencias de esta pandemia de proporciones tan severas (Córdova Villalobos, J.A, Ponce de León Rosales, S., Valdespino, J.S., 2009)

El Centro Nacional Para la Prevención el Control del VIH y el SIDA (CONASIDA) que es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, creado por decreto presidencial en 1988 para organizar y coordinar las acciones de todos los sectores que luchan contra el VIH/SIDA, describe en el informe anual del 2014 que en

³ “Aquellas personas que fueron sometidas a pruebas de VIH y resultaron positivas, este término se deriva de: suero y positivo” CENSIDA, 1992

México se registraron 5,679 casos nuevos diagnosticados de VIH y SIDA notificados lo cual representa un gran avance para el sector de salud ya que en 2013 se registraron 10,536 nuevos casos igualmente diagnosticados.

Sin embargo, para que este decremento suceda, primero existió un gran aumento en la aparición de nuevos casos. En la siguiente tabla se muestran los nuevos casos diagnosticados y notificados en México entre 1983 y 2014 con la intención de mostrar la importancia del trabajo que se hace a nivel institucional respecto a la difusión de información y atención del VIH/SIDA.

Año	Notificados	Diagnosticados
1983	6	66
1984	6	195
1985	28	366
1986	243	709
1987	508	1,597
1988	897	2,195
1989	1,584	2,846
1990	2,564	3,710
1991	3,116	3,881
1992	3,152	4,365
1993	4,964	4,519
1994	3,994	5,066
1995	4,091	5,566
1996	4,107	5,908
1997	3,576	6,118
1998	4,635	6,762
1999	4,258	8,860
2000	4,667	8,693
2001	4,147	8,612
2002	13,476	8,479

2003	7,025	8,349
2004	22,037	8,373
2005	8,650	8,668
2006	7,774	8,784
2007	7,655	7,877
2008	12,354	7,403
2009	8,921	6,987
2010	8,499	7,122
2011	7,661	6,028
2012	6,952	5,816
2013	7,157	5,449
2014	3,550	2,785
Total	172,254	172,254

Fuente: SUIVE/DGE/SS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH y SIDA, CENSIDA, 2014.

Como puede observarse, han existido años en los que se presenta un crecimiento exponencial en el número de nuevos casos y por otro lado, también se presenta un decremento en el número de casos durante los últimos años.

Se considera que este incremento o decremento está relacionado con la aparición de instituciones y organismos que se han enfocado en la investigación, prevención, atención y difusión de información sobre VIH/SIDA que incluyen diversas campañas públicas, información interna dentro de hospitales, escuelas y oficinas, promoción de uso correcto de preservativos y a su vez, el trabajo multidisciplinario que abarca áreas como Medicina, Psicología, Antropología, Trabajo social, etc.

1.2 FASES DEL VIH/SIDA

Como se mencionó anteriormente, el virus de inmunodeficiencia humana, ataca principalmente a las células del cuerpo que evitan que se contraiga alguna infección, estas se llaman CD4 y son parte del sistema inmunológico.

En la mayoría de las personas saludables y no infectadas con VIH/SIDA el número de células es aproximadamente de 1000, esta cantidad es importante ya que si baja a 500 es hora de considerar seriamente un tratamiento antirretroviral (Carole, J. 1994)

La persona portadora del VIH se considera infectada mas no enferma; cuando empieza a manifestar síntomas, se sabe que ya ha desarrollado SIDA, este periodo varía dependiendo de cada persona y las condiciones de salud que presente. Parte del tratamiento antirretroviral consta de hacer cambios en el estilo de vida del portador para reforzar su sistema inmunológico.

La Asociación Panamericana de la Salud (1999 a) considera que existen cuatro fases por las que puede pasar un paciente con VIH/SIDA:

- a) Periodo de ventana
- b) Periodo asintomático
- c) Periodo sintomático temprano y medio
- d) SIDA

El periodo de ventana se refiere al tiempo que una persona infectada tarda en reaccionar al virus y generar anticuerpos, es decir se realiza una conversión serológica (De aquí proviene el término “Seropositivo”)

A pesar de la indetectabilidad del virus en esta fase, el portador puede tener niveles muy altos de VIH (carga viral) porque en este periodo, el VIH llega hasta los ganglios linfáticos, posteriormente comienza a replicarse para, finalmente, liberarse en el torrente sanguíneo, fluidos sexuales o leche materna, además, durante las primeras dos semanas, el nuevo portador, puede presentar síntomas similares a los de un resfriado dicha confusión de síntomas genera que no exista

atención médica adecuada, además, a partir de este momento, el portador ya puede contagiar el virus.

Generalmente, el VIH es indetectable durante los primeros tres meses después de la exposición al virus (tiempo que tarda el virus en replicarse lo suficiente para aumentar la carga viral), por lo tanto es recomendable esperar este tiempo para realizar una prueba ELISA y así no obtener un resultado falsamente negativo⁴.

Durante la etapa asintomática, el portador puede presentar inflamación en ganglios linfáticos⁵ pero además de eso, no existe ninguna sintomatología que pueda indicar la presencia del virus a menos que se realice la prueba ELISA.

A pesar del aparente buen estado de salud, el VIH comienza a debilitar el sistema inmunológico; Para algunas personas, esto puede tardar varios años pero en la mayoría de los casos, se presenta un repentino descenso de CD4 y un aumento elevado del virus. Dependiendo del caso, esta etapa puede durar entre tres y diez años.

Si la persona es notificada sobre la enfermedad en esta fase, es importante que comience un tratamiento completo (Tratamiento Antirretroviral o TARV y un cambio en el estilo de vida) para controlar el virus y no sea necesario llegar a una fase más avanzada, permitiendo que su salud sea constante tanto física como emocionalmente. De aquí en adelante, los estudios clínicos pertinentes son Recuento de CD4 y carga viral. También es importante descartar alguna otra enfermedad de transmisión sexual asociada a las relaciones sexuales sin protección.

Cuando la persona ha alcanzado la etapa sintomática temprana o media, sus sistema inmunológico ya se encuentra considerablemente afectado, es decir, que los CD4 han descendido a 275 mientras que la carga viral ha aumentado a 35,000 por lo que el TARV es indispensable.

⁴ Si el resultado es positivo, entonces se confirma con la prueba Western Boldt.

⁵ Actualmente, cuando se presenta este tipo de inflamación, los centros de salud recomiendan realizar una prueba ELISA para descartar la presencia de VIH.

Al inicio de esta etapa, pueden presentarse síntomas como:

- Erupciones en la piel
- Fatiga
- Sudores nocturnos
- Pérdida de peso
- Úlceras en la boca
- Infecciones por hongos en la piel y en la uñas

Conforme la etapa avanza (de temprana a media) las enfermedades y los síntomas comienzan a complicarse sin dejar de poder asociarse a otras enfermedades por lo que muchas veces no existe un diagnóstico para VIH. Los síntomas para la etapa media incluyen:

- Candidiasis oral o vaginal crónica
- Lesiones herpéticas recurrentes en la boca o en los genitales
- Fiebres continuas
- Diarrea persistente
- Pérdida significativa de peso

La última etapa o SIDA, se caracteriza por un enorme deterioro del sistema inmunológico, por lo que cualquier enfermedad se vuelve más seria además de la aparición de enfermedades oportunistas, mismas que solo afectan bajo ciertas condiciones (como inmunodeficiencia). Ya que todo depende de la enfermedad oportunista que se presente, no existen características específicas de esta etapa más que la dificultad para reponerse que presenta el sistema inmune. Aunque el SIDA es un padecimiento crónico y grave que amenaza la salud del paciente , es posible encontrar una mejora si hay un apego correcto al TARV.

Así mismo, la Organización Panamericana de la Salud (1999 b), reporta que las enfermedades oportunistas más frecuentes son:

- Pneumocistis Jiroveci

- Cándidosis Oral
- Vaginosiis por Cándida
- Esofagitiis por Cándida
- Histoplasmosiis Diseminada
- Coccidioidomicosis Diseminada
- Criptococosis Meníngea
- Tuberculosis
- Herpes Muco-Cutáneo Crónico
- Herpes Zoster
- Retinitis por Citomegalovirus (CMV)
- Síndrome Diarréico

1.3 VÍAS DE TRANSMISIÓN

El VIH-SIDA, como se ha mencionado anteriormente, es uno de los acontecimientos médicos más importantes en los últimos años, que a su vez, ha causado infinidad de investigaciones y discusiones en cuanto al tratamiento y tipos de transmisión.

En cuanto a los tipos de transmisión, se han desmentido algunas teorías, por ejemplo, la posibilidad de transmisión por el contacto cotidiano o el intercambio de saliva, así se concluyó que existen tres vías de transmisión que puede afectar a cualquier persona sin importar edad, sexo, posición social, raza o preferencia sexual.

Esta información es muy importante porque desmitifica que el VIH/SIDA solo afecta a cierta población, como se pensaba en un principio y alerta a toda la población para que tenga las precauciones pertinentes.

Las vías de transmisión son:

- a) Vía sexual
- b) Vía sanguínea
- c) Vía perinatal

La transmisión por vía sexual, ocurre cuando se mantienen relaciones sexuales de alto riesgo, es decir, con una persona ya infectada y sin el uso de un preservativo y en la que haya existido intercambio de fluidos corporales como sangre, semen, líquido preeyaculatorio y/o lubricante vaginal.

Para evitar la transmisión por esta vía, se sugieren una serie de precauciones, como tener relaciones sexuales con una sola pareja que no sea portadora y descartar los encuentros casuales con desconocidos sin protección.

Por otro lado, las instituciones que trabajan en la prevención del VIH/SIDA, como CONASIDA, recomiendan el uso de preservativos sin importar que se tenga una pareja estable, “sexo protegido”, así como el “sexo seguro” que significa evitar el intercambio de fluidos corporales, es decir, sin penetración.

La transmisión por vía sanguínea, puede ser a través de transfusiones de sangre contaminada por VIH, mediante el transplante de un órgano contaminado, al usar agujas o por pinchaduras accidentales en las que se la sangre contaminada entra al organismo, más no porque la sangre caiga sobre la piel.

Esta vía de transmisión fue la causa más frecuente de infección en nuestro país ya que no existía ningún control en bancos de sangre. Gracias a eso, actualmente existe la “NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-253- SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos” (SEGOB,2012) la cual obliga a los bancos de sangre y hospitales a analizar toda la sangre que se utiliza para transfusiones o cirugías y también otorga a los pacientes y familiares, el derecho a exigir “sangre segura” (analizada) así como agujas y jeringas desechables.

La forma de evitar la transmisión por esta vía es exigir el sello “sangre segura” en los hospitales, no compartir agujas o jeringas bajo ninguna circunstancia y evitar el contacto con sangre si existe alguna herida abierta en la piel, usar guantes de látex si se necesita manipular sangre y mantener higiene y limpieza en lugares donde se encuentran pacientes con VIH/SIDA.

La transmisión por vía perinatal ocurre cuando una mujer está embarazada y es portadora del VIH/SIDA, el contagio ocurre durante el parto, ya que el bebé tiene contacto directo con sangre y lubricante vaginal, por lo que se recomienda que todas las mujeres que pudieran haber estado expuestas al virus consulten a su médico para realizar la prueba de ELISA y de ser positiva, comenzar el TARV y posterior al parto, continuar con los cuidados necesarios tanto para la mamá como para el bebé así como evitar totalmente la lactancia.

En la siguiente figura se muestran las vías de contagio así como los cinco fluidos corporales en los que se encuentra el VIH, forma de prevención así como las precauciones universales que ayudan a la misma causa:

Transmisión VIH/SIDA			
Vía	Fluido	Prevención	Precauciones
Sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Lubricante vaginal • Líquido preeyaculatorio • Semen 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo seguro • Sexo protegido • Abstinencia sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso correcto de preservativo • Prueba ELISA
Sanguínea	<ul style="list-style-type: none"> • Sangre 	<ul style="list-style-type: none"> • Exigir sello "Sangre segura" 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar material quirúrgico limpio • Utilizar guantes • No compartir agujas
Perinatal	<ul style="list-style-type: none"> • Leche materna • Sangre y lubricante vaginal 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar lactancia • ELISA 	<ul style="list-style-type: none"> • Profilaxis pre y post parto

Es importante destacar que se ha comprobado que el VIH/SIDA no se contagia por:

- a) Contacto cotidiano
- b) Besos, abrazos o caricias
- c) Compartir utensilios personales (excepto cepillo de dientes) o de cocina
- d) Albercas

e) Picaduras de insectos

Esto invita a reflexionar que no hay que tener miedo al estar en contacto o estar cerca de una persona portadora del virus, pero sí hay que generar conciencia en los cuidadores sobre la importancia de la higiene y limpieza así como del uso de guantes de látex y cloro (para los utensilios) en caso de atender alguna herida en casa. También es recomendable mantener los espacios ventilados, sobre todo para evitar acumulación de gérmenes que puedan promover alguna enfermedad en la persona que vive con VIH.

Por otro lado, estudios epidemiológicos realizados en otros países, informan que rara vez o nunca se ha transmitido la infección por contacto superficial. (EPI-CONASIDA, 1993)

1.4 Tratamiento Antirretroviral (TARV)

De manera sencilla, se puede decir que la reproducción del VIH comienza cuando este entra en una célula y como es un retrovirus, su información está guardada en una hélice simple (ARN) y no en el ADN por lo tanto, el VIH utiliza una enzima llamada Transcriptasa reversa para convertir su ARN en ADN. Ya que esto sucede, el ADN del VIH entra al núcleo de la CD4 y “ordena” hacer muchas copias del virus original. Posteriormente, se ensamblan nuevas partículas del virus y salen de la célula listas para infectar a otros CD4. En este proceso, el CD4 infectado “se muere” por eso es que el sistema inmunológico comienza a deteriorarse.

Los objetivos del TARV son disminuir la cantidad de virus en la sangre y aumentar los CD4 para ofrecer al paciente una vida más larga y libre de enfermedades oportunistas.

Este tratamiento también se enfoca en mantener la carga viral en un nivel indetectable (aunque esto no quiere decir que el virus quede eliminado del cuerpo) y necesita, por lo menos, tres medicamentos combinados que se enfoquen en las diferentes etapas de réplica del virus (aunque pueden utilizarse más) ya que puede generarse resistencia al tratamiento debido a que cuando el VIH se multiplica, muchas copias nuevas tienen mutaciones: son ligeramente diferentes del virus original pero con la combinación correcta de medicamentos el virus mutante tiene menos probabilidades de “escapar” y así toma muchos más tiempo para que el virus desarrolle alguna resistencia.

Existen tres principales tipos de medicamentos que se diferencian según su mecanismo de acción (INFOSIDA, 2015)

- Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTR):

La transcriptasa reversa es la enzima encargada de la replicación del VIH, por lo tanto este medicamento la inhibe y el VIH no puede replicarse (o bien la réplica es mínima) dentro de las células ya infectadas.

Los medicamentos más comunes en esta categoría son: Zidovudina (AZT), lamivudina (3TC), estavudina (d4T), didanosido (ddI), entre otros.

- Inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa (INNTR):

Estos son la nueva clase de medicamentos antirretrovirales y detienen la producción del VIH evitando la producción de transcriptasa inversa y previniendo la conversión del ARN en ADN. Se les llama no-nucleósidos porque, aunque actúan contra la transcriptasa inversa, actúan de una manera totalmente diferente. Los medicamentos ubicados en esta categoría son: nevirapina, efavirenz y delavirdina

- Inhibidores de proteasa (IP):

Los inhibidores de proteasa trabajan en la última etapa del ciclo de reproducción del virus. Impiden al VIH ensamblarse exitosamente y que sea liberado del CD4 infectado.

En esta clase se encuentran: indinavir, nelfinavir, lopinavir/ritonavir, entre otros.

El avance más reciente sobre medicamentos antirretrovirales son los Inhibidores de fusión y solo se utiliza en pacientes que han tenido resistencia a otras combinaciones. Es el único medicamento que se administra de forma subcutánea y las molestias solo se presentan en el sitio de la inyección.

Es importante mencionar que estos medicamentos tienen un costo muy elevado en farmacias especializadas aunque en hospitales públicos y asociaciones que trabajan para personas que viven con VIH/SIDA se pueden obtener en forma gratuita.

Se recomienda que las personas que deciden comenzar con el TARV tengan un médico de cabecera que mantenga un registro de la evolución de la enfermedad y que realice estudios periódicamente para evitar efectos tóxicos graves así como resistencia al tratamiento, sobretodo porque el éxito del tratamiento depende de no interrumpirlo, esto a veces ocurre porque los efectos secundarios son muy fuertes e incómodos para los pacientes. También deben realizarse conteos de CD4 cada determinado tiempo corroborar que el TARV sea efectivo.

Acompañando al TARV, el paciente debe iniciar un cambio importante en cuanto al estilo de vida que ha llevado hasta el momento de iniciar el tratamiento, esto representa un estilo de vida mucho más sano, con un horario fijo de comida y sueño, también debe estar pendiente de aspectos que normalmente no se

toman en cuenta como manejo de estrés, cambios bruscos de temperatura, vigilar la ingesta de ciertos alimentos, entre muchos otros factores que podrían hacer más complicada la adherencia al tratamiento. En los siguientes capítulos se explicará la importancia de la adherencia al tratamiento así como de la construcción de redes de apoyo.

CAPÍTULO 2 APEGO AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL

2.1 Importancia del apego al tratamiento

Por su definición, “Apego al tratamiento” se define como: : “El grado de interacción entre los servicios de salud y el usuario que contribuya al cumplimiento del tratamiento y las indicaciones terapéuticas para la Terapia Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA), en una comunidad determinada”.(Ministerio de Salud de la República del Perú, 2004). En esta definición resalta la gran responsabilidad que tienen los pacientes para hacer que el tratamiento funcione y pueda evitar la replicación del virus. Además, el apego al tratamiento ayuda a prevenir la transmisión sexual del virus y evitar “re contagios” entre las personas que ya son portadoras.

Ballester, R., Campos, A., García, S. y Reinoso, I. (2001) recuperan estadísticas que indican que solo el 48% de las personas que viven con VIH tienen un apego real al tratamiento logrando una carga viral indetectable mientras que el 44% suspenden el tratamiento y que el 8% restante lo hacen de forma intermitente.

Para que el tratamiento sea efectivo, necesita mantenerse en niveles altos en la sangre pues el virus está buscando constantemente un nuevo CD4 para poder replicarse, entonces, cuando no se realiza una de las tomas y el nivel de medicamento baja, el virus tiene un lapso de tiempo para infectar una gran cantidad de CD4, además, en esos lapsos sin suficiente medicamento, el virus comienza a mutar y por ende se genera resistencia al tratamiento lo cual no solo afecta al paciente sino que, si ese VIH llega a transmitirse, será más complicado para el nuevo portador tratarlo. Así se puede considerar que el apego al tratamiento no solo beneficia al paciente, también simboliza un deber social como con cualquier otro virus que pueda transmitirse.

Además de los fármacos, el apego al tratamiento antirretroviral, el paciente necesita involucrarse a nivel emocional, por ejemplo, aceptar el diagnóstico tomándolo como una nueva condición de vida no una sentencia de muerte que

necesita un tratamiento que le dará la oportunidad de seguir con sus actividades y mejorar su calidad de vida puesto que de ese momento en adelante tendrá mejores hábitos de alimentación, sueño, chequeos médicos y posiblemente pondrá más atención en su salud mental. Una vez que se tiene disposición para llevarlo a acabo, el paciente también necesita encontrar motivación, ya sea intrínseca o extrínseca y así continuar con el tratamiento a largo plazo.

CONASIDA reporta que en el caso de la infección por VIH, se considera que la adherencia al tratamiento es adecuada cuando es del 90-95%. Por debajo de esa cifra, no se puede garantizar que el tratamiento sea eficaz. Por eso es tan importante que el paciente siga el tratamiento correctamente.

Además de la perdida que un apego al tratamiento antirretroviral deficiente representa para los organismos de salud pública que proveen de manera gratuita todos los medicamentos, existen para el paciente consecuencias severas sobre su salud. En la Unidad de VIH/SIDA del Hospital Civil de Guadalajara, las consecuencias principales para el paciente son:

- a) Resistencia al tratamiento
- b) Efectos deletéreos sobre los CD4
- c) Hospitalización y muerte

La resistencia al tratamiento es” *la respuesta que ocurre naturalmente cuando cualquier microorganismo enfrenta una presión selectiva por parte de las drogas*” (Mulanovich, V. y Gutierrez, R. sin año) es el resultado de la mutación del VIH causada por un apego deficiente y aumenta porque las nuevas sepas de VIH se apoderan del resto volviéndose predominantes.

Además del apego deficiente, la resistencia también se genera por una mala combinación de antirretrovirales o bien, porque el paciente lleva mucho tiempo con el mismo tratamiento combinado y el virus, naturalmente, comienza a hacerse

resistente. Los pacientes con resistencia elevada son altamente propensos a transmitir el VIH con sepas mucho más agresivas de lo normal.

Finalmente, es importante mencionar que para que exista un diagnóstico por resistencia al tratamiento, los CD4 no deben aumentar de manera importante y además, se presentan enfermedades oportunistas a los tres meses de haber comenzado el tratamiento.

Los efectos deletéreos sobre los CD4 se refieren a una disminución repentina y abrupta de los mismos volviendo al paciente totalmente susceptible a cualquier enfermedad oportunista misma que no puede ser combatida dado el mal estado del sistema inmunológico.

Por último, la hospitalización muerte del paciente. Nuevamente, la Unidad de VIH/SIDA del Hospital Civil de Guadalajara, reporta que los pacientes con un apego menor al 95% pasan cinco días más hospitalizados en caso de una enfermedad oportunista que aquellos que tiene un apego real al tratamiento, además, aquellos con un bajo porcentaje de apego, tiene de 3 a 11 veces más posibilidades de morir por causas asociadas a la infección. (Magis Rodriguez, C. y Barrientos Bárcenas, H, 2006)

2.2 Factores Psicosociales que intervienen en el apego al tratamiento

Como cualquier otra persona, el paciente que vive con VIH/SIDA es un ser BioPsicoSocial. Ya se ha hablado del aspecto biológico, que comprende todo lo anteriormente dicho sobre el virus así como la importancia a nivel salud del apego al TARV y ahora corresponde hablar sobre las dos áreas faltantes. ¿Cuál es el impacto del diagnóstico por VIH/SIDA en el paciente? ¿Qué representa sobre su vida cotidiana y a largo plazo? ¿Cuáles son las nuevas necesidades físicas y emocionales? Todo cambio implica un esfuerzo para iniciarlo y perseverancia para seguir sobre la misma línea y alcanzar una meta. En este caso, la meta es vencer al diagnóstico y llevar una vida saludable y plena para que el VIH sea una condición de vida y no una sentencia de muerte.

Para conquistar esta meta, el paciente necesitará motivación tanto intrínseca como extrínseca. Baquero y Limón Luque (1999) la motivación intrínseca son acciones que realizadas por una persona por decisión propia sin que haya una recompensa más allá de la autosatisfacción, además, está directamente relacionada a la inteligencia emocional, que se define como *“El conjunto de actitudes, habilidades y competencias que determinan la conducta de un individuo, sus reacciones, estados mentales, que pueden definirse como la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, de motivarnos y manejar adecuadamente las relaciones personales”* (Goleman, 1996 a). Así, el paciente encontrará motivación intrínseca en saber que, gracias a su determinación, puede continuar con su vida y conseguir otras recompensas relacionadas con la motivación extrínseca pues esta última se define como *“las acciones que se realizan esperando una recompensa del medio, independientemente de si la acción aporta o no al desarrollo personal del individuo”*. (Goleman, 1996 b)

Aparte de lo que el paciente pueda encontrar dentro de sí mismo, también es indispensable el apoyo que reciba del medio que lo rodea, por ejemplo, personas

cercanas e instituciones que le permitan atender su salud emocional o mental y claro, su salud física no solo es lo relacionado al VIH/SIDA, siempre tendrá otros aspectos que deberán ser vigilados y procurados como antes del diagnóstico.

2.2.1 Motivación

La motivación es un constructo hipotético al que se le designan diferentes variables que no pueden ser inferidas directamente de los estímulos externos *“no es cuantificable ni medible y no puede ser observada como tal, pero, influye en la dirección, intensidad y coordinación de los métodos de comportamiento hacia una determinada meta”* (Maslow 1990), este concepto solo se puede explicar a partir del estímulo y la respuesta conductual.

Se han hecho algunas definiciones de motivación desde el punto de vista biológico, refiriéndose a las necesidades básicas para la subsistencia del individuo, por otro lado, existe la definición relacionada con los procesos mentales (sentimiento, impulso, deseo o demanda) y lo ambiental en la que cada autor pone énfasis de acuerdo a sus intereses (Cofer, 1978 a.)

Entre estos autores, Cofer (1978 b.) cita, entre otros a Young, quién define motivación como: “El proceso que sirve para despertar la acción, sostener la actividad en progreso y regular el patrón de la actividad”.

Garden Murphy, la define como: “El nombre general que se les da a los actos de un organismo que estén en parte, determinados por su propia naturaleza o por su estructura interna” (Cofer, 1978 c.)

Atkinson se refiere a la motivación como “la función de activación a una tendencia de actuar para producir uno o más efectos” (Cofer 1978 d.)

Finalmente, Abraham Maslow, define motivación como “Una función que es constante la cual nunca termina, fluctúa, es compleja y casi es una característica universal de prácticamente cualquier organismo” Este autor dedica su teoría su a aquellos factores motivacionales que influyen en el hombre.

En cuanto a la motivación, Maslow, la considera como el impulso básico que dirige al hombre hacia la conservación, intensificación y la auto actualización (autorrealización). Maslow usa el término auto actualización como la percepción

de los propios potenciales y el ejercicio de los propios talentos y asegura que la mayoría de las personas no la alcanza porque no satisfacen realmente sus necesidades de amor (propio y compartido) o porque el ambiente social los bloquea.

Por ese motivo, Maslow hace una jerarquización de las necesidades del hombre, que deben ser cubiertas para “sentirse pleno” (Hall, Calvin y Lindsey, G., 1991).

Para conseguir esta jerarquización, Maslow recopiló información de un grupo de 18 personas, 9 de las cuales eran contemporáneas y las otras 9 eran personajes históricos como: Abraham Lincoln, Thomas Jefferson, Albert Einstein, Eleanor Roosevelt, entre otros; que para él fueron personas autoactualizadas y que tenían ciertas características en común que los diferenciaban del resto de las personas:

Estas 16 características son:

- 1.- Percepción precisa de la realidad
- 2.- Se aceptan a sí mismos, a los demás y a la naturaleza
- 3.- Mucha espontaneidad
- 4.- Se concentraron en problemas sociales más que en sí mismos
- 5.- Aparentan desapego y necesitan aislamiento
- 6.- Fueron autónomos e independientes
- 7.- No se manejaron bajo estereotipos
- 8.- La mayoría tiene la capacidad de lograr experiencias máximas
- 9.- Se identifican con la humanidad
- 10.- Capacidad de tener sentimientos de intimidad con otras personas
- 11.- Demócratas
- 12.- Distinguieron puntos medios de extremos

13.- Sentido del humor más filosófico que hostil

14.- Creatividad

15.- Rechazaron el conformismo

16.- Capacidad de trascendencia

Ante estas características, Maslow concluye que la persona motivada por el crecimiento y la auto actualización desea y le da la bienvenida a los impulsos en lugar de rechazarlos o tenerles temor, es decir que, la gratificación de dichos impulsos aumenta la motivación en lugar de disminuirla por lo que causa el placer de producir y crear; Por otro lado, define a los desajustes psicológicos como enfermedad por "deficiencia" ante la privación de ciertas necesidades.(Brennek, 1987)

Estas 16 características deberían ser parte del criterio de un paciente, sin importar que condición o enfermedad padezca. Si bien es complicado, incluso a veces podría parecer imposible, tener una visión positiva de una situación, se debe optar por encontrar el lado positivo de lo que se tiene que hacer para alcanzar una meta. Anteriormente ya se comentó que los pacientes que viven con VIH, necesitan encontrar "eso" que los motive a llevar el TARV tal cual lo indique su médico, sin dar peso extra a los aspectos negativos para así, poder valorar los beneficios del mismo. El paciente no necesita autoetiquetarse como "enfermo" sino que deberá ser objetivo en cuanto a la realidad de la situación y dejar de lado los estigmas y clichés, deberá "aislarse" de todas las creencias erróneas que puedan entorpecer su salud emocional, también deberán "desensimismarse" para no dedicar toda su energía psíquica al VIH y fortalecer el resto de los aspectos personales y familiares. En general, cada una de las dieciséis características que Maslow menciona pueden adaptarse al contexto de cualquier situación que necesite ser enfrentada.

Otro de los conceptos utilizados por este autor es "Experiencias cumbres" que consisten en los momentos especialmente alegres e importantes en la vida de

cada individuo. Según Maslow, estas experiencias pueden ser el resultado de sucesos internos y estimulantes y pueden existir en la mayoría de las personas. Sin embargo, la falta de participación o inclusive del tedio hace que no se dan cuenta de ello. Las personas que disfruten estas “experiencias cumbres” son aquellas que participen activamente.

Existe también otro tipo de experiencias denominadas “De meseta” que consiste en una nueva y profunda forma de ver las cosas que nos rodean, esto implica un cambio de actitud en cuanto a las nuevas apreciaciones en el conocimiento del mundo.

Maslow parte de que los individuos actúan de acuerdo a dos tipos de motivaciones, una es la “motivación por deficiencia” y la otra por “existencia”.

La primera refiere a la conducta orientada hacia la satisfacción de ciertas necesidades que se han frustrado, como podría ser hambre, dolor o temor, en los cuales existe un solo fin y dirección pero como el hombre está en continuo desarrollo, al mismo tiempo surgen otras motivaciones, estas son las de la “existencia” las cuales implican, principalmente la relación con el gozo y la satisfacción de las necesidades sociales o el deseo de buscar una meta de valor positivo. (Bolles, 1973)

De estas motivaciones, Maslow, parte para explicar las causas que mueven al hombre para llegar a la autoactualización.

De igual forma, Maslow, habla de la “Metamotivación” y se refiere a las conductas originadas por las necesidades y valores del desarrollo y que de alguna manera forman parte de la consagración de las metas esenciales para el bienestar psicológico.

En relación con lo social desarrolla el concepto de “Eupsiquia” que utilizó para definir una sociedad “ideal” en la cual las personas que la integren, son individuos psicológicamente sanos y autoactualizados o en vías de ello, en tanto que todos los miembros se comprometieran a buscar el desarrollo personal, el cumplimiento

del trabajo y la satisfacción de su vida personal, por lo que se pueden hacer cargo de sus propias responsabilidades; El segundo concepto en relación con lo social, fue “Sinergia”, y hace referencia al grado de cooperación individual y armonía dentro de una sociedad, que como consecuencia, da al individuo la identidad con los demás tomando como idea principal la unidad entre el pensamiento y la acción.

Ahora, al igual que la motivación, las necesidades están ordenadas según su grado de importancia. Para Maslow, quien las organizó en una “pirámide de necesidades”, es indispensable satisfacer primero las de índole físico y posteriormente las de índole psicológico y así convertirse en alguien psicológicamente sano. Esta pirámide la clasifica en cinco niveles que a continuación se explican (FIG.1)



1.- Necesidades fisiológicas

Estas necesidades básicas son muy poderosas, ya que la supervivencia depende de su satisfacción, entre estas se encuentran hambre, sed y sexo. Un estudio realizado durante la segunda guerra mundial indicó que los individuos que fueron sometidos a las mínimas dietas alimenticias (La cantidad de alimento justo para seguir con vida), se vieron abrumados día y noche por pensamientos y fantasías sobre la comida, haciéndoles imposible concentrarse en otros aspectos (Zimbardo, 2005)

La privación de alimentos y agua conduce a ciertas alteraciones fisiológicas del organismo, como pueden ser: contracciones del estómago y alteraciones de la química sanguínea. La necesidad sexual es de alguna forma distinta a las del hambre y sed ya que a diferencia de estas, el hecho de no satisfacerse no causa la muerte.

Se dice que mientras el hombre tenga hambre o sed, su comportamiento lo dirigirá primordialmente a conseguir alimento o bebida, por lo tanto, mientras perduren estas, todas las demás actividades tendrán poca importancia y no se le podrá exigir que cumpla o desarrolle conductas dirigidas hacia una tarea intelectual o de realización propia.

Para tener un resultado exitoso en el TARV, es necesario cubrir algunos aspectos nutricionales, por ejemplo, llevar un orden en los horarios de alimentación así como conocer los alimentos que potencializan los efectos del medicamento y los que deben evitarse porque pueden entorpecerlo. También se debe ser más consciente sobre la necesidad de sueño y descanso, sobre todo porque algunas dosis requieren ser ingeridas antes de dormir pues los efectos secundarios son más molestos durante el periodo de vigilia y esto puede desmotivar al paciente.

Un paciente que lleve una alimentación sana y que sus horarios de descanso sean suficientes, tendrá más herramientas para contrarrestar efectos secundarios y además la sensación de estar “mejor preparado” ayudará a su autoestima y confianza.

2.- Necesidades de seguridad o protección

Se refiere a las necesidades que garantizan, de alguna manera, cierta estabilidad con el medio, las cuales son de abrigo, salud y comodidad. Esto lo podemos observar en los niños ante las reacciones frente a extraños o las respuestas ante la amenaza de ser tirados. En lo que se refiere a los adultos, estos toman medidas como ahorro, religión y ciencia como medios que pueden proporcionarles seguridad ante eventos que pudieran perturbarlo. Por consecuencia se siente motivado ante la necesidad de conocer y controlar su ambiente.

Los pacientes con VIH, necesitan mantener niveles bajos de estrés, ya que, como se verá más adelante, el estrés deprime el sistema inmune, por lo tanto, sentirse seguro y protegido es indispensable. Enfocado al TARV, esa seguridad se reafirma cuando el paciente vigila su salud mediante el conteo de CD4 y la adherencia al TARV ya que así, el paciente sabe que está controlando al virus y que el virus no determina cuando enfermará, es decir, el paciente consigue empoderarse sobre el virus.

3.- Necesidad de afecto y pertenencia

Estas incluyen la necesidad de dar y recibir afecto, así como de sentir que pertenecen a un grupo o sociedad. Zimbardo (2005), menciona que muchas de nuestras actividades están de cierta manera motivadas, no por lo que signifiquen ellas mismas, sino porque nos permiten ser advertidos, apreciados o amados por otras personas. Esta aprobación social tiene por lo menos cinco consecuencias, que son:

- a) La aprobación de la conducta es signo de que se es reconocido y confiere identidad.
- b) La aprobación legítima de la existencia. Aumenta la categoría en tanto sean personas de las cuales se merezca el reconocimiento.
- c) La aprobación supone la aceptación de lo que puede ofrecer y con ella la seguridad de no ser rechazados.

- d) La probación establece la conexión entre el que aprueba y el que es aprobado, creando un sentimiento de reciprocidad.
- e) La aprobación proporciona un criterio de control o poder sobre el ambiente, al especificar como cierta conducta puede producir conductas deseables.

Estas necesidades son llamadas también “de afiliación”, por medio de ellas se obtiene apoyo y asociación con otras. De esta manera se busca compañía de amigos, compañeros de trabajo, escuela y familiares.

Nuevamente, el aspecto de las redes de apoyo se vuelve primordial no solo por tener información y medicamentos necesarios, también por pertenecer a un grupo que comparte las mismas necesidades y padecimientos. Es vital no sentirse excluido e incluso, cuando se trata de un paciente que lleva cierto tiempo con un TARV exitoso, ser ejemplo o consejero para otros, brinda afiliación. Apoyo mutuo entre personas que viven una circunstancia diferente que los hace exclusivos.

4.- Necesidades de autoestima/ego

Se refiere a la búsqueda de estima y el desarrollo de un aspecto positivo de sí mismo, que depende completamente de la satisfacción de las necesidades de afecto y pertenencia, en el cual debe existir un respeto por sí mismo y por los demás; Esto se da gracias al desarrollo óptimo de las relaciones interpersonales. Se dice que la falta de autoestima conlleva a sentimientos de inferioridad, depresión e incapacidad, manifestando falta de interés por las cosas que se realizan.

Para Maslow, en esta categoría se dan dos subseries de necesidades, una, el deseo de fuerza, logro, adecuación, competencia, confianza, independencia y libertad; Y en la segunda, el deseo de fama o reconocimiento, en donde la gratificación o satisfacción de estas provoca un sentimiento de confianza en sí mismo.

Cuando una persona se hace cargo de sus necesidades, es porque se reconoce como alguien que lo merece, pues no se pone atención a lo que no tiene importancia (desde la perspectiva individual). Al mismo tiempo, una vez que un paciente es notificado, sabe que tiene un “deber” sobre su cuerpo y que ciertas personas (pueden ser los médicos o personas cercanas) están esperando que haga lo necesario para estar bien; Ese saber seguido del incumplimiento de las expectativas, genera un sentimiento de culpa en el paciente que impacta al autoestima.

5.- Necesidades de autorrealización

El hecho de llegar a este nivel implica que todos los comportamientos están orientados a desarrollar las propias potencialidades y alcanzar el máximo rendimiento y compromiso del que se es capaz.

Para Maslow, la autorrealización o autoregulación, no es el punto final sino un proceso de “Ser” en el cual la persona aprecia y forma parte integral de los aspectos de la vida psicológica y social. Para él, nadie se autorrealiza totalmente, pero el reto consiste en desarrollar un concepto honrado, tolerante y atento de la vida llevado hacia la mejora de esta.

Maslow jerarquizó las necesidades de los seres humanos, por lo tanto, utiliza una pirámide y explica que hay que cubrir una antes de pasar al siguiente escalón, sin embargo, bien podría ser estudiado como un ciclo puesto que todas las necesidades están relacionadas y una alimenta a la otra, por ejemplo, cubrir las necesidades fisiológicas, cubre una parte de las necesidades de seguridad pero también aporta a las necesidades de autoestima/ego y a su vez, las necesidades sociales cubrirán parcialmente lo relacionado con autoestima y seguridad por lo que sentirse autorrealizado involucra a todas las necesidades aunque no necesariamente en un orden estricto.

Finalmente, es observable que ésta autorrealización depende, además de la propia persona, del círculo que lo rodea, por ese motivo es que las redes de

apoyo, son aquellas que brindarán soporte de principio a fin durante el apego al TARV.

2.2.2 Redes de apoyo

En un estudio realizado en Puerto Rico sobre las redes de apoyo para pacientes con VIH/SIDA, se recupera la siguiente definición de red de apoyo (Varaz-Díaz s/a)

“Red de personas cuyas relaciones interpersonales satisfacen necesidades sociales específicas en el individuo (Lindley, Norbeck & Carrieri, 1981)”

Para esta investigación, además de cubrir necesidades sociales, las redes de apoyo también sostienen al resto⁶ puesto que el paciente con VIH/SIDA encontrará en médicos y asociaciones, información que le haga sentirse seguro y en control del virus, espacios de convivencia que brinden sentido de pertenencia, atención psicológica, grupos de apoyo, talleres informativos, de adherencia, acompañamiento terapéutico e incluso, de forma indirecta una mejora en su salud puesto que al cubrir ciertas necesidades y sentirse seguro, el paciente no tendrá que lidiar con tanto estrés e incertidumbre (aspecto que beneficia altamente al sistema inmunológico).

Además del aspecto médico y psicológico, las redes de apoyo también comprenden a la familia como primera instancia pues los integrantes serán quienes den el primer apoyo al paciente o bien, sean los cuidadores si así lo requiriera.

⁶ De las necesidades según Maslow

2.2.2.1 Definición y funciones de la familia

Para estudiar de manera general algún aspecto relacionado con la familia, se necesita hablar de la institución más antigua y compleja de la humanidad. Es por esto, que existen diversas definiciones para poder, así, explicar entre otras cosas, su estructura y función dentro de la sociedad, ya que se ha dicho por varios autores, principalmente sociólogos, que la familia es la base de la sociedad. Entre algunas de las definiciones encontramos las siguientes (Rojas, 1994):

“La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencias compartidas entre sus integrantes”

Para Rojas, la familia se encuentra en un cambio constante, que es el resultado de un proceso evolutivo, por el que pasa cada uno de sus miembros, siendo entonces un sistema dinámico.

Ésta institución, como algunos la llaman, no es algo estático, se encuentra en constantes cambios, es por ello que la denominan como:

“Dinámica. Cambia con el tiempo. Hay un ciclo de vida para cada familia, lo mismo que para cada individuo” (Goldman, 1989 a.)

Existe otro enfoque que de alguna manera es más específico, en Estados Unidos se refiere a aquel grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas entre sí por sangre, matrimonio o adopción.

Por lo mencionado anteriormente no se podría concluir con una sola definición de familia, sin embargo, éste programa y para éste tipo de pacientes, se definirá a la familia como:

“Aquellas personas emocionalmente significativas, vivan o no bajo el mismo techo, pudiendo ser familiares consanguíneos, cónyuges o amigos”

Como se mencionó, la familia implica también ciertas fases, por las que generalmente pasan sus integrantes y por otro lado, ciertas funciones que deben ser cubiertas en la sociedad.

Goldman (1989 b.) menciona cinco fases o ciclos por los que atraviesa una familia:

La primera es la fase del matrimonio, que es cuando dos personas se unen para formar un núcleo de vida, en el que se combinan los recursos de ambos, se alteran sus papeles y se adaptan a nuevas funciones en las que uno de los principales problemas es el aprender a vivir juntos mientras se satisfacen uno al otro y continúan cubriendo sus propias necesidades.

Si bien, ser seropositivo no es un impedimento para tener una vida sexual activa, sí es necesario no aumentar los riesgos de recontagio, cuando ambos tienen el diagnóstico por VIH o de contagio cuando son una pareja serodiscordante, es decir, que solo uno es portador del virus. Para lograrlo, como se vio anteriormente, existe el sexo seguro y sexo protegido, usando siempre preservativos, además, cuando la carga viral es baja, disminuye el riesgo de contagio o recontagio.

La segunda fase es la expansión, se refiere a la llegada de un nuevo miembro a la familia, es decir, los hijos. La educación prenatal, parto y atención serán las preocupaciones principales así como la planificación e interacción familiar, esto produce cierta tensión por el ajuste en la estructura ante la llegada del nuevo miembro.

En esta fase, la adherencia al tratamiento tiene un significado más grande. Estar consciente y haber aceptado el diagnóstico será lo que permita a los padres hacer lo necesario para que el bebé nazca sin el virus y que, en caso de ser una pareja serodiscordante, puedan concebir sin poner en riesgo a la persona que no es portadora. Ya se mencionó anteriormente que los cuidados pertinentes en el cuidado prenatal en mujeres con VIH, incluyen visitas programadas con un médico, probablemente se necesite ajustar medicamentos y llegado el parto, evitar del todo la lactancia, continuar con revisiones y realizar análisis al bebé cuando el médico lo indique.

La tercera fase es la de dispersión, en ésta, los padres tienen que ayudar a los hijos a que se adapten socialmente, se desarrollen con autonomía y satisfagan sus propias necesidades, para que así, comiencen a independizarse socialmente.

Los niños que vivan o convivan con VIH necesitarán entender el virus. Si los padres no supieran como explicarlo a sus hijos, entonces, podrían acercarse a alguna institución, médico o conocido que sepa cómo hacerlo (nuevamente, redes sociales) e igualmente, conforme el hijo crezca, deberá ser consiente de los aspectos de salud que deberá cuidar, ya sea en el si vive con el virus o bien, el apoyo que en algún momento podrá brindar a su/sus padres.

La cuarta fase es la fase de independencia, conforme se dispersan los hijos, los padres tiene que aprender nuevamente a ser independientes, los nuevos adultos ya no dependen totalmente de ellos o forman un nuevo núcleo familiar. Aunque no se alejen totalmente de los padres, los hijos pueden tener responsabilidades como cuidar a sus padres durante éste tiempo.

El objetivo de la adherencia al TARV es que el paciente no tenga efectos graves sobre su salud y que tenga una calidad de vida óptima, sin embargo, como ocurre con cualquier ser humano, con la edad será necesario que reciba apoyo. En este caso, este apoyo se enfocará, por ejemplo, en vigilar que el padre o madre continúe correctamente con el tratamiento.

La última fase, retiro y muerte, en la que los planes para el final de la vida familiar son igualmente difíciles como al inicio de la misma. Sin embargo, esto se hace con menos entusiasmo, ya que el problema puede estar acompañado de incapacidad física o falta de recursos económicos, por lo consiguiente, trae ciertas complicaciones para los hijos jóvenes que se encuentran en otra fase y deben utilizar recursos limitados para cuidar a los padres mientras tratan de satisfacer sus propias necesidades.

Goldman, menciona que la familia dentro de la sociedad tiene ciertas obligaciones o funciones, las cuales deben ser cubiertas, entre las que se encuentran:

1.- Adaptación social:

Se refiere a que la familia tiene la responsabilidad de formar un individuo capaz de participar dentro del contexto social.

No obstante, esto se va dando paulatinamente en los primeros años de vida, donde la madre es la encargada de adaptar socialmente al niño, es decir, transmitirle lenguaje y normas de conducta. El papel del padre es sostener a la familia y ser el primer ejemplo de comportamiento a seguir.

Los padres no son los únicos encargados de la adaptación social. Es un trabajo compartido con las instituciones educativas, grupos de amigos y en algunos casos, los grupos religiosos.

Compartir información correcta y clara cuando se vive o convive con el VIH/SIDA dará al niño la oportunidad de formar percepciones propias sobre su contexto, necesidades y evitar ideas irracionales que puedan afectar su salud emocional, en pocas palabras, permitirá al niño adaptarse con normalidad en cualquier ámbito.

2.- Cuidado:

La segunda función de la familia es el cuidado y está relacionado con la atención dedicada a los hijos, lo que significa llenar las necesidades físicas y sanitarias, las cuales para Howard, de alguna manera tienen que ver con el nivel cultural de la familia pues es necesario saber cómo, cuándo y dónde conseguir y utilizar los elementos necesarios para cumplir este objetivo.

3.- Afecto:

El afecto es también una de las funciones de la familia, el cual debe ser llenado por los miembros de ésta. Las necesidades afectivas cubiertas por los padres establecen ciertas esperanzas y estándares de esfuerzo. También dan respuestas emocionales dentro de la familia, es decir, son cuestiones íntimamente relacionadas con los aspectos sentimentales y/o emocionales de los integrantes. El afecto y la atención no se distinguen fácilmente en la vida, pero son parte importante en el proceso de adaptación social.

4.- Reproducción:

La reproducción es otra de las funciones principales. Consiste en producir reemplazos para la sociedad.

El matrimonio y familia tienen como objeto regular y controlar la conducta sexual, lo mismo que la reproducción, acentuando el control de la natalidad; Esto, como resultado de las presiones para satisfacer las funciones de adaptación social, es decir, es importante que exista la reproducción para que no se extinga la especie, pero también debe existir cierto control para que no haya una sobrepoblación.

5.- Otorgamiento de Estado:

Ésta última función, que se refiere al establecimiento de derechos, obligaciones y tradiciones, por lo que la familia tiene la responsabilidad de adaptar al niño a determinada forma cultural, en las que están depositadas todas sus aspiraciones, ya que los niños garantizan la perpetuación de la sociedad y que por ende, forman parte del mismo.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos, frente a la gran cantidad de violaciones hacia los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA, establece, a través de la Norma Oficial Mexicana Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (NOM-010-SSA2-1993), principalmente, 23 artículos enfocados a la protección de los pacientes castigando cualquier tipo de discriminación, aislamiento, derecho a estar informados, derecho a la privacidad, a poder disfrutar de cualquier espacio recreativo, laboral o educativo, etc. El otorgamiento del estado, además de las cuestiones comunes, debe encargarse de hacer conocer a cada miembro que sin importar su condición física o familiar, tiene derecho a llevar una vida completamente normal, libre de abusos o etiquetas por su condición.

Las funciones descritas con anterioridad ejercen influencia al interior del grupo familiar y en el exterior (grupo social). Sin embargo, para Howard (1980), aún y

cuando se presenten dichas funciones, dependerá de la intensidad y forma el tipo de familia que se concrete.

La interacción de la familia, se ha vuelto un asunto de interés interdisciplinario en el que participan, entre otras, la antropología, sociología y psicología.

La antropología ha estudiado a la familia desde sus inicios en la historia, así como su evolución. La sociología la ha estudiado a nivel exploratorio, en su relación al funcionamiento y desarrollo dentro de un contexto social. En cuanto a la Psicología, la familia es un punto muy importante de estudio ya que el dinamismo es distinto en cada una dependiendo de la percepción que cada miembro tenga de su entorno.

Por lo anterior, no es posible hablar de un solo tipo de familia, en la que se vayan cumpliendo de manera lineal, las funciones y los ciclos socialmente estipulados, sino que existen diversos tipos que se definen por la capacidad de adaptación, comunicación así como la cantidad y el estilo de sus miembros.

2.2.2.2 Tipos de familia

Los conflictos más frecuentes y por lo que se habla de familias inadaptadas surgen porque la comunicación entre los miembros es deficiente. Doane (1978), citado por Howard, dice que las familias adaptadas muestran más claridad de comunicación que las no adaptadas, independientemente del grupo al que pertenezcan. Es por ello que se mencionarán, a continuación, algunas formas en las que se relacionan. (Minuchin, 1984)

a) Familias de pas de deux

Se refiere a una familia compuesta por dos miembros, ya sea madre e hijo o una pareja de adultos o ancianos cuyos hijos ya han dejado el hogar, lo cual puede llevar a una intensa vinculación que alimente la codependencia o igualmente un resentimiento recíproco. Esto dependerá en gran parte de la fase en la que se encuentren, por ejemplo, si hablamos de una madre y un hijo pequeño, posiblemente las preocupaciones principales se deban al cuidado o enfermedades que éste vaya teniendo, pero si hablamos de una

madre o padre con un hijo adolescente, tal vez la relación sea conflictiva por las exigencias que la etapa requiere. En general se refiere a las interacciones que se dan cuando existen dos integrantes.

b) Las familias de tres generaciones

Como su nombre lo indica, se refiere a las familias integradas por abuelos, padres e hijos, lo cual es muy común entre las familias occidentales de pocos recursos. En este tipo de familia es probable que el manejo de la casa esté a cargo de la abuela y que la madre sea responsable del aspecto económico, por lo que posiblemente tengan conflictos debido a la diferencia de edades entre sus miembros, por el mando de la casa y la educación de los hijos, quienes terminan por ser parte del conflicto de autoridad entre abuela y madre.

Los límites impuestos por los integrantes podrán determinar la forma eficaz de mantener y facilitar la cooperación entre ellos.

c) Familias con soporte

Se refiere a las familias con muchos miembros en las que el hijo mayor apoya al padre económicamente. Aunque actualmente, no es común encontrar familias tan numerosas, se sigue delegando dicha responsabilidad y autoridad a alguno de los hijos. Las causas pueden ser indefinidas, entre ellas podría ser que alguno de los padres se encuentre incapacitado para cumplir su rol. El hijo al que se le asigne el rol incorrecto, podrá tener conflictos sociales pues, su edad cronológica le resta autoridad y sus responsabilidades le restan capacidad para gozar de momentos recreativos y de descanso.

d) Familias acordeón

Se refiere a que existen familias en las que algunos de los padres se encuentran alejados por un tiempo, por lo que uno de los cónyuges tiene que asumir otras funciones en cuanto al cuidado de los hijos, cabe la posibilidad de que las familias se acostumbren al mando de uno de los padres únicamente por lo que cuando llega el padre ausente, sea necesario reestructurar la dinámica familiar y se entienda como una “nueva” familia.

e) Familias con padrastro o madrastra

Las relaciones familiares pasan por un proceso de integración que puede ser más o menos logrado dependiendo de la colaboración de todos los miembros. En el caso de que existan hijos, posiblemente se de una mejor integración, si nunca vivieron con el padre biológico; En el caso contrario, es posible que los hijos demanden más a su padre complicando la integración del nuevo miembro. Las crisis por las que se puede pasar son similares a las de la fase del matrimonio, anteriormente mencionada.

f) Familias con un fantasma

Se refiere a cuando se ha perdido a un miembro de la familia, ya sea por muerte o deserción y se vuelve complicado reasignar las tareas del miembro que falta. Algunas familias pueden intentar seguir fingiendo que la persona ausente aún permanece entre ellos, sin embargo, esto provoca conflictos intrafamiliares e individuales ya que jamás se resuelve el duelo por ese miembro perdido.

g) Familias descontroladas

Es cuando un miembro de la familia presenta algunos conflictos en el área de control, lo cual puede referirse a diferentes tipos de problemas conductuales, ya sea con un hijo adolescente que requiera educación especial, apoyo escolar o que delinca, etc. Es común encontrar problemas de comunicación en este tipo de familias.

h) Familias psicosomáticas

Es cuando un integrante de la familia requiere de cuidados excesivos, entre las características de esta familia, se encuentra al sobreprotección, fusión o unión. Estas familias se destacan por su lealtad y protección entre ellos. Se habla de familias psicosomáticas porque se dice que están unidas cuando uno de sus miembros necesita de cuidados y se reúnen para ello.

Estos son los tipos de familias descritas por Minuchin. Sin embargo, también existen otras clasificaciones como: (Yoshiko, 1991)

a) Familia nuclear que está formada por padre, madre e hijos. Al igual que otras, es transitoria, es decir, a que aumenta con el nacimiento de los

hijos, disminuye cuando estos se casan y desaparece con la muerte de los padres.

- b) La familia extensa, esta incluye más de una familia nuclear, en la cual existen varias generaciones y está formada por abuelos, hijos casados o solteros, hijos polítricos y nietos.
- c) En la familia compuesta puede existir poligamia y/o poliandria. Este tipo de familias no es común en la cultura occidental.

Por lo descrito anteriormente, se puede notar que en todos los sistemas familiares existe un desarrollo peculiar propio de cada una, el cual se caracteriza por un clima de intercambio emocional y conductual, por lo tanto, hay que considerar que, la mayoría de las veces, el virus no solo es del paciente sino de toda la familia y dependiendo del tipo de familia que sean, será la forma en la que enfrentarán esta nueva condición y habrá que enfocarse en las necesidades individuales (de cada miembro y de cada familia) para promover la salud mental, misma que fortalecerá la salud física, emocional y la adherencia al TARV.

2.2.2.3 Salud mental

En el 2007, la OMS, publicó que *“La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”*

Lo primero que resalta al dividir esta definición, es que no se necesita padecer un trastorno mental grave para no estar mentalmente saludable puesto que se refiere a la necesidad de consciencia para conocer las capacidades y límites con los que se cuenta, así, la consciencia es el segundo aspecto a resaltar. Ser o estar consciente de lo que se está viviendo es la clave para jerarquizar correctamente y de esa manera, saber qué es lo que se necesita atender primero, en qué se necesita trabajar más y cuáles son las fortalezas que impulsaran a las debilidades. Además de los aspectos sobre la propia persona que la consciencia permite conocer, también está el aspecto social, ese “ser consciente” de la responsabilidad que involucra vivir en sociedad, ser empático, mejorar el entorno y buscar aportar algo como ser social, como dice la definición “contribuir a la comunidad”.

Así, una vez consciente tanto de la propia persona como del mundo exterior, entonces, una persona puede retomar aquello que le sirve para crecer y evitar lo que le genera más conflictos así como decidir la forma en la que enfrentará y solucionará las situaciones a las que se enfrente.

La asertividad es otra herramienta que se puede desarrollar cuando existe salud mental, puesto que se busca solucionar y no crear más conflicto. La asertividad se caracteriza por comunicar lo que se necesita en un punto medio entre lo pasivo y lo agresivo evitando roces y obteniendo resultados positivos. Ser asertivo también se aplica sobre la propia persona en cuanto al autoconcepto, es decir, no es necesario sobrevalorar una circunstancia complicada haciéndola aún más difícil

pero tampoco es necesario restarle importancia y no actuar sobre ella. Igualmente no es necesaria la autocrítica excesiva ni la culpa exagerada por situaciones del pasado, es mejor concentrar esa energía en resolver.

Un factor importante y de riesgo para el paciente con VIH/SIDA es el estrés pues éste propicia la inmunosupresión, es decir, vivir con estrés constante provoca que las defensas bajen y por lo tanto, el organismo no es capaz de defenderse, en este caso, de enfermedades oportunistas.

El estrés está definido como una respuesta física que permite la huida en situaciones de riesgo, a este se le conoce como Eustress y puede decirse que es positivo, el problema llega cuando el estrés se vuelve crónico por preocupaciones permanentes como puede ser economía, trabajo, enfermedades, etc. Finalmente, el estrés agudo, que puede venir por una situación traumática o por vivir en un medio de constante riesgo, es el que debe atenderse con más eficacia por los daños a la salud que ocasiona.

“Dado que el sistema inmunológico puede deprimirse debido al estrés prolongado, se ha convertido de particular importancia para las personas que viven con el VIH/SIDA (PHA’s). Los estudios han demostrado que el estrés crónico, eventos traumáticos y la depresión, pueden llevar a un aumento de la carga viral y una disminución de los recuentos de CD4, y por lo tanto, acelerar la progresión de la enfermedad del VIH.” (Toronto People With AIDS, 2010)

A través de la asertividad, pueden conseguirse otras herramientas que ayuden a controlar el estrés, por ejemplo, aprender hasta donde una persona puede ofrecer su ayuda a otras personas, manejar adecuadamente sus tiempos, tener momentos lúdicos y de descanso adecuados así como lo que se menciona con anterioridad como evitar pensamientos irracionales, aceptar lo que no es posible cambiar pero sí enfrentar y finalmente llevar un estilo de vida saludable.

Por estos motivos es que, como se presentará más adelante, dentro de la propuesta de trabajo, se hablará sobre la importancia del manejo de estrés así

como sus efectos sobre la salud y algunas técnicas de control y manejo del mismo.

En general, la salud mental para las personas que viven o conviven con VIH/SIDA, es el punto de balance entre el éxito o fracaso del TARV así que el papel de la Psicología será fomentar todas las áreas que se han retomado hasta el momento (Motivación, redes de apoyo, salud física y salud mental)⁷ por medio de diversas estrategias terapéuticas como grupos de apoyo, intervención en crisis, acompañamiento terapéutico y talleres informativos.

⁷ Independientemente de una psicoterapia (pues puede ser que el paciente no decida tomarla desde el principio)

Capítulo 3 Terapia de grupo

3.4 Historia de la Psicoterapia de grupo

Joseph Pratt atendió numerosos pacientes por tuberculosis en Boston, él asumía el rol de figura parental idealizada con el fin de generar dentro del grupo un clima que propiciara estabilidad emocional y contención para que el estado de ánimo de los pacientes mejorara y a su vez, la salud de los mismos. El trabajo de Pratt, sobre la salud emocional de los pacientes y la forma en que eso fomentaba la salud física, puede verse reflejado en lo que se ha mencionado a lo largo del presente trabajo sobre el efecto positivo que tiene el control de estrés, autoestima, redes de apoyo y por supuesto, encontrar un soporte emocional.

En 1918, Edward Lazell se dedicó a atender veteranos de guerra que volvían a Estados Unidos de América con desordenes psicóticos y que no mostraban mejoría con la terapia individual con la que se les atendía en el momento. Lazell observó que cuando el grupo se comunicaba abiertamente, según sus necesidades, tocaba temas que tenían que ver con cada paciente de manera global, es decir, no se enfocaban solo en el diagnóstico por el que llegaron al grupo sino que también hablaban sobre lo que les aquejaba en la vida cotidiana, disminuyendo así el grado de ansiedad que presentaban.

Sobre este aspecto, se considera importante reflexionar hasta qué punto, esa libertad de expresión que tuvieron los veteranos dentro del grupo en el que todos habían vivido situaciones traumáticas similares, fue además de contención, un aspecto que fomentó la normalización de la sintomatología provocado por el Síndrome de Estrés Posttraumático ayudando así a que los veteranos restaran ansiedad por presentar dichos síntomas y finalmente concentrarse en lo que realmente necesitaban atender, es decir, que al sentir que alguien más vivía lo mismo que ellos, encontraban cierto sentido de pertenencia.

Como pioneros de la Psicoterapia de grupo, se encuentra Louis Wender, quién utilizó del psicoanálisis freudiano el concepto de transferencia, en este caso, aquello que los pacientes transferían de la familia al grupo.

Para las sesiones, Wender brindaba a los pacientes información básica sobre aspectos importantes para el grupo, por ejemplo, motivación de la conducta, conflicto o inconsciente. Durante la sesión, después de su exposición, Wender se enfocaba en la interacción grupal para evitar la resistencia a la información que él les brindaba, pues defendía que era necesaria la comprensión intelectual de las conductas del grupo, mismas que terminaban en conflicto.

Moreno, alrededor de 1933, hace de lado al psicoanálisis dentro de la terapia de grupo sosteniendo que es necesario confrontar conscientemente los conflictos y no solo enfocarse en las dinámicas intrapsíquicas. Así, el psicodrama de Moreno se sostiene de la dinámica del grupo para dramatizar ciertos conflictos que lo aquejan y basándose en la teoría de roles fomenta percepciones nuevas que generen nuevos patrones cognitivos, mismos que lleven a los pacientes a un cambio favorecedor.

Moreno notó que, en el grupo, el análisis de la comunicación verbal no era suficiente pues los individuos también tenían comportamientos a nivel inconsciente que intervenían en las relaciones cotidianas de cada uno por lo que se enfocó en brindar un espacio que, por medio de la interacción, permitiera solucionar ciertos conflictos. Al cambiar la ubicación del terapeuta, pasándolo de escucha pasivo a participante activo con la opción de caminar entre el grupo, Moreno inició el Psicodrama.

Moreno descubrió que la dramatización de los conflictos facilita su superación y al tratar siempre conflictos grupales (familia, trabajo, sociedad, etc. Pasa del psicodrama al “sociodrama” (Díaz Portillo, 2000)

Según Moreno, la terapia de grupo posee cinco características principales:

- Es una metodología clínica desarrollada de manera consciente y sistemática
- Emprende el tratamiento de varios individuos dentro de un grupo
- Consiste en el tratamiento de problemas psíquicos y sociales de los miembros del grupo; se ocupa de sus dolencias físicas solo en la medida en que son psicosomáticas

- Es un método fundamentado en investigaciones que se practican en un marco empírico donde se utiliza una teoría basada en los grupos de una forma interactiva e interpersonal
- Considera que el inconsciente se fundamenta en el conocimiento de la patología del grupo y de los problemas psicosociales de los individuos participantes

En Norteamérica, la inclusión de los niños en la terapia de grupo comienza con Slavson a mediados de los años treinta. Él observó que mediante la actividad grupal enfocada en expresar fantasías (por medio del juego) los niños adquirían espontaneidad y disminuían su grado de ansiedad e introversión.

Slavson destacó dos aspectos importantes:

- a) Lograr el insight en cada paciente dentro de la dinámica grupal
- b) La importancia de las relaciones dentro del grupo, no solo entre pacientes sino también del paciente al terapeuta

A la par del enfoque psicodinámico de Slavson, Alexander Wolf y Emanuel Schwartz propusieron descentralizar el liderazgo del grupo pasándolo del terapeuta a los integrantes con sesiones alternas sin la presencia del terapeuta. Además, durante estos trabajos, se pone más atención a la influencia que tienen los diferentes tipos de liderazgo sobre el grupo.

Pasada la Segunda Guerra Mundial, los gobiernos de los Estados Unidos e Inglaterra tuvieron que buscar una alternativa ante las numerosas bajas neuropsiquiátricas para poder tratar a los veteranos, es aquí cuando bajo la necesidad de implementar nuevas acciones, se abre un espacio que fomentó la diversidad en la aplicación de la terapia de grupo y surgen las siguientes corrientes: (Gómez, 1997)

- a) Psicoanálisis en grupo encabezado por Paul Schilder quién se enfocó en trabajar el insight del paciente dentro del grupo pero también cuidaba los aspectos individuales como culpa y ansiedad que disminuyen cuando son compartidas y verbalizadas libremente. Utilizó como herramienta principal la transferencia e interpretación de sueños en el grupo.

También fue el primero en combinar la terapia grupal con la individual para que los pacientes pudieran entender las estructuras del mundo real y así sus ideologías fueran congruentes con ellas.

- b) Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo. Bion manejó la dependencia, el apareamiento y ataque-fuga como los supuestos básicos, cada uno de ellos cuenta con un líder. Estos supuestos ayudaron a entender al grupo como un todo desde sus funciones básicas hasta el impacto que éste puede tener en los miembros.

Bion también habla sobre “Mentalidad grupal” la cual se refiere a “la expresión de la voluntad del grupo que se forma a través de las aportaciones inconscientes de los sujetos” y sobre “Cultura grupal” que se refiere a “La relación del grupo con el entorno social misma que expresa el conflicto entre los deseos del individuo y la mentalidad grupal”

Ya que Bion plantea la enfermedad como un problema grupal y contempla al grupo como un todo, se puede entender que los dos conceptos mencionados anteriormente, reflejan como el grupo es una célula que funciona a partir del medio que la rodea y del cual toma ciertos conceptos pero finalmente, el grupo opta por crear conceptos propios que se convierten en una forma de vivir, mientras los integrantes continúen en él y esto puede ser tanto positivo como negativo, hablando de funcionalidad.

- c) Foulkes destacó la importancia de la cadena grupal y la conducta comprendida en su contexto social. A diferencia de Bion, Foulkes enfatizó el poder positivo de la ayuda de los grupos y usó el término de grupo Matriz o Madre para describir que los individuos desarrollan puntos de vista sobre el grupo por medio de la experiencia propia que se suma a las del grupo. Foulkes consideró esto como el equivalente en el grupo de la neurosis de transferencia.

3.4.3 Tipos de grupo

De las corrientes anteriormente mencionadas, surgieron distintas técnicas grupales que se enfocan en lo que cada corriente propone pero que finalmente buscan la mejora de cada paciente por medio de la expresión y reconfiguración de los conflictos personales.

Para poder esclarecer qué es un grupo, se revisaran algunos conceptos importantes.

Robert A. Baron y Donn Byrne definen al grupo como:

“Sistema organizado compuesto por dos o más individuos que están relacionados en tal forma que el sistema de actividades cumple con alguna función, además cuenta con un conjunto determinado de relación de roles entre sus miembros y posee un conjunto de normas que regulan la función del grupo y de cada uno de sus miembros.” (Baron, R., & Byrne, D. Madrid, 1988)

Durkheim habló de “Sociedad” como un “conglomerado de individuos en contacto continuo y que finalmente, representa un poder que regula a los integrantes y que por lo tanto, dicha sociedad determina a los individuos; Durkheim también asignó dos características principales a la sociedad:

- Externa porque impone coacciones a sus miembros desde el momento en el que uno nace y crece asumiendo el rol que se le impone dentro de la misma.
- Anterior porque aparece primero que el individuo y porque la formación de su conciencia individual será el resultado de lo ocurrido y establecido en sociedad (Durkheim, 1987)

Durkheim (1983) establece la conciencia colectiva como la base de la sociedad pues es *“el conjunto de creencias, sentimientos, juicios de valor, etc.”* Y por lo tanto es lo que liga a los individuos entre sí.

Aterrizando estos conceptos a la terapia de grupo, se puede decir que crear una conciencia colectiva dentro del grupo ayudará a que los conceptos que ahí se manejen puedan ser interiorizados como parte de los fundamentos de la nueva “sociedad” a la que pertenecen.

Los grupos pueden formarse según sus características, integrantes, objetivo, etc. En este caso, se hablará de los grupos según el área que pretenden tratar.

El grupo de formación o grupo de encuentro (training group o t-groups)

Por su definición, El grupo de formación es "Un grupo relativamente inestructurado, en el que los individuos participan con fines de aprendizaje...los datos son las transacciones entre los miembros, su propia conducta en el grupo, conforme tratan de crear una organización, una sociedad en miniatura y conforme trabajan por apoyar el aprendizaje mutuo dentro de una sociedad" (Bradford, 1964)

Estos grupos están enfocados en brindar a los participantes habilidades que les permitan integrar los conocimientos adquiridos con su vida cotidiana para que además del aspecto cultural, puedan desarrollarse personalmente.

“Un grupo de encuentro consiste en un conjunto de personas que quieren interrelaciones sobre aspectos de sus potencialidades. Algunas personas hablan en relación a las experiencias de grupos de encuentro como una reeducación emocional en la que se está aprendiendo a reconocer, experimentar y, en última instancia, a controlar las propias emociones. (González, 1987)

a) Grupos de autoayuda

En México, la Dirección General de Equidad y Desarrollo Social, se refiere a los grupos de autoapoyo como *“Un foro en donde los individuos que comparten un problema o situación similar, ventilan emociones y sentimientos, intercambian experiencias y se brindan apoyo mutuo” (Mendoza, L. y Caro, E. 1999).*

Por su parte, la ONU apoya a Katz y Bender (1976) quienes dijeron que “Son grupos pequeños y voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico. Estos grupos están integrados habitualmente por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad común, para superar un handicap común o problemas que trastornan la vida cotidiana, y conseguir cambios sociales y/o personales deseados”

Los grupos de autoayuda tienen su inicio en el trabajo que realizó Joseph Pratt en 1905 cuando formaba grupos para que los participantes tuvieran información sobre los padecimientos que compartían, al conjugar lo relacionado con las enfermedades y el aspecto emocional, se desarrolló el “Método de clases de Pratt” y en 1935, esa práctica comenzó a utilizarse en los grupos de Alcohólicos Anónimos A.C.

Alcohólicos Anónimos, como grupo “Utiliza el principio de solidaridad grupal e identificación con los compañeros que padecen el mismo mal pero que han logrado el control del mismo” y sostienen que a diferencia de Pratt, es que “*Se enfatiza la estructura fraternal, y la identificación paternal se coloca en la existencia de un ser supremo, lo cual le da una característica inspiracional, además de la de apoyo*”(Campuzano, 2012)

b) Grupos de trabajo

Dentro de la Psicología Organizacional también se pueden encontrar diversas definiciones y aplicaciones para los grupos. Una de las más utilizadas es la referente al trabajo que se realiza en equipo, es decir, los Grupos de Trabajo.

Sobre el diseño de las organizaciones, Leonardo Scharvenstein (1998) dice que los grupos de trabajo, entendiendo grupo como dos o más personas que se reúnen para lograr el mismo objetivo, tienen las siguientes características:

- Dos o más personas con interacción e interdependencia mutua, que se influyen en creencias y comportamientos.
- Posee una identidad colectiva compartida.
- Tiene objetivos comunes en determinados aspectos, metas y propósitos aceptados.
- Su estructura es relativamente estable, reglas y funciones que perduran a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones.
- Se perciben y se reconocen abiertamente como grupo.

Con la modernización y la integración de la Psicología en el ámbito organizacional, se ha planteado que además de los grupos de trabajo también existen los Equipos de Trabajo que se diferencian porque buscan cumplir una meta repartiendo el liderazgo y la responsabilidad entre todos los miembros así como la remuneración igualitaria entre empresa y trabajadores.

c) Grupos Psicoeducativos

Los estudios multidisciplinarios realizados entre las Ciencias de la Salud y la Psicología, han abierto un espacio significativo para lo que se conoce como Psicología de la Salud, la cual está enfocada en la prevención de enfermedades y promoción de la salud por medio del abastecimiento de información a la población en general.

En 1948, la ONU explicó el concepto de Salud como el estado completo de bienestar físico, psicológico y social siendo todos igualmente importantes.

Ya que se entiende salud de esta manera, puede entenderse también la importancia de retomar el contexto en el que se desarrollan las personas y también la importancia de mantener esas tres áreas funcionales, por eso la Psicoeducación propone que cada individuo debe entender los aspectos personales y sociales a través de información adecuada así como desarrollar nuevas herramientas que le permitan funcionar dentro de sus grupos y a nivel personal.

La Psicoeducación maneja dos conceptos importantes que para fines del taller que se propone, son fundamentales, Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades.

La Promoción de la Salud se entiende como la necesidad de fomentar en las personas sanas, en este caso aquellas que no son portadoras del VIH estrategias para que sigan manteniendo ese estado de salud; Esto se logra enfatizando la responsabilidad individual y social sobre las medidas preventivas y de higiene acerca del virus, evitando conductas de riesgo y haciéndoles saber cómo pueden satisfacer sus necesidades sin exponerse.

Al respecto de la Prevención de enfermedades, se refiere a las acciones que deben tomarse puesto que la proliferación del virus es inminente y es necesario evitar que continúe. Se conocen tres tipos:

- a) Primaria: Evitar la aparición de nuevos casos. Esto enfocado a los y las portadoras para que eviten contagios y/o recontagios por cualquiera de las vías antes mencionadas.
- b) Secundaria: Reducir los efectos de los casos existentes sobre la sociedad. Por ejemplo, que los portadores puedan ser parte funcional de la sociedad manteniendo un estado óptimo de salud que les permitirá continuar con una vida normal y que el virus no acabe poco a poco con la población.
- c) Terciaria: Evitar que el impacto de la enfermedad afecte la funcionalidad de la sociedad en ambos casos (Portadores y no portadores). Es decir, que ambas partes tengan menores afecciones físicas, sociales y psicológicas por el virus.

Ahora, a todo el trabajo que aporta la Psicología sobre el tema de la salud, es importante añadir el aspecto educativo y es que, en este tipo de grupo, se busca que los participantes realmente consigan aumentar los conocimientos que tienen sobre el tema que se quiera tratar, esto a diferencia de otro tipo de grupos, se puede lograr utilizando a los mismos participantes como portavoces y no solo con la exposición de un experto en la materia pues son los participantes quienes viven la situación que pretende mejorarse. Se debe tomar en cuenta el contexto social

del que provienen, sus experiencias, considerar sus inquietudes para que la información que se brinde sea realmente de interés, buscar un lenguaje adecuado (sin terminología compleja que sea inentendible) y finalmente, respetar las creencias y aspectos culturales para que lejos de ser una barrera, resulten un apoyo para los psicólogos que organicen el grupo; En el caso del VIH, el último punto resulta muy importante pues los aspectos culturales son los que fomentan los mitos alrededor del virus y es la primera barrera que necesita desaparecer si se quiere mejorar aspectos como autoestima.

Así, se puede recalcar como la característica más importante de los grupos Psicoeducativos la Intencionalidad operativa, es decir: Que los nuevos conocimientos tengan una influencia real en las conductas de los participantes.

Un grupo Psicoeducativo se considera ideal, en este caso, puesto que ofrece aprendizaje entre pares, además del aprendizaje que los participantes puedan adquirir de los facilitadores y la información que ellos brinden puesto que finalmente, las redes de apoyo que puedan construir necesitan tener ese soporte de igualdad, es decir que los participantes, al ver que existen más personas en su situación que logran la adherencia al tratamiento mediante estrategias que ya funcionan en lo cotidiano, podrán llevar todo lo que involucra vivir con VIH/SIDA a lo real.

Para efectos de justificación, se retomarán algunos de los conceptos anteriormente mencionados puesto que se consideran clave en la comprensión de los motivos del taller propuesto.

Con la Psicoterapia de grupo, se fomenta el aprendizaje activo de los participantes puesto que permite que ellos se involucren en la dinámica. De esa manera, los participantes pueden apropiarse de ese espacio para vivenciar lo que ahí sucede haciendo que la información comience a reorganizarse en los participantes desde ese momento y no queda solo como “algo que existe fuera de ellos”

Algunas ventajas de la terapia grupal que son aplicables al taller que aquí se propone son:

- El paciente recrea las dificultades características en el grupo. Las interacciones con el grupo permiten rápidamente exponer los patrones de comportamiento.
- El concepto del 'pasillo de los espejos' se refiere a la habilidad del grupo a confrontar a un individuo con su comportamiento, el cual había sido incapaz previamente de reconocer. Cada individuo del grupo acepta más fácilmente reacciones de su comportamiento si las observaciones sobre ellas provienen de un grupo de observadores.
- El hecho que múltiples individuos que se sientan identificados con la lucha del paciente, puede hacer el enfrentamiento con el problema más tolerable y poder tratar mejor la intensidad con que le afecta el problema.
- La revelación de secretos vergonzosos puede proporcionar intensos alivios.
- Las interacciones entre el grupo favorecen respuestas y intercambios socialmente aceptables.
- El grupo ofrece modelos de comportamiento alternativos.
- Frecuentemente, se considera la terapia de grupo como menos regresiva que la terapia individual. (Zrebiec, s.f.)

En el grupo terapéutico se busca encontrar la dinámica individual de los participantes en la vida cotidiana a través de su comportamiento dentro del grupo para que el terapeuta pueda conocer las áreas en las que puede presentar un conflicto; Aplicado a la propuesta que aquí se presenta, dentro del taller Psicoeducativo será necesario que el facilitador tenga la habilidad de observar esa parte para que el ambiente y la convivencia del taller sea la adecuada para que los participantes puedan intercomunicarse y en el momento adecuado puedan compartir sus experiencias y lograr reflexiones profundas tanto en lo individual como en lo grupal.

Vivir con VIH/SIDA y todo lo que ello representa trae consigo muchas cargas sociales y personales, es una nueva etapa en la que debe encontrarse una nueva forma de vivir, reacomodar ideas que ya se tenían pero también acomodar aquellas que se irán adquiriendo con el paso del tiempo, por eso es que la

creación de un espacio en el que los pacientes puedan generar esas herramientas es la clave para el éxito del apego al TARV.

Se eligió un taller puesto que por su definición, es un lugar en el que se trabaja y elabora un producto final así que el aprendizaje se adquiere mediante la realización de algo, además el taller trabaja de forma sistémica lo cual lo vuelve similar a la realidad social de la que se habló anteriormente.

“La utilización de este método tiene como cometido dar respuesta a preguntas planteadas en las consignas de trabajo, teniendo en cuenta la opinión de todos los miembros del grupo, para llegar a una toma de decisiones colectiva.” (Careaga, A., Sica, R., Cirillo, A., Da Luz, S.2005)

Características	Usos especiales	Limitaciones
<ul style="list-style-type: none"> *Se basa en la experiencia de los participantes. *Es una experiencia integradora donde se unen la educación y la vida, los procesos intelectuales y afectivos. *Está centrado en los problemas e intereses comunes del grupo. * Implica una participación activa de los integrantes. *Puede utilizar diversas técnicas, especialmente la discusión en grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> *Permite analizar los problemas de la práctica y encontrar soluciones. *Adapta el aprendizaje de acuerdo a las experiencias de los participantes. *Respeta diversas características del aprendizaje de adultos. *Utiliza la experiencia profesional de los participantes. *Está orientado específicamente a las tareas. *La tarea es convocante del grupo. Se focaliza en problemas pertinentes. 	<ul style="list-style-type: none"> *Limitado a pequeños grupos, los grandes deben de ser subdivididos. * Requiere de un facilitador que se pueda adaptar a este formato. *Puede derivar en exposiciones, si el experto se adapta mal al formato.

La participación del facilitador, es imprescindible en un taller porque es quien define la metodología del mismo, orienta a los participantes para lograr el objetivo previamente establecido, organiza al grupo y los guía a una reflexión final, evalúa y analiza los resultados obtenidos mediante un cuestionario final para conocer si el taller dio resultado. (Alen, B. y Delgadillo, C., 1999)

Jack Gibb (1996) establece ocho principios con los que se estableces los aspectos que permiten alcanzar el éxito en un taller:

1. Ambiente:

El lugar físico debe facilitar la concentración en la tarea y el número de miembros del grupo debe permitir el máximo aporte de experiencias y la menor inhibición.

2. Reducción de la Intimidación:

Las relaciones interpersonales amistosas reducen la intimidación, favorecen el intercambio de opiniones y permiten la orientación hacia la tarea.

3. Liderazgo Distribuido:

La distribución (intercambio y rotación) de la conducción (moderación) del grupo lleva a la dedicación máxima de la tarea y permite el crecimiento de los integrantes del grupo.

4. Esclarecimiento del Objetivo:

Un objetivo claro y aceptado por todos aumenta el “sentido de nosotros” e incrementa la dedicación al proceso de búsqueda de respuestas

5. Control del Tiempo:

. Los grupos regulan el uso del tiempo y su sistema de trabajo

6. Adopción de Resoluciones:

El trabajo grupal analiza las preguntas planteadas y mediante el aporte de los diversos enfoques realizados por sus miembros elabora conclusiones de acuerdo generalizado o no. En este último caso el informe del grupo expone los diversos puntos de vista.

7. Comprensión del Proceso:

La comprensión del funcionamiento aumenta la orientación hacia la tarea.

8. Evaluación:

La evaluación continua de los logros obtenidos y de las actividades realizadas permite una depuración de las tensiones que puede generar el trabajo y ayuda a la modificación de los métodos de trabajo.

De igual forma, Gibb establece cinco condiciones previas que deben ser cuidadas para que el ambiente del taller propicie el logro del objetivo:

- 1) La creación de un ambiente físico conducente a la resolución de problemas. Ese ambiente físico debe de ser suficientemente grande como para permitir una máxima base de experiencias y suficientemente reducido como para permitir una gran participación y un mínimo de intimidación.
- 2) La reducción de tensiones interpersonales que suelen surgir de las situaciones de grupo. Las situaciones interpersonales amistosas reducen la intimidación. La forma en que se reacciona frente a la intimidación puede adoptar diversas expresiones: la proyección de culpa sobre los otros, menosprecio de algunos de los miembros, generalizaciones abusivas e injustas, comentarios negativos sobre los organizadores o autoridades.
- 3) El establecimiento de acuerdos sobre procedimientos que tiendan a la resolución de problemas.
- 4) La libertad del grupo para establecer sus propios objetivos y tomar sus propias decisiones.
- 5) La enseñanza de habilidades adecuadas para la adopción de decisiones.

Como se puede observar en la propuesta de Gibb, las condiciones que necesita un taller, favorecen el éxito de cualquier taller psicoeducativo que aquí se propone porque se enfoca en la enseñanza pero también en la colaboración de los participantes y de igual manera se enfoca en que ellos puedan expresar sus emociones, necesidades, angustias, preocupaciones, soluciones, favorece la reflexión y el intercambio comunitario de ideas lo cual evita que los pacientes solo asistan como oyentes.

A continuación, se presentará la metodología del taller así como las sesiones. El objetivo del siguiente capítulo es servir como guía pero se considera la posibilidad

de adaptar cada sesión a las necesidades de la población con la cual se vaya a trabajar ya que, como se ha mencionado anteriormente, el facilitador deberá observar que necesidades presentan así como las posibilidades que tenga el grupo para apropiarse de cada tema.

CAPÍTULO 4 PROPUESTA DE TRABAJO

4.1 Descripción de proyecto

Luego de recopilar todos los datos anteriores, se considera que las asociaciones que actualmente proveen atención psicológica a los pacientes que viven y conviven con VIH/SIDA necesitan una herramienta que les permita facilitar la comunicación de la información necesaria para dichas personas, tomando en cuenta que la población a la cual está dirigida es muy variable en aspectos como edad, género, nivel socioeconómico y educativo. Además, los participantes asisten a chequeos médicos que, al ser de manera gratuita, no les permite agendar por lo que el contenido del taller debe ser flexible para que al faltar a alguna sesión puedan retomarlo la siguiente vez que puedan asistir; A su vez, el ingreso de nuevos participantes debe ser posible pues se considera un servicio necesario posterior a la notificación y al momento de ser flexible, permite que cualquier persona pueda integrarse al taller sin ningún problema.

Respecto a edad, género y educación, se considera que la información debe ser clara, evitando utilizar términos que sean difíciles de entender así como concentrarse en lo que es realmente efectivo para ellos más que información científica o estadística.

Los temas que se abordarán en el taller fueron elegidos por las necesidades que se han presentado dentro de las asociaciones como la Orden de Malta en México que, junto con el Instituto Nacional de Perinatología, desarrollaron el programa “Salva a un niño del SIDA” en el año de 1999. Como parte del programa, La Casa de la Sal A.C. inicia “Escuela para padres” dónde se busca que las mujeres embarazadas que sean portadoras del virus, sigan el programa de salud adecuado para que ellas tengan un estilo de vida saludable y así, el bebé pueda nacer libre del mismo. A lo largo de las sesiones de “Escuela Para padres”, algunos otros temas también fueron reportados como “temas de interés” por las y los participantes. Entre ellos se encuentran: Técnicas de apego al TARV, control y manejo de estrés, nutrición, autoestima, salud (sexual, mental y física) comunicación asertiva, técnicas de relajación, duelo, cierre de ciclos, etc.

La población a la que va dirigida solo se limita en dos aspectos, primero, cada participante debe estar notificado y su asistencia debe ser meditada y voluntaria. Segundo, deben tener por lo menos quince años ya que la información no está enfocada a una población infantil, sin embargo pueden asistir cuidadores no portadores que se encarguen de personas por debajo de la edad indicada.

Se proponen diez sesiones que se repartirán en 3 meses, una vez por semana, dejando dos semanas libres para organización, abastecimiento de material y evaluación de resultados y nuevas necesidades. Al ser un taller de poca duración y con población variable, es posible repetirlo durante el mismo año para que los participantes que no hayan asistido desde el inicio o que no hayan podido asistir puedan recuperar sesiones.

Las sesiones durarán noventa minutos. Al inicio de cada sesión, serán retomados los conceptos más importantes de la sesión anterior y al final de las mismas se entregará información impresa para que los participantes puedan tenerla presente en cualquier momento.

Dentro de esta propuesta están incluidos cartas descriptivas de cada sesión, la información que se entregará impresa a los participantes así como el manual para el expositor sin embargo, todo el material puede ser adaptado a las necesidades tanto de la asociación como de la población específica y también es posible cambiar el orden de las sesiones o añadir algunos temas que se consideren necesarios a lo largo de cada ciclo.

Lo que se espera del taller es que los participantes encuentren en él, un espacio propio, libre de etiquetas donde puedan expresar sus emociones, resolver sus dudas y encontrar la información necesaria para reestructurar su vida personal de manera que esto lo impulse a ser personas saludables mental y físicamente.

Se espera, también, que los participantes aprendan a vivir sin que el VIH sea una condena de muerte física, social y/o emocionalmente a través de información clara, apoyo de otras personas que viven con el virus y acercándolos a asociaciones que puedan auxiliarlos en este proceso y así, evitar la aparición del SID

Eje Temático: Apego al Tratamiento Antirretroviral No. de sesión: 1 Duración: 90 minutos

OBJETIVO: Proporcionar información eficaz a las participantes sobre la importancia del apego al TARV así como estrategias sencillas sobre cómo llevarlo a cabo.

Tema	Objetivo específico	Desarrollo	Técnica	Materiales	Tiempo
Presentación	Tanto facilitadores como participantes se presentarán diciendo su nombre.	Los facilitadores darán gafetes a los participantes para que escriban su nombre facilitando el reconocimiento de cada uno. Los facilitadores hablarán sobre los objetivos del taller y los temas que se tratarán explicando la dinámica general del mismo.	Integrativa Expositiva	Gafetes Plumón Computadora Proyector Presentación PPT	15 minutos
Introducción y presentación del tema central	Que los participantes se integren a la sesión para que logren la comprensión del tema	Los facilitadores expondrán estadísticas breves sobre el efecto del desapego al tratamiento y posteriormente expondrán la información que facilitará a los pacientes integrar el tratamiento a su vida cotidiana. También se hablará sobre las acciones y estrategias que ayudan a los cuidadores.	Expositiva	Presentación PPT	30 minutos
“Reorganizando mi horario”	Que los participantes puedan integrar a su	Los participantes analizarán sus actividades cotidianas e integrarán las tomas, alimentos (desayuno, comida, cena y almuerzos), chequeos médicos, ejercicio, etc. con las	Reflexión	Hojas informativas Plumas	35 minutos

	rutina las estrategias anteriormente brindadas	estrategias anteriormente vistas de manera que les sea fácil recordarlas y llevarlas a cabo. Finalmente, de manera voluntaria, se comentarán los resultados al grupo.			
Preguntas	Responder brevemente las dudas que hayan surgido durante la sesión	Los facilitadores responderán dudas que hayan surgido a lo largo de la sesión y escucharán sugerencias sobre algunos puntos que podrían ser tratados en sesiones posteriores	Expositiva	Ninguno	5 minutos
Cierre	Concluir la sesión	Los facilitadores agradecen la presencia de los participantes, dan fecha y tema de la siguiente sesión, recogen los gafetes de los participantes para usarlos en la siguiente sesión.	Expositiva	Ninguno	5 minutos

Eje Temático: Mitos y verdades del VIH/SIDA No. de sesión: 2 Duración: 90 minutos

OBJETIVO: Esclarecer la información más popular sobre el VIH/SIDA

Tema	Objetivo específico	Desarrollo	Técnica	Materiales	Tiempo
Presentación	Tanto facilitadores como participantes se presentarán diciendo su nombre.	Los facilitadores entregan su gafete a cada participante. Facilitadores y participantes se presentan diciendo su nombre. Los facilitadores dan una reseña breve de la sesión anterior.	Integrativa Expositiva	Gafetes Plumón Computadora Proyector Presentación PPT	15 minutos
Introducción y presentación del tema central	Que los participantes se integren a la sesión para que logren la comprensión del tema	Luego de introducir el tema, los facilitadores pedirán a los participantes que mencionen las ideas o comentarios más comunes sobre el VIH/SIDA y los anotarán en hojas rotafolio para que queden a la vista del grupo, al finalizar, se le pedirá a los participantes que indiquen cuales piensan que son mito y cuales son ciertas.	Expositiva Lluvia de ideas	Presentación PPT Rotafolio Diurex Plumones	30 minutos
“Desmitificando el VIH/SIDA”	Que los participantes puedan identificar mitos y realidades sobre el VIH/SIDA	Después de ver la presentación PPT, los participantes reflexionarán sobre los mitos y realidades que mencionaron al inicio de la sesión comparándolos con lo que los facilitadores expusieron para que puedan enfocarse en la información verídica que realmente necesite su atención. Esto se	Reflexión	Hojas informativas Plumas	35 minutos

		llevará a cabo en las hojas informativas para que puedan conservarlas. Finalmente, los participantes compartirán “¿Cómo me siento ahora que se cuáles son los mitos y cuál es la realidad?”			
Preguntas	Responder brevemente las dudas que hayan surgido durante la sesión	Los facilitadores responderán dudas que hayan surgido a lo largo de la sesión y escucharán sugerencias sobre algunos puntos que podrían ser tratados en sesiones posteriores	Expositiva	Ninguno	5 minutos
Cierre	Concluir la sesión	Los facilitadores agradecen la presencia de los participantes, dan fecha y tema de la siguiente sesión, recogen los gafetes de los participantes para usarlos en la siguiente sesión.	Expositiva	Ninguno	5 minutos

Eje Temático: Control y manejo de estrés No. de sesión: 3 Duración: 90 minutos

OBJETIVO: Los participantes conocerán los tipos de estrés, cómo afecta su salud, identificarán si lo padecen así como una técnica de relajación.

Tema	Objetivo específico	Desarrollo	Técnica	Materiales	Tiempo
Presentación	Tanto facilitadores como participantes se presentarán diciendo su nombre.	Los facilitadores entregan su gafete a cada participante. Facilitadores y participantes se presentan diciendo su nombre. Los facilitadores dan una reseña breve de la sesión anterior.	Integrativa Expositiva	Gafetes Plumón Computadora Proyector Presentación PPT	15 minutos
Introducción y presentación del tema central	Que los participantes se integren a la sesión para que logren la comprensión del tema	Para iniciar, se preguntará al grupo ¿Qué entienden por estrés? ¿Cómo lo sienten en su cuerpo? Luego se iniciará la presentación PPT misma que hablará sobre los tipos de estrés, señalando que hay estrés "bueno y malo". A lo largo de la presentación PPT, se pedirá que los participantes comenten situaciones que identifican como estresantes y plantear una solución que esté en sus manos (Se puede retomar la sesión #2 para recordar	Expositiva Lluvia de ideas	Presentación PPT Rotafolio Diurex Plumones	30 minutos

		que desmitificando dicha situación, pueden concentrarse en lo que realmente necesitan hacer)			
"Test del estrés"	Que los participantes puedan identificar si padecen de estrés crónico"	Se entregan las hojas informativas, que incluye el test. Los facilitadores explican las instrucciones y se les pide a los participantes que contesten de manera reflexiva. Al finalizar, se les pide que levanten la mano aquellas personas que padecen estrés crónico.	Reflexión	Hojas informativas Plumas	15 minutos
Relajación guiada	Que los participantes conozcan una relajación que puedan llevar a cabo cuando lo necesiten	Se pide a los participantes que tomen una postura relajada (sentados o acostados, dependiendo del espacio) cerrarán los ojos durante toda la técnica (Puede ser cualquiera que el facilitador domine tomando en cuenta que debe ser fácil de replicar en casa).	Relajación	Música de relajación Reproductor de música/bocinas	20 minutos
Conclusión y Preguntas	Saber cómo se sienten después de la relajación y responder preguntas	Los facilitadores preguntan sobre su experiencia durante la relajación. Los facilitadores responderán dudas que hayan surgido a lo largo de la sesión y escucharán sugerencias sobre algunos puntos que podrían ser tratados en sesiones posteriores	Lluvia de ideas Expositiva	Ninguno	5 minutos
Cierre	Concluir la sesión	Los facilitadores agradecen la presencia de los participantes, dan fecha y tema de la siguiente sesión, recogen los gafetes de los participantes para usarlos posteriormente.	Expositiva	Ninguno	5 minutos

Eje Temático: Redes de apoyo No. de sesión: 4 Duración: 90 minutos

OBJETIVO: Los participantes conocerán y entenderán el concepto de "Red de apoyo" para que así puedan identificar o establecer una propia.

Tema	Objetivo específico	Desarrollo	Técnica	Materiales	Tiempo
Presentación	Tanto facilitadores como participantes se presentarán diciendo su nombre	Los facilitadores entregan su gafete a cada participante. Facilitadores y participantes se presentan diciendo su nombre. Los facilitadores dan una reseña breve de la sesión anterior.	Integrativa Expositiva	Gafetes Plumón Computadora Proyector Presentación PPT	15 minutos
"Náufragos"	Que los participantes escenifiquen una red de apoyo	Los facilitadores colocarán hojas de dos colores diferentes en el piso marcando caminos que se cruzan en ciertos puntos. Los participantes formarán dos equipos. El objetivo es llegar a la meta sin "naufragar"	Integrativa	Hojas de color	15 minutos
Introducción y presentación del tema central "	Que los participantes se integren a la sesión para que logren la comprensión del tema	Los facilitadores introducen la presentación reflexionando sobre la actividad anterior. Se comenta que a veces es necesario buscar otras personas que brinden apoyo, en este caso, puede ser emocional, lúdico o de salud. Así mismo, se explica en que consiste una red de apoyo, como se conforma, ventajas y consideraciones	Expositiva	Presentación PPT	30 minutos
"Mi red de apoyo"	Que los participantes conformen su propia red de	Los facilitadores entregan las hojas informativas que incluyen un directorio con los centros de apoyo al VIH/SIDA más importantes y una hoja extra para que los	Análisis	Lápiz Hojas informativas	15

	apoyo	participantes anoten a las personas que pudieran apoyarlos (cuidadores, amigos, familiares) también se les invita a intercambiar teléfonos entre los miembros del grupo y establecer en qué podrían apoyarse. Por ejemplo “Yo me llamo Martha y puedo darte consejos sobre la toma de medicamentos”			
Preguntas	Responder brevemente las dudas que hayan surgido durante la sesión	Los facilitadores responderán dudas que hayan surgido a lo largo de la sesión y escucharán sugerencias sobre algunos puntos que podrían ser tratados en sesiones posteriores	Lluvia de ideas Expositiva	Ninguna	10 minutos
Cierre	Concluir la sesión	Los facilitadores agradecen la presencia de los participantes, dan fecha y tema de la siguiente sesión, recogen los gafetes de los participantes para usarlos posteriormente	Expositiva	Ninguna	5 minutos

Eje Temático: Derechos humanos del VIH/SIDA No. de sesión: 5 Duración: 90 minutos

OBJETIVO: Los participantes conocerán los principales derechos propuestos en la Norma Oficial Mexicana Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (NOM-010-SSA2-1993).

Tema	Objetivo específico	Desarrollo	Técnica	Materiales	Tiempo
Presentación	Tanto facilitadores como participantes se presentarán diciendo su nombre.	Los facilitadores entregan su gafete a cada participante. Facilitadores y participantes se presentan diciendo su nombre. Los facilitadores dan una reseña breve de la sesión anterior.	Integrativa Expositiva	Gafetes Plumones	15 minutos
Introducción y presentación del tema central	Que los participantes se integren a la sesión para que logren la comprensión del tema	Los facilitadores introducen a los participantes preguntando ¿Alguna vez has sentido que tus derechos humanos han sido violentados? Los participantes comparten de manera voluntaria sus experiencias, luego los facilitadores comienzan con la presentación PPT y a lo largo, preguntarán a los participantes si conocían el derecho humano del que se acaba de hablar. Se retomara el tema anterior "Redes de apoyo" para resaltar que en el directorio incluido en las hojas informativas, pueden encontrar el teléfono de "Derechos humanos"	Expositiva	Computadora Proyector Presentación PPT	20 minutos
"Testimonio"	Los participantes identificarán los derechos que han sido	Los facilitadores harán lectura del testimonio de una persona que vive con VIH/SIDA donde se mostrarán derechos violentados, antes, durante y después de contraer el virus para que al final, los participantes mencionen	Expositiva Reflexiva	Presentación PPT	25 minutos

	violentados en el testimonio.	cuales son esos derechos según lo que se acaba de mostrar en la presentación PPT. El testimonio también se mostrará en la presentación PPT			
"Yo soy____ y mis derechos son____"	Que los participantes se apropien de los derechos humanos que les corresponden	Los facilitadores entregan las hojas informativas, estas incluirán un espacio en la parte de atrás para que los participantes escriban como título "Yo soy (nombre) y mis derechos son:" luego escribirán los derechos humanos que gozan así como los que les gustaría gozar. Al mismo tiempo, los facilitadores harán hincapié en la importancia que tiene el hecho de que los participantes sean los primeros en respetar y ejercer dichos derechos, mencionando aquellos relacionados con acceso a medicamentos, consultas y apoyo terapéutico para ellos y sus familiares.	Reflexión	Hojas informativas	20 minutos
Preguntas	Responder dudas de la sesión	Los facilitadores responderán dudas que hayan surgido a lo largo de la sesión y escucharán sugerencias sobre algunos puntos que podrían ser tratados en sesiones posteriores	Lluvia de ideas Expositiva	Ninguno	5 minutos
Cierre	Concluir la sesión	Los facilitadores agradecen la presencia de los participantes, dan fecha y tema de la siguiente sesión, recogen los gafetes de los participantes para usarlos posteriormente.	Expositiva	Ninguno	5 minutos

Eje Temático: Nutrición No. de sesión: 6 Duración: 90 minutos

OBJETIVO: Los participantes entenderán la importancia de llevar una alimentación balanceada así como de evitar ciertos alimentos que restan efectividad al TARV

Tema	Objetivo específico	Desarrollo	Técnica	Materiales	Tiempo
Presentación	Tanto facilitadores como participantes se presentarán diciendo su nombre.	Los facilitadores entregan su gafete a cada participante. Facilitadores y participantes se presentan diciendo su nombre. Los facilitadores dan una reseña breve de la sesión anterior.	Integrativa Expositiva	Gafetes Plumones	15 minutos
Introducción y presentación del tema central	Que los participantes se integren a la sesión para que logren la comprensión del tema	Los facilitadores comienzan la exposición preguntando a los participantes cuales son los alimentos que deben evitar para no interferir con sus medicamentos y mantenerse saludables, también explorarán las medidas de higiene en relación a los alimentos. La exposición se centrará "Plato del buen comer" "Higiene en alimentos" "Alimentos no permitidos" y "Ventajas de la buena alimentación" (Resaltando los beneficios al sistema inmunológico)	Expositiva	Computadora Proyector Presentación PPT	30 minutos

“Comer bien”	Que los participantes se aprendan dos recetas sencillas y nutritivas	Se preparan alimentos sencillos con los ingredientes que benefician al sistema inmunológico y se menciona nuevamente aquellos que son perjudiciales para los participantes. Al final, todos pueden consumir estos platillos	Práctica	Utensilios de cocina Ingredientes Platos Tenedores Hojas informativas Plumas	45 minutos
Preguntas	Responder brevemente las dudas que hayan surgido durante la sesión	Los facilitadores responderán dudas que hayan surgido a lo largo de la sesión y escucharán sugerencias sobre algunos puntos que podrían ser tratados en sesiones posteriores	Lluvia de ideas Expositiva	Ninguno	5 minutos
Cierre	Concluir la sesión	Los facilitadores agradecen la presencia de los participantes, dan fecha y tema de la siguiente sesión, recogen los gafetes de los participantes para usarlos posteriormente.	Expositiva	Ninguno	5 minutos

Eje Temático: Autoestima-Autodestrucción-Autoperdón	No. de sesión: 7	Duración: 90 minutos
OBJETIVO: Los participantes reforzarán su autoestima a través del reconocimiento y desmitificación de sus propios errores.		

Tema	Objetivo específico	Desarrollo	Técnica	Materiales	Tiempo
Presentación	Tanto facilitadores como participantes se presentan	Los facilitadores entregan su gafete a cada participante. Facilitadores y participantes se presentan diciendo su nombre. Los facilitadores dan una reseña breve de la sesión anterior.	Integrativa Expositiva	Gafetes Plumón	15 minutos
Introducción y presentación del tema central	Que los participantes se integren a la sesión para que logren la comprensión del tema	Los facilitadores explicarán que además de lo que comúnmente se conoce como autoestima, también existe la autodestrucción, pedirán a los participantes un ejemplo que compare autoestima con autodestrucción luego, comienzan con la presentación PPT.	Expositiva	Presentación PPT Computadora Proyector	30 minutos
Testimonio	Que los participantes reflexionen sobre la	Los facilitadores darán lectura al testimonio de una persona que vive con VIH/SIDA en el que se muestra parte de la historia de vida antes del diagnóstico. Los participantes irán	Reflexión	Hojas informativas Plumas	35 minutos

	<p>influencia del entorno sobre la toma de decisiones de una persona</p>	<p>mencionando las causas y consecuencias de las decisiones que se presentan reflexionando sobre las acciones autodestructivas del testimonio y finalmente darán su opinión sobre si todo lo anterior afecta los derechos humanos y la valía de la persona que brindó el testimonio. Los facilitadores resaltarán que lo importante de las experiencias vividas es el aprendizaje que se obtiene así como la manera en la que se enfrentan y resuelven las consecuencias de los propios actos convirtiendo a cada persona en un ser más sabio y capaz de enfrentar situaciones complicadas y que por ende, merece que sus necesidades sean cubiertas.</p>			
Preguntas	<p>Responder brevemente las dudas que hayan surgido durante la sesión</p>	<p>Los facilitadores responderán dudas que hayan surgido a lo largo de la sesión y escucharán sugerencias sobre algunos puntos que podrían ser tratados en sesiones posteriores</p>	Expositiva	Ninguno	5 minutos
Cierre	<p>Concluir la sesión</p>	<p>Los facilitadores agradecen la presencia de los participantes, dan fecha y tema de la siguiente sesión, recogen los gafetes de los participantes para usarlos en la siguiente sesión.</p>	Expositiva	Ninguno	5 minutos

Eje Temático: Duelo No. de sesión: 8 Duración: 90 minutos

OBJETIVO: Los participantes comprenderán el concepto de duelo y lo diferenciarán de la melancolía.

Tema	Objetivo específico	Desarrollo	Técnica	Materiales	Tiempo
Presentación	Tanto facilitadores como participantes se presentarán diciendo su nombre.	Los facilitadores entregan su gafete a cada participante. Facilitadores y participantes se presentan diciendo su nombre. Los facilitadores dan una reseña breve de la sesión anterior.	Integrativa Expositiva	Gafetes Plumón	15 minutos
Introducción y presentación del tema central	Que los participantes se integren a la sesión para que logren la comprensión del tema	Los facilitadores preguntan a los participantes ¿Saben que es un duelo? Luego de escuchar las respuestas de los participantes, piden que reflexionen sobre los duelos que ellos han tenido a lo largo de su vida y si en realidad han cerrado esos capítulos. Se inicia con la presentación PPT	Expositiva	Presentación PPT Computadora Proyector	30 minutos

		en la que se explican las etapas del duelo y se compara con la melancolía resaltando que en la segunda, una persona no es capaz de superar esa pérdida.			
“Me propongo decir adiós a....”	Que los participantes identifiquen algunas situaciones melancólicas para que puedan comenzar un duelo saludable	Se les entrega una hoja en blanco a los participantes y se les encomienda escribir todas aquellas situaciones que aún no puedan luego escribirán las acciones o actitudes específicas que derivan de las pérdidas y con las que quieren acabar, por ejemplo: culpa, enojo, depresión, costumbres, etc. Para terminar, el facilitador explicará que, en silencio, cada uno se despedirá de su hoja como si fuera la persona, situación o momento de vida del que quieren desprenderse. Cuando hayan concluido entregarán la hoja al facilitador.	Reflexión	Hojas blancas Hojas informativas Plumas	35 minutos
Preguntas	Responder brevemente las dudas que hayan surgido durante la sesión	Los facilitadores responderán dudas que hayan surgido a lo largo de la sesión y escucharán sugerencias sobre algunos puntos que podrían ser tratados en sesiones posteriores	Expositiva	Ninguno	5 minutos
Cierre	Concluir la sesión	Los facilitadores agradecen la presencia de los participantes, dan fecha y tema de la siguiente sesión, recogen los gafetes de los participantes para usarlos en la siguiente sesión.	Expositiva	Ninguno	5 minutos

Eje Temático: Sexualidad y embarazo No. de sesión: 9 Duración: 90 minutos

OBJETIVO: Los participantes conocerán las medidas que les permitirán gozar de una vida sexual plena y los cuidados profilácticos para lograr un embarazo saludable sin riesgo de contagio.

Tema	Objetivo específico	Desarrollo	Técnica	Materiales	Tiempo
Presentación	Tanto facilitadores como participantes se presentarán diciendo su nombre.	Los facilitadores entregan su gafete a cada participante. Facilitadores y participantes se presentan diciendo su nombre. Los facilitadores dan una reseña breve de la sesión anterior.	Integrativa Expositiva	Gafetes Plumones	15 minutos
Introducción y presentación del tema central	Que los participantes se integren a la sesión para que logren la comprensión del tema	Los facilitadores retoman brevemente la sesión de "Mitos y realidades" para conocer el punto de vista de los participantes sobre sexualidad y embarazo en el VIH luego comienzan la presentación PPT que debe incluir la información pertinente sobre uso adecuado del condón, cuidados antes durante y después del embarazo así como la importancia de acudir con un médico que lleve todo el tratamiento y vigile las condiciones de salud para evitar cualquier riesgo en la pareja. Para esta sesión y sobre todo para esta etapa, se recomienda, ampliamente, la presencia de un especialista para cuidar que	Expositiva	Computadora Proyector Presentación PPT	30 minutos

		la información sea totalmente adecuada y a su vez, amplíe las redes de apoyo para los participantes.			
“Mi cuerpo, mi sexualidad”	Que los participantes tengan una visión más adecuada de su sexualidad considerando la seropositividad	Se hará una mesa redonda para que el facilitador hable abiertamente sobre las técnicas sexuales que permita a los participantes llevar una vida sexual plena y activa recordando la importancia de los chequeos médicos periódicos, uso adecuado del condón y mantener un buen estado de salud para que tener un buen conteo de CD4 y así, prevenir el riesgo de contagio o recontagio	Práctica	Hojas informativas Plumas	30 minutos
Preguntas	Responder brevemente las dudas que hayan surgido durante la sesión	Continuando con la mesa redonda, los participantes escribirán preguntas anónimamente en tarjetas para que sean respondidas por el facilitador	Lluvia de ideas Expositiva	Ninguno	15 minutos
Cierre	Concluir la sesión	Los facilitadores agradecen la presencia de los participantes, dan fecha y tema de la siguiente sesión, recogen los gafetes de los participantes para usarlos posteriormente.	Expositiva	Ninguno	5 minutos

Eje Temático: VIHVR No. de sesión: 10 Duración: 90 minutos

OBJETIVO: Los participantes harán un cierre referente al taller en el que podrán aterrizar todo lo que han aprendido y vivido a partir del mismo.

Tema	Objetivo específico	Desarrollo	Técnica	Materiales	Tiempo
Presentación	Tanto facilitadores como participantes se presentarán diciendo su nombre.	Los facilitadores entregan su gafete a cada participante. Facilitadores y participantes se presentan diciendo su nombre. Los facilitadores dan una reseña breve de la sesión anterior.	Integrativa Expositiva	Gafetes Plumones	15 minutos
“La cenicienta que no quería comer perdices”	Que los participantes retomen todas las sesiones para llegar a una conclusión individual y de grupo	Los facilitadores dan lectura al texto “La cenicienta que no quería comer perdices” mismo que se encuentra disponible en red, para después pedir a los participantes que reconozcan los puntos que se han tratado en todas las sesiones tales como: Autoestima, autoperdón, derechos humanos, mitos y realidades, estrés, redes de apoyo, etc y recalcar que sin importar las circunstancias, siempre se puede cambiar de parecer para mejorar lo que se está viviendo.	Expositiva	Computadora Proyector Cuento “La cenicienta que no quería comer perdices”	30 minutos

"VIHVIR"	Conocer cómo influyó el taller en los participantes	En las hojas informativas, se les pide a los participantes que escriban como veían el VIH antes del taller y como lo ven ahora. Finalmente reflexionarán y escribirán lo que es para ellos vivir con el virus, qué expectativas tienen sobre el tratamiento y sobre ellos mismos respecto a sus metas y sueños.	Práctica	Hojas informativas Plumas	30 minutos
Cuestionario	Conocer la apreciación y comentarios de los participantes	Los facilitadores entregan y piden que los participantes respondan una breve encuesta sobre el taller	Expositiva	Cuestionarios Plumas	10 minutos
Cierre y entrega de reconocimientos	Concluir la sesión	Los facilitadores agradecen la presencia de los participantes, se les comenta que podrán volver si les faltó tomar alguna sesión. A la salida, se les entrega un diploma significativo que les permita recordar que tienen la información necesaria o las herramientas para obtenerla y así vivir plena y sanamente.	Expositiva	Ninguno	10 minutos

CONCLUSIÓN

La psicología como ciencia enfocada al bienestar Biopsicosocial, se encuentra cada día mas necesitada de nuevas herramientas que puedan ofrecerle una solución a los padecimientos de la población en general, pues dicha población es tan cambiante que resulta imposible atenderla bajo los mismos criterios y soluciones que se usaban hace algunos años.

Un claro ejemplo de lo anteriormente mencionado es el VIH-SIDA que como se mencionó en el primer capítulo, apareció y rápidamente se convirtió en un problema grave para el sector salud a nivel mundial siendo indispensable comenzar a investigar para conocer su origen, implementar tratamientos que con el paso del tiempo fueron mejorando hasta permitir a los portadores conservar calidad de vida.

Aunado a eso, la Psicología comenzó a abordar el tema del VIH-SIDA, primero desde un punto tanatológico para luego incluir otros aspectos como en el caso de la familia, que en el capítulo dos se define como *“Aquellas personas emocionalmente significativas, vivan o no bajo el mismo techo, pudiendo ser familiares consanguíneos, cónyuges o amigos”*; Además la Psicología aporta que las personas portadoras del virus que recientemente fueron notificadas necesitan desarrollar una nueva estructura que reorganice sus conocimientos, percepciones, jerarquías, etc. Y así logre tener una actitud que fomente la adherencia al TARV y evite alcanzar la etapa de SIDA. Esta etapa solo puede ser evitada con la combinación de salud física, mental y social, es decir, fortaleciendo el balance Biopsicosocial del portador.

Además de la individualidad del paciente, cuidar los aspectos sociales y de convivencia deberán ser tomados en cuenta pues el ser humano por naturaleza, es un ser social, encontrando en esta área tanto beneficios como afecciones.

Fácilmente se puede denominar al VIH-SIDA como un virus social pues su transmisión es directamente de humano a humano (es decir, resultado de algún tipo de convivencia) además de afectar la vida de cada uno de los portadores en todas las esferas pues derivado de los mitos que aún lo rodean, el estigma se convierte en

un motivo de aislamiento y discriminación; Entonces, dado que el virus con sus afecciones físicas y emocionales radican en aspectos sociales, se considera necesario encontrar soluciones dentro del mismo ámbito para que al mismo tiempo, éste pueda fortalecerse.

Los grupos enfocados a la atención de personas que viven o conviven con el VIH-SIDA tienen la facultad de sustituir varias de las necesidades dentro del proceso readaptativo que fomenta la adherencia al TARV, por ejemplo:

- a) Los participantes forman redes de apoyo médico, psicológico y social
- b) Los participantes encuentran sentido de pertenencia al ser parte de un grupo de personas que están viviendo lo mismo que ellos
- c) Los empodera puesto que con el paso del tiempo y la experiencia que adquieren, ellos podrán guiar a nuevos miembros del grupo
- d) Desmitifican al ver que los miembros del grupo son personas convencionales que viven las mismas circunstancias que ellos e incluso, logran la estabilidad que ellos buscan
- e) Al proyectarse en otros miembros, tienen la oportunidad de conocer el virus, como vivir o convivir con él e incluso conocerse a sí mismos de una forma distinta, es decir, entre pares y no solo por lo que un experto pueda decirles.

Dentro de la individualidad que el paciente y la Psicología deben atender, se encuentra el ámbito psicoeducativo en el que los portadores deben obtener y aprehender, nuevos conocimientos, estrategias, hábitos, etc. Es por el aspecto de la aprehensión de esos nuevos conocimientos que se optó por generar un taller psicoeducativo en el que, a diferencia de uno informativo o educativo, los participantes puedan apropiarse del espacio, reflexionar, interactuar y finalmente introyectar todo lo que ahí suceda reconfigurándose y fomentando el equilibrio Biopsicosocial anteriormente mencionado.

Otro aspecto respaldado en un taller psicoeducativo que hace mucho hincapié en las redes de apoyo, es la desesperanza misma que puede ser fácilmente desarrollada puesto que el VIH-SIDA es un diagnóstico que por muchos años fue sinónimo de

muerte y que gracias a la desinformación, muchas veces sigue teniendo ese significado y puede llevar al portador a asumir que no existe sentido alguno en llevar a cabo el TARV además de fomentar, si es que aún no sucede, conductas de riesgo. He aquí la importancia de la participación de la Psicología y la promoción de información y atención terapéutica.

Entonces, considerando todos los factores anteriormente mencionados, el aporte que este taller brinda a la Psicología se resume en la elaboración de una herramienta de trabajo que se enfoca en atender integralmente a cada participante con la finalidad de inculcar la adherencia al TARV, prevenir contagios y evitar la etapa de SIDA además de facilitar la implementación del mismo en el ámbito institucional por ser flexible en lo que respecta a la adaptación del taller sobre las necesidades y posibilidades del momento. Respecto al sector salud, se puede mencionar que la prevención de nuevos casos así como la aparición del SIDA, impacta en el aspecto económico de la salud pública.

Dentro de las limitaciones del proyecto, se encuentra la falta de aplicación e integración en los infantes que viven o conviven con el virus puesto que al ser parte de su realidad, también deben crecer familiarizados con el tema para evitar estigmas y conductas de riesgo impulsadas por la ansiedad que crea la incertidumbre de saber que “algo sucede” sin saber realmente qué es.

Por estos motivos, se recomienda analizar la población infantil relacionada con el grupo base y generar un taller psicoeducativo con información adecuada según la edad que incluso de apertura a la comunicación del tema entre los niños y sus respectivas familias.

Además de lo anteriormente mencionado, otra limitación de este proyecto es que se presenta como una propuesta sin que haya existido como tal una aplicación previa.

Para poder aplicar un taller de este tipo, se necesita contar con la población, recursos (suponiendo que se quiera impartir de forma gratuita) y espacio adecuado. Para conseguirlos, es necesario formar parte de una institución enfocada al VIH-SIDA.

El principal motivo por el que no fue posible conseguir un convenio institucional es la dificultad para integrarse a una asociación. Las instituciones exigen título y cédula profesional para ingresar a la plantilla de trabajo o bien para impartir de manera externa cualquier tipo de taller, curso, conferencia, etc. Sobra decir que reunir esos requisitos no es posible puesto que este trabajo es un requisito para conseguirlos. Otra forma de pertenecer a una asociación, aunque sea de forma temporal, es mediante la prestación del servicio social.

En este caso, previo a la realización de esta propuesta de trabajo, se colaboró por un periodo de diez meses en el proyecto de La Casa de la Sal A.C. que constaba en un taller informativo para mujeres embarazadas portadoras del VIH, quienes podían continuar asistiendo al taller una vez que ocurría el parto. El objetivo del taller “Escuela para padres” tenía como objetivo que los niños y niñas de dichas mujeres, nacieran libres del virus y que las madres, familiares y cuidadores lleven una vida saludable y funcional.

El apoyo incluía, además de la exposición, calendarización, planeación, creación de cada sesión, recopilación de estadísticas así como el vaciado de información. Fue bajo esas circunstancias que pudieron conocerse las principales complicaciones para las instituciones que apoyan el proyecto, por ejemplo, la duración que en ese caso era de un año, una vez al mes o bien, los temas que más interesaban a las participantes así como la información que ellas desconocían y por lo cual viven en constante estrés, por ejemplo, toma de medicamentos, sexualidad, derechos humanos del VIH-SIDA, etc. También se conocieron las principales inquietudes de los cuidadores y personas que conviven con el virus y así, finalmente pudo elaborarse el taller que se propone mismo que pretende mejorar la eficacia y practicidad del primero.

Si bien ya no fue posible aplicar el taller propuesto, se considera que la experiencia obtenida de “Escuela para padres” le otorga una ventaja pues existe un conocimiento previo adquirido sobre la práctica y convivencia tanto con las instituciones como con la población que asiste a este tipo de eventos.

Para finalizar, se espera que el presente documento sirva para ampliar los recursos educativos enfocados al VIH-SIDA en el país recalcando la importancia de la prevención y que junto con el apego al TARV, el VIH deje de ser una sentencia de muerte y se convierta en una condición que requiere un estilo de vida más saludable.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Panamericana de la Salud. (1999) *“Guía de atención domiciliaria para personas que viven con VIH-SIDA”*. Asociación Panamericana de la Salud : México.

Ballester, R., Campos, A., García, S., Reinoso, I. (2001). *“Variables moduladoras de la adherencia al tratamiento en pacientes con Infección por VIH”*. *Psicothema, revista anual de Psicología. Psicología Conductual*, 9, 299-322. Vol. 15 (nº 4)
Recuperado en:
<http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/8052/7916>

Baquero R., Limón M. (1999) *“Teorías del aprendizaje”* Universidad Nacional de Quilmes: Buenos Aires.

Baron, R. Byrne, D. (1988) *“Individuos y grupos. Consecuencias de la pertenencia”*. Prentice Hall: España.

Bolles, R. C. (1973) *“Teorías de la Motivación”*. Trillas: México

Bradford, L.P. (1964) *“Membership and the learning process T. group theory and laboratory method of Bradford*. Nueva York.

Brenneck, J. (1987) *“Psicología y la experiencia Humana”*. Manual Moderno: México

Campuzano, M. (2012) *“Grupos de autoayuda y psicoanálisis grupal”*. Publicado el 28 Agosto 2012

Recuperado en: <http://www.ayudamutua.org/index.php/mas/descargas-mas/articulos/20-grupos-de-autoayuda-y-psicoanálisis-grupal>

Careaga, A. Sica, R. Cirillo, A. Da Luz, S. (2006) *“Aportes para Diseñar e Implementar un Taller” 8vo. Seminario-Taller en Desarrollo Profesional Médico*

Continuo (DPMC) 2das Jornadas de Experiencias educativas en DPMC (Octubre 5,6 y 7, 2006)

Alen, B. y Delgadillo, C. (1999) "Capacitación Docente. Aportes para su didáctica". Editorial Norma: México, D.F.

Carole, J. (1994) "*Understanding HIV and AIDS. Strategies for prevention*" Ed. Heath publishers: Toronto

Centro Nacional para la prevención y el Control del VIH/SIDA. (1992) "*Guía para enfermeras en la atención para pacientes con VIH-SIDA*". CONACULTA: México.

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 junio de 2014*.

Recuperado

en:http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_2do_trim_2014_2.pdf

Cofer, C. Appley M. (1978) "*Psicología de la Motivación*" Trillas: México.

Consejo Nacional de Prevención y Control de SIDA. (1993) "*SIDA*" *EPI-CONASIDA*. (No. 12 Diciembre) :México.

Córdova, J.A. Ponce de León S. Valdespino, J.S. (2009) "*25 años de SIDA en México, Logros, desaciertos y retos*" Segunda edición. Instituto Nacional de Salud Pública: México

Durán, E. Hernández, S. (2003) "*Los grupos de auto-ayuda como apoyo social en el cáncer de mama. Las asociaciones de mujeres mastectomizadas de España*" *Boletín de Psicología*, No. 78 (Julio 2003): Madrid.

Durkheim, E. (1987) "De la división del trabajo social" Ediciones AKAL: México

Gerrig, R. Zimbardo, P. (2005) "Psicología y Vida" 17ª Edición. Prentice Hall: México

Gibb, J. (1996) "Manual de dinámica grupal" 17ª edición. Lumen Humanita: México D.F.

Goldman, H. (1989) "Medicina familiar" Manual moderno: México

Goleman, D. (1996). "Inteligencia Emocional" Kairós: España.

Recuperado en: [http://www.hacienda.go.cr/cifh/sidovih/cursos/material de apoyo-F-C-CIFH/2MaterialdeapoyocursosCICAP/5InteligenciaEmocional/Inteligenciaemocional.pdf](http://www.hacienda.go.cr/cifh/sidovih/cursos/material_de_apoyo-F-C-CIFH/2MaterialdeapoyocursosCICAP/5InteligenciaEmocional/Inteligenciaemocional.pdf)

Gómez, E. (1997) "Una perspectiva histórica de la psicoterapia de grupo. En Grupos terapéuticos y asistencia pública". Paidós: Barcelona

Gonzalez, J. (1987) "Dinámica de Grupos. Técnicas y Tácticas" Concepto: México.

Hall, C. Lindsey, G. (1991) "La teoría de la personalidad" Paidós: España

INFOSIDA. (2015). "Hoja informativa: Medicamentos contra el VIH autorizados por la Food and Drug Administration" (5 de mayo de 2015)

Recuperado en: <https://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/21/58/medicamentos-contra-el-vih-autorizados-por-la-fda>

Katz, A. Bender, E. (1976) "Self-help groups in western society: History and prospects" *Journal of Applied Behavioural Science*.

Magis, C. Barrientos, H. (2009). "VIH/SIDA y salud pública. Manual para personal de

salud” (2°)” CENSIDA y INSP: México

Maslow, A. (1990). *“La amplitud potencial de la naturaleza humana”* Trillas: México

Mendoza, L. Lopez, E. (1999) *“Manual de grupos de Auyoayuda. Sugerencias para organizar, establecer y dirigir grupos de autoayuda”*. Secretaria de Desarrollo Social: México.

Ministerio de Salud de la República del Perú. (2004). *“Norma técnica para la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad “TARGA” en adultos infectados por el virus de la Inmunodeficiencia Humana”*. Ministerio de Salud de la República del Perú.: Perú.

Minuchin, S. Fishman, H. (1984) *“Técnicas de Terapia Familiar”* Paidós, 1^{era} Edición. Barcelona, España.

Mulanovich, V. Gutiérrez, Raul. (Sin año) *“Resistencia al TARGA, Falla terapéutica”*
Recuperado

en:<http://www.upch.pe/tropicales/telemedicinatarga/REVISION%20DE%20TEMAS/Resistencia%20y%20adherencia.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. (2010). *“Hacia el acceso universal. Expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH-SIDA en el sector de la salud. Informes sobre los progresos realizados. ONU”*

Recuperado en: [http://www.unicef.org/lac/summary_es\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/summary_es(1).pdf)

Organización Mundial de la Salud (2007) *“¿Qué es la salud mental?”* 28 de Enero de 2014

Recuperado en :<http://www.who.int/features/qa/62/es/>

Organización Mundial de la Salud. (1979). Zoonosis parasitarias: *“Informe de un comité de expertos de la OMS, con participación de la FAO, Ginebra”* Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación: (14 al 20- 10- 1978)

Rojas, L. (1994) *“La pareja rota”* Espasa Hoy: México

SCHVARSTEIN, L. (1998) *“Diseño de Organizaciones: Tensiones y Paradojas”*
Paidós Iberica: España

Secretaría de Gobernación. (2012) *“NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-253- SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos”* México.

Recuperado

en:http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5275587&fecha=26/10/2012

Sepúlveda, J. Bronfman, M. Ruíz, M. Stanislavsky, E C. Valdespino, J L.
“SIDA, ciencia y sociedad en México” (1989) Fondo de cultura económica, México

Toronto People With AIDS, (2010). *“Boletín informativo” 1º de Febrero de 2015*
Recuperado en :<http://www.pwatoronto.org/spanish/pdfs/topic-stress+HIV.pdf>

Díaz, I. (2000) *“Bases de la terapia de grupo”* Ed. Pax: México

Varaz, N. (S.F.) *“La Estigmatización del VIH/SIDA y la Vida Gregaria: Contradicciones en el Desarrollo de Redes de Apoyo de Personas que Viven con VIH/SIDA en Puerto Rico”* Centro Universitario de Servicios y Estudios Psicológicos: Puerto Rico

Yoshiko, B. (1991) *“Ciencias de la Salud”* Mc. Graw-Hill Interamericana: México.
Recuperado

en:http://www.conevyt.org.mx/bachillerato/material_bachilleres/cb6/5sempdf/cisa%20I/compendio_salud1.pdf

Zrebiec, J. (S.F.) *“Terapias de Grupo”* Familianova Schola: Barcelona, España