

8
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"IZTACALA"**

**UNA PROPUESTA PARA DISMINUIR LA
DEPRESION EN PACIENTES INFECTADOS
POR HIV O ENFERMOS DE SIDA**

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :

**ANGULO ANGELES FABIOLA
DELIA IVONNE CASTILLO FERNANDEZ**



MEXICO, D. F.

1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 está 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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

INTRODUCCION	3
RESUMEN	9
CONCEPCION DE SALUD-ENFERMEDAD.....	10
ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA DEPRESION.....	20
ETAPAS DE LA DEPRESION EN PACIENTES INFECTADOS POR HIV Y ENFERMOS DE SIDA.....	34
DESCRIPCION DE LA ENFERMEDAD SIDA E INFECCION POR HIV	47
ASPECTOS SOCIALES QUE INTERVIENEN EN ESTA ENFERMEDAD..	59
TERAPIAS QUE SE PRACTICAN EN PACIENTES INFECTADOS POR HIV Y ENFERMOS DE SIDA	64
OBJETIVOS Y JUSTIFICACION.....	82
METODO.....	85
PROCEDIMIENTO.....	88
RESULTADOS	99
DISCUSIONES	122
CONCLUSIONES	128
ANEXOS	129
REFERENCIAS	146

INTRODUCCION

La década de los 80'S estuvo marcada a nivel médico-social, por la aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que cambio profundamente las costumbres de gran parte de la población. Fué un freno de gran importancia y de gran eficacia para la revolución de los años 60's, que se criticaron en los 70's; pero que continuo teniendo vigencia; se había dicho que con la llegada de los métodos efectivos de control de la natalidad, la liberación sexual era un hecho, y un hecho irreversible.

La infección por HIV fué descrita por primera vez hace ya 12 años y los avances en la identificación y comportamiento del virus, el SIDA continúa siendo uno de los grandes misterios de la medicina, ya que no solamente es una enfermedad compleja que combina factores infecciosos e inmunológicos, sino sociales, culturales y religiosos.

El SIDA ha sido definido como una inmunodeficiencia que no puede ser asociada a un problema congénito o al tratamiento con drogas inmunosupresoras. El cuadro clásico de la enfermedad se manifiesta por la ocurrencia de infecciones por microorganismos oportunistas, entre las que destacan: *Mycobacterium avium*, *Candida Albicans*, *Pneumocystis Carini*, *Citomegalovirus*, etc. El paciente puede presentar además Neoplasias poco comunes, como el Sarcoma de

Kaposi y otros del tejido linfoide. El sistema inmunológico de éstos pacientes presenta una marcada deficiencia de Linfocitos T, específicamente de la población de linfocitos T cooperadores; se puede observar además que la transformación blástica y la reacción de hipersensibilidad retardada están disminuídos y que ocurre una activación policlonal de linfocitos B.

Es importante destacar que estas manifestaciones son observadas en el estado avanzado del padecimiento, que se presentan después de un período variable, que puede ser de meses o años posterior a la infección. Las manifestaciones inmediatas de la infección, que acompaña la seroconversión, tiene las características generales de una infección viral.

Se halló que la enfermedad era mucho más común en el caso de varones homosexuales, y en un momento se creyó que el SIDA era exclusivo de ellos. Al cabo del tiempo se encontró que no tenía que ver con la orientación sexual, sino con la promiscuidad (heterosexual o de homosexuales) que hacia más probable su transmisión.

Los pacientes infectados por HIV o enfermos de SIDA pasan por un período de profunda depresión. Algunos piensan enseguida en un procedimiento radical cuando el médico sugiere celebrar una consulta, tales individuos a veces consideran la consulta o la cirugía como una amenaza a su vida. Las reacciones psicológicas de la enfermedad varía

desde el interés racional hasta el trastorno emocional profundo. El paciente cuando se halla enfermo suele basarse en hechos físicos, sus temores sobre la enfermedad se fundan en distorsiones ficticias de lo que piensa o no tiene que ser.

Las reacciones psicológicas de los pacientes seropositivos varían de acuerdo a su historia y patología dominante antes de saberse infectados.

No hay enfermedad hoy en día que simbolice tan aptamente la transición en los servicios de salud, como el SIDA. La epidemia SIDA expone las vulnerabilidades ocultas de la condición humana, que son tanto biológicas como sociales. El SIDA impulsa a la gente a actuar de una manera valiente y generosa. También provoca respuestas crueles e irracionales.

El SIDA ha contribuido a que se toquen casi todos los aspectos de nuestra sociedad y alcanzado a casi todas las Instituciones sociales: la familia, las escuelas, las comunidades, los negocios, el ejército y todos los niveles de gobierno.

La psicología se integra a los servicios de salud aportando la comprensión, el análisis y manejo de las conductas de los individuos y de los grupos en relación al SIDA, a través de sus diferentes áreas -educativa, industrial, experimental y ambiental-.

El trabajo multidisciplinario para el mejor manejo y atención de éstos pacientes debe ser armónico y de respeto, sin necesidad de suplir funciones o actividades que les competan a otros especialistas.

En el área psicológica se promueve muy poco el trabajo para con éstos pacientes y su función es deslindada a los psiquiatras y médicos. Por ello nuestro interés en el trabajo individual o grupal en terapia psicológica, para que se le ayude a los pacientes a concientizarse de sus posibilidades como ser humano, sus perspectivas de vida, su productividad y no necesariamente sentirse una carga. Esto fué nuestra principal motivación para realizar el programa de la presente investigación.

Para continuar describiremos brevemente los temas tratados en el trabajo en general.

El primer tema es salud-enfermedad, para poder saber que tomaríamos como positivo, por ello nos pudimos dar cuenta que la salud para nuestros pacientes se refería a estar bien con su contorno social, así su estado de ánimo sería positivo o negativo. Aquellos que tenían con quien platicar e intercambiar experiencias, eran más positivos y abiertos.

También hablamos del proceso por el cual nos sobreponemos a un estado de angustia. El paciente primeramente trata de evitar el dolor psíquico de saberse

infectado; mantiene sus actividades y conductas propias antes de los resultados, donde da por descontado que puede presentar síntomas físicos y/o psicológicos, por lo que trata de evitar el contacto con cualquier especialista (NEGACION). Pasando ésta fase se vuelve rascible y difícil, desplaza su angustia, envidia y agresión a las personas que lo rodean (COLERA). La tercera fase es la de (FACTO), el paciente generalmente pacta con alguna forma sobrenatural de existencia fuera de su realidad inmediata. Cuando ésta fase ha terminado, el individuo entra en franca (DEPRESION) analizando sus pérdidas. Finalmente, surge la fase de (ACEPTACION); el paciente empieza a elaborar el duelo o la relación entre su realidad presente como enfermo y las pérdidas sufridas, podrá nuevamente, dependiendo de su historia personal y patología predominante, hacer cambios estructurales en su aparato mental que le permitan incorporarse a la vida diaria con nuevos hábitos de conducta, enfrentando de una nueva manera los desafíos del mundo externo.

Posteriormente se observa el mecanismo descrito de depresión en pacientes con HIV o enfermos de SIDA.

En la descripción de la enfermedad se habla brevemente de la evolución de la infección, así como las únicas formas de contagio.

Nuestro siguiente apartado trata de los aspectos sociales que son negativos en el bienestar de los pacientes. Haciendo énfasis en los que nos ayudarían a apoyarlos y mejorarlos.

En el último apartado antes de describir nuestro programa hicimos una recopilación de las terapias alternativas que se llevan a cabo con los pacientes.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como finalidad elaborar un programa para disminuir la depresión en pacientes infectados por HIV o enfermos de SIDA, mediante una serie de dinámicas grupales, cuyo objetivo específico era mejorar sus relaciones sociales, cambiar algunos hábitos en sus relaciones sexuales, modificar pensamientos negativos.

El grupo estuvo integrado por 9 hombres y 1 mujer, que se encontraban en diferentes etapas de depresión y nivel de evolución de la infección por HIV, el nivel educativo y nivel de información fué variado (desde nivel Primaria, hasta nivel Universitario) y de saber algo acerca del padecimiento, hasta ni tener la menor idea del mismo.

El número de sesiones programadas fué rebasada, ya que no tomamos el tiempo de las mismas, así como el que los pacientes se extenderían en sus comentarios.

Las dinámicas lograron sensibilizar a algunos de los pacientes, estos cambios fueron valorados bajo el ANALISIS DE CONTENIDO, así como con el uso del PRETEST y POSTEST antes y finalizado el programa.

Se concluyó que el programa fué sensible para detectar inquietudes, necesidades e información de los pacientes y poder ser remitidos a un grupo terapéutico, tanto a nivel individual como de grupo, según sea el caso.

CONCEPCION DE SALUD-ENFERMEDAD

Explicar el proceso denominado salud-enfermedad no es una tarea fácil, ya que existen múltiples definiciones, que expresan profundas diferencias en la manera de interpretar la realidad y el mundo.

A través de los siglos, el hombre ha elaborado diferentes aparatos conceptuales sobre la salud-enfermedad, acordes con el nivel científico y tecnológico alcanzado y con la forma de organización social predominante en cada época y cultura.

Históricamente es posible reconocer diferentes prácticas derivadas de formas conceptuales distintas, ya que el hombre siempre ha intentado explicarse los fenómenos y actuar frente a ellos de acuerdo a la explicación que fue capaz de obtener.

En las culturas primitivas la enfermedad era considerada un resultado de fuerzas o espíritus malignos, o bien un castigo de los dioses por transgresiones individuales o grupales. De ahí que el hombre empieza a buscar o propiciar fuerzas para recuperar su salud. Con el antiguo testamento la enfermedad comienza a considerarse un justo castigo por los pecados cometidos. El enfermo no es sino una víctima que ha de alcanzar el perdón a través de sus sufrimientos. En la civilización griega reina un culto

de la perfección a la salud, y a la belleza del cuerpo humano.

En contraste con este concepto mágico-religioso, las enseñanzas hipocráticas que implicaban que tanto la salud como la enfermedad están regidas por las leyes naturales y reflejan las influencias ejercidas por el medio y la forma de vida, es decir, su concepción es de tipo naturista. Hipócrates creía que el cuerpo enfermo era capaz de poner en juego fuerzas que tendían a restaurar el equilibrio y a establecer la salud perdida en una violación de las leyes naturales.

Si bien esta concepción naturista supera y sucede a lo mágico-religioso, sería erróneo suponer que esta última corresponde solamente a las primeras fases de la humanidad. Para desengañarnos, bástenos recordar cómo predomina durante el medievo la concepción religiosa. Pero aún hoy podemos con facilidad hallarla entremezclada con el saber "científico", en grupos indígenas o en ciertas clases sociales, sobre todo en el medio rural en nuestro país.

Los padres de la medicina (Esculapio e Hipócrates) quienes llegaron a adquirir una aureola casi divina. Por primera vez hablan de higiene, tan importante en su vertiente preventiva como la propiamente curativa de la medicina.

El cristianismo, nos trae el mensaje de la caridad pues si las anteriores culturas estaban hechas a la medida de los fuertes y sanos, la venida de Jesucristo apela a los inválidos "Dios no vino a visitar a cuerpos sanos". Con ello el médico se convierte en un instrumento de la divina providencia; tal concepto continuó durante casi 20 siglos.

Pero ahora estamos asistiendo a un nuevo cambio, la enfermedad deja de ser un asunto privado para transformarse en materia de interés social y la salud viene siendo no el sentido contrario de la enfermedad, sino el disfrute de la mayor norma posible de bienestar orgánico, Psíquico y social, sin distinción de raza, religión, creencia política o condiciones económicas.

Ello significa, que en el interior de cualquier formación económica-social suelen existir diversos aparatos conceptuales sobre el proceso salud-enfermedad, misma que no se halla por cierto en un plano de igualdad, ya que siempre es posible identificar a uno de ellos como hegemónico, específicamente al que corresponde a los intereses de las clases sociales dominantes.

Las elaboraciones teóricas que se generan en una época determinada corresponden a las diferentes perspectivas que un mismo medio puede brindar a los miembros de tal sociedad. Es decir, a diferentes lugares correspondientes a las clases sociales privilegiadas, las que a través del

concenso, de la imposición, o de ambos, son aún de preservar su dominación (Arieti y Bemporad, 1982).

Terris (1987) considera que antes de definir salud es importante aclarar el concepto de no salud; el cual es la interacción entre el sujeto, el agente y el medio. Es decir, se puede estar enfermo sin que exista malestar alguno, salud y malestar se excluyen, pero salud (sentirse bien) y enfermedad no siempre se excluyen. Salud entonces sería para este autor "bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no únicamente la ausencia de malestar o dolencia".

Ferrera y Acebal (1980) señalan que la salud es un continuo accionar del hombre frente al universo físico mental y social en el que vive sin escatimar un solo esfuerzo para modificar, transformar, recrear aquello que debe ser cambiado.

Coplamar (1985) en lugar de darnos una definición nos da una descripción... "el proceso salud y enfermedad desde el punto de vista social se determina para las condiciones materiales de vida, las que a su vez depende del grado de dominio humano sobre la naturaleza y el grado de igualdad sobre la distribución de los beneficios que de ello deriven. Entre los aspectos sobresalientes de las condiciones materiales y culturales de la vida están: la

alimentación, la vivienda, la educación y las condiciones de trabajo e higiene ambiental".

Ortiz indica tres características del proceso salud-enfermedad, los cuales son:

a) la salud de una persona es independiente del estado de los individuos con que convive.

b) la salud-enfermedad tiene que ver con el ajuste óptimo de la persona en todos los aspectos (físico, mental y social) el ambiente, tanto el bajo nivel de vida como el saneamiento deficiente.

c) la salud-enfermedad de una población es independiente de otras actividades organizadas que se realizan en la misma comunidad. (Citadas en Ortega Campos, 1990).

Al tratar de conceptualizar el proceso salud-enfermedad se ha llegado a tres instancias de análisis distintos que se encuentran vinculados entre sí, pero responden a necesidades y circunstancias individuales y sociales específicas.

1.- El nivel monocasual: propone que las enfermedades tienen una causa única y se presentan como fenómenos biológicos individuales.

El interés radica en eliminar el o los agentes que provocan la alteración del organismo.

2.- El nivel multicausal: ya no se concibe en forma a aislada al individuo, sino, como parte activa de un grupo social con características socioeconómicas y culturales específicas.

El individuo está expuesto a ciertos riesgos de enfermedad en la cual intervienen disímiles elementos como lo biológico y lo social. Se consideran estos elementos no interrelacionados, lo que impide dar una explicación global de la enfermedad.

3.- Nivel biológico-social-histórico: se dirige a las causas fundamentales de la enfermedad en lo individual y lo social.

El individuo es histórico en tanto pertenece a grupos sociales que trabajan y viven específicamente según la estructura organizacional de la sociedad. Luego entonces la enfermedad es concebida como enfermedad social y las causas residen en la estructura misma de la sociedad, en determinados ambientes físico-sociales que son producto de la forma en que la sociedad produce y se reproduce (Citado en Ríos Galván, 1991).

El proceso salud-enfermedad se puede resumir como sigue:

- a) el proceso salud-enfermedad es relativo.
- b) este proceso presenta dos aspectos: subjetivo y objetivo.

- c) es dinámico y variable.
- d) es individual y social.
- e) está determinado por las condiciones históricas de cada sociedad.
- f) está determinado por los factores sociales como: la estructura socioeconómica, con el sistema de producción-consumo, con el nivel de vida de las clases, grupos sociales e individuos, con las desigualdades sociales y con aspectos políticos.
- g) la salud es colectiva, no individual; y por lo tanto se debe estimular y considerar la participación activa de las comunidades.
- h) no se debe enfocar el proceso salud-enfermedad como una situación curativa, sino se debe impulsar y fomentar la educación para la salud, la promoción, la prevención y el saneamiento ambiental.
- i) para una definición de salud-enfermedad, se debe considerar el bien vivir y el bien morir. El 1º se refiere a que los individuos puedan desarrollar todas sus capacidades y el 2º nos habla de un proceso normal y que debe tomarse como tal (Citado en Ortega Campos, 1990).

La salud individual es un proceso que por medio de una conducta adecuada y un ambiente propicio, protege en contra de la enfermedad y la invalidez, favorece el pleno

desarrollo de las capacidades genéticas y adquiridas y conduce a la óptima realización de la personalidad.

La salud colectiva es, por su parte, un sistema de vida que a través del control del ambiente y del uso adecuado de los recursos, asegura a todos la salud individual". Pedro Daniel Martínez (Citado en Vega y García, 1976).

A lo largo del proceso de la vida de los seres humanos, éstos se han tenido que enfrentar a diversidad de obstáculos para preservar su existencia como lo son la enfermedad, los peligros del ambiente, los cuales han ido cambiando de acuerdo a las épocas por las que atraviesa el hombre. Es por esto que los conceptos de salud-enfermedad no son eternos ni universales, ya que de acuerdo a las condiciones en las cuales se observe a estos conceptos, es que cada sociedad ha buscado remedios para resolver a las enfermedades cuando estas ya están presentes, no es sino hasta ahora que se ha dado un interés particular no en controlar y curar a la enfermedad, sino en promover un estado en el cual no llegue a presentarse la enfermedad, con lo que no estaríamos refiriendo a lo denominado salud.

Perkins (1938) define a la salud como: un estado de relativo equilibrio de la forma y la función corporal, el cual resulta del adecuado ajuste dinámico del organismo con las fuerzas que tienden a alterarlo, no es pues una pasiva interrelación entre los factores que pretenden romper la

armonía, sino una respuesta activa de las fuerzas corporales que funcionan estableciendo el ajuste. (Citado en Rionda Arjona, 1990).

Al tratar el acercamiento a la salud desde la perspectiva de las ciencias sociales y biológicas se menciona que cada una lo realiza con el particular nivel de análisis de su objeto teórico, y que aunque consideren sus implicaciones con objetos teóricos, en la práctica no significa la reducción de un evento en otro. Esto es, cada disciplina singulariza su práctica de salud conforme a los objetos que la definen, no obstante que tradicionalmente los ha alterado al desviarse hacia los conceptos y prácticas de disciplinas hegemónicas. La psicología en particular ha de definir un marco teórico para delimitar su objeto teórico sin separarlo de su dimensión bio-social, de tal manera que se refleje en un abordaje práctico más comprensivo de los fenómenos asociados con su concepto global de salud.

La salud en la psicología no es la eficiencia social del individuo o su adaptación "interna", incluye fenómenos con ambas connotaciones (internas y observables), contextualizados en un medio social y posibilitado por un sistema orgánico tal como lo evidencian los problemas de farmacodependencia, alcoholismo, obesidad, etc. Una definición reduccionista limita la visión y el abordaje de dichos problemas, por los que deben reconocerse todos los eventos

implicados en la salud, sin reducirla a ellos ni ignorar la influencia que como concepto tiene en la comprensión de los fenómenos que estudia cada disciplina.

En las corrientes psicológicas la salud será la adaptación del individuo a sus condiciones externas y la práctica psicológica buscará adaptarlo a ellas; en las sociopsicólogos serán las relaciones de grupo las que condicionan la salud internando la adaptación a las mismas; en las sociólogos será el bienestar que depende de las estructuras sociales y la solución impulsará el cambio social; las organicistas atribuyen la influencia a factores anatomofisiológicos, mismos que hablarán de rehabilitarse.

En ninguna de estas aplicaciones de la psicología subyace una concepción integral del hombre y la sociedad, y por ende se caracterizan por ser adaptativas y curativas.
(Perez Vargas E., 1988)

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA DEPRESION.

Es común el pensar que existen cosas que afligen al ser humano cuando un acontecimiento adverso sacude su precaria existencia o cuando la discrepancia entre el modo de vida que se lleva y el que podría llevar lo sume en absorbente meditación. En algunas personas este pesar viene y se va una y otra vez; en otras aparece solo de tiempo en tiempo. Es doloroso, retarda la acción y por lo general cicatriza, pero no siempre habiendo profundizado la capacidad de comprensión de quien lo padece y acelerando su maduración.

Menos común es el pesar que no disminuye con el paso del tiempo que impresiona como inapropiado o exagerado en relación con el acontecimiento supuestamente precipitante, que no aparece vinculado con una causa discernible o que toma el lugar de una emoción más congruente. Este pesar aletarga, interrumpe o anula la acción, inunda con una sensación de angustia que puede hacerse difícil de contener; tiende a veces a extenderse implacablemente en una psique que parece dotada de una inagotable capacidad de experimentar sufrimiento mental; reaparece con frecuencia, incluso después de una aparente cura, este estado emocional se denomina generalmente como DEPRESION.

La depresión, se remonta en su historia hasta los primeros escritos de la humanidad. En diversos personajes de antiguos mitos así como en figuras bíblicas se describen síntomas manifiestos que hoy serían clasificados como una típica enfermedad depresiva. La primera descripción clínica objetiva de la depresión fue hecha por Hipócrates, quien acuñó el término "MELANCOLIA" para designar la atribilis del individuo deprimido. Si bien le corresponde a Hipócrates la prioridad de la descripción de la depresión, fue Areteo de Cappodocia, en el siglo II de nuestra era quien formuló el cuadro más completo y notablemente moderno de este desorden. Sugirió que la depresión era causada por factores puramente psicológicos y que poco tenían que ver con la atribilis, la flema o los demás humores. Areteo parece haberse anticipado XVII siglos a Kraepelin al asociar manía y depresión, y al considerar a ambas como parte de una única entidad nosológica. Incluso puede haber sido más exacto que Kraepelin en el pronóstico, ya que observó que la enfermedad recurría a pesar de las remisiones, y que la recuperación después de un episodio no aseguraba la cura. Por último, Areteo valorizó la importancia de las relaciones interpersonales en el curso de la enfermedad, informando el caso de un paciente profundamente deprimido que llegó a recuperarse cuando se enamoró.

Desafortunadamente,este prometedor estudio sobre la depresión iniciado por Areteo no fue continuado por sus sucesores inmediatos. Galeno,también en el siglo II de nuestra era desarrollo una teoría de enfermedad mental basada en supuestos humores,teoría que se mantuvo como doctrina hasta la edad Media. Recién en el renacimiento surgió el interés en la depresión como un nuevo enfoque de sus causas. Esto ocurrió sobre todo en la Inglaterra Isabelina,donde aparentemente hubo una epidemia de melancolía,a juzgar por la cantidad de trabajos sobre el tema aparecidos en ese breve período. TIMOTHY B. publicó TRATISE ON MELANCHOLIA en 1586 y veinte años más tarde se conoció OPTICK GLASS OF HUMORS,de Thomas Walkington,que se ocupó en detalle de la "constitución melancólica" resultante de los humores y el efecto de los planetas,por último,en 1621,Robert Burton terminó su ANATOMY OF MELANCHOLY;esta enorme y tortuosa obra es tanto una reflexión sobre la vida como un texto sobre la depresión. No obstante,su extensión y erudición enciclopédica,es difícil;inividualizar en su contexto una hipótesis principal referida a las causas o al tratamiento de este desorden. Por entonces,los médicos del resto de Europa redescubrían que la melancolía y la manía suelen alternar en el mismo individuo. Bonet en 1684,Schact en 1647 y Herchel en 1768

fueron algunos de los que asociaron a ambos desórdenes como parte de una única entidad diagnóstica.

Con la difusión de la revolución científica, los investigadores de psiquiatría comenzaron a considerar la enfermedad mental como causada por agentes fisiológicos, más que por posesiones demoníacas. Sus hallazgos, sin embargo, carecían de un ordenamiento general; cada investigador alegaba haber descubierto un nuevo síndrome sobre la base de unos pocos pacientes. Era la época en que los estados patológicos se describían con exagerados pormenores, consagrando cada entidad diagnóstica con una denominación latina. En 1851, Farlet diferenció entre la melancolía ordinaria y su variedad episódica; tres años más tarde Baillarger hizo una observación similar. A mediados del siglo XIX Greisinger dividió lo "insano", en dos grandes categorías; curable o incurable. Es probable que la preocupación por el pronóstico haya surgido por que a falta de métodos terapéuticos adecuados, todo cuanto se podía hacer era estudiar el curso de una enfermedad para después clasificarlo. (SARIETI Y BEMPORAD, 990).

Al respecto Castillo del Pino (1974), define al término depresión, bajo tres significados: la depresión en primer término es un SINTOMA, que a veces se presenta con carácter exclusivo, a veces acompañado a otros que tienen o no relación directa con él. En segundo lugar, la depresión es

un SINDROME, en lo que lo nuclear del mismo es la tristeza pero como tal, se enlaza con los otros síntomas que lo constituyen con la suficiente constancia en su presentación conjunta para inferir, lícitamente, una relación con el conjunto. Ese conjunto de síntomas, el síndrome, puede ser objeto por sí mismo de un análisis particular. En tercer lugar, es una ENFERMEDAD, cuya manifestación habitual es el síndrome depresivo (y dentro de él el síntoma habitual: la tristeza) y sobre la cual puede indagarse con referencia a sus aspectos concretos (etiología, forma de curso final y tratamiento).

Cabe indicar de antemano que en la existencia de estos tres puntos de referencia no existe conformidad, ni incluso dentro de la misma tendencia psiquiátrica o psicopatológica. Así existe la posibilidad de que sólo en atención a los síntomas psicopatológicos se pudiera hablar de enfermedad, cuando todavía se desconoce la causa concreta de la misma. Para muchos psiquiatras clínicos, la enfermedad es sólo definible por lo etiológico, lo causal. Determinados síndromes podrían mostrar ciertamente selectividad ante determinados agentes causales, pero siempre queda a salvo la intrínseca inespecificidad del cuadro clínico de estado y de sus caracteres psicopatológicos, respecto de la causa que lo provoca.

De esta forma, los síntomas, psíquicos se dan en una constelación sindrómica en virtud de leyes de regulación de las alteraciones funcionales, de los cuales los síntomas son expresiones, pero siempre con relativa o total independencia de la causa que los suscita. El síntoma psíquico ofrece particularidades que los hacen en si mismo cuestionable. En efecto, buena parte de los síntomas psíquicos son expresiones y en este sentido no hay una diferencia sustancial con los síntomas que aparecen en cualquiera otra esfera de la patología. No es posible fundamentar un síndrome exclusivamente por la observación de la conducta, o sea, a través de la mera expresión. Un pliegue de la frente, llanto, agitación, etc; son ya de por sí expresiones muy ambiguas, que nada o muy poco dicen, no ya de los motivos, sino de las alteraciones psíquicas inmediatamente ligadas a ellas. Es obvio que en todos los casos hay que ir más allá de lo que las expresiones objetivas nos revelan. Este más allá es la vivencia, lo experimentado por el enfermo, lo que de alguna manera precisa la correlación entre la expresión que vemos y lo que el paciente siente y piensa. Pero, una expresada esta necesidad de ir mas o menos directamente, al mundo vivencial del enfermo para captar allí el síntoma psíquico, la verdad es que el mero hecho de tomar como objeto la vivencia plantea ya problemas

que están lejos de haber sido resueltos y ni siquiera parecen haber sido encarados en toda su magnitud.

Begler (1968), considera que lo característico de la conducta de estructura depresiva es su aparición cuando se ha perdido o destruido un objeto querido tanto como cuando se corre riesgo de perderlo o destruirlo.

En la conducta de estructura ansiosa, predominantemente depresiva, se está frente al peligro de destrucción del objeto ambivalente, mientras que en la estructura depresiva esta destrucción ya se ha realizado, y como el objeto es ambivalente (se le odia al mismo tiempo que se le quiere), el sujeto siente que es él el que lo ha destruido. Por otra parte, cuando en lugar de sentirse uno mismo culpable, hecha la culpa a otro Y se acentúa en función de ello, se ha pasado de la estructura depresiva a la paranoide.

Una vez contemplado generalmente los antecedentes históricos sobre la depresión abordaremos características de algunos enfoques que la describen.

ENFOQUE CLINICO.

El problema está planteado en los siguientes términos: hay un cuadro clínico caracterizado por tristeza inmotivada, inhibición, ideas deliriosas de perjuicio, autorreproches, sentimientos de culpa y depreciación. En muchos casos, este cuadro aparece con carácter físico y

tiende hacia la curación sin secuela. En la esfera semántica se acompaña de insomnio,estreñimiento,opresión precordial,dolores erráticos,oliguria,elevación tensional. En ocasiones,estos cuadros depresivos alternan con otros de carácter opuesto,en los que lo característico es la euforia maniaca,la fuga de ideas,la delusión megalomaniaca,la excitación psicomotriz. No obstante cada día parece perfilarse más y más el hecho de que los síndromes caracterizados por las alteraciones del estado anímico,tanto en un sentido maniaco como depresivo,engloban en realidad entidades en alguna medida independientes.

El síndrome nuclear de la depresión está constituida por la tristeza,la inhibición y sentimientos de culpa. Para la tradición psiquiátrica alemana estos síntomas tienen un carácter primario,esto es,están ligados al proceso que subyacen bajo el cuadro clínico. Incluso los sentimientos de culpa tienen un carácter primario,pese a que el contenido de los mismos estaría como es lógico,en dependencia de las valoraciones históricas,y por lo tanto,serían cambiables;sobre estos síntomas procesales podrían inculcarse a otros,que complicarían el cuadro como son las obsesiones y la angustia,dando lugar a formas agitadas,a la llamada depresión angustiosa. En otras ocasiones,la tristeza pasaría a un segundo plano y podría hablarse en ellas de depresión larvada. Los sentimientos de culpa,a su

vez, podrían constituirse a la larga en forma de delirio, y del mismo modo que se llegaría a la presencia de pseudoalucinaciones catatímicas, el delirio en la depresión tendría el sentido de una deformación automórfica, con proyección de la culpa como referida al sujeto por otros.

ENFOQUE PSICOANALITICO.

Según Freud en 1917, dice que la pena normal sobreviene por la pérdida de un ser amado, o su equivalente abstracto (libertad, ideal, proyectos). La melancolía constituye un estado de ánimo profundamente doloroso, en el que cesa el interés por el mundo exterior, la pérdida incluso de la capacidad de amar, la inhibición de las funciones y la autodepreciación, la pérdida del amor propio. Esta última se traduce en autoreproches y autoacusaciones que inducen, a veces al sujeto a la delirante espera del castigo y al suicidio.

Freud hizo ver que el objeto perdido es valioso en la medida en que uno está identificado con él. Esto es válido para la pena normal y para la melancolía. Lo que ocurre en esta última a diferencia de la primera, es que la identificación del yo con el objeto ha sido de tal calidad que en realidad la pérdida del objeto equivale a la pérdida del yo.

En el sujeto depresivo existen, catexias ambivalentes frente al objeto: la quiere en la medida que le gratifica, lo rechaza en la medida en que lo gratifica.

ENFOQUE ANTROPOLOGICO.

La depresión es una realidad: es decir, una particularidad. Como tal estado de la persona, la depresión es la consecuencia del proceso de concienciación del carácter cosificante de su relación con la realidad. Si se medita suficientemente sobre esta formulación no debemos concluir de modo alguno que el proceso de concienciación alcance las motivaciones y causas de esta situación. Lo que en el paciente es por demás sabido es tan sólo la índole falsa-dialécticamente inobjetiva de sus relaciones. Pero los mecanismos de compensación y seudocompensación surgidas desde el comienzo del proceso alienante que le ha de llevar a la depresión, así como de lo que sigue teniendo lugar al propio tiempo que la depresión acaese, oculta más y más las formas cómo el proceso se verifica, o sea, para expresarlo en términos psicodinámicos las motivaciones que lo hicieron posible.

Un sujeto deprimido se reporta haber sido otro que el que ahora es. Esta es la razón de que la depresión se pueda concebir como un síndrome o como una enfermedad, en el sentido de que la modificación de la persona es de tal índole que, salvo excepciones, puede recortarse

históricamente con los límites de un acontecimiento. Con ello se le da al concepto de enfermedad una precisión que es de todo punto discutible en cualquier esfera que se le considere.

El problema a resolver es este: la depresión es la única situación morbosa cuyo núcleo está constituido por el sentimiento de culpa irreparable. Este remite de inmediato a la siguiente cuestión: la conciencia de su responsabilidad en la propia situación. Por muy oscura que sea la autopercepción de la culpa existe, no obstante en casi todos los casos una ilusión de los momentos decididores, práctico alienantes, en los que el sujeto se inclina definitivamente hacia la alienación de sus relaciones y la alienación subsiguiente de sí mismo. Esto entra a una característica relativamente constante de los pacientes deprimidos a saber: la desproporción entre el sentimiento de culpa que aparenta y la claridad de conciencia respecto de su responsabilidad. Incoherencia, contradicción intrapersonal, que solo a través de la consideración de la situación dialécticamente falsa en que aún persisten pueden comprenderse.

De todas formas, la existencia de la culpa nos revela que las relaciones objetales han sido en todo momento más o menos conscientemente clasificadoras y ofrecieron, sin embargo, la posibilidad opuesta, de no serlo.

La culpa, exige para su aparición la ambivalencia frente a la realidad, la ambigüedad de la predecisión que da la libertad como posibilidad " Pude no hacer aquello y no obstante, hice esto". Y no sólo la coexistencia en sí. Instancias ambivalentes existen en todo sujeto, por el hecho mismo de su propia dialecticidad interna.

ENFOQUE COGNITIVO DE BECK

Desde las primeras descripciones de la enfermedad depresiva, la mayoría de los autores coincidieron al señalar como parte del complejo sintomático, distorsiones cognitivas tales como un pesimismo extremo o una visión irreal de la propia personalidad. La originalidad del punto de vista de Beck reside en que considera que estas distorsiones cognitivas son la causa primaria del desorden y no elaboraciones secundarias. Según Beck, todas las formas de psicopatologías presentan algún grado de desorden del pensamiento. Es obvio que nadie puede conocer la realidad de manera totalmente objetivo y que la apreciación que cada individuo hace de su mundo está coloreado por sus experiencias pasadas. Por lo tanto, la denominada prueba de realidad sigue siendo un mecanismo en gran medida subjetivo. Sin embargo, por lo general, hay consenso respecto de casi todas las experiencias, y puesto que ese consenso es compartido por una abrumadora mayoría, se considera que dichas perspectivas corresponden al campo de

la normalidad. En la psicopatología, según Beck, se producen distorsiones características que parecen apartarse de lo que la mayoría de los individuos consideraría una manera realista de pensar o de interpretar la realidad.

La depresión presenta sus propias formas de distorsión, que Beck reúne bajo la denominación de "triada cognitiva", compuesta por :

- 1.- Expectativas negativas respecto al ambiente;
- 2.- Autopreciaciones negativas; y
- 3.- Expectativas negativas respecto al futuro.

La mayoría de quienes han investigado la depresión coincidirían en que con frecuencia los pacientes depresivos son pesimistas respecto de los demás, de sí mismos y de su futuro. La dificultad surge cuando se considera que la cognición es el factor primario que da lugar a la depresión. Beck afirma que los sentimientos depresivos surgen espontáneamente de la posición cognitiva descrita, pero no explica cómo. En un trabajo más reciente, vincula la depresión con una pérdida significativa, que a su vez da lugar a las características distorsiones cognitivas. Según Beck, las experiencias que el paciente tiene de la vida activan así patrones cognitivos que giran alrededor del tema de la pérdida. Los diferentes fenómenos emocionales, motivacionales de la conducta y vegetativa, de la depresión fluyen a partir de estas autoevaluaciones negativas. Agrega

más adelante que la tristeza del paciente es una consecuencia inevitable de su sensación de privación, pesimismo y autocrítica. Infiere que después de experimentar una pérdida (sea como resultado de un hecho obvio y real o de privaciones encubiertas),el individuo depresivo comienza a valorar sus vivencias de una manera negativa. (castilla del pino,1974).

ETAPAS DE LA DEPRESION EN PACIENTES INFECTADOS POR HIV Y ENFERMOS DE SIDA.

El diagnóstico de infección por HIV o enfermedad de SIDA tiene consecuencias gravísimas cuando llega a conocimiento del enfermo, pues este no ignora la gravedad del pronóstico. A menudo, los individuos que pertenecen a un grupo de riesgo temen a ese diagnóstico aún antes de que sea confirmado por el médico.

Para los homosexuales o los toxicomanos afectados de SIDA o infectados por HIV la ayuda más eficaz tanto en el plano psicológico como en el material, proviene a menudo de los individuos que pertenecen al mismo grupo de riesgo. Los síntomas psicológicos más frecuentes son la ansiedad, que se manifiesta a través de ataques de pánico, de insomnio, agitación y sentimiento de culpa. El temor a tomarse totalmente dependientes de los demás precede generalmente al temor de la muerte. Si bien muchos enfermos declaran que es preferible el suicidio o la decadencia física, la mayoría de ellos lucha hasta el final.

Los enfermos afectados por el HIV o SIDA padecen de diferentes temores y, en el caso de los homosexuales, uno de estos es el encontrarse solos frente al diagnóstico. Cuando la homosexualidad no es conocida, se agrega el temor

de que se descubra, con el consecuente alejamiento e incluso de reproches familiares.

El aislamiento del enfermo dentro del hospital por razones médicas, es vista por aquel como asociar con la homosexualidad que lo margina y no una medida de higiene hospitalaria.

Lizarraga Xabier (1989), con respecto a la descripción de la depresión en pacientes con infección de HIV o enfermos de SIDA, comenta que el conocer y comprender el SIDA implica abordarlo como fenómeno, lo cual presume considerar agentes, factores y cofactores biológicos, psicológicos, sociales y culturales: procesos, comportamientos, opiniones y actitudes, grupos e individuos, dinámicas, afectos, identidades. En su calidad de evento que irrumpe en la vida cotidiana se significa como amenaza plural, se disiparán de él y en un sinfín de direcciones, una diversidad de consecuencias. Como todo acontecimiento patológico, no solo afecta o altera uno o mas órganos, un aparato o una función, sino que reciente al sistema en su conjunto y repercute aún más allá de él.

Ya desde 1969 Kubler Ross aborda el estudio del shock psicológico que un padecimiento grave puede suponer, y propone, un modelo conceptual. En dicho modelo se contemplan fases, que caracterizan actitudes y experiencias manifiestas por el paciente a saber:

- a) negación,
- b) ira,
- c) pacto o negación,
- d) depresión y pena, y
- e) adaptación.

En tanto que anterior al conocimiento del sida, el modelo propuesto en 1969 sirve de punto de arranque para nuevas propuestas, quizás aplicables a otros padecimientos e incluso a acontecimientos no patológicos que afectan a nivel emocional a individuos y grupos; sin embargo, la particularidad del SIDA como pandemia, que por otra parte adquiere mayor peso emocional al ser convertido en un estigma social, exige intentar modelos más detallados y matizados, que contemplan posibles dinamismos y diferentes niveles de expresividad.

Después de cuatro años de observación y contacto con enfermos de SIDA, seropositivos para HIV desde el momento que saben de tal particularidad, así como con familiares, amigos y parejas de los mismos, y partiendo de informaciones recibidas de otros investigadores, proponen un nuevo modelo.

1.- La percepción y significación del peso del evento (PSPE).

2.- La capacidad de reconocimiento y adaptación a la realidad (RAR).

Por percepción y significación del peso del evento se entienden los resultantes del conocimiento de la seropositividad para HIV, del diagnóstico del SIDA y de lo que seropositividad y padecimiento significan, en función de calidad de vida, expectativas y repercusión social y afectividad; y por reconocimiento y adaptación a la realidad se entiende un proceso que va del interior al exterior, y ubica al individuo frente a sí mismo, frente al evento y los significados, lo cual permite una dinámica de compensación y adecuación al hecho.

Evidentemente, la totalidad del peso no es reconocida conscientemente por el individuo, por tanto, ejerce una presión a niveles inconscientes, que dan cabida a una variedad de reacciones y respuestas, que a su vez comprometen a otros mecanismos comportamentales como la tolerancia, el perdón, la aceptación de sustitutos, las resistencias, la capacidad de aprendizaje y la vitalidad, y sus posibles opuestos o contrapartes: la no tolerancia, culpabilización, rechazos, rendición, incapacidad de aprendizaje y la abulia.

Los individuos atraviesan por una serie de fases que parten de una actitud de negación del evento (N) hacia una aceptación de la realidad (A), pasando por estructuración (E), deterioro de la autoimagen y la autoestima (D),

autodestructividad (Ad), vengatividad (V) y pacto o negociación (P).

Las fases en las que la diversidad de reacciones, respuestas y conductas se dan por efecto de una constante retroalimentación entre un sustrato inconsciente de la responsividad y un sustrato consciente.

A través del continuo suele dibujarse una línea de reacomodaciones, a partir del desequilibrio que produce la percepción del evento, tendiente al logro de una homeostasis emocional y/o socioafectiva. Las fases irá y depresión, y pena contempladas por KÜBLER ROSS, en el presente continuo se significan no como fases en sí, sino como manifestaciones que se pueden dar simultáneamente o separadamente en más de una fase, fundamentalmente en negación y deterioro de la autoimagen y la autoestima, autodestructividad y vengatividad. De hecho, como manifestaciones no son del todo necesariamente excluyentes una de otra, puesto que la irá, en un momento dado puede ser la dinámica aparente, más a nivel consciente, provocada por un estado más profundo (inconsciente) de depresión y pena; o viceversa, la irá, a nivel inconsciente, puede manifestarse al exterior a través de conductas interpretables como depresivas y tristes. Es decir, la irá y la depresión, aunque en sí mismas son fenómenos complejos y pueden manifestarse en una dinámica

particular, en el presente modelo se conciben como manifestaciones conductuales simultáneas a una o más fases.

Cada una de las fases se significan de la siguiente manera:

1) **NEGACION.-** El individuo minimiza o anula su capacidad de reconocimiento y aceptación de la realidad (RAR) con el fin de evadir la percepción y significación del peso del evento (PSPE), puede manifestarse con expresiones tales como: yo no estoy enfermo... Es solo un malestar sin importancia... Los médicos no sirven para nada...

2) **ESTRUTURACION.-** Manifestación de un incremento en la capacidad de RAR, que tiende a aumentar las reacciones, respuestas y conductas, en el sustrato consciente de la responsividad respecto a la PSPE, a través de la generación de angustia, en vías de alcanzar un equilibrio entre la inconformidad y la realidad. El individuo se reconoce afectado, y esto le provoca un conflicto consigo mismo. Las expresiones manifiestas pueden ser del tipo de: no me quiero morir... ¿Por qué yo? ¿Por qué a mí?

3) **DETERIORO DE LA AUTOESTIMA Y LA IMAGEN.-** El conflicto que se genera en la fase anterior se incrementa debido, a que la escala de valores se focaliza en sí mismo. Esta focalización motiva a comparaciones entre un yo antes

y un yo ahora, que gira en torno a la PSPE; y es dependiente del rechazo o la tolerancia que se consiga.

Los individuos en estas fases pueden retornar fácilmente a una fase de negación, a través de reacciones predominantemente inconscientes, con el fin de recuperarse a sí mismos. El individuo puede manifestar: ¡Estoy sucio!... ¡No soy atractivo!... ¡No valgo nada!... ¿Quién va a querer acercarse a mí?

4) AUTODESTRUTIVIDAD.- La experimentación de angustia, depresión e ira hacia sí mismo, incrementan y complejizan el conflicto ya presente en las fases anteriores. Al no tener de dónde asirse, el individuo busca soluciones al conflicto a través de reacciones, respuestas y conductas agresivas, y aun violentas, en contra de sí mismos. Ante la imposibilidad de desaparecer el evento, tiende hacia aquello que lo desaparezca a él. Las expresiones de esta fase pueden ir desde un: "Déjenme solo"... "Quítenme los medicamentos"... "Quiero emborracharme"...; hasta comportamientos que generan autodestrucción, o bien intentos de suicidio o exigencias como: "Mátenme de una vez"... También en ocasiones el individuo responde en función de la introyección de culpabilizaciones, éste se declara a sí mismo: "Me lo merezco"... "Esto me pasa por la vida que he llevado".

5) VENGATIVIDAD.- La ira y el conflicto, a través de un predominio del sustrato consciente de la responsividad, respecto al RAR, tienden a solucionarse modificando la dirección de la agresividad de sí hacia otros. Las manifestaciones comportamentales en esta fase, que con frecuencia se sobreponen a la anterior, van desde un excesivo reclamo de atención, a través de la manipulación de los afectos, hasta conductas francamente antisociales, como el ya conocido caso de intentar involucrar a otros individuos en el evento. Expresiones tristemente famosas como la de "Bienvenido al club del SIDA" (posterior a haber tenido contactos considerados de alto riesgo), o aquello de: "Antes de morir me llevo a cuantos pueda conmigo"... son características de esta fase.

6) PACTO O NEGOCIACION.- El conflicto generado por la PSPE encuentra una solución parcial a través de un principio de resignación, que tiende a minimizar los rechazos hacia sí y hacia los demás; reorientan las reacciones, respuestas y conductas hacia una aceptación de las alternativas que se le ofrecen o presentan, tales como tratamientos, cambios o modificaciones en sus hábitos cotidianos, encuentros o reencuentros espirituales. En ocasiones, en los casos de homosexuales o bisexuales, pueden intentar una reorientación de la identidad sexo-erótica o la represión de sus manifestaciones sexo-afectivas. Se

manifiestan expresiones que contienen como subtexto el que otros tienen la responsabilidad de resolver el conflicto, y para lo cual ellos mismos deben cooperar, tales como: "Dios me va a salvar"... "pronto encontrarán una cura"... "Si sigo las recomendaciones que se me hacen saldré de esto"... "Seguro existen otras alternativas la medicina tradicional es más efectiva que la alópata".

7) ACEPTACION.- La capacidad de RAR alcanza su máximo nivel en esta fase, predominan por ende las reacciones, respuestas y conductas del sustrato consciente de responsividad, esto permite al individuo no dejarse arrastrar por la PSPE impuesta por el exterior, sino hacer él mismo su propia escala y significación del evento, racionalmente más cercano a la realidad. Esta liberación del peso agregado al evento por el entorno, mueve a un comportamiento predominantemente tolerante, tanto hacia sí como hacia los demás; pero lo que cabe suponer es que produce una valoración de la experiencia que se vive, lo cual le permite incluso llegar a compromisos con los demás en relación con el evento. Las expresiones que pueden asociarse a esta fase son del tipo de : "NO HAY QUE MORIR DE SIDA, SINO VIVIR CON, O A PESAR DEL SIDA".

La duración de cada una de las fases varía necesariamente en cada caso, tanto por las particularidades

individuales como por el impacto que se recibe de los diversos factores involucrados.

La experiencia acumulada por el individuo, la importancia con que éste revista a la salud y a la enfermedad, la personal susceptibilidad y vulnerabilidad - no sólo respecto al padecimiento en sí, sino incluso a los significados sociales que llega a tener, las distancias físicas y socioafectivas que se establecen entre el individuo y su núcleo socioafectivo, su ambiente laboral, clase sociocultural y económica, el acceso a espacios, alimento, tratamientos y atención, o incluso esparcimiento, la seguridad o intranquilidad respecto a la disponibilidad de recursos, y lazos socioafectivos, y otros muchos, como tipo e intensidad de sintomatologías, pueden influir en la dinámica entre las fases, en la magnitud de manifestaciones y velocidad de tránsito de las fases, y entre una y otra... e incluso generar el retorno a una fase anterior.

En la dinámica del presente modelo, juegan un importante papel los mecanismos de defensa, tales como la negación, represión, compensación, sublimación, proyección; los cuales cumplen una función adaptativa: la búsqueda de una homeostasis emocional ante un estado.

Los pacientes con SIDA en algunas ocasiones quiere matarse. La amenaza no tiene por qué expresarse en palabras. Los muchos signos y síntomas de depresión, como

incapacidad para concentrarse y dificultad para tomar decisiones, pueden ser clave indicadora de que el paciente está en riesgo de suicidio.

Para ver si el paciente con SIDA está realmente deprimido y necesita una mayor ayuda, puede intentarse averiguar sus sentimientos. Intentando ahondar gradualmente en el tema diciéndole: "parece desanimado" "actúa como una persona profundamente deprimida". EL SEGUIMIENTO DE TALES COMENTARIOS ES ESENCIAL, YA QUE INDICAN DESESPERACIONE IMPOTENCIA. En el momento apropiado, en el curso de la conversación, se podría decir algo parecido a "están tan mal las cosas que piensa en el suicidio". Si el paciente dice que sí, se debe buscar el último signo indicador de una situación de urgencia. Tiene un plan y medios para llevarlo a cabo. Pero sea cual sea el momento en que se crea que el paciente está en peligro, anote sus hallazgos y se debe solicitar la ayuda adecuada para una nueva valoración. Se debe recordar que en situaciones como éstas, el preguntar sobre el suicidio no aumenta las posibilidades de que el paciente consuma el suicidio que si no lo hiciera. La mayoría de las personas que piensan en el suicidio responderán sinceramente, se sienten aliviados de poder hablar con alguien de ello.

Si se concluye que el peligro no es inmediato, la investigación puede proporcionar valiosa información sobre

la forma en que el paciente con SIDA ve su situación vital y sus problemas actuales, y sobre cómo puede ayudársele.

SIGNOS Y SINTOMAS DE DEPRESION IMPORTANTES: anorexia o pérdida de peso, cambio en el modelo de sueño, cambio en el nivel de actividad, disminución del interés o placer en las actividades diarias, fatiga o disminución de la energía, sensación de inutilidad o culpa, incapacidad para concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

DEPRESION GRAVE: sentimientos de fracaso, pérdida de interés por las personas, sentimientos de estar siendo castigados, ideas suicidas.

DEPRESION LEVE: sentimientos de insatisfacción, dificultad para tomar decisiones, llanto frecuente. Se considera que una persona está deprimida si tiene cuatro o más síntomas diarios o semanalmente.

La contemplación del suicidio es una de las formas en que los pacientes con SIDA intentan mantener el control sobre una situación que amenaza no sólo su vida, sino también su forma de vivirla.

La manera en que se puede ayudarles a mantener el control es: haciéndoles participar en todo lo posible en las decisiones, proporcionándoles la información que necesitan para la toma de decisiones, y ayudándoles a explorar sus opciones.

Tres criterios para el suicidio racional: la persona ha hecho una valoración realista de la situación, tiene un motivo comprensible y es capaz de pensar claramente. Los pacientes que amenazan con cometer un suicidio en realidad no desean poner fin a su vida, sino sólo al dolor que sienten.

CONSEJOS PARA HACER FRENTE A LA SITUACION DE LOS PACIENTES SUICIDAS.

- 1.- Escuchar y no mostrar reacciones exageradas.
- 2.- Saber cómo valorar el riesgo de suicidio.
- 3.- Conocer y comprender obligaciones éticas y legales.
- 4.- Conocer recursos en momentos de crisis, centros de prevención del suicidio.
- 5.- Consultar con supervisores y compañeros.
- 6.- Mantener relaciones profesional;es con la población de riesgo de contraer SIDA.
- 7.- Conocer nuestras limitaciones.

DESCRIPCION DE LA ENFERMEDAD SIDA E INFECCION POR HIV

El paciente enfermo de SIDA pasa por la siguiente, descripción: el HIV, virus de inmunodeficiencia humana, cuya célula huésped, que pertenece al sistema inmunitario, es un tipo de linfocito, el T, encargado de estimular a otros linfocitos, los B, que producen los anticuerpos, y de activar otras células del sistema inmunitario llamados macrófagos, que normalmente captan y dirigen a los microorganismos extraños.

Cuando el HIV obstaculiza y anula la acción de los linfocitos T, sobreviene un desastre al quedar inutilizado en gran medida el sistema inmunitario, puesto que ni los macrófagos son activados, ni se producen suficientes anticuerpos.

Al deprimirse la producción de las defensas del organismo éste queda expuesto a la acción de muchos agentes patógenos que si antes eran rápidamente controlados y eliminados, ahora desarrollan sin obstáculos su agresividad hasta causar la muerte del sujeto agredido.

Una vez que penetra en el organismo y causa la enfermedad del SIDA, el virus de la inmunodeficiencia humana provoca una serie de alteraciones desconocidas para la mayoría de la población.

Las manifestaciones clínicas del SIDA pueden aparecer en diversas partes del organismo. Esta enfermedad afecta directamente al sistema inmunológico, encargado de defender el cuerpo de los ataques exteriores. Si las defensas están bajas, la susceptibilidad para enfermar aumenta. Los padecimientos pueden ser los mismos que se presentan en personas sin el HIV, pero adquieren una evolución diferente en quienes sí tienen SIDA. Por otra parte, se conocen daños característicos a este padecimiento; sin embargo, precisamente porque la inespecificidad de los mismos pueden generar confusión en el diagnóstico, se vuelve indispensable la orientación que brinda la historia clínica, que tiene información importante.

El HIV ataca al sistema inmunológico formado por diversos tipos de células blancas que circulan en la sangre, al penetrar en las células que tienen el receptor de membrana CD4. Este se halla presente en dos grupos celulares diferentes; los linfocitos T colaboradores y las células accesorias de la inmunidad. Los primeros desempeñan la función de ayudantes para acabar con las sustancias que atacan al cuerpo. Los diferentes grupos celulares del sistema inmunológico tienen funciones tales como actuar contra cuerpos extraños, rematar células infectadas del propio organismo y suprimir la acción defensiva cuando ya no se requieren.

En una persona con SIDA disminuye progresivamente la capacidad para presentar reacciones defensivas. La inmunodeficiencia generada por el virus eleva la vulnerabilidad del individuo para contraer infecciones; en una persona sin dicho síndrome pudieran pasar inadvertidas; por el contrario, en alguien con esta enfermedad son evidentes y van quedando fuera de control.

Emplear el término SIDA en todos los pacientes, implica que todos los pacientes infectados son clínicamente reconocibles y esto no es así; puesto que la infección con el HIV tiene cuatro etapas de evolución, dos de ellas por abajo del umbral y dos por encima del umbral.

ETAPA I.

Es posible que la persona infectada tenga un cuadro clínico de pocos días de evolución (menos de 7 días), de tipo inespecífico que en ocasiones, puede semejar un cuadro gripal, en otras un episodio faringoamigdalino agudo o bien una mononucleosis. Es posible también que la persona no presente ningún síntoma o signo.

Posterior a este inicio, el paciente entra a una evolución asintomática; la duración es variable entre un promedio de 3 a 8 semanas hasta un año.

Dado que esta primera etapa cursa asintomática resulta difícil identificar al paciente que evoluciona en este estadio debido a que no existen anticuerpos séricos y por

lo tanto, las pruebas disponibles ni brindan utilidad para identificar pacientes con esta evolución.

ETAPA II

La presencia de anticuerpos (inmunoglobulina G) marca entonces el inicio de la que se ha llamado segunda etapa, identificándose los mismos mediante la prueba denominada ELISA, la cual debe ser evaluada sólo como un filtro puesto que su positividad refleja solo la posibilidad de que el paciente este infectado; para confirmar dicha sospecha, debe realizarse una prueba más el WESTERN BLOT. Solo ante positividad repetida, obtenida con este último exámen es como puede autorizarse que un paciente sea considerado como una persona infectada por el HIV.

El paciente en etapa II cursa también en forma asintomática, encontrándose por lo tanto abajo del umbral clínico, sin embargo en esta etapa puede ser identificado mediante pruebas serológicas para detección de anticuerpos.

La duración de este estadio es prolongada, señalándose un promedio de 5 a 7 años. Cabe señalar sin embargo que existen variaciones al respecto, en especial dependiendo del mecanismo de transmisión, ya que en ocasiones por transfusión con productos contaminados, la duración de la etapa II es menor, posiblemente no más de 3 años. El período más corto de evolución está relacionada con el mecanismo de

transmisión madre infectada-hijo recién nacido, en los cuales la permanencia en etapa II puede ser de sólo un mes.

Hasta ahora los diversos estudios de seguimiento no pueden asegurar que el 100% de pacientes seropositivos terminarán en SIDA y si bien esta última etapa puede tener en algunos casos, lapsos de 10 años de evolución, es también cierto que existen por lo menos dos posibilidades de cada diez de que el paciente pudiera permanecer en etapa II por tiempo indefinido. Al finalizar la etapa II el paciente entrará a una evolución clínicamente identificable.

ETAPA III.

La etapa III ha sido denominada linfadenopatía generalizada crónica, correspondiendo también a lo que algunos llaman: complejo relacionado al SIDA y otros pre-SIDA.

ETAPA IV.

Cuando el paciente llega a la etapa IV de evolución o última, entonces se instala el SIDA propiamente dicho, que varía en duración, dependiendo de la infraestructura sanitaria que el país tenga.

Se considera caso de SIDA la presentación en un paciente de alguna infección oportunista o neoplasia sugestiva de inmunodeficiencia celular, diagnosticada en forma confiable y quien se haya descartado alguna otra enfermedad subyacente (desnutrición grave, tuberculosis

crónica cancer). Estas enfermedades incluyen neumonía por pneumocystis; herpes simple mucocutáneo diseminados de más de cinco semanas de duración, enterocolitis por cryptosporidium de más de cuatro semanas de evolución; esofagitis por candida albicans, citomegalivirus o herpes simple; leucoencefalopatía multifocal progresiva, neumonía, meningitis o encefalitis, por uno o más de los siguientes patógenos. Aspergillus, C. albicans, cryptococcus neoformans, citomegalovirus, nocardia, strongyloides, toxoplasma gondii. zygomicosis o micobacteriosis atípicas.

La presencia de sarcoma de kaposi en los pacientes (pacientes menores de 60 años) o linfoma primario del sistema nervioso central, así como la existencia de encefalopatía por HIV (demencia) o el síndrome de desgaste (fiebre, diarrea y pérdida de peso) constituyen igualmente casos de SIDA.

SIGNOS MAYORES.

- Pérdida de peso del 10% o más del peso corporal (sin causa aparente).
- Diarrea crónica de un mes a más de duración.
- Fiebre prolongada con duración de más de un mes (intermitente o constante).

SIGNOS MENORES.

- Tos persistente por más de un mes.
- Dermatitis pruriginosa generalizada.

- Herpes zoster recidivante.
- Candidiasis orofaríngea.
- Infección por herpes simple crónica, progresiva y diseminado.
- Linfadenopatía generalizada.

La presencia de sarcoma de kaposi o meningitis criptococcica son suficientes por sí mismas para el diagnóstico de SIDA.

MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES.

El conducto gastrointestinal es de los principales órganos afectados en los enfermos de SIDA más comúnmente por infecciones y neoplasias. Las primeras pueden ser generadas por microorganismos no oportunistas, como algunas bacterias: salmonella, shigella, protozoarios entamoeba hystolitica, giardia lamblia, virus, herpes simple, hepatitis y hongos.

MANIFESTACIONES CUTANEAS.

En muchos casos las manifestaciones en la piel son los primeros signos de la enfermedad, pueden presentarse como padecimientos comunes; son atípicas, floridas, con escasa respuesta al tratamiento.

Las infecciones virales más comunes se producen por herpes simple genital, perianal y oral, las lesiones por hongos especialmente por cándida, se localizan en la mucosa oral y otras áreas del cuerpo como genitales y las uñas.

Los pacientes con desnutrición manifiestan algunos cambios en la piel, cambios pelagroides, lengua lisa, hiperpigmentación de la piel, cambio de la coloración del pelo y uñas quebradizas. Es frecuente la dermatitis seborreica. En pacientes con SIDA se ha registrado la leucoplaquia pilosa y la foliculitis eosinofílica; la primera se caracteriza por placas blanquecinas en los bordes laterales de la lengua; la segunda por papulas foliculares muy pruriginosas en el tronco y las extremidades.

NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII.

Este organismo ocasiona una neumonía frecuentemente mortal en diferentes grupos de pacientes con inmunosupresión. Es factible lograr la recuperación de los pacientes que presentan el primer episodio, pero el pronóstico no es tan bueno en los episodios subsecuentes debido a la mayor posibilidad de infecciones simultáneas.

La presentación clínica se caracteriza por fiebre elevada de 39 grados centígrados, continuando con tos en exceso que aumenta en intensidad y frecuencia, posteriormente aparece dificultad para respirar. En la mayoría de los casos no se encuentran datos importantes en la auscultación de los campos pulmonares.

SARCOMA DE KAPOSI.

Es la neoplasia más comúnmente asociada al SIDA. Se presenta generalmente con lesiones cutáneas mucopolipares

o nodulares, ovoidales, rojas o violáceas, no dolorosas ni pruriginosas. Habitualmente son múltiples, bilateralmente simétricas y pueden surgir en cualquier parte de la superficie corporal, especialmente en el tronco y la cabeza, siguiendo las líneas de tensión de la piel. Suele haber inflamación de los ganglios linfáticos.

COMPLICACIONES NEUROLOGICAS.

El SIDA añade a la gravedad de su pronóstico los sufrimientos y deterioro que conlleva el estigma social. Este último cohibe a muchos de sus portadores en cuanto a reconocerlo y aceptarlo, cuando se presentan las primeras manifestaciones de la infección y titubean para solicitar ayuda médica.

De lo observado hasta ahora resulta que alrededor de una tercera parte de los enfermos presenta la llamada demencia asociada al SIDA, la cual se inicia con temblores y lentitud de movimientos y evoluciona hacia una demencia grave en la que encontramos mutismo, incontinencia y paraplejia.

La detección de infección por el HIV se lleva a cabo a través de una prueba de sangre, para detectar los anticuerpos que el individuo infectado ha desarrollado contra este virus.

Las personas que deben someterse a esta prueba son las que se encuentran en algunos de los siguientes grupos:

1.- Hombres homosexuales o bisexuales múltiples compañeros.

2.- Personas que después de 1980 hayan recibido transfusiones sanguíneas posiblemente contaminada.

3.- Hemofílicos.

4.- Hombres o mujeres que se dediquen a la prostitución.

5.- Personas adictas a drogas de administración intravenosa.

6.- Personas que vendieron sangre entre 1980 y 1987.

7.- Hombres y mujeres heterosexuales que tengan varias compañeras (os) sexuales.

8.- Compañeras (os) sexuales e hijos (nacidos después de 1980) de personas pertenecientes a los grupos anteriores.

A pesar de que el virus se ha encontrado en la mayor parte de los tejidos y secreciones corporales, las únicas formas de transmisión demostradas son: el contacto sexual, la transfusión de sangre o sus productos, las agujas contaminadas con estos y la transplacentaria. De ahí que, los individuos con gran riesgo de padecer el SIDA son los homosexuales promiscuos, los adictos a drogas intravenosas y los receptores frecuentes de sangre así como sus derivados, las parejas sexuales de enfermos de SIDA. No se ha

demostrado que la cercanía, el contacto físico o la sola convivencia permitan transmitir la infección.

El virus del SIDA se destruye rápidamente al calentarse a 60 grados centígrados, con los jabones desinfectantes, los detergentes, el alcohol y el blanqueador casero.

El diagnóstico de SIDA en un principio se realizó en base en el cuadro clínico del paciente, sin embargo, este solo podría observarse claramente en el estado más avanzado de la enfermedad a medida que se ha ido incrementando el número de casos, se ha hecho necesario establecer el diagnóstico en un estado temprano de la infección para un posible tratamiento e incluso, para estudios epidemiológicos y consecuentemente, para la prevención de la infección.

En el caso del virus del SIDA, el diagnóstico pudiera realizarse con base en tres puntos.

1.- Cultivo de linfocitos T de sangre periférica y detección de antígenos virales por prueba serológica de anticuerpos específicos.

2.- Detección de genes virales en tejidos infectados por hibridación de DNA *in situ*.

3.- Detección de anticuerpos específicos contra el virus en el suero del paciente (por ELISA, RIA, IF, RIPA, entre otros). Por ello es necesario contar con un antígeno suficientemente específico y lo suficientemente conservado

para que se pueda detectar todas las variantes del virus que lo producen.

Las pruebas basadas en la detección del agente causal no ha sido tan eficiente debido a la baja proporción de linfocitos infectados con respecto a lo no infectados.

Por otro lado, se ha visto que las pruebas basadas en la detección de anticuerpos han resultado útiles y sensibles.

Se han realizado diversos estudios, tanto en vitro como en vivo sobre el efecto terapéutico que ciertos agentes químicos pudieran tener en pacientes con SIDA. En primera instancia, las infecciones oportunistas se han tratado de contrarrestar con medicamentos específicos eliminándolas temporalmente, sin embargo se ha observado que dichos pacientes sucumben a otros procesos infecciosos, debido a que su estado inmunológico se mantiene alterado.

ASPECTOS SOCIALES QUE AFECTAN AL ENFERMO.

El problema del SIDA con los aspectos sociales no puede verse de manera maniaca, bajo un mismo patrón, ya que aun cuando desde la perspectiva biológica se demuestra la existencia de una historia natural de la enfermedad. Debemos también preocuparnos por conocer la historia social de la enfermedad, es decir, en qué circunstancias sociales surge, cuáles son los grupos mas afectados y por qué causa se presenta, qué variables socioeconómicas y culturales influyen para que se difunda la enfermedad, cómo perciben los individuos desde su marco sociocultural las campañas de educación sexual para la prevención del SIDA y que conductas adoptan frente a dichas medidas.

Tratar de responder a cada una de estas preguntas implica analizar el tipo de sociedad en que vivimos, cuál es la ideología dominante, cómo se integran cada una de las clases y grupos sociales dominante, cómo se integran cada una de las clases sociales específicas y qué relaciones mantienen entre sí. Implica también conocer cómo trabaja y viven los individuos, teniendo como marco para nuestro análisis la crisis generalizada que enfrenta el país.

En la elaboración de la historia social de la enfermedad del SIDA tampoco puede perderse de vista que con esta enfermedad se repite nuestra historia de dominación,

pero bajo otras circunstancias. Los conquistadores españoles nos trajeron enfermedades que diezmaron a la población nativa, hoy los países desarrollados nos están transmitiendo dicha enfermedad por diversos medios (GACETA CONASIDA).

El conocimiento de la realidad social del individuo permitirá también orientar mejor las campañas de educación sexual para prevenir el SIDA.

Debe tenerse en cuenta que la forma como se concibe el fenómeno de la sexualidad difiere de un individuo a otro y por consiguiente, el tipo de medidas y la manera como se difunda en los distintos grupos sociales deberá responder a los marcos socioeconómicos, culturales e ideológicos receptivos. Esto permitirá que las campañas puedan efectivamente reforzar ciertas actitudes o cambiar ideas incorrectas o conductas respecto de la sexualidad.

Las características socioculturales del grupo al que pertenecen los individuos pueden facilitar o dificultar la comunicación entre los miembros de la familia sin duda el hecho de empezar en la familia a discutir sobre temas como la sexualidad, que hasta hace poco tiempo se consideraban tabúes y que hoy empiezan a cimbrar los cimientos de nuestra moral burguesa.

Así mismo, la manera como los individuos captan los mensajes que se difunden en medios informativos para

prevenir el SIDA depende también de su marco sociocultural y económico. Sin duda los grupos sociales que por sus recursos han tenido mayores oportunidades de alcanzar receptividad hacia los mensajes del sector salud, ya que dispone de cierta cultura médica. Aquellos grupos que por sus precarias condiciones económicas tienen bajos niveles de escolaridad pueden pensar que el SIDA no es un problema principal e inmediato, ya que tienen cotidianamente serios problemas como son el desempleo y el subempleo, la desnutrición y la falta de vivienda con los servicios básicos.

En tales circunstancias los graves problemas que enfrentan diariamente la población mayoritaria de nuestro país impediría que ésta capte correctamente los mensajes del sector salud, y por lo tanto, que cambien sus hábitos sexuales por otros menos riesgosos para su salud. En otras ocasiones puede tenerse conciencia del peligro de contraer la enfermedad, pero ante una realidad llena de frustraciones y un medio social agresivo, el individuo se refugia en el alcohol y en las relaciones sexuales pasajeras como desahogo momentáneo de sus males (GACETA CONASIDA).

También lo social está presente cuando los individuos pertenecen a grupos considerados con prácticas de alto riesgo (contacto sexual, transfusión de sangre, perinatal), quienes tuviesen que revisar periódicamente los análisis

respectivos(para saber la evolución de la enfermedad). Seguramente enfrentarán dificultades para cumplir con los que se dice en las campañas,pues aun cuando dichos análisis sean gratuitos en las instituciones del sector público,el hecho de dejar de asistir al trabajo uno o dos días en una época de crisis con un desempleo generalizado en todos los niveles de la sociedad representan para muchos de nosotros un verdadero problema.

Sin embargo,si algunos de nosotros resultara que tiene el famoso virus del SIDA,entonces tendremos algo a nuestro favor dejaremos el anonimato dentro del círculo social al que pertenecemos y quizá con un poco de suerte trascienda nuestro nombre a otros sectores sociales. Pero enseguida nos daremos cuenta por lo que hemos leído o escuchado,que el costo del tratamiento del SIDA es muy elevado. Dirán ustedes que existe un presupuesto para atender a los enfermos de SIDA,sí,pero en primer lugar ese presupuesto es reducible;en segundo lugar,el paciente de escasos recursos tiene,si es jefe de familia,que abandonar su trabajo a fin de someterse al tratamiento. Así,¿Quién va a solventar entonces los gastos de la familia?. Si está asegurado,los ingresos por incapacidad que reciba el trabajador serán cada vez menores en comparación con los que perciben los trabajadores activos. Si pertenece a la clase desprotegida o protegida a medias por la Secretaria de Salud,la

situación se vuelve mas difícil para la familia del enfermo.

Distinta realidad se presenta en aquellas personas que poseen recursos económicos para un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno en un hospital extranjero que le permita elevar aunque sea por algunos meses, su esperanza de vida, aunque contribuya también a la fuga de divisas. Eso demuestra pues, que aun cuando el mal afecta a todas las clases sociales, las afecta de distinta manera, ya que existe atención clasificada de la enfermedad (IBID).

Aunado a todo lo anterior se incluye el rechazo a los enfermos de SIDA y a sus familiares. La segregación de que son objetos en la agresión física. La falta de información sobre los mecanismos de transmisión del virus del SIDA, ligado a marcos socioculturales tradicionales, limita la posibilidad de que el enfermo de SIDA y su familia tengan un ambiente social adecuado para enfrentar la enfermedad.

Debe descartarse que la educación sexual se ha convertido en el principal medio para reducir la propagación del SIDA; sin embargo no debe olvidarse que la posibilidad de que la gente haga suyas las campañas de educación sexual dependerá en gran medida de que se satisfagan también sus necesidades sociales (IBID).

TERAPIAS QUE SE PRACTICAN EN PACIENTES CON HIV O SIDA

El SIDA ha contribuido a reforzar la necesidad profesional y social de una concepción integral del hombre, como un ser bio-psico-sociocultural, en tanto que su comprensión y manejo requiere más que el conocer el aspecto biológico de la enfermedad, el analizar las conductas de las personas al respecto, tanto individualmente, como en sus relaciones sociales, en los diferentes ámbitos (familia, pareja, trabajo, amigos) y según la situación ante la cual se adquiere la infección por HIV (personas con practicas de riesgo, o son pareja de un infectado). En diferente medida, cada uno de nosotros, experimenta, ante la enfermedad: culpa, por contagiarnos; vergüenza o coraje si un familiar presenta síntomas; tristeza cuando un paciente muere; impotencia ante aquéllo que estamos enfrentando; y todas estas emociones, debe atenderlas tanto el paciente como el médico que lo atiende o la pareja que convive diariamente con él. A la vez con base en nuestros valores, como profesional, amistad o personalmente asumimos una posición ante el problema, de acuerdo a la evaluación que hacemos de él, manifestando rechazo, agresión, sobreprotección, actitudes que como seres humanos, no estamos excentos de prestar, ni el psicólogo que atiende al enfermo, ni el padre del mismo. Nos sentimos responsables

de su propagación y extendemos este sentir a los que nos rodean; a su vez el infectado la percibe de determinada manera enfrentando además, por los cambios físicos que va sufriendo al enfermar, cambios también en su autoimagen y por ende en su autoestima. Y con ello pensamos o internamente autoverbalizamos una serie de ocurrencias a veces racionales y otras irracionales como el que la enfermedad no debería existir.

Siendo la prevención el objetivo central en los programas sobre SIDA y traduciéndose esta básicamente en educación, que debe entenderse como cambio (adquisición, modificación o eliminación) de conocimiento, actitudes, percepciones, etc.; la educación de la conducta de diferentes poblaciones en relación al SIDA, se hace patente.

Por otro lado, al ser la Psicología la rama de la ciencia encargada del estudio de la conducta humana, que comprende comportamientos, motivos, pensamientos, emociones, conocimientos, percepciones, aprendizajes, afectos y actitudes del hombre, su relación con el SIDA y su prevención es a la vez evidente.

La Psicología se integra así a los servicios de la salud aportando la comprensión, el análisis y manejo de la conducta del individuo y de los grupos en relación al SIDA, a través de sus diferentes áreas -educativa, social,

industrial, experimental y ambiental- incidiendo en varios ámbitos: escolar, laboral, social, clínico o experimental.

¿Cómo ayudar a alguien con anticuerpos positivos o con SIDA declarado?. No todas las personas cuyas pruebas revelan anticuerpos positivos desarrollarán el SIDA, sin embargo todas aquéllas atraviesan un grado mayor o menor de depresión. Estas son algunas sugerencias aplicables para enfermos del SIDA:

1.- Dichas personas necesitan una amistad que nunca hayan tenido, es importante que ellos sepan que tienen a alguien en quien confiar.

2.- Demostrar físicamente el cariño hacia el enfermo, darle un abrazo, acariciarle el cabello, estrechar su mano. El daño psicológico que provoca un rechazo afectivo puede ser doblemente grave. Su estado de salud física depende de su estado de ánimo y de las ganas de vivir.

3.- No demostrar el temor al expresar las emociones al paciente, ya que, ésto permitirá que el enfermo se sienta igual.

4.- El enfermo necesita tener contacto con el exterior (salir a pasear).

5.- Algunos enfermos de SIDA pueden necesitar un blanco para su coraje y frustración. Por ello se aconseja a la gente que le rodea que, si en cierto momento alguno de

ellos suele ser este blanco, recuerden que esos sentimientos no son dirigidos especialmente, sino, que son al azar.

6.- Proporcionarle al enfermo toda información que hable de esperanzas en el futuro, sobre investigaciones que se han realizado con respecto al estudio del virus.

7.- Estas personas necesitan alguien con quien compartir sus miedos y dudas, tanto los que se relacionan con su ser como los más prácticos y cotidianos.

8.- Necesita alimentarse bien, ya que, su sistema inmunológico ha sido atacado y necesita defensas, además de descansar lo suficiente.

9.- debe suspender cualquier tipo de droga, consumir menos alcohol y cigarrros.

10.- Necesita ser acompañado al médico, y cuando asista a la consulta debe llevar por escrito una lista de dudas e información requerida.

11.- Las personas que han sido diagnosticadas, cuyos anticuerpos son positivos, necesitan preguntar qué cosas los pueden ayudar y a cuáles se arriesgan.

12.- La limpieza del ambiente: usar guantes de hule, para protegerse de cualquier cortada o pequeña ulceración. La sangre, el semen, los vómitos y excrementos solo son peligrosos si no se sabe cómo limpiarlos. Los pisos o superficies afectadas pueden ser desinfectadas con cualquier producto casero (Raffiel, 1987).

Sepúlveda (1989), enuncia dos tipos de terapias para pacientes infectados por el SIDA:

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL.

1.- Técnicas diseñadas para disminuir ansiedad, culpa y tensión.

2.- Procedimientos de influencia directa para promover cambios específicos en la conducta del paciente.

3.- Reflexión sobre las personas y las situaciones involucradas en la crisis.

4.- Comprensión dinámica.

5.- Fortalecimiento yoico. Asimismo, se recomienda que por las limitaciones de una psicoterapia breve institucional, el terapeuta procure tener un plan de trabajo que contemple los siguientes puntos:

a.- ayudar al paciente a comprender en su totalidad, el significado de las pruebas de detección de anticuerpos.

b.- identificar las conductas de riesgo que el paciente tiene o tuvo en el pasado.

c.- dar fuerza al paciente para descubrir sus miedos, fantasías y discutir su situación con otros pacientes.

d.- ayudar al individuo a distinguir prioridades y a mantener así un buen equilibrio emocional.

e.- informar sobre las consecuencias que acarrea evitar los servicios médicos y hacerlo consciente de que

pueden aparecer síntomas en el futuro, así como la posibilidad de infectar a otras personas.

f.- explorar las relaciones tanto de pareja como familiares.

g.- investigar características de su vida sexual actual.

h.- promover el uso de medidas preventivas para evitar el contagio.

i.- investigar la vida social, laboral y situación económica.

j.- favorecer la relación transferencial para el éxito del tratamiento terapéutico.

LA PSICOTERAPIA GRUPAL FAVORECE:

1.- Al sentimiento de que los componentes del grupo no están solos y de que no son los únicos son problemas.

2.- Al Altruismo o sensación de que uno se ayuda a sí mismo ayudando a otros.

3.- A la identificación, es decir, se cambian conductas con el ejemplo exitoso de algún otro miembro del grupo.

4.- A la cohesividad o sensación de aceptación incondicional y de pertenencia, lo cual disminuye la soledad que los pacientes experimentan.

5.- Al proceso que estimula el desarrollo de la alianza de trabajo entre los miembros para que acepten la ayuda.

6.- Al grupo perse que estimula la discusión e incrementa la fuerza yoica del paciente mediante la aceptación de otros miembros o la identificación de los problemas.

Lo anterior se basa en que nadie comprende lo que es estar infectado por el virus del SIDA, excepto otro paciente infectado.

PROGRAMA DE LA DOCTORA JANET KONEFAL.

" VOLUNTAD PARA VIVIR "

Muchos portadores sanos y enfermos del virus creen que el hecho de estar infectados los conducirá inevitablemente hacia la muerte. La creencia facilita la posibilidad de que esto ocurra.

El sistema de creencias de una persona está conectado directa e indirectamente con sus palabras y acciones. Las creencias y valores del terapeuta influyen su interacción con el paciente y con el resultado de su terapia. Si el terapeuta que trabaja con portadores de HIV cree que el SIDA es una sentencia de muerte, sus intervenciones terapéuticas estarán inevitablemente afectadas por su sistema de creencias.

En el encuentro con el paciente debe explicarse que algunos virus viven dentro del organismo sin que se manifiesten nunca como estado de enfermedad, y que otros virus están en el organismo y sólo se manifiestan cuando el

sistema inmunológico de la persona se debilita. Esto puede ocurrir por una salud pobre o por ciertos hábitos en el estilo de vida.

Como las personas con HIV positivo tienen mucha dificultad para pensar en el futuro vital: lloran, se ponen muy irritables y se enojan.

El objetivo central de este programa es: FACILITAR AL PACIENTE A PENSAR EN EL FUTURO, PERMANECIENDO CALMADOS Y RELAJADOS PARA REDUCIR EL STRESS QUE SURGE EN ÉL COMO RESPUESTA POR TENER SIDA. Al reducir el nivel de stress psicológico se reducen la tensión muscular, la hipertensión, las palpitaciones, el pobre patrón de sueño y otras respuestas somáticas que afectan a la salud.

El programa consta de dos pasos: el primero, la visualización para fortalecer la confianza del paciente en sí mismo y lograr la recuperación emocional, y el segundo, la contraparte de éste, es decir, la resistencia a seguir luchando por la vida; el cual es denotado como "sí, pero...". Transformar lo que hay detrás del "sí, pero..." y reconocer la confianza en sí mismo de una manera positiva, ayudará a equilibrar la estructura psicológica.

PROCEDIMIENTO PARA FORTALECER EL CIRCUITO "VOLUNTAD PARA VIVIR".

1.- Hacer que la persona identifique por lo menos tres situaciones en su vida en las cuales la voluntad para vivir fue obvia.

Hacer que la persona reviva cada experiencia y obtenga las sensaciones y emociones de cada momento, que luego registre las imagenes visuales y las auditivas. Decirle : si la sensación o imagen de la voluntad para vivir pudiera hablarle ¿Cómo estaría?, ¿cómo sería su voz?. Cuando las submodalidades auditivas estén establecidas dígame que descubra que tiene que decirle la voluntad para vivir.

2.- Dialogar con la persona sobre la dinámica de lo que pasa con la voluntad para vivir en su experiencia. Muchas veces la persona dirá: "si, bueno eso es lindo pero"... Lo que está del otro lado de "si, pero..." es la parte independiente, oculta o disfrazada. Esta parte independiente o disfrazada puede estar indicada por alguna frase o por algún cambio fisiológico registrado al observar a la persona.

3.- Una vez que las dos partes están claramente establecidas para terapeuta-paciente, el terapeuta necesita obtener las submodalidades visuales, auditivas y kinestésicas de la parte "independiente oculta" (lo que hay detrás del "si, pero"...).

Esta parte puede contener inicialmente una imagen visual negativa: se establece entonces el diálogo entre la persona y la parte independiente oculta.

4.- Luego que el diálogo ha sido establecido, se obtiene la intención positiva (el saber que cuenta con habilidades para enfrentar a la enfermedad), que puede incluir la voluntad para vivir de esta misma parte.

5.- Las partes se presentan recíprocamente, se obtienen los recursos, las necesidades, opiniones y las oportunidades para aprender de cada una.

6.- Configurar los elementos de las dos partes hasta que estas se acepten, en particular sus intenciones positivas, para luego investigar el proceso por el cual estas partes pudieran integrarse.

7.- Chequear con las personas si hubo algún cambio en las imágenes o en las submodalidades de las partes.

Conforme las necesidades de la parte independiente oculta empieza a conocerse, las imágenes que la representan frecuentemente cambian. Para realizar este trabajo es conveniente otros trabajos como "cambio de historia" o "reencuadre", de modo que esta parte independiente oculta pueda ser alienada con la voluntad para vivir.

8.- Si las dos partes se integran, aparece una nueva imagen visual, pero si las dos partes se mantienen sin integrarse todavía entonces las imágenes de las partes no

se han equilibrado, por ejemplo, la primera parte se convierte en una mano relajada y la persona puede tener una nueva palabra para describir este nuevo o mejorado surgimiento de la voluntad para vivir.

9.- Cuando está integración o negación está completa, la nueva imagen y las necesidades de circuito estarán establecidas para una mejor interconexión y una mejor educación acerca de la dinámica en el virus y en el sistema inmunológico.

El terapeuta debe conducir a la persona para obtener el apoyo en este circuito de negociación.

Milton Erickson afirmaba que la primera consideración que debía hacer un terapeuta al tratar con un paciente, es reconocer que cada uno es único y que el terapeuta debe descubrir el concepto que el cliente tiene de sí mismo, o sea, que el paciente debe utilizar sus propias imágenes en lugar de las creadas o sugeridas por el terapeuta. Al analizar los contenidos de los sueños y del inconsciente, Fritz Perls también enfatizaba la importancia de considerar el contexto del individuo y el uso de su imaginación personal: en efecto, cuando el terapeuta obtiene las imágenes personales del paciente, entiende mejor el modelo que éste tiene del mundo y es más eficaz en sus intervenciones.

El problema común de los que portan el SIDA es que han incorporado al virus como parte de su propia identidad. Uno de los propósitos de la terapia es separar la identidad de la persona del virus. Este procedimiento requiere que el paciente se disocie de la imagen del virus, que se perciba a sí mismo separado de él y entonces, lo imagine en un medio ambiente apropiado. Un medio ambiente apropiado significa un contexto que permita al virus existir pacíficamente por sí mismo. Este proceso de disociación está basado en la disociación visual-kinestésica.

PASOS PARA SEPARAR EL VIRUS DEL SIDA.

1.- HACER QUE EL PACIENTE EXPLIQUE LA SITUACION TAL COMO EL LA PERCIBE. Esto es, que él describa el proceso de tener el virus en su sistema, en su cuerpo.

2.- HACER QUE EL PACIENTE IDENTIFIQUE LAS PARTES MAS IMPORTANTES DE ESTE SISTEMA, por ejemplo, el virus, las células T, el sistema inmunológico, como así también su propia persona.

3.- HACER QUE LA PERSONA FORME UNA IMAGEN VISUAL DEL VIRUS, utilizando su propio lenguaje y simplificando la descripción. Hacer que la persona establezca comunicación con su representación o símbolo del virus. Descubrir la intención positiva del virus (usualmente es sobrevivir). Obtener las características del virus, así como sus submodalidades visuales, auditivas y kinestésicas del virus.

4.- HACER QUE LA PERSONA LE PREGUNTE AL VIRUS, si sabe que la va a destruir, entonces, el virus "puede además ser destruído".

5.- HACER QUE LA PERSONA IMAGINE AL VIRUS EN UN CONTEXTO O MEDIO AMBIENTE AL CUAL PERTENECE, obtener una descripción del medio ambiente, nuevamente obtener la intención positiva y que el paciente haga consciente si hay algún cambio en las submodalidades o en el contexto del virus. Preguntar a la persona si nota o si hizo consciente algún cambio en estas submodalidades o en el contenido del virus. El virus toma una forma modificada de la imagen original y se transforma en más amistoso y menos peligroso.

6.- HACER QUE LA PERSONA FORME UNA IMAGEN VISUAL PARA EL SISTEMA INMUNOLOGICO DE LAS CELULAS T Y ESTABLEZCA COMUNICACION CON ESTA PARTE. Después de establecer comunicación con él, captar cómo la persona la percibe para obtener la respuesta del sistema inmunológico.

7.- ENSEÑAR AL SISTEMA INMUNOLOGICO A CREAR FINAS LINEAS DE DISTINCION PARA QUE PUEDA APRENDER A IGNORAR. O a no responder a la presencia del virus.

8.- PRESENTAR AL SISTEMA INMUNOLOGICO EL VIRUS Y VICEVERSA, y descubrir que tienen para decirse el uno al otro y cómo ellos se responden en forma visual y kinestésica.

9.- SE CONTINUA CON EL DIALOGO, en forma continua o intermitente, hasta establecer una relación amistosa, encontrar qué puede hacer cada parte para aumentar la comprensión de la situación, también como pueda hacerlo la persona como totalidad. El virus puede permanecer silencioso o dormido, él no necesita del sistema inmunológico para sobrevivir. El sistema inmunológico necesita ser educado acerca de aprender a reconocer la presencia del virus e ignorarlo, o bien dejarlo estar.

10.- DESPUES DE QUE EL ENTENDIMIENTO HA SIDO ESTABLECIDO, obtener la parte del virus: qué es lo que la persona puede hacer para promover su propia salud y disminuir los riesgos de estar en contacto con el virus, repetir este procedimiento con el sistema inmunológico.

11.- HACER QUE EL INDIVIDUO SE DISOCIE DEL VIRUS Y, que metafóricamente, lo envíe o lo mueva hacia el ambiente o contexto al cual la persona percibió que el virus pertenecía.

12.- Tomar el sistema inmunológico y llevarlo adentro del individuo y conectarlo con sus otras partes.

13.- CHEQUEAR CON LA PERSONA SI ALGUNA DE SUS PARTES NECESITA MAYOR ENTENDIMIENTO O EDUCACION ACERCA DE LA NUEVA SITUACION PRESENTE. Averiguar si hay alguna objeción u obstáculo que podría evitar que la persona lleve adelante

los conceptos o sugerencias para aumentar su salud; si así fuera, facilitar los procedimientos necesarios de modo tal que la persona esté psicológicamente unificada con todas sus partes.

14.- ESTABLECER SEÑALES DE ALERTA A LAS QUE LA PERSONA PUEDA RESPONDER PARA MANTENER ESTE BALANCE SALUDABLE. Tales señales pueden incluir fatiga o alguna tensión muscular en algún lugar de su cuerpo.

15.- HACER QUE LA PERSONA ESTABLEZCA UN PATRON DE RESPUESTAS PARA SEÑALES DE ADVERTENCIA.

16.- TAREAS PARA LA CASA, para que la persona continúe con trabajos de imaginación sobre bases regulares.

TERAPIAS ALTERNATIVAS Y HOLISTICAS.

ACUPUNTURA: a través de la inserción de agujas en varios puntos, la acupuntura estimula el cuerpo para corregir desbalances, mantener un equilibrio sano y promover la autocuración. Se trata de una técnica para estimular el sistema nervioso central, donde afecta los conductos del dolor e intensifica el sistema neuroquímico.

A través de la experimentación directa, la acupuntura ha estado mostrando cómo mejora el funcionamiento del sistema inmune. En particular la acupuntura ayuda a resolver los desórdenes funcionales, donde no existe ninguna causa orgánica específica, y problemas músculo-esqueléticos

comunes. También alivia numerosos síntomas que afectan a las personas con enfermedades relativas al HIV. La acupuntura ofrece una modalidad de tratamiento seguro, efectivo y económico que puede ser usado en colaboración con la medicina occidental y otras terapias menos convencionales (se debe utilizar agujas propias).

QUIROPRÁCTICOS: se trata de un tratamiento que abarca la corrección manual de desórdenes menores de las vértebras espinales, que pueden interferir con las delicadas funciones del sistema nervioso. El propósito del tratamiento quiropráctico es eliminar cualquier presión vertebral o irritación local que pudiera alterar el flujo normal regulado de los impulsos nerviosos. Los estudios indican que la quiropráctica puede estimular cambios de temperatura en el cuerpo para mejorar la función de las células sanguíneas, estabilizar la presión sanguínea y aliviar el stress y los síntomas de dolor. En pacientes con problemas relacionados al HIV, la quiropráctica puede ayudar a controlar algunos de los síntomas agudos y crónicos comunes.

HOMEOPÁTICA: es una forma de tratamiento médico que usa diluciones potencializadas de varias plantas y minerales para ayudar a estimular la energía calorífica del cuerpo. Los remedios son seleccionados con base en un sistema de correspondencia entre el patrón de los síntomas

de una persona y un perfil de remedios específicos. Los remedios son seguros, económicos y fácilmente autoadministrables, bajo la guía de un especialista. En el tratamiento de pacientes con problemas relacionados al HIV, la homeopatía puede tratar muchos problemas de salud menores comunes, tales como resfriados, sarpullido, dolores musculares, de las articulaciones, fiebre y diarrea. Puede ser usado también para mejorar problemas crónicos.

NUTRICION: una evaluación nutricional y un plan dietético son cruciales en el tratamiento de enfermedades relacionadas con el HIV. Una desnutrición secundaria a la enfermedad o a los tratamientos debido a la enfermedad debilitan en sobremedida al individuo y su sistema inmune.

El nutriólogo revisará en detalle la dieta de cada paciente, enfatizando en los alimentos permitidos y en los que deben evitarse. Las recomendaciones dietéticas fomentarán el uso de granos enteros, frutas y vegetales, frijoles, pescado y pollo.

TRATAMIENTOS HERBARIOS: la intención de este tratamiento es afectar la totalidad del cuerpo en un modo positivo (respiratorio, nervioso, el inmune y el gastrointestinal). La fuerza de curación generada por el uso de plantas específicas contribuye a la alteración de las energías del cuerpo en una variedad de funciones metabólicas y en el flujo a través de los meridianos de la

acupuntura. Todo ésto resulta en un mejoramiento del balance entre las condiciones físicas y mentales de la persona en tratamiento.

BIORRETROALIMENTACION: se trata de un proceso de sensibilización del individuo a sus patrones de reacción al stress con el uso de instrumentos que miden respuestas fisiológicas específicas, especialmente respuestas sensibles al stress. Estas incluyen la temperatura de la piel, conductancia de la misma y tensión muscular. Los instrumentos alertan al paciente a su stress. Aprenden las técnicas de reducción del stress, mientras evalúan sus cambios con instrumentos de la biorretroalimentación. Los estudios han demostrado una mejora en la función inmune con un entrenamiento de reducción del stress. Este entrenamiento es muy útil para todas las personas que se enfrentan al stress de una enfermedad, en particular aquellas que deben tratar con problemas relacionados con el HIV.

HIPNOTERAPIA MEDICA: puede ser usada para un amplio rango de problemas médicos, tales como control del dolor, depresión, problemas físicos y emocionales relacionados con el stress. Usa el proceso psíquico interno para ayudar a la gente a cambiar su comportamiento y recobrar el interior psicológico. Las técnicas son variadas aunque todas

recurren a las percepciones y pensamientos inconscientes para informar a la mente consciente.

PSICOTERAPIA: es un proceso a través del cual recobramos nuestro equilibrio psíquico o emocional. La honestidad, la cordialidad y el apoyo en un conjunto psicoterapéutico fortalecen la autoestima; de este modo uno puede apreciar mejor la alegría y aceptar las dificultades de la vida. La psicoterapia proporciona herramientas con las que podemos examinar nuestro proceso de vida y decidir qué funciona bien para nosotros y qué no. Proporciona ayuda para cambiar comportamientos y hábitos que no son constructivos.

Después de haber revisado algunas terapias que se practican con los pacientes con HIV o SIDA, el OBJETIVO de la presente investigación es elaborar y valorar la eficacia de un programa para disminuir la depresión en pacientes seropositivos (infectados por HIV o enfermos de SIDA), apoyándonos para ello en investigaciones realizadas en otros pacientes con enfermedades terminales.

Dado que el interés es aportar una alternativa terapéutica para la resolución de problemas psicológicos por los que atraviesan los pacientes, se hace necesario el que comencemos a no tratar a los pacientes únicamente a nivel médico y tomar en cuenta la psique del enfermo que es

descuidada y que podría ayudar al control y manejo de su nueva forma de vida.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es el problema más grave al que se enfrenta la medicina contemporánea. Es una enfermedad epidémica, contra la que no existe vacuna ni medicamentos efectivos. Esta situación la considera el público como un fracaso científico, ya que está acostumbrado a ser testigo de los continuos avances médicos.

Es natural que haya sido agresiva la reacción inicial ante lo que se percibió como un fracaso de la medicina; primero se culpó a los haitianos, luego a los homosexuales y drogadictos, también se dió a entender que la enfermedad provenía de las relaciones sexuales entre africanos y monos verdes. En otras palabras, el SIDA fue interpretado como "un castigo de DIOS ante el pecado y la disolución de las normas morales".

De esta manera habría a quién culpar y se pudo argumentar que el SIDA era una enfermedad de las minorías anormales, de los despreciables, de los pobres, los ignorantes y de los pecadores. Desgraciadamente la epidemia ha afectado a todos, desde los inocentes recién nacidos hasta a las familias, pasando por los admirados y casi sagrados artistas de cine. Aunque la sociedad no lo acepte totalmente, el SIDA está transformándose de la enfermedad de

los otros a la enfermedad de nosotros, de todos. Una segunda reacción social ante el SIDA es la cohesión entre las personas que pertenecen a grupos de alto riesgo de enfermar o que estén enfermos.

Es por ello que para prevenir el SIDA haya que adoptar algunas conductas y evitar otras. Hace falta motivar, convencer y reforzar al hombre en lo más íntimo de su psicología, para que cambien de actitudes y adopten esos patrones de conducta deseables. Desgraciadamente en este terreno se hace poca investigación y se le da poca importancia.

METODO.

La presente investigación es de tipo empírico, por que tiene el propósito de apoyar rechazar y/o aportar nuevas alternativas terapéuticas hacia pacientes seropositivos. Basándose en la observación, recolección, codificación y análisis de hechos. Además una investigación aplicada, debido a que el problema a investigar es de relevancia social inmediata; manipulativa ya que los investigadores participan en la producción de los hechos a observar; de campo por que el escenario en donde se llevará a cabo es el lugar en donde asisten a consulta los pacientes, longitudinal, porque en un periodo de 2 meses y medio aproximadamente se llevarán a cabo observaciones y registros de la eficiencia del programa.

Se trabajará con un grupo de pacientes representativos de un grupo mayor de la misma índole, no aleatorio. Los criterios de selección serán los siguientes:

Los pacientes deben ser seropositivos (pacientes infectados por VIH o enfermos de SIDA), será un grupo homogéneo (misma etapa) para evitar incertidumbre en los pacientes ante los cambios probables que manifiesten otros pacientes en etapas avanzadas.

MATERIAL.

Bolígrafos, hojas, tarjetas, gomas, diurex, gises.

INSTRUMENTOS

PRETEST : está integrado por preguntas relacionadas a las prácticas sexuales, relaciones sociales, conocimiento de su enfermedad, necesidad de compartir sus experiencias.

POSTEST : está integrado por las preguntas del test anterior, agregando preguntas acerca de su integración al grupo, cambios en el estilo de vida, comentarios y sugerencias para futuros grupos.

TEST DE DEPRESION DE ZUNG.

SITUACION EXPERIMENTAL.

Las reuniones se llevarán a cabo en un consultorio ubicado en el Area de Epidemiología del Hospital Juárez Central, el cual consta de una mesa redonda con 10 sillas, buena iluminación y ventilación, pizarrón y dos libreros.

SISTEMAS DE EVALUACION.

Pretest y cuestionario de depresión al inicio del programa y posttest y cuestionario de depresión al final del programa.

La forma en que se evaluarán los resultados será por medio de la prueba de análisis de contenido, ya que es un método para analizar y estudiar las comunicaciones de una manera sistemática, objetiva y cuantitativa que permite medir las variables. Estimando la significación o frecuencia relativa de la comunicación: cambios de contenido, legibilidad, etc.

DISEÑO.

Pretest-Posttest.

Para evaluar el programa llevado a cabo con los pacientes infectados por HIV o enfermos de SIDA.

OBJETIVO GENERAL: Por medio de sesiones grupales se les ayudará a los pacientes infectados por HIV o ENFERMOS DE SIDA a concientizarse y aceptar los pros y los contras de la enfermedad, así como ayudar a mejorar sus relaciones sociales; a cambiar sus conductas inadecuadas y a elaborar metas a futuro.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

"IMPRESION PERSONAL" pretende acelerar la integración interpersonal.¹

"VEINTE COSAS " fijarse metas a corto plazo.

"MEJOR MI VIDA " crear la reflexión y la conciencia hacia los demás.

"MI PROPIO ENCUENTRO" ayudar a identificarse así mismo.

"AFIRMO QUE APRENDI" precisar y reforzar lo que los pacientes han aprendido.

GRUPO AUTOAYUDA.

Teniendo conocimiento de ciertos tratamientos en otras enfermedades letales, se ha encontrado que para muchos pacientes, el asociarse con otros enfermos les permite

consolidar su identidad personal que tan frecuentemente se encuentra disociada de su padecimiento.

Por ello en el presente programa se promoverá la participación activa de los pacientes para informar y asistir a los enfermos mas renuentes. Con estos encuentros se pretende que el paciente describa el tipo de información que desea, los temas que le despiertan ansiedad, los temores que reaccionan frente a su padecimiento y el género de datos que le serían útiles conocer.

Tratando de promover en los pacientes: "si el conocimiento es poder, el ayudar a otros es ayudarse a si mismo".

Cuando el paciente recibe la noticia, lo que primeramente necesita es que se le contesten todas sus dudas sobre dicho padecimiento. Por ello se hace necesario en este primer momento que después del médico, un psicólogo o psiquiatra, le conteste verídicamente todas las preguntas y todo cuanto se está haciendo, pero sin darle falsas esperanzas que no podrá cumplir.

FASE I.

Está formada por sesiones en las cuales se realizarán entrevistas en forma individual entre la persona encargada de dar la noticia y el paciente.

Dichas entrevistas tendrán como finalidad el concientizar al paciente con respecto a todo aquello que se ve inmerso en la enfermedad (pros y contras).

El número de sesiones no será rígido pero se procurará que no se rebase un máximo de 4 sesiones en forma individual. Estas se realizarán dos veces por semana.

FASE II "PUENTE DE COMPRENSION".

Encuentro entre dos seropositivos: el guiado y el guía. El guía debe cubrir las siguientes características: estar consciente de los pros y contras de la enfermedad, realizar y aceptar metas a corto plazo, que presente características de liderazgo (búsqueda de soluciones a problemas en común), que haya superado satisfactoriamente las etapas de duelo; que tenga intereses altruistas hacia aquellos que pasan por cualquier etapa depresiva.

Es importante señalar que a partir de las fases siguientes, los psicólogos intervendrán como coordinadores del guía, así como de las dinámicas que se manejarán dentro del grupo.

La función que cumplirá el guía será que mediante el diálogo manifieste sus experiencias desde el momento que se le diagnosticó la infección o la enfermedad del SIDA, cómo la ha superado hasta este momento, cuál ha sido su plataforma para superarse, tratando de que el guiado empiece a buscar bases de que serán sustento todos sus esfuerzos y

proyectos (dicha plataforma podrá ser mítica o real). Sin exigir el guiado al guía cualquier tipo de comentario a menos que éste así lo desee.

FASE III "APOYO MORAL".

El guiado hablará sobre sus inquietudes, englobando ideas irracionales, etc, y de esta manera se abrirá un diálogo, el cual se verá caracterizado por la retroalimentación entre ambos miembros con la finalidad de que el guiado encuentre soluciones a todo aquello que gira alrededor de su nueva vida, además de integrarse a un grupo de autoayuda, el cual estará caracterizado por el enriquecimiento de la retroalimentación debido a la gran diversidad de experiencias de cada uno de los integrantes, y es aquí donde quedará constituido el grupo, que tendrá la finalidad de fomentar la superación y adaptación de los integrantes a su nueva forma de idea.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

PRIMERA SESION

PRESENTACION

DIA DE CAMPO

PRETEST

TEST DE DEPRESION

IMPRESION PERSONAL

SEGUNDA SESION

VEINTE COSAS QUE ME GUSTARIA HACER

LLUVIA DE IDEAS

EVALUACION DE CONSECUENCIAS

TERCERA SESION

MEJOR MI VIDA

MI PROPIO ENCUENTRO

CUARTA SESION

AFIRMO QUE APRENDI

POSTEST

TEST DE DEPRESION

Antes de cada sesión preguntar sobre cómo se
sientieron en el transcurso de la semana.

Resumen al final de cada sesión.

FASE IV " GRUPO DE AUTOAYUDA "

Esta fase se caracteriza por la integración de pacientes infectados por HIV y enfermos de SIDA; las características que deben cubrir dichos integrantes serán los siguientes: que sean capaces de conformar un grupo con intereses comunes, que tengan dificultades para salir de las ideas irracionales de las cuales viven y cuya integración será para efectuar juntas. En estas juntas, los integrantes platican sus propias experiencias como seropositivos antes de llegar al grupo y explican cómo han superado los percances en su enfermedad. Los integrantes más antiguos tratarán de ayudar tanto a los recién llegados. Las juntas carecerán de formalidad y generalmente incluirán amistosas reuniones alrededor de una mesa, en donde podrán lograr una imagen más clara de la amplia variedad de personas que pertenecen a esta fraternidad.

Una vez constituido el grupo se realizará una sesión de ambientación. La cual se caracterizará por la integración de los pacientes y de los psicólogos, quienes explicarán el objetivo por el cual se formó el grupo. Terminada la explicación se les aplicará un cuestionario (pretest), así como un test para medir el nivel de depresión; posteriormente se llevará a cabo la dinámica de presentación denominada "día de campo", la cual se realizará de la siguiente manera: cada integrante nombrará una fruta

u objeto que empiece con la inicial de su nombre y el siguiente integrante dirá el nombre y la fruta del compañero anterior hasta terminar con todos los pacientes, por ejemplo: "me llamo Fernando y voy de día de campo y me tocó llevar las fresas".

Para finalizar se les aplicará otra dinámica denominada " impresión personal ", con la finalidad de acelerar la integración interpersonal como fórmula efectiva en la conformación de la conciencia grupal. Se llevará a cabo de la siguiente manera: todos los integrantes llevan una hoja prendida en la espalda, se entrevistan mutuamente y de la misma manera escriben en la hoja del otro, la impresión que les causó (tristeza, alegría, etc). Para ello deberán estar con una pareja. Pueden las parejas estar cara a cara e indistintamente dentro del salón. Se les debe promover una entrevista corta, de más o menos 2 minutos. Todas las parejas formadas inician a una indicación del coordinador. La impresión que se causaron, se sugiere que sea lo más concreto posible. Luego a la voz de cambio formarán nuevas parejas y así sucesivamente. Para finalizar, estando en círculo cada quien lee su hoja y comenta si coincidieron las apreciaciones con él. La actividad más importante consiste en que cada participante lea su hoja ante los demás y expresen en qué grado coinciden con su apreciación personal y explica, si así lo

desea, el por qué. Agregar, si la madurez del grupo lo permite, sugerencias del grupo a la persona en caso de que lo percibido sea negativo.

En una segunda sesión cada integrante del grupo deberá de fijarse metas a corto plazo, que sean alcanzables y serán tanto para él como para el grupo; las metas serán expuestas ante todos con el fin de retroalimentar cada una de ellas y ser sometidas a consideración de los demás, los cuales aportarán con base en sus propias experiencias situaciones similares para dar un panorama más real sobre dichas metas.

Esta actividad se realizará mediante la dinámica "Veinte cosas que me gustaría hacer". Se les pedirá que anoten en una hoja los números del 1 al 10 para hacer una lista, dejando un margen de casi la mitad de la hoja. Luego se les dirá: hagan el favor de formar una lista con las 10 cosas que les encantaría hacer en la vida. Cuando la lista esté terminada, el coordinador dirá a los pacientes que en la parte izquierda de la hoja anoten en clave lo siguiente.

1.- Un signo de pesos (\$) junto al enunciado para expresar algo que cada vez que se hace hay que gastar dinero.

2.- La letra (s) para expresar algo que desearía hacer solo y la letra (a) a las que prefiere hacer acompañado, (s-a) si le resulta igualmente satisfactorio solo o acompañado.

3.- Las letra (PC) en aquellas que suponga planificación.

4.- Escribir (CI) junto a los enunciados que le resultaría más satisfactorios si usted fuera mas inteligente.

5.- La clave (n5) debe colocarse junto a los enunciados que expresen algo que no hubiera puesto 5 años atrás.

6.- Los números (1 al 5) deberán colocarse en las 5 más importantes.

7.- El paciente indicará junto a cada actividad (día y fecha) en que se compromete a realizar la meta.

8.- Escribir (RO) para marcar aquellas cosas cuya realización supone algún riesgo.

9.- La letra (I) junto a las que supone intimidad.

10.- Las letras (NF) junto los enunciados que cree no aparecerían en una lista dentro de 5 años.

Posteriormente bajo la dinámica "lluvia de ideas", se irán leyendo cada una de las 5 metas más importantes de cada uno de ellos y es aquí donde serán retroalimentadas las metas. El coordinador será quien leerá en voz alta las metas, y al finalizar cada lectura se pedirá comenten la meta.

Para finalizar se les pedirá hagan un cuadro, el cual esquematice sus metas por medio de la dinámica "evaluación".

de consecuencias", se les pedirá que construyan un cuadro de consecuencias.

En la parte superior deben colocar, en los espacios apropiados, las tres soluciones más factibles que hayan desarrollado. Luego para cada una de estas cinco alternativas deben anotar el mayor número posible de consecuencias que se comentaron o se les ocurra.

Una vez consideradas las consecuencias se pide a los pacientes que revalúen sus posiciones, y volverán a ordenarlas o desechar algunas, buscar otras, etc.

En una tercera sesión se trabajará bajo la dinámica de "mejor mi vida", y se realizará de la siguiente manera: partiendo de planeamiento trágico y significativo, crear la reflexión y la conciencia hacia los demás. Por ejemplo: ¿qué harían si médicamente se les informara que fueran a morir en 8 meses?, se les invitará a reflexionar.

Se les distribuirá un cuestionario para orientar el ejercicio, se les otorgará el tiempo necesario para contestarlo, cada uno leerá y comentará sus respuestas, plantear finalmente si prefiere la vida o la muerte.

Para dar por terminada esta sesión se realizará posteriormente la dinámica "mi propio encuentro", se pretende propiciar que los pacientes identifiquen su propio yo en sus dimensiones íntimas y de apertura. El coordinador destaca la capacidad del hombre para vencer obstáculos. Los

pacientes apoyados por un cuestionario se inician en su interiorización y su proyección personal. Se pedirán comentarios después de la introducción resaltando lo más significativo al respecto, intercambio de experiencias en forma voluntaria.

En una cuarta sesión se les enseñara a relajarse, para intentar evitar respuestas molestas de alto nivel de tensión que interfiere con la ejecución de otras actividades. Esta puede incluir insomnio, dolores de cabeza, pensamientos perturbadores, etc.

Posteriormente se realizará la dinámica "afirmo que aprendí" para precisar y reforzar lo que los pacientes han aprendido; cristaliza nuevos aprendizajes de los cuales algunos pacientes no estaban conscientes de haber logrado y proporcionar un buen resumen de casi todas las actividades realizadas.

Esta actividad se realizará de la siguiente manera: los coordinadores prepararán una lámina con afirmaciones como:

APRENDI QUE YO ...

ME DI CUENTA QUE YO ...

NOTE QUE YO ...

DESCUBRI QUE YO ...

ME SORPRENDI QUE YO ...

ME SENTI FELIZ PORQUE YO ...

ME PREOCUPE PORQUE YO ...

No deben permitirse discusiones porque interrumpirán el desarrollo libre de la estrategia y destruirá la naturaleza e intensidad de esta actividad. Las afirmaciones deben ser cortas y precisas. Las afirmaciones no deberán ser explicadas ni definidas. Cada paciente será interrogado por el coordinador individualmente pero las respuestas serán expuestas ente el grupo.

Finalmente se realizará el postest agradeciendo su participación y asistencia al grupo.

Es importante destacar que cuando ingrese un nuevo integrante tendrá que pasar por todas las sesiones anteriormente descritas, además de que uno de sus compañeros deberá de explicarse la finalidad de la formación del grupo.

RESULTADOS.

PRETEST CONTENIDO DE LAS PREGUNTAS:

Relaciones sociales: es la interacción de una persona con uno o varios individuos, en la cual, se intercambian pensamientos y conductas, además de tener a quien dar y de quien recibir afecto.

Prácticas sexuales : actividad que se realiza o no con una o varias parejas, con o sin precaución.

Cognitivas respecto al ambiente: percepción del individuo positivo o negativo ante actitudes y comportamientos de las personas con las cuales convive.

Cognitivas de autopercepción: valoración de su actitud, de su conducta y de su persona.

Cognitiva expectativas respecto al futuro: metas que la persona elabora en su mente a corto y largo plazo.

Información: conocimiento de los pros y los contras de todo lo relacionado a la enfermedad.

Experiencias ante la integración al grupo: opinión individual acerca de lo que sucedió en las sesiones.

.....PERSONAS QUE.....PERSONAS QUE NO
INTERACTUAN.....INTERACTUAN

INTERACCION	60%	40%
NOVIO	20%	80%
SALIR A PASEAR	40%	60%
CONVERSAR	70%	30%
RELACIONES EN GRUPO	70%	30%

 TABLA 1. Muestra el baceado de datos del rubro de relaciones sociales.

Se observa que el 70% de personas del grupo le da mayor prioridad a conversar y a las relaciones en grupo; en cambio sólo el 20% tiene pareja.

Las relaciones sociales son importantes para intercambiar pensamientos ademas de buscar, recibir y dar afecto, y afecto.

TIENE RELACIONES	NO TIENE RELACIONES	NO COTESTA
50%	20%	30%
NUMERO DE PAREJAS		
SU PAREJA	NO TIENE PAREJA	NO CONTESTO
20%	30%	50%
PRECAUCION		
PRECAVIDO	NO TIENE PRECAUCION	NO CONTESTO
10%	40%	50%

TABLA 2. Se muestra el baceado de datos sobre el rubro de las practicas sexuales.

Se observa que el 50% de los pacientes realiza su conducta sexual (no necesariamente con su pareja);el 20% no tiene prácticas sexuales;y el 30% restante no contestó a la pregunta.

En cuanto al número de parejas el 50% no contestó a la pregunta;sin embargo,el 30% de éste mismo rubro manifestó no tener pareja;y el 20% restante tiene relaciones sexuales con su pareja.

Finalmente el 50% no contestó a la pregunta relacionada a la precaución que debe tener en las relaciones sexuales;el 10% si tiene precaución y el 40% restante no tienen precaución.

SERES HUMANOS	DEBE EXISTIR LA EUTANANCIA	NO CONTESTARON
70%	10%	20%

TABLA 3. Se muestra el baceado de datos obtenidos en el rubro de cognitivas respecto al ambiente.

Se observa que el 70% de los individuos perciben del medio en el cual se desenvuelve: rechazo, viendolos como no iguales; sin embargo, sus respuestas proyectan su necesidad de ser aceptados como seres humanos, con algunas limitaciones, con un gran porvenir y con gran responsabilidad para protegerse y proteger a los demás.

El 10% se percibe marginado, sin esperanzas y con miedo de sufrir, prefiriendo se legalice la Eutanancia.

El 20% restante prefirió no contestar la pregunta.

ACTITUD :	SIN ESPERANZA EN LA VIDA	30%
	CON ESPERANZAS EN LA VIDA	60%
	INDIFERENCIA	10%
CONDUCTA:	PROMISCUIDAD SEXUAL	100%
DE SU PERSONA:	CORAJE HACIA SI MISMO	20%
	DEPRESION POR TEMOR A	
	LA MUERTE	60%
	CONSCIENTE	20%

TABLA 4. Se muestra el baceado de datos del rubro de cognitivas de autopercepción.

La autopercepción de los individuos fué: el 60% tiene esperanzas de seguir viviendo, al 10% no le interesa nada y el 30% restante no tiene esperanzas en seguir viviendo, ya que piensan que su enfermedad es incurable y mortal.

El 100% atribuye su contagio a su promiscuidad sexual.

El 60% son personas que sienten temor hacia la muerte y esto les causa depresión; 20% siente coraje hacia sí mismo por el estilo de vida que han llevado y el 20% restante ya presentía el estar contagiado por sus prácticas sexuales, y su estado de ánimo es más optimista.

METAS POSITIVAS	METAS NEGATIVAS	NO TIENEN METAS
60%	20%	20%

TABLA 5. Se muestra el baceado de datos del rubro de expectativas respecto del futuro.

Se observa que el 60% elaboró metas positivas a corto plazo, por ejemplo: altruismo (aceptando la enfermedad, participar en la experimentación de medicamentos contra la enfermedad); independencia (no ser sobreprotegidos por los demás); tener el cuidado de no contagiarse a otros y ser responsables de su salud. El 20% no espera nada de la vida, ni mejoran su estado de ánimo, y el 20% restante elaboró metas negativas, pues quisieran ser inmortales, esperan un milagro para curarse.

TIENE INFORMACION	POCA INFORMACION	NADA
30%	40%	30%

TABLA 6. Se muestra el baceado de datos acerca del rubro de información.

Se observa que el 40% de los pacientes posee muy poca información, sabe de su padecimiento (no están seguros de los pros y los contras); el 30% está más informado, ya que

argumentan, el uso de condón en sus relaciones sexuales, el ingerir medicamentos, el asistir a sus consultas medicas, tener alimentación balanceada y tener higiene en general, y el 30% restante no tiene la menor información con respecto a la enfermedad.

Los resultados del postest son de dos personas unicamente (LS y AO), ya que los demás integrantes tuvieron que dejar de asistir a las sesiones a causa de: fallecimiento (1), ir a radicar a los Angeles (1), horario de trabajo (2), luto (1), regresar a Acapulco (1), deserción (1), pertenecer a un grupo de CONASIDA (1).

PACIENTE LS

Como resultado de su integración al grupo su forma de vida cambió, es más tranquila, se distrae con otras actividades para olvidar por un rato la enfermedad; su forma de pensar cambió ya que ahora toma las cosas con calma, teniendo la esperanza de continuar viviendo; se sintió útil dentro del grupo, por haber ayudado a sus compañeros compartiéndoles sus experiencias.

PACIENTE AO

No mostró cambios observables, ya que, al inicio de su integración al grupo se mostró muy agresivo; solo está conducta disminuyó y no cambió su forma de relacionarse con los demás, manteniéndose al margen de los temas que se discutían en el grupo.

PACIENTES	CALIFICACION	INDICE AMD	DIAGNOSTICO
	BASICA		
RL	68	53	REACCIONES DE ANSIEDAD.
GO	64	53	"
TA	40	53	"
NE	40	53	"
JN	50	64	DEPRIMIDOS AMBULATORIOS
AO	53	64	"
MO	38	53	REACCIONES DE AJUSTE TRANSITORIO
JE	36	53	"
LS	44	53	DESORDENES DE LA PERSONALIDAD
TS	48	53	"

CUADRO I. Muestra el baceado de los puntajes obtenidos en el pretest, del test de depresi3n.

PACIENTE	CALIFICACION BASICA	INDICE AMD	DIAGNOSTICO
AO	43	53	DESORDENES DE LA PERSONALIDAD.
LS	48	53	"

CUADRO 2. Muestra el baceado de datos en el postest del test de depresión.

LS es una persona positiva y consciente de lo que le está pasando; para llegar a aceptar la enfermedad en su vida, pasó por el proceso ya descrito de depresión; lo único que no acepta es el modo de contagio.

Actualmente habla de la enfermedad sin miedo, realizando cambios en su estilo de vida con hábitos nuevos, pero aislándose de la sociedad pero no de su familia, de la cual ha recibido apoyo y comprensión.

Durante las sesiones, participaba positivamente haciendo razonar y conscientizar a sus demás compañeros, les daba ánimo, partiendo de un refrán que dice así: "vive éste momento, como si fuera el último". Las dinámicas de de MI PROPIO ENCUENTRO y MEJOR MI VIDA, le ayudaron a reforzar y reelaborar la aceptación que ya tenía. Además se valorizó como ser humano y útil a la sociedad.

AO parece ser una persona positiva ante su enfermedad, viendo su vida de manera positiva; aceptando vivir con el HIV, siempre y cuando no le crezca el Sarcoma que tiene en la cara. Su aceptación incluye la fantasía de controlar su vida sexual, debido a que fué por medio de ésta que se contagio. Da la impresión de que es un hombre activo y que por medio de sus actividades canaliza su miedo y su depresión; habla del miedo que siente en el futuro, cuando menciona que debería de existir la eutanancia para evitar el sufrimiento, y el coraje que siente al estar asistiendo al Hospital.

Al asistir a las sesiones logró por lo menos conocer las limitantes de la enfermedad, tener más claras sus metas y llevar a cabo sus proyectos, además de darse cuenta de su valor humano.

REGISTRO DE LO SUCEDIDO POR SESION

PRIMERA SESION.

El grupo estuvo integrado por : TA, JN, MO, LS y NE, todos llegaron puntualmente a la sesión.

Nos presentamos y el ambiente se sentía muy tenso. Pues todos ellos estaban a la expectativa y algunos eran agresivos.

PRIMERAMENTE SE HABLO DEL OBJETIVO PRINCIPAL DE LA FORMACION DEL GRUPO, JN no le encontraba sentido del estar

reunidos allí, ya que argumentaba que serían pláticas sin trascendencia y que no servirían para nada. Se le explicó que precisamente el compartir sus vivencias y experiencias ante la enfermedad, les haría sentirse escuchados y aceptados por personas que están pasando por lo mismo y podrían en dado momento intercambiar opciones de solución. Una vez terminado esto se procedió a realizar la dinámica de presentación.

La dinámica les pareció divertida, y con ello se sintió un cambio, pues el ambiente se comenzó a sentir menos tenso, existía intercambio de palabras entre ellos y sonrieron.

Hasta este momento se les pregunto si existían dudas o comentarios, ellos dijeron que querían les explicáramos más claramente sobre los que temas íbamos a revisar en las sesiones. Se les dijo que se hablaría de cualquier tema que a ellos les interesará, además de que tendrían que formar expectativas y reflexionar sobre todo lo que están pasando y viviendo.

MO dijo que él se sentía muy bien y que prefería no ingerir medicamentos, pues que sabía que el AZT les perjudicaba a su salud, a lo que LS y JN le respondieron que era mentira, pues que ellos dos lo tomaban y se sentían bien. LS le dijo que tampoco creía que lo fuera a mejorar, pero que él quería ser algo así como con quien experimentarán,

con la finalidad de que los que vienen atrás se compongan o tengan más opciones de vida.

Pero aún con todo lo que se le dijo a MO el siguió creyendo que era preferible no tomar el medicamento. TA, le dijo que si no tomaba el medicamento, él sólo se estaría dejando vencer y no estaría ayudándose para continuar viviendo, que no fuera derrotista e hiciera algo para mejorar.

NE permaneció callado todo el tiempo, únicamente movía la cabeza afirmativamente cuando estaba de acuerdo en algo, en el momento en que hablo dijo que se encontraba de acuerdo con MO, pues él prefería no tomar medicamento y tomar en cambio medicina naturista.

Como MO seguía en su posición, los coordinadores le dijimos que eso no importaba, debido a que el debía reflexionar sobre todo lo expuesto por sus compañeros y despues sacar una conclusión que fuera benéfica para él.

Un punto que nosotras no habíamos tocado y que inquieto al grupo fue el de que querían saber si el grupo era homogéneo, pues la mayoría de ellos era homosexuales y les incomodaba de alguna manera la presencia de alguien que no compartiera sus mismos gustos, por el ser criticados. Esto fue explicado en terminos de que todos estaban allí debido a que ya portaban el virus de HIV y por ello debían aceptarse mutuamente. No se les hablo de la etapa en la

cual estaban, ya que la Dra. no les habla sobre ello. En general el grupo era homogéneo, misma etapa III, aunque uno de ellos se encontraba en etapa IV, y al parecer era bisexual.

Posteriormente al comentario del medicamento LS comenzó a hablar de cosas muy positivas, de acuerdo a cómo ha superado los percances que se le han presentado, cómo se sintió y cómo se lo dijo a su familia, estuvo detallando cómo se ha logrado dar valor y no ha perdido la fe en la vida, todo el grupo estaba muy atento a su comentario, cuando de repente JN dijo que esa platicuita no llevaría a un mejor estado de ánimo, pues que en realidad, no se estaba hablando de algo interesante, LS le pregunto que entonces de qué deseaba hablar, éste le contesto que algo más adentrado al padecimiento, después les pregunto si alguno de ellos había estado hospitalizado, los demás respondieron que no, él les dijo que entonces no iban a poder dialogar con él, ya que no sabían lo que era estar hospitalizado y con fiebres, con diarreas de más de tres días, LS le sugirió el que fuera precisamente él quien les hablará sobre todo ello y de alguna manera compartiera con ellos su experiencia y ellos estuvieran prevenidos, saber que hacer ante dichos síntomas, ya estar preparados, pero a pesar de que el grupo lo animaba a que comentará, JN no aceptaba, continuaba apático, entonces una de las coordinadoras le propuso que

fuera él quien iniciara el tema del cual deseara hablar, acepto y comenzo a hablar sobre lo que ha vivido, sobre el rechazo de su familia al ser diagnosticado, sus hospitalizaciones, amigos que han fallecido, la negligencia que había tenido para con ellos mismo, como supo infetaron sus amigos a otras personas y como el mismo infecto a su pareja, como se lleva con ella. Se extendio por mucho tiempo y todos lo escuchaban con atención. Finalmente LS les comentó lo valioso que era tener una pareja o alguien que los apoyara en su enfermedad, así como él narró brevemente como atendió y cuidó a su pareja antes de que falleciera. También le propuso a JN que quisiera mucho a TA, además de que debía respetarla, esto lo recibió muy malhumorado y sorprendido, pues ninguno de ellos se conocía anteriormente y al parecer LS había percibido su relación con ella. Se noto reflexivo JN y podría decirse que tambien bastante molesto. Creemos que esto podría favorecer a la relación de ellos. Como nos extendimos en tiempo, ya no se realizó la dinámica " como me perciben ".

Se les invito para la siguiente sesión; pero LS y JN comentaron que mientras esten fuertes tienen que seguir trabajando para solventar todos sus gastos; MO dijo que el pertenecia a otro grupo y que prefería no venir, pues que ya tenia tiempo en el otro grupo; NE dijo que podía venir el

proximo Miercoles pero que en los subsecuentes estaba dudoso por su hora de trabajo.

SEGUNDA SESION.

A la sesión unicamente asisten JN y NE. Se espero a los demás 10 minutos,pero al no llegar,se comenzo la sesión con ellos dos.

Primeramente se realizó la dinámica "impresion personal",ya que no se habia podido realizar la sesión anterior.

Se dieron las instrucciones y se dieron 10 minutos para que hicieran lo que se les pidió.

NE se propuso para empezar primero a leer lo que habia escrito sobre la impresión que le habia dado JN: no era una persona educada,ya que hablaba con palabras obsenas,este se enoja y comienza a hablar con más groserias y aumenta el tono de su voz,pero como ofendía a NE tuvimos que intervenir energicamente,explicandole que la finalidad era que el tomara en cuenta lo percibido y pudiera modificar si era necesario algunas conductas para el mejor deselvolvimiento y aceptación en el grupo,NE continuo diciendo que otra de las impresiones que le habia dado era el ser muy fuerte y no muy religiosa;la impresión que JN tenia de NE era: le molestaba su aparente religiosidad,que le caía mal el que menospreciara a la enfermedad,este fue nuevamente punto de controversia,pues cada quien defendía

su punto de vista, (llega TA) ella comenta que todo este tipo de discusiones le parecen tontas y de niños, ya que son adultos y deben de resolver sus diferencias con madurez y satisfactoriamente, pues todos están ahí por estar enfermos y como tal se debían de aceptar y apoyar. Posterior a su comentario pide disculpas por haber llegado tarde, (no se le permitió participar en la dinámica, ya que ellos ya estaban por finalizar la actividad).

Cuando el ambiente ya está más tranquilo se pasa a la siguiente actividad.

"Veinte cosas que me gustaría hacer", se les dan las instrucciones y todos muy participativos e interesados comienzan a escribir sus metas, según comentarios de ellos por que no habían contemplado este tema. Finalizada la actividad se les pidió; leerán en voz alta las cinco metas más importantes, mientras una de las coordinadoras las escribía en el pizarrón para ser valoradas, además se les iba preguntando el por que del orden de importancia. Finalmente se les pidió las transcribieran en una hoja y pensarán que consecuencias podrían tener la realización de sus metas.

Se les dejó de tarea esta actividad final, ya que JN es muy irritable y se extiende en sus comentarios.

NE como comentario final habla sobre un sacerdote que ofrece misas en las cuales cura a la gente que está enferma

y que suponía esto era debido a su fe de la gente en querer sanar; hablo también de la agua de QUERETARO, la cual estaba tomando. JN y TA salen de la sala al escuchar el comentario inicial de NE.

Es importante destacar que el comportamiento de JN es menos agresivo al de la sesión anterior y se presta más para poder dialogar de sus dolores de cabeza, la hinchazón de sus ojos y dolor de nuca por la cual esta pasando actualmente.

TERCERA SESION.

Se presenta a la sesión únicamente NE, con quien se aclararán sus dudas y algunos comentarios sobre sí mismo.

JN, TA y LS habían avisado que no podían asistir debido a su trabajo.

CUARTA SESION.

Se presenta a sesión únicamente LS e ingresa un nuevo compañero AO, quien primeramente es muy agresivo, nos realiza una serie de preguntas (quienes eramos, de donde veniamos, para que estabamos allí), las cuales fueron respondidas con toda tranquilidad, se le ofreció nuestro apoyo incondicional; LS le hablo de lo que ha sucedido en sesiones anteriores y le pregunta: ¿quieres que te diga que te vas a morir? o ¿qué esperas de tu integración al grupo?, también le comenta que en lo personal él se siente más tranquilo al

estar incorporado al grupo, pues tiene con quien hablar abiertamente de lo que piensa, siente y de sus temores.

AO comenta sentirse menos tenso al estar conversando, que la sesión se estaba llevando tal como él se la había imaginado. Empiezan a platicar sobre los estudios que se les han realizado, aficiones deportivas, comidas, cuidados en la realización de sus alimentos, enfermedades que han padecido desde pequeños, nivel de estudios.

AO se muestra pesimista ante el Sarkoma de Kaposi que se le hace visible en brazos y pecho, comenta que si le llegase a invadir la cara sería capaz de matarse, pues sería horrible tenerlo en la cara, perdería toda estética y toda la gente se daría cuenta de su enfermedad. Comenta de la actitud de algunas personas al saber su diagnóstico, prefieren no decirlo, aunque toman medidas adecuadas para no contagiar a más personas.

LS comenta sobre sus metas, su forma de vida, sus ilusiones, sus esperanzas de seguir viviendo.

- 1.- Dar sus bienes a quienes lo necesiten.
- 2.- Estudiar inglés.
- 3.- Divertirse sanamente.

LS anima bastante a AO, quién al término de la sesión se encuentra mas animoso y sonriente, se despide y comenta venir a la siguiente sesión.

QUINTA SESION.

Esta vez se encuentra GO un paciente recién diagnosticado, su estado de ánimo esta por los suelos y cualquier pregunta o comentario lo hace llorar, es una persona que vive en ACAPULCO y será en la única sesión en la cual estará.

Se le presentarán a LS y AO, se les comenta que se encuentra triste por su recién diagnóstico, entonces LS le comienza a hablar sobre antes y después de su diagnóstico, le hace bromas y de repente se ve una sonrisa en los labios de GO, vacilan un momento los tres.

GO al saber la preferencia sexual del grupo, se siente más tranquilo y comenta el porque creía haberse contagiado, además de que tenía miedo de morir. Pregunta sobre quienes de sus familiares y amigos deben de saber su diagnóstico, a lo que los otros le responden que debe saberlo quien el piense lo apoyará y no lo juzgará. Habla además de sus respectivas parejas, algo importante para poder salir adelante (esposa y companero sexual, con quien vive actualmente).

La charla entre ellos es cordial, pues GO se integra perfectamente al grupo y cuando ya iba a terminar la sesión intercambiaron numeros telefonicos, para continuarse viendo, además de invitarse a sus respectivas casas. GO les agradece sus comentarios y apoyo que recibió.

SEXTA SESION.

En esta última sesión se le ve a LS demacrado, cansado, poco entusiasta en comparación a las anteriores sesiones, parece estar evolucionando a etapa IV.

AO se encuentra un tanto ansioso, pues advierte desde el inicio de la sesión que tiene que irse temprano, tiene que ir a jugar tenis (actividad que lo relaja) avanzada la sesión comenta que lo que más le gusta de las sesiones es que la gente que se encuentra en el Hospital, lo tratamos bien y no lo vemos como objeto de estudio. También habla de problemas que le sucedieron el fin de semana y por ello su angustia.

Cuando se realiza la dinámica, ellos comienzan a reflexionar y algo curioso, tienen expresiones tales como: hijoles soy un ser humano. Creo que si puedo. Deberíamos cambiar la redacción y entonces... Se notaron muy participativos en esta actividad.

En lo que respecta a la relajación AO interrumpía continuamente, pues decía no sentir relajación, luego comento sobre el que él conocía una relajación muy parecida que llevaba a cabo con sus alumnos.

No se concentra en las instrucciones y por lo tanto no deja que se concentre LS. Este trabajaba armoniosamente y comenzaba a sentir descanso, pues cuando se les dijo que íbamos a relajarlo él comento: ¡que bueno!, ¡ya voy a poder dormir!. Pero como AO no permitió la finalización de la

dinámica se le explicó solamente para que LS la realizará en casa.

Se les aplica el postest y el test de depresión, finalmente se les agradece su participación, así como se les pide expresen el cómo se sintieron en el grupo. Dicen haberse sentido aceptados, queridos y respetados, cómodos.

AO quien pedía al final de la sesión se le anotará en su carnet la próxima sesión, se le explicó que no habría tal sesión, hasta que la Dra. aceptará continuar las reuniones, pero que ellos al conocerse en este instante debían frecuentarse y apoyarse mutuamente.

Estos pacientes están evolucionando a etapa IV y lo conveniente sería que sean atendidos en terapia individual.

LS y AO salen de la sala juntos y prometen seguirse frecuentando.

GRUPO DOS

PRIMERA SESION

La sesión programada para el día 15 de Enero, no se pudo realizar, ya que no se completó el grupo.

En la primera sesión se trabajó con TA, RL, FO. Se les plantearon los objetivos de la formación del grupo, y cuando se les preguntó, si tenían alguna duda o comentario, dijeron estar de acuerdo.

Se inicia con la dinámica de presentación y éstos se muestran participativos.

Terminada la dinámica, se les realiza nuevamente la pregunta acerca de si tenían alguna pregunta. RL, comenta que en especial él no cree le pueda servir de mucho la formación del grupo, ya que no se le va a curar. Comienza a llorar y TS, le habla con la finalidad de tranquilizarlo, diciéndole que lo entendía y lo acompañaba en su sentir, ya que, ya había pasado por ello.

FO trato de explicarle el por qué él consideraba que la pertenencia al grupo les ayudaría, que primeramente tendrían un amigo incondicional, con quién compartir sus temores, quién los ayudará a resolver sus dudas y apoyarse los unos con los otros. RL sonríe, pero no aún así, dejó de pensar el que nadie lo comprendía, pide se le de algún medicamento que le ayude a terminar con su sufrimiento.

TS le dice que debe luchar y salir adelante (le habla de acuerdo a su religión (testigo de Jehova)).

Terminada la sesión, comentan FO y TS, tratar de convencer a RL, para que regrese en la siguiente sesión.

SEGUNDA SESION

Asisten a la sesión TS y FO, se realiza la dinámica programada con mucha tranquilidad, ya que los dos son personas tranquilas y cooperadoras.

TS es quien más interviene en las sesiones, comenta sobre su vida, de sus viajes, de lo que él considera está mal en el mundo. FO es únicamente un receptor de lo que se comenta entre nosotros.

TERCERA SESION

Asisten TS y FO, realizan sus metas armoniosamente TS, en esta ocasión regala a todo quien está en la sala un libro.

CUARTA SESIÓN

Ingrasá al grupo GO, de la sesión anterior FO y TS, paciente residente en Acapulco, quién únicamente vino a recoger sus resultados de análisis. No soporta más y comienza a llorar, ya que es recién diagnosticado (prueba positiva HIV).

En esta ocasión la sesión no se realiza, ya que primeramente se trabaja en intervención en crisis.

Las coordinadoras son las que realmente llevan la sesión, aunque en algunas ocasiones intervienen los otros compañeros.

GO, no del todo se siente mejor, pero como sabe de la existencia de otro grupo, pide le permitamos quedarse en el siguiente grupo. No se terminó el programa con éste grupo, ya que por diversos problemas de los pacientes, no hubo ya quien se presentara a sesión.

DISCUSIONES

De las teorías o documentos que se revisaron en la introducción, sólo algunos serán retomados para la comparación con lo observado en el grupo.

El concepto de salud-enfermedad de cada uno de los pacientes estuvo determinado por su diagnóstico de enfermedad física, por la somatización mental y por las relaciones con amigos, pareja, familia y compañeros de trabajo (relaciones sociales), es decir, que después de ser informado de que portaban el HIV o se encontraban enfermos de SIDA, el paciente presentaba síntomas que no correspondían a su bienestar físico anterior y que dañaba su bienestar mental creando una serie de síntomas, no correspondientes a las etapas de evolución, afectando sus relaciones sociales. Esto concuerda con lo reportado por

Ferrara y Acebal (1980), Coplamar (1983) y Terris (1987), quienes hacen énfasis en que la salud es "bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no únicamente la ausencia de dolencia o malestar". Además de que la salud individual de éstos, se ve afectada por un ambiente no propicio, es decir, agresivo para ellos, no favoreciendo su óptima realización de la personalidad. Con los pacientes en el área psicológica, se les debe especificar que la salud es la adaptación a sus condiciones internas-externas (PEREZ VARGAS, 1988). Contrario a esto se observó durante el proyecto que los pacientes se encontraban en relaciones sociales deterioradas, y aunado a esto el diagnóstico, encontrándose en una inadaptación interna-externa, para poder ayudarlos en la adaptación al medio, en la conscientización de su enfermedad, a la dinámica de formación de metas, además del intercambio de experiencias dentro del grupo, conduciéndoles a la adquisición de herramientas para el manejo de las condiciones internas y externas.

El tema principal del proyecto es la depresión y para su análisis se retoma el enfoque cognitivo de Beck, del cual fué contemplado la Triada Cognitiva.

Todos los pacientes pasaron por expectativas negativas respecto al ambiente, es decir, que su medio era percibido como agresivo, hostil, con actitudes de rechazo; su

autopercepción,era negativa,manifestando quejas, lamentos, autoreproches;sus expectativas eran negativas con respecto al futuro,era el no creer lograr la realización de metas a corto plazo. Está teoría no es muy completa,ya que no explica el porqué una pérdida desencadena depresión en unos individuos y en otros no.

Las etapas de la depresión mencionadas por Kübler y Lizárraga fueron aceptables para el análisis de las características de los pacientes del grupo,es decir,el continuo desequilibrio en su estado emocional para llegar a la aceptación de la enfermedad. Dentro de los síntomas de depresión registrados en el grupo fueron: pérdida de peso, anorexia,cambio en el hábito de sueño,cambio en el nivel de actividad,disminución en el interés de las actividades diarias,fatiga,sensación de inutilidad,culpa,incapacidad para concentrarse,pensamientos de muerte o suicidio;éste rubro fué dividido en Depresión leve -sentimientos de insatisfacción,dificultad para tomar desiciones,llanto frecuente. Fueron clasificados: RL,MO,JE,TS y LS. Depresión grave- sentimiento fracaso,pérdida de interés por las personas,sentimiento de estar siendo castigados e ideas suicidas. En esta categoría se encuentran: GO,TA,JN,AO y NE.

Para ayudar a los pacientes infectados por HIV o con SIDA se propone que se sigan los lineamientos planteados

por Raffiel (1987), citado en la introducción, en el apartado de Terapias que se practican con éstos pacientes. Ya que éstos puntos fueron contemplados por nosotras y nos ayudó al buen intercambio y relación con los pacientes.

El objetivo general de la investigación no pudo arrojar datos de validez, ya que sólo se registran datos completos de dos pacientes asistentes al grupo.

En cuanto a los objetivos específicos, para la dinámica "Impresión personal", no se logró que todos los integrantes del grupo se integraran; sin embargo, se reunían en equipos de dos o tres, para defender algún tema, idea o sugerencia.

"Veinte cosas", se logró que todos los integrantes del grupo elaboraran metas a corto plazo, reflexionándolas y mostrando interés, ya que no habían cotemplado el tema.

"Mejor mi vida" ésta dinámica fué realizada por 5 personas, las cuales, mostraron interés, preocupación y afecto por sus seres queridos.

" Mi propio encuentro" esta dinámica fué realizada por tres personas, y les ayudó a identificar sus cualidades y defectos.

"Afirmando que aprendí" esta dinámica, la realizaron dos personas, manifestando verbalmente aspectos que no habían contemplado antes, como resultado de las sesiones anteriores.

Para ingresar al Hospital se concertó una entrevista con la Dra. Epidemióloga del mismo, quién atiende a los pacientes cuyo diagnóstico haya sido positivo. Posteriormente se asistió a un curso titulado " Trato a pacientes seropositivos " y recibir asesoramiento de la psicóloga que prestaba sus servicios voluntarios en el Hospital. Finalmente, se nos otorgó el grupo. El grupo de pacientes fue seleccionado por la Dra., de ésta manera la Fase I, no se llevó a cabo como había sido planteado.

La SEGUNDA FASE no se pudo llevar a cabo, debido al fallecimiento del guía, y ya no se logró encontrar a otra persona que cubriera los requisitos.

La TERCERA FASE no se llevó a cabo como se había planteado, ya que al fallecimiento del guía los integrantes del grupo realizaron apoyo moral en grupo.

Lo relevante encontrado en los resultados es: las relaciones sociales fueron importantes para sentirse apoyados y aceptados, se detectaron contradicciones en el tema de prácticas sexuales; por una parte en lo escrito, redactaron tener relaciones sexuales y durante las sesiones manifestaron no tenerlas; en cuanto a sus pensamientos respecto al ambiente, fueron el tener miedo, de ser rechazados y la preferencia a la muerte para no causar lástima, aunque también a ésta le tienen miedo; sienten

coraje por ellos mismos por su estilo, ya que de esta manera adquirieron la enfermedad.

Estos pacientes elaboraron metas a corto plazo, realizaron acciones altruistas, cambiaron conductas sexuales.

De los cambios mostrados por los pacientes que finalizaron en el grupo LS obtuvo cambios favorables y AO se comporto menos agresivo.

Es importante mencionar que el programa fué criticado por la Dra. del Hospital, ya que no se mostraba convencida de que el trabajo en grupo fuera conveniente para la resolución de los problemas de los pacientes. Al presentarle los resultados de cada sesión, mencionó que era por causa de la incapacidad profesional, lo que motivaba la falta de estrategias para retenerlos. Sin embargo, esta deserción fue por causa del fallecimiento, horario de trabajo y la emigración.

Estamos convencidas de que el trabajo en grupo es eficiente para aquellos pacientes que cubran características, como las sugeridas en el método.

En la FUNDACION 75, el trabajo se lleva a cabo mediante temas como: relajamiento, meditación, el manejo del sistema de creencias, historia del paciente, manejo del perdón, reconocimiento de patrones que los llevan a la enfermedad,

además de practicar aerobics, todo ésto se realiza en grupo, salvo excepciones en forma individual.

CONCLUSIONES

Para una posterior elaboración de un programa para el trabajo con pacientes Infectados por HIV o Enfermos de SIDA, es importante tomar en cuenta, la homogeneidad del grupo (sexo, edad, escolaridad, no juntar pacientes que se encuentren en etapa IV).

Elaborar estrategias para motivar a los pacientes para que asistan a revisiones médicas periódicamente, en las cuales lleven anotado en una hoja todo aquello que les causa miedo o les gustara saber.

Que se les de mayor información a los pacientes, acerca de la evolución de la enfermedad, pero que ésta sea

lo más sencilla y clara posible, para que los pacientes no se angustien o exageren padecimientos.

Buscar un horario accesible, para evitar así la continua inasistencia y decersión de los pacientes.

Programar correctamente los tiempos de cada una de las actividades, para evitar el no cumplimiento de los objetivos, además de conceder tiempo para realizar comentarios.

El programa fue sensible más bien para taller, ya que cuenta con pocas sesiones, ayuda en la detección de necesidades e inquietudes por parte de los pacientes, así como para poderlos asignar a trabajo de grupo o individual.

ANEXO 1

El objetivo de la formación del grupo es el de que tenemos algo en común, es decir, estamos infectados por el HIV y nuestro interés es el de solucionar nuestra dificultad tanto internas (conflictos) como externas, aprender a vivir con el HIV y prepararnos para aceptar nuestra muerte.

Platicaremos de como hemos sobrellevado la enfermedad y todo lo que conlleva, esta, ayudandonos con nuestras propias experiencias, apoyándonos unos a los otros, de esta manera nos daremos cuenta de que no estamos solos frente a esta nueva enfermedad.

Nos aceptaremos sin perjuicios y respetando nuestros puntos de vista aunque estas sean contrarias a las nuestras.

Nos trataremos de conformar como una fraternidad.

Todo lo que se diga aquí será confidencial y no se permitirá la divulgación de nada que no sea nuestro.

ANEXO 2

PRE-TEST

FECHA _____

NOMBRE _____

EDAD _____ SEXO _____ ESCOLARIDAD _____ RELIGION _____

OCUPACION _____

1.- Tacha con una (x) las actividades que crees poder realizar y explicar el por que.

a).- salir a pasear son amigos.

b).- poder trabajar.

- c).- hacer algún deporte.
 - d).- tener relaciones sexuales.
 - e).- tener novio (a).
- 2.- ¿Cuándo te diagnosticaron la infección por HIV, Cuál fué tu reacción, después de ello?
 - 3.- En este momento, ¿Cómo definirías tu estado de ánimo?
 - 4.-¿Qué esperas de la vida?
 - 5.-¿Qué lugares frecuentas?
 - 6.- Te sientes con ánimo para conversar con otras personas y ¿con qué frecuencia?.
 - 7.- ¿A qué le atribuyes el haberte infectado?.
 - 8.-¿Cómo ha sido tu forma de vida después del diagnóstico?
 - 9.- ¿Qué perspectivas crees que tiene un enfermo infectado por HIV?
 - 10.- ¿Qué piensas acerca de tu enfermedad?
 - 11.- ¿Conoces todas las limitaciones que tu enfermedad implica?
 - 12.- ¿Qué opinas de las personas que están infectadas por SIDA?
 - 13.- Desde el diagnóstico, ¿que es lo que te ha motivado para vivir?
 - 14.- ¿En qué te ayudaría el compartir tus experiencias con otra gente?

15.- Sabes ¿cuál es el motivo de la gran protección de la que son objeto los médicos a la hora de estar con un infectado de SIDA?

ANEXO 3

NOMBRE

1.- Me siento abatido y melancólico.

ninguna o pocas veces ____ algunas veces ____ la mayor parte del tiempo ____ lo más o todas las veces ____.

2.- En la semana me siento mejor.

ninguna o pocas veces ____ algunas veces ____ la mayor parte del tiempo ____ lo más o todas las veces ____.

3.- Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.

ninguna o pocas veces ____ algunas veces ____ la mayor parte del tiempo ____ lo más o todas las veces ____.

4.- Me cuesta trabajo dormir en la noche.

ninguna o pocas veces ____ algunas veces ____ la mayor parte del tiempo ____ lo más o todas las veces ____.

5.- Como igual que antes solía hacerlo.

ninguna o pocas veces ____ algunas veces ____ la mayor parte del tiempo ____ lo más o todas las veces ____.

6.- Todavía disfruto las relaciones sexuales.

ninguna o pocas veces ____ algunas veces ____ la mayor parte del tiempo ____ lo más o todas las veces ____.

7.- Noto que estoy perdiendo peso.

ninguna o pocas veces ____ algunas veces ____ la mayor parte del tiempo ____ lo más o todas las veces ____.

8.- Tengo molestias de constipación, estreñimiento.

ninguna o pocas veces ____ algunas veces ____ la mayor parte del tiempo ____ lo más o todas las veces ____.

9.- El corazón me late mas aprisa que de costumbre.

ninguna o pocas veces ____ algunas veces ____ la mayor parte del tiempo ____ lo más o todas las veces ____.

10 .- Me canso sin hacer nada.

ninguna o pocas veces ____ algunas veces ____ la mayor parte del tiempo ____ lo más o todas las veces ____.

11.- Tengo la mente tan clara como antes.

ninguna o pocas veces ____ algunas veces ____ la mayor parte del tiempo ____ lo más o todas las veces ____.

12.- Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.

ninguna o pocas veces ___ algunas veces ___ la mayor parte del tiempo ___ lo más o todas las veces ___.

13.- Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.

ninguna o pocas veces ___ algunas veces ___ la mayor parte del tiempo ___ lo más o todas las veces ___.

14.- Tengo esperanza en el futuro.

ninguna o pocas veces ___ algunas veces ___ la mayor parte del tiempo ___ lo más o todas las veces ___.

15.- Estoy más irritable de lo usual.

ninguna o pocas veces ___ algunas veces ___ la mayor parte del tiempo ___ lo más o todas las veces ___.

16.- Me resulta fácil tomar desiciones.

ninguna o pocas veces ___ algunas veces ___ la mayor parte del tiempo ___ lo más o todas las veces ___.

17.- Siento que soy útil y necesario.

ninguna o pocas veces ___ algunas veces ___ la mayor parte del tiempo ___ lo más o todas las veces ___.

18.- Mi vida tiene bastante interés.

ninguna o pocas veces ___ algunas veces ___ la mayor parte del tiempo ___ lo más o todas las veces ___.

19.- Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.

ninguna o pocas veces ___ algunas veces ___ la mayor parte del tiempo ___ lo más o todas las veces ___.

20.- Todavía disfruto con las mismas cosas.
ninguna o pocas veces ____ algunas veces ____ la mayor
parte del tiempo ____ lo más o todas las veces.

ANEXO 4

VEINTE COSAS QUE ME GUSTARIA HACER.

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-
- 6.-
- 7.-
- 8.-
- 9.-

10.-

11.-

12.-

13.-

14.-

15.-

16.-

17.-

18.-

19.-

20.-

ANEXO 5

CONSECUENCIAS

ALTERNATIVA No. 1

ALTERNATIVA No. 2

ALTERNATIVA No. 3

ALTERNATIVA No. 4

ALTERNATIVA No. 5

ANEXO 6

MEJOR MI VIVA.

- 1.- ¿Qué te preocupa mas?
- 2.- ¿Como te gustaria te recordaran?
- 3.- ¿Qué acciones positivas has hecho?
- 4.- Si haz hecho alguna acción negativa, ¿qué harías para que la olviden?
- 5.- ¿A quién le dejarías tus cosas?
- 6.- Hay alguien a quien ahora necesites perdonar.
- 7.- En que etapa de mi vida necesito el perdón.

- 8.- ¿Qué cosas materiales y espirituales posee, que puede dar a los demás, a quién se lo dejaras?
- 9.- ¿Qué he recibido de alguien cercano que haya fallecido?
- 10.- ¿Quién me esta esperando?
- 11.-¿A quién voy a esperar?
- 12.- ¿Cuándo he tenido miedo?
- 13.- ¿Qué conflictos me disgustan más de mí?
- 14.- ¿En dónde encuentro paz cuando me siento así?
- 15.- ¿En dónde quiero morir?
- 16.- ¿Quiénes me gustaría que estuvieran allí?
- 17.- ¿Qué me gustaría que estas personas hicieran entonces por mí?
- 18.- ¿Qué cosas me gustaría que estuvieran cercanas a mí?
- 19.- Si te dieran la oportunidad de vivir la vida nuevamente, ¿Cómo la vivirías?
- 20.- ¿Qué cosas debo hacer antes de estar preparado a morir?
- 21.- ¿Qué tareas debo terminar?
- 22.- ¿Cuándo me muera que me pasará?
- 23.- ¿Qué es lo que todavía puedo hacer, con respecto a lo que me acontecerá?
- 24.- ¿Qué llegará hacer de mí?

- 25.- ¿Quien desearía yo que viviera todavía? ¿por qué?
- 26.- ¿En qué lo extraño?
- 27.- ¿Que desearía yo que hubiéramos hecho juntos antes de que muriera?
- 28.- Cuando aún vivía yo debería haber ...
- 29.- ¿Qué dones he obtenido de esta pérdida?
- 30.- Mi autobiografía empieza así

ANEXO 7

MI PROPIO ENCUENTRO

- 1.-¿Cómo soy?
- 2.- ¿Quién soy?
- 3.- ¿Cómo puedo alcanzar mis metas?
- 4.- ¿Cómo me ven los demás?
- 5.- ¿Quién me apoya siempre?
- 6.- ¿Qué hago por los demás?
- 7.- ¿Qué espero de la vida?

- 8.- ¿Qué me gusta de mí?
- 9.- ¿Qué me disgusta de mí?
- 10.- ¿Qué me gustaría ser?
- 11.- ¿Qué cosas hago bien?
- 12.- ¿Que cosas hago mal?
- 13.- De las cosas que hago, ¿Cuál me gusta más?
- 14.- ¿Qué me gusta de los demás?
- 15.- ¿Qué es lo más importante para mí?

ANEXO 8

POST TEST

FECHA _____

NOMBRE _____

EDAD _____ SEXO _____ ESCOLARIDAD _____ RELIGION _____

OCUPACION _____

1.- Tacha con una (x) las actividades que crees poder realizar y explicar el por que.

a).- Salir a pasear con amigos.

b).- Poder trabajar.

c).- Hacer algún deporte.

d).- Tener relaciones sexuales.

e).- Tener novio (a).

2.- Cuando te diagnosticaron la infección por HIV, ¿Cual fue tu reacción, después de ello?

3.- En este momento, ¿Cómo definirías tu estado de ánimo?

4.- ¿Qué esperas de la vida?

5.- ¿Qué lugares frecuentas?

6.- Te sientes con ánimo para conversar con otras personas y ¿con que frecuencia?

7.- ¿A qué le atribuyes el haberte infectado?

8.- ¿Cómo ha sido tu forma de vida después del diagnóstico?

9.- ¿Qué perspectivas crees que tiene un enfermo infectado por HIV?

10.- ¿Qué piensas acerca de tu enfermedad?

11.- ¿Conoces todas las limitaciones que tu enfermedad implica?

12.- ¿Qué opinas de las personas que están infectadas por SIDA?

- 13.- Desde el diagnóstico, ¿qué es lo que te ha motivado para vivir?
- 14.- ¿En que te ayudaría el compartir tus experiencias con otra gente?
- 15.- Sabes ¿cuál es el motivo de la gran protección de la que son objeto los médicos a la hora de estar con un infectado de SIDA?
- 16.- Después de tu integración al grupo, ¿Cómo es tu forma de vida?
- 17.- ¿Cómo te haz sentido al compartir tus experiencias?
- 18.- ¿Qué es lo que haz hecho para el mejoramiento de tu enfermedad?
19. ¿cuáles son tus proyectos de vida?
- 20.- ¿Qué haces ante una situación, la cual te provoca que tu cuerpo este tenso y duro?
- 21.- Desde que estas incorporado al grupo, ¿Con que frecuencia te deprimas y que haces para superarte?
- 22.- ¿Qué le dirías a un paciente seropositivo si lo encontraras deprimido?
- 23.- ¿Qué te perció el ambiente social que se dio dentro del grupo?
- 24.- ¿Cómo te sentiste dentro del grupo?
- 25.- ¿Cambiaste alguna de tus opiniones previas como resultado de este grupo de autoayuda?

- 26.- ¿Crees que el grupo de autoayuda logro algún cambio en tu persona?
- 27.- ¿Qué opinión tienes de los coordinadores?
- 28.- ¿Qué mejoras sugerirías para futuros grupos de autoayuda?

ROLES DE TAREA.

Disposición de ánimo manifestada exteriormente en la que propone o hace una cosa primero, pide información, proporciona información, da a conocer sus opiniones verbalmente ante un tema expuesto, además de intervenir para aportar ideas positivas y expresa en pocas palabras lo esencial de lo dicho en la sesión.

ROL DE MANTENIMIENTO Y ORGANIZACION.

Dar ánimo y valor a quien lo necesita, por medio de la palabra para aminorar la ansiedad o angustia de algún miembro del grupo, expresa normas para regir al grupo, se comunica con los demás compañeros atendiéndose mutuamente conforme a algún tema o sentimiento, además de manifestar pensamientos por medio de gestos y actitudes, si alguno de los compañeros necesita ser apoyado moralmente.

ROLES DE TAREA Y DE GRUPO.

Valorar los contenidos de la sesión, determinar por lo expuesto por otro integrante del grupo lo que tiene, sus miedos y sentimientos, además de confirmar con otros integrantes el acuerdo, conforme a algún tema.

ROLES NEGATIVOS.

Repetir varias veces algún tema, permanecer alejado o distante del grupo, tener conducta manifiesta que provoque la hostilidad del grupo y en algunas ocasiones convertirse en enemigo de otros compañeros, además de inhibir repentinamente el discurso de alguno de los compañeros; exigir participen los demás en sus estados afectivos o hacer graciosadas para llamar la atención del grupo, cuando éstos están concentrados en otra platica o buscar que le den la razón o le tomen en cuenta; exagerar sus padecimientos para ser compadecido.

REFERENCIAS

ACCION EN SIDA, OCTUBRE 1990 No.9

Arieti S. y Bemporad J. "Psicoterapia de la depresión". ed.
Paidós, Buenos Aires, 1982.

Boletín Internacional para el intercambio de información
sobre prevención y control del SIDA. Enero 1991 No.

110

Boletín del Comité Organizador de la Red Latinoamericana de
ONGs de base comunitaria que trabaja contra el
SIDA, JULIO 1990, No.1

Castilla del Pino Carlos. "Un estudio sobre la depresión".
Ediciones Península. Barcelona, 1974

Cassoto Patrice J, Pesce A y Quaranta Jean F. "SIDA"
Editorial Paidós, México, 1987.

Castillo Trueba, SIDA "el nuevo rostro de Gorgo". CIENCIAS
19 Julio 1990.

CONASIDA..ENERO 1990. No. ESPECIAL.

Daniels G. SIDA. editorial Manual Moderno, México, 1987.

Dr. Ellis A y Eliot A. "Terapia racional
emotiva", Editorial Paxmexico, 1980.

Gaceta CONASIDA. Mayo/Junio de 1988, año I No.1.

Gaceta CONASIDA. JULIO/AGOSTO de 1988, año I No.2.

Gaceta CONASIDA SEPTIEMBRE/OCTUBRE de 1988, año I No.3

Gaceta CONASIDA..NOVIEMBRE /DICIEMBRE de 1988, año I No.4.

Gaceta CONASIDA MARZO/ABRIL de 1990, año 3 No.2.

Gaceta CONASIDA JULIO/AGOSTO DE 1990, año 3 No.4.

ICYT.- Información científica y tecnológica, Enero de
1989, vol II, No 148, México.

Kristal J. "comprenda la psicología". editorial Dimsa,
México, 1980.

Linn Mary Jane, Linn Matthen, Linn Dennis. Sanación de los
moribundos. Librería parroquial de Clavería.

- Lizarraga Xabier. Continuo psicoafectivo en torno al SIDA:
un modelo Juarez Luis G., Lizarraga Xabier. Ponencia
en el II congreso nacional sobre SIDA México D.F.
Noviembre 1989, ediciones cuicuilco, ENAM. México.
- Mejía Rojas Benito. Sociodidactica 1. Técnicas y prácticas
dinámicas. editorial Progreso.
- Dra. Mireles Vieyra Ma. de la Paz, la plaga del siglo,
1989.
- El Nacional: "sociedad y SIDA" "Terapias alternativas y
holísticas". No. 5, FEBRERO 1991. Tomado the Body
positive, traducido y adaptado por Rodolfo N. Morales
S.
- Dr. Nieto Cardoso. "¿inmortalidad?". El proceso del duelo
como adaptación personal a la pérdida, "muerte y cultura",
"el proceso de morir como etapa del desarrollo humano".
- Nursing. Cuando la depresión se vuelve mortal. Pacientes
con SIDA suicidas. FEBRERO, 1989.
- Ortega Campos, Oscar C. Análisis del perfil y del ejercicio
profesional del psicólogo en el campo de la salud: su
formación profesional y perspectivas México, 1990.
- Perez Vargas E. (TESIS) La relación psicológica, salud,
trabajo: algunas consideraciones en torno a su estudio
1988.

- Revista internacional de psicología y educación Ardila
R. "psicología y SIDA: la situación en America
Latina". vl volumen 2, Nos. 1 y 2, 1989.
- Revista de la facultad de medicina de la UNAM. 30:1 (enero
- febrero) 1:40, 1987. "Etiopatogenia del síndrome de
inmunodeficiencia adquirida". Guiscafre Gallado,
Lizaso Soberon, García Perez, Mendez Salinas, Hayde
Ruiz, Pedraza, Saavedra, Espejo y Celso.
- Rionda Arjona A. y Rionda Arjona L. La neurosis como un
problema de salud pública 1990.
- Rios Galvan Patricia A. Alteraciones en la salud mental
femenina y trabajo doméstico 1991.
- Roffelina Rosa y Hurtado Teresa (traductores). El
SIDA, editado The Terrence Niggins Trost, Londres, 1987.
- Dr. Rozenbaum W, Dr. Seux Didier y Koucher Annic. SIDA,
realidad y fantasma. "Los aspectos psicológicos",
segunda edición, editorial Katum, 1985.
- Salud Publica de México. Julio / Agosto, 1988 volumen 30
numero 4.
- Sepulveda Amor J, Bronfman, Ruiz Palacios, Stanislawski,
Estanislao y Valdespino, "SIDA, ciencia y sociedad en
México", asistencia psicologica a pacientes infectados
por HIV, fondo de cultura economica, México, 1989.
- SIDA. Espanto y Realidad. Suplemento de viva mejor.

Slaikeu Karl A. Intervención en crisis. ed. Manual Moderno.
México 1988.

Uno mismo. Sensibilidad, conciencia, compromiso. Revista
para el mejoramiento personal. Vol. III (No. 6) 1992.

"Programa de la doctora Konefal Janet, para expandir
creencias limitantes y para trabajar conductas
alteradas en personas con SIDA.

Zung William w. k. La medición de la depresión.

1