

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLIT,

UNIDAD IZTAPALAPA

División Ciencias Sociales y Humanidades

Departamento de Sociología

EI VIH, UN ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA

Tesis que presentan las alumnas

Gabriela Can López

88231076

Amparo Hernández Almeida

82335957

Aída Solano Briseño

88230595

Para la obtención del grado de

Licenciadas en Psicología Social

Asesor



Miguel Reyes Garcidueñas

SEPTIEMBRE ,2000

A MIS PADRES

Por su apoyo, comprensión
y entrega en cada momento
de mi vida.

“Gracias por estar a mi lado”

A MIS HERMANOS

Por su presencia, apoyo y
paciencia en los momentos difíciles.

PARA RICARDO

Por estar en el momento preciso.

A MI AMIGO RODOLFO

Por su apoyo.

“Ningún poder de la tierra podrá arrancarte lo que has vivido”

GABY

A MI MAMA ANITA

Por ser una mujer excepcional, al brindarme su amor, comprensión y apoyo.

A MI HIJA DIANA

Por ser lo más bello que me ha sucedido en la vida y ser mi motivación para seguir adelante.

A MI HERMANA ALE

Por ser tan linda al darme su amor.

A MI ESPOSO BENY

Por impulsarme a terminar este trabajo con su amor y confianza

AMPARO

**COMO TESTIMONIO DE QUE LO VERDADERAMENTE
IMPORTANTE Y MÁS VALIOSO EN LA VIDA ES SIEMPRE LA
PERSONA MISMA.**

Por la vida,
por los momentos compartidos:
la alegría y la tristeza,
por sus enseñanzas y
por la oportunidad de llegar hasta aquí,
a todos y cada uno de ustedes, gracias.

*Con todo mi cariño para:
Adolfo, Guille, Adolfo (jr) y Lalo (+)*

Para quien ha sabido ser en todo momento
un gran hombre, amigo, compañero,
esposo y padre
y a quien le agradezco mucho todo esto,
pero ante todo,
a quien le agradezco ser la persona que es.

Para ti Dante con todo mi amor

Y para quien este logro en mi vida
pueda significarle un ejemplo y orgullo en lo futuro.

Para ti Edgar Elifú igualmente con todo mi amor

AIDA

ÍNDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Capítulo 1. Aspectos Generales del VIH/SIDA.....	4
1.1 Historia.....	4
1.2 Aspectos médico-biológicos.....	7
1.3 Aspectos psicológicos.....	17
1.4 Aspectos sociales.....	21
1.5 Aspectos ideológico-políticos.....	24
Capítulo 2. Enfoque Centrado en la Persona.....	26
2.1 Desarrollo histórico.....	26
2.1.1 Antecedentes filosóficos.....	26
2.1.2 Antecedentes históricos.....	28
2.2 Principios básicos.....	33
2.3 Psicoterapia Centrada en la Persona (ECP).....	34
2.3.1 Antecedentes.....	34
2.3.2 Teoría de la Terapia.....	35
2.3.3 Metas de la Terapia.....	37
2.3.4 Etapas del proceso terapéutico.....	38
2.3.5 El cambio en la Psicoterapia.....	42
2.3.6 Teoría de la Persona que funciona completamente.....	48
2.4 Estudios empíricos.....	50
Capítulo 3. Propuesta de un modelo de intervención para personas con VIH/SIDA.....	54
3.1 Creación del instrumento para medir las etapas del proceso terapéutico.....	55
3.1.1 Composición.....	66
3.1.2 Escala de evaluación del proceso terapéutico.....	67
3.1.3 Estudio fenomenológico.....	67
3.2 Propuesta del modelo de intervención.....	67
3.2.1 Personas que solicitan la prueba de anticuerpos al VIH.....	68
3.2.2 Personas que viven con VIH.....	70
3.2.3 Personas con SIDA en fase terminal.....	89
Conclusiones Generales.....	95
Bibliografía.....	100
Anexos	
Anexo 1	
Anexo 2	
Anexo 3	

INTRODUCCIÓN

La pandemia del VIH/SIDA representa un importante problema a nivel mundial sin precedentes en la historia moderna. El "mal del siglo" ha cobrado numerosas vidas desde que hizo su aparición en la década de los 70's, ha representado una enorme erogación de recursos económicos, debido a que el mayor número de afectados son personas en edad productiva, es elevadísimo el costo de los tratamientos y servicios de salud; lo cual ha obligado a algunos países a tomar acciones políticas concretas para intentar detener su avance.

Esta situación se agrava actualmente, ya que el número de casos muestra una tendencia ascendente en la mayoría de los países y pese a los avances científicos aún no se dispone de un tratamiento curativo para la enfermedad, sólo se cuenta con medidas de control que hacen del SIDA una enfermedad crónica y en muchos casos, resulta mortal.

La aparición del SIDA, dados sus mecanismos de transmisión, se ha asociado con temas difíciles de abordar para nuestra civilización occidental: las drogas, la sexualidad y la muerte. Lo que ha originado una ola de reacciones muy diversas que van desde el miedo, la incertidumbre, la estigmatización y el rechazo hacia las personas infectadas hasta la solidaridad o el apoyo que algunos sectores han brindado a los enfermos y a sus familiares.

Estas repercusiones a nivel social, han impactado fuertemente a la persona infectada que requiere de una atención especializada e integral, por lo que se impone la necesidad de crear programas asistenciales que brinden ayuda eficaz, a todos los niveles. De esta manera, en la presente tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología, se desarrollará una propuesta de estrategia de intervención a nivel psicológico dirigido a personas que viven con VIH/SIDA, basado en el Enfoque Centrado en la Persona (ECP) por ser un modelo abierto que permite aglutinar diferentes concepciones teórico-metodológicas para la intervención; que resalta aspectos de la

comunicación humana necesarios en el enfrentamiento de la infección; que sus concepciones acerca del ser humano promueven explícitamente la salud y posee una metodología para la evaluación del proceso terapéutico que ha demostrado su éxito en otro tipo de casos (Hall y Lindzey, 1980; Lietaer, 1986; Marks, 1986 y Rogers, 1993).

Por lo que el objetivo general del presente trabajo es:

Elaborar un modelo específico de atención psicoterapéutica para individuos que viven con VIH/ SIDA basado en el Enfoque Centrado en la Persona.

Siendo los objetivos específicos:

1.1 Analizar el proceso terapéutico en personas VIH/SIDA tratadas desde el ECP.

1.2 Elaborar un instrumento de evaluación del proceso psicoterapéutico, desde el modelo del ECP.

Para la realización del presente trabajo se pretende dividirlo en los siguientes Capítulos:

En el Primer Capítulo se tratarán los aspectos generales del VIH/SIDA, que comprende una reseña histórica y una descripción de los aspectos biomédicos, psicológicos, sociales e ideológico- políticos más relevantes.

En el Segundo Capítulo, se hablará del Enfoque Centrado en la Persona, su desarrollo histórico-filosófico; sus principios básicos; la Psicoterapia Centrada en la Persona; las metas de la terapia; las etapas del proceso terapéutico y el cambio en la psicoterapia.

En el Tercer Capítulo, se desarrollará la propuesta de un modelo de intervención para las personas que viven con VIH/SIDA; que iniciará con la construcción de instrumentos para medir el proceso terapéutico y la propuesta del modelo de intervención propiamente dicho.

CAPÍTULO 1. ASPECTOS GENERALES DEL VIH/SIDA

"Esta es una muy, muy dramática enfermedad; pienso que podemos decir con toda seguridad que es nueva".

James Curran, epidemiólogo¹

1.1 Historia

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida puede ser considerado como una enfermedad "nueva"; ya que los primeros informes se remontan a los años setentas; en estos reportes de casos no se pudo establecer un diagnóstico preciso y actualmente el cuadro clínico se ha identificado como SIDA. Por ejemplo, en 1976 se notificó la muerte de una familia noruega una niña y sus padres; quienes presentaban un cuadro de infecciones respiratorias recurrentes desde hacia una década; el cuadro empeoró con alteraciones neurológicas progresivas y leucemia, que les ocasionó la muerte en ese año; la niña presentó complicaciones pulmonares y falleció meses después. En los tres casos se confirmó el diagnóstico de SIDA, al efectuar un análisis a muestras de suero sanguíneo que se mantuvieron congeladas. En 1977, se reportó el caso de una secretaria, originaria de Zaire, que falleció por infecciones respiratorias e intestinales recurrentes (Mirko, 1990).

A finales de 1979, en los Ángeles, el doctor Weissman reportó varios casos de adelgazamiento, fiebre, tumefacciones linfáticas, diarrea e infecciones respiratorias en hombres jóvenes que pertenecían al movimiento gay; por las manifestaciones clínicas, comenzó a sospechar de una falla en el sistema inmunológico. En marzo de 1980, se presentó un caso en Nueva York que dejó perplejos a los médicos: un joven homosexual comenzó a sufrir agotamiento, adelgazamiento, períodos febriles y una consunción general del organismo, que se agravó rápidamente y finalmente le provocó la muerte casi un año después; en este caso los médicos coincidieron con las aseveraciones de Weissman (Mirko, 1990). A partir de es año, un rarísimo tipo de cáncer denominado

¹ MIRKO, G. (1990). *Historia del SIDA. México: Siglo XXI: p. 25.*

sarcoma de Kaposi , que hasta entonces sólo se limitaba a personas de edad avanzada y de ascendencia judía o mediterránea, comenzó a presentarse en la comunidad homosexual de Nueva York, por lo que se nombró a este padecimiento como "cáncer gay o cáncer rosa". La enfermedad tenía una malignidad inusitada y todos los pacientes sólo tenían una cosa en común: la homosexualidad, por lo que Donna Mildwan y Daniel William declararon que una enfermedad nueva había empezado a matar a homosexuales destruyendo sus defensas inmunológicas (Mirko, 1990).

El primer informe oficial se presentó en 1981 en el Centro de Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de Atlanta , Georgia. En este reporte se describieron cinco casos de hombres jóvenes homosexuales que presentaban neumonía y candidiasis, entre otros padecimientos. El New York Times publicó lo esencial de este artículo y fue así como el público no profesional conoció los estragos de la nueva enfermedad también en el curso de ese año, el doctor Friedman-Kien formuló la hipótesis de la etiología viral y se describió con precisión el cuadro clínico.

Para noviembre de 1981, la CDC había reportado 159 casos y el mal se había diseminado a 15 estados de la Unión Americana. Se estableció que el mecanismo patológico se debía a una deficiencia inmunológica transmisible por contacto sexual y se relacionó con el uso de drogas intravenosas. Paralelamente, esta epidemia afectó a varios países europeos: Bélgica, Francia, Suiza y Reino Unido.

Durante el año de 1982, se describió con precisión el curso clínico de la infección y las investigaciones epidemiológicas permitieron conocer las formas de transmisión a través de la sangre y el contacto sexual. En el verano de ese mismo año, la CDC de Atlanta nombró a esta infección como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y la definió como una condición de severa deficiencia del sistema inmunológico. A partir de este momento los laboratorios más importantes del mundo se dedicaron a la "caza" del agente infeccioso, iniciándose así una de las aventuras más extraordinarias de la virología moderna.

Michael Gottlieb, investigador de la CDC de Atlanta, propuso la hipótesis que el citomegalovirus era el agente causal del SIDA. Posteriormente se "culpó" a otros agentes como el virus de Epstein-Barr y el virus herpes. Sin embargo, sería en el Instituto Pasteur de París donde el investigador Luc Montagnier y sus colaboradores aislarían el virus en 1983, dándole el nombre de HTLV-III. Aunque Robert Gallo y su equipo del Instituto Nacional del Cáncer aislaron el virus (denominándolo con las siglas LAV*) poco tiempo después; publicaron paralelamente sus resultados en la revista " Science ", con lo cual se originó una controversia sobre quién era el descubridor del virus, situación que se resolvió recientemente a favor del Instituto Pasteur, con lo que se reconoció a Montaigner como el descubridor del virus.

A finales de 1983, se desarrollaron algunas técnicas confiables para demostrar la presencia de este agente en personas infectadas, por medio de la detección de los anticuerpos presentes en la sangre, estas pruebas de detección con conocidas actualmente como ELISA (Mirko,1990). En los años siguientes, las investigaciones permitieron conocer la estructura del virus y su ciclo biológico. En 1985, por acuerdo internacional se decide denominar a este agente como virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), nombre que conserva hasta la actualidad.

En los años siguientes, la infección se ha extendido considerablemente, originando una pandemia que afecta a más de 152 países en todo el orbe. En 1993, la Organización Mundial de la Salud reportó 718,894 casos, más de la mitad de los cuales se encontraban en el continente Americano. Actualmente México ocupa el tercer lugar en el continente y el décimo primer lugar en el mundo (INDRE,1994).

En el caso de México, el desarrollo de la epidemia ha sido la suma de varias epidemias; desde que se inicio en 1983, la proporción de casos ha ido en aumento. El crecimiento de casos se puede dividir en tres etapas: la primera etapa de 1983 a 1986 se presentó un aumento moderado; en la segunda etapa de 1987 a 1989 se observó un crecimiento exponencial, es decir, un aumento muy rápido con períodos de duplicación

en pocos meses y la tercera etapa de 1989 hasta la actualidad, con un crecimiento exponencial amortiguado, es decir, sigue un crecimiento acelerado y aún no muestra tendencias de estabilización (Valdespino, García y Palacios, 1992).

En nuestro país, las cifras varían debido a que existe un retraso en la notificación y un importante subregistro; además las cifras oficiales son ligeramente inferiores a las proporcionadas por organismos no gubernamentales. Hasta el 1 de noviembre de 1993 se han registrado 20,453 casos de SIDA, según datos del Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE); considerando los problemas de notificación y subregistro, se estima que el número real es superior a 31,700 casos (INDRE, 1994). Los estados de la república más afectados son el distrito Federal, Jalisco, Morelos y Yucatán (Valdespino, Rodríguez, Salcedo y Mora, 1992).

Al efectuar un análisis de la proporción de casos acumulados, se puede notar que la población de sexo masculino es seis veces más afectada que la femenina; y la distribución por grupos de edad, indica que la mayor incidencia se registra en el grupo de 25 a 44 años (CONASIDA 1994), que corresponden a individuos en edad productiva.

Por otra parte, es importante señalar que pese a los avances modernos y los tratamientos existentes, la enfermedad sigue teniendo una letalidad elevada, ya que el 47.9% de los pacientes ha fallecido (Valdespino y cols., 1992).

Hoy en día, se conocen las causas, los efectos y los medios de propagación, pero aún no se cuenta con un tratamiento efectivo y aunque las investigaciones sobre una vacuna son muy prometedoras, los expertos señalan que no estará disponible antes de una década para ser utilizada en la inmunización de toda la población (Cotte, 1988).

1.2 Aspectos médico-biológicos

El agente etiológico del SIDA es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) , que pertenece a la familia de los retrovirus citopáticos².

² El flujo de la información genética usualmente va de ADN a ARN y de ahí a proteínas; por invertir este flujo de información, este grupo de virus recibe el nombre de retrovirus.

Se conocen dos variedades de virus: el VIH-1 y el VIH-2, que tienen una estructura similar, aunque son genética e inmunológicamente diferentes (Kumate, 1994). Ambos son partículas que miden de 80 a 120 nm de forma esférica que constan de tres partes: una envoltura externa constituida por glucoproteínas, entre las que destacan gp 120 y 41, que sirven para la unión del virus con las células que infecta (Masson, 1992); una parte intermedia de forma icosaédrica denominada cápside que está constituida por una bicapa lipica y una parte central que tiene una forma cilíndrica y contiene el genoma de ARN viral, la enzima transcriptasa inversa y proteínas (González,1993). El genoma viral tiene tres regiones principales denominadas como gag, pol y env que codifican las proteínas nucleares, la enzima transcriptasa inversa y las proteínas de envoltura, respectivamente. Está en fase experimental la utilización de estos nucleótidos virales para la detección temprana de infección por VIH en donadores de sangre, recién nacidos y sus madres (Dolan y Desselberger,1994).

Los mecanismos patogénicos mediante los cuales el virus infecta las células son complejos, pero pueden ser resumidos en los siguientes apartados:

TRANSMISIÓN DEL VIH. La transmisión del VIH sólo es posible a través de tres mecanismos que se conocen como vías de entrada:

1. Vía sanguínea. El VIH se transmite a través de la transfusión de sangre completa o hemoderivados como son: concentrado de factores de coagulación, plaquetas, eritrocitos, leucocitos y plasma (Masson,1992). por ejemplo, en receptores de transfusiones sanguíneas o hemofílicos que reciben concentrados de factor VIII, lo cual constituye un medio eficiente de transmisión de hasta un 90% (Robbins,1990).

Otro mecanismo de transmisión por esta vía está constituido por agujas contaminadas con sangre infectada, principalmente en drogadictos por vía intravenosa que comparten agujas y jeringas o que realizan " pactos de sangre". También se transmite a través de instrumentos punzo cortantes como material quirúrgico, agujas de acupuntura y cualquier otro sin esterilizar. Puede ocurrir transmisión accidental en

personal de salud que ha sufrido un pinchazo accidental con agujas contaminadas (Sepúlveda, 1990). Por último, también se han descrito casos en receptores de órganos y tejidos transplantados (Masson, 1992).

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

3. Vía sexual. El contacto sexual es claramente el modo predominante de infección en casi todo el mundo (Wilson, 1991). Existen casos de transmisión sexual de hombre a hombre, hombre a mujer, mujer a hombre y excepcionalmente de mujer a mujer, aunque la eficacia de transmisión no es igual en todos los casos; este mecanismo de transmisión se explica porque durante el coito ya sea vaginal o anal ocurren pequeñas laceraciones en el tejido que posibilitan la entrada del virus a través del intercambio de secreciones como la sangre, el semen, secreciones vaginales u otros fluidos genitales; aunque el virus también es capaz de atravesar las membranas mucosas durante el acto sexual.

Otra forma de transmisión es el sexo orogenital, debido a que entran en contacto las membranas mucosas bucales con fluidos o con la sangre. De esto se desprende, que el modo de transmisión depende de las prácticas sexuales y no de la preferencia sexual. La eficacia de la transmisión no se ha podido precisar debido a las múltiples variables que hay que controlar como tipo de prácticas sexuales, número de contactos, factores de riesgo, entre otras (Sepúlveda, 1990).

PATOGENIA DE LA INFECCIÓN POR VIH. Una vez que el virus ha penetrado al organismo a través de cualquier vía; el paso inicial de la infección es la unión del VIH a su célula blanco; lo cual se posibilita por las glicoproteínas virales gp 4 y gp 120 que se

unen a los receptores CD4+ de las células humanas³ (Roitt,1991). Las células blanco con el receptor CD4+ son principalmente los linfocitos T cooperadores⁴, macrófagos, monocitos, células de Langerhans, células gliales del sistema nervioso, astrocitos, oligodendrocitos y ciertas clases de neuronas (González,1993). Una vez que el virus se une a la célula, se despoja de su cubierta y la enzima transcriptasa inversa transforma al RNA viral en una doble cadena de DNA que penetra al núcleo de la célula y se integra al genoma, donde permanece latente o se inicia la producción de proteínas que conforman nuevos viriones que al ser expulsados de la célula huésped le provocan la muerte (Zinsser,1986). Con esto se presenta una desaparición progresiva de los linfocitos T cooperadores, lo que ocasiona una reacción en cadena sobre otras células como linfocitos B, macrófagos y células T supresoras CD8+, que conducen a un deterioro inmunológico grave que deja al organismo vulnerable a numerosas infecciones (Thier, 1988).

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD. Las manifestaciones clínicas de la infección por VIH son tan variadas que van desde un estado de portador asintomático hasta infecciones oportunistas graves y neoplasias malignas (Kumate,1994). Tras la infección primaria, los anticuerpos tardan en aparecer entre 3 a 6 meses (" periodo de ventana"); durante el cual no es posible detectar la infección; pasado este período se pueden encontrar anticuerpos y a los individuos afectados se les denomina como seropositivos o "personas que viven con VIH"⁵ lo cual significa que están infectados o que son portadores del virus. En promedio, pueden permanecer como seropositivos un lapso de 8 a 10 años, dependiendo de los cuidados que observen, deben tomar en consideración los siguientes aspectos que se conocen como cofactores : alimentación equilibrada; ejercicio físico regular; equilibrio de los periodos de descanso-actividad;

³ Los marcadores son moléculas presentes en la superficie celular que sirven para identificar poblaciones específicas.

⁴ Los linfocitos T cooperadores son células especializadas que controlan y modulan el desarrollo de las respuestas inmunitarias.

⁵ Este término ha sido adoptado por las ONG's de trabajo en SIDA, por considerarlo no valorativo.

manejo adecuado del stress; consumo moderado de alcohol, drogas y tabaco; chequeo médico frecuente; red de apoyo emocional y psicoterapia. De estos cofactores depende la progresión ó el estancamiento de la enfermedad; aunque las manifestaciones iniciales suelen ser muy diversas, por lo que se divide en 3 grupos:

Grupo I. Después de la infección primaria, aproximadamente el 30 % de las personas; presentan una infección aguda dentro de las primeras seis semanas, que se caracteriza por signos y síntomas inespecíficos como: cefaleas, fiebre, artralgias, mialgias, dolor abdominal, diarrea, adenopatías, esplenomegalia, escalofríos, manifestaciones cutáneas y orofaríngeas (Wilson,1991). Este cuadro remite de forma espontánea en un lapso de 2 a 3 semanas y no existe tratamiento específico (Sepúlveda,1990).

Grupo II. Se incluye a aquellos individuos que estando infectados, permanecen asintomáticos y no muestran evidencia alguna de enfermedad. Aproximadamente constituyen el 60% de los casos y el resto evoluciona hacia otros espectros clínicos de la infección (Sepúlveda,1990).

Grupo III. Pertenecen a este grupo el 10% de los individuos, se caracteriza por una linfadenopatía generalizada persistente, es decir, el aumento de tamaño de los ganglios linfáticos en dos ó más zonas, que persistan durante más de 3 meses sin otro proceso patológico que lo explique. Además se presenta fiebre, mialgias, manifestaciones orofaríngeas y fatiga (Wilson,1991).

Grupo IV. Esta fase de la infección por VIH ha sido de difícil clasificación clínica; debido a que se presentan una gran cantidad de signos y síntomas inespecíficos (Schwartz,1992).

Empíricamente, se ha subdividido esta fase en los siguientes subgrupos:

Subgrupo A. Se le conoce con el nombre de Complejo Relacionado con el SIDA (CRS); distinguiéndose dos estadios diferentes : el CRS precoz se diagnostica cuando los pacientes presentan uno ó dos signos ó síntomas como fiebre, pérdida de peso, erupción cutánea persistente, fatiga y una enfermedad del grupo de infecciones

oportunistas (Sepúlveda,1990). Entre las infecciones más características de esta fase se encuentran la leucoplasia vellosa, herpes zoster, trombocitopenia idiopática y candidiasis oral (Kumate,1994). El CRS avanzado se ha definido cuando una persona presenta dos ó más de estas manifestaciones; sin embargo la línea divisoria entre esta fase y el SIDA no está claramente definida, ya que las personas pueden permanecer durante muchos años en esta fase, recibiendo un tratamiento adecuado (Wilson,1991).

Subgrupo B. Enfermedad neurológica por VIH. Esta fase se considera indicadora de SIDA y ocurre aproximadamente entre el 40 % y el 60% de estos pacientes (Valdespino y Sepúlveda,1990). El trastorno neurológico más frecuente es la encefalopatía por VIH que origina el Complejo de Demencia por SIDA , que puede ser dividida en una fase temprana que se manifiesta por disminución de la capacidad de concentración, pérdida de memoria, temblores debilidad, pensamiento lento, falta de coordinación motriz, cambios en la escritura aislamiento, apatía, depresión y en estados avanzados : pérdida de juicio, dificultad al hablar incontinencia y la fase tardía se caracteriza por una exacerbación de estos signos y síntomas acompañados de cambios de personalidad y psicosis (Kumate,1994 y Schwartz,1992).

Otras complicaciones neurológicas son la mielopatía o neuropatía periférica, meningitis criptocócica, linfoma primario, toxoplasmosis y la infección por citomegalovirus de sistema nervioso central (Wilson,1991).

Subgrupos C y D. El paciente infectado eventualmente puede desarrollar manifestaciones clínicas diversas que se diagnostican como SIDA. La CDC ha definido el SIDA como una condición de severa deficiencia del sistema inmunológico que provoca infecciones oportunistas que son la causa de muerte (Tamayo,1990). El criterio definitorio de SIDA es una prueba positiva al VIH, ausencia de otra causa de inmunosupresión, presencia de cualquier infección oportunista como: síndrome de desgaste ó ~~enfermedad~~ enfermedad constitucional; neoplasias (sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin,~~etc.~~) e infecciones oportunistas como tuberculosis, meningitis criptocócica,

neumonía por pneumocystis carinni, micobacteriosis atípica, criptosporidiosis, candidiasis, infecciones por citomegalovirus, toxoplasmosis, leucoencefalopatía progresiva, herpes zoster , herpes simple y salmonelosis (CONASIDA, 1990). Es común que estas enfermedades oportunistas se presentan simultáneamente y su gravedad va a estar condicionada por la inmunosupresión que origine el virus (Saúl,1993).

También son frecuentes la alteraciones reumatológicas asociadas al SIDA, entre las que se incluyen: la gota, el síndrome de Sjögren, polimiositis, vasculitis, artritis reactiva, Síndrome de Reiter, artritis psoriásica, osteomielitis, lupus eritematoso sistémico y síndromes dolorosos en las articulaciones (Montalvo,1990). Estas manifestaciones son resultado de alteraciones autoinmunes y deterioro inmunológico asociados al VIH; la importancia de estas enfermedades radica en que pueden constituir las primeras manifestaciones del SIDA, con lo cual se puede efectuar un diagnóstico oportuno.

DETECCIÓN. Se debe considerar a la infección por VIH como un espectro continuo más que un problema de diagnóstico de SIDA. En la actualidad se dispone de varias pruebas para detectar la infección entre las más usadas se encuentran la técnica de ELISA⁶ y el Western Blot (Benítez,1989). La técnica de ELISA pertenece al grupo de las pruebas de tamizaje o presuntivas y sirve para detectar anticuerpos contra el VIH; es de una gran sensibilidad, pero su desventaja principal es que carece de especificidad, por lo que se utilizan las pruebas confirmatorias como el Western Blot para obtener un resultado más confiable. El resultado negativo significa que no se encontraron anticuerpos contra el VIH en sangre, debido a que no se ha tenido contacto con el virus o se está infectado pero todavía no hay producción de anticuerpos y el resultado positivo significa que los anticuerpos están presentes en la sangre y la persona es portadora del virus y puede infectar a otras (CONASIDA, s/f).

TRATAMIENTO. El tratamiento de la infección por VIH es complejo, pero puede resumirse en los siguientes apartados:

⁶ Las siglas ELISA significan técnica de ensayo de inmunoabsorción ligada a enzimas.

1. **Fármacos antivirales.** Este grupo de medicamentos actúa impidiendo la reproducción del virus dentro de la célula, mediante la inhibición de la enzima transcriptasa inversa (Schwartz, 1992). Estos fármacos se emplean a menudo en etapas asintomáticas de la infección por VIH para evitar su progresión; en estos casos el criterio para utilizar dichos fármacos antivirales es un conteo menor de 500 linfocitos CD4⁺ y CD8⁺7 (CONASIDA, 1990). Entre los agentes más empleados actualmente está la zidovudina (azidotimidina o AZT), que administrada por vía oral reduce la incidencia de infecciones oportunistas, mejora la respuesta inmunológica e inhibe la replicación del virus; aunque tiene la desventaja de producir efectos adversos como anemia, granulocitopenia, cefalea intensa, náuseas, insomnio, mialgias y neuropatía periférica (Goodman,1991). Otros fármacos análogos son el ddC, el ddi, el d4T y el 3TC que actúan de manera similar y cuyos efectos colaterales son la neuropatía periférica dolorosa (Sepúlveda,1990). La actividad antiviral de estos fármacos se ve reducida debido a que el virus puede desarrollar resistencia a estos medicamentos, por lo que se utilizan combinaciones de estos agentes para mantener su efectividad (Goodman, 1991). La última generación de fármacos son los inhibidores de proteasa⁸, estos medicamentos son el ritonavir y el saquinavir, aunque son caros y están sujetos a investigación muy intensa.
2. **Moduladores inmunológicos.** Este grupo de tratamientos intentan reforzar la habilidad del cuerpo para combatir al virus y fortalecer el sistema inmunológico; se utilizan fármacos como el alfa interferón, la gammaglobulina IV, entre otros. Este método se halla en constante investigación y continuamente se obtienen fármacos más eficaces y menos tóxicos (Schwartz,1992).
3. **Tratamiento y prevención de las infecciones oportunistas.** En esta categoría se ubican tratamientos contra infecciones oportunistas específicas que se producen durante el

⁷ *Este conteo de subpoblaciones de linfocitos es un indicador relativo del funcionamiento del sistema inmunológico; ya que éste se afecta por numerosos factores: nutricionales, emocionales, etc.*

⁸ *Esta enzima permite al virus ensamblarse; dentro de la célula.*

CRS ó el SIDA. Muchas infecciones oportunistas pueden ser controladas, prevenidas o eliminadas mediante el uso de fármacos. Por ejemplo, para prevenir la neumonía por pneumocystis carinii se emplea la dapsona, el trimetropim y la pentamidina y para el tratamiento del herpes se utiliza el aciclovir (CONASIDA, 1990). Algunas infecciones requieren la administración de fármacos durante toda la vida del enfermo como la infección por citomegalovirus y toxoplasmosis; y otras son intratables como la leucoencefalopatía multifocal progresiva y algunos linfomas (Wilson,1991 y Tamayo, 1990).

4. Vacunas. El lograr una vacuna eficaz para esta infección representa uno de los más grandes retos para los investigadores en la actualidad; sin embargo se espera que no se disponga de una vacuna antes de fin de siglo (Sepúlveda, 1990). Se están probando varias vacunas en seres humanos, aunque los resultados son poco alentadores. Por ejemplo, la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos aprobó la primera vacuna para ser utilizada en protocolos de investigación en humanos; esta vacuna se registró como Vax Syn VIH-1, la cual ha sido desarrollada por una empresa particular, por medio de ingeniería genética; por el momento se espera la respuesta de voluntarios humanos antes de pasar a estudios clínico-epidemiológicos de grandes poblaciones (González, 1993).

PREVENCIÓN. La única medida disponible en la actualidad para evitar la diseminación de la enfermedad es la prevención, que se puede ubicar a tres niveles:

1. Prevención de la transmisión sexual. La educación para prevenir la transmisión sexual requiere de modificar aquellas conductas y prácticas que ponen en riesgo al individuo de adquirir la infección, siempre respetando los valores y patrones culturales de los grupos a quienes va dirigido (Sepúlveda,1990). Entre las medidas que se recomiendan están la abstinencia sexual; las prácticas de sexo protegido, es decir, toda aquella actividad sexual en la que se evita el intercambio de sangre y fluidos sexuales (semen,líquido pre eyaculatorio masculino, líquido eyaculatorio femenino y flujos vaginales), por medio de

la utilización de implementos como guantes y dedos de látex, kleen pack, diques dentales, condones de látex y lubricantes solubles en agua, los cuales evitan el intercambio de secreciones, por lo que se consideran de bajo riesgo (Francesco, 1989).

El sexo seguro se refiere a toda actividad sexual en la que no existe intercambio de fluidos sexuales y sangre; por ejemplo : besos secos, masturbación mutua, eyaculación sobre piel sana⁹, abrazos, entre otras. Como el intercambio de fluidos es nulo, estas prácticas se consideran sin riesgo (Francesco, 1989).

2. Prevención de la transmisión sanguínea. Se lleva a cabo en tres niveles:

a) Prevención por transfusión sanguínea. Se basa en la detección de la infección en todos los donadores de sangre además de la realización de pruebas de detección en toda la sangre que se transfunde, con lo que se considera como "sangre segura" a aquella que ha sido analizada, que se identifica con una etiqueta verde fosforescente; estas medidas están contenidas en la Ley General de salud de 1986 (Sepúlveda, 1990).

b) Prevención por instrumentos punzocortantes. Se recomienda la utilización de agujas y jeringas desechables; no compartir instrumentos de uso personal como tijeras, cortaúñas; esterilizar mediante los procedimientos habituales¹⁰ el instrumental quirúrgico, agujas de acupuntura y cualquier tipo de material punzocortante.

c) Prevención por drogadicción intravenosa. Esta vía de transmisión es poco frecuente en México, por lo que se han implementado escasas medidas educativas en este sentido

3. Prevención de la transmisión perinatal. Se basa fundamentalmente en la difusión de medidas educativas a las parejas en edad reproductiva, brindándoles la opción de la detección oportuna de la infección; la información sobre los riesgos y posibilidades de infección.

⁹ Se considera piel sana cuando no está recién rasurada, ni presenta irritación o quemaduras por exposición al sol.

¹⁰ Se puede utilizar la esterilización por vapor a presión durante 20 minutos; por calor seco durante dos horas; por ebullición de 20 minutos y por inmersión en desinfectante por 30 minutos.

1.3 Aspectos psicológicos

La infección por VIH/SIDA no sólo afecta la integridad física del individuo, sino que también repercute ampliamente en la esfera psicológica, ya que el recibir la notificación de una enfermedad actualmente incurable, algunas personas experimentan una sensación de desesperación e inestabilidad emocional. Son muchos los aspectos del VIH/SIDA que originan estrés en los pacientes, como son: el momento de la detección de la infección, la naturaleza del tratamiento, la aparición de los síntomas clínicos y el diagnóstico de SIDA (De Vita, 1986).

La detección se considera como un punto crítico para la persona, cuyas reacciones frente a este hecho dependen de una serie de variables tales como: historia personal, características de la personalidad, sexo, edad, religión, antecedentes culturales, existencia ó carencia de red social de apoyo emocional, etc. (Arango, 1989). Sin embargo, las reacciones emocionales son muy diferentes en cada caso: la noticia de un resultado positivo y un diagnóstico de SIDA

En el caso de las personas que reciben un resultado positivo, la experiencia acumulada en atención psicológica a estos pacientes señala que las reacciones son muy diferentes de una persona a otra, en algunos ocasiones la vivencia puede ser tan dolorosa que el individuo no se da cuenta del proceso y el período de ajuste es muy variable (Mexicanos contra el SIDA, 1993). Sin embargo se han propuesto algunos modelos que describen lo que pasa una persona que enfrenta esta experiencia:

Las reacciones iniciales ante la notificación pueden ser : algunos individuos experimentan una conmoción ó crisis, se sienten aturdidos, confundidos, no pueden pensar con claridad, en ocasiones se acompaña de llanto; en otros la reacción es ira, o bien pueden guardar silencio, aparentemente tranquilos y sin externar ninguna emoción; una vez que ha pasado este periodo inicial, algunas personas se sienten abrumadas emocionalmente y experimentan una sensación de pérdida de control, seguida de una sucesión de emociones, pensamientos e interrogantes (Carovano y Ramos, 1991).

Después de estas reacciones inmediatas, la persona puede atravesar por una serie de estadios, que según Arango (1989), son:

1. Estadio de choque. La persona experimenta un aturdimiento, una gama de sentimientos y vivencias; temor al rechazo y al abandono, miedo al deterioro físico, ideas suicidas, impotencia, desesperación, culpabilidad y autocensura.
2. Estadio de negación. A menudo se presenta la negación, que actúa como una defensa y se manifiesta por no reconocer el hecho; por ejemplo, en este período el paciente puede repetir su examen en varias instituciones, buscando un error en el diagnóstico. La negación actúa como una defensa que cumple la función de conservar fuera de la percepción consciente una experiencia que resulta sumamente desagradable, esta negación va cediendo lenta y parcialmente a otras emociones.
3. Estadio de depresión. Se manifiesta por retraimiento; desinterés y apatía en actividades cotidianas; pérdida de la atención, la concentración y la memoria; pérdida del apetito, trastornos del sueño y sentimientos de tristeza. Puede variar desde un estado leve ó severo y con frecuencia se acompaña de pensamientos suicidas.
4. Estadio de rabia e ira. La rabia es un sentimiento que se presenta frecuentemente y puede expresarse contra amigos, familiares, personal de salud y hacia sí mismo.
5. Estadio de negociación. Llega un momento que la persona establece un pacto y reinicia sus actividades rutinarias, se propone alcanzar metas y terminar las actividades inconclusas, por lo que es muy importante alentarla durante esta fase.
6. Estadio de aceptación. Manifiesta su adaptación a la seropositividad, hablando tranquilamente de ésta; e incluso puede comenzar a asimilar otros aspectos de su vida como relación con la pareja, medidas de salud y su muerte.

Para los individuos que viven con VIH también son fuente de estrés el enfrentarse a un largo tratamiento, a menudo de consecuencias desconocidas; el hecho de estar contantemente enfermos debido a enfermedades oportunistas y el debilitamiento progresivo (Coates y cols., 1988).

También se han descrito algunas reacciones psicológicas en personas que tienen cierto tiempo de vivir con VIH; que según Miller (1989), son:

1. Incertidumbre. Es diferente según el caso: los seropositivos tienen incertidumbre acerca de si desarrollarán la enfermedad y aquellas personas que presentan los primeros síntomas la refieren hacia el progreso de la enfermedad. Como consecuencia de esta incertidumbre puede aparecer ansiedad, estrés y depresión.

a) Ansiedad y estrés. La ansiedad se manifiesta como un estado de agitación, gran preocupación, angustia y manifestaciones físicas como cefaleas, palpitaciones, sudoración, pérdida de peso y diarrea; que revisten una especial importancia en el contexto del VIH, por su similitud con los síntomas de la infección, que hacen que la persona seropositiva interprete estos signos como una declinación de su salud, lo cual origina estrés. El estrés se presenta como un estado de gran tensión originado por factores externos ó desencadenado por la misma ansiedad.

b) Depresión. Esta es una de las reacciones más frecuentes, a menudo las personas experimentan sentimientos de frustración, tristeza, inutilidad, culpa, desajustes en la vida sexual que se manifiestan como rechazo a las relaciones sexuales, miedo a contagiar al compañero, aumento de la actividad sexual; desesperanza; impotencia; pérdida de interés en actividades cotidianas; dificultades del pensamiento e ideas suicidas.

Además se ha demostrado que el impacto emocional puede afectar negativamente el curso de la enfermedad (Bayés, 1988), por la influencia de los factores psicológicos en la función inmune (Borrás,1994).

Estas diversas reacciones psicológicas también pueden ser motivadas por la acción directa del virus sobre el sistema nervioso central que se manifiestan como alteraciones conductuales y afectivas, ansiedad y en casos graves se presenta el Complejo de Demencia asociado al VIH (Arranz, 1994). A menudo estas

manifestaciones psicológicas se inician tempranamente como alteraciones cognitivas y motoras que son detectadas por el mismo paciente (Wilkins, 1991).

El caso de los pacientes que enfrentan un diagnóstico de SIDA es similar a otros pacientes con enfermedades terminales, por lo que se han descrito las reacciones en base al modelo de Elisabeth Kübler-Ross (1969), que tiene su origen en las observaciones y varios años de trabajo con enfermos de cáncer en estado terminal y posteriormente con enfermos de SIDA en fase terminal. Este modelo enfatiza los aspectos emocionales y conductuales de una persona al enterarse que sufre una enfermedad terminal y durante el transcurso de la misma hasta su muerte.

El orden de presentación de las fases puede variar ó repetirse a lo largo de un continuo. Las fases del morir según Kübler-Ross (1969) son :

1. Negación y aislamiento. La negación se presenta como una reacción ante el diagnóstico de la enfermedad y también durante el curso de la misma; funciona como un amortiguador que permite a la persona movilizar otras defensas; generalmente se utiliza inicialmente para ser reemplazada por el aislamiento.
2. Ira. Esta fase comprende sentimientos de ira, rabia, envidia, resentimiento y conducta hostil que reflejan la inconformidad del paciente con su situación particular. La ira se puede desplazar en todas direcciones y puede tomar varias formas: agresión física o verbal; negarse a recibir visitas o hacer peticiones de forma exigente.
3. Pacto. Es un intento de posponer los hechos, suelen pedirse y prometerse cosas, por ejemplo, la prolongación de la vida o pasar unos días sin molestias físicas. A menudo las promesas se relacionan con sentimientos de culpa.
4. Depresión. Estos sentimientos de ira o resentimiento son sustituidos por una sensación de pérdida. La depresión se caracteriza por sentimientos de tristeza y pena respecto a la pérdida de actividades que la persona solía realizar o ante el darse cuenta de la proximidad de la muerte

5. Aceptación. La persona es capaz de expresar sus sentimientos, contempla su muerte como una expectativa tranquila y llega a aceptarla.

Según Kübler - Ross (1969) la familia, amigos y pareja del enfermo moribundo pasan por fases similares y requieren de apoyo para enfrentar el duelo, ya que el desgaste físico y emocional que esta situación produce, genera estados de estrés que repercuten en la salud y actitud de la familia hacia el enfermo (Ramírez y Hernández, 1991).

1.4 Aspectos sociales

La pandemia del VIH/SIDA pronto rebasó el ámbito estrictamente médico y se convirtió en un importante problema de Salud Pública que puede ser considerado como una enfermedad social, debido a que ha cimbrado la estructura de la sociedad; ha repercutido en todas sus instituciones : familia, empresa, ejército, estado y comunidad en general; también ha producido reacciones multifacéticas que se manifiestan de manera muy diversa; principalmente porque el SIDA se ha producido en un siglo donde supuestamente se encuentran separados el discurso científico y el teológico; y existe una verdadera revolución en el campo de la tecnología que no tiene precedentes. Además ha venido a desafiar algunas concepciones científicas firmemente establecidas, en áreas tan diversas como la Medicina, la epidemiología, la salud pública, la biología molecular, la ingeniería genética y la sexología, entre otras (Sepúlveda, 1989).

También el VIH/SIDA ha venido a invadir espacios privados de la vida humana, porque su transmisión ocurre en el contexto de las relaciones sociales más íntimas o en aquellos espacios donde no es factible o deseable el control social (Sepúlveda, Bronfman y Rico, 1992.); así ha forzado la confrontación entre lo privado y lo público y ha demandado una respuesta hacia actos privados que ha tenido consecuencias sin precedentes. Por su asociación con determinadas prácticas sexuales, se ha modificado la concepción sobre el ejercicio de la sexualidad y las relaciones humanas que ha

originado una gran cantidad de debates (Arango, 1989). Además de que su relación con las drogas ilegales y la muerte, evoca temores, miedo, ansiedad, incertidumbre y profundas inhibiciones en la sociedad; además de reacciones mezquinas e irracionales como la búsqueda de "culpables" a través de la exacerbación de prejuicios ya existentes. La difusión de tales prejuicios se convierte en un aliado de la enfermedad en la medida en que producen reacciones antisociales que van desde la indiferencia ante el avance del mal ; la carencia de percepción de riesgo; hasta la abierta hostilidad hacia ciertos grupos marginados como los homosexuales, bisexuales, drogadictos y trabajadores del sexo (Hernández, 1992). La implantación de tales medidas represivas que marginan a estos grupos inicialmente afectados por la epidemia se debe a que se les consideraba como los causantes del problema, de lo que se ha desprendido la clasificación de grupos de "alto riesgo"; que en la actualidad se reconoce como errónea, debido a que la transmisión depende de ciertas prácticas consideradas como de alto riesgo(penetración anal o vaginal) que son llevadas a cabo preferentemente por estos grupos. Además el rechazo que son objeto estos grupos está fundada en la ignorancia y el prejuicio sobre la sexualidad

En un sentido opuesto, el VIH/SIDA ha estimulado campos muy diversos de la actividad humana en la búsqueda de avances ó soluciones, todos enfocados a la prevención y erradicación de la enfermedad, en la que se mezclan aspectos tan diversos como legislación sanitaria, investigación biomédica, organización de la salud pública y la coordinación de ayuda internacional en materia de salud.

Además que se han movilizado los poderes públicos, organismos civiles , grupos de voluntarios y organizaciones internacionales. Cabe destacar que la sociedad civil se ha auto organizado en grupos de voluntarios y organismos civiles que realizan funciones tan diversas como educación información, difusión, colaboración , servicios asistenciales y cuidado de los enfermos.

También la epidemia ha planteado numerosos problemas éticos en términos de libertad individual y bienestar común, de lo cual se ha derivado la discusión sobre los derechos humanos de los enfermos o infectados, cuyo punto central gira en torno de aspectos éticos de la identificación, tratamiento y manejo de las personas infectadas ó enfermas de SIDA. El interés en esta área se agudiza por el surgimiento de actitudes discriminatorias en contra de individuos infectados, personas con SIDA, presuntos infectados, familiares de personas que viven con VIH, homosexuales, prostitutas, personal de salud que trabaja con personas infectadas y miembros de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de lucha contra el SIDA, que ven afectados sus derechos a la salud, la libertad de trabajo, a la información, la libertad de tránsito, a la igualdad y la seguridad jurídica (Sepúlveda, Bronfman y Rico,1992). Los sujetos responsables de la discriminación van desde el Estado ó entidades privadas hasta la comunidad y la familia de la persona (Galván,1992).

Entre las formas más frecuentes de discriminación se encuentran : una legislación obligatoria hacia la detección, rechazo, abandono, hostigamiento, segregación, agresión física ó verbal y estigmatización. Entre las causas de esta discriminación se pueden señalar: temor al contagio, a la muerte y a la sexualidad; prejuicios como racismo, enjuiciamientos moralistas, normas religiosas, tradiciones culturales e intolerancia y un desconocimiento de las vías de transmisión de la enfermedad.

Los efectos de esta discriminación se traducen en bastantes casos, estigma y marginación social, lo cual incrementa el sufrimiento de las personas impactadas por la epidemia (Bayés,1994). La discriminación se ha manifestado de maneras muy diversas: se ha negado vivienda, enseñanza, empleo y hasta sepultura a las personas que viven con VIH (OPS, 1989). Por esto es necesario que los programas de prevención del SIDA protejan los derechos humanos y la dignidad de las personas afectadas por esta pandemia; pero el éxito de estas campañas educativas depende de la cooperación de la sociedad en su conjunto.

1.5 Aspectos ideológico-políticos

En la historia sobre el origen de la enfermedad del VIH/SIDA, se ha podido demostrar que si bien los primeros casos se iniciaron en algunos países africanos, sólo se reconoce como una enfermedad "nueva", cuando afecta de manera repentina a países capitalistas desarrollados, atrayendo inmediatamente la atención de la comunidad mundial. Desde ese momento se ha realizado más investigación que sobre cualquier otra enfermedad humana. Aunque existen innumerables enfermedades que han exterminado más vidas que el SIDA en todo el mundo, esta infección ha recibido más atención por razones de tipo ideológico-político. Como afectó en primer lugar a países altamente desarrollados, que tienen poder económico y ejercen una gran influencia sobre otros países, al problema se le concedió un interés especial. También porque afecta principalmente a individuos que tienen un cierto nivel cultural, que se encuentran en edad productiva y que son importantes para el Estado, debido a que son personas que pueden exigir sus derechos, que se encuentran en su período reproductivo y constituyen la fuerza de trabajo. De ahí se desprende que este mal haya sido considerado como una "pandemia"; no sólo porque ha afectado a un gran número de países, sino debido a que la mayor incidencia se ha presentado en países considerados como potencias económicas; que han demandado una solución al problema.

Además ha existido una gran presión social hacia el Estado, por parte de la propia población que se organizó en organismos civiles, que demandaron servicios de salud, información y programas de salud pública. La respuesta de las instituciones gubernamentales ha sido la creación de campañas de difusión, que no han tenido el impacto y la cobertura necesarios; servicios asistenciales de salud y programas de salud pública que resultan insuficientes ante la incidencia de casos. Esta actuación del Estado ha ocasionado mucha polémica, debido a que no se conocen los alcances de su intervención, por ejemplo ante la posibilidad de controlar al sujeto a través de su sexualidad; o bien de promover la tolerancia hacia la sexualidad.

Se puede concluir que en la actualidad el fenómeno VIH/SIDA representa un importante problema a nivel mundial; no sólo representa una cuestión médica sino que ha modificado la faz política, económica y social de los países afectados. La sociedad ha sido afectada a varios niveles: Estado, comunidad, familia y por consiguiente, ha impactado fuertemente en el individuo.

A más de diez años del inicio de la pandemia, la experiencia acumulada demuestra que la persona que enfrenta la problemática VIH/SIDA padece de una desorganización y desajuste a varios niveles, por lo que requiere de una atención integral, para brindarle una mejor calidad de vida; de ahí la necesidad de contar con un equipo multidisciplinario integrado por médicos, enfermeras, nutriólogos, abogados, odontólogos y psicólogos.

Dentro de este equipo de trabajo la participación del psicólogo ha demostrado ser muy necesaria, debido al fuerte impacto emocional que representa para un individuo el saberse afectado con una enfermedad estigmatizada y con un incierto pronóstico.

Además que está plenamente demostrado que la estabilidad emocional contribuye a que la persona se mantenga en óptimas condiciones y funcionamiento, lo cual se traduce en una mejor calidad de vida para el individuo y quienes lo rodean.

Una forma de intervención que se perfila como una alternativa útil para las personas que viven con VIH es la psicoterapia, al proporcionarles no sólo un medio para resolver su desajuste emocional, sino que favorece la movilización de los recursos para que la persona enfrente su situación y promueve el crecimiento personal.

Por lo que en el siguiente capítulo se describirá la Psicoterapia Centrada en la Persona, en sus aspectos básicos que permitan tener un panorama general sobre esta forma de psicoterapia.

CAPÍTULO 2 :ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA (ECP)

" La terapia está hecha de la esencia de la vida, y es así como debe ser comprendida"
 Carl R. Rogers¹¹

2.1 Desarrollo histórico

2.1.1 Antecedentes filosóficos

El ECP desarrollado por Carl Rogers se ubica dentro del marco de la Psicología Humanista, debido a que surge como parte de este movimiento como se verá en el presente capítulo. Por lo que iniciaré con los antecedentes filosóficos de esta corriente psicológica, para después describir las influencias filosóficas en el ECP.

Una de las corrientes filosóficas con gran influencia en la Psicología Humanista es el existencialismo, ya que la obra de los psicólogos humanistas recuerda a los filósofos existencialistas (González y Valdés, 1994). El existencialismo surge como una ruptura con las tradiciones filosóficas anteriores, el primero en llevar a cabo dicho rompimiento fue Sören Kierkegaard, cuya obra fue continuada después de un siglo por Martin Heidegger, quien representa la línea atea de esta corriente filosófica. Como representante de la línea religiosa está Martin Buber y situándose entre ambos se encuentran Karl Jaspers y Jean Paul Sartre (Quitman, 1989). Entre los filósofos existencialistas se pueden encontrar algunas diferencias, pero en el centro de su pensamiento se encuentra la exploración de la existencia humana, que es común a los objetos y a las personas, pero sólo éstas tienen "consciencia" de su existencia; la cual se caracteriza por haber sido "arrojada" al mundo y confrontada con la muerte; por lo que el ser humano se encuentra desamparado, solo ante la nada, marcado por el miedo y ante una realidad incomprensible y absurda. Sostienen que el miedo es una condición para llevar la existencia a la libertad de elegir y decidir, cuya responsabilidad es exclusiva del hombre.

¹¹ ROGERS, C. (1993). *Psicoterapia entrada en el cliente*. México: Paidós p. 14.

Para estos filósofos son preocupaciones centrales la angustia humana, el temor a la muerte, la intencionalidad, la responsabilidad individual y la libertad (González y Valdés, 1994).

La Psicología Humanista no toma con la misma fuerza todas las temáticas del existencialismo, incorpora sobre todo la idea de la responsabilidad, la intencionalidad y la libertad humana. La influencia del existencialismo en la Psicología Humanista se puede vislumbrar en algunos supuestos (Loyola, 1991):

- El ser humano es consciente, responsable de sí mismo y de su existencia.
- El ser humano no es un ente estático, sino un continuo estado de llegar a ser. . .
- El hombre es un ser único e irrepetible
- El miedo a ser uno mismo produce ansiedad, vacío y angustia

Para el existencialismo, el método de investigación es la fenomenología, que describiré más adelante

Además del existencialismo, una concepción filosófica que se relaciona con la Psicología Humanista es la psicología comprensiva, que se ubica entre la filosofía de la vida y el existencialismo, cuyos representantes son Dilthey, Spranger y Jaspers, quienes proponen que el ser humano está determinado por ciertas condiciones sociohistóricas, pretenden captar al hombre en sus rasgos típicos, fines, intención y autonomía (González y Valdés, 1994).

Otras influencias filosóficas en la Psicología Humanista son el budismo zen, la filosofía hindú, la china y la doctrina el Tao. La influencia de estas ideas es evidente en algunos planteamientos de la Psicología Humanista, basados en una máxima del filósofo chino Lao-Tse (González y Valdés, 1994):

- La evitación de cualquier acto coercitivo sobre el hombre propicia su desarrollo
 - La firme creencia en el ser humano de fuerzas internas, que si se les permite obrar, propician su desarrollo.
-

Otra concepción fundamental en la Psicología Humanista consiste en describir los deseos que rigen cada etapa de la vida humana hasta alcanzar el deseo de la búsqueda de la autenticidad, lo cual es propio de la filosofía hindú.

Estas concepciones filosóficas influyen a la Psicología Humanista y por consiguiente al ECP. En el trabajo de Rogers se vuelven a encontrar las ideas provenientes del existencialismo, el budismo zen, la doctrina Taoísta, la filosofía hindú y china (Quitman, 1989). La relación con la filosofía existencial se ve en las concepciones rogerianas de elección y decisión; el ser humano tiene la libertad de elegir y decidir en el marco de una valoración activa y aceptar la responsabilidad que esto conlleva; sin negar la influencia externa (Quitman, 1989).

Estas concepciones filosóficas se reflejan en la concepción de la naturaleza del hombre de Rogers (1957); quien sostiene que "la conducta del hombre es exquisitamente racional, se mueve con ordenada y perspicaz complejidad hacia las metas que su organismo se esfuerza por alcanzar".

2.1.2 Antecedentes históricos

De la misma forma que el apartado anterior, iniciaré con una breve reseña histórica de la Psicología Humanista y después continuaré con el ECP.

La historia de la Psicología Humanística puede ubicarse a finales de la década de los 30's en que se inicia la Depresión Económica en los Estados Unidos y hasta la década de los 60's en que se consolida en este país el movimiento que sería conocido como la *tercera fuerza*.

En el año de 1929, la crisis económica en la Unión Americana alcanza su máxima expresión con la caída de la bolsa de valores que tambaleó la estructura social y moral de la época (Quitman, 1989). En medio de esta crisis, Roosevelt inicia su mandato como presidente e inicia una gigantesca reforma económica y cultural conocida como " New Deal", basado en las ideas pragmáticas y de orientación humanística de John Dewey; este plan permitió a la sociedad americana recuperar su optimismo y reestructurar sus

valores; con lo que se crea el clima propicio para difusión de nuevas ideas provenientes de Europa. Durante la Segunda Guerra Mundial, la persecución nazi obliga a personajes prominentes a emigrar a los Estados Unidos, de esta manera se conocen las ideas de los filósofos existencialistas, como Kierkegaard, Jaspers, Heidegger, Buber y Sartre; los psicólogos de la gestalt como Wertheimer, Köhler, Koffka y Lewin; los psicoanalistas como Adler, Rank, Fromm, Reich, Horney y Perls; los psiquiatras como Binswanger y Boss, quienes proponían un "análisis existencial" y las ideas de la escuela de Berlín de Goldstein. Estas ideas encuentran un medio fértil debido al contexto social de la época, donde se daba una importancia fundamental al individuo (Montiel, 1990).

Además de estas ideas provenientes de Europa, influyeron nociones provenientes de la propia psicología americana, como la obra de William James, quien sostenía que el hombre no vive al máximo de sus posibilidades a partir de esto desarrolla sus ideas sobre el potencial humano, la voluntad y el desarrollo.

Durante las décadas siguientes influenciados por estas ideas, se inician los trabajos que señalan el inicio de una nueva corriente de pensamiento. En la década de los 50's, Abraham Maslow encabeza un movimiento que culmina en 1961 con la publicación de la *Journal of Humanistic Psychology* y en 1962 con la fundación de la *American Association of Humanistic Psychology*, que marca los comienzos de la Psicología Humanística como tercera fuerza y como otra aproximación psicológica que implícitamente desafiaba al psicoanálisis y al conductismo (Quitman, 1989).

En aquellos años se definía a la Psicología Humanista como "la tercera rama fundamental del campo general de la Psicología y como tal trata en primer término de las capacidades y potencialidades humanas que no tienen un lugar en la teoría positivista ni en la teoría clásica del psicoanálisis" (Quitman, 1989). Esta aproximación se fue nutriendo con los escritos de Fromm, Horney, Rogers, Angyal, Allport, Bugental, Goldstein y Bühler.

Durante la década de los 60's nuevos hechos fueron consolidando el lugar de la Psicología Humanística dentro del ámbito académico, en 1968 se nombró a Maslow como presidente de la American Psychological Association y en 1971 se dedica una sección para la Psicología Humanística en el seno de dicha organización, con lo que se le confiere un reconocimiento formal y oficial.

El movimiento de la Psicología Humanista pronto se extendió a otras partes del mundo, aunque los principales representantes trabajan en los Estados Unidos, los más sobresalientes han sido publicados y traducidos en diversos idiomas, lo que ha permitido la difusión de estas ideas.

Recientemente se ha concebido a la Psicología Humanista como aquellas posturas e hipótesis científicas que no constituyen criterios únicos o intocables dentro de la Psicología (Montiel,1990). Actualmente la tercera fuerza constituye un campo en constante desarrollo, los psicólogos de orientación humanista con frecuencia utilizan términos diferentes, pero que se refieren a los mismos procesos o mecanismos psicológicos. A pesar de estas posiciones comunes, existen diversas tendencias dentro de la Psicología Humanista, entre las que se encuentran la personalista, la valoral y la existencial (González y Valdés,1994).

El humanismo y existencialismo europeo se unen en una síntesis global que constituye la *psicología existencial humanista*, cuyos teóricos más relevantes son Maslow, Gordon Allport, Rollo May, Víctor Frankl y Carl Rogers¹². El ECP pertenece a esta tendencia, debido a que se emparenta con el existencialismo en su credo antropológico y filosófico, en su visión del ser humano y en los cuestionamientos que ambas corrientes plantean (González, 1987).

¹² Para más detalles sobre los principales teóricos de la Psicología Humanista puede consultarse a GONZÁLEZ, F. VALDÉS, H. (1994). *Psicología humanista : actualidad y desarrollo*. La Habana: Edit. Ciencias Sociales. p 1-209.

Otras influencias teóricas en el ECP son las concepciones del psicoanálisis freudiano, la logoterapia de Frankl, la psicología organísmica de Goldstein, la psicología de la Gestalt, el conductismo y las experiencias personales de Rogers (Quitman, 1989).

El ECP se encuentra muy vinculado a la vida personal de Rogers, es por esto que en sus libros existen muchos materiales autobiográficos. Carl Rogers nace en 1902 en Oak Park, Illinois en el seno de una familia sumamente tradicional. (González, 1987). A los 12 años se muda a una granja en Wisconsin donde entra en contacto profundo con la naturaleza, por lo que ingresa a la carrera de agronomía, dos años más tarde ingresa a la carrera de Historia para ingresar al seminario en 1924. Insatisfecho con estos estudios, ingresa a la Universidad de Columbia donde estudia psicología y filosofía. En 1926, trabaja en el Rochester Guidance Center donde inicia lo que más tarde llamaría la terapia centrada en el cliente. Doce años después, es invitado a la Universidad estatal de Ohio, donde se dedica a la práctica de la psicoterapia y a la investigación. Un punto culminante en la historia del ECP es la aparición de su libro *Counseling and Psychotherapy*, donde sienta las bases de la terapia centrada en el cliente. Durante las décadas de los 50's y 60's realiza su mayor investigación y teorización sobre la psicoterapia. Durante las décadas siguientes, Rogers se dedica a formular nuevas concepciones en su floreciente teoría, en el Instituto de Ciencias de la Conducta, en la Jolla, donde se dedicó a analizar las implicaciones de su teoría en diversos ámbitos: grupos, familias, educación, trabajo, comunidad, entre otros. Rogers, eminente psicólogo precursor del humanismo muere en 1987, en la Jolla.

Para tener una idea más precisa de los principales acontecimientos que permearon el desarrollo del ECP se suele dividirlo en períodos (Lafarga, 1993):

Primer Período. Abarca de 1940 a 1945. El ECP surge como un enfoque psicoterapéutico sistematizado en los primeros años de la década de los 40's, durante este período las hipótesis derivadas de la práctica y su verificación se concentraron en cómo operan las variables del proceso terapéutico en la persona que recibe ayuda.

Las hipótesis se verificaron con transcripciones de las sesiones terapéuticas, durante las cuales sólo se consideró la capacidad del terapeuta para entablar una relación personal satisfactoria con el cliente, con lo que surge la terapia no directiva.

Segundo Período. Se extiende de 1946 a 1950. Estuvo orientado sobre la pregunta: ¿Cuál es la participación del terapeuta en el proceso?, para lo cual se consideraron las variables de comprensión empática y aprecio positivo incondicional. Durante esta etapa, Bergman (1951) citado en Lafarga (1993), señala que las actitudes del terapeuta durante el proceso terapéutico eran cocausa del crecimiento de la persona y Rogers formula una teoría fenomenológica sobre la personalidad, basado en sus investigaciones de personas en la psicoterapia y se estudió el proceso terapéutico y los cambios de la persona.

Tercer Período. Abarca de 1950 a 1955. Rogers (1957) define las condiciones necesarias y suficientes del cambio terapéutico de la personalidad.

Cuarto Período. De 1955 a 1964. La terapia evoluciona hasta la terapia existencial, una forma de psicoterapia más amplia y consciente de la interacción de las experiencias del terapeuta y de la persona que recibe ayuda mediante la clarificación, enriquecimiento e integración.

Quinto Período. Se extiende de 1964 hasta el presente. Durante estos años, Rogers analizó las implicaciones de los descubrimientos y teoría del ECP en el desarrollo de los grupos, la educación, el matrimonio y las relaciones internacionales (Lafarga, 1993).

La difusión de las ideas de Rogers ha sido muy impresionante, tanto que sorprendió a su propio autor; quizá tuvo un impacto tan penetrante debido a que llegó en el momento adecuado (Rogers, 1974). En la actualidad, el ECP se perfila como un enfoque de las relaciones humanas que continua en constante reformulación y desarrollo. No constituye una corriente psicológica, sino que es un estilo de vida, una manera de pensar y de concebir el mundo.

2.2 Principios básicos

Primero, revisaré los postulados de la Psicología Humanista, para continuar con el ECP.

Entre los principales postulados de la tercera fuerza se encuentran (Bugental, 1964) :

1. El hombre es más que la suma de sus componentes. El ser humano está compuesto de diversos elementos que lo constituyen, sin embargo, una persona no puede definirse tan sólo por este conjunto de partes.
 2. El hombre vive de forma consciente. El ser humano es consciente de ciertos aspectos de su experiencia.
 3. El ser humano es libre de elegir y decidir. En la medida que un ser humano vive de forma consciente, se halla en situación de libertad y por lo tanto de elegir y decidir.
 4. El ser humano se orienta hacia una meta. La vida del ser humano se orienta hacia un propósito definido, que conforma su identidad como persona.
 5. Lo esencial es la existencia, la cual se consolida en las relaciones interpersonales.
 6. Es capaz de establecer relaciones profundas, está sediento de este tipo de relaciones donde pueda ser él mismo.
 7. El hombre está impulsado por una tendencia a la autorrealización
 8. Posee una capacidad de simbolización
 9. El ser humano es creativo
 10. La persona está constituida por un núcleo central que es el regulador y portador de los estados de la persona (Martínez,1982).
 11. El ser humano es considerado en su singularidad, como ser único e irrepetible y debe valorársele como tal (González y Valdés,1994).
 12. El hombre es capaz de aprender y de cambiar, posee aspectos internos bien definidos que propician estos cambios (Allport, 1965).
-

Estos postulados generan una nueva concepción del hombre que defiende la libertad y la tendencia del ser humano a desarrollarse y promoverse. Estos postulados son compartidos por la filosofía del ECP, además que se basa en los siguientes principios (González, 1987):

1. La persona es valiosa por sí misma, independientemente de sus accidentes demográficos (edad, nivel socioeconómico, estado civil, nombre, nacionalidad, sexo)
2. La naturaleza humana es constructiva, digna de confianza. Existen situaciones adversas que pueden bloquear el desarrollo constructivo del ser humano, pero incluso en estas circunstancias la persona conserva su tendencia hacia el desarrollo integral.
3. La motivación básica del ser humano es su autoactualización, por medio de la cual desarrolla sus potencialidades.
4. Considera que los impulsos agresivos son partes del hombre que surgen como producto de la enajenación, durante la cual pierde contacto consigo mismo y adopta actitudes defensivas.
5. La salud se manifiesta al vivir funcionalmente como un organismo total, es decir, cuando no hay necesidad de negar aspectos de su experiencia.
6. El ser humano aprende de manera significativa durante su propia experiencia.
7. Se puede confiar en la persona y en su innata curiosidad y deseo de aprender.
8. El organismo es más sabio que el intelecto (Martínez, 1982).

2.3 Psicoterapia Centrada en la Persona

2.3.1 Antecedentes

Antes de describir las concepciones teóricas sobre la Psicoterapia, me parece necesario exponer brevemente algunos de los sectores con los que se relaciona, para tener una panorámica general sobre la compleja formulación teórica de Rogers.

El primero de los sectores es la teoría de la terapia y del cambio de la personalidad (1), cuya formulación está más estrechamente vinculada con los hechos observados y tiene un sustento empírico importante (Rogers, 1981). Esta teoría

comprende hipótesis relativas a la personalidad y dinámica de la conducta; las cuales sirvieron para la construcción de una teoría de la personalidad (II), que describe al organismo humano y la dinámica de su desarrollo. Estas teorías implican una serie de hipótesis referentes a un individuo socialmente más constructivo, con lo cual se elaboró la teoría de la persona que funciona completamente (III), que contiene la descripción de un individuo que emerge de la terapia.

Por otro lado, las investigaciones sobre la relación terapéutica condujeron a enunciar una teoría de las relaciones interpersonales (IV), ya que la relación terapéutica es un caso especial de éstas. Por último se consideró que estas teorías podían aplicarse a otros campos de la experiencia humana que implicaran relaciones interpersonales, por lo cual se enunciaron algunas teorías relacionadas con actividades humanas:

vida familiar (V); educación y aprendizaje (VI) ; liderazgo grupal (VII) y el conflicto grupal (VIII)¹³. La teoría se elaboró en las direcciones indicadas, a medida que se aleja de la teoría de la terapia, las formulaciones tienen más carácter teórico y menos sustento empírico. A continuación, desarrollaré únicamente la teoría de la terapia, debido a los propósitos de esta exposición¹⁴.

2.3.2 Teoría de la Terapia

Esta teoría es de tipo condicional, del tipo si- entonces. Si se dan ciertas condiciones, entonces se producirá un proceso. Si este proceso ocurre, entonces se producirán ciertos resultados.

¹³ Para el aspecto (VI) puede consultarse a GONZÁLEZ, A.M (1988). *El niño y la educación*. México: Trillas. p 7-372.

Para los aspectos (V, VII y VIII) puede revisarse a ROGERS, C(1980). *El poder de la persona*. México: Manual Moderno. p 1-194.

¹⁴ Para una descripción más detallada sobre la formulación teórica rogeriana puede revisarse a ROGERS, C. (1981). *Psicoterapia, Personalidad y relaciones interpersonales*. México: Nueva Visión. p 19-95.

Para Rogers (1981) las condiciones del proceso terapéutico son:

1. Que dos personas estén en contacto psicológico, es decir, que cada una produzca en la otra una diferencia perceptible en su campo perceptual (Rogers, 1957).
2. Que la primera persona, a la que se denominará como cliente esté en un estado de incongruencia, vulnerabilidad y angustia.
3. Que la segunda persona, a quien se llamará terapeuta, sea congruente en la relación con el cliente.
4. Que el terapeuta experimente una consideración positiva incondicional hacia el cliente.
5. Que el terapeuta experimente una comprensión empática del marco de referencia interno del cliente.
6. Que el cliente perciba las condiciones anteriores.

Rogers (1957) considera a estas condiciones como necesarias para iniciar el cambio constructivo de la personalidad y en conjunto son suficientes para iniciar el proceso. Estas condiciones son universales, son válidas para cualquier tipo de persona que solicite la ayuda (González y Valdés, 1994).

En cuanto al proceso, en general se refiere a la capacidad de establecer una distinción entre los objetos de sus sentimientos y percepciones, experimentación en plena consciencia de sentimientos anteriormente negados, reorganización de la imagen del yo para integrar las experiencias anteriormente negadas y un aumento de la congruencia entre el yo y la experiencia (Rogers, 1981).

No existe una distinción clara entre los resultados y el proceso, sin embargo, se observan como cambios en el cliente que ocurren fuera de la relación terapéutica: el cliente es cada vez más congruente, menos defensivo y está más abierto a su experiencia (Rogers, 1981). Una descripción más precisa de las condiciones, proceso y resultados se darán en los apartados siguientes.

Por último, de esta teoría se extraen algunas conclusiones sobre el organismo humano (Rogers, 1981):

1. El individuo posee la capacidad de experimentar en su consciencia la desadaptación psicológica.
2. El individuo posee la capacidad de reorganizar su concepto del yo.
3. En caso de que esta capacidad esté latente, se desarrollará en toda relación interpersonal en la que otra persona sea congruente, empática y experimente una consideración positiva incondicional y sea capaz de comunicar estas actitudes.

2.3.3 Metas de la Terapia

La Psicoterapia Centrada en la Persona tiene metas derivadas de su postura filosófica, de la manera de concebir la naturaleza humana y de sus premisas básicas; por lo que difiere de otros enfoques en los fines que pretende alcanzar. El ECP plantea que la Psicoterapia tiene como propósitos:

1. Revalorar a la persona y a la comunidad humana (Lafarga, 1990).
 2. Promover la independencia de la persona, que cada individuo sea responsable de su vida, de su experiencia y de el mismo (González, 1987).
 3. Busca que la persona se ajuste a sí misma, a su realidad y su existencia más que adaptarla a la sociedad.
 4. Promover el crecimiento del individuo, para así lograr un funcionamiento más pleno.
 5. Que la persona descubra, actualice y aprenda a funcionar libremente, segura de tomar sus propias decisiones (Gondra, 1978).
 6. Que la persona llegue a conocerse, aceptarse y respetar su dignidad como ser humano, a través de la observación de sí mismo, para así lograr la autonomía para llegar a ser una persona autosuficiente (González, 1987).
 7. Que la persona llegue a ejercer libremente sus potencialidades, teniendo en cuenta la valoración y el mantenimiento de sí mismo (Kinget y Rogers, 1980).
-

8. Se intenta promover el autoconocimiento, la autoaceptación, la autoestima, la comunicación auténtica, la actividad creadora y la autocrítica (Loyola, 1991).

9. Además que el proceso terapéutico está motivado por el impulso de la persona hacia el crecimiento, la salud y la adaptación.

En estas metas se puede vislumbrar que la Psicoterapia Centrada en la Persona va más allá de ser una alternativa para que la persona resuelva sus problemas, o que constituya una forma de " tratamiento", como es concebida por el enfoque tradicional.

2.3.4 Etapas del proceso terapéutico

Como parte de sus investigaciones sobre el proceso terapéutico, Rogers realiza una descripción del mismo basándose en algunos parámetros: la comunicación de sí mismo, reconocimiento de significados y sentimientos personales, rigidez de los contactos personales, relación comunicativa y percepción de los propios problemas (González y Valdés, 1994). Con la finalidad de sistematizar sus observaciones, Rogers (1992) describe el proceso terapéutico en siete etapas, que se presentan a continuación:

Primera Etapa

- El individuo está en una fase de fijeza de la vivencia y en general, no solicita la ayuda del terapeuta espontáneamente.
- Existe cierta reticencia a comunicar el sí mismo, la comunicación sólo se refiere a hechos externos.
- Los sentimientos y significados personales no se reconocen como propios.
- Los constructos personales son extremadamente rígidos.
- Las relaciones íntimas y comunicativas se consideran peligrosas.
- No se reconocen ni se perciben los problemas.
- No hay deseo de cambiar
- La comunicación interna sufre un intenso bloqueo.

Segunda Etapa

- La expresión fluye en relación a temas ajenos al sí mismo.

- Los problemas se perciben como ajenos al sí mismo.
- No hay sentido de responsabilidad personal en relación con el problema
- Los sentimientos se describen como objetos que no pertenecen al sujeto o que corresponden al pasado.
- Pueden manifestarse sentimientos, pero no se reconocen como tales ni como propios.
- La posibilidad de vivenciar está limitada por el pasado.
- Los constructos personales son rígidos y se consideran como hechos objetivos
- La diferenciación de los significados y sentimientos personales es muy limitada y burda.
- Pueden expresarse contradicciones, pero no se reconocen como tales.

Tercera Etapa

- Las expresiones referentes al sí mismo como objeto fluyen con mayor libertad.
- Las experiencias relacionadas con el sí mismo se expresan como objetos
- El sí mismo se expresa como un objeto reflejado, es decir, que existe en los demás.
- Los sentimientos o significados no pertenecen al presente
- La aceptación de sentimientos es mínima
- Los sentimientos se exhiben y son reconocidos como tales
- La experiencia se describe como pasada y ajena al sí mismo.
- los constructos son rígidos, pero se reconocen como tales.
- La diferencia de sentimientos y significados es más nítida y menos global que en etapas anteriores
- Se reconocen las contradicciones de la experiencia.
- Las elecciones personales son ineficaces.

Cuarta Etapa

- Se describen sentimientos más intensos del tipo " presentes, pero no ahora"
 - Los sentimientos son objeto del presente
 - Los sentimientos se expresan en presente, casi en contra de los deseos de la persona
-

- Se experimentan los sentimientos en el presente inmediato, lo cual se acompaña de temor y desconfianza.
- La aceptación de sentimientos es escasa
- La experiencia está menos ligada a la estructura del pasado.
- La construcción de la experiencia adquiere más flexibilidad.
- La diferenciación de sentimientos, constructos y significados personales aumenta y se procura la exactitud de la simbolización.
- Se advierte la preocupación que inspiran las contradicciones e incongruencias
- Existen sentimientos de responsabilidad hacia los problemas
- La persona se relaciona a través de sus sentimientos.

Quinta Etapa

- Los sentimientos se expresan en el presente.
- Los sentimientos se filtran para poder ser libremente experimentados
- La vivencia de un sentimiento implica un referente directo
- Los sentimientos causan sorpresa y temor, casi nunca placer.
- Los sentimientos del sí mismo se reconocen como propios
- La experiencia se hace más flexible
- Se diferencian los sentimientos y significados
- Se encarar las contradicciones de la experiencia
- Aumenta la aceptación de la responsabilidad en los problemas
- Se encarar las contradicciones de la experiencia.
- La comunicación interna mejora y su bloqueo se reduce
- Se descubren nuevos constructos personales

Sexta Etapa

- La persona puede experimentar los sentimientos que antes no habían sido reconocidos.
 - Los sentimientos se expresan en el presente inmediato
-

- Se acepta la cualidad de la experiencia
- Se vivencia la experiencia subjetivamente, sin advertirlo.
- Desaparece el sí mismo como objeto
- Existe una relajación fisiológica
- La comunicación interna es libre y sin bloqueos
- La incongruencia se experimenta vividamente
- Se vivencia subjetivamente el problema, que deja de ser un objeto
- No hay problemas "externos" ni "internos".
- La diferenciación de la vivencia es penetrante y clara
- Desaparecen los constructos personales y la persona se siente libre

Séptima Etapa

- Los sentimientos nuevos se experimentan de manera inmediata
- La vivencia de los sentimientos es un referente claro
- Aumenta la aceptación de los sentimientos
- La vivencia se convierte en un proceso
- El sí mismo se convierte en la consciencia subjetiva
- Los constructos personales se replantean provisionalmente
- La comunicación interna es clara
- La persona elige una nueva forma de ser
- Hay términos nuevos para describir sentimientos nuevos
- Existe una confianza básica en el proceso

El propósito de esta clasificación es tener una idea general de lo que sucede durante el proceso terapéutico, además de que permite determinar en que momento se encuentra la persona y promover las condiciones más favorables que le permitan avanzar; sin embargo no se puede considerar que estas etapas se presenten en este orden, ya que el proceso es una experiencia dinámica; es vivido de manera única y distinta por cada individuo, donde sigue su propio camino (Rogers, 1992).

2.3.5 El cambio en la Psicoterapia

En el ECP se considera como cambio al desencadenamiento de todas las potencialidades propias de la persona que le permiten poner en marcha su desarrollo (Rogers, 1984). También puede considerarse como un momento de movimiento que consiste en pasar de un estado rígido a uno de fluidez (Loyola, 1991). El cambio representa una característica esencial e inherente a la naturaleza humana, ya que el impulso al cambio forma parte de la vida del ser humano.

Es importante señalar que el ECP considera al ser humano como una totalidad, por lo que la base del proceso terapéutico está en la experiencia total, por lo que el cambio ha de verse como un todo. Para que este cambio tenga lugar es necesario que existan ciertos aspectos y condiciones durante el proceso terapéutico; Rogers (1962) señala que el elemento más significativo para que el cambio se produzca es la cualidad de la relación terapéutica: es decir, el encuentro personal es más importante a largo plazo que los conocimientos académicos, orientación terapéutica, entrenamiento profesional y las técnicas empleadas por el terapeuta. Por lo que la Psicoterapia Centrada en la Persona no tiene técnicas, sino formas características, inspiradas por los principios en los que se apoya (Kinget y Rogers, 1980).

Existen ciertas condiciones para que surja el cambio en la persona que solicita la ayuda (Loyola, 1991):

- En primer lugar, que la persona experimente la necesidad del cambio.
 - Es determinado en gran medida por las metas a las que desea llegar cada persona.
 - La condición fundamental es que la persona se sienta recibida, aceptada y comprendida.
 - Es necesario que primero se acepte a sí misma tal como es.
 - La vivencia de una relación enriquecedora, con una interacción emocional, en una atmósfera cálida y de seguridad psicológica, donde se genera de forma gradual la libertad de expresión y disminuyen las actitudes defensivas (Rogers, 1993).
-

Por otro lado, para lograr el cambio se requieren ciertas condiciones, brindadas por el terapeuta (Loyola, 1991):

- Una de las condiciones básicas es que el terapeuta haga sentir a la persona plenamente recibida, es decir, que la persona perciba en el terapeuta una personalidad sincera.
 - Que el terapeuta mantenga una relación profundamente personal con la persona, presentándose como persona.
 - Que trate a la persona como un ser valioso y que le haga sentir este respeto.
 - Que el terapeuta dé la libertad necesaria para que el individuo sea él mismo.
 - Crear un clima de seguridad psicológica para que la persona sea capaz de sentir plenamente el significado de sus experiencias.
 - Es necesario que presente una actitud de apertura, para promover el crecimiento de la persona, sin manipular o querer controlar su proceso.
 - Es necesario que tenga una filosofía acerca del ser humano y que se comporte en consecuencia.
 - Que promueva la calidez en la relación terapéutica.
 - Poseer una capacidad de autocrítica bastante desarrollada, estar abierto a reconocer sus fallas y limitaciones.
 - El terapeuta estimula, facilita, acompaña, comparte, comprende y se responsabiliza de su propio proceso y existencia (González, 1987).
 - Crear una relación permisiva y libre, facilitar el desahogo emocional de la persona (Gondra, 1978).
 - El terapeuta debe poseer un elevado grado de madurez emocional y de comprensión de sí mismo (Kinget y Rogers, 1980).
 - Una condición fundamental es que el terapeuta sea una persona integrada, genuina y congruente en los confines de la relación (Rogers, 1957).
-

Rogers (1958) señala que el terapeuta debe ser capaz de establecer una relación de ayuda, que es aquella donde, por lo menos una de las partes (terapeuta) tiene la intención de promover el crecimiento, el desarrollo y la madurez.

También es necesario que la persona perciba al terapeuta como digno de confianza, acogedor o consistente; el terapeuta tiene que ser lo suficientemente expresivo para comunicar lo que es, ser lo suficiente como persona para ser distinto del otro, tener una separación con respecto a la persona, aceptar cada faceta que manifieste el individuo, liberar al cliente de la evaluación externa y que el terapeuta sea una persona como proceso de estar siendo (Rogers, 1958).

También se plantea que lo importante en el terapeuta no es su formación profesional, su entrenamiento o conocimientos académicos, sino sus cualidades personales para que logre establecer una relación de persona a persona (Rogers, 1984). Los atributos personales que se requieren son: la congruencia, la valoración positiva incondicional y la comprensión empática (Kinget y Rogers, 1980). Es necesario que estas actitudes del terapeuta sean parte integrante de su personalidad y que sean comunicadas apropiadamente a la persona en todos los aspectos de la relación, de tal forma que sean percibidas por la persona (Lafarga, 1990).

CONGRUENCIA

La congruencia ha sido definida como una condición necesaria para lograr el crecimiento (Rogers, 1957). Es entendida como la autenticidad o la genuinidad que el terapeuta debe mostrar para facilitar el proceso terapéutico; es decir, el terapeuta debe ser él mismo en la relación, ser lo que es, ser honesto y sin máscara o dobleces, siendo abiertamente los sentimientos y actitudes que en ese momento están fluyendo en él (Rogers, 1962). También la congruencia es entendida como la coincidencia con uno mismo (Quitman, 1989); es necesario que el terapeuta viva lo que es en realidad, abiertamente experimente en su consciencia los sentimientos, las sensaciones y

posturas que le mueven en ese instante, ser ellos en la relación y ser capaz de comunicarlo si resulta apropiado (Rogers, 1962).

Este atributo no puede adoptarse a voluntad, no se refiere a simples formas de conducta, sino que debe formar parte de la personalidad misma tal como se expresa en la acción (Kinget y Rogers, 1980).

No es posible, ni tampoco necesario que el terapeuta sea un modelo de congruencia en cada acto de su vida, es suficiente que sea exactamente él mismo en la relación terapéutica (Rogers, 1957).

Rogers (1962) considera que la palabra transparencia es la más apropiada para describir esta cualidad, que es la más crucial de las condiciones, ya que también es la más difícil de lograr y aceptar.

Esta cualidad se ha considerado como un aspecto fundamental para el logro de una terapia exitosa, esto es, que en la medida que el terapeuta sea transparente, reconozca y exprese lo que sucede en él, facilitará el proceso de la persona; ya que permitirá que la persona se presente de la misma manera (Loyola, 1991).

APRECIO POSITIVO INCONDICIONAL

En esta condición, el terapeuta toma una actitud afectuosa, positiva y aceptante hacia la persona. Significa un interés por la persona, en un forma no posesiva o de tal forma que sea sólo para satisfacer las propias necesidades del terapeuta; significa un interés por el individuo como persona aparte con permiso de tener sus propios sentimientos y experiencias (Rogers, 1957).

Puede entenderse como un sentimiento positivo experimentado por el terapeuta y comunicado a través de sus actitudes y acciones, se manifiesta como aprecio, simpatía, respeto, aceptación, calidez, afecto, amor , interés genuino y preocupación sincera por la persona, lo cual se refiere a lo que la persona es.

Esto no se refiere a que el terapeuta encuentre o apruebe todo lo que la persona diga, piense o sienta , sino que sea aceptado en su ser, sin prejuicio ni valoración alguna

(Quitman, 1989). Esta aceptación permite a la persona experimentar un cambio esencial en su escala de valores y respeto hacia sí mismo (Loyola, 1991).

EMPATÍA

El término empatía se refiere a la capacidad para sumergirse en el mundo subjetivo del otro y para participar en su experiencia en la medida que la comunicación verbal y no verbal lo permitan (Kinget y Rogers, 1980). Es la capacidad de ponerse en el lugar del otro, de ver el mundo tal como él lo ve. Rogers (1957) la concibe como la comprensión precisa de la experiencia de la persona, sentir su mundo privado como si fuera el propio, pero sin perder la cualidad del "como si". Es importante que el terapeuta sea capaz de comunicar con precisión dicha comprensión, lo que se logra cuando puede abarcar la vivencia que tiene lugar en el marco de referencia interno de la persona, pero sin perder la independencia de su identidad en este proceso.

Se considera que puede ser una habilidad que va desarrollándose, pero es una actitud que tiene que formar parte de la personalidad del terapeuta, la cual permite que la persona logre una mejor comprensión de su comportamiento y de su mundo, a través de la movilización de la tendencia actualizante (Loyola, 1991).

Rogers (1962) considera que esta clase de comprensión empática es extremadamente rara, generalmente damos y recibimos una comprensión evaluativa externa, que nos aparta de la verdadera comprensión; esto se debe a que al mostrarse abierto a la manera en que la vida es experimentada por una persona, se corre el riesgo de ver las cosas a su modo y de ser cambiado yo mismo, lo que genera una resistencia al cambio.

De la misma manera que existen condiciones que facilitan el desarrollo óptimo, también hay ciertos aspectos que impiden el cambio, entre los que se encuentra (Loyola, 1991):

- El temor al cambio, que pone en acción actitudes de resistencia.
 - Temor al futuro, a la falta de identidad y a la despersonalización
-

- El afán de la persona de "agradar" a los demás, con lo que se obstaculiza el lograr ser lo que realmente es.

- El cambio no siempre es algo deseable para otros miembros de la sociedad, ya que genera una clase de persona que se contrapone en muchos aspectos a la cultura.

Para finalizar este apartado referente al cambio, describiré algunos aspectos que son característicos del "movimiento" de la persona que vive un proceso terapéutico (Rogers, 1993):

Cambios en el tipo de material presentado

Se tienen datos disponibles de que el contenido verbal de la persona cambia durante el proceso terapéutico. Se observó que al inicio de la terapia, la persona tendía a hablar sobre sus problemas y expresar sentimientos negativos y al finalizar se encontraban mayores indicios de autocomprensión y se enuncian sentimientos positivos.

Cambio en la percepción y actitud hacia el sí mismo (self)

La persona reorganiza el concepto de sí mismo, se aproxima a una concepción de sí mismo como una persona valiosa, digna de respeto, capaz de crear sus propias normas y con una actitud positiva hacia sí mismo.

Cambio en la percepción

Existe un incremento de la diferenciación del campo perceptual, con lo que cambia la manera en como la persona percibe su ambiente, a los demás, a sí mismo; existe una tendencia a considerar la experiencia en términos limitados y diferenciados.

Progreso en la conscientización de experiencias negadas

Cuando el concepto de sí mismo cobra una estructura más organizada, lo suficiente para aceptar experiencias anteriormente negadas, éstas son simbolizadas correctamente e integradas a la estructura del sí mismo; por lo que la reorganización del self precede a la recuperación de experiencias negadas o distorsionadas.

Cambio en el centro de valoración

La persona reconoce que en ella está la facultad de elegir sus propios valores en base a la guía que le proporciona su experiencia.

Cambios en la estructura y organización de la personalidad

Los hallazgos parecen demostrar que existen cambios en la configuración básica de la personalidad: mayor integración y actitudes más constructivas.

Cambios de conducta

Se produce una conducta más madura, disminución de conductas defensivas y mayor tolerancia a la frustración, en síntesis la conducta es organizada, efectiva, realista y planeada, acorde al cuadro del self (Rogers, 1947).

Cambios en la comunicación

La persona logra captar y responder en forma más clara a los mensajes, existe concordancia entre el lenguaje verbal y no verbal y lo que la persona está viviendo.

Otros cambios

- La persona logra una consciencia autocrítica
- Mejora su adaptación socio-familiar
- Establece relaciones más significativas y profundas
- Existe un fuerte deseo de entrar en acción, de aceptar la responsabilidad y de ser lo que realmente es (Loyola, 1991).

Los aspectos mencionados que se modifican durante el curso de la relación terapéutica son hechos obtenidos mediante observaciones clínicas o datos provenientes de investigaciones (Rogers, 1993).

2.3.6 Teoría de la persona que funciona completamente

Los cambios logrados durante el proceso terapéutico constituyen el desarrollo óptimo, que se agrupan en el modelo de la persona que funciona completamente, que contiene las características generales de un individuo que ha terminado una terapia exitosa Rogers (1963):

1. La persona está abierta a su experiencia, no requiere de conductas defensivas, ya que cualquier experiencia es simbolizada correctamente en su consciencia, sin alterar el concepto del self. Una persona así, es libre de experimentar sus sentimientos y actitudes, no se siente amenazada y las defensas psicológicas no son necesarias. La apertura significa receptividad, flexibilidad de experiencia y transformación (González, 1987).

2. Vivir de forma existencial; es decir, la persona vive el momento, significa una ausencia de rigidez, en que el self y la personalidad surge de la experiencia (Rogers, 1963). Se refiere a una mayor adaptabilidad, una fluyente organización del self que permite a la persona el vivir el aquí y el ahora, con más intensidad.

3. La persona encuentra en su organismo un medio digno de confianza para hallar un comportamiento más satisfactorio en una situación inmediata (Rogers, 1992). Hallaría que su organismo es una guía de comportamiento competente y confiable, pues estarían a su alcance los datos perceptuales disponibles en cada momento.

Otras características son (Loyola, 1991):

- La persona es capaz de autorientarse, es autónoma y con metas definidas.
- Toma sus propias decisiones
- Vive un proceso de cambio y fluidez
- Es toda la complejidad de su sí mismo
- Es un ser creativo y original
- Es una persona en proceso de llegar a ser (Rogers, 1987)
- La persona llega a ser el foco de evaluación, centro de relaciones y juicios de valor (Rogers, 1992)

Una persona que ha vivido una experiencia terapéutica exitosa es alguien que funciona en plenitud, es capaz de vivir con todos sus sentimientos y reacciones (Rogers, 1963).

2.4 Estudios empíricos

La teoría precedente sobre la Psicoterapia Centrada en la Persona está basada en concienzudas observaciones y datos obtenidos a través de la investigación; en este apartado, revisaré el método de investigación utilizado y algunos ejemplos de investigaciones; por lo que iniciaré con una descripción general del método utilizado en las investigaciones sobre psicoterapia.

En sus trabajos sobre la psicoterapia, Rogers se ha esforzado por seguir el esquema de: observaciones clínicas, formulación de la teoría, verificación por medio de la investigación, obtención de datos, modificación de la teoría sobre la base de datos y revisión de los conceptos teóricos (González y Valdés, 1994). Tal esquema corresponde al método fenomenológico, que corresponde a una de las alternativas metodológicas opuestas al método tradicional. (Martínez, 1994). El método científico tradicional es empírico-experimental, se basa en el triple postulado del: *realismo*, el *empirismo* y el *positivismo*, en tanto que los métodos alternativos o estructurales postulan que deben dirigirse hacia el descubrimiento de estructuras psicológicas, plantean una nueva forma de entender el fenómeno humano en toda su complejidad (Martínez, 1994). Entre los métodos alternativos están: el hermenéutico-dialéctico, el método comprensivo, el naturalista, el etnográfico, la investigación teórica y endógena, el método de la historia de vida y el fenomenológico¹⁵. Dadas las condiciones del presente trabajo, sólo me referiré al método fenomenológico que es el utilizado en las investigaciones sobre psicoterapia.

La fenomenología es un método de investigación desarrollado por Edmund Husserl, quien continuando con el pensamiento de Franz Brentano introdujo un nuevo orden en la ciencia. La fenomenología no es conocimiento en sentido verdadero, sino que es un mirar espiritual o intuición, es la consideración de un objeto desde su

¹⁵ Para una descripción más amplia puede revisarse a MARTÍNEZ, M (1994). *Comportamiento humano. Nuevos Métodos de Investigación*. México: Trillas. p 5-266.

"aparición". (Quitman,1989). La fenomenología estudia realidades cuya naturaleza y estructura sólo pueden ser captadas desde el marco de referencia interno del sujeto que las vive y experimenta; se está estudiando una realidad interna, personal, propia única para cada ser humano. Representa el estudio de los fenómenos tal como son experimentados y percibidos en la consciencia del hombre (Martínez,1994). Para lograr su propósito, el procedimiento metodológico consiste en escuchar muchos casos similares o análogos, describir minuciosamente cada uno de ellos y elaborar una estructura común representativa de estas experiencias. Además que se parte sin hipótesis, se trata de reducir al máximo la influencia de teorías e intereses y se hace un esfuerzo para captar lo que se presenta. Para alcanzar una comprensión del método fenomenológico es necesario señalar lo siguiente :

- La fenomenología trata con significados, en vez de hechos.
- Intenta entender lo objetivo en términos subjetivos
- Trata de entender el mundo como es experimentado por las personas
- Es descriptiva y reflexiva.

El método fenomenológico tiene los siguientes pasos (Martínez,1994):

Etapa Descriptiva

El propósito es lograr una descripción precisa del fenómeno, lo más completa y no prejuiciada posible. Consta de tres pasos:

1. Hay que elegir la técnica o procedimiento apropiados para recolectar la información, los más útiles son aquellos que permiten realizar la observación repetidas veces.
2. Realizar la entrevista, cuestionario o autorreportaje
3. Elaboración de un protocolo descriptivo

Etapa estructural

Es el estudio de los protocolos realizados para lo cual se requiere de una lectura minuciosa de los mismos, delimitar temas que permitan organizar el material en una estructura, determinación de un tema central, integración de los temas centrales en una

estructura descriptiva e integración de una estructura general, lo cual conduce a la discusión de resultados, para entender el significado funcional de dicha estructura.

Por las características del método fenomenológico enunciadas, resulta claro que este método es aplicable a las investigaciones sobre el proceso terapéutico. Los estudios sobre Psicoterapia Centrada en la Persona llevados a cabo desde esta metodología son numerosos, pero citaré algunos como ejemplo: estudios sobre las actitudes básicas como promotoras de crecimiento (Rogers,1958); la relación de las actitudes con cambios constructivos de la personalidad (Rogers,1965); definición de las condiciones para un crecimiento óptimo (Lafarga,1986 y 1990); la medición de los cambios del self (Hall y Lindzey,1980 y Rogers,1986); comparación de la terapia ECP con otras formas de terapia (Lietaer,1986; Shlien,1964; Tracey,1986); estudios sobre el terapeuta (Bundza,1973), sobre la empatía (Marks,1986) y el aprecio positivo incondicional (Boswell y Dodd,1993), entre otros.

Para concluir, el Enfoque Centrado en la Persona surge dentro del marco de la Psicología Humanista, ya que comparte posturas filosóficas y teóricas. Se desarrolla en los Estados Unidos principalmente, pero pronto se extiende a otros países, entre ellos México. Actualmente constituye una orientación de las relaciones interpersonales; pero su campo de aplicación se extiende al trabajo con individuos, grupos, organizaciones, comunidades, educación, familia, pareja, entre otros.

En lo que se refiere a su aplicación dentro de la psicoterapia, la investigación ha permitido describir las condiciones y aspectos necesarios para lograr el cambio en la relación terapéutica, conocer los aspectos más relevantes del proceso y los resultados, lo cual constituye un modelo en permanente cambio y sujeto a nueva investigación. La psicoterapia permite a la persona que solicita la ayuda una oportunidad de crecimiento única para que pueda vivir más efectivamente y desarrolle su potencial.

La Psicoterapia Centrada en la Persona constituye una forma de intervención muy flexible y adaptable para el trabajo con personas con diferentes características,

además es una forma de terapia breve y ha probado ser eficaz en numerosos casos, por lo que se utiliza ampliamente para el trabajo con individuos y grupos, por lo que se propone para el trabajo individual para personas que viven con VIH, como una alternativa de intervención. Por lo que en el siguiente capítulo se detallará una propuesta de un modelo de atención basado en el Enfoque Centrada en la Persona para personas que viven con VIH o SIDA.

CAPÍTULO 3: PROPUESTA DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN PARA PERSONAS CON VIH/SIDA

*" El SIDA constituye una amenaza para la humanidad pero, a diferencia de la guerra, es una batalla que se libra en el interior de todos, que no conoce límites ni fronteras nacionales".
Elisabeth Kübler-Ross ¹⁶*

. En el primer capítulo se hizo referencia al SIDA en su dimensión biológica, como una infección causada por el VIH que provoca un debilitamiento progresivo del sistema inmunológico, que hace susceptible al organismo a numerosas infecciones oportunistas y neoplasias malignas. En su aspecto psicológico, se ha manifestado como un fenómeno que obliga a hacer cambios profundos en el estilo de vida y produce un fuerte impacto emocional en el individuo, familia y comunidad. Como enfermedad social, se ha manifestado como una pandemia que afectado a todos los estratos de la sociedad y ha originado reacciones muy diversas entre sus miembros.

En el segundo capítulo se revisaron los aspectos filosóficos, históricos y principales postulados de la Psicología Humanista, como la tercera fuerza y del ECP. En la actualidad el ECP es un enfoque de las relaciones humanas que se ha aplicado a campos muy diversos como la educación, la industria, las relaciones internacionales y la psicoterapia.

En el presente Capítulo se pretende desarrollar una propuesta de intervención desde el ECP para personas que viven con VIH/SIDA, considerándola como una enfermedad terminal. El modelo propuesto implica la ubicación de la persona en alguna de las fases del morir, descritas en el Primer Capítulo y las etapas del proceso terapéutico, desarrolladas en el Segundo Capítulo; para enseguida definir la manera en que se va intervenir, de acuerdo con la fase del proceso en que se encuentre la persona.

¹⁶ KÜBLER-ROSS, E. (1987). *Aids, The Ultimate Challenge*. New York Press. p 89.

Para esto se requiere de instrumentos para ubicar a la persona y hacer un seguimiento completo de su proceso, cuya aplicación varía según el instrumento. Los instrumentos que se requieren se enumeran a continuación:

- a) Instrumento de frases incompletas para medir las etapas del proceso.
- b) Composiciones.
- c) Escala de evaluación del proceso (EEP).
- d) Estudio fenomenológico.

3.1 Creación del Instrumento para medir las etapas del proceso terapéutico

Este instrumento tiene como finalidad la de ubicar a la persona que solicita la ayuda en alguna de las etapas del proceso terapéutico (Rogers, 1992) y de las fases del morir según Kübler-Ross (1969), además de hacer un monitoreo cada 7 sesiones para seguir el proceso y el surgimiento de insights.

El instrumento se construyó como se describe a continuación:

1. Primero se construyeron ítems en forma de frases incompletas que pretendían medir las características descritas para cada una de las etapas definidas por Rogers (1992).
2. Algunos de estos ítems se basan en la Prueba de Frases Incompletas de SACKS y la Prueba de Frases Incompletas Aplicada a la Industria (FIGS) de Grados y Sánchez (1988) y la Evaluación de un Programa Escolar de González (1988).
3. También se construyeron ítems en forma de frases incompletas, en relación a las fases del morir según el modelo descrito por Kübler-Ross (1969), enfatizando los aspectos conductuales y emocionales.
4. Se relacionaron ambos modelos, tratando de incluir las fases del morir en las etapas del proceso terapéutico, principalmente basándose en los aspectos emocionales.
5. Los ítems se describen a continuación, corresponden a las etapas del proceso terapéutico e incluyen las fases del morir :

Primera Etapa

- El ítem : " Cuando tengo problemas, generalmente yo . . . " pretende explorar si el individuo está en una fase de fijeza de la vivencia y en general, no solicita la ayuda del terapeuta espontáneamente. Esto se refiere a que la persona se encuentra en un estado en que no percibe los problemas, ni reconoce que su situación es poco favorable y no tiende a buscar la ayuda.
- El ítem: " Generalmente, hablo acerca de. . ." explora si existe cierta reticencia a comunicar el sí mismo, o si la comunicación sólo se refiere a hechos externos. Las verbalizaciones del individuo se vinculan con elementos ajenos a sí mismo, por ejemplo: problemas, aspectos relacionados con otras personas, entre otros; ya que esto resulta más seguro y menos amenazador para la propia imagen.
- El ítem: " Respecto a mis sentimientos. . . " se refiere a que se los sentimientos y significados personales no se reconocen como propios. Esto significa que la persona no se responsabiliza de sus sentimientos ni conceptos personales y se refiere a ellos como pertenecientes a otras personas o de manera impersonal.
- El ítem: " Creo que mis valores son . . ." explora si los constructos personales son extremadamente rígidos; si son permanentes, inflexibles e inmovibles y no están sujetos a una revisión por parte de la persona.
- El ítem: " Confío en los demás, pero. . ." pretende reconocer si las relaciones íntimas y comunicativas se consideran peligrosas. Debido a que este tipo de relaciones profundas y significativas son percibidas como una amenaza, ya que exige una revisión del concepto que la persona tiene de sí misma.
- El ítem: " Durante las circunstancias difíciles. . ." busca explorar si la persona no reconoce ni percibe los problemas. Al estar el individuo en una fase de profunda adhesión a su vivencia, en un estado de vulnerabilidad, no tiende a percibir ni a responsabilizarse de sus conflictos

- El ítem: " Creo que mi situación personal es. . . " permite explorar si no hay deseo de cambiar, ya que la persona no encuentra ningún problema en continuar viviendo de la manera en que lo ha hecho hasta este momento.
- El ítem: " En este momento estoy. . . " permite averiguar si la comunicación interna sufre un bloqueo. Se refiere a que la persona está casi ignorante de lo que ocurre en su mundo interior, ya que la relación e intercambio que mantiene consigo misma es muy deficiente.

En esta etapa se incluye la fase de negación y aislamiento de las fases del morir, debido a que la persona no reconoce su problema, la comunicación sufre un profundo bloqueo y la persona se encuentra alejada de la vivencia mediante la negación. Los ítems que pretende explorar si la persona atraviesa esta fase son:

- " Cuando supe mi resultado, yo. . . "
- " Al enterarme del diagnóstico, yo. . . "
- " En caso de tener un resultado positivo. . . "
- " Cuando pienso que puedo morir. . . "

Segunda Etapa

- El ítem: " Me gustaría platicar acerca de. . ." pretende descubrir si la expresión fluye en relación a temas ajenos al sí mismo. La comunicación verbal fluye con más libertad, pero se refiere a aspectos externos o elementos fuera la propia persona.
 - El ítem: " Considero que mis problemas. . ." rastrea si los problemas se perciben como ajenos al sí mismo y pertenecientes a otras personas, que existen sólo como hechos externos ubicados fuera del individuo.
 - El ítem : " Cuando tengo algún conflicto, yo. . . " permite investigar si no hay sentido de responsabilidad personal en relación con el problema y se considera como causante de los mismos a los otros, las circunstancias o situaciones externas.
 - El ítem: " Veo mi situación. . . " pretende explorar si la posibilidad de vivenciar esta limitada por el pasado. En este caso, la persona tiende a considerar su situación como
-

algo que ocurrió en un momento pretérito y no lo relaciona ni lo considera parte de su vida actual.

- El ítem: " Considero que mis ideas. . ." busca si los constructos personales son rígidos y se consideran como hechos objetivos. Los constructos no se someten a prueba y se aceptan como elementos acabados y finales.

-El ítem: " Generalmente mis sentimientos son. . ." explora si la diferenciación, el reconocimiento de significados y sentimientos personales es muy limitada y burda. La capacidad de distinguir sentimientos se encuentra disminuida, por lo que resulta difícil aclararlos.

- El ítem: " Cuando encuentro alguna discordancia en mí, yo . . ." pretende indagar si existen algunas contradicciones, pero no se reconocen como tales. Pueden enunciarse algunas discrepancias, las cuales hacen vulnerable a la persona a la ansiedad y la desorganización.

Tercera Etapa

- El ítem: " Pienso que yo soy. . ." permite averiguar si las expresiones referentes al sí mismo como objeto fluyen con mayor libertad. La persona cuando habla acerca de sí misma, lo hace como algo objetivo y concreto, como si se tratara de una "cosa" que es independiente de ella.

- El ítem: " Si pudiera hablar de mi mismo, diría. . ." investiga si las experiencias relacionadas con el sí mismo se expresan como objetos. No sólo se cosifica el sí mismo, sino cualquier experiencia con el relacionada, se describe como un hecho objetivo y con existencia propia.

- El ítem: " Respecto a mí. . ." investiga si el sí mismo se expresa como un objeto reflejado, es decir, que existe en los demás. Además de ser una "cosa" el sí mismo se percibe como si se hallara en los otros, con lo que se reduce la amenaza.

- El ítem: " Ahora, mi sentir es. . . " rastrea si los sentimientos o significados no pertenecen al presente y se ubican como elementos acaecidos en un pasado remoto, con lo que se evita el relacionarse con ellos.
 - El ítem: " Acepto mis sentimientos, pero. . . " explora si la aceptación de sentimientos es mínima. En este momento, la persona no reconoce ni puede delimitar con claridad sus sentimientos, por lo que tampoco los puede integrar como parte de sí misma.
 - El ítem: " A veces siento que. . . " pretende averiguar si los sentimientos se exhiben y son reconocidos como tales. Sólo los sentimientos se muestran, se expresan sin ser percibidos como parte de la experiencia de la persona.
 - El ítem: " Siento que siempre estoy. . . " examina si la experiencia se describe como pasada y ajena al sí mismo. Al igual que los sentimientos, la experiencia se percibe como perteneciente a un momento ya ocurrido y desvinculada del sí mismo, con lo que no existe una responsabilidad respecto hacia ella.
 - El ítem: " Pienso que . . . " indaga si los constructos son rígidos, pero se reconocen como tales. Los constructos comienzan a ser vistos como parte de la experiencia, aunque existe desconfianza y puede iniciarse su revisión.
 - El ítem: " Considero que mis sentimientos. . . " reconoce si la diferencia de sentimientos y significados es más nítida y menos global que en etapas anteriores. En este momento la delimitación de sentimientos va siendo más clara y precisa, comienzan a identificarse como tales.
 - El ítem: " Ante una discrepancia, yo . . . " se refiere a que si se reconocen las contradicciones de la experiencia. El hecho de reconocer aunque sea levemente la discordancia entre la experiencia y el sí mismo implica una gran carga de ansiedad en la persona.
 - El ítem: " Con frecuencia cuando decido algo, yo. . . " indaga acerca de que si las elecciones personales son ineficaces. La persona puede percibirse a sí misma como
-

incapaz, ineficaz e inútil y en consecuencia, comportarse congruentemente con ese cuadro de sí misma y elegir alternativas poco favorables.

En relación a las fases del morir se incluye la fase de ira, ya que el sentimiento se exhibe, pocas veces se acepta y se le reconoce. Los ítems que se construyeron para esta fase son :

- " Cuando recibí mi resultado, me sentí. . . "
- " La seropositividad me hace sentir. . . "
- " Al recibir el diagnóstico me sentí. . . "
- " Con frecuencia experimento. . . "
- " Mi comportamiento es . . . "

Cuarta Etapa

-El ítem: " A menudo, me siento. . . " explora si los sentimientos que se describen se comienzan a expresar de una manera más vigorosa e intensa, pero no se ubican en el momento inmediato, sino que son del tipo " presentes, pero no ahora".

- El ítem: " Mi estado de ánimo es . . . " examina si los sentimientos empiezan a manifestarse como pertenecientes al presente, pero se les considera como objetos, con lo que se reduce la ansiedad.

- El ítem: " Diría que me siento. . . " explora si los sentimientos se expresan en presente, casi en contra de los deseos de la persona. Es frecuente que los sentimientos comiencen a fluir a la consciencia de una manera tan abrupta que hace que la persona pierda el control sobre ellos.

- El ítem: " Al expresar mis sentimientos yo. . . " indaga si se experimentan los sentimientos en el presente inmediato. La sensación de tratar con sentimientos desconocidos que se ubican en el momento origina una creciente incertidumbre, recelo, temor y desconfianza.

- El ítem: " Admito lo que siento. . . " pretende averiguar si la aceptación de sentimientos es escasa. Los sentimientos expresados son acompañados de temor, ya que se

perciben como una amenaza, lo cual desaparecerá a medida que comiencen a ser aceptados e integrados.

- El ítem: " Siento que estoy. . . " rastrea si la experiencia está menos ligada a la estructura del pasado. En fases anteriores, la experiencia no se reconocía como presente, sino que se hacía referencia a ella como perteneciente a un momento pretérito.

- El ítem: " Con frecuencia, diría que estoy. . . " pretende examinar si la construcción de la experiencia adquiere más flexibilidad. También la experiencia comienza a ser más amoldable a medida que es examinada por medio de los datos perceptuales.

- El ítem: " Respecto a mis sentimientos, podría decir que. . . " indaga si la diferenciación de sentimientos, constructos y significados personales aumenta y se procura la exactitud de la simbolización. Al hacerse la simbolización correcta de sentimientos y constructos, éstos se encuentran disponibles para la consciencia.

- El ítem: " Cuando percibo alguna confusión en mí, yo . . . " expresa si se advierte la preocupación que inspiran las contradicciones e incongruencias. Al percibirse las discrepancias en la experiencia se enfrenta una amenaza que se manifiesta como angustia.

- El ítem: " Mis problemas son. . . " explora si existen sentimientos de responsabilidad hacia los problemas. El reconocer que existe un sentido de responsabilidad indica un notable avance en la solución de un problema.

- El ítem: " En mi trato con los demás, yo . . . " intenta averiguar si la persona intenta establecer una relación con los demás a por medio de sus sentimientos.

Se incluye la fase de pacto o negociación de las fases del morir porque los sentimientos se expresan casi en contra de los deseos de la persona. Los ítems son :

- " Me siento culpable de . . . "

- " He pedido que. . . "

- " A menudo prometo que . . . "

- " Deseo ardientemente que. . . "

Quinta Etapa

- El ítem: " Tengo una sensación de . . ." intenta examinar si los sentimientos se filtran para poder ser libremente experimentados. Al fluir los sentimientos sin distorsiones defensivas se encuentran disponibles y al alcance de la consciencia .
 - El ítem: " Cuando me enojo . . ." indaga si la vivencia de un sentimiento implica un referente directo. La creciente diferenciación de los sentimientos hace que puedan ser fácilmente identificados y reconocidos por la persona.
 - El ítem: " Frente a mis sentimientos, yo . . ." pretende descubrir si los sentimientos que estaban fuera del campo de la consciencia son desconocidos, por lo que originan sensaciones de desconfianza, sorpresa y temor, casi nunca placer.
 - El ítem: " Reconozco que mis sentimientos. . ." investiga si los sentimientos del sí mismo se reconocen como propios, ya que al ser libremente experimentados comienzan a integrarse a él y reconocerse como partes del mismo.
 - El ítem: " En este momento yo. . ." pretende descubrir si la experiencia se hace más flexible y si se tiende a considerarla en términos relativos y condicionales.
 - El ítem: " Si pudiera decir lo que siento diría que. . ." averigua si se diferencian los sentimientos y significados. La creciente simbolización correcta de sentimientos hace que se reconozcan más claramente.
 - El ítem: " Cuando algo no concuerda en mí, yo. . ." examina si se encaran las contradicciones de la experiencia a pesar de que originen ansiedad.
 - El ítem: " Ante mis problemas, yo. . ." intenta averiguar si aumenta la aceptación de la responsabilidad en los problemas, con lo que se aumenta la responsabilidad de la persona en sí misma y en el manejo de su vida.
 - El ítem: " Diría que estoy. . ." indaga si la comunicación interna mejora y su bloqueo se reduce, como resultado de la exactitud y libre simbolización de la experiencia.
-

- El ítem: " Acerca de mis ideas puedo decir que. . . " pretende examinar si se han descubierto nuevos constructos personales, que surgen como resultado de la experiencia.

Se incluyó la fase de depresión, debido a que los sentimientos surgen libremente y son más aceptados. Los ítems son los siguientes :

- " Siento que he perdido. . . "
- " Me siento triste cuando. . . "
- " El saber que voy a morir me hace sentir. . . "
- " Lo que me duele es . . . "

Sexta Etapa

- El ítem: " Ahora siento que. . . " busca averiguar si la persona puede experimentar los sentimientos que antes no habían sido reconocidos. Los sentimientos nuevos están disponibles para la consciencia y pueden ser expresados.

- El ítem: " Podría decir que me siento. . . " indaga si los sentimientos se expresan en el presente inmediato, sin originar temor, displacer, desconfianza y necesidad de defenderse.

- El ítem: " Considero que estoy. . . " explora si se acepta la cualidad de la experiencia, sin distorsionarla, negarla o ignorarla; con lo cual es correctamente simbolizada y se encuentra disponible de manera libre a la consciencia.

- El ítem: " Lo que he vivido. . . " pretende determinar si la persona es capaz de vivenciar la experiencia de una manera subjetiva, casi sin advertirlo y de una manera libre.

- El ítem: " Si tuviera que describirme a mi mismo diría . . . " examina si ha desaparecido el sí mismo como objeto. En esta etapa, el sí mismo ha dejado de ser una cosa y se reconoce como algo propio y parte de la experiencia.

- El ítem: " Físicamente me siento. . . " explora si existe una relajación fisiológica, que es descrito como un estado libre de tensión a nivel organísmico.

- El ítem: " Me parece que estoy. . . " indica si la comunicación interna es libre y sin bloqueos, ya que los datos perceptuales están disponibles y son fácilmente accesibles para la consciencia.
- El ítem: " Al notar aquella discrepancia en mí. . ." pretende averiguar si la incongruencia se experimenta vividamente, puede ser examinada y aceptada, para realizar una simbolización adecuada.
- El ítem: " Considero que mis problemas. . ." indaga si se vivencia subjetivamente el problema, que deja de ser un objeto, con lo cual aumenta la responsabilidad respecto a él.
- El ítem: " Considero que mi situación es. . ." examina si no hay problemas "externos" ni "internos"; y sólo interesa revisar el concepto de sí mismo en ausencia de defensividad.
- El ítem: " Veo mi situación personal. . ." investiga si la diferenciación de la vivencia es penetrante y clara, permitiéndole a la persona tener una visión más completa de su mundo para revisarse profundamente.
- El ítem: " Respecto a mis ideas me siento. . ." intenta averiguar si han desaparecido los constructos personales y si la persona se siente libre de elaborar sus propios significados, basados en su experiencia.

Séptima Etapa

- El ítem: " Ahora, mis sentimientos son. . . " explora si los sentimientos nuevos se experimentan de manera inmediata, sin causar temor o desconfianza y si son aceptados como parte del sí mismo.
 - El ítem: " Cuando experimento algún sentimiento, yo. . . " pretende indagar si la vivencia de los sentimientos es un referente claro basado en la propia experiencia.
 - El ítem: " Considero que mis emociones y sentimientos. . ." investiga si ha aumentado la aceptación de los sentimientos, con lo cual son integrados al sí mismo y permite a la persona experimentar de manera óptima.
-

- El ítem: " Mi situación actual es . . . " reconoce si la vivencia se ha convertido en un proceso, con lo que la persona adquiere la noción de llegar a ser y una búsqueda que no termina.

- El ítem: " Respecto a mí mismo puedo decir. . . " explora si el sí mismo se convierte en la consciencia subjetiva, y se convierte en el centro valoral, integrador, diferenciador y jerarquizador de la experiencia.

- El ítem: " Creo que mi forma de pensar . . . " indaga si los constructos personales se replantean provisionalmente, basándose en los datos proporcionados por la experiencia.

- El ítem: " Me invade una sensación de " explora si la comunicación interna es clara, como resultado de la apertura a la experiencia y no se experimentan sentimientos de amenaza.

- El ítem: " Pienso que me gustaría ser. . . " examina si la persona elige una nueva forma de ser más libre, integrada, satisfecha consigo misma y elige un modo de vivir más existencial.

- El ítem: " Últimamente me he sentido. . . " investiga si hay términos nuevos para describir sentimientos nuevos, que aparecen como resultado de la creciente diferenciación.

- El ítem: " Ahora el futuro me parece. . . " intenta averiguar si existe una confianza básica en el proceso, que es experimentada por la persona como una sensación de seguridad y nueva independencia.

Se incluye a la fase de aceptación, debido a que se reconoce y acepta plenamente los sentimientos y la comunicación es clara. Los ítems que se plantearon son :

- " Tengo sentimientos de . . . "

- " Ahora mi interés está. . . "

- " Mis asuntos pendientes . . . "

- " Siento necesidad de . . . "

6. Finalmente para la ordenación de los ítems, se distribuyeron según las etapas descritas para la construcción final del instrumento (Véase Anexo 1)

7. La calificación del instrumento es cualitativa e indica solo la tendencia de una persona a estar en determinada etapa. Para el análisis se toman en cuenta las siguientes categorías propuestas por González y Valdéz (1994):

- a) El nivel de elaboración de la frase. Es el grado de complejidad, detalle e información brindada en un ítem, que se clasifica en nivel de explicación pobre y amplio.
- b) La vinculación afectiva. Indica el significado emocional y sentimental que se encuentra ligado a cada explicación.
- c) Contenido. Está muy ligada a la vinculación afectiva y se tiene que establecer si las autorreferencias son positivas, negativas o neutras.

3.1.1 Composición

Constituye una descripción sobre un tema en particular; el cual se administrará la 1a. y la 15a. sesión de acuerdo con el estado serológico. Para las personas seronegativas se aplicarán los siguientes tópicos:

- a. Yo soy. Se le pide a la persona que trate de responder a la pregunta ¿quién soy? en una hoja escrita por ambos lados.
- b. El sentido de la vida. En esta descripción se solicita al individuo que narre cual es su misión en la vida y el significado personal que tiene para él en una cuartilla.
- c. La sexualidad. En esta descripción la persona tiene que relatar el significado y la manera en percibe su sexualidad en una cuartilla.

En tanto que para las personas seropositivas, se utilizarán los tópicos :

- a. Yo soy. Ídem.
- b. El sentido de la vida. Ídem
- c. La sexualidad. Ídem.
- d. El significado de la muerte. Se le pide a la persona que cuente lo que la muerte representa para ella en una cuartilla

e. La enfermedad. Se solicita a la persona que escriba en una cuartilla el significado y la manera como vivencia la enfermedad.

En ambos casos, la interpretación de estas descripciones se hará en base a la persona, considerando su estado serológico.

3.1.2 Escala de evaluación del proceso psicoterapéutico (EEP)

Esta escala tiene como propósito el monitorear el proceso, consta de 15 reactivos que exploran lo que la persona vive en cada sesión, se tiene que aplicar a partir de la 2a. hasta la 7a. sesión y nuevamente de la 9a. a la 14a. sesión, al final de cada una. Se encuentra basado en el instrumento propuesto por González (1988). La interpretación de este instrumento es cualitativa y se califica en base al proceso de la persona (Véase Anexo 2).

3.1.3 Estudio fenomenológico

Se refiere a un cuestionario en el que el individuo realiza una descripción escrita del significado personal de la experiencia terapéutica, el cual se tendrá que aplicar en la 8a. sesión. Con este cuestionario se pretende hacer un seguimiento el proceso, basándose en el significado, por lo que la interpretación se hará en base a las respuestas de la persona (Véase Anexo 3).

3.2 Propuesta del modelo de intervención

La propuesta del modelo de intervención para personas con VIH/SIDA se estableció considerando a esta problemática como una enfermedad terminal, surge de la necesidad de contar con un modelo de acompañamiento psicológico individual sistemático, eficaz y breve, cuyos propósitos más importantes son : aumentar la capacidad de enfrentar el problema a través de la movilización de los recursos, proporcionar apoyo emocional; promover el desarrollo personal de las personas que viven con VIH/SIDA y acompañar a las personas con SIDA en fase terminal.

Esta propuesta de intervención se encuentra dirigida a :

a) Personas que solicitan la prueba de detección de anticuerpos al VIH

b) Personas que viven con VIH

c) Personas con SIDA en fase terminal

3.2.1 Personas que solicitan la prueba de detección de anticuerpos al VIH

Cuando una persona solicita el examen de detección de anticuerpos al VIH, se le tiene que aclarar que requiere de una entrevista previa a la toma de muestra y que el resultado será entregado bajo consejo psicológico. De esto se desprende la necesidad de contar con un modelo de consejería u orientación individual, el cual constituye una forma especial de comunicación interpersonal donde se brinda apoyo emocional, se buscan medios de solución de problemas, se ayuda a la persona a tomar decisiones informadas y actuar. Se tienen que llevar a cabo dos sesiones de consejería: pre y post-prueba. En la consejería pre-prueba se proporciona información básica sobre el VIH/SIDA, se explica el significado de la prueba y el procedimiento para tomarla; se exploran las motivaciones para someterse a la prueba; se consideran las posibilidades de exposición al virus; se explora el estado emocional de la persona para conocer su posible reacción ante el resultado, así como sus fuentes actuales de apoyo emocional y recursos con los que cuenta para enfrentarlo. Esta información es importante para el manejo de las emociones durante el tiempo que transcurre entre la toma de la muestra y la entrega del resultado; ya que algunas personas pueden requerir del asesoramiento durante el período de espera. Durante este período el asesoramiento tiene que encaminarse hacia la descarga de emociones y sentimientos ; el compartir temores, fantasías y posibles caminos a seguir en caso de un resultado positivo.

En la consejería postprueba se aclara la información; se expresan sentimientos y reacciones; se integra la información; se identifican estrategias de adaptación; se establece un plan de prevención; el procedimiento de entrega del resultado varía según el caso (positivo ó negativo), aunque en términos generales se brinda un tiempo para la asimilación del resultado y las posibles reacciones frente al mismo.

En caso de un resultado negativo, es necesario favorecer que la persona se dé cuenta de su responsabilidad de permanecer seronegativo, establecer estrategias para ayudarle a la persona a diseñar un plan personal de protección de acuerdo con su estilo de vida, valores, creencias, necesidades y actitudes. Entre estas estrategias están : enseñar el uso correcto del preservativo, explorar las actitudes referentes a la práctica de sexo seguro, relaciones monógamas y abstinencia, entre otras; recomendar la asistencia a talleres de sexo seguro y erotización del preservativo de acuerdo con la preferencia sexual y a pláticas de información básica del VIH/SIDA. Pueden ser necesarias sesiones de seguimiento para trabajar aquellos aspectos de la persona que lo ponen en riesgo de adquirir la infección y que la llevan prácticas de sexo inseguro, tales como baja autoestima y carencia de percepción de riesgo, entre otras. También se puede considerar la psicoterapia como una alternativa a las personas seronegativas que así lo deseen.

En caso contrario, cuando el resultado es positivo se tiene que trabajar según las necesidades: si la persona tiene una fuerte reacción emocional debido al resultado y sufre una desorganización psicológica es preciso trabajar la intervención en crisis. En caso de una crisis, la intervención intensiva demanda del terapeuta la creación de un clima de seguridad psicológica que facilite la libre expresión de sentimientos y emociones vinculados al resultado, la exploración y aceptación de su situación, el brindar soluciones en un contexto de realidad; ante todo el terapeuta tiene que acompañar a la persona en crisis, escucharla empáticamente, con interés y afecto; ya que la meta primordial es el regresar al funcionamiento anterior o fomentar el avance a una situación mejor a la entrega del resultado.

Si la situación de la persona lo permite o ya resuelta la crisis, se tienen que proponer sesiones de seguimiento para ayudar a la adaptación al resultado; cuya descripción más detallada viene a continuación.

3.2.2 Personas que viven con VIH

Este modelo de intervención, está dirigido a personas que viven con VIH, entendiéndose como aquellas personas seropositivas asintomáticas, o bien puede tratarse de personas con algunas enfermedades asociadas al Complejo Relacionado al SIDA o en etapas iniciales de la enfermedad. Las personas pueden ingresar a la psicoterapia de dos maneras: si recibieron consejería para conocer su resultado o bien, si solicitaron el servicio directamente; en ambos casos, tendrán que ingresar a sesiones de seguimiento, durante las cuales se propondrá el ingreso a la psicoterapia. Si la persona decide seguir la psicoterapia, en las sesiones de seguimiento, se le tendrá que explicar la forma de trabajo, convenir acerca de los horarios y la duración de la sesión que será de 50 minutos; también se aplicará el instrumento de frases incompletas para obtener el perfil de personalidad, conocer la fase de desarrollo en que se encuentra la persona y ubicarla en la etapa del proceso terapéutico que tiende a estar, lo cual resulta particularmente importante, ya que esto definirá la forma de intervención que se llevará a cabo. Para cada fase del proceso, se sugiere el siguiente modelo de intervención psicoterapéutico:

1a. Etapa

Cuando la persona tienda a estar en la primera etapa, es necesario que la persona se sienta recibida, crearle una atmósfera de confianza y seguridad. Durante esta etapa es necesario recordar que puede haber una negación del resultado o del diagnóstico de CRS, que sirve para enfrentar la situación mientras se movilizan otros recursos, por lo que es conveniente permitir la libre expresión de sentimientos, pensamientos y fantasías, aunque se tiene que fomentar la esperanza, comenzar a animar la adecuación a la realidad y ofrecer alternativas viables.

Además, es necesario invitar a la persona a hacer una exploración de su situación actual, que se dé cuenta cómo se encuentra, que identifique sus necesidades, si está satisfecho o insatisfecho con lo que está viviendo en ese momento. Para facilitar

la exploración de la experiencia, se sugiere realizar algunas experiencias de aprendizaje, que son optativas, por lo que se sugiere utilizar cualquier otra herramienta que ayude a la persona, únicamente que sirva para los propósitos que se señalan en cada una de las etapas, como son: facilitar la exploración de la experiencia; la comunicación de sentimientos, el referirse al sí mismo; la clarificación de la vivencia; la elección de nuevos valores y constructos personales, entre otros.

Estas experiencias de aprendizaje son instrumentos para la autoexploración, la autoexpresión, la clarificación de la experiencia y la conscientización del mundo interior, que han probado su utilidad en otros casos al facilitar el proceso, permitirle a las personas avanzar, coadyuvar a la movilización de los recursos con los que cuenta, enfocarse hacia la experiencia, contactar con los sentimientos y crecer como seres humanos. Algunas de estas experiencias de aprendizaje pueden catalogarse como basadas en el enfoque gestalt, cognitivo-conductual; terapia narrativa sistémica o incluso de carácter transpersonal, tomadas de otras disciplinas o pertenecientes al campo del desarrollo humano; que conllevan a promover el desarrollo integral de las potencialidades propias de las personas, aunque sus planteamientos no lo expresen de esta manera ni sea su finalidad en sí misma.

Pero también es necesario recordar que son sólo herramientas, que en ningún caso sustituyen la creación de un clima de seguridad psicológica, una relación interpersonal cálida y las actitudes básicas (congruencia, comprensión empática y aceptación positiva incondicional) de parte del terapeuta. Es importante mencionar que la forma de trabajo con estos ejercicios tiene que hacerse invitando a la persona a realizarlo, sólo se llevarán a cabo bajo el consentimiento expreso de la persona.

a) " El baúl "

Este ejercicio tiene como propósito facilitar el examen de la vivencia actual, para responder a la pregunta: ¿ cómo estoy ? Consiste en una fantasía guiada que debe estar precedida de una relajación, con indicaciones de buscar una posición cómoda, con

los ojos cerrados, enfocando la atención hacia el mundo interior, tomando contacto con sensaciones físicas como la respiración, el latido del corazón y la circulación de la sangre. Posteriormente, se continua con el viaje imaginario que consiste en pedir a la persona que vea su mente como un gran baúl con varios compartimientos pequeños, que imagine que levanta la tapa y mire hacia adentro, que vaya explorando cada compartimiento para ver que objetos, cosas y eventos encuentra; después se le pide que regrese a su existencia en el cuarto, que vaya tomando consciencia de su cuerpo y que abandone la relajación. Al último, se da un cierto tiempo para que la persona comente su experiencia, para que descubra lo que el viaje le reveló acerca de ella.

b) " Vida en imágenes "

Se recomienda este ejercicio cuando la persona comienza a tratar su situación respecto a su resultado positivo; tiene como finalidad que la persona tome contacto con su nueva condición de seropositivo y facilitar la expresión de sentimientos relacionados con este hecho. Hay que pedirle a la persona que traiga a la sesión todas las fotografías que pueda recolectar desde su infancia hasta el momento actual. Después que las coloque en un orden cronológico, que las observe detenidamente, que cuente que es lo que ve, si se reconoce o no y que exprese lo que siente al verlas, comentarle que tiene ante sí su existencia en imágenes. Se le pide que vea las fotografías y que recuerde su rostro cuando supo que tenía el VIH, que observe lo que ha cambiado, cómo es su vida ahora, que es lo que siente y que necesita; en esta parte es preciso permitir la expresión de sentimientos vinculados al resultado positivo.

c) " Habitación sombría "

Este ejercicio es para facilitar que la persona clarifique su situación y que vea que es lo que está viviendo realmente en este momento; puede ser que fomente la toma de contacto con la realidad y la supresión de la negación. Es un viaje en la fantasía que inicia con una relajación, con instrucciones similares al anterior y pedirle a la persona que imagine que se localiza en una habitación sombría, que está llena de humo, que e

impide ver con claridad la habitación y que detrás de él hay algo muy importante para él. Se le pide que siguiendo su propio ritmo vaya permitiendo que el humo desaparezca gradualmente para ver de que se trata, para luego descubrirlo y encontrarse con eso, después se le pide que explore lo que encontró y que se aleje de eso; que se prepare para regresar del estado de relajación y que tome nuevamente consciencia.

Posteriormente, se le invita a compartir su experiencia con el terapeuta, en este punto, es conveniente estar alerta ante la posibilidad que el ejercicio le haya facilitado contactar con la vivencia del resultado positivo, si este es el caso, permitir la expresión de sentimientos que acompaña a este evento.

2a. Etapa

En esta etapa, es necesario que la persona perciba el sentirse plenamente recibido, esto requiere que el terapeuta se esfuerce por comunicar estos sentimientos. También se tiene que crear un clima de confianza que fomente la apertura de la persona, alentarla a que comunique su situación y es importante facilitar la exploración de la experiencia, aunque al inicio puede referirla en términos pasados. También puede comenzar a concebir a la seropositividad como un problema, por lo que es necesario iniciar la exploración de esta vivencia y los conflictos que surgen como parte de este nuevo estado serológico, por ejemplo, la incertidumbre de revelar el resultado a otras personas, temor a la enfermedad, miedo al rechazo, sensación de pérdida y problemas de aceptación de la sexualidad, entre otros. Pueden ser problemas ya existentes, que se exacerban con la comunicación del resultado positivo.

Algunas técnicas que pueden utilizarse para brindar ayuda a las personas que se ubican en esta etapa son:

a) " La Aventura "

Este ejercicio favorece la comunicación mediante la estimulación de la fantasía y el manejo de la autoimagen. Consiste en pedir a la persona unos momentos de reflexión, que intente ubicarse entre su olvido y su recuerdo, que logre recordar un suceso en el

que se haya visto involucrado y que le traiga gratos recuerdos. Que se vean a sí mismo como el protagonista de este acontecimiento, que representa una gran aventura, tratando de comunicarlo con palabras, a manera de un cuento; se le aclara que puede aumentar detalles fantasiosos al suceso y que lo importante es referirlo como una narración (Acevedo, 1993).

b) " Dejar partir el pasado "

Este ejercicio tiene como finalidad ayudar a la persona a reducir su compromiso con el pasado, para tratar de fomentar la consideración de la vivencia en el presente. Se requiere de una relajación previa, se pide a la persona que se acueste de espaldas, que busque su comodidad, que cierre los ojos y se deje ir, tomando contacto con su cuerpo; enfocando su respiración y relajándose más a medida que respira. Después se le pide que busque en su memoria algunos recuerdos y que elija algunos de ellos; que se dé cuenta del motivo de su elección, que inicie un diálogo con esos recuerdos para descubrir que necesidad se ve satisfecha al aferrarse a ellos y que encuentre que hacen por él. Después se le solicita que se convierta en esos recuerdos y que dialogue con la persona a que pertenecen, que se dé cuenta de cómo se siente, como ve a esa persona y que nuevamente sea él mismo para despedirse lentamente de esos recuerdos, que tome consciencia de lo que le impide alejarse de ellos; dar algunos minutos para completar esta parte de la fantasía. Posteriormente, pedir que se prepare para regresar, y poco a poco permitir que el individuo abandone la relajación; después se le invita a que narre su experiencia y como se siente al respecto (Stevens, 1994).

c) " Identificación con el rosal "

Este ejercicio sirve para facilitar la expresión de la experiencia y sentimientos en el presente y favorecer que la comunicación comience a centrarse en el sí mismo. Se acompaña de una relajación, se tiene que pedir a la persona que se oriente hacia sí misma; que ponga atención a su cuerpo y su respiración. Después se le pide que se dé cuenta de los pensamientos o imágenes que acudan a su mente, que los coloque en un

frasco de vidrio y que los observe; después se le pide que imagine que es un rosal, que vea como se siente, como es su vida y que detalle su fantasía; después pedirle que regrese de la relajación hasta que pueda abrir los ojos y comente lo que descubrió siendo ese rosal (Stevens, 1994).

3a. Etapa

Durante esta etapa es necesario favorecer la comunicación de los sentimientos, mediante la creación de un clima de confianza, no condenatorio y libre de juicios. También es importante señalar que se requiere de una atmósfera cálida y de seguridad psicológica, ya que comienza la exploración más activa del sí mismo y de los significados personales. Se tiene que fomentar la autoconfianza en la toma de decisiones, ya que la persona duda o vacila respecto a sus elecciones para solucionar sus conflictos.

En relación con el resultado, es frecuente que se exprese un sentimiento de ira por haberse infectado, hacia la persona que lo infectó, la vivencia de una vida sexoerótica restringida; el presenciar un deterioro físico; en ocasiones este sentimiento se dirige hacia sí mismo, por la posibilidad de haber infectado a otros, por ejemplo. Con frecuencia, la persona expresa ira hacia el personal de salud o terapeuta, se tiene que recordar que este sentimiento se origina por la situación que está viviendo el individuo y no tomarlo como algo personal; esto requiere que el terapeuta sea empático, sea aceptante y haga énfasis en que lo problemático no es la emoción, sino el manejo que se le da; que facilite que la persona encuentre medios más funcionales para expresar su enojo, sin dañarse a sí misma o a las personas que le rodean. Entre las actividades que se sugieren se encuentran:

a) " Solución de problemas "

Este ejercicio resulta útil cuando la persona reporta que se siente agobiada por un problema y que ha elegido diversas alternativas, pero se encuentra vacilante acerca de su elección. Consiste en pedirle a la persona que elija un problema que le preocupe o

que quisiera explorar, señalar que solo se podrá seleccionar un problema en esa sesión; si la persona está muy confusa, se puede intentar explorar esta desorientación en la que se encuentra inmerso. Una vez escogido el problema, se le pide a la persona que explore los intentos de solución que ha intentado, en qué han fallado y que genere nuevas alternativas de solución que sean factibles en la vida real, es importante favorecer la confianza en sí mismo, señalar que se trata de enfrentar el problema y no de huir de él.

Ahora, se solicita al individuo que intente explorar las alternativas propuestas, sus aspectos favorables y desfavorables, permitiendo en todo momento que la persona sea libre de escoger y decidir sobre su situación.

b) " La proyección "

Esta técnica puede ser empleada para facilitar la expresión de sentimientos y su clarificación. Hay que pedirle a la persona que se relaje, que se ponga cómoda y que contacte con su respiración. Una vez alcanzado el estado de relajación, se pide a la persona que imagine que se encuentra en la sala oscura de un cine enfrente de una pantalla en blanco, sobre la que comienzan a proyectarse los sentimientos más íntimos que se tengan en ese momento, se solicita a la persona que se compenetre y se convierta en la proyección, que vea como se siente, que experimenta y que sea nuevamente un espectador y que observe los sentimientos que se proyectan; se pide al individuo que regrese al cuarto y que salga lentamente de la relajación; después se le anima a comentar la experiencia.

c) " Técnicas de descarga "

Dependiendo de los sentimientos que se expresen con la técnica anterior o durante el curso de las sesiones, es necesario establecer técnicas que faciliten que la persona se dé cuenta de su enojo y promover el manejo constructivo de ese sentimiento. Por lo que se sugieren técnicas como experimentar y sentir el coraje al tiempo que se golpea sobre un cojín; se rompe papel periódico o escribir en papel los sentimientos que

se experimentan. Es importante señalar estas técnicas favorecen una amplia expresividad emocional, por lo que se debe prestar atención a los elementos verbales y no verbales y a los sentimientos involucrados; por lo que requieren del terapeuta una actitud profundamente empática, de escucha activa y disposición para acompañar a la persona.

d) " Isías "

Este ejercicio sirve para ayudar a la persona a manifestar sus valores y constructos personales, a que intente explorarlos desde su propia historia, para que los clarifique y pueda ver si son rígidos. El terapeuta tiene que narrar a la persona una historia, que trata sobre dos islas separadas por un mar infestado de tiburones; en la primera isla vive una muchacha y su mamá y en la segunda el novio de la muchacha y un amigo; la única forma de pasar de una isla a otra es mediante un barco a cargo de un lancharo. Un día la muchacha quiere ir a ver a su novio y le pide al lancharo que la lleve, éste accede a condición que tenga relaciones con él; ella lo complace y al llegar a la isla se lo cuenta a su novio, quien la rechaza, entonces la muchacha va a ver al amigo, quien le pide que se case con él. Después se le pide a la persona que se identifique con los personajes en orden jerárquico, tratando de establecer una escala de valores personal; el terapeuta facilita el esclarecimiento de los valores y la rigidez o flexibilidad de los constructos que se manifiesten (Acevedo, 1993).

e) " Árbol de mi mismo "

Este ejercicio tiene como propósito fundamental facilitar la comunicación referente al sí mismo, promover el autoconocimiento y la autoestima. Consiste en pedir a la persona que dibuje un árbol en una hoja de papel, donde deberá colocar sus cualidades sus valores, sus logros, lo que le ha permitido alcanzar sus metas, sus habilidades distribuyéndolos en el árbol. Se da tiempo a la persona a que trabaje, para después pedirle que comente su dibujo con el terapeuta (González, 1988).

4a. Etapa

En esta etapa es muy importante establecer una relación cálida, aceptante, genuina con la persona, ya que solo en el contexto de una relación interpersonal profunda y significativa, la persona puede permitirse la autoexploración sentimientos crecientemente extraños, que surgen de manera abrupta e intempestiva; por lo que se requiere de parte del terapeuta una actitud empática, aceptante y no evaluativa. A menudo, aparecen sentimientos de culpa como no haber tenido relaciones protegidas para evitar el contagio; por la posibilidad de infectar a alguien; por tener planes o proyectos inconclusos; el alejamiento de la familia o de la pareja, por no haber hecho caso de algunos síntomas, entre otros. Estos sentimientos de culpa pueden hacer que la persona intente negociar o pactar para posponer o aplazar los hechos, como la aparición de los síntomas, prolongar la vida, entre otros.

También puede ser que la seropositividad exacerbe sentimientos de culpa ya existentes, como aquellos relacionados con la sexualidad, el estilo de vida, que se agudizan o se presentan acompañando a la situación emocional que vive el individuo, por eso es muy importante seguir a la persona, caminar a su lado durante el trabajo terapéutico para trabajar con el material que traiga a la terapia. También es frecuente que revele algunas discrepancias en su experiencia, puede ser que no sean percibidas por la persona o débilmente consideradas, en cuyo caso es necesario evidenciarlas de una manera amable, cordial, pero firme; dando en todo momento lugar para que la persona pueda avanzar y no se sienta juzgada ni amenazada. Entre las técnicas que se sugieren para trabajar en esta etapa se encuentran:

a) " El Castillo "

Esta técnica se propone para la exploración, aclaración y la expresión de sentimientos de culpa que con demasiada frecuencia son fuente de angustia, ansiedad, desprecio por uno mismo, miedo y resentimiento. Consiste en pedir al individuo que se ponga en una posición cómoda, que cierre los ojos, que trate de respirar con suavidad,

después se le pide que se imagine a sí mismo como un castillo, que se fije en los detalles como tamaño, características, construcción; que mire dentro del castillo y que ponga atención al interior ¿ Cuántas habitaciones tiene ? ¿ qué hay dentro de ellas?, y que vaya dándose cuenta de como se siente mientras hace eso; enseguida se le dice que el castillo está habitado por fantasmas que son sentimientos que lo hacen sentir culpable, se le pide que vaya explorándolos y reconociéndolos, se le menciona que vea que le ocasionan esos fantasmas, como se siente al verlos, que representan para él, después se le concede tiempo para que tome la llave del castillo y que abra la puerta para permitir que salgan los fantasmas. Poco a poco se le pide que se prepare para regresar a la habitación y que vaya saliendo de su relajación siguiendo su propio ritmo y estando cada vez más alerta, después se le pide que comente su experiencia.

b) " Dibujando los sentimientos "

Este ejercicio intenta ayudar a la persona a liberar sus sentimientos para que se familiarice con ellos mediante el dibujo. Se pide a la persona que se ponga muy cómoda, que cierre sus ojos, que vea hacia su interior, que se revise para que comience a contactar con sus sensaciones, emociones y sentimientos; se le solicita que permita que los sentimientos surjan libremente, que explore cómo son y dónde se encuentran, indicar que se le pedirá a continuación que despierte y que dibuje sus sentimientos, que deje que los colores lo elijan, que se deje en libertad de trazar y permitir que surja lo que sea; concederle unos minutos y pedirle que abra los ojos para que inicie su dibujo, una vez terminado se le pide que lo describa, que le produce y como se siente.

c) " Escala de valores "

Este ejercicio sirve para ayudar a la persona a clarificar sus valores, a fortalecer su autoestima y aumentar la autoaceptación. Consiste en pedir a la persona que haga una lista de cosas materiales que tenga, de atributos personales con los que cuenta y otra de características personales que desearía tener, después se le invita a revisar las tres listas y que vea cuales cosas son indispensables para vivir, para ser feliz, de cuales

podría prescindir y de cuales le gustaría deshacerse. Después que las clasifique y se le anima a ver que es lo que puede descubrir.

d) " Explorando tu cuerpo "

Esta técnica se recomienda cuando la persona experimenta sentimientos de culpa respecto al ejercicio de la sexualidad, debido a que no acepta su preferencia sexual, o teme infectar a otro en caso de relaciones sexo-eróticas; ya que este ejercicio puede ayudarle a explorar otras posibilidades de relaciones sexo-eróticas. Para esto es preciso pedirle a la persona que dibuje su cuerpo o que lo moldeee en plastilina tal como lo ve, que le ponga tantos detalles como desee y que reflexione: ¿ cómo se siente respecto a su cuerpo ? ¿ qué sensaciones le despierta ? ¿ qué necesidades tiene ? ¿ qué aspectos le gusta dar y recibir ?; que explore lo que le impide disfrutar plenamente su sexualidad y los aspectos que la componen, la intervención del terapeuta puede darse en todo momento del ejercicio.

5a. Etapa

En esta etapa, se requiere particularmente de crear condiciones como un clima de seguridad, comprensión y aceptación, debido a que esto favorece que la persona pueda experimentar sus sentimientos y comenzar a aceptarlos. Con frecuencia, los sentimientos que surgen a la consciencia habían permanecido ocultos, por lo que su aparición causa una reacción de miedo y displacer; por lo que el terapeuta tiene la responsabilidad de comunicar a la persona que entiende, respeta y acepta los sentimientos del individuo.

Estos sentimientos pueden estar motivados por una gran sensación de pérdida; la persona que vive con VIH percibe que ha perdido la salud cuando comienza a presentar algunos síntomas, enferma de manera repentina con algún padecimiento asociado a deterioro inmunológico, o recibe su resultado de laboratorio con un conteo bajo de células, lo cual constituye un periodo crítico para la persona, que la hacen necesitar ser escuchada, comprendida y en ocasiones requiere de un apoyo psicoterapéutico.

También la persona que vive con VIH puede enfrentarse a pérdidas reales como por ejemplo: el abandono de su familia, de amistades, o de su empleo cuando se enteran de su resultado. En algunos casos existe una sensación de pérdida de la vida, existe temor ante la enfermedad y la muerte, a dejar a los hijos o la pareja, por lo que estas pérdidas generan sentimientos de impotencia, desesperación, tristeza, angustia y depresión. En ocasiones la depresión requiere de un manejo y atención especializada para indagar si es motivada por la interacción de fármacos u otras causas y por el riesgo de suicidio que conlleva. Algunas técnicas que se proponen en esta etapa son las siguientes:

a) " Nudos "

Este ejercicio tiene como propósito que la persona identifique los obstáculos y bloqueos que le impidan expresar sus sentimientos . Consiste en pedir a la persona que se siente cómoda y tranquilamente, en caso de tensión, proceder a una relajación; después pedir a la persona que tome entre sus manos una cuerda y que intente hacerle un nudo por cada cosa que crea que la bloquea, la obstaculiza y que no la deja vivir libremente sus sentimientos. Se le pide que se dé cuenta que representa ese nudo, que es algo que le estorba, en que momento se formaron y como afectan su vida. A continuación se le solicita que tome un nudo y que comience a explorarlo, a reconocerlo, a aflojarlo hasta llegar a desatarlo para que su vida esté libre de él y pueda experimentar lo que siente realmente, identificando de donde saca fuerza para aflojar y desatar los nudos; se le invita a repetir esto, hasta que se sienta libre de nudos. Este ejercicio requiere de la participación activa del terapeuta para ir acompañando a la persona, facilitando la expresión de sentimientos que se generen durante la sesión.

b) " Álbum "

Esta técnica tiene como finalidad el favorecer la exploración de las pérdidas y los recursos con los que se ha contado para enfrentarlas y seguir viviendo. Es necesario hacer una relajación, después se le pide que imagine que se halla en un sótano, que

empieza a limpiarlo y de repente encuentra un viejo álbum lleno de polvo; al hojearlo, va descubriendo fotos que representan diversos episodios de su vida, donde ha enfrentado alguna pérdida; que se concentre en ella y que vea lo que siente, después se le pide que se dé cuenta de que es lo que le ha permitido continuar viviendo a pesar de esa pérdida y se le concede tiempo para explorar cada foto; que vaya viendo que es lo que descubre; gradualmente se le pide que cierre el álbum, que mire a su alrededor y que se despidiera del lugar; que se prepare para regresar y se le va sacando de la relajación y por último se anima a la persona a compartir su experiencia.

c) " Diálogo del síntoma "

Este ejercicio es especialmente útil cuando la persona seropositiva comienza a presentar algún síntoma de alguna enfermedad oportunista, que se considera como avance del mal y que generalmente origina gran ansiedad. se procede a hacer que la persona cierre sus ojos, que se vaya relajando poco apoco, que contacte con su existencia física y su ritmo de la respiración. A continuación se le pide que piense en algún síntoma físico que le preocupe; si es posible alguno que esté experimentando o que se presente con frecuencia; se le solicita que se concentre en ese síntoma que vea ¿ cómo le afecta ?; ¿ qué partes de su cuerpo afecta ?; para después pedirle que se convierta en ese síntoma para explorar: ¿ cómo afecta a esa persona ? ¿ cómo se siente y cuál es su actitud ?; después se le solicita que se convierta nuevamente en la persona y que responda al síntoma; permitir que continúe el diálogo durante unos minutos después se le pide a la persona que vaya regresando a su existencia en el cuarto y que manteniendo los ojos cerrados recapacite sobre su experiencia, por último, se le pide que los abra y que narre su experiencia al terapeuta (Stevens, 1994).

6a. Etapa

En esta etapa, la persona tiende a experimentar una clara mejoría, al ser capaz de expresar libremente sus sentimientos, ya que la comunicación interna ya no experimenta bloqueos, hay relajación fisiológica y se siente libre. En este instante puede

haber una disminución de la ansiedad generada por la seropositividad y a la persona le interese explorar otros aspectos de su vida o incluso de sí mismo, por lo que el terapeuta tiene que estar muy atento a las necesidades que tenga la persona, muy sensible a la comunicación de los aspectos que le interese trabajar durante el proceso terapéutico, como por ejemplo: el revelar su resultado positivo a algún miembro de su familia, tratar de entablar una relación de pareja estable, concluir algún proyecto inconcluso, entre otros. Aunque puede ser que el tema de la seropositividad vuelva a ser retomado en algunas ocasiones, sobre todo cuando existe algún evento que lo motive como por ejemplo: la muerte de alguien significativo, la aparición de síntomas, el cambio de domicilio o la pérdida de un empleo, o alguna otra causa que al parecer no tiene ninguna relación con el estado serológico.

Es muy importante que las técnicas utilizadas dependan del proceso por el que atraviesa la persona, por lo que se recomienda hacer uso de aquellas que sean adecuadas al momento y según las necesidades específicas. De forma general, se propone el uso de las siguientes técnicas:

a) " Derechos asertivos "

Este ejercicio se recomienda cuando la persona desea hacerse más responsable de sí misma; expresar sus opiniones o sentimientos respetando al otro y hacer más eficaces sus relaciones interpersonales. Se le proporciona una hoja de papel donde deberá identificar los derechos que cree tener en su familia, trabajo y sociedad. Después que determine los derechos que poseen los miembros de su familia, en el trabajo y la sociedad y se le pide que los compare para llegar a un acuerdo satisfactorio para sí mismo (Acevedo, 1993).

Este ejercicio puede ser utilizado como preámbulo cuando la persona ha decidido libre y voluntariamente comunicar su resultado; en cuyo caso el terapeuta podrá intentar ayudarlo a explorar sus motivaciones, las consecuencias y la manera de hacerlo mediante técnicas como el role-playing o el psicodrama.

b) " Estatua de sí mismo "

Esta técnica puede ser sumamente valiosa para la persona que ha decidido explorarse más a sí misma, ya que favorece el autoconocimiento y fortalecer la autoestima. Consiste en pedirle que tome plastilina con ambas manos, que se familiarice con el material, que perciba su textura, que explore sus propiedades y que haga una bola. Se le pide que busque una posición cómoda y que con los ojos cerrados explore la plastilina, después que visualicen como cambia de forma hasta que se convierte en una escultura de sí mismo, se le pide que cuando tengan esa imagen en su mente la efectúen con la plastilina durante unos minutos; al término de ese tiempo, se le pedirá que abra los ojos y que vea lo que ha hecho, que comente cómo se siente, que represente, que explore todos los detalles de su modelo y que lo refiera al terapeuta (Stevens, 1993).

7a. Etapa

En esta etapa, es necesario la creación de un clima de seguridad y calidez, ya que la persona manifiesta profundos cambios en la manera de percibirse a sí misma y a su entorno; la comunicación interna fluye sin bloqueos, es capaz de experimentar libremente sus sentimientos, ha podido replantear sus constructos y significados personales, en términos flexibles y revisarlos continuamente. Por parte del terapeuta, es muy importante una actitud empática, aceptante y genuina debido a que la persona vive en un continuo proceso de llegar a ser y aparece una naciente nueva personalidad.

Entre estos cambios también se encuentra la aceptación de la seropositividad, la persona ha podido revisar su situación, ha hecho importantes ajustes a su estilo de vida y gradualmente ha aprendido a vivir con el VIH, la persona se encuentra en un estado de tranquilidad y relajación, lo cual no significa que esté libre de dolor y que viva todo el tiempo una felicidad plena. Puede ser que se considere a la seropositividad como una oportunidad para revalorar la vida, la persona busca disfrutar intensamente cada momento, sobre todo si han hecho su aparición algunos síntomas o existe algún indicio

que sugiera que la enfermedad está avanzando. Algunas técnicas que se proponen son las siguientes:

a) " Línea de la vida "

Este ejercicio pretende sensibilizar a la persona respecto a la importancia de su propia vida; permitir una revisión de su situación actual y de sus metas. Hay que proporcionarle a la persona una hoja blanca y lápices de colores para que trace una gráfica que represente su vida, la cual tendrá que ser lo más detallado posible. Se le pedirá que describa las circunstancias que rodean su nacimiento, que ubique la mitad de los años que han vivido y que describa sus experiencias; en el momento actual, qué es lo que más le gusta de la vida y que le desagrada; después se le pide que piense en un número de años límite de vida y que consideren que les gustaría lograr; por último que piensen en el momento de su muerte, que piensen cómo les gustaría morir y las circunstancias que le gustaría que rodearan ese acontecimiento. Al término de esta actividad, se le anima a que comente con el terapeuta como se siente y que le dejó este ejercicio (Acevedo, 1993).

b) " Pescador sabio "

Este ejercicio se recomienda para ayudar a la persona a reconocer sus recursos y sus potencialidades. Consiste en un viaje imaginario, que se inicia con una relajación, después se le pide que imagine que se encuentra en una playa con el mar enfrente suyo, que vea como se acerca a la costa un pescador sabio en una lancha, a quien hay oportunidad de hacerle una pregunta sobre algo importante para la persona, se le dice que el viejo pescador es muy sabio y puede contestar a cualquier interrogante. Después se le pide que se convierta en el pescador sabio y que entable un diálogo durante unos momentos; a continuación se le indica que se convierta nuevamente en él mismo, entonces el pescador sabio le obsequia algo que es muy valioso para él y que puede ubicar en alguna parte de su cuerpo para que le acompañe siempre; se le dice que se despida del sabio pescador y que intente recorrer la playa para que la pueda recordar y

regresar ahí cuando lo desee. Entonces, se le dice que se prepare para regresar y se le pide que salga de la relajación poco a poco hasta que pueda abrir sus ojos. Se anima a la persona a compartir su experiencia con el terapeuta, a fin de que explore su experiencia.

c) " El escudo "

Este ejercicio sirve para clarificar los nuevos valores, promover el autoconocimiento y la autoestima. Para realizarlo, hay que pedirle a la persona que en una hoja de papel dibuje un escudo que lo divida en cuatro partes, donde colocarán el mayor éxito en su vida, el ideal que consideran más importante, los valores que lo sostienen y las armas con las que cuenta para enfrentar su vida; se le concede tiempo para completarlo y al final, se le pide que comente su dibujo.

En este modelo psicoterapéutico se han presentado algunos ejercicios y técnicas, recomendados según la etapa en que se encuentre el individuo, cuya finalidad es ayudar a la persona y promover su crecimiento, es importante señalar que sólo constituyen una propuesta de trabajo para ciertos propósitos específicos que con mayor frecuencia se presentan en la psicoterapia con personas que viven con VIH, pero de ninguna manera constituyen la única posibilidad, es importante que cada terapeuta busque los ejercicios más adecuados para ayudar a la persona con la que trabaja, de acuerdo con las necesidades y requerimientos del proceso de la persona.

También se proponen otras técnicas más generales para ser empleadas en cualquier etapa del proceso terapéutico, de acuerdo con las necesidades que la persona vaya teniendo a lo largo de las sesiones. Este grupo de técnicas es el siguiente:

a) Uso de parábolas, leyendas, cuentos cortos, fábulas, máximas, sentencias, poesía, pensamientos y reflexiones. La utilización de estos elementos tiene como idea fundamental el promover la reflexión de la persona, transmitirle alguna enseñanza sobre su experiencia, además de conducir a la autoexploración y al autoconocimiento. Consiste

en narrarle a la persona alguna de estas enseñanzas, la manera de hacerlo dependerá del momento, estilo y personalidad del terapeuta. En particular se sugiere el uso de parábolas, cuentos cortos, leyendas y fábulas de la literatura universal (Ende,1981; Metzwer,1988; Schwab,1979); máximas y sentencias universales (Wilhelm,1977) ; poesía (Felipe, 1981; Felipe, 1981; Neruo,1979); pensamientos y reflexiones (Bosman, 1976; De Mello, 1988; De Mello,1991; Gibran, 1978; Jaramillo, 1992).

b) La utilización de preguntas para profundizar en la experiencia. Se propone usar preguntas abiertas o aquellas que no se puedan contestar con un sí o un no; preguntas aclaratorias, para complementar la comprensión del terapeuta y preguntas de exploración, para facilitar la autoexploración de la persona.

c) El empleo de cartas. Se sugiere encargar a la persona que exprese por escrito algún aspecto de su proceso, como por ejemplo: una carta al virus; a su soledad; a sí mismo o su familia; con la intención de que pueda aclarar, explorar y expresar sentimientos vinculados con alguna vivencia y facilitar el autodescubrimiento.

d) Dejar a la persona " tareas " sobre algún elemento en particular y trabajarlo en la sesión siguiente. Esta técnica resulta particularmente útil cuando la persona requiere de tiempo para aclarar o explorar sus sentimientos, su vivencia o algún elemento de su experiencia. Se puede encargar a la persona que traiga sus reflexiones por escrito o que sólo lo piense, con el fin que constituya material para trabajar en la próxima sesión.

e) La meditación. La utilización de esta técnica puede resultar sumamente útil para algunos individuos, sobre todo en aquellos que tienden a presentar ansiedad o que el tratamiento médico origina grandes molestias o estrés. Se propone el uso de la meditación en una habitación tranquila, con los ojos cerrados y haciendo tres respiraciones prolongadas, después se procede a meditar, tratando de poner la mente "en blanco" durante tres a 30 minutos; para finalizar repetir la respiración.

f) El autorregistro de algún aspecto del comportamiento. Esta técnica es útil cuando se busca disminuir o aumentar un comportamiento, por ejemplo: dejar de fumar, comenzar a hacer ejercicio físico, balancear la alimentación.

g) La relajación. Se puede entrenar a la persona en hacer ejercicios de relajación cuando hay estrés, ansiedad o insomnio. Se sugiere emplear el procedimiento según la persona, ya sea relajación autógena, o en paquetes musculares.

g) La exploración de los sueños. Esta forma de trabajo puede resultar benéfico para aquellas personas que desean trabajar esa parte de su experiencia. Consiste en que el terapeuta se convierte en facilitador de los sueños, expresando previamente a la persona su interés en explorar sus sueños si así lo desea. El individuo tiene que sentirse libre de traer a la terapia un sueño para ser explorado; lo cual comprende el proceso de descubrir el significado y la experiencia actual sobre ese sueño; para esto se utilizan preguntas de exploración, de aclaración, respuestas de significado para el soñante, declaraciones idiosincráticas en la que el terapeuta expresa sentimientos y contenidos privados y declaraciones acumulativas, basadas en elementos expresados en momentos anteriores (Barrineau, 1994). Con respecto a las técnicas, es válido utilizar cualquier procedimiento siempre que se tenga un propósito claro, sirva para ayudar, facilite el proceso y promueva el crecimiento de la persona.

También es importante señalar, que se deberá aplicar en cuestionario de frases incompletas, la composición, la escala de evaluación del proceso y el estudio fenomenológico para monitorear en todo momento el proceso y decidir la mejor forma de intervención.

Por otra parte, es necesario comentar que esta parte de la propuesta de intervención está planeada para trabajar con personas cuyo estado de salud físico les permite acudir a su sesión de psicoterapia, aunque es importante considerar que su deterioro vaya siendo mayor y presenten complicaciones que hacen frecuente su internamiento o reposo en casa u hospital y requieran por lo tanto de psicoterapia

integrada con el programa de atención al paciente en casa, que se describirá con más detalle a continuación.

3.2.3 Personas con SIDA en fase terminal

La gente que presenta estadios muy avanzados de SIDA tiene un grado variable de deterioro físico, que con frecuencia limita su movilidad y les hace permanecer en casa o ingresar al hospital. En este momento la persona que se encuentra en fase terminal requiere del apoyo de familiares, amigos, pareja y personal capacitado en el programa de atención a paciente en casa, cuyo objetivo es el desarrollar actividades enfocadas a mejorar la calidad de vida y dignidad en el proceso de muerte mediante métodos básicos de enfermería, tanatología y cambios de actitud hacia el paciente (Martínez, 1995).

Como parte de este programa para brindar una atención integral se propone la inclusión del modelo de intervención psicoterapéutico para personas en fase terminal. A esta fase del modelo pueden ingresar personas que previamente con trabajo terapéutico previo y que enfermaron; o personas que solicitan la atención por primera vez. En cualquier fase, pero particularmente en este período se requiere que el terapeuta tenga claro su propia concepción de muerte, que reconozca las emociones que surgen cuando trabaja con este tipo de personas y sus propias necesidades.

Para iniciar el trabajo propiamente dicho es necesario considerar varios factores:

- a) Estado emocional del paciente
- b) Grado de deterioro físico y cercanía de la muerte
- c) Existencia de trabajo terapéutico previo y fase del proceso
- d) Fase del proceso de morir

Tomando en cuenta estos elementos es como se decide la línea de acción más adecuada a seguir según el caso. También permitirá determinar el lugar de la atención en casa, hospital o consultorio.

Es necesario recordar que la persona que recibe un diagnóstico de haber desarrollado SIDA y que está en fase terminal atraviesa por un período crítico, puede

negar su vivencia hasta el punto de no percibir su situación real, por lo que es necesario que el terapeuta se muestre cálido, empático, dispuesto a acompañar y aceptar a la persona; de tal manera que favorezca toda comunicación de sentimientos vinculados a la muerte inminente, que hable sobre sus preocupaciones, temores, dudas y fantasías al respecto. La manera de intervención será de forma directa y atendiendo las necesidades de la persona y su proceso de muerte; por lo que sólo se brindan algunos ejercicios y sugerencias generales. Según las necesidades se pueden utilizar las siguientes técnicas:

a) " Visualización del virus "

Este ejercicio permite a la persona explorar su situación con respecto a la enfermedad y lo que siente. Este ejercicio resulta útil cuando la persona manifiesta una clara preocupación respecto al deterioro que le origina la enfermedad o cuando manifiesta una negación por el diagnóstico. Consiste en pedir a la persona que cierre sus ojos y que se relaje, que imagine como ve al virus, cómo es , que lo explore y que vea que siente respecto a él, para que descubra lo que le ha hecho y como ha afectado su vida; para que al final, regrese de la relajación y comente su experiencia al terapeuta.

b) " Diálogo con el síntoma "

Este ejercicio es análogo al propuesto con anterioridad para la intervención con gente con VIH y etapas incipientes de enfermedad; tiene como claro propósito el permitir que la persona explore como se siente respecto a sus síntomas, que descubra que le originan y como han afectado su vida.

c) " Técnicas de descarga "

También esta técnica es como la propuesta para la gente con VIH; ya que en ocasiones la noticia de la muerte inminente, hace que la persona reaccione con ira hacia sí misma y con resentimiento hacia aquellos que no van a a morir.

d) " Mis pendientes. . . "

Este ejercicio tiene como finalidad que la persona ponga en orden sus asuntos y que haga algunas disposiciones para cuando no esté presente. Consiste en pedir a la persona que enliste sus asuntos pendientes más inmediatos y que intente, en la medida de lo posible, concluirlos. Es importante que el terapeuta ayude a explorar las motivaciones para concluir algo, lo que siente al respecto y alternativas para conseguirlo.

e) " El Castillo "

Este ejercicio es el mismo que se sugiere para la gente que vive con VIH, se recomienda en caso de sentimientos de culpa para facilitar la expresión de los mismos.

f) " La Línea de la vida "

Esta técnica también se describió con precisión en el apartado dedicado a las personas seropositivas y con enfermedad inicial. Pero al utilizarla con pacientes terminales, se puede trabajar el aspecto de las pérdidas. Para lo cual, se pide a la persona que sobre su línea de vida señale las pérdidas más significativas que ha tenido a lo largo de su existencia. el terapeuta facilitará su exploración y la manera en que se han podido superar y vivir con ellas. También es necesario enfatizar los logros realizados durante la vida, las motivaciones que subyacen a cada uno y en cuanto al aspecto de muerte, puede ser una oportunidad para explorar la expectativa que tiene la persona.

g) " Muerte y Desprendimiento "

Esta técnica sólo se recomienda para aquellas personas con amplio trabajo terapéutico y que inicien a manifestar fantasías sobre el momento de la muerte. Tiene como finalidad que la persona vivencie como puede ser el instante de su muerte, para facilitar que se asimile como un hecho natural. Consiste en una relajación, al término de la que se pide a la persona que imagine que está en agonía y que se prepara para irse; se le invita a que explore lo que ha sido su vida, que se despida de sus seres queridos y que dejen sus asuntos resueltos después se les pide que vivan como se van desprendiendo y alejando de su cuerpo, como inician un viaje hacia un lugar

desconocido pero seguro, que vean adonde se dirigen; se concede un tiempo para explorar aquel lugar y como se sienten, al término del mismo, se les invitará a regresar a su cuerpo gradualmente y salir de la relajación; al final se les anima a compartir su experiencia.

h) " Reconciliación y Perdón "

Este ejercicio se recomienda cuando la persona manifiesta resentimientos hacia sí mismo o hacia los demás para que logre clarificar esta situación. Consiste en una relajación, se pide a la persona que se vea a sí misma en un lugar agradable y que le sea familiar, que comience a explorar que resentimientos tiene guardados contra sí mismo, que cosas se reprocha, se concede tiempo para que entable un diálogo con lo que resiente. Después se le solicita que vea como esto le ha impedido vivir, de que manera le ha afectado y como se siente; para que comience a ver si puede perdonarse a pesar de eso. A continuación se le invita a imaginarse sobre un puente, a medida que camina se va encontrando con personas a quienes reprocha algo y que guarda algún rencor; como se siente y que entable un diálogo con cada una para ver que puede descubrir y si puede perdonar. Por último, que se vea con el perdón, como puede vivir tranquilo con él y que dialogue por unos momentos; después se le pide que regrese de la relajación y que comente su experiencia.

i) " Caminar hacia la luz "

Esta técnica se recomienda cuando la persona ha estado en una aceptación de los hechos, sirve para enfatizar los recursos y que favorezca una sensación de plenitud. Consiste en pedirle a la persona que se relaje, que cierre sus ojos, que imagine que va por un camino hacia la luz, que constituye su lámpara interior, que le guía e ilumina en todo momento ; que permanezca un rato en esa luz, que vea como se siente, que trate de ver el mensaje que le acompaña; después la persona tiene que salir de la relajación y pedirle que cuente su experiencia.

Con el uso de estas técnicas, ejercicios y con el trabajo terapéutico dirigido a personas con SIDA en fase terminal se enfatiza la calidad de vida y el buen morir, lo cual se refiere a que la persona muera en compañía de sus seres queridos, acompañada, tranquila, en un estado de bienestar y de manera apacible. Es necesario señalar que aún en estos momentos la persona tiene el control de su vida, tienen que ser respetadas sus decisiones sobre todo las concernientes a él mismo. Esto es especialmente importante en el caso de la agonía, en donde es necesario que el terapeuta mantenga una actitud abierta ante las necesidades del individuo; sea empático, tenga una disposición para acompañar y compartir plenamente cada instante con la persona. Se tiene que recordar que con el trabajo terapéutico se persigue que la persona se responsabilice de sí misma, tenga una oportunidad de crecer y prepararse para el momento de su muerte, para que ocurra de una manera digna y en las mejores condiciones posibles.

En conclusión, esta propuesta de intervención psicoterapéutica dirigido a personas con VIH/SIDA tiene como propósito fundamental el aumentar la capacidad del individuo para enfrentar el problema a través de la movilización de sus recursos; proporcionar apoyo emocional; promover el desarrollo personal de las personas que viven con VIH/SIDA y acompañar a las personas con SIDA en fase terminal. Este modelo se desarrolló considerando al padecimiento como una enfermedad terminal, en cuyo caso se sugiere extender el trabajo hacia aquellas personas que solicitan la prueba de detección de anticuerpos al VIH; gente que vive con VIH y por último, se propone el trabajo con individuos con SIDA en fase terminal.

El trabajo psicoterapéutico se inicia cuando una persona resulta positiva en su examen de detección o solicita el servicio, en ambos casos se aplica el instrumento de frases incompletas para ubicar hacia adonde tiende a estar la persona y proponer la forma de intervención más adecuada; se recomienda el uso de técnicas y ejercicios específicos para cada etapa para facilitar el proceso y se dan lineamientos generales

que permiten tener una idea más clara de lo que puede estar viviendo la persona. En el caso de personas con SIDA en fase terminal se recomienda la intervención directa, ya que el grado de deterioro puede ser muy importante y a menudo requiere de un trabajo práctico y eficaz para brindar ayuda al individuo.

Con este modelo se pretende contribuir a elevar la calidad de vida, promover el desarrollo, que la experiencia de vivir con VIH sea una oportunidad de trascender y de mejorar el funcionamiento del individuo. Por lo que en la siguiente parte se expondrán más ampliamente las conclusiones sobre esta propuesta de intervención terapéutica.

CONCLUSIONES GENERALES

La problemática del VIH/SIDA es muy compleja, afecta a todas las esferas del individuo: a nivel biológico destruye el sistema de inmunidad, dejando al organismo a expensas de infecciones oportunistas, algunas de ellas de difícil tratamiento e incluso incurables. A nivel psicológico provoca una desorganización, un desajuste emocional variable e implica una necesidad de hacer cambios en el estilo de vida y por último, a nivel social tiene repercusiones económicas, políticas, repercute en las costumbres, hábitos y en la manera de relacionarse entre los individuos (Mexicanos contra el SIDA, 1993). Como tiene manifestaciones tan amplias y en aspectos tan variados del individuo, el tratamiento tendrá como propósito fundamental el promover cambios para mejorar la calidad de vida; por lo que tiene que ser integral, atender las diversas necesidades y esto sólo es posible mediante la colaboración de un equipo multidisciplinario de salud formado por médicos, psicólogos, nutriólogos, tanatólogos y enfermeras, entre otros (Arranz, 1994). Por lo que es necesario que el modelo de intervención psicológica propuesto forme parte de un trabajo multidisciplinario e integral.

La propuesta de intervención tiene como principal característica el encontrarse totalmente basado en el modelo del Enfoque Centrado en la Persona, cuya efectividad ha sido probada empíricamente en otro tipo de casos, es flexible y posee una metodología precisa que permite la evaluación de los efectos, la naturaleza de los cambios, conocer sus alcances y limitaciones (Hall y Lindzey, 1980). Además, constituye una forma de psicoterapia breve que: ofrece resultados a corto y mediano plazo, enfatiza explícitamente el bienestar y la salud, brinda elementos de la comunicación para enfrentar la situación de enfermedad y fomenta la creación de relaciones interpersonales funcionales, sanas y significativas; todo lo cual permite a la persona construir una red social de apoyo, tan necesaria para encarar las situaciones que acompaña el hecho de vivir con el VIH o con SIDA. Pero no solo eso, sino que promueve el crecimiento personal, haciendo que el individuo viva de una manera más funcional y sana,

llevándolo a un proceso de constante búsqueda (Lafarga,1990) y permitiéndole trascender hasta un estado de bienestar mayor que antes de saberse infectado o enfermo.

Esto se puede lograr mediante una forma de intervención que proporcione condiciones favorables para la autoexploración, la reorganización y el cambio. Por lo que un modelo con tales características tiene como metas: el proporcionar apoyo emocional, reducir la ansiedad y la tensión; favorecer la utilización de los propios recursos, habilidades y capacidades del individuo para encarar esta problemática; aumentar la autoestima y promover la adaptación al nuevo estado serológico o condición de enfermedad.

Esto puede tener implicaciones muy profundas, ya que el provocar cambios en el comportamiento, en el estilo de vida, en la manera en que el individuo se percibe a sí mismo y al hecho de vivir con VIH, se promueve que la persona se convierta en un agente activo de su propio tratamiento, impulsándola a la autonomía, el responsabilizarse de sí misma y de su propia salud a través del autocuidado y la adhesión a los tratamientos médicos, el solicitar apoyo profesional cuando sea realmente necesario, lo cual permite hacer un diagnóstico precoz y tratar oportunamente enfermedades, que menoscaban el bienestar e implican un deterioro en todos los niveles.

Además, este modelo tiene la ventaja de permitir la evaluación, a través de los instrumentos propuestos para medir el proceso terapéutico, lo que posibilita que exista un seguimiento continuo del momento que está viviendo la persona; los cambios que se han producido y el efecto de la intervención sobre el individuo (Martínez, 1982). Es importante señalar, que estos instrumentos están basados en la metodología fenomenológica, que se utilizó debido a que se concibió el proceso terapéutico como un fenómeno que ocurre en el interior de cada individuo, que sólo puede ser percibido y experimentado íntegramente por el mismo, constituye una realidad única, personal y

propia, que sólo puede ser conocida a través del marco de referencia interno del individuo que lo experimenta (Martínez, 1994). Los instrumentos propuestos permiten establecer una ubicación del momento que vive la persona, para decidir la intervención de una manera más directa; el monitorear el proceso para verificar los cambios y hacer un seguimiento del individuo que se encuentra en psicoterapia. Aunque es necesario probar empíricamente los instrumentos para establecer su fiabilidad, su eficacia, corregir posibles deficiencias, para su perfeccionamiento, estos aspectos están fuera del alcance del presente trabajo.

En relación a la propuesta de intervención propiamente dicha, es necesario señalar que se estableció una división arbitraria para personas que solicitan la prueba de detección; personas con VIH y en fase terminal, tomando como base las necesidades, los requerimientos, las características particulares y la experiencia de trabajo con dichos individuos. En relación al modelo, se basa profundamente en las hipótesis enunciadas en la Psicoterapia Centrada en la Persona, ya que han sido probadas empíricamente en otros casos y situaciones diversas (Rogers, 1993). Además las condiciones que plantea son fácilmente operativizables para el trabajo concreto con individuos afectados por el VIH, facilitan que la persona encuentre alternativas realistas de solución, pueda realizar cambios de hábitos y de conducta; modificar estilos de vida en completa libertad, de acuerdo con sus actividades, gustos, intereses y características personales (Abrego y cols, 1994).

En relación con las experiencias de aprendizaje sugeridas, sólo constituyen herramientas de trabajo que se adaptan a las necesidades más frecuentes de las personas que viven con VIH en cada etapa del proceso terapéutico; aunque sólo son opciones que tienen que ser ensayadas por el psicoterapeuta, pudiendo en todo momento hacerles adaptaciones de acuerdo con los requerimientos y circunstancias. Sin embargo, bien, pueden probarse otras técnicas. El psicoterapeuta tiene que considerar las experiencias de aprendizaje como instrumentos que coadyuvan al proceso, por lo que

únicamente se recomienda que se utilicen con un propósito claro y sugiriéndolo en todo momento al individuo, quien tendrá la libertad de decidir si las hace o no.

También este modelo ha sido resultado de una propuesta teórica y basada en la experiencia psicoterapéutica con personas que viven con VIH/SIDA, por lo que se reconoce la importancia de realizar estudios empíricos a varios niveles : en la forma de evaluación del modelo; sobre las técnicas sugeridas, algunas no suficientemente estudiadas como los beneficios de la meditación y el trabajo con los sueños, entre otras; de esto se desprende que el campo de la investigación es muy extenso y rebasa los límites de este trabajo.

En lo referente a las implicaciones teóricas, este modelo de intervención se perfila como un medio de investigación amplio; representa una propuesta sistematizada emanada de un ámbito aplicado de la Psicología, para generar nuevos conocimientos y como una respuesta concreta de una demanda psicosocial como la planteada por la problemática del VIH/SIDA. En cuanto a las implicaciones prácticas, constituye una forma de intervención flexible y adaptable según los requerimientos de las personas; por lo que puede emplearse en una gran variedad de circunstancias de trabajo; además brinda al psicoterapeuta sin experiencia de trabajo con personas afectadas por la infección, una orientación útil y una propuesta de manejo concreta. Para los profesionales con experiencia representa una opción sistemática de intervención con las personas que viven con VIH o que han desarrollado SIDA, quienes presentan características que hacen necesario un manejo especializado realizado por personas con experiencia, sensibilizadas respecto a este fenómeno y con información adecuada al respecto.

Finalmente, creo necesario comentar que este modelo ha surgido de mi experiencia de trabajo con personas que viven con VIH/SIDA. He trabajado a lo largo de dos años en la Fundación Mexicana de Lucha contra el SIDA como psicoterapeuta, durante los cuales he aplicado algunas partes de este modelo: la consejería pre y post-prueba como se presentó en el apartado correspondiente; he aplicado la propuesta de

intervención para personas con VIH, aunque no de una manera tan sistemática y organizada. Sobre todo he utilizado las experiencias de aprendizaje como herramientas para facilitar el proceso de la persona, por lo que he visto que constituyen valiosos elementos que le permiten avanzar. En lo que se refiere al trabajo de personas con SIDA en fase terminal, he aplicado la propuesta de intervención en una forma análoga a la descrita anteriormente, de un modo directo y utilizando los ejercicios sugeridos, con lo que he podido observar que es posible que la persona muera dignamente. En lo que se refiere a mi experiencia personal, puedo comentar que he compartido el dolor, la angustia, la incertidumbre y una gama de sentimientos que se encuentran presentes cuando entrego un resultado positivo a una persona; en el momento que un individuo infectado comienza a enfermar o entra a una fase terminal. Pero también he presenciado la lucha de las personas infectadas por ser ellas mismas, por adaptarse a su nueva situación, lo que en algunas ocasiones representa un intenso dolor, pero también significa una oportunidad para cambiar y de crecer intensamente. Para mí, esta labor ha implicado una oportunidad de desarrollo muy profunda: he tenido momentos de dolor y alegría, he aprendido a apreciar la vida y a darme cuenta de lo que significa ser realmente humano.

BIBLIOGRAFÍA

1. ABREGO, L. CASO, L. GARCÍA, P. HERNÁNDEZ, S. (1994). Guía para la atención psicológica. México: CONASIDA p 4-79.
2. ACEVEDO, A. (1993) Aprender jugando. México: Limusa. vol. (1 y 2) p 68-75.
3. ALLPORT, G. (1965). " Psicología de la Personalidad ". En: QUITMAN, H. (1989). Psicología humanística. México: Herder. p. 27-30.
4. ARANGO, V. (1989). Aspectos psico-sociales de la infección VIH/SIDA. Madrid: Salvat. p 110-127.
5. ARRANZ, P. (1994) . Intervención psicológica en niños y adultos afectados de SIDA. Revista de Psicología General y Aplicada. vol. 47 (2) . p 183-191.
6. BARRINEAU, P. (1994). Trabajo sobre los sueños Centrado en la Persona. Prometeo, No. 1. p 63-71.
7. BAYÉS, R. (1988). Factores psicológicos en la prevención, etiología y evolución del SIDA. Revista Mexicana de Psicología. vol. 5 (2) . p 203-210.
8. BAYÉS, R. (1994). SIDA y psicología: realidad y perspectivas. Revista de Psicología General y Aplicada. vol. 47 (2) p. 125-127.
9. BENÍTEZ, L. (1989). Bases científicas de la Medicina: dogmas e incertidumbres. Gaceta Médica de México. vol. 125 (3-4). p 12- 23.
10. BORRÁS, F.X (1994). SIDA: Aportaciones desde la psiconeuroinmunología. Revista de Psicología General y Aplicada. vol. 47 (2) . p.225-229.
11. BOSMAN, P. (1976). La alegría de vivir. México: MCS. p 159
12. BOSWELL, D.L DODD, D.K. (1993). Teoría del balance: una explicación psicosocial del valor terapéutico del aprecio positivo incondicional. The journal of Psychology. vol. 128 (1). p. 101-109.
13. BUGENTAL, J. (1964). " Orientación y Psicología humanista". En: QUITMAN, H. (1989). Psicología humanística. México: Herder. p. 32-35.

14. BUNDZA, K. (1973). " La apertura personal del terapeuta su efectos sobre las impresiones del terapeuta y la disponibilidad para mostrarse abierto". En: LAFARGA, J. GÓMEZ, J. (1991). Desarrollo del potencial humano. Vol. 2 México:Trillas. p 198-203.
 15. CAROVANO, K. RAMOS, M. (1991). A través del espejo: Guía de consejería. Washington: AIDSCOM. p.1-31.
 16. COATES, J. KEGELES, M. MORIN, J. (1988). AIDS Antibody Testing : Will it stop the AIDS epidemic? Will it help people infected with HIV ?. American Psychologist. vol. 43 (11). p 859-864.
 17. CONASIDA (s/f). La prueba de detección del SIDA y su significado. México: SSA/ CONASIDA. p 1-6.
 18. CONASIDA (1990). Guía para la atención médica de pacientes con infección por HIV- SIDA en consulta externa y hospitales. México: SSA pp 8.
 19. CONASIDA (1994). Gaceta informativa. México: SSA/CONASIDA. p 4.
 20. COTTE, M. (1988). SIDA y sexo. Venezuela: Monte Avisá editores. p 21-88.
 21. DE MELLO, A. (1988). Autoliberación interior. Buenos Aires: Lumen. p 6-45.
 22. DE MELLO, A. (1991). Autoconocimiento. Buenos Aires: Lumen. p 1-29.
 23. DE VITA, V. (1986). SIDA, etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención. México: Salvat. p 273-292.
 24. DOLAN, J. DESSELBERGER, U. (1994). Construction of gag, pol y env specific riboprobes for confirmation of HIV-1 specific polymerase chain reaction product. Journal of Virological Methods. vol. 48 . p 167-175.
 25. ENDE, M. (1981). Momo. Chile: Cuatro Vientos. p 5-67.
 26. FELIPE, L. (1981). Ganarás la luz. Madrid: Visor. p 1-89.
 27. FELIPE, L. (1981). Canto a mi mismo. Madrid: Visor. p 1-13.
 28. FRANCESCO, S. (1989). Diez minutos que pueden cambiar tu vida. E.U: Gay Men's Health Crisis inc. p 86-89.
-

29. GALVÁN, F. (1992). Condiciones sociales de la epidemia del.SIDA en México: situación, derechos y discriminación. México- E.U: Memorias Conferencia Binacional sobre SIDA, p 122-124.
30. GIBRAN,J.G. (1978).La voz del maestro.México: Diana.p 3-30.
31. GONDRA,R.J.M.(1978). La psicoterapia de Rogers. Bilbao: Desclée de Brouwer. p 12-89.
32. GONZÁLEZ, F. VALDÉS,H. (1994). Psicología Humanista: actualidad y desarrollo. Ed. Ciencias Sociales : La Habana. p 128-163.
33. GONZÁLEZ, N. (1993). Infectología Clínica Pediátrica. México: Trillas. p 594-611.
34. GONZÁLEZ, A.M. (1987). El Enfoque Centrado en la Persona. aplicaciones a la educación. México: Trillas. pp 7- 57.
35. GONZÁLEZ, A.M. (1988). El niño y la educación. México: Trillas. pp 34-123.
36. GOODMAN, G.A (1991). Las bases farmacológicas de la terapéutica. Argentina: Panamericana. p 1144-1148.
37. HALL, C. LINDZEY,G. (1980). La teoría del sí mismo y la personalidad. México: Paidós. p 53-72.
38. HERNÁNDEZ, J.J (1992). Sexualidad y políticas públicas. México- E.U: Memorias Conferencia Binacional sobre SIDA. p 72-75.
39. INDRE (1994). Boletín Mensual SIDA/ETS no. 11 año 8 p 4.
40. JARAMILLO,H. (1992). El despertar del mago. México: Diana. p 2-89.
41. KINGET,G.M. ROGERS,C. (1980). Psicoterapia y relaciones interpersonales. México: Alfabuara. p 111-131.
42. KÜBLER-ROSS, E. (1969). On death and dying. New York : Mc Millan p 53- 120.
43. KUMATE, J. (1994). Manual de Infectología Clínica. México: Méndez editores. p 559-580.

44. LAFARGA, J. (1986). "¿Es la psicoterapia efectiva? Un modelo de investigación en psicoterapia ". En: LAFARGA, J. GÓMEZ, J. (1993). Desarrollo del potencial humano. vol. 4 México: Trillas. p 117-122.
45. LAFARGA, J. (1990). " Más allá de la psicoterapia tradicional ". En: LAFARGA, J. GÓMEZ, J. (1993). Desarrollo del potencial humano. vol. 4 México: Trillas. p 67-72.
46. LAFARGA, J. (1992). " Contexto histórico del Enfoque Centrado en la Persona". En: LAFARGA, J. GÓMEZ, J. (1993). Desarrollo del potencial humano. vol. 4 México: Trillas. p24-55.
47. LIETAER, G. (1986). Client and therapist perceptions of helping processes in client-centered experiential psychotherapy. Person Centered Review. vol. 1 (4). p 436-455.
48. LOYOLA, C.K. (1991). El concepto de cambio en la Psicoterapia Centrada en la Persona. tesis: UNAM. p 7-89.
49. MASSON, E. (1992). Guía práctica del SIDA. Madrid : Salvat. p 12-39.
50. MARKS, S. (1986). Empathy research: some metodological considerations. Psychotherapy. vol. 23 (1) p 4-19.
51. MARTÍNEZ, M. (1982). La Psicología Humanista: fundamentación epistemológica, estructura y método. México: Trillas. p 58-76.
52. MARTÍNEZ, M. (1994). Comportamiento humano. México: Trillas. p 17-266.
53. MARTÍNEZ, J. (1995). Tanatología: propuesta de capacitación para quienes atienden a pacientes con SIDA en fase terminal. México: V Congreso Nacional sobre SIDA. p 74.
54. METZWER, R. (1988). Las grandes metáforas de la Tradición Sagrada. Barcelona: Kairós. p 3- 87.
55. MEXICANOS CONTRA EL SIDA (1993). Manual : estilos de vida y cuidados especiales para personas que viven con VIH. México: SSA/ INDRE/ MCSC. p 1-159.
56. MILLER, D. (1989). Viviendo con SIDA y VIH. México: Manual Moderno. p 65- 113.
57. MIRKO, G. (1990). Historia del SIDA. México: siglo XXI. p 7- 25.
58. MONTALVO, C. (1990). Reumatología Clínica. México: Limusa. p 483-489.

59. MONTIEL, M. (1990). La formación básica del terapeuta humanista. Tesis: UNAMp 39
60. NERVO, A. (1979). Plenitud. México: Mexicanos Unidos. p 4-21.
61. O.P.S. (1989). SIDA: Perfil de una epidemia. Washington: OPS. p 141-162.
62. QUITMAN, H. (1989). Psicología humanística. México: Herder. p 129-177.
63. RAMÍREZ, M. HERNÁNDEZ, G. (1991). Una revisión teórica y propuesta de trabajo terapéutico a portadores del VIH y familiares. Tesis: UNAM. p. 45-53.
64. ROBBINS, S (1990). Patología Estructural y Funcional. Madrid: Interamericana- Mc Graw-Hill. p 232-242.
65. ROGERS, C. (1947). " Algunas observaciones acerca de la organización de la personalidad ". En: LAFARGA, J. GÓMEZ, J. (1991). Desarrollo del potencial humano. Vol. 2 México: Trillas. p 62-82.
66. ROGERS, C. (1957). " La naturaleza del hombre ". En: LAFARGA, J. GÓMEZ, J (1990). Desarrollo del potencial humano. vol. 1 México: Trillas. p 29-34.
67. ROGERS, C. (1957). " Condiciones necesarias y suficientes del cambio terapéutico de personalidad". En: LAFARGA, J. GÓMEZ, J (1990). Desarrollo del potencial humano. vol. 1 México: Trillas. p 77-92.
68. ROGERS, C. (1958). " Características de una relación de ayuda ". En: LAFARGA, J. GÓMEZ, J. (1992). Desarrollo del potencial humano. Vol. 3 México: Trillas. p 46.
69. ROGERS, C. (1962). " La relación interpersonal: el núcleo de la orientación ". En : LAFARGA, J. GÓMEZ, J. (1991). Desarrollo del potencial humano. Vol. 2 México: Trillas. p 121-136.
70. ROGERS, C. (1963). " La psicoterapia hoy o ¿de aquí a dónde iremos?". En : LAFARGA, J. GÓMEZ, J. (1990). Desarrollo del potencial humano. Vol. 1 México: Trillas. p 15-28.
71. ROGERS, C. (1963) " El concepto de la persona que funciona completamente". En: LAFARGA, J. GÓMEZ, J. (1990). Desarrollo del potencial humano. vol. 1 México: Trillas. p 93-110.

72. ROGERS,C. (1965). " La relación terapéutica: investigación y teoría recientes ". En: LAFARGA,J. GÓMEZ, J. (1992). Desarrollo del potencial humano. Vol. 3 México:Trillas. p 91-102.
73. ROGERS,C. (1974). " Cuarenta y seis años en retrospectiva ". En: LAFARGA,J. GÓMEZ, J. (1991). Desarrollo del potencial humano. Vol. 2 México:Trillas. p 83-99.
74. ROGERS,C. (1980). El poder de la persona. México: Manual Moderno. p 1-194.
75. ROGERS,C. (1981). Psicoterapia, personalidad y relaciones interpersonales. México: Nueva Visión. p. 19-85.
76. ROGERS,C. (1984). Orientación psicológica y psicoterapia. Madrid:Narcea. p 13-351.
77. ROGERS,C. (1986). " La medición del self y de sus cambios ". En: LAFARGA,J. GÓMEZ,J. (1993). Desarrollo del potencial humano. vol. 4 México: Trillas. p 123-133.
78. ROGERS,C (1987). "La persona del mañana ". En LAFARGA,J. GÓMEZ,J. (1990). Desarrollo del potencial humano. vol. 1 México: Trillas. p 221-228.
79. ROGERS,C. (1992). El proceso de convertirse en persona. México: Paidós.p 77-92.
80. ROGERS, C. (1993). Psicoterapia centrada en el cliente. México: Paidós. p 53-175.
81. ROGERS,C. (1993). Grupos de encuentro. Buenos Aires: Amorrortu editores. p7-178.
82. ROITT, I. (1991). Inmunología. Madrid: Salvat p. 2.2-2.7
83. SAÚL, A. (1993). Lecciones de Dermatología. México: Méndez editores.p 35-669.
84. SCHWAB,G. (1979). Las más bellas leyendas de la Antigüedad Clásica. Barcelona: Labor. p 2- 45.
85. SCHWARTZ, R. (1992). Guía médica sobre el SIDA y manual de recursos para la comunidad latina. San Francisco: AIDS-Foundation. p 4-34.
86. SEPÚLVEDA, J. BRONFMAN,M. RICO,B. (1992). El SIDA y los derechos humanos. México: CNDH. p 1-5.
87. SEPÚLVEDA, J. (1990). SIDA: información básica para personal de salud. México: SSA. p 20.

88. SEPÚLVEDA, J. (1989). SIDA, ciencia y sociedad en México. México: Fondo de Cultura Económica. p 379- 389.
89. SHILEN, J.M. (1964). "Comparación de resultados con diferentes formas de psicoterapia". En: LAFARGA, J. GÓMEZ, J. (1991). Desarrollo del potencial humano. Vol. 2 México: Trillas. p 189-197.
90. STEVENS, J.O (1994). El darse cuenta. Chile: Cuatro vientos. p 17-265.
91. TAMAYO, R. (1990). Principios de Patología. México: Panamericana. p 7794-797.
92. THIER, S. SMITH, L. (1988). Fisiopatología, principios biológicos de la enfermedad. Buenos Aires: Panamericana, p 1104.
93. TRACEY, T.J MIARS, R. (1986). interpersonal control in psychotherapy: a comparison of two definitions. Journal of Clinical Psychology. vol 42(4). p 585-592.
94. VALDESPINO, J. SEPÚLVEDA, J. (1990). SIDA: Manual de trabajo para capacitadores. México. SSA. p 1-14.
95. VALDESPINO, J. GARCÍA, M PALACIOS, M. (1992). Epidemiología del SIDA en México en 1991. México-E U Conferencia Binacional sobre SIDA. p 22-25
96. VALDESPINO, J. RODRÍGUEZ, M SACEDO, A. MORA, A. (1992). Situación del SIDA en México. México-E.U: Conferencia Binacional sobre SIDA. p 18-21
97. WILHELM, R. (1977). Lao-Tse y las enseñanzas del Tao. Argentina: Simientes. p 1-7.
98. WILKINS, J. ROBERTSON, K. SNYDER, R (1991). Implications of self-reported Cognitive and Motor dysfunction in HIV- Positive Patients. American Journal of Psychiatry. vol. 148 (5). 641-643.
99. WILSON, J. (1991). Principios de Medicina Interna de Harrison. México: Interamericana-Mc Graw-Hill. p 1622-1631.
100. ZINSSER, H. (1986). Microbiología. Argentina: Panamericana. p 392.

A N E X O S

ANEXO 1

INSTRUCCIONES : A continuación encontrarás una serie de 90 frases incompletas; leélas cuidadosamente y trata de completarlas escribiendo lo primero que se te ocurra. Contesta de la forma más espontánea y sincera que puedas.

1. Cuando tengo problemas, generalmente yo _____
2. Generalmente, hablo acerca de _____
3. Respecto a mis sentimientos _____
4. Crec que mis valores son _____
5. Confío en los demás, pero _____
6. Durante las circunstancias difíciles _____
7. Creo que mi situación personal es _____
8. En este momento estoy _____
9. Cuando supe mi resultado, yo _____
10. Al enterarme del diagnóstico, yo _____
11. En caso de tener un resultado positivo _____
12. Cuando pienso que puedo morir _____
13. Me gustaría platicar acerca de _____
14. Considero que mis problemas _____
15. Cuando tengo algún conflicto, yo _____
16. Veo mi situación _____
17. Considero que mis ideas _____
18. Generalmente mis sentimientos son _____
19. Cuando encuentro alguna discordancia en mí, yo _____
20. Pienso que yo soy _____
21. Si pudiera hablar de mi mismo, diría _____
22. Respecto a mí _____

23. Ahora, mi sentir es _____

24. Acepto mis sentimientos, pero _____

25. A veces siento que _____

26. Siento que siempre estoy _____

27. Pienso que _____

28. Considero que mis sentimientos _____

29. Ante una discrepancia, yo _____

30. Con frecuencia cuando decido algo, yo _____

31. Cuando recibí mi resultado, me sentí _____

32. La seropositividad me hace sentir _____

33. Al recibir el diagnóstico me sentí _____

34. Con frecuencia experimento _____

35. Mi comportamiento es _____

36. A menudo, me siento _____

37. Mi estado de ánimo es _____

38. Diría que me siento _____

39. Al expresar mis sentimientos yo _____

40. Admito lo que siento _____

41. Siento que estoy _____

42. Con frecuencia, diría que estoy _____

43. Respecto a mis sentimientos, podría decir que _____

44. Cuando percibo alguna confusión en mí, yo _____

45. Mis problemas son _____

46. En mi trato con los demás, yo _____

47. Me siento culpable de _____

48. He pedido que _____
49. A menudo prometo que _____
50. Deseo ardientemente que _____
51. Tengo una sensación de _____
52. Cuando me enojo _____
53. Frente a mis sentimientos, yo _____
54. En este momento yo _____
55. Reconozco que mis sentimientos _____
56. Si pudiera decir lo que siento diría que _____
57. Cuando algo no concuerda en mí, yo _____
58. Ante mis problemas, yo _____
59. Diría que estoy _____
60. Acerca de mis ideas puedo decir que _____
61. Siento que he perdido _____
62. Me siento triste cuando _____
63. El saber que voy a morir me hace sentir _____
64. Lo que me duele es _____
65. Ahora siento que _____
66. Podría decir que me siento _____
67. Considero que estoy _____
68. Lo que he vivido _____
69. Si tuviera que describirme a mi mismo diría _____
70. Físicamente me siento _____
71. Me parece que estoy _____
72. Al notar aquella discrepancia en mí _____

73. Considero que mis problemas _____
74. Considero que mi situación es _____
75. Veo mi situación personal _____
76. Respecto a mis ideas me siento _____
77. Ahora, mis sentimientos son _____
78. Cuando experimento algún sentimiento, yo _____
79. Considero que mis emociones y sentimientos _____
80. Mi situación actual es _____
81. Respecto a mí mismo puedo decir _____
82. Creo que mi forma de pensar _____
83. Me invade una sensación de _____
84. Pienso que me gustaría ser _____
85. Últimamente me he sentido _____
86. Ahora el futuro me parece _____
87. Tengo sentimientos de _____
88. Ahora mi interés está _____
89. Mis asuntos pendientes _____
90. Siento necesidad de _____

GRACIAS POR TU COOPERACIÓN.

ANEXO 3

Utiliza este espacio para expresar libremente el significado que tiene para ti este espacio terapéutico. Puedes hacerlo dejando fluir tu consciencia en forma organizada o de cualquier manera que te resulte natural. Te agradeceré que seas lo más sincero posible.

1. El efecto que ha tenido esta experiencia en mi conducta es
 2. Cuando pienso en las sesiones creo que
 3. El efecto que ha tenido en mis sentimientos ha sido
 4. Explica si la imagen que tenías de ti mismo ha cambiado o continua siendo la misma a partir de las sesiones
 5. Describe si a partir de estas sesiones manejas o no más constructivamente tus conflictos. . . .
 6. Si deseas expresar algo más, escríbelo
-