

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN,
VIGILANCIA Y CONTROL DE LA SALUD
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL
DE ITS/VIH/SIDA



**MANUAL
PARA LA ORIENTACIÓN Y MANEJO DE EMOCIONES
EN PERSONAS QUE VIVEN CON
VIH/SIDA**



Autoridades

Ministerio de Salud Pública

Ing. Marco Tulio Sosa
Ministro de Salud Pública

Dr. Salvador López
Viceministro de Salud

Dr. Jaime Gómez
Viceministro de Salud

Lic. Félix Mendizábal
Director General
Regulación-Vigilancia y Control de la Salud

Dr. Edgar Méndez Gordillo
Jefe
Departamento de Regulación de los
Programas de Atención a las Personas –DRPAP–

Licda. Annelise de Salazar
Coordinadora
Programa Nacional de SIDA

Dr. Marco Antonio Mena
Sub-coordinador
Programa Nacional de SIDA



PRESENTACIÓN

El resultado positivo de la prueba del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es factor desencadenante de estados de crisis que repercuten grandemente en la salud física y psíquica de los individuos. Es por eso por lo que las personas que desempeñan el rol de orientadores(as) en las distintas clínicas que tienen programas de manejo de la infección producida por el VIH deben estar en capacidad de atender adecuadamente estas situaciones, por medio de sus conocimientos científicos y de las técnicas de manejo de emociones que resuelven y/o disminuyen en alguna medida el estrés provocado en las personas y lograr que asimilen en mejor forma su nueva condición de vida.

La práctica ha demostrado la importancia del manejo efectivo de las emociones en la orientación post-prueba de VIH luego de un primer resultado positivo o de una confirmación de tal resultado. Para las personas afectadas estos momentos dejan una huella emocional que perdura a través del tiempo, ya que puede propiciar que el (la) paciente se adapte a su nueva realidad o que permanezca en crisis prolongada y de difícil manejo. Por ello, el Ministerio de Salud Pública ve la necesidad de tener, en el área de orientación, personal entrenado y capaz de fortalecer la esperanza de vida y que sepa identificar y manejar de la mejor forma las reacciones emocionales que presentan las personas al momento de recibir la confirmación positiva de su prueba para la detección del VIH.

El Ministerio de Salud Pública se complace en presentar este manual que tiene como propósito facilitar, a nivel local y a prestadores de atención multidisciplinaria de los servicios de salud, el abordaje inicial de las emociones de quienes reciben un resultado positivo de VIH y dar seguimiento cercano a los estados de crisis que se puedan presentar en ese momento o con posterioridad a la entrega del mismo. El seguimiento incluye realizar oportunamente la referencia al nivel profesional especializado según plan de referencia y contra-referencia establecido, en el modelo de atención del MSP.

Cada persona que utilice el manual deberá tomar en cuenta el contexto en que se desenvuelve para considerar factores étnicos y culturales, religiosos, educativos, sociales, económicos y de género característicos de la población que atiende. Es muy importante que adapte a su contexto las técnicas de manejo de emociones, autoestima y las recomendaciones que aquí se presentan.

Este manual es producto del esfuerzo colectivo y participativo de muchos trabajadores de salud y especialistas del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA, Ministerio de Salud Pública, de organizaciones no gubernamentales y de agencias de cooperación externa. Esperamos que se utilice en forma decidida para mejorar la calidad y calidez de los servicios que se les brindan a las personas que viven con el VIH.

Ing. Marco Tulio Sosa
Ministro de Salud
República de Guatemala

AGRADECIMIENTOS

La elaboración del presente manual contó con el valioso apoyo de muchas personas que, en distintas etapas, aportaron sus conocimientos y experiencias y han mostrado un firme compromiso orientado a facilitar la atención integral de las personas que viven con VIH/SIDA. Igualmente, el agradecimiento abarca al personal de salud que en distintos lugares realiza la ardua tarea de atención con orientación.

Particularmente, el Ministerio de Salud Pública, a través del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA por este medio extiende su agradecimiento al personal de las siguientes instituciones:

- Áreas de Salud de Izabal, Suchitepéquez, Quetzaltenango, Retalhuleu, Guatemala, Escuintla y Sacatepéquez
- Asociación Gente Positiva
- Asociación de Salud Integral
- Clínica de Enfermedades Infecciosas, Hospital Roosevelt
- Clínica Familiar “Luis Angel García”, Hospital San Juan de Dios
- Clínica Yaloc, Médicos Sin Fronteras- Francia
- Cruz Roja Guatemalteca
- Fundación Marco Antonio
- Fundación Preventiva del SIDA “Fernando Iturbide”
- Grupo Temático ampliado de ONUSIDA
- Médicos Sin Fronteras-España
- Médicos Sin Fronteras -Suiza



AGRADECIMIENTOS

- Organización Panamericana de la Salud –OPS-
- PASCA
- Programa Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública
- Proyecto VIDA
- URC/Calidad en Salud

Agradece especialmente el apoyo técnico en la elaboración de este manual a:

- César Galindo, director del proyecto “Asistencia técnica bilateral para la prevención de la transmisión del VIH/SIDA 2003.2005” de USAID/FHI/IMPACT que proporcionó asistencia técnica y financiera.
- Dra. Cristina Calderón, directora ejecutiva de la Fundación Preventiva del SIDA “Fernando Iturbide” que brindó asistencia financiera para la elaboración de un grupo focal en PVVS indígenas.
- Equipo Técnico de Orientación, que aportó tiempo, conocimientos, dedicación y experiencia.
- Licda. Brenda Ubieto, por su aporte profesional.
- Grupos de personas que viven con VIH que participaron en los grupos focales, compartiendo sus conocimientos y experiencias.

CRÉDITOS

Licda. Ilcia Rebeca García Morales, coordinadora Unidad de Orientación, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA

Licda. Brenda Ubieto, consultora

Revisión de contenido – Equipo Técnico de Orientación:

- Alejandra Castellanos Pérez, orientadora, Unidad de Transmisión Vertical, Hospital Roosevelt
- Licda. Flor de María Díaz, psicóloga, Clínica de Infecciosas Hospital Roosevelt
- Licda. Celina Galindo, psicóloga, Médicos Sin Fronteras - España
- Enf. Leticia García, supervisora del Proyecto de Transmisión Vertical, UNICEF
- Licda. Eugenia Luarte, coordinadora del Programa de Atención Integral en ITS/VIH/SIDA de la Clínica de Infecciosas, Hospital Roosevelt
- Licda. María Luz Martínez Milson, Clínica Familiar “Luis Ángel García”, Hospital San Juan de Dios
- Sra. Saira Ortega, Proyecto La Sala, Asociación de Salud Integral
- Licda. Juana Miriam Ramírez, Clínica Yaloc, Médicos Sin Fronteras-Francia

Otras personas e instituciones que emitieron su opinión técnica:

- Licda. Patricia Alonzo, Clínica Familiar “Luis Ángel García”, Hospital San Juan de Dios
- Fernando Cano, PASCA
- Licda. Zuleyma Fuentes, Clínica Familiar “Luis Ángel García”, Hospital San Juan de Dios
- Licda. Edna Judith Gallo, psicóloga, Centro de Salud San Rafael
- Licda. María Teresa Gaitán Juárez, psicóloga, Hospital General San Juan de Dios.
- Licda. María Teresa Gil de Martínez, psicóloga, Centro de Salud zona 11
- Licda. Patricia Girón, Programa Nacional de Salud Mental
- Licda. Esperanza Godínez, psicóloga, Centro de Infecciones de Transmisión Sexual.
- Licda. Lisbeth Hernández, psicóloga, Hospital General San Juan de Dios



CRÉDITOS

- José Isaías Jiménez Tocay, coordinador de Comunicación para el Cambio de Comportamiento, Asociación Gente Positiva
- Licda. Elena Hurtado, asesora de IEC de USAID/ URC/ Calidad en Salud
- Licda. Silvia Leal, Hospital Nacional de Salud Mental
- Lic. Juan Francisco Lux C., psicólogo, Clínica periférica Paraíso II, zona 18
- Licda. Jacqueline Martínez, psicóloga, Hospital General San Juan de Dios
- Lic. Tulio Martínez Vivas, psicólogo y coordinador de orientación, Asociación Gente Positiva
- Licda. María Argelina Mayorga, psicóloga, Hospital General San Juan de Dios
- Licda. Maura Mojica, Hospital Nacional San Vicente
- Reynaldo Pareja, Family Health International
- Dra. Zonia Pinzón, asesora de ITS// PVC, USAID/ URC/ Calidad en Salud
- Licda. Verónica Pineda, psicóloga, Centro de Salud Tierra Nueva
- Licda. María Estela Rivas, psicóloga, Hospital Infantil de Infectología
- Carlos Romero Prieto, coordinador de área del Programa de VIH/SIDA de Cruz Roja Guatemalteca
- Licda. Beatriz Valle, psicóloga, Hospital General San Juan de Dios
- Licda. Nadyezhda van Tuylen, Programa Nacional de Salud Mental
- Licda. Kyria Villatoro, Programa Nacional de Salud Mental
- Lic. Kennet Web, Hospital Roosevelt

ABREVIATURAS

AZT	Zidovudina
DAV	Demencia Asociada al VIH
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
MSP	Ministerio de Salud Pública
ONG	Organización No Gubernamental
PNS	Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA
PVC	Prueba Voluntaria con Consejería
PVVS	Personas que Viven con el VIH/SIDA
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Humana
TAR	Terapia Antirretroviral
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
TCS	Trabajador(a) Comercial del Sexo



DIRECTORIO DEL PROGRAMA NACIONAL DE SIDA

Nombre	Cargo
Annelisse de Salazar	Directora
Marco Antonio Mena	Subdirector
Rembert Joel Díaz Matamba	Coordinador, Unidad de Infecciones de Transmisión sexual-ITS-
Ilcia Rebeca García Morales	Coordinadora, Unidad de Orientación en ITS/VIH/SIDA
Karina Arriaza	Coordinadora, Unidad de Información, Educación y Comunicación –IEC-
Erick Rousselin	Coordinador de la Unidad de Transmisión Madre-hijo(a)
Rosse Mary Bertrán	Administradora
Judith García	Coordinadora de la Unidad de Epidemiología
Franelly Carolina Gregorio	Centro de Documentación
Paola Muñoz	Asistente técnica de la Unidad de IEC
Hania Cabrera de Schaffer	<ul style="list-style-type: none"> ● Promoción de las áreas de salud ● Componente Mujer y Adolescente
Lorena Pahor	<ul style="list-style-type: none"> ● Corrección y estilo de materiales ● Área de prensa
Nydia Graciela Monroy Sagastume	Producción de materiales
José Domingo Mérida	Monitoreo de Procesos de IEC
César Castillo y Castillo	Distribución de materiales educativos y de atención de la línea de consultas sobre el tema de ITS/VIH/SIDA
Adela Serrano de Alvarez	Secretaria de administración
Juan Carlos Green	Contador
Ana Beatriz Reyes	Asistente de dirección

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	i
CRÉDITOS.....	iii
ABREVIATURAS.....	v
DIRECTORIO.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
Objetivo General.....	2
II. ORIENTACIÓN.....	3
A. Objetivos generales de la orientación.....	3
B. Orientación post-prueba con un Resultado Positivo en VIH.....	4
C. Aspectos Psicológicos.....	4
D. Técnica de intervención en la entrega de resultados positivos en VIH/SIDA.....	5
III. ORIENTACIÓN DE SEGUIMIENTO Y TECNICAS PARA MANEJAR LAS EMOCIONES.....	8
A. Ira (Síntoma).....	8
Razones para sentir ira.....	8
Expresión de la ira.....	8
Técnicas para trabajar la ira.....	9
B. Negación (mecanismo de defensa).....	10
Causas de la negación.....	10
Manifestaciones de la negación.....	11
Técnicas para trabajar la negación.....	11
1. Técnicas supresivas.....	11
2. Técnicas expresivas.....	12
3. Técnicas integrativas.....	13

INDICE

C. Temor (Síntoma)	14
Causas del temor	14
Manifestaciones del temor	15
Técnicas para trabajar el temor	15
D. Ansiedad (Trastorno y signo)	16
Causas para sentir ansiedad	16
Manifestaciones de la ansiedad	17
Técnicas para tratar la ansiedad	18
E. Culpa (Mecanismo de defensa).....	18
Causas de la culpa	18
Manifestaciones de la culpa	19
Técnicas para trabajar el sentimiento de culpa	20
F. Depresión (Trastorno).....	20
Causas de la depresión	21
Manifestaciones de la depresión	22
Técnicas para trabajar la depresión.....	23
G. Fatiga (Síntoma)	25
Causas de la fatiga	25
Manifestaciones de la fatiga	25
Técnicas para trabajar la fatiga	25
V. OTROS ASPECTOS A TRABAJAR CON LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA	27
A. Autoestima	27
1. Importancia de la autoestima	27
2. El concepto de sí mismo como destino	28
3. Vivir consciente	28
4. Aprender a aceptarse	29
Técnicas para trabajar la autoestima	29
Técnicas para ampliar la conciencia y modificar las prácticas	30
Técnicas para aumentar la autoestima	31

INDICE

B. Orientación y educación a la familia (contexto social)	34
1. Empatía y preocupación	34
2. Desamparo, dependencia y control	36
3. Sentimiento sobre el sexo	38
4. Relaciones con los(las) Hijos(as), madres y padres	39
5. Relación con usuarios(as) de drogas	40
V. EL PROCESO DEL VIH/SIDA EN LA PVVS Y SU FAMILIA	41
A. Reacciones psicológicas	41
B. Tácticas para conservar la salud mental	42
1. Fuentes de apoyo	42
2. Tácticas para que las PVVS asuman el control de su vida	43
VI. DEMENCIA ASOCIADA AL VIH	45
A. Alteraciones mentales	46
1. Pérdida de memoria	46
2. Dificultades para concentrarse	47
B. Cambios de actitud	48
C. Problemas con el cuidado personal	48
D. Problemas motores	48
E. Incontinencia	48
BIBLIOGRAFÍA	49
ANEXOS	
1. Centros de referencia a PVVS	52
2. Glosario de términos	55
3. Glosario de técnicas de manejo de crisis	58
NOTAS	65

I. INTRODUCCIÓN

En noviembre de 2003, USAID/Family Health International/IMPACT, realizó en varios servicios del Área de Salud de Guatemala, un diagnóstico situacional cualitativo sobre la toma de la prueba de VIH voluntaria con consejería (PVC). El resultado de este diagnóstico identificó problemas en el manejo de sentimientos de la orientadora y de las usuarias al momento de entregar resultados positivos. Dicho estudio evaluó parámetros de la orientación que aún no habían sido desarrollados en la capacitación a los orientadores a nivel nacional y que forman parte de los planes del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA (PNS).

Previo al desarrollo de un plan de capacitación al personal responsable de la orientación pre y post-prueba de VIH, es importante contar con un manual de técnicas terapéuticas de manejo de emociones que sustente la base teórica y práctica de la orientador(a), con la finalidad de usarlo como apoyo en la capacitación y como material de consulta en el desarrollo de sus actividades dentro del servicio. Por otro lado, durante la capacitación es muy importante preparar emocionalmente al (a la) orientador(a) en el manejo de sus propias emociones antes del trato con personas diagnosticadas positivas al VIH. Brindarles ideas y técnicas para que manejen sus propias emociones y estrés y evitar que caigan en el síndrome de desgaste o “*burn out*” son parte de las funciones del presente manual.

La elaboración del manual se hizo con base en un plan de trabajo desarrollado y revisado por el Equipo Técnico de Orientación que incluyó:

- a. Revisión de literatura nacional e internacional sobre reacciones emocionales en PVVS y técnicas terapéuticas de intervención en crisis y de psicoterapia breve y de emergencia.
- b. Entrevistas en profundidad a orientadores de centros de atención integral a PVVS y de servicios de salud del nivel II que dan orientación pre y post prueba de VIH.
- c. Siete grupos focales con PVVS pertenecientes a Clínica Familiar “Luis Angel García”, Hospital San Juan de Dios, Clínica Yaloc Médicos Sin Frontera-Francia; Clínica de Infectología del Hospital “La Amistad Guatemala Japón”, de Izabal; Clínica de Infectología del Hospital Roosevelt, PVVS indígenas de Quetzaltenango, y uno de PVVS de hombres que tienen sexo con hombres (HSH).
- d. Validación por expertos que incluyó orientadores tanto de los diferentes centros de atención a PVVS como de los que realizan la orientación pre y post-prueba del VIH en los servicios de atención nivel II, personal de las organizaciones no gubernamentales (ONG) nacionales e internacionales, psicólogos del Ministerio de Salud Pública, Equipo técnico de orientación multidisciplinaria e interinstitucional y equipo técnico del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.
- e. Validación de campo del manual que se efectuó en siete áreas que implementan el manejo de la transmisión madre-hijo(a) y en cuatro centros de referencia de PVVS en el país por orientadores(as).

Los objetivos del presente manual son:

Objetivo general

Fortalecer las habilidades del (de la) orientador(a) de los servicios de salud para acompañar en la(s) crisis y guiar en el manejo de la diversa gama de emociones que puede vivenciar una persona al momento de recibir o confirmar un resultado positivo de VIH.

Objetivos específicos

1. Describir el proceso de trabajo a seguir a nivel institucional para el manejo de las emociones de las PVVS.
2. Brindar técnicas y herramientas de intervención asertiva para el manejo de la crisis en la entrega de resultados positivos de VIH.
3. Proporcionar indicadores diferenciales de las reacciones emocionales que se presentan en los(las) usuarios(as) en el momento de recibir su diagnóstico o luego de éste.
4. Ofrecer técnicas que facilitan la canalización positiva de la gama de emociones y dudas en las PVVS.
5. Brindar a las PVVS elementos para lograr una mejor relación en su entorno familiar, social y laboral.
6. Preparar a las PVVS para su incorporación a los grupos de apoyo y otros grupos conformados por PVVS para cabildeo político.
7. Delimitar el campo de acción del (de la) orientador(a) en cuanto a su intervención de apoyo emocional a las PVVS.
8. Concientizar a las PVVS sobre la importancia de buscar atención, así como los servicios profesionales, grupos organizados, grupos de autoapoyo y otros a los que puede acudir para obtener una adecuada atención integral.

II. ORIENTACIÓN

Aunque el manual se enfoca en la orientación post-prueba de entrega de un resultado positivo del VIH y el seguimiento de la PVVS, se presenta un resumen de la orientación en general. Para un tratamiento completo sobre la orientación en VIH/SIDA se debe consultar el Manual de Orientación en ITS/VIH/SIDA del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.

La orientación en ITS/VIH/SIDA es una herramienta de comunicación que ayuda a técnicos y profesionales de la salud a establecer eficazmente una relación de ayuda, en la que el(la) orientador(a) permite al(a la) orientado(a) expresar sus dudas, sentimientos, dificultades, expectativas, emociones y necesidades por medio del diálogo de una forma libre, sin temor de ser rechazado(a) o juzgado(a).

Asimismo, la orientación motiva la participación activa del(de la) orientado(a), clarifica dudas, disminuye temores, despeja mitos o conflictos relacionados con ITS/VIH/SIDA y temas tales como la sexualidad, para que la persona orientada pueda comprender la necesidad de la toma de decisiones responsables en su propio comportamiento, el cuidado y mantenimiento de su salud y la de su familia. Además, por medio de la orientación se brinda apoyo integral y seguimiento a los usuarios(as) que lo requieran.

La orientación puede darse en el contexto de personas no infectadas (primario) e infectadas (secundario), de tal manera que involucra aspectos relacionados con la prevención, transmisión, reinfección y apoyo psicológico, familiar y social.

Por lo tanto, la orientación ayuda al(a la) orientado(a) a desarrollar un plan de prevención personalizado porque asegura que se consideren las circunstancias individuales, los intereses personales y los sentimientos de la persona. También facilita que la persona identifique su riesgo real tanto de infectarse o estar infectado como de transmitir la infección a otros, sin que el(la) orientador(a) pretenda ser ejemplo de vivencias similares, ni aconsejarle respecto de las decisiones que tiene que tomar, porque las decisiones tienen y deben ser tomadas por cada persona.

A. Objetivos generales de la orientación

La orientación en VIH/SIDA pretende lograr los siguientes objetivos:

1. Prevenir la transmisión de la infección y evitar la reinfección.
2. Suministrar apoyo y acompañamiento emocional a la persona infectada con el VIH y/o enferma de SIDA, su pareja, y grupo familiar.
3. Mejorar su expectativa y calidad de vida.
4. Proveer información sobre los servicios de atención disponibles, posibilidad de acceso y utilización de los mismos.

El resto del manual se enfoca en la entrega de un resultado positivo de la prueba de VIH, la confirmación del mismo, el manejo de las emociones y el seguimiento de la persona que vive con VIH/SIDA.

B. Orientación post-prueba con un resultado positivo en VIH

La orientación post-prueba de VIH cuando el resultado de la misma es positivo tiene los siguientes objetivos:

Objetivo general

Dar a conocer al(a la) usuario(a) su estado de seropositividad en un ambiente profesional, cálido, de respeto y confidencial, brindando la oportunidad de desahogar y manejar las reacciones emocionales, aclarar dudas y temores, y fortalecer la esperanza de vida.

Objetivos específicos

- Disminuir el impacto del diagnóstico positivo, a través de la facilitación de espacios y procesos amigables que permitan conocer y reconocer los cambios emocionales propios en las PVVS.
- Identificar las fortalezas (emocionales, laborales, familiares y sociales) con las que cuenta la persona para contrarrestar el efecto negativo al recibir el resultado de la prueba del VIH.
- Informar a la persona sobre la atención integral al VIH/SIDA que existe.
- Reducir el riesgo de infecciones oportunistas y la mortalidad, por medio de mecanismos de referencia efectiva a los centros de atención integral para PVVS.
- Identificar las necesidades fundamentales de la persona para realizar la referencia adecuada al profesional o al centro de referencia de PVVS (ver Anexo 1).

C. Aspectos psicológicos a tomar en cuenta al entregar un resultado de VIH positivo

Comunicar el resultado de la prueba positiva del VIH a una persona siempre genera crisis. Ésta se manifiesta como un estado de confusión y desconcierto, acompañado de reacciones físicas como nerviosismo generalizado, tartamudeo, silencio, llanto, temblor, mente en blanco (shock), emociones de variada intensidad, así como expresiones verbales tales como: “*la vida no vale nada*”... “*estoy muerta/o*”... “*¿por qué a mí?*”, etc. Aunque las reacciones son diferentes en cada individuo, en este período se presenta dificultad para comprender la realidad que se afronta y sus repercusiones.

Es importante evitar que la persona que vive con VIH se mantenga en estado de crisis indefinidamente, esto se favorece brindando la oportunidad de que afloren las emociones, dudas y temores. Es necesario sugerir su integración a los diferentes grupos organizados de PVVS y/o referirlos(as) a la mayor brevedad posible a un centro integral.

El o la orientador(a) debe reconocer y propiciar en la persona la identificación de los sentimientos que vive en ese momento. Por otra parte, el o la orientador(a) debe actuar con calma, hablar abiertamente de manera natural, veraz, manteniendo la tolerancia y el respeto de los patrones sociales, religiosos y la diversidad sexual, además de estimular la esperanza de vivir. Asimismo, el o la orientador(a) debe tener presente que en el momento de crisis, a la persona le cuesta comprender y asimilar la información, por lo que hay que brindarle acompañamiento emocional y darle información puntual que aclare dudas, creencias erróneas en relación al VIH/SIDA como parte de la resolución de la crisis, así como referirlo(a) a un centro de abordaje integral.

Además, es importante tomar en cuenta que luego de superar el estado de crisis, la persona aumenta la capacidad de aprendizaje de respuestas que le permite hacerle frente a la situación problema y reaccionando adaptativa o no adaptativamente con posibilidades de persistir en el tiempo. Ejemplo de respuestas no adaptativas son: practicar relaciones sexuales sin protección, descuidar su salud física y emocional, que colocan en peligro a la persona y eventualmente afectan a la pareja, la familia y aun a la sociedad.

D. Técnica de intervención en la entrega de resultados positivos del VIH¹

Pasos a seguir en la entrega de un resultado positivo del VIH¹:

1. Retome la información sobre el caso y pida a la persona que exprese la diferencia entre tener VIH y tener SIDA.
2. Verifique que la persona tiene clara la diferencia entre el resultado positivo y negativo.
3. Dígale el resultado de la prueba y simultáneamente entrégueselo, si sabe leer; si no, explíqueselo verbalmente.
4. Dése un momento para observar las reacciones emocionales que presenta la persona ante el resultado. Respete su silencio, note gestos, inflexiones de voz, retraimientos, posiciones corporales, llanto, decaimiento, silencio, golpes al mobiliario, etc.

¹ Esta técnica fue elaborada con base en la información obtenida de los grupos focales y entrevistas en profundidad realizadas y la revisión bibliográfica de Castanyer (2002), Powell (1993) y Olivares y Méndez (2001)

5. Invite a la persona a hablar y escuche atentamente. Mírelo a los ojos mientras habla, note lo que dice y cómo lo dice (las emociones como la sorpresa, ira, tristeza y miedo se expresan a nivel de tres regiones: la frente/cejas, ojos/párpados y la parte inferior de la cara). Controle sus propios gestos poniendo en práctica la llamada "cara de póker", lo que dicho de otra manera consiste en no reflejar en sus gestos disgustos, sorpresas, desaprobaciones, tristeza, etc., que en un determinado momento podría provocar que la PVVS se sienta avergonzada o juzgada por la situación que está viviendo. Recuerde que, en un diálogo, cuando el o la orientador(a) habla debe ver a su interlocutor el 60 por ciento del tiempo, y cuando escucha debe hacerlo el 90 por ciento.
6. Muestre empatía a la persona, expresando frases como: "Entiendo cómo se siente...", "Puedo ver que se siente incómodo respecto de lo que le está pasando...", "Deseo ayudarlo(a) en este momento..." Tenga un contacto físico suave (abrazo sobre el hombro, colocar su mano sobre la de él/ella, ofrecer un pañuelo facial si está llorando, etc.) ante el dolor de la persona. Déle la razón en sus sentimientos ("Tiene razón de sentirse así"), respete sus emociones, lo cual permite que éstas fluyan como proceso normal y natural de los cambios en la vida de las personas y no permanezcan bloqueando la adaptación.
7. Haga analogías (comparación positiva) del VIH/SIDA con otras enfermedades crónicas en las que se depende del medicamento para mantenerse bien (diabetes, presión alta, cáncer, etc.) para alentar la esperanza de vida. Por ejemplo puede decir: "¿Usted conoce a alguien con diabetes? Bueno, esa persona depende de su medicina, sus hábitos alimenticios y otros cuidados para sentirse bien". Sin desvalorizar las emociones que en ese momento se presenten.
8. Explique a la persona el recorrido del VIH/SIDA y la posible aparición de infecciones oportunistas. Sin embargo, esto se explica en detalle en una segunda entrevista, ya que dar esta información en el momento inicial puede aumentar la angustia.
9. Aborde las posibilidades de tratamiento en relación al VIH/SIDA, existentes en el país.
10. Explique a la persona que en un primer momento no necesariamente requerirá terapia antirretroviral (TAR). Algunas personas necesitan modificar sus hábitos alimenticios e higiénicos. Consideración especial merece la apropiación de prácticas sexuales responsables según dinámicas de convivencia propias.
11. Infórmele que se le harán una serie de exámenes psicobiosociales, como parte del proceso de atención integral para determinar el momento de inicio de su tratamiento antirretroviral.
12. Indague sobre las prácticas de alimentación, higiénicas, sexuales, uso y abuso de drogas (incluido el alcohol), actividad física y de descanso. "¿Qué ha hecho hasta ahora?"
13. Investigue si la persona convive con una pareja y si tiene hijos pequeños menores de 5 años. Háblele de la importancia de que le(s) realice(n) la prueba del VIH.

14. Indague las tendencias de reacción emocional (por ejemplo, agresión física hacia hijos(as), cónyuge o a la persona que identifica como responsable de la infección, tendencias suicidas u homicidas, depresión, desesperanza etc.) ¿Qué ha hecho la persona y qué es lo que podría hacer en el futuro? Si usted detecta, por ejemplo, que la persona puede tener una reacción agresiva hacia su pareja, familia o para sí misma, es un aspecto a tomar en cuenta dentro del plan de acción personal del individuo. Refiera a un profesional para seguimiento
15. Indague si la persona tiene algún familiar o amigo(a) a quien quiera contactar y facilite ese contacto. Posteriormente recurra a esta persona para que actúe como apoyo (luego de la sensibilización y capacitación en el proceso de asimilación de su seropositividad).
16. Elabore junto con el(la) usuario(a) un plan de acción en relación a los cambios en el estilo de vida que el(la) usuario(a) deba realizar de acuerdo a su situación sociocultural (información obtenida en los incisos 12, 13, 14 y 15). Por ejemplo, recomiende: el uso adecuado y continuo del condón en las prácticas sexuales, no ingerir comidas callejeras (explicar el riesgo de infecciones gastrointestinales), cocinar bien los alimentos, no desvelarse, no ingerir bebidas alcohólicas, no fumar, arreglar el contacto regular y sostenido con un amigo de confianza por algunas horas; conversar con una persona que pasa por una situación similar, etc.
17. Haga énfasis en que el pronóstico de vida, tranquilidad y estado de ánimo de la persona dependerá en gran medida del compromiso que tenga consigo misma en la ejecución de su plan de acción.
18. Establezca un convenio para recontactar. Por ejemplo: “En este momento voy a referirlo(a) al centro de atención a PVVS”. Explíquelo a la persona que en ese lugar le atenderá un equipo multidisciplinario y además recibirá terapia antirretroviral, cuando sea necesario. “Sin embargo, usted puede regresar conmigo cuando desee hablar con alguien, para revisar su plan de acción y cambiarlo si es necesario...”
19. Refiera a la persona a la institución o a la profesional encargada. Entréguele una copia de las instituciones de referencia subrayando la que se le sugiere (ver anexo 1).
20. Llame por teléfono a la institución a la que refirió a la persona para verificar su asistencia. Si no asistió, contáctela, tomando en cuenta los aspectos éticos y legales.

Al aplicar la intervención anterior, es posible que en ocasiones necesite hacer uso de técnicas de orientación de seguimiento para trabajar las reacciones emocionales que pueden presentarse en el momento de entrega del resultado positivo tales como la ira, la ansiedad, el temor, etc. En el proceso de aceptación de la enfermedad –posterior a la entrega de resultados- se puede presentar también la depresión en sus diferentes niveles (leve, moderada y profunda) y sentimiento de culpa. Al observar manifestaciones de estas reacciones o como parte de la atención integral puede referir al PVVS a un(a) profesional de la salud mental (psicólogo(a) o psiquiatra). En la siguiente sección, se describen técnicas para manejar estas emociones.

III. ORIENTACIÓN DE SEGUIMIENTO Y TÉCNICAS PARA MANEJAR LAS EMOCIONES²

Se presentan estados y trastornos emocionales que manifiestan las personas, tanto en la entrega del resultado positivo del VIH, como a lo largo del proceso de aceptación de la seropositividad del VIH.

A. Ira (síntoma)

La ira es una respuesta natural y justificable a esta infección y encierra una inmensa cantidad de energía. Algunas personas admiten su ira y la expresan con facilidad. Otras, puede que la sientan, pero no lo admiten y algunas quizá ni siquiera estén enojadas.

Razones para sentir ira

- Lo injusto de la situación al ser uno el(la) elegido(a) por el virus, ya que nadie busca ser infectado(a); por estar infectado(a) en la juventud con tanta vida por delante; por el estigma social, el rechazo y el abandono que provoca el virus; porque la enfermedad es asociada con homosexuales, bisexuales o trabajadores(as) del sexo.
- Frustración al percibir la pérdida del control de la propia vida y depender algunas veces de los cuidados de otra persona; no poder hacer las cosas por sí mismo(a).
- La poca delicadeza y/o maltrato y la no confidencialidad que pudiera haber tenido el orientador(a) en relación a su seropositividad.
- La posible traición y/ o abandono de la pareja.
- Por haber infectado a su pareja e hijos(as)

Expresión de la ira

La ira se puede expresar de manera directa y abierta o menos directa-encubierta-. Algunas de las manifestaciones abiertas de la ira son:

- Estallidos en llanto por la rabia que se siente.
- Pérdida de la paciencia demostrada al tirar objetos, dando golpes a puertas, gritando, golpear los muebles para producir ruidos fuertes, correr sin sentido, etc.

² Elaborada con base en Bartlett y Finkbeiner (1996), Branden (1988), Slaikeu (2000), Olivares y Méndez (2001), DSM-IV-TR (2002), Yalom (1997), Goleman (1996) y las entrevistas en profundidad y grupos focales realizados.

- Descarga de su ira en las personas que tienen más cerca o que los(las) cuidan o contra la persona que pudo haberle transmitido la infección.
- Dirigir su rabia contra los sistemas de salud, empleados y profesionales del sistema o bien, contra los medicamentos y exámenes de laboratorio, e incluso contra las instalaciones hospitalarias.

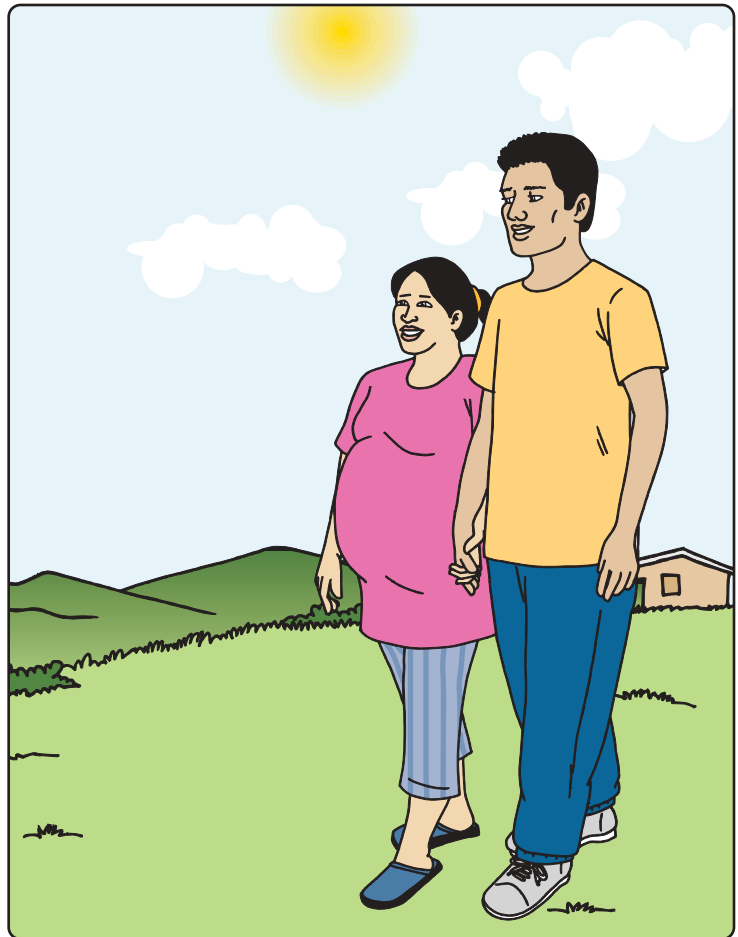
Algunas de las **manifestaciones de la ira encubierta** son:

- Enfurecerse por la más mínima cosa como una manera de no atribuir su ira a su causa verdadera, por ejemplo, enojarse desproporcionadamente porque no funcione bien una máquina, o por el sabor de la comida, etc.
- Dirigir la ira contra sí mismo(a) constituyéndose así como una forma de depresión. Hay pérdida de la esperanza y sentimientos de culpabilidad, por lo que se aíslan de los demás, sienten odio hacia sí mismos(as), comen demasiado o muy poco, se abandonan al alcohol o a las drogas o continúan con la misma conducta de riesgo que los(as) llevó a infectarse - el síndrome de morir matando-. Una renuncia a cuidar de sí mismos(as) y se lastiman (comportamientos autodestructivos).
- Generalizar esta emoción y sentirse permanentemente irritados(as).

Técnicas para trabajar la ira

El saber afrontar la ira, el aprender a canalizar y expresar adecuadamente es algo que el(la) orientador(a) debe trabajar en el proceso de manejo de emociones. Los pasos que se recomiendan trabajar con la persona para canalizar la energía que se genera por la ira, son:

- **Ayudar a la persona a separar la ira del blanco.** No es con las máquinas, ni con las comidas ni con los muebles, ni con la persona que lo(la) cuida, ni consigo mismo(a), ni con quien lo(la) infectó que debe descargar energía, sino con la aceptación de la enfermedad.
- **Guiar a la persona a encontrar su mecanismo para descargar la ira,** el cual varía de una persona a otra. Algunos se sienten mejor si gritan, otros hacen caminatas largas o corren o hacen ejercicio; algunos escriben acerca de su ira o hablan con su compañero(a), su familia; otros recurren a la meditación, etc.



Un paseo al aire libre puede ser un mecanismo para canalizar la ira.



La ira debe canalizarse hacia donde produzca bienestar

- **Canalizar la energía hacia donde produce un bienestar.** Debido a que la ira encierra una gran cantidad de energía, ésta puede usarse en forma positiva. Por ejemplo, participar en la fundación de sistemas de apoyo a PVVS: líneas telefónicas de emergencia, boletines informativos, grupos para obtener fondos, actividades de derechos humanos, etc. Esta canalización de la energía devuelve una sensación de control sobre la propia vida y da sentimiento de esperanza. La ira no canalizada efectivamente podría generar sentimientos de venganza hacia los demás, por ejemplo: *"Como a mí me lo hicieron y no tuvieron consideración conmigo, ¿por qué yo debería considerar a los demás?"*

B. Negación (mecanismo de defensa)

Es una maniobra adaptativa que consiste en anular aspectos de la realidad externa para sobrevivir, dormir, soñar o fantasear. Para un acompañamiento, es necesario saber que la negación es esencial para la salud psicológica de la persona y no debe ser removida precipitadamente, pero tampoco mantenida por mucho tiempo porque evita que la persona viva la depresión propia y necesaria para la adaptación al recibir una noticia dolorosa. El discernimiento es uno de los elementos de sanación y sólo se logra dentro del marco de la realidad y de la percepción correcta. Querer sanar sin tocar lo que realmente hay que sanar es crear una falsa ilusión dilatoria. Aferrarse a mentiras, medias verdades, visiones falsas ocultan las verdades internas y atrasan el proceso de liberación interior. La negación no sólo aparece en el diagnóstico sino a lo largo del tratamiento.

Causas de la negación

- Shock emocional
- Confusión momentánea
- Miedo a lo desconocido
- Miedo a la muerte
- No aceptación de la limitación
- Miedo al rechazo
- Alienación religiosa

Manifestaciones de la negación

- Comentarios tales como: "Esto no me puede estar sucediendo a mí..." "Debe ser un error en las pruebas del laboratorio...", "Esto no es cierto, seguro confundieron mi papelería...", "Cualquier cosa tengo, menos SIDA".
- Actitud confusa, desconcierto, alarma o sorpresa, nerviosismo generalizado.
- Uso y abuso de drogas, desentenderse del problema, negarlo rotundamente.
- Pretender que ha sido sanada por un milagro, que Dios le ha cambiado la sangre, por lo que se niegan a la atención y al tratamiento y, en algunos casos, abandona completamente el tratamiento.

Técnicas para trabajar la negación

En la terapia se trabaja con tres clases de técnicas básicas:

1. Técnicas supresivas

Pretenden evitar o suprimir los intentos de evasión del usuario/a del aquí/ ahora y de su experiencia; se busca con ello que la persona experimente lo que no quiere o lo oculto para facilitar la toma de conciencia de la situación que está viviendo.

Entre las principales técnicas supresivas están:

- Experimentar la nada o el vacío, tratando de que el "vacío estéril se convierta en vacío fértil"; no huir del sentimiento de vacío, integrarlo al sí mismo, vivirlo y ver qué surge de él.
- Evitar "hablar acerca de", como una forma de escapar a la realidad de lo que es. El hablar debe sustituirse por el vivenciar.
- Detectar los "deberías" y, antes de suprimirlos, es necesario tratar de determinar qué puede haber detrás de ellos. Los "deberías", al igual que el "hablar acerca de", son forma de no "ver lo que es".
- Detectar las diversas formas de manipulación y los juegos o roles "como si" que se desempeñan en terapia. También, antes que suprimirlos es mejor vivenciarlos, hacer que la persona se dé cuenta de ellos y del rol que juegan en su vida. Entre las principales formas de manipular podemos hallar las preguntas, las respuestas, pedir permiso y las demandas.



Expresar los sentimientos con libertad ayuda a tomar conciencia de la situación

2. Técnicas expresivas

Se busca que la persona exteriorice lo interno, que se dé cuenta de cosas que posiblemente llevó en sí toda su vida pero que no percibía. Se buscan tres conductas básicamente:

2.1 Expresar lo no expresado

Maximizar la expresión, dándole a la persona un contexto no estructurado para que se confronte consigo misma y se haga responsable de su nueva condición. Se puede trabajar con:

- Inducciones imaginarias de situaciones desconocidas o raras, para que afloren temores, situaciones inconclusas.

También se puede minimizar la acción no-expresiva a través de:

- Pedir al usuario que exprese lo que al hablar de determinados temas siente en el momento.
- Darle una frase para que la repita y experimente lo que siente y lo exprese

2.2 Terminar o completar la expresión

Aquí se busca detectar las situaciones inconclusas, las cosas que no se dijeron pero pudieron decirse o hacerse y que ahora pesan en la vida del usuario. Una de las técnicas más conocidas es la "silla vacía". Se trabajan imaginariamente los problemas que la persona tiene con personas vivas o muertas utilizando el juego de roles. También se pueden utilizar inducciones imaginarias para reconstruir la situación y vivirla nuevamente de manera más sana, expresando y experimentando todo lo que se evitó la primera vez.

2.3 Buscar la dirección y hacer la expresión directa

- **Repetición.** La intención de esta técnica es buscar que la persona se percate de alguna acción o frase que pudiera ser de importancia y que se dé cuenta de su significado. Ejemplos: "*Repite esa frase nuevamente*", "*haz otra vez ese gesto*", etc.
- **Exageración y desarrollo.** Es ir más allá de la simple repetición, tratando de que la persona ponga más atención en lo que dice o hace, cargándolo emocionalmente e incrementando su significado hasta percatarse de ello. También, a partir de una repetición simple la persona puede continuar desarrollando su expresión con otras cosas para facilitar el darse cuenta
- **Traducir.** Consiste en llevar al plano verbal alguna conducta no verbal, expresar con palabras lo que se hace. Por ejemplo: "*¿Qué quiere decir tu mano?*", "*Si tu nariz hablara ¿qué diría?*", "*Deja hablar a tus genitales*".
- **Actuación e identificación.** Es lo contrario a traducir. Se busca que la persona "actúe" sus sentimientos, emociones, pensamientos y fantasías; que las lleve a la práctica para que se identifique con ellas y las integre a su personalidad. Es muy útil en el trabajo con los sueños.

3. Técnicas integrativas

Se busca con estas técnicas que la persona incorpore o reintegre a su personalidad sus partes alienadas, sus vacíos. Aunque las técnicas supresivas y expresivas son también integrativas de algún modo, aquí se hace más énfasis en la incorporación de la experiencia.

3.1 El encuentro intrapersonal

Consiste en que la persona mantenga un diálogo interno explícito, vivo, con las diversas partes de su ser, entre los diversos sub-yoes intra-psíquicos. Por ejemplo, entre el "yo debería" y el "yo quiero", su lado femenino con el masculino, su lado pasivo con el activo, el risueño y el serio, etc. Se puede utilizar como técnica la "silla vacía", intercambiando los roles hasta integrar ambas partes en conflicto.

3.2. Asimilación de proyecciones

Una proyección es atribuir a otros características de sí mismo. Se busca aquí que la persona reconozca como propias las proyecciones que emite. Para ello se le puede pedir que haga de cuenta que vive lo proyectado, que experimente su proyección como si fuera realmente suya. Ejemplo:

PVVS: "*Inspiro asco, todos me tienen asco*".

ORIENTADOR(A): "*Imagina que eres tú quien siente asco hacia los demás; ¿Cómo te sientes con ese sentimiento? ¿En verdad, puedes reconocer que ese sentimiento es tuyo en realidad?*".

Cabe mencionar que lo importante, lo realmente terapéutico, es la "actitud" que se adopte, el reconocimiento de la importancia del proceso y el respeto por el ritmo individual de la persona.

C. Temor (síntoma)

El temor es una reacción natural al peligro sin que paralice a la persona. En general, las personas temen aquello que no comprenden y que no pueden controlar. Las manifestaciones del temor no suelen ser evidentes fácilmente, sin embargo pueden identificarse a través de una buena entrevista.

Causas del temor

- La muerte, así como la forma en que ésta se presente (con gran deterioro físico, muerte pausada, sin control de esfínteres, sin poder comunicarse, quedarse solo(a) o dependiendo totalmente de alguien más).
- El rechazo familiar, de amistades y de la sociedad en general (discriminación o muerte social). Ejemplos de discriminación son: toda la familia se sirve alimentos en platos y vasos de vidrio y a la PVVS le sirven en platos desechables para tirarlos inmediatamente después de comer; la familia le alquila a la PVVS un cuarto aislado de la casa, en ocasiones le construyen baños afuera de la vivienda; evitan los contactos físicos como besos y abrazos en saludos y despedidas. Ejemplos de muerte social son: dejar de ser amigos de la PVVS, ausencia total de familiares, nadie los visita, etc.
- La falta de acceso a los medicamentos
- Los efectos secundarios del tratamiento, como por ejemplo: imaginar morir no por el SIDA sino con el hígado deshecho por tomar tantas pastillas
- La reacción de la familia
- Infectar a alguien más con el virus (familia, pareja, etc.)
- Perder sus habilidades cognitivas (pérdida de memoria, razonamiento, rapidez en el pensamiento, etc.) y físicas (habilidad para movilizarse, quedar ciego, etc.)
- Dejar solos a sus hijos(as)
- La dependencia afectiva y material de quienes los cuidan
- El iniciar una nueva relación en pareja y tener que dar a conocer su seropositividad.
- Tener relaciones sexuales aún con condón por miedo de infectar a otras personas lo que de alguna manera limita el placer sexual.

Estos temores se pueden ver acentuados por experiencias previas de la persona, como por ejemplo que algún conocido haya muerto de SIDA, o por información distorsionada o mal interpretada que ha recibido. Pero lo esencial no es vivir sin temor, sino vivir sin estar indebidamente preocupado(a) o incapacitado(a) por el miedo.

En los casos de algunos hombres que tienen sexo con hombres (HSH) el temor se basa en:

- Que la familia se entere o asocie la identidad sexual de la PVVS (para quienes no la han dado a conocer) con el diagnóstico
- Sentirse desprotegidos
- Que la enfermedad se les note en el rostro o en el cuerpo

Manifestaciones del temor

- Evitar hablar con alguien del tema VIH/SIDA
- Demostrar actitudes derrotistas, autodestructivas
- Autoconvencimiento, por medio de argumentos irreales, acerca de lo que significa haber adquirido el VIH/SIDA
- Acercamiento compulsivo a la religión, no a la espiritualidad

Técnicas para trabajar el temor

- Proporcionar información real y clara acerca de lo que se tiene miedo. Esto hace que el temor se ponga en perspectiva.
- Si hay miedo a los medicamentos, pruebas y a los procedimientos, se debe informar a fondo sobre ellos para desensibilizar.
- Si hay miedo a morir, se debe hablar sobre ello con el terapeuta, el sacerdote o pastor, con personas que estén en similar condición, o con alguien a quien el paciente tenga confianza. El hablar sobre la muerte hace que lo desconocido se vuelva mucho menos atemorizante.
- Si se teme al rechazo y la deserción, la persona debe hablarlo con quienes ama, haciendo comentarios como: *“Esto va a sucederme, ¿vas a poder afrontarlo?”*



Platicar acerca de lo que puede ocurrir y asusta disminuye el temor

D. Ansiedad (trastorno y signo)

En ocasiones lo que siente la persona no es temor sino ansiedad. La ansiedad es una sensación de impotencia e incapacidad de enfrentarse a eventos amenazantes y se caracteriza por el predominio de tensión física. A diferencia del miedo que se refiere a un temor frente a situaciones externas y concretas, la ansiedad parece provenir del interior mismo del ser. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

Causas de la ansiedad

- Presencia de un evento traumático y desestabilizador, como es el diagnóstico por la infección de VIH, y por otro lado, la percepción de la multiplicidad de pérdidas que de manera real o fantaseada enfrentará en el futuro, y a su vez, la sensación de falta de recursos para solucionar la nueva situación o para adaptarse a ella.
- Incertidumbre ante el pronóstico de vida a corto y largo plazo
- El riesgo de infección con otras enfermedades
- El riesgo de infectar con VIH a otras personas
- La hostilidad y el rechazo en los planos social, laboral, doméstico y sexual
- El abandono, el aislamiento y el dolor físico
- El miedo a morir con dolor o sin dignidad
- La incapacidad o impotencia de alterar las circunstancias o consecuencias del VIH
- La manera de asegurar la mejor salud posible en el futuro
- La capacidad de los seres queridos y los familiares para manejar la situación
- La disponibilidad del tratamiento integral
- La pérdida de la intimidad y la preocupación por la confidencialidad
- La inaceptabilidad futura en los planos social y sexual
- La capacidad cada vez menor de funcionar de manera eficiente en lo laboral, social y afectivo
- La pérdida de independencia física, emocional y financiera

En los casos de algunos hombres que tienen sexo con hombres (HSH) el temor se basa en:

- Que la familia se entere o asocie la identidad sexual de la PVVS (para quienes no la han dado a conocer) con el diagnóstico
- Sentirse desprotegidos
- Que la enfermedad se les note en el rostro o en el cuerpo

Manifestaciones del temor

- Evitar hablar con alguien del tema VIH/SIDA
- Demostrar actitudes derrotistas, autodestructivas
- Autoconvencimiento, por medio de argumentos irreales, acerca de lo que significa haber adquirido el VIH/SIDA
- Acercamiento compulsivo a la religión, no a la espiritualidad

Técnicas para trabajar el temor

- Proporcionar información real y clara acerca de lo que se tiene miedo. Esto hace que el temor se ponga en perspectiva.
- Si hay miedo a los medicamentos, pruebas y a los procedimientos, se debe informar a fondo sobre ellos para desensibilizar.
- Si hay miedo a morir, se debe hablar sobre ello con el terapeuta, el sacerdote o pastor, con personas que estén en similar condición, o con alguien a quien el paciente tenga confianza. El hablar sobre la muerte hace que lo desconocido se vuelva mucho menos atemorizante.
- Si se teme al rechazo y la deserción, la persona debe hablarlo con quienes ama, haciendo comentarios como: *“Esto va a sucederme, ¿vas a poder afrontarlo?”*



Platicar acerca de lo que puede ocurrir y asusta disminuye el temor

D. Ansiedad (trastorno y signo)

En ocasiones lo que siente la persona no es temor sino ansiedad. La ansiedad es una sensación de impotencia e incapacidad de enfrentarse a eventos amenazantes y se caracteriza por el predominio de tensión física. A diferencia del miedo que se refiere a un temor frente a situaciones externas y concretas, la ansiedad parece provenir del interior mismo del ser. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

Causas de la ansiedad

- Presencia de un evento traumático y desestabilizador, como es el diagnóstico por la infección de VIH, y por otro lado, la percepción de la multiplicidad de pérdidas que de manera real o fantaseada enfrentará en el futuro, y a su vez, la sensación de falta de recursos para solucionar la nueva situación o para adaptarse a ella.
- Incertidumbre ante el pronóstico de vida a corto y largo plazo
- El riesgo de infección con otras enfermedades
- El riesgo de infectar con VIH a otras personas
- La hostilidad y el rechazo en los planos social, laboral, doméstico y sexual
- El abandono, el aislamiento y el dolor físico
- El miedo a morir con dolor o sin dignidad
- La incapacidad o impotencia de alterar las circunstancias o consecuencias del VIH
- La manera de asegurar la mejor salud posible en el futuro
- La capacidad de los seres queridos y los familiares para manejar la situación
- La disponibilidad del tratamiento integral
- La pérdida de la intimidad y la preocupación por la confidencialidad
- La inaceptabilidad futura en los planos social y sexual
- La capacidad cada vez menor de funcionar de manera eficiente en lo laboral, social y afectivo
- La pérdida de independencia física, emocional y financiera

Manifestaciones de la ansiedad

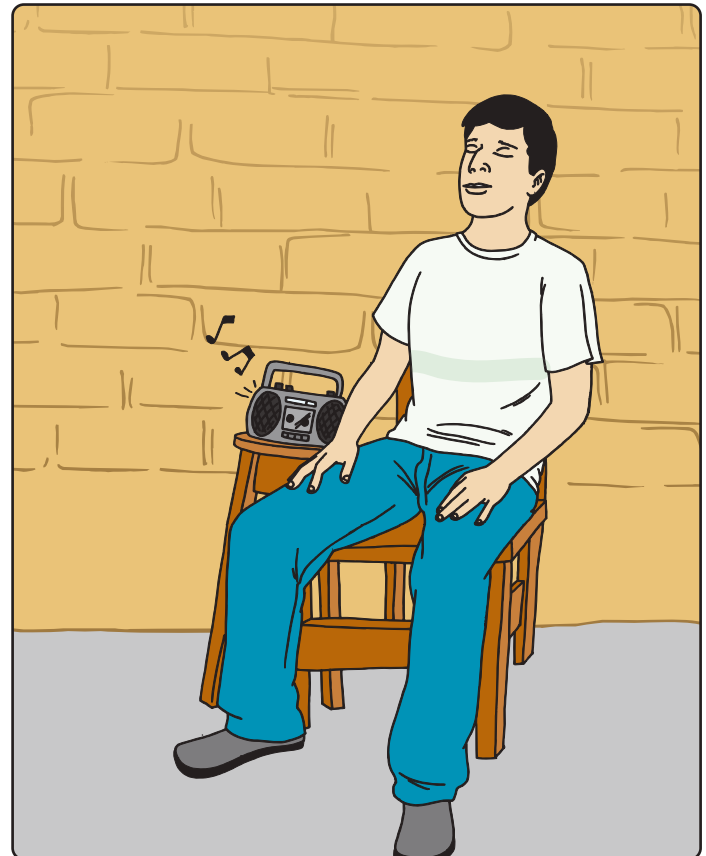
- Inquietud o impaciencia
- Se fatiga fácilmente
- Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Dichas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad.

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca
- Sudoración
- Temblores o sacudidas
- Sensación de ahogo o falta de aliento
- Sensación de atragantarse
- Opresión o malestar torácico
- Náusea o molestias abdominales
- Inestabilidad mareo o desmayo
- Sensación de irrealidad o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- Miedo a perder el control o volverse loco
- Miedo a morir
- Parestesia (sensación de entumecimiento y hormigueo)
- Escalofríos o sofocaciones

Técnicas para tratar la ansiedad

Si el sentimiento de ansiedad es persistente e intenso, será necesario referir a la persona con el(la) psiquiatra para la prescripción de medicamento y, a su vez, enseñarle técnicas de relajación física. Para el tratamiento de ansiedad, se sugiere la práctica de la desensibilización sistemática y de reestructuración cognitiva. (Ver anexo 3)



Las técnicas de relajación física ayudan a aliviar la ansiedad

E. Culpa (síntoma)

La culpa es un dolor causado por la preocupación, originada en el daño que se han hecho a sí mismos, a otros o por el temor de dañarlos. La culpa es un sentimiento que se presenta frecuentemente en las PVVS. Algunas veces se manifiesta justificando la adquisición de la infección.

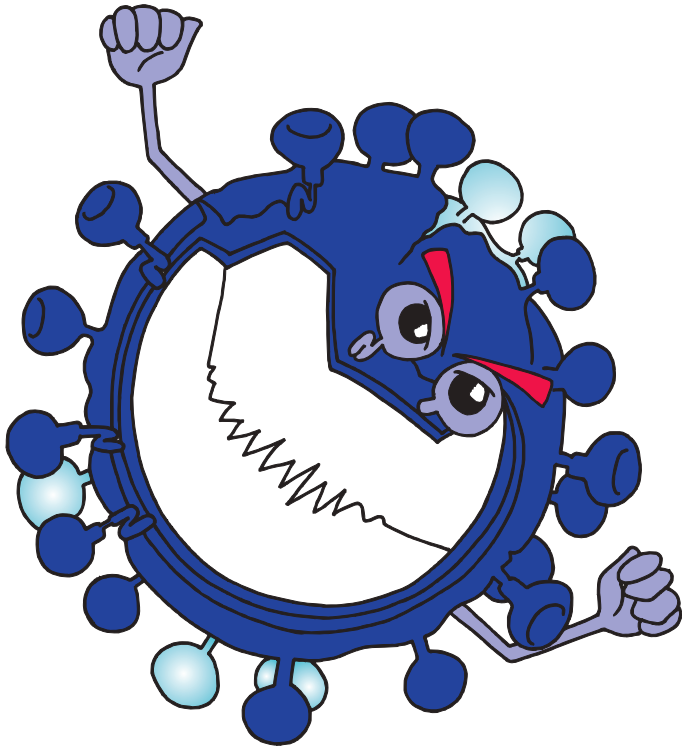
Causas de la culpa

- La creencia de haberse infectado por su propia culpa, porque ellos(as) dieron lugar a la infección, más cuando no se tiene apoyo de la familia
- Asociar la infección como castigo a determinada identidad o práctica sexual

- Haber llevado el VIH a la vida de otras personas y ponerlos en riesgo
- Ver a la familia llorar por el diagnóstico
- Hacer que los más cercanos a ellos pasen por el trauma de cuidarlos
- Tener prácticas que la sociedad rechaza, como homosexualismo, uso de drogas, comercio sexual
- No haber usado condón
- Haber compartido o compartir jeringas
- Ser vistos y sentirse, en ocasiones, como una persona sucia
- Provocar que los cuidadores se sientan culpables también, al pensar que si hubieran sido mejores como familia (mejor madre, padre, etc.) tal vez esto no le hubiera pasado.
- Hechos anteriores que quizá causaron pena o tristeza a otras personas y quedaron sin resolver, se recuerdan con frecuencia en estos momentos y pueden agravar la situación presente
- Quizá la culpa -que es un sentimiento que tiene o no que ver con la realidad- provenga de la idea de que la buena conducta merece recompensa y la mala castigo y, puesto que el virus se percibe como un castigo, deben haberse comportado mal.

Manifestaciones de la culpa

- Evadir el problema (uso de alcohol y drogas)
- Negarse a buscar o aceptar ayuda
- Inhabilidad de reconocer, expresar y controlar sentimientos negativos
- Fracaso en explorar la naturaleza de la crisis y buscar soluciones alternas
- Proyectar en otros la mayor responsabilidad por causar o curar la crisis
- Evitar relaciones con amigos y amigas, familiares y otra gente que les puedan ayudar en la crisis
- Incrementar actividades (laborales, sociales)



Un virus no piensa ni puede decidir
quién se lo merece y quién no

Técnicas para trabajar el sentimiento de culpa

Hay tres formas importantes de trabajar el sentimiento de culpa.

1. La persona debe separar la infección por el VIH de la idea de castigo. Debe explicársele que la intención del virus no es "atrapar" a nadie. Un virus no tiene cerebro, capacidad de juicio, ni capacidad para seleccionar quién se lo merece y quién no. Por lo tanto, el virus no tiene nada que ver con el castigo, ni nadie es elegido para infectarse.
2. La culpa usa mucha energía emocional que sería mejor utilizada en los problemas reales de la vida, en los aspectos en los cuales se puede tener una acción directa y no gastarla en pensamientos que los lleva a preocuparse por situaciones que no se pueden cambiar. Por ejemplo, si las personas corrieron un riesgo a sabiendas o no, nadie tiene el poder de cambiar el pasado. La culpa tiene a la persona prisionera del pasado y le prohíbe hacer lo posible por mejorar el presente propiciándose una mejor calidad de vida.
3. Sugerir que compense la sensación de culpa aquilatando su propio valor ("perdónese y perdone a otros"). Pedirle que se pregunte a sí mismo: "¿Quién soy yo?" "¿Qué más soy yo aparte de las cosas por las que me siento culpable?" "¿Qué es lo que le agrada de mí a mis amigos?" Si no hay respuestas al respecto, se les debe recordar lo bueno de ellos(as).

F. Depresión (trastorno)

La depresión es uno de los sentimientos más dolorosos que una persona pueda tener. Básicamente parece ser la ausencia de la esperanza, pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Las personas deprimidas dejan de creer que la vida es buena, que encierra comodidades y delicias, que lo que uno hace es importante, que implica una diferencia y que las cosas pueden mejorar o se arreglarán. En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede hacerse evidente en la entrevista a través de expresiones faciales y conductas como el llanto o la somatización.

La clasificación de la depresión deberá basarse en el CIE - 10.

Causas de la depresión

- Sensación de estar atrapado(a) en una situación frustrante y descorazonadora. El ser VIH positivo es algo que no se puede cambiar y a lo que se tiene que ajustar.
- La predisposición, quienes han estado deprimidos antes de su diagnóstico pueden ser más propensos a deprimirse después.
- El efecto colateral de los medicamentos
- El ingerir alcohol
- En ocasiones se debe al virus en sí. La depresión puede ser un síntoma de demencia, trastorno que sobreviene cuando el virus entra en el cerebro.
- Con frecuencia se debe a un sentimiento de ira no expresado adecuadamente, reprimiéndola de manera consciente o rechazándola inconscientemente, por lo que la desvían contra sí mismos(as) y se deprimen.
- El hecho de conocer a personas que han muerto de SIDA y que les hace creer que su futuro próximo es la muerte.
- Percibir que la actividad sexual llegó a su fin.
- Creer que pierden la posibilidad de procrear, hacer proyectos, planificar a largo plazo, de vivir con alegría, etc.
- Creer que los medicamentos antirretrovirales que actualmente se les brinda, no los tendrán disponibles por tiempo indefinido.
- Creer que no van alcanzar sus objetivos personales como por ejemplo: ser madre o padre, formar una familia, ver crecer a los hijos, etc. Esto se hace más evidente en personas jóvenes.

En el caso de hombres que tienen sexo con hombres se pueden presentar:

- Sentimientos de soledad, culpa y humillación debido a las reacciones encontradas de los familiares. Algunas veces, al conocer que son homosexuales y PVVS la familia puede tener reacciones diversas, entre ellas: aparentemente los apoya al conocer el diagnóstico, sin embargo tienen actitudes de discriminación como desinfectar constantemente los lugares físicos en los que los PVVS han estado, apartar todos los utensilios alimenticios que ellos utilizan, emitir comentarios como: *“si quiera te hubieras infectado de eso con una mujer, pero encima de todo fue con otro hombre”*, *“¿Por qué Dios me castiga de esta forma?”*, *“Si hubieras ido a la iglesia conmigo...”*.
- Temor al aislamiento social, familiar y laboral.
- Impotencia ante la falta de servicios de salud respetuosos, sensibles y válidos para sus particulares dinámicas de socialización.

- Vulnerabilidad ante la general impunidad que se ve acentuada si se pertenece a un grupo social estigmatizado.

Manifestaciones de la depresión

- En algunos casos muestran una alta irritabilidad. Por ejemplo, la ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás o demostrar sentimientos exagerados de frustración por cosas sin importancia.
- En los niños y los adolescentes más que un estado de ánimo triste o desanimado puede presentarse un estado de ánimo irritable o inestable y llanto constante.
- La persona se siente sola, desamparada, triste y alejada de sus amigos, vecinos y familiares.
- Pérdida del interés por las cosas que antes les interesaban, por ejemplo: aficiones, pasatiempos, deseo sexual, etc.
- No tienen energía, se sienten cansados(as), vacíos(as). Las personas pueden referir una fatiga persistente sin hacer un trabajo físico. Incluso el menor trabajo parece requerir un gran esfuerzo.
- Dudan de sí mismos(as), se culpan o sienten que han fracasado. Esto puede implicar evaluaciones negativas, no realistas del propio valor o preocupaciones de culpa referidas a decisiones pasadas.
- Renuncian a cuidarse, por ejemplo: no comen, descuidan el aseo personal, permanecen acostados(as) largos períodos, piensan en morir y a veces en suicidarse (especialmente al inicio del proceso). Las PVVS ha expresado deseos de tirarse de una pasarela, de un puente, de la ventana de un edificio, a las llantas de un vehículo, cortarse las venas, etc.
- Se presentan algunos cambios, como por ejemplo: dificultad para pensar con claridad o rapidez en comparación a como lo hacían antes de recibir el resultado positivo del VIH, unos(as) dejan de comer, otros(as) comen demasiado, algunos(as) no pueden dormir, otros(as) duermen con demasiada frecuencia, lloran mucho.
- Puede haber una ganancia o pérdida significativa del peso, cuando las afecciones del apetito son graves sea en la dirección que sea.
- Los trastornos del sueño pueden manifestarse como: insomnio inicial (dificultad para conciliar el sueño), insomnio medio (despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormir) e insomnio tardío (despertar pronto y ser incapaz de volverse a dormir). En menor frecuencia las personas se quejan de exceso de sueño (hipersomnía) en forma de episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno.
- Se pueden dar cambios psicomotores en dos niveles: de agitación, que se manifiestan como dificultad para permanecer sentado(a), paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto; y el enlentecimiento que se evidencia a través del lenguaje, pensamiento y movimientos corporales, tomarse más tiempo al dar una respuesta, bajar el volumen de la voz, usar un tono de voz monótono al hablar y menos cantidad o variedad de contenido de la conversación o mutismo.

- En casos de depresión leve se percibe una sensación de abatimiento o tristeza. En casos graves, provoca una sensación parecida a la desesperación, a la apatía profunda o al verdadero desamparo.

Técnicas para trabajar la depresión

1. Depresión leve

- La idea es que la persona afectada conserve la mente relajada y logre hacer un trabajo gratificante. Se trata de contar con una lista de logros y actividades, distracciones y pequeños placeres.
- La depresión debida a un sentimiento de ira no expresado, desaparecerá si se reconoce y se afronta el sentimiento de ira.
- La depresión que consiste en un sentimiento de tristeza, soledad y desesperanza sigue su curso durante días o semanas y después desaparece. En algunas personas sucede de manera natural sin que se haga nada.
- Algunos necesitan actividad física como: ejercicios aeróbicos, caminatas, jardinería, o hacer deporte etc.
- Es ideal sugerir que traten de lograr algo pequeño, como arreglar un armario, escribir una carta o lustrar su calzado. Estos logros darán una sensación de satisfacción, lo que es realmente poderoso contra la depresión y da esperanza para llevar a cabo otro logro pequeño y así sucesivamente, hasta recuperar los hábitos de vida cotidianos.
- Fomentar la actividad mental: leer, ir al cine o al teatro, asistir a conferencias, exposiciones de arte, visitar museos.
- Retomar actividades que quiso hacer antes y no lo hizo.
- Conservar a sus amistades, familiares y vecinos.
- Practicar algún instrumento musical, dibujar o pintar, tomar fotografías o escribir.

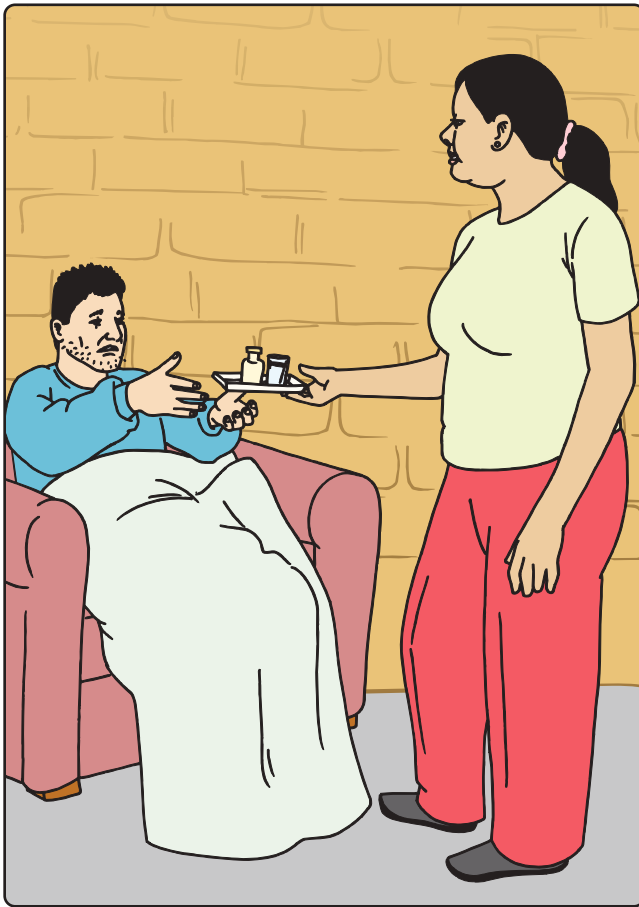


La satisfacción de un pequeño logro actúa en contra de la depresión

2. Depresión grave y persistente

Ésta puede durar demasiado tiempo. Las personas se sienten rechazadas por todos, profundamente apáticas, intensamente desesperadas.

- Con frecuencia se trata mejor con apoyo emocional y fármacos para reponer el sueño, el apetito y el ánimo, por lo que hay que referir a la persona con el (o la) profesional indicado(a): un(a) psiquiatra.
- Por lo general, la idea del suicidio sólo es temporal y se da como un intento de sentir que se tiene control de la propia vida, por ejemplo: "Esta enfermedad no va a controlar si vivo o muero. Yo soy quien decide..." No obstante, si la idea persiste y se convierte en un plan con pensamientos concretos y persistentes, como reunir píldoras (o cualquier acto autodestructivo) y van junto a una sensación de castigo y culpabilidad, debe referirse de inmediato con el(la) profesional encargado(a), psicólogo(a) o psiquiatra.
- En cuanto al apoyo emocional, la terapia debe concentrarse en confrontar los problemas que la persona ve sin solución y ayudarle a encontrar nuevas perspectivas. Esto le permitirá a tomar el control de su vida, a negar, no el hecho de su infección, sino su propia desesperanza e impotencia ante ella. Algunos de los problemas abrumadores que angustian a la persona, que se ve incapaz de resolverlos y que requieren el apoyo del terapeuta son:



La depresión grave con frecuencia se trata con apoyo emocional y fármacos

- ¿Cómo puedo afrontar el rechazo?
- ¿Qué hacer para manejar la ira que siento?
- ¿Cómo sentirme menos culpable?
- ¿Cómo puedo tener relaciones sexuales sin lastimarme o lastimar a alguien más?
- ¿Por qué yo? ¿Por qué ahora?
- ¿Qué haré con lo que me queda de vida?
- ¿Qué les sucederá a mis hijos? ¿A mis padres? ¿A la persona que amo?
- ¿Cómo moriré?
- ¿Soy acaso una buena persona?
- Si la depresión es producida como efecto colateral de otro medicamento que la persona esté tomando para cualquier otro trastorno, el médico puede cambiar o disminuir la dosis.
- Si la depresión forma parte de la demencia porque el virus ha atacado el cerebro, el médico deberá prescribir medicamentos que eliminen los síntomas, por lo que debe referirlo al médico(a) encargado(a).

G. Fatiga (síntoma)

Usualmente la fatiga acompaña a la depresión, ya que es una pérdida de energía física. Las personas suelen estar cansadas, a veces exhaustas y apáticas.

Causas de la fatiga

- El desgaste emocional, el cual agota, consume la energía y provoca fatiga.
- Resultado indirecto de la infección por VIH, por la depresión inmunológica, pérdida de peso, fiebre, sudores nocturnos y porque el VIH priva al organismo de algunas de sus fuentes de energía. Con frecuencia las personas tienen anemia o cifras más bajas de glóbulos rojos y algunas de ellas padecen de diarrea, por lo que los alimentos son eliminados del cuerpo antes de absorberse.
- Los medicamentos (narcóticos, antihistamínicos, antidepresivos y antirretrovirales) pueden causar fatiga y somnolencia.

Manifestaciones de la fatiga

- Aunque la fatiga es física, sus efectos son psicológicos, ya que la persona deja de cuidarse a sí misma y de comer por sentirse muy cansada para hacerlo.
- La irritación. El sentir que se fatiga al realizar determinadas actividades que antes del diagnóstico realizaba, hace que se enfurezca consigo mismo(a).

Técnicas para trabajar la fatiga

- Analizar las causas para lograr el manejo de la fatiga y partir de ese punto contar con el apoyo multidisciplinario de especialista como el nutricionista y terapeuta físico.
- Ayudarle a decidir qué es lo que quiere hacer, asegurándose de que puede hacerlo, haciendo los planes para llevarlo a cabo y que el ritmo sea marcado por la persona.



Hacer las tareas cuando se tiene más energía
contrarresta la fatiga

- Pedirle que observe a qué hora del día tiene más energía y, conforme a esto, trazar un plan, por ejemplo, preparar los alimentos y comer en esas horas, atender a otras personas o hacer cualquier otra actividad que le dé la sensación de logro.
- Apoyarle en buscar opciones que le permitan realizar las tareas empleando menos energía. Por ejemplo: no conducir automóvil sino usar el transporte público, comprar alimentos preparados o que puedan cocinarse fácilmente (usando el horno microondas), utilizar suplementos nutricionales en polvo, solicitar a un vecino o familiar que realice sus compras, o comprar por medio del servicio express, etc. Lo importante es que la persona no se sienta como inválida y que no permita que la fatiga afecte la buena opinión que tenga de sí misma.
- Al observar que la PVVS se encuentra en una fase de fatiga, el(la) orientador(a) debe involucrar a las personas cercanas para que den apoyo para favorecer la adherencia a la terapia antirretroviral, el cuidado de sí mismo(a) (nutrición, higiene, etc.) y en los quehaceres del hogar.

IV. OTROS ASPECTOS A TRABAJAR CON LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH O SIDA

A. Autoestima³

1. Importancia de la autoestima

El término autoestima expresa el concepto que cada persona tiene de sí misma, según cualidades que son susceptibles de valoración. También se puede considerar como el concepto que el individuo tiene de sí mismo como un ser físico, emocional, social y espiritual. Otra de las características de la autoestima es la capacidad de permanecer estable y cambiante al mismo tiempo, de ser estable en sus aspectos más nucleares y profundos, a la vez que variable en sus aspectos más dependientes del contexto.

Cabe mencionar que el proceso de aceptación del diagnóstico del VIH positivo en una persona con autoestima baja podría ser más largo, en comparación con una persona que tenga una autoestima "adecuada", debido a que la primera experimenta sentimientos de inutilidad, inseguridad, dudas sobre sí misma, culpa y miedo a participar plenamente en la vida, a diferencia de la segunda que maneja sentimientos de capacidad y valía personal. Este es uno de los fundamentos para trabajar la autoestima con la PVVS.

El modo en que la persona se sienta con respecto a ella misma afecta en forma decisiva todos los aspectos de su experiencia, desde la manera en que funciona en el trabajo, el amor o el sexo, hasta su proceder como padre/madre y las posibilidades que tiene de progresar en la vida. Las respuestas ante los acontecimientos dependen de quién y qué piensa que es. Por lo tanto, la autoestima es la clave del éxito o del fracaso personal, así como también la clave para comprenderse y comprender a los demás.

La autoestima tiene dos componentes: un sentimiento de capacidad personal y un sentimiento de valía personal, es decir, conocer y reconocer las habilidades, capacidades, limitaciones y retos propios es la capacidad de ser efectivo(a) y pleno a partir de los recursos propios y del poder de esos recursos para actuar asertivamente en un entorno específico. En otras palabras, la autoestima es la suma de la confianza y el respeto por uno mismo. Refleja el juicio implícito que cada uno hace de su habilidad para enfrentar los desafíos de la vida (para comprender y superar los problemas) y de su derecho a ser feliz (respetar y defender sus intereses y necesidades).

Tener una alta autoestima es sentirse confiadamente apto(a) para la vida, es decir, capaz y valioso(a), en el sentido que se acaba de indicar. Tener una autoestima baja es sentirse inútil para la vida, equivocado(a), no con respecto a tal o cual asunto, sino equivocado(a) como persona. Tener un término medio de autoestima es fluctuar entre sentirse apto(a) e inútil, acertado(a) y equivocado(a) como persona, y manifestar estas incoherencias en la conducta, actuar a veces con sensatez y, en otras ocasiones, en forma irracional o irresponsable, reforzando así, la inseguridad. Es importante recordar que la autoestima es un sentimiento dinámico, es decir, no es un punto que alcanza y se mantendrá inmóvil. Está sujeta a los cambios y estímulos de cada proceso, de cada persona, lo importante es ser consciente de los factores que afectan el estado de ánimo y sentimientos, y reconocer el efecto que ejercen en nuestro ser.

³ Con base en: Branden (1988), Castanyer (2002) y entrevistas a profundidad a psicólogos.

Desarrollar la autoestima es desarrollar la convicción de que uno es competente para vivir y merece la felicidad, por lo tanto, enfrentar la vida con mayor confianza, benevolencia y optimismo ayuda a alcanzar metas y experimentar la plenitud. Si comprendemos esto, podemos apreciar que el hecho de cultivar la autoestima nos interesa a todos y todas, porque cuanto más alta sea nuestra autoestima, mejor preparados estaremos para afrontar las adversidades, tendremos más posibilidades de ser creativos en el trabajo y entablar relaciones enriquecedoras y no destructivas y ambiciosas, en términos de lo que se espera experimentar en la vida en el plano emocional, creativo y espiritual.

El estado de una persona que no está en guerra ni consigo misma, ni con los demás es una de las características más significativas de una autoestima sana. La importancia de una autoestima sana reside en el hecho de que es la base de nuestra capacidad para responder de manera activa y positiva a las oportunidades que se nos presentan en el trabajo, en el amor y en la diversión. Es también la base de esa serenidad de espíritu que hace posible disfrutar la vida.

2. El concepto de sí mismo como destino

El concepto que cada uno(a) de nosotros tiene de sí mismo(a) consiste en quién y qué pensamos que somos consciente y subconscientemente: nuestros rasgos físicos y psicológicos, nuestras cualidades y nuestros defectos y, por encima de todo, nuestra autoestima.

3. Vivir consciente

Vivir consciente significa conocer todo lo que afecta a nuestras acciones, objetivos, valores y metas, y comportarnos de acuerdo con aquello que vemos y sabemos. También es hacerse responsable del conocimiento adecuado a la acción que estamos efectuando. Esto, sobre todo, es el fundamento de la autoconfianza y el autorespeto: ese concepto modela nuestro destino. Es decir que la visión más profunda que tenemos de nosotros mismos(as) influye sobre todas nuestras elecciones y decisiones más significativas y, por ende, modela el tipo de vida que nos creamos.

Resultados de vivir conscientemente:

- La claridad, se obtenga o no con facilidad, contra la oscuridad o la vaguedad
- El respeto por la realidad, ya sea agradable o dolorosa, contra la huida de la realidad
- La independencia contra la dependencia
- La actitud activa contra la actitud pasiva
- La voluntad de correr riesgos adecuados, aunque despierten miedo, contra la falta de voluntad
- La honestidad con uno mismo contra la deshonestidad
- Vivir en el presente y de acuerdo con él, contra replegarse en la fantasía

- Enfrentarse a uno(a) mismo(a) contra evitarse a uno(a) mismo(a)
- La voluntad de ver y corregir los errores, contra la perseverancia en el error
- La razón contra el irracionalismo

4. Aprender a aceptarse

Si aceptamos lo que sentimos y lo que somos, en cualquier momento de nuestra existencia podemos permitirnos ser plenamente conscientes de la naturaleza de nuestras elecciones y acciones y nuestro desarrollo no se bloquea.

Técnicas para trabajar la autoestima

El recuperar la autoestima requiere trabajar con la parte de niño(a) que existe en el “sí mismo(a)” del adulto(a). El concepto del “sí mismo(a)” del adulto(a) siempre lleva a ese niño(a) dentro, como un aspecto de la persona que somos debido a que todos hemos sido niños(as) una vez. A veces nos trasladamos al estado de conciencia del niño(a) que fuimos, y respondemos a situaciones de nuestra vida adulta como si, para fines prácticos, fuéramos todavía ese(a) niño(a), con sus valores, emociones, perspectivas y su peculiar manera de interpretar las experiencias. En ocasiones esto es conveniente, por ejemplo cuando experimentamos la espontaneidad y la capacidad lúdica de los(las) niños(as). Sin embargo, no lo es cuando reactivamos las inseguridades, la dependencia y la limitada percepción del mundo, propias de los(las) niños(as).

Podemos aprender a reconocer a ese(a) niño(a), intimar con él y escuchar atentamente lo que necesita decirnos, aunque sea doloroso. Podemos permitir que el niño(a) se sienta cómodo(a) dentro de nosotros(as) y, por lo tanto, permitir que el “sí mismo(a) niño(a)” se integre en el “sí mismo(a) adulto(a)” o podemos rechazar a ese(a) niño(a), por miedo, dolor o vergüenza e ignorar su existencia o sus necesidades. En este último caso, el sí-mismo niño(a), abandonado(a) y no integrado(a), empieza por lo general a causar estragos en nuestra vida, haciéndonos imposible vivir una vida amorosa feliz, llevándonos a conductas impropias en el trabajo, negándonos la libertad de formas de juego adultas, etc.

- **Completar oraciones gramaticales.**

El trabajo de integración del(de la) niño(a) en el sí mismo(a) del (de la) adulto(a) se lleva a cabo mediante esta técnica. Se le dice a la persona que se le dará el principio de una oración, una oración incompleta, y que él/ella repetirá ese principio y terminará la oración, cada vez con un final diferente, sin preocuparse de que cada final sea literalmente cierto o de que alguno de los finales parezca oponerse a otro.

Por ejemplo:

“Si el(la) niño(a) que tengo dentro pudiera hablar, diría...” (10 veces)

“Una de las cosas que tuve que hacer para sobrevivir fue...” (10 veces)

En una sesión posterior:

“Una de las cosas que mi sí mismo(a) niño(a) necesita de mí es...” (10 veces)
“Si yo fuera más compasivo/a y amable con mi sí-mismo(a) niño(a)” (10 veces)
Luego de haber explorado en detalle los temas anteriores, se le pide a la persona:
“¿Podría cerrar los ojos, por favor, e imaginar al (a la) pequeño(a) frente a usted?

¿Cómo lo(a) mira? ¿Cuál es la expresión de sus ojos? Quisiera saber cómo se sentiría usted, en este momento, si pudiera alargar los brazos, sentarlo en su regazo y abrazarlo y permitir que sus brazos le digan que está a salvo, que ahora usted está con él(ella), y que lo(a) acompañará siempre, que al fin puede confiar en alguien y tenerle fe”.

Técnicas como ésta ayudan a la persona a experimentar una entidad separada, sabiendo al mismo tiempo que se está tratando con un aspecto rechazado de sí mismo(a), al cual, posteriormente, se tendrá que integrar. Dé espacio para que la persona explore sus sentimientos, permítale llorar, las palabras no son necesarias, y se puede sentir que mediante la imaginación y la fantasía, la persona retrocede en el tiempo para rescatar a su sí-mismo(a) niño(a), calmar su dolor y darle un consuelo, un apoyo y una firmeza que no había conocido nunca. A medida que la persona asimila e integra esta perspectiva, su autoestima comienza a aumentar.

Sugíerale que explore sus sentimientos hacia el(la) niño(a) que una vez fue y que identifique el papel que su sí-mismo(a) niño(a) podría ocupar en su vida actual. Esta técnica genera un cambio en el concepto de sí mismo(a) y en su conducta.

En una siguiente sesión se trabaja completando otras frases como:

“Me gusto más cuando... “ (10 veces)

“Me gusto menos cuando... “ (10 veces)

Lo que principalmente interesa aquí es lo que nosotros, como adultos, podemos hacer para elevar el nivel de nuestra autoestima, para aprender a querernos y confiar más en nosotros(as) mismos(as) y para sentirnos más seguros respecto de nuestra eficiencia.

Es cierto que algunos tal vez necesitemos de la psicoterapia para resolver plenamente nuestras dificultades, pero la mayoría podemos lograr bastante por nuestra cuenta, siempre que deseemos hacer el esfuerzo. Todo se reduce a una cuestión de voluntad y determinación. Queremos tener éxito en nuestra vida. Queremos para nosotros(as) mismos(as) lo mejor. Si la clave es la autoestima, se debe trabajar en elevarla.

Técnicas para ampliar la conciencia y modificar las prácticas

- Pida a la persona que identifique tres áreas en las cuales reconoce que su nivel medio de conciencia es mucho menor de lo que debería ser. Trate de ver por qué le resulta difícil lograr en estas áreas un alto nivel de concentración mental. Luego, lo más rápido posible, sin censurarse o “pensar”, pídale que complete las oraciones empleando de seis a 10 terminaciones diferentes.

“Lo bueno de ser plenamente consciente en... es...”

“Si yo permaneciera plenamente consciente en...”

Es probable que haga algunos descubrimientos esclarecedores. Ya con el solo hecho de efectuar este ejercicio, la persona vivirá más consciente de sus prácticas.

- Sugíerale que reflexione sobre lo que hará el día de mañana y sobre los próximos siete días de su vida. Considere cómo puede aplicar estas ideas a sus intereses diarios. Si, por ejemplo, decide ser más consciente en su trabajo, *¿qué es lo que podría hacer de manera diferente?* Si elige ser más consciente en una o más de sus relaciones afectivas, *¿qué cambiaría en su conducta?* Si desea desarrollar la confianza y respeto por sí mismo, *¿puede comenzar ahora?* Pida que identifique tres nuevas conductas dentro del ámbito de su trabajo, de sus relaciones, de su estilo de vida, que pueda practicar esta semana... y que se comprometa a experimentarlas. Y dígame que siga trabajando así durante los próximos siete días y los siguientes, para ampliar más su conciencia, paso a paso, y cambiar las prácticas que desea.

En lo que concierne a elevar la autoestima, no evolucionamos a pasos de gigantes, sino comprometiéndonos en la acción de avanzar poco a poco, paso a paso, inflexiblemente, hacia un horizonte en constante expansión.

Técnicas para aumentar la autoaceptación

- Pídale a la persona que se ponga frente a un espejo que abarque toda su figura y que se mire la cara y el cuerpo. Mientras lo hace debe prestar atención a sus sentimientos. Explíquese que quizá algunas partes de lo que vea le gustarán más que otras. Si es como la mayoría de la gente, algunas partes de su cuerpo le resultarán más difíciles de mirar detenidamente, porque lo perturban o le disgustan. Tal vez vea en su rostro un dolor que no desea afrontar; tal vez exista algún aspecto de su cuerpo que le desagrada tanto que le cuesta mucho mantener sus ojos fijos en él. Tal vez vea indicios de su edad y no pueda soportar los pensamientos y emociones que esos indicios le despiertan. Puede sentirse impulsada a escapar –a huir de la conciencia- a rechazar, negar, olvidarse de ciertos aspectos de sí misma.

Insístale que debe continuar mirando su imagen en el espejo unos instantes más, e intentar decirse a sí misma: *“Sean cuales fueren mis defectos o imperfecciones, me acepto a mí mismo(a) sin reservas y por completo”*. Indíquele que siga contemplándose, respire hondo y repita esa frase una y otra vez durante uno o dos minutos, sin acelerar el proceso sino, más bien, permitiéndose experimentar plenamente el significado de sus palabras. Quizás se descubra protestando: *“Pero hay algunas partes de mi cuerpo que no me gustan, ¿cómo puedo aceptarlas sin reservas, por completo?”* Recuérdele que “aceptar” no significa necesariamente “gustar”; “aceptar” significa experimentar, sin negación ni rechazo, que un hecho es un hecho. En este caso, significa aceptar la cara y el cuerpo que ve en el espejo, ya que son su cara y su cuerpo y son como son. Si insiste, si se rinde a la realidad, si se rinde al conocimiento (que es lo que, en definitiva, significa “aceptar”), advertirá que ha comenzado a relajarse un poco, y tal vez se sienta más cómodo(a) consigo mismo(a), y más real.

Aunque no le guste o no le cause placer todo lo que vea cuando se mire al espejo, debe poder decir: *“Este(a) soy yo, en este momento. Y no lo niego. Lo acepto”*. Eso es respeto por la realidad.

Recomiende practicar este ejercicio durante dos minutos todas las mañanas. Si lo hace, al poco tiempo comenzará a experimentar la relación entre la autoaceptación y la autoestima. *“Una mente que honra a la vista se honra a sí misma”*.

La autoestima depende del modo en que usemos nuestra conciencia, de las elecciones que hagamos con respecto al conocimiento, de la honestidad, de nuestra relación con la realidad y del nivel de nuestra integridad. El siguiente ejercicio permite el autoconocimiento en cuanto a los sentimientos, deseos, pensamientos y aptitudes. Su objetivo es la autoaceptación y autoexpresión.

- Ambiente el espacio, y pídale a la persona que cierre los ojos, que se relaje (manos sobre sus piernas, pies sobre el suelo, paralelos, espalda recta) y luego pídale que se sumerja en la siguiente fantasía:

“Piense que está al pie de una montaña, cualquier clase de montaña que desee imaginar. Hay un sendero que conduce hasta la cima. Comience a caminar. A medida que sube, siente el esfuerzo en los músculos de las piernas. ¿Hay árboles y flores en la ladera de esta montaña? Mientras sube va tomando conciencia de algo muy interesante. Todos los miedos, dudas e inseguridades de su vida cotidiana parecen desaparecer, como si fueran un exceso de equipaje que usted ya no necesita. Cuanto más asciende, más libre se siente. A medida que se acerca a la cima se da cuenta de que casi no pesa nada. Tiene la mente despejada. Se siente más fuerte, más seguro(a) de sí mismo(a) que durante toda su vida anterior. Imagínese ese estado y explórelo. ¿Le gusta? ¿Y cómo se siente su cuerpo cuando usted tiene confianza en sí mismo(a) y está libre de dudas y de miedo?”

Ahora está apenas a unos pasos de la cima de la montaña. Ahora se detiene en la cima y contempla el mundo. ¿Cómo se siente? ¿Qué sensación tiene de su relación con el mundo? ¿Cómo es estar sin las viejas y conocidas inseguridades? Tómese unos minutos para explorar este estado... Y ahora dé la vuelta y comience a bajar. Y mientras sigue el sendero montaña abajo, fíjese si lleva consigo su fuerza y su libertad nuevas, o si dejó esos sentimientos en la cima. ¿Vuelve a sentir los viejos pesos mientras va acercándose al pie de la montaña? Y al regresar al punto desde el cual partió, ¿Puede contemplar al mundo desde una nueva perspectiva? ¿Cómo se siente? ¿Qué es lo que ha cambiado? ¿Se experimenta a usted mismo(a) de una manera diferente?”

Describa una acción autocrítica

- Por medio de la autocrítica se evaden las relaciones interpersonales que se desean, pero que causan temor y ansiedad. Pídale a la persona que diga frases autocríticas que ha pensado antes. Luego pida que reflexione qué trata de evadir mediante estas frases.

Ejemplo: *“Soy malo(a), no le agrado a nadie”, “no pongo todas las fuerzas o todas las ganas de las que soy capaz” o “reconozco que soy el(la) encargado(a) de tal o cual cosa”*.

Pintando sentimientos

- Es una técnica que permite a la PVVS identificar y aceptar que aún existen situaciones personales no resueltas y que es el momento de superarlas y/o eliminarlas. Le permitirá identificar sentimientos no resueltos y liberarlos con llanto, enojo o alegría. Para aplicar esta técnica se requiere del siguiente material:

- Una hoja con una gráfica de cuatro barras
- Crayones: rojo, verde, negro y amarillo

Ponga música suave (instrumental) de fondo y pídale a la persona que asocie la música con recuerdos personales. Al mismo tiempo entréguele la hoja con la gráfica y los 4 crayones. Solicítele que pinte espontáneamente las barras con el color que prefiera. Identifique los sentimientos según los colores utilizados

Amarillo = alegría
Verde = esperanza
Rojo = enojo
Negro = tristeza



Pintar los sentimientos es una técnica para descubrir el nivel de autoestima

Luego pídale que haga un dibujo libre con los colores arriba mencionados. Podrá identificar el sentimiento a trabajar a través del color más utilizado en el dibujo.

Otras sugerencias a dar son:

- Dedicar el tiempo a aficiones (pasatiempos) y actividades que le agradan y le hacen sentirse bien.
- Integrarse a grupos de PVVS para aprender de sus experiencias (formas de aceptar la infección).
- Aprender a valorarse como seres humanos, identificando sus cualidades y el potencial para ser mejores.
- Diferenciar entre una actitud errónea y la persona; juzgar formas de actuar y no a quien las ejecuta.

- Rodearse de personas con ánimo de vivir, activas y con actitudes y prácticas positivas.
- Hacer un recuento de metas que se ha trazado y, de éstas, las ya alcanzadas. Tomarse el tiempo para sentirse orgulloso(a) de los logros, recordar tropiezos o dificultades que se pueden superar.
- Hacer recuento de cualidades y características que le agradan de su persona, reflexionar sobre las mismas.

Si la persona está en crisis se recomienda referirlo(a) con un psicólogo(a) o psiquiatra. Se debe trabajar con ella cuando no se encuentre medicada, debe estar calmada y tener apertura para poder conversar, analizar la situación y seguir estas técnicas.

B. Orientación y educación a la familia (contexto social)⁴

Paralelo al acompañamiento emocional que la PVVS recibe de parte del orientador(a), debe tomarse en cuenta que un diagnóstico positivo en VIH afecta simultáneamente a la persona en el ámbito familiar, sexual, afectivo y social, por lo que es necesario que se trabaje en esos niveles. Para tal efecto se deben considerar los siguientes aspectos:

1. Empatía y preocupación

La palabra “empatía” proviene de un término griego que significa “sentir junto con” o “sufrir en común”. Para las personas con infección por VIH, la empatía equivale a una cura: reconforta, sustenta, alivia, es un antídoto para el dolor, la soledad y la pérdida.

El cuadro de abajo contrasta los sentimientos de empatía o preocupación de las personas que cuidan a las PVVS con los de las PVVS. Ambos pueden tener diferentes percepciones y sentimientos que afectan las relaciones interpersonales, elementos esenciales que se deben considerar al momento de brindar orientación tanto a PVVS y/o cuidadores.

Un lado de la situación: las personas que cuidan a las PVVS (familia, amigos o personal de salud) se sienten preocupadas

- Sienten empatía y sufren en común.
- Sienten impotencia.
- No saben en dónde están los límites entre ellos mismos y aquellos a quienes cuidan.
- Esperan saber de alguna manera qué siente y qué quiere la persona enferma y luego proporcionárselo.
- Se sienten culpables de no ser ellos los enfermos.
- Les preocupa que en algún momento crítico no sepan qué hacer y que eso provoque una catástrofe.

El otro lado de la situación: las PVVS en ocasiones se sienten incapaces de tranquilizar a quien(es) lo (s) cuidan

- Están muy conscientes de que afectan la vida de sus cuidadores. Se preocupan porque causan problemas y sufrimientos y se sienten responsables - a veces culpables- por ello.
- Tienden a proteger a sus cuidadores guardando la información inquietante o minimizan los síntomas y dolores.
- Se preocupan de que sus cuidadores puedan agotarse físicamente y que no estén en condiciones de ayudarlos en períodos de necesidad urgente.

⁴ Con base en: O’Connor (1997), Capítulo 2

Un lado de la situación: las personas que cuidan a las PVVS (familia, amigos o personal de salud) se sienten preocupadas

- Se sienten con la obligación de cuidarlo, lo que los lleva a épocas en las que se derrumban, se sienten deprimidos, hostiles, impacientes, agitados y pierden su sentido del humor.
- Tienen problemas para concentrarse y dormir. A veces comen y beben en exceso o se abandonan a las drogas (incluido el alcohol).
- Se aíslan.
Minimizan la situación de las PVVS.
- Asumen una actitud pasiva y derrotista, ante un fin inminente y conocido.
- Asumen una actitud asistencialista y minusvalizante hacia las PVVS.
Ven el sufrimiento como un camino hacia la purificación, como una situación inevitable y buena.

El otro lado de la situación: las PVVS en ocasiones se sienten incapaces de tranquilizar a quien(es) lo (s) cuidan

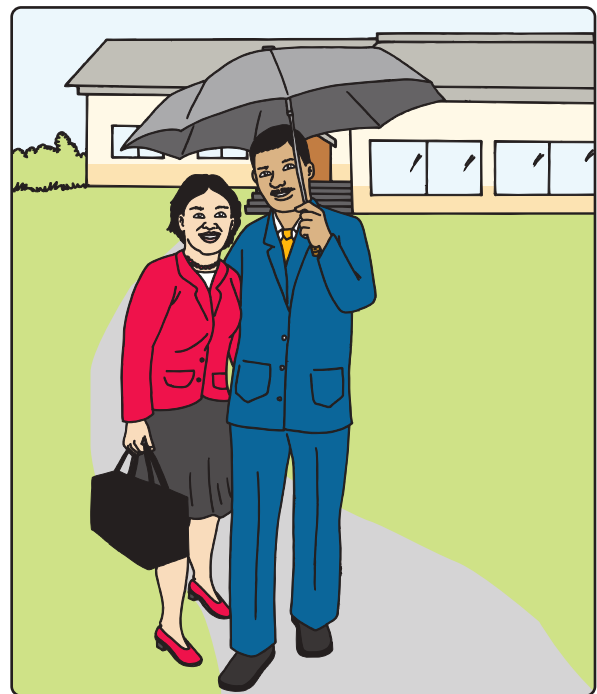
- Les preocupa que alguien atienda a sus cuidadores.
- En ocasiones les molesta tener que tranquilizar a quienes los cuidan, porque no desean que se les recuerde la enfermedad sino que quieren concentrarse en mejorar su salud.
- En ocasiones, lo que el cuidador dice con simpatía es recibido por el receptor como lástima y eso los pone intranquilos.

Fuente: Adaptado de Adelman, M. (1989). Social support and AIDS, Public Policy Journal, 4(1), pp.31-49; Kübler-Ross E. (1987). AIDS: The Ultimate Challenge. New York: Macmillan; and Wadland, W.C. & Gleeson, C.J.(1991). A model for psychosocial issues in HIV disease. The Journal of Family Practice, 33(1), pp. 82-86.

Resolución del conflicto entre empatía y preocupación

Es difícil equilibrar la empatía y la intromisión. Resolver los conflictos entre las personas afectadas por la infección por VIH es cuestión de saber manejar estos hechos difíciles de la vida. Quienes lo hacen mejor son:

- los que han aprendido a concentrarse en las satisfacciones y a negociar los agobios,
- los que aprecian las virtudes que la relación encierra,
- los que admiten las necesidades de la otra persona y son flexibles consigo mismos,
- las personas que negocian mediante el diálogo, que admiten el punto de vista de los otros y que luego expresan el suyo.



Equilibrar la empatía y la intromisión requiere comprensión, negociación y flexibilidad

En relación al cuidador(a):

- Debe evitar ser una carga, un juez o un guardián para el enfermo y respetar la capacidad de la persona con VIH para encontrar sus propias soluciones
- Debe comprender que algunas cosas no tienen arreglo, o sólo pueden ser resueltas por la persona a quien se brinda apoyo
- Debe permitir que la persona hable con libertad, franqueza, sin interrupción o temor de juicio alguno
- Debe escuchar y dejar que la persona llore, sin contenerla
- Debe dejar que esté sola y no hablar
- Debe aprender a aceptar su propia impotencia y a renunciar a la idea de que todo pueda estar bien de nuevo
- Debe aprender a no apartarse
- Debe recordar que tiene derecho a su espacio, tiempo y a no dejarse manipular por la PVVS

En relación a la persona con VIH:

- Debe llegar a ver la preocupación como amor.
- Puede llegar a acuerdos con su cuidador(a) acerca de cuándo sería el momento oportuno de hablar de determinados temas.
- Necesita negociar las extraordinarias exigencias causadas por la infección por VIH

2. Desamparo, dependencia y control

En relación a renunciar al control, la infección del VIH disminuye en forma significativa el sentido de control de la persona. Tiene períodos de enfermedad durante los cuales depende de otras personas para cosas que normalmente hacía por sí mismo. Su dependencia varía desde la necesidad de que alguien le haga las compras, la limpieza y cocine para él(ella), hasta que alguien lo tenga que vestir, bañar y alimentar.

En relación al cuidador(a):

- Los(as) cuidadores(as) se sienten impotentes para cambiar las cosas, pueden resolver problemas físicos (hacer las compras, etc.) pero con frecuencia, los problemas emocionales -la ira, la depresión, el temor, la culpa- no pueden remediarlos.

En relación a las personas que viven con VIH:

- Las personas con infección por VIH desean hacer las cosas por sí mismas, no quieren depender de otros, pues eso daña su autoestima.
- Desean hacer su contribución en una relación justa y no sólo obtener consejo y ayuda.
- Usualmente los adultos que deben aceptar que se les cuide como a niños se sienten como una carga, debido a que necesitan de otros para cuidar su cuerpo. Sienten que han perdido su dignidad.
- Otras personas odian renunciar a sus roles con su pareja.
- Algunas se preocupan de la dependencia económica de la familia o del servicio social, por la pérdida de control de la propia vida.

Todas estas situaciones de dependencia les provocan a las PVVS sentimientos de impotencia, ineficiencia e incompetencia.

Resolución de conflictos sobre la pérdida de control

El objetivo es lograr un equilibrio entre aceptar la ayuda y conservar el control. Hay algunas acciones que se pueden llevar a cabo:

- Que la persona no renuncie a su independencia tan fácilmente, que asuma ciertas responsabilidades.
- Que acepte el hecho de que será necesario recibir ayuda y que es merecedor(a) de esa ayuda. En caso contrario no se duda de que él(ella) estaría dispuesto(a) a dar la ayuda necesaria.
- Haga que controle lo que pueda. Si la persona no puede controlar su vida en los aspectos importantes, que lo haga con los que no lo son tanto, nunca se pierde el control de todo.
- La persona debe reclasificar o reestructurar las situaciones. Dicho de otra manera, la persona puede reconsiderar las cosas, desde un punto de vista de ventaja y no de desventaja. Ejemplo: el ya no poder manejar el carro significa que ahora tendrá más dinero para gastar en otras cosas y no en gasolina, podrá estar más tiempo con las personas que ama, etc.

En relación al control de los(as) cuidadores(as):

- La mejor ayuda que pueden dar a la persona con VIH es escuchar. Esto quiere decir permanecer callados, no interrumpir, no juzgar, no dar consejos, ni tratar de arreglar algo que está mal. Significa proporcionar atención solidaria, sondear a la persona. Utilizar frases como: *“Eso me interesa, si deseas comentármelo...”* *“Eso se ve difícil, ¿cómo lo estás manejando?”*
- Si la persona llora, no la interrumpa déjela que exteriorice su dolor o preocupación.

- Los cuidadores deben comprender que las personas con infección por VIH se encuentran en posiciones de dependencia y que necesitan sentirse lo más eficientes y competentes que sea posible.
- No deben hacer el trabajo de la reclasificación de los problemas. Este trabajo corresponde a la persona que está padeciendo la infección.

3. Sentimientos sobre el sexo

Con respecto a los problemas relacionados con los sentimientos sobre el sexo, algunas personas:

- Equiparan la relación sexual con la enfermedad. Se inquietan por la posibilidad de enfermarse más todavía o de ser el(la) causante de que otras personas se enfermen. Sienten culpa por tener relaciones sexuales.
- No disfrutan de las relaciones sexuales que son más seguras debido a que parecen cortar la espontaneidad y la sensación de relajación y, en ocasiones, parecen añadir una barrera de represión o de artificialidad entre la pareja.



Tanto en la homosexualidad como en la heterosexualidad se pueden encontrar otras manifestaciones de intimidad

- Ven la ocasión de vengarse seduciendo a muchas personas para transmitirles el VIH. Se dejan llevar por pensamientos como: “Si a mí me lo hicieron yo también lo haré” o “no voy a morir solo(a), conmigo se irán muchos más”.

Resolución de conflictos sobre los sentimientos hacia el sexo

Las siguientes prácticas no solamente son prácticas seguras sino que pueden ayudar a resolver los conflictos y sentimientos encontrados sobre el sexo.

- Participar en procesos que permitan conocer opciones para el pleno ejercicio de la sexualidad, a partir del ciclo de vida, posibilidades y, sobre todo, desde el enfoque de salud basado en los derechos.
- Optar por la abstinencia
- Satisfacerse a través de la masturbación –autosatisfacción–
- Encontrar placer a través del pensamiento –imaginación–
- Aceptar el condón y la masturbación mutua

- Aceptar los cambios necesarios en las prácticas sexuales y, cuando estas modificaciones son menos que satisfactorias, tratar de encontrar otras formas de lograr la misma intimidad, tranquilidad, comodidad y vinculación.
- Todas las otras formas de intimidad física en la que no intervenga directamente el sexo pueden también crear vínculos, por ejemplo: darse la mano, tocarse, sentarse, bañarse, darse masajes, peinarse, dormir la siesta juntos, jugar a las cartas, estar en la cama juntos, etc.

4. Relaciones con los hijos(as) madres y padres

Algunas de las preocupaciones de las madres y los padres VIH positivos en relación a los hijos(as) son:

- La persona con infección con VIH usualmente se preocupa y piensa cómo decirles que tiene la infección, cómo manejar sus inquietudes y cómo no ser una carga para ellos.
- Es necesario que la persona diga a sus hijos(as) que tiene la infección por VIH y también cómo la contrajo. La verdad lisa y llana funciona eficazmente. El momento adecuado es cuando la persona ha aceptado su nueva condición de seropositividad. La información debe ser dada tomando en cuenta la edad y madurez de los hijos(as).
- Con frecuencia los(las) hijos(as) no expresan su ansiedad de manera directa dependiendo de la edad, por el contrario, algunos se deprimen, otros se retraen y dejan de hablar y otros más se tornan extraordinariamente agresivos. Los padres y madres al ver lo que sucede, deben alentar al (a la) hijo(a) a que exprese sus preocupaciones directamente.
- En ocasiones los padres prefieren mantener el secreto de su diagnóstico hasta el último momento –muerte- por vergüenza o temor al rechazo de los(as) propios(as) hijos(as).
- Cuando los hijos(as) son niños o jóvenes prefieren ocultar a su familia su diagnóstico de VIH positivo.
- Les preocupa saber si han infectado inadvertidamente a su hijo(a).
- A las madres y padres les asalta la duda de si han educado bien a sus hijos(as) y tratan de acelerar el desarrollo social del (de la) niño(a), de ayudarlo a crecer y a ser maduro(a), responsable y seguro(a) en la vida.
- Les preocupa la posibilidad de ser una carga para los(las) hijos(as). La inversión del papel de madres y padres a hijos(as) hace que los primeros se sientan a disgusto, asuman la intensa responsabilidad por sus hijos(as) y odian esta idea.
- Les preocupa la idea de quién va a cuidar de los niños(as). En ocasiones esto le preocupa más que su propia salud.

Algunas preocupaciones de los hijos(as) VIH positivos en relación a la familia son:

- Sentimientos de angustia y culpa por el sufrimiento que provocarán a la familia, tal como: angustia por el mal ejemplo que dan a sus hermanos(as), sentimiento de culpa por ser el(la) mayor de la familia y creer que no va a poder apoyar económicamente o seguir una carrera como se esperaba.
- Temor al rechazo o aislamiento. Ejemplo: Tener previas relaciones interpersonales inadecuadas (malas) y por esa razón creer que los padres los rechazarán o echarán de la casa.

5. Relaciones con usuarios(as) de drogas

- No siempre es posible resolver las relaciones entre usuarios(as) de drogas y sus cuidadores(as). Las relaciones entre los(las) toxicómanos(as) y sus madres y padres o parejas suelen ser difíciles, incluso antes de un diagnóstico positivo de VIH.
- Algunas familias simplemente aceptan la adicción, otras intentan combatir el problema de drogas rehusando el cuidado hasta que la persona deja de usarlas. La decisión en cuanto a combatir la adicción o aceptarla es extraordinariamente dolorosa. Con frecuencia los(las) cuidadores(as) de personas que utilizan drogas necesitan ayuda de profesionales de salud mental.

V. EL PROCESO DEL VIH/SIDA EN LA PVVS Y SU FAMILIA,⁵

A. Reacciones psicológicas

Las reacciones psicológicas en el proceso del VIH/SIDA generalmente pueden dividirse en tres tipos:

1. Recurrentes o preexistentes, psicopatológicamente hablando.
2. Por el estrés. Se presentan debido al estrés que ocasiona el saber un diagnóstico positivo en VIH, manifestaciones como ansiedad, ataques de pánico, hipocondriasis, desórdenes obsesivos compulsivos, etc. En algunos casos, especialmente las personas gay y los hombres bisexuales que están bien integrados en la comunidad, muestran más tendencia a sufrir depresión, por percibir ser más discriminados, excluidos y al vivir de cerca la muerte de amigos o parejas que han sido su soporte emocional en la vida.
3. Enfermedades neuropsiquiátricas que resultan directamente del SIDA y/o enfermedades oportunistas.

El siguiente cuadro muestra las etapas en el desarrollo del VIH/SIDA y las reacciones conductuales y emocionales que se dan en la PVVS y su familia.

ETAPAS DE VIH	TIEMPO	PVVS	FAMILIA DE PVVS
Exposición al virus	0 años	Conducta de alto riesgo, temor	
Prueba del VIH positiva		Reacción en crisis: shock, depresión, pensamientos suicidas, culpabilidad.	Shock, depresión, incertidumbre
Período en el que no hay síntomas		Restablecimiento del equilibrio. Búsqueda de significado del virus, recuperación del control de su vida. Posibles cambios en el estilo de vida.	Restablecimiento del equilibrio. Búsqueda de significado del virus, incertidumbre. Posibles cambios en el estilo de vida.
Signos y síntomas		Pérdida del control y de la independencia; culpabilidad, cólera, depresión, pensamientos suicidas, toma de decisiones en cuanto al tratamiento.	Soporte emocional al PVVS, toma de decisiones en cuanto al tratamiento y cuidado.
SIDA		Preparación para la muerte. Depresión, aceptación.	Anticipación al duelo, depresión.
Etapa terminal		Depresión, aflicción, duelo.	Preparación para la muerte, duelo, depresión.
Muerte	2 - 10 años	Muerte	

⁵ Con base en: O'Connor (1997), Capítulo 2.

B. Tácticas para conservar la salud mental

En vista de la complejidad de las conductas y emociones en el desarrollo del VIH/SIDA, tanto para la persona que vive con el virus como para su familia, es muy importante identificar las tácticas más pertinentes en cada caso para la conservación de la salud mental.

1. Fuentes de apoyo⁶

Entre las fuentes de apoyo para una PVVS están la familia, los amigos, la religión, las organizaciones de defensa de derechos humanos y ciudadanos en torno al VIH/SIDA, los grupos de apoyo y terapia y los profesionales de la salud mental.

Grupos de apoyo y terapia. Las personas que viven con el VIH dicen que los grupos les proporcionan una sensación de alivio a sus problemas personales y una sensación de esperanza. También les agrada la idea de pensar que puedan estar ayudando a otros en su grupo.



Los grupos de apoyo y terapia proporcionan alivio y una sensación de esperanza

⁶ Con base en: Bartkett y Finkbeiner (1996) Capítulo 12

El siguiente cuadro muestra las similitudes y diferencias entre los grupos de apoyo y los grupos de terapia.

GRUPOS DE APOYO	GRUPOS DE TERAPIA
<ul style="list-style-type: none">● Su principal función es brindar compañía y consuelo.● Con frecuencia los objetivos del grupo de apoyo consisten en aprender a reducir el aislamiento, compartir experiencias, ver qué funciona para otros, expresar cosas que quizá no comenta en alguna otra parte, sentirse aceptado.● Quienes eligen un grupo de apoyo buscan principalmente un lugar seguro donde puedan ser ellos mismos y estar menos aislados.● Son grupos de cinco a ocho integrantes dirigidos por un profesional con experiencia o por una PVVS capacitada.● Estos grupos ayudan a las personas a conocerse mejor y a encontrar conexiones con otras personas.	<ul style="list-style-type: none">● Tratan de solucionar problemas específicos.● Los objetivos del grupo de terapia son los mismos que los del grupo de apoyo, pero también tratan que la persona aprenda a afrontar patrones negativos de conducta.● Quienes buscan un grupo de terapia se preocupan por cambiar ciertos patrones de vida que no les satisfacen.● Suelen ser grupos pequeños de cinco a ocho personas y son dirigidos por un profesional de salud mental con experiencia.

Las y los profesionales de salud mental pueden ayudar a la persona a expresar, comprender y resolver sentimientos dolorosos, a analizar y solucionar problemas de pareja, familia u otras personas, a llegar a conocerse a sí mismo(a), como una persona completa, a replantear su proyecto de vida, a perder el miedo de involucrarse en la vida social.

2. Tácticas para que las PVVS asuman el control de su vida

Las tácticas que aquí se presentan recapitulan las que se abordaron en más detalle en capítulos anteriores. Otras técnicas se presentan en el Anexo 2.

- Fortalezca su esperanza de vida, la vida continúa y es necesario adaptarse a las nuevas situaciones.
- Oriéntelo(a) a que piense en cambiar sus tácticas usuales que no le son favorables.
- Apóyelo(a) para que divida y venza. Es decir, que divida los problemas entre los que tienen solución y los que no la tienen y que enfoque sólo los primeros: los problemas a corto plazo y los que sabe que puede lograr superar.
- Sugíerale que se dé un descanso.

- Ayúdelo a que respete los derechos de sus sentimientos. Cuando la persona se siente mal, no la detenga, déjela sentirse mal, que lllore, que fije la vista en el espacio, que se rehúse a hablar, que se quede en la cama, que se abandone a sí mismo y que se desahogue. Que conceda a sus sentimientos los derechos que se merecen. Esto no significa rendirse, sino reconocer la realidad y magnitud del problema que afronta. Estos sentimientos una vez admitidos, no duran tanto como se podría pensar. Parecen agotarse por sí mismos y desaparecen.
- Enséñele a comunicarse con el sistema médico. Que pregunte en qué etapa del curso de la infección se encuentra y todo lo relacionado con los exámenes, medicinas y las prácticas más apropiadas.



La buena comunicación entre el equipo multidisciplinario es fundamental para el tratamiento integral y de calidad

- Oriéntelo(a) a que reclasifique lo negativo, que se concentre en lo positivo. Que tome las cosas más como una preferencia en lugar de una necesidad; una oportunidad, antes que un problema.
- Explíqueme la importancia de comer saludable y nutritivamente, de las prácticas sexuales seguras, de la higiene (personal, del agua y los alimentos, del hogar y del ambiente, de las mascotas y laboral).
- Oriéntelo(a) a que se anime a sí mismo(a). Enséñele técnicas de relajación, motívelo(a) a que lea un libro, que vea una película y que realice ejercicios físicos, como caminatas.
- Ayúdelo(a) a que confronte las cosas poco a poco. El SIDA es una enfermedad crónica. La persona puede aceptarlo o rebelarse. La aceptación no significa dejar de luchar por la vida, sino confrontar los hechos, las posibilidades y las reacciones.
- Oriéntelo a que practique la “negación positiva”, en la que se admiten tanto las realidades de hoy en día como lo impredecible del mañana. Esto no es negar que se está enfermo(a), sino decidir no actuar como tal, no sentarse simplemente a ser una persona enferma, un paciente.
- Ayúdelo a encontrar consuelo e intereses en cosas fuera de sí mismo.
- Hágale ver la actitud que está presentando hacia su situación y lo ideal de que persevere en una actitud positiva.

VI. DEMENCIA ASOCIADA AL VIH⁷

La demencia asociada al VIH (DAV) ocurre en el 20 al 30% de las personas con infección por VIH, por lo general en las etapas finales. No se conoce su causa. Los médicos especializados en DAV sospechan que se debe a la invasión directa del VIH en el cerebro. Rara vez ocurre antes de las etapas finales de la infección y, en cambio, es relativamente común después de que se ha debilitado de manera acusada el sistema inmunitario.

La demencia causa alteraciones notorias en la capacidad mental, en la actitud y el control muscular de una persona. Los cambios suelen seguir cierto patrón. Al principio, la persona infectada o quienes la cuidan advierten la presencia de lentitud mental: se observa o la persona dice tener menos "viveza", o que su mente "no es tan rápida", o que su pensamiento es "más turbio". Tarda más tiempo en organizar sus ideas, en responder a preguntas. Hay días en que es más lenta; en otros, tiene la mente clara y ágil. Más adelante la lentitud mental progresa y puede acompañarse de apatía, retraimiento y problemas para controlar sus músculos. Camina en forma tambaleante y tropieza o se cae con facilidad. Con frecuencia sus piernas se debilitan. Se reduce su coordinación y tiene dificultades para comer y escribir. Por último, puede padecer un progreso rápido de la demencia hasta quedar mentalmente alienada.

Algunas personas con demencia experimentan una lentitud mental leve que nunca se agrava. Para ellas la demencia sólo tiene un impacto pequeño en sus vidas. En cambio, en otras, la demencia progresa con rapidez y el deterioro mental es grave.

Una persona con síntomas de DAV debe someterse a exámenes y a una serie de pruebas, para excluir la posibilidad de que los síntomas se deban a depresión o a una infección del sistema nervioso central.

El diagnóstico de demencia suele emitirlo un grupo multidisciplinario de especialistas: neurólogos, médicos y psicólogos, que atienden casos de SIDA. Las pruebas para diagnosticar demencia comprenden una serie de estudios de habilidades mentales, examen neurológico, punción lumbar y gammagrama del cerebro. El objetivo de las pruebas es averiguar qué puede hacer o no hacer mentalmente la persona y determinar la gravedad de la demencia y excluir otras causas como meningitis por criptococos, toxoplasmosis o linfoma del cerebro.

Hasta la fecha, existe muy poco tratamiento específico para la DAV. A diferencia de muchos antibióticos, la Zidovudina (AZT) penetra en el cerebro. Además algunos estudios sugieren que el AZT y otros medicamentos retrasan o evitan el inicio de la DAV. Es obvio que la AZT retrasa el proceso de demencia, en quienes lo toman. Varios antibióticos similares a la AZT, que también inhiben la reproducción del VIH, podrían ser igualmente útiles en el tratamiento de la demencia. Sin embargo, están todavía en etapa de investigación.

Por razones que los médicos científicos todavía no logran comprender, casi todos los medicamentos que actúan en el sistema nervioso central y también los que se utilizan para dormir -los antidepresores y los ansiolíticos (que combaten la ansiedad)- tienen más efecto del usual en las personas que

⁷ Con base en: Bartlett y Finkbeiner (1996), Capítulo 7

padecen demencia. Entre ellos se cuenta el alcohol y todas las benzodiazepinas: Valium, Librium, Xanax y Ativan. Los médicos deben tener conocimiento del diagnóstico de DAV para prescribirlos y vigilar cuidadosamente las reacciones de los pacientes a los medicamentos.

Las personas con diagnóstico confirmado de DAV necesitan cuidado médico apropiado para la demencia y otros aspectos de la infección por VIH. Necesitan apoyo para organizar su vida cotidiana y requieren hacer planes a largo plazo. Tomar ciertas decisiones se vuelve necesario, entre éstas, designar a un apoderado, redactar su testamento y dejar por escrito disposiciones en cuanto a su vida, además de una orden médica para que no les practiquen resucitación. También necesitan considerar cuándo deben dejar de conducir un vehículo, en especial al percibir que sus habilidades motoras o sus tiempos de reacción se han deteriorado, cuando consideran que los demás hacen sonar sus bocinas contra ellos, cuando comienzan a recibir infracciones de tránsito u olvidan dónde se encuentran.

Deben también considerar dejar de trabajar, en especial cuando piensan que están haciendo un trabajo defectuoso o no pueden desempeñarse igual que antes, ni recordar lo que necesitan hacer. Renunciar al trabajo o dejar de conducir vehículos no significa automáticamente ser dependiente e inútil, ni que no se pueda disfrutar de la vida.

A. Síntomas de DAV

1. Pérdida de la memoria

El principal cambio en las capacidades mentales es un aumento en los descuidos, una pérdida de memoria. Con frecuencia, las personas tienen dificultades para recordar sólo el pasado reciente y no el lejano, problema que suele ser más molesto que grave. No obstante, las personas afectadas lo encuentran angustiante. Pueden recordar experiencias de su infancia, pero no lo que han desayunado hace unas horas. Tienen dificultades para narrar a sus médicos detalles recientes. Olvidan por qué entraron a una habitación, dónde estacionaron el carro, qué es lo que iban a buscar a la tienda o qué hicieron ese día. Olvidan sus compromisos y sienten confusión acerca del tiempo y los lugares.

Tácticas para enfrentar los problemas de memoria

Las personas pueden hacer frente a los problemas de la memoria y buscar la forma de sobrellevarlos. Por ejemplo, Juan, que siempre olvidaba tomar su medicamento y comer galletas antes de esto, compró a bajo precio una caja para píldoras equipada con una alarma que sonaba cuando debía comer las galletas y nuevamente cuando debía tomar su medicamento. Otras personas colocan sus medicinas en cajitas provistas de separaciones para cada día de la semana. Gabriela, repetía una y otra vez durante varios días todo cuanto ella deseaba que su esposo recordara, y al parecer, esto lo ayudaba a él.

Algunas personas llevan sus listas en un cuadernito o en una agenda de bolsillo, para acordarse de las llamadas que tienen que hacer, fechas que deben tener en cuenta o preguntas que necesitan hacer al médico. Pedro compró, para sus notas, una libreta del tamaño del bolsillo de la camisa. *“Siempre la llevo conmigo”, decía. “Sé que debo escribir algo inmediatamente si deseo recordarlo: recoger las herramientas, pasar por mi madre. En el momento que lo sé o lo recuerdo, lo escribo”*. En general, las personas tratan de reducir en lo posible el número de cosas que llevan en su cabeza. *“Yo no llevo en la cabeza veinte cosas a la vez”*, dice una de ellas.

2. Dificultades para concentrarse

Otro cambio en la capacidad mental de las personas es la dificultad para concentrarse. Sus lapsos de atención se acortan y tienen que esforzarse más para seguir el desarrollo de un espectáculo o el argumento de un libro. Leen una y otra vez párrafos y páginas que no logran entender. En su conversación pasan de un tema a otro sin transiciones, o simplemente se detienen a la mitad. No parecen prestar la debida atención a la plática o dan la impresión de haber perdido el hilo de la conversación en medio de una frase. Comentan que su mente divaga sin importar lo que estén haciendo.

La dificultad para concentrarse también implica que las personas se confunden con facilidad. No pueden pensar en horas o fechas, ni parecen hallar los pasos a seguir para llevar algo a cabo. En actividades mentales que en alguna época fueron rutina –como llevar las cuentas del talonario de cheques o dar ciertas instrucciones- tardan ahora más tiempo o les es imposible realizarlas.

Tácticas para aumentar la concentración

La dificultad de concentración se puede mitigar de varias maneras. Una es tratando de asimilar sólo una cantidad limitada de información cada vez. Cuando Juan, esposo de Gabriela, deseaba leer, sólo leía artículos cortos, noticias en el periódico, historias breves o la guía de TV. *“Si había algún libro que él deseaba leer”, decía ella, “yo se lo leía, capítulo por capítulo, después de cada capítulo nos sentábamos a conversar sobre lo que habíamos leído”.*

David notó que si el médico le hacía varias preguntas a la vez, no podía contestarlas o su respuesta era errónea. Si le hablaban muy rápido tampoco podía comprender, era diferente cuando le hablaban despacio. Le pidió a su médico que le hiciera sólo una pregunta a la vez permitiéndole contestar y que le hablara despacio. Su esposa notó que él necesitaba que le construyeran frases de un solo pensamiento y no de tres o cuatro ideas por frase. Por ejemplo: *“Si yo quería decirle que una amiga había llamado para venir y pedir prestada la plancha, tenía que dividir la oración. Primero le decía: “Llamó Consuelo”. Momentos después: “Consuelo va a venir”; luego: “Su plancha se descompuso”; por último: “Va a pedir prestada nuestra plancha”. Platicábamos de esto un momento y después le preguntaba: “¿Le prestamos la plancha, a Consuelo? Entonces él podía responder razonablemente: ¿Y cuándo la va a devolver?” “He comprobado que si no le hablo de esa forma él se pierde”, comenta Gabriela.*

La solución en estos casos es instruir a los cuidadores y proveedores de salud para que hablen despacio. Enunciar un pensamiento a la vez y comentarlo brevemente, para permitir que lo comprenda antes de pasar al siguiente es una buena práctica.

Otra forma de ayudar a alguien que padece de problemas de concentración consiste en el uso de repeticiones y recordatorios. La repetición ayuda a algunas personas a comprender algo que consideran confuso o complicado. Quienes tienen problemas para concentrarse los tienen también con las generalizaciones, por lo que necesitan información específica. Decirle *“Llegaré por ti al hospital e iremos a algún lado”* es muy general y deja muchas posibilidades. En cambio *“Llegaré por ti al hospital a las dos de la tarde. De ahí iremos a almorzar”* es mucho más claro y concreto.

B. Cambios de actitud

El principal cambio de actitud en las personas que sufren DAV es un aumento en la apatía. Las personas con demencia se vuelven cada vez menos accesibles, menos interesadas en mantener una conversación, menos susceptibles a expresar o sentir emoción alguna.

Pierden el interés por todo: el trabajo, los amigos, la familia, incluso por sí mismos. Se ha pensado que la pérdida de la memoria y la falta de concentración tienen que ver directamente con la apatía que les invade. La familia y las personas cercanas pueden notar que se han vuelto menos afectivos y sin interés de entablar una conversación; suelen responder con monosílabos. Quienes cuidan a alguna persona con demencia suelen comentar que parecen estar felices con sólo sentarse y fijar la mirada en algún punto. En etapas más avanzadas, la apatía se torna más profunda y penosa para los(as) cuidadores(as) de personas con demencia. Estas dejan de sonreír, de comprender a otros, ya no hay muestras de afecto y, por último, se desligan de tal forma de lo que acontece a su alrededor que dejan de hablar. Parecen tristes o asustados, aunque dicen no sentirse así, sino que solamente están desconectados.

Las personas con demencia aun en estadios tempranos necesitan cuidadores(as), se confunden con facilidad y no son capaces de visualizar las consecuencias de sus actos. Pueden tomar decisiones con lentitud o simplemente no tomarlas.

Tácticas para lidiar con la apatía

A las personas con DAV es necesario presentarles las alternativas una por una y conversar un poco sobre cada una de las opciones para permitirles reaccionar. Hay que repetir las alternativas y las posibilidades varias veces, proceso que puede durar días o semanas.

C. Problemas con el cuidado personal

La apatía invade todas las áreas de la vida, la persona pierde intereses y apetitos. Comer, beber, vestirse y mantenerse limpio son cosas que cada día significan menos. Comer y beber son los problemas más inmediatos, ya que la persona con SIDA necesita nutrirse adecuadamente para evitar complicaciones. También suelen necesitar que se les recuerde y ayude a bañarse y cambiarse de ropa.

D. Problemas motores

Otro efecto del virus en el cerebro son los problemas motores. Las personas empiezan a dejar caer los objetos, su escritura se deteriora, sus manos tiemblan, sus piernas se debilitan y pierden el equilibrio con facilidad. Durante esta etapa la persona no podrá beber en vaso ni comer con cuchara ni vestirse por sí sola. Se deben encontrar opciones para poderla atender de la mejor forma.

E. Incontinencia

Un efecto más del virus en el cerebro es que disminuye la sensación de necesidad de ir al baño. No llegan las señales necesarias y el cerebro no percibe cuando la vejiga está llena o hay un movimiento intestinal. La persona poco a poco se vuelve incontinente, pierde el control de la vejiga y del intestino. En estos momentos necesitará usar pañal. Esta es una de las situaciones que más incomodidad puede causar a un paciente. Es necesario tener el respeto, consideración y tacto para no acentuar el malestar.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Andrade, L. (2004) **Entrevista: “¿Cómo maneja las emociones de las personas cuando entrega resultados positivos al VIH o cuando da seguimiento?”** Clínica de Infecciosas del Hospital Roosevelt, Guatemala, 30 de agosto de 2004
- Armas, R. (2004) **Entrevista: “¿Cómo maneja las emociones de las personas cuando entrega resultados positivos al VIH o cuando da seguimiento?”** Clínica de Infecciosas del Hospital Roosevelt, Guatemala, 17 de septiembre de 2004
- Barrios, P. (2004) **Entrevista: “¿Cómo maneja las emociones de las personas cuando entrega resultados positivos al VIH o cuando da seguimiento?”** ASI (Asociación Salud Integral), Guatemala, 31 de agosto del 2004
- Bartlett, J. G. y Ann K. Finkbeiner (1996) **La Guía para vivir con la infección VIH.** 3ra. Edición . México, D.F.: Editorial Diana. pp. 95-139
- Branden, N. (1988) **¿Cómo mejorar su autoestima?** Buenos Aires: Ediciones Piados Ibérica, S.A. pp. 10-150.
- Castanyer, Olga. (2002) **La Asertividad: Expresión de una sana Autoestima.** 18 edición, Editorial Desclee de Brouwer, S.A. España. p. 151
- Chavarria, L. (2004) Entrevista: **“¿Cómo maneja las emociones de las personas cuando entrega resultados positivos al VIH o cuando da seguimiento?”** Centro de Salud 1°. de Julio, Guatemala, 29 de septiembre 2004
- Cubas, D. (2004) Entrevista: **“¿Cómo maneja las emociones de las personas cuando entrega resultados positivos al VIH o cuando da seguimiento?”** Centro de Salud Puerto Barrios, Izabal, 23 de septiembre del 2004
- Consuegra, N. (2004) **Diccionario de Psicología.** ECOE, Ediciones, Bogotá.
- Godínez, E. (2004) Entrevista: **“¿Cómo maneja las emociones de las personas cuando entrega resultados positivos al VIH o cuando da seguimiento?”** Centro de Salud Número 2,É ITS, Guatemala, 31 de agosto del 2004.
- Goleman, Daniel (1996) **La inteligencia emocional: ¿Por qué es más importante que el cociente intelectual?** Javier Vergara Editor S.A. Buenos Aires Argentina. p.344
- Gutiérrez, M.(2004) **Entrevista: “¿Cómo maneja las emociones de las personas cuando entrega resultados positivos al VIH o cuando da seguimiento?”** Centro de Salud Río Dulce, Izabal, 24 de septiembre de 2004
- Healthlink y ONUSIDA (1998) **Desarrollo Positivo.** Red Global de Personas Viviendo con VIH y SIDA. Ámsterdam. Pp. 148.

- Hernández, I. (2004) **Entrevista: “¿Cómo maneja las emociones de las personas cuando entrega resultados positivos al VIH o cuando da seguimiento?”** Médicos Sin Fronteras, Izabal, 23 de septiembre 2004
- Leonardo, I.(2004) **Entrevista: “¿Cómo maneja las emociones de las personas cuando entrega resultados positivos al VIH o cuando da seguimiento?”** Centro de Salud No 2,É ITS, Guatemala, 31 de agosto del 2004
- López-Ibor Aliño, Juan “et. Al” (2002) **DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.** Editorial MASSON. Barcelona, España. pp.387-399; 477-499,
- Martinez, B. (2004) **Entrevista: “¿Cómo maneja las emociones de las personas cuando entrega resultados positivos al VIH o cuando da seguimiento?”** Centro de Salud Morales, Izabal, 23 de septiembre 2004
- Martínez, M. (2004) **Entrevista: “¿Cómo maneja las emociones de las personas cuando entrega resultados positivos al VIH o cuando da seguimiento?”** Clínica familiar “Luis Angel García”, Guatemala, 1 de septiembre del 2004
- Mazariegos, A. (2004) **Entrevista: “¿Cómo maneja las emociones de las personas cuando entrega resultados positivos al VIH o cuando da seguimiento?”** Clínica de Infecciosas del Hospital Roosevelt, Guatemala, 30 de agosto de 2004
- Navarro, N. (2004) **Entrevista: “¿Cómo maneja las emociones de las personas cuando entrega resultados positivos al VIH o cuando da seguimiento?”** Clínica familiar “Luis Angel García”, Guatemala, 1 de septiembre del 2004.
- O`Connor, M. (2004) **Treating the Psychological Consequences of HIV”** Jossey-Bass Publishers. San Francisco. Pp. 361
- Olivares Rodríguez, José y Francisco Xavier Méndez Carrillo (2001) **Técnicas de modificación de conducta.** 3era. Edición, Editorial Biblioteca nueva, S.L. Madrid. Capítulo 11, pp. 409-437
- Pérez, L. (2004) **Entrevista: “¿Cómo maneja las emociones de las personas cuando entrega resultados positivos al VIH o cuando da seguimiento?”** Asociación Gente Positiva, Guatemala, 16 de septiembre del 2004
- Powell, John (1993) **Plenamente humano, plenamente vivo: Una nueva vida a través de una nueva “visión”.** 5ª. Edición, editorial Sal Térrea. España. pp. 190
- Ramírez, A. (2004) **Entrevista: “¿Cómo maneja las emociones de las personas cuando entrega resultados positivos al VIH o cuando da seguimiento?”** Clínica Yaloc, Guatemala, 8 de octubre de 2004
- Skaikeu, K. A. (2000) **Intervención en Crisis.** 2da. Edición . México: Editorial El Manual Moderno. p. 575

- Spitzer, R. et.al. (2003) **DSM-IV-TR: Libro de casos.** México: Editorial MASSON. p.540
- The Falmer Press (1991) **AIDS: Responses, Interventions and Care.** Great Britain: Burgess Science Press, Basingstoke. pp. 257
- Velandia, M. (1999) **Alternativa Vital: Manual de Consejería pre y post prueba en VIH y en SIDA.** Impresión: Difundir Ltda. Santafé de Bogotá. D.C. pp. 35-53
- Vital, B. (2004) **Entrevista: “¿Cómo maneja las emociones de las personas cuando entrega resultados positivos al VIH o cuando da seguimiento?”** Clínica de Infecciosas del Hospital Roosevelt, Guatemala, 30 de agosto de 2004

ANEXO I

Centros de referencia a PVVS

Organización	Servicio									Área de influencia	
	Orientación	Clínica médica	Odontología	Psicología	Trabajo social	Medicamentos	Labor de pares	Grupos de apoyo	Derechos humanos		Educación
Clínica de infectología del Hospital Roosevelt 9 avenida 7-01 zona 11, Calzada Roosevelt. Teléfono: 24721381 y 24721386 ext. 2515 y/o 2116	X	X		X	X	X		X		X	Referencia nacional
Clínica Familiar “Luis Angel García” 9 calle entre 1ra. Avenida y Avenida Elena, Hospital San Juan de Dios, entrada de visitas Telefax: 22329589 cflag@intelnet.net.gt	X	X		X	X	X	X	X		X	Referencia nacional
Asociación Gente Nueva Sede Central 3ra. Calle “A” 0-11, zona 1 Telefax. 22530318, Teléfono 22213281 gnueva@itelgua.com	X	X	X	X		X	X	X		X	Guatemala,
Asociación Gente Nueva Sub sede 14 calle entre 14 y 15 Avenida interior del Hospital Infantil Elisa Martínez. Puerto Barrios. Teléfono: 79488569	X	X					X	X		X	Izabal
Asociación Gente Nueva Sub-sede San Benito, Tel. 79262980 ó 55167375	X							X		X	Petén
Asociación Gente Positiva 6ta. Avenida 1-73 zona 1 Teléfono: 22501033 Telefax: 22204998 info@gentepositiva.org.gt www.gentepositiva.org.gt	X	X		X				X		X	Guatemala

Centros de referencia a PVVS

Organización	Servicio									Área de influencia	
	Orientación	Clínica médica	Odontología	Psicología	Trabajo social	Medicamentos	Labor de pares	Grupos de apoyo	Derechos humanos		Educación
Clínica de Infectología Hospital de la Amistad Japón- Guatemala Hospital Nacional de Puerto Barrios Colonia San Manuel Crece Santol Tomás de Castilla Telefonos: 79483075, 79483087, 79453996, 79453997 y 79453998	X	X	X	X	X	X	X	X		X	Izabal
Hospital Infantil de Puerto Barrios Elisa Martínez 14 calle entre 14 y 15 Avenidas Teléfono 79480271	X	X				X				X	Izabal
Clínica 12 Hospital Juan José Ortega Barrio Guadalupe Coatepeque, Quetzaltenango Teléfono: 77751035	X	X		X		X	X	X	X	X	Referencia de la región suroccidental
Fundación Marco Antonio 5ª. Avenida 8-33 zona 4 Teléfono: 23344752 Fax: 23658465 fundamaco@intelnet.net.gt www.geocities.com/hogar_m arco_antonio	X	X				X				X	Referencia nacional
Fundación Preventiva del SIDA "Fernando Iturbide" 10 calle 4-86 interior zona 10 Telefax: 23323350 fundasida@intelnet.net.gt	X	X						X	X	X	Antigua, Retalhuleu, Coatepeque, Escuintla y Quetzaltenango

Centros de referencia a PVVS

Organización	Servicio									Área de influencia	
	Orientación	Clínica médica	Odontología	Psicología	Trabajo social	Medicamentos	Labor de pares	Grupos de apoyo	Derechos humanos		Educación
Asociación de Salud Integral-ASI- 1ra. Avenida 11-19, zona 1, Segundo nivel. Teléfono: 22208506/ 8,9 y 11. FAX: 22516531 lasala@intelnet.net.gt	X						X	X	X	X	Guatemala, Zacapa, Quetzaltenango
Organización de Apoyo a una Sexualidad Integral Frente al SIDA-OASIS- 6ª. Avenida 1-63 zona 1 Teléfonos: 22201332, 22533453 FAX: 22201332 oasisgua@intelnet.net.gt www.max.pages.com/oasis	X						X		X	X	Guatemala
Proyecto Vida 10 calle 5-127 zona 4 Barrio Colombita, Coatepeque Quetzaltenango Telefax: 77756163	X				X		X	X	X	X	Referencia suroccidental- Reutalhuleu, San Marcos, Suchitepequez, Quetzaltenango-
Gente Unida 10 calle 5-127 zona 4 Barrio Colombita, Coatepeque Quetzaltenango Telefax: 77756163 Genteunidad@intelgua.com	X						X	X	X	X	Referencia suroccidental- Reutalhuleu, San Marcos, Suchitepequez, Quetzaltenango
Red Nacional de PVVS 10 calle 4-86 interior, zona 10 Teléfonos: 23323350 y 23314042 Grupos de autoapoyo en hospitales nacionales de las cabeceras municipales de: Guatemala, Retalhuleu, Quetzaltenango, Mazatenango, Escuintla y Antigua.	X							X	X	X	Toda la república

Anexo 2

Glosario de Términos

Adaptación: Durante este momento el(la) usuario(a) está en capacidad de lograr el desarrollo de sus potencialidades personales, fortaleciéndose a sí mismo(a) y a su familia, es capaz de planear moderadamente un futuro y tiene capacidad de solucionar asuntos pendientes.

Atención integral: De acuerdo con el criterio del equipo de salud, podrá ser ambulatoria, hospitalaria, domiciliaria o comunitaria y tendrá su acción en las áreas de prevención, diagnóstico, acompañamiento, tratamiento, rehabilitación y readaptación. Incluye proporcionar los medicamentos que al momento se consideren los más eficaces.

Conducta de riesgo: Acción o conjunto de acciones, comportamientos o prácticas que asumen las personas exponiéndose directamente a la probabilidad de contraer la infección o reinfectarse con el VIH.

Conducta inadecuada: Aquélla que coloca a la persona, a quien le apoya o a su entorno, en circunstancias peligrosas que atentan contra la integridad individual de personas y objetos. En general, este término es relativo y sólo la persona, a partir de sus circunstancias y necesidades, puede determinar lo que es adecuado o inadecuado.

Confidencialidad: Reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud que trata a las personas que viven con el VIH, frente a la comunidad y respecto a dar información sobre el estado de salud y la condición misma de esta persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad (Artículo 19, Capítulo IV, Decreto 27-2000).

Consejería u orientación: Conjunto de acciones realizadas para preparar y confrontar a la persona con relación a sus conocimientos, prácticas y conductas (con riesgo, sexuales, sanguíneas y peri natales) antes y después de la realización de las pruebas del VIH. Ésta se lleva a cabo por una persona capacitada y calificada para dar información, educación, apoyo psicosocial y actividades de asesoría a las personas infectadas y a sus familiares (Decreto 27-2000).

Contexto de vulnerabilidad: Conjunto de situaciones y elementos que contribuyen o facilitan las prácticas de riesgo. Entre estos elementos sobresalen la pobreza estructural, el género, la identidad sexual, algunas ocupaciones y la etnicidad.

Crisis: Estado transitorio de intensa carga afectiva generado por la dificultad de evaluar objetivamente las circunstancias actuales, lo cual conduce al desarrollo de comportamientos inadecuados o inusuales. No todas las crisis son iguales, éstas varían en su intensidad o duración de acuerdo con el evento traumático o situación de pérdida desencadenante y la estructura previa de la personalidad en el individuo. Al recibir un resultado positivo de la prueba del VIH, las personas pueden manifestar un estado de crisis.

La crisis puede ser reconocida por:

- La persona se ve invadida por sentimientos desagradables, como angustia tristeza o ira
- Sensación de pérdida de control sobre los propios actos
- Descarga o incremento significativo de la actividad motora
- Ideas fijas y repetidas

Emoción: Estado afectivo; reacción afectiva al ambiente, acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influida por la experiencia y que tiene la función adaptativa. Se refiere a estados internos como el deseo y la necesidad que dirige al organismo. La palabra emoción significa literalmente estado de excitación o estremecimiento. Suelen distinguirse tres componentes en cada emoción: 1) un sentimiento característico o experiencia subjetiva, 2) un esquema de estimulación fisiológica y 3) un esquema de expresión abierta. El componente subjetivo es comunicado en las etiquetas que se le pone a las emociones como temor, ira, gozo o tristeza. Las emociones cumplen un papel central en la gestión de procesos de autoprotección y autorregulación del organismo frente a situaciones externas tales como:

- Preparación para la acción: Las emociones actúan como un nexo entre los estímulos recibidos del medio y las respuestas del organismo. Las respuestas emocionales son automáticas y por tanto no requieren ningún tipo de reacción o de control consciente.
- Delimitación del comportamiento futuro: Las emociones influyen en la asimilación, reinformación que servirá para dar respuestas en el futuro a hechos similares. Dichas respuestas podrán ser rechazo o búsqueda de repetición del estímulo.
- Regulación de la interacción social: Las emociones son un espejo de los sentimientos y su expresión permite a los observadores hacer una idea del estado de ánimo de la persona.

Empatía: Es más que "ponerse en los zapatos del otro(a)"; es reconocer y valorar a la persona en su integridad y asumir, como prestadores(as) de un servicio de salud, la responsabilidad humana y ciudadana de brindar soporte en el momento oportuno con los recursos disponibles.

Grupo de autoapoyo: Es un colectivo de personas reunidas para compartir conocimientos, educarse, apoyarse y socializar. En personas que viven con el VIH el grupo de autoapoyo las reúne y presenta una oportunidad para reivindicar posturas y hacer un frente común en contra de la discriminación y el estigma asociado al VIH/SIDA.

Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH): Cualquier hombre que tiene relaciones sexuales con otro hombre sin importar su autoidentificación. Muchos hombres homosexuales, gays y bisexuales se sienten incómodos con esta clasificación, pues reduce a las personas a una sola expresión sexual. El personal de salud puede preguntarle al(a la) usuario(a) cómo se identifica y con qué términos se siente cómodo(a).

Impacto o shock emocional: Generalmente se presenta en el momento de recibir el diagnóstico positivo al VIH e incluso previamente. Se caracteriza por un estado de confusión y desconcierto, acompañado de reacciones emocionales de variada intensidad, gran dificultad para comprender la realidad que se afronta y sus repercusiones, llegando incluso a negarlas. Se dan en forma diferente para cada persona.

Negación: Se da tal respuesta como un mecanismo adaptativo que protege a la persona del impacto emocional que implica un diagnóstico positivo en VIH. Es frecuente que la persona se muestre incrédula y piense que se ha cometido un error o que ignore el resultado. Es una respuesta funcional para la salud emocional de la persona. No aparece sólo al momento del diagnóstico sino puede y suele reaparecer durante todo el proceso. Si la actitud de negar persiste resulta contraproducente para la asunción de la responsabilidad que implica el autocuidado y la protección a otras personas, por lo que habrá que referir al(a la) usuario(a) a un psicólogo(a) para la aplicación de técnicas confrontativas sin correr el riesgo de perder el control y perder a la PVVS.

Orientación de seguimiento: Es parte de la estrategia preventiva de la epidemia de VIH-SIDA que busca ayudar a las persona que viven con el VIH a tomar decisiones informadas sobre su presente y futuro y busca, a la par, elevar su autoconfianza, mejorar la adherencia y sus relaciones familiares y sociales. Todo apunta a que la persona logre una mejor calidad de vida.

Persona que vive con VIH/SIDA (PVVS): Es la persona que ha sido diagnosticada positiva para el VIH y, por lo tanto, se dice que vive con el VIH/SIDA.

Sentimiento: Sistema organizado de disposiciones emocionales que se centran alrededor de la idea de algún objeto. Son sentimientos, por ejemplo, vivencias como: las de alegría, enojo, compasión, aversión, etc. La función del sentimiento en los procesos psíquicos consiste sobre todo en que estimulan al sujeto a la acción. Tiene por ello una significación fundamental en el curso de la vida.

Seropositivo: Resultado de una prueba diagnóstica reactiva o positiva para la infección por el VIH.

Síndrome de agotamiento: Tiene relación con trabajos donde es esencial la empatía, se caracteriza por sintomatología variada. Es importante reconocerlo a tiempo para implementar acciones que lo reviertan, recuperando así la fuerza y deseo de seguir trabajando por otros.

Anexo 3

Glosario de técnicas de manejo de crisis

Además de las presentadas en los capítulos de la presente guía, se recopilan en este glosario técnicas adicionales o complementarias para el manejo de crisis.

Afecto inducido

Esta técnica se encamina a la liberación de las emociones y se utiliza con personas que han sido víctimas en un incidente traumático, como un ataque o una violación. Después de ser instruido en primera instancia para relajarse, se inquiere a la persona acerca del incidente traumático y se le pide que describa cada detalle referente al mismo. El terapeuta alienta la libre expresión de emociones y apoya a la persona en la clarificación de los sentimientos relacionados con el incidente. Este procedimiento ayuda a la persona a ponerse en contacto con las distintas emociones presentes en el momento del incidente, con la inclusión de aquellas que han sido olvidadas o bloqueadas y a aceptar y translaborar los sentimientos.

Asignación de tareas en casa

La asignación de tareas particulares para que el(la) paciente las complete entre las sesiones de terapia ha sido utilizada por largo tiempo en la psicoterapia, pero es popular en especial en los planteamientos de modificación del comportamiento. Las tareas para casa se proporcionan para ayudar en el **entrenamiento en relajación, desensibilización y adquisición de habilidades**. Se tiene la esperanza de que tales asignaciones contribuyan a un papel activo del paciente en la terapia, un incremento en la práctica del comportamiento que es difícil para el(la) paciente y una mejor generalización a partir del éxito en el ambiente terapéutico hacia el entorno natural del mismo.

Las asignaciones de tarea en casa se clasifican desde el llenado de tablas de observación del comportamiento (de sí mismo y de los demás) o cuestionarios, verificación de pensamientos, práctica de nuevos comportamientos, hasta la lectura de bibliografía sugerida (véase también biblioterapia). Cuando se asigna una tarea para la casa, es importante analizar la razón de la misma con la persona y planear cuidadosamente las asignaciones, con el fin de evitar la resistencia o las experiencias de fracaso.

Autoayuda

Los esfuerzos para promover el cambio de comportamiento que implica únicamente un mínimo contacto con el terapeuta, o que no lo implican, se llaman de autoayuda. Los programas de este tipo puede continuarlos la persona en lo individual y/o puede implicar la participación en un grupo, en el que todos los miembros del mismo padecen el mismo problema e intentan facilitar el cambio al proporcionarse apoyo unos a otros.

Los programas de autoayuda (**automodificación**) individual han surgido predominantemente de la tradición de modificación del comportamiento (Tenor, 1978), con el libro de Karen Horney (1942) acerca del autoanálisis como representante de una excepción a esta tendencia. Muchos programas de autoayuda han sido elaborados por médicos clínicos o académicos, quienes esparcen su conocimiento con libros de autoayuda. Los **grupos de autoayuda**, por otro parte, han sido desarrollados cuando varios individuos con problemas similares deciden conformar un grupo en el que todos pueden compartir sus problemas y en el que trabajan juntos hacia la soluciones de los mismos.

Biblioterapia

En su sentido más amplio, la biblioterapia se refiere al uso de trabajos literarios, que incluyen la ficción, en el tratamiento de problemas físicos o psicológicos. Una subcategoría especial en los programas de autoayuda, que describen conjuntos específicos de procedimientos terapéuticos que pueden alcanzarse sin un terapeuta. Los libros de autoayuda existen dentro de una gran variedad de técnicas, que incluyen las del comportamiento, de la Gestalt, de lo racional emotivo, transaccionales y de procedimientos hipnóticos. En el decenio de 1970, la tendencia de “hágalo usted mismo” encontró su camino dentro de la psicoterapia, lo que redundó en numerosas publicaciones.

Biorretroalimentación

En el entrenamiento en biorretroalimentación, se proporciona a la persona información continua con respecto a la actividad de un parámetro fisiológico particular. Los que se utilizan con mayor frecuencia son la actividad electromiográfica (electromiograma: EMG), los ritmos electroencefalográficos (electroencefalograma: EEG) y el ritmo cardíaco (electrocardiograma: ECG). En la retroalimentación clínica, la persona, de manera característica, intenta cambiar alguna respuesta fisiológica en una dirección que se piensa que será benéfica. Cuando se utiliza para enseñar la relajación muscular, se elige la retroalimentación de EMG. Después de explicar de manera cuidadosa el procedimiento, el terapeuta o el técnico entrenan al(a la) paciente en intervalos de 20 minutos, en un laboratorio o, dada la disponibilidad del equipo portátil, en la oficina del profesional en cuestión. Para facilitar la transferencia del entrenamiento, también con frecuencia se enseñan a los pacientes técnicas de relajación que no requieren de un equipo electrónico.

Control del dolor

Similares a la **inoculación de estrés** para la ansiedad o la ira, los programas de control del dolor han sido elaborados para enseñar a la persona a enfrentarse con el dolor esperado, agudo o crónico. La mayoría de los procedimientos son más complicados, y contienen aspectos informativos para influir sobre la apreciación cognoscitiva, el entrenamiento en relajación (biorretroalimentación) para disminuir la tensión relacionada con el dolor, y la reestructuración cognoscitiva para fomentar el enfrentamiento con la aflicción.

Control de la ira

El manejo de la ira, según lo practica Novaco (1979), es una derivación del **entrenamiento en inoculación de estrés**. Novaco considera a la ira como un sentimiento que tiene funciones positivas y, por tanto, no instruye en la supresión de la misma. Antes bien, la meta del entrenamiento es aprender a reconocer la ira y expresarla adaptativamente.

La primera fase, la preparación, consiste en la educación acerca de la excitación de la ira y sus determinantes, la identificación de las situaciones que la desatan, el discernimiento de los accesos de ira adaptativos opuestos a los desadaptativos y la presentación de las técnicas de control de la ira como estrategias de enfrentamiento para manejar el conflicto y el estrés.

La segunda fase, la adquisición de habilidades, abarca el aprendizaje de habilidades de enfrentamiento cognoscitivas y conductuales. En el nivel cognoscitivo, se instruye a la persona para modificar la apreciación de la situación en la cual surge la ira. La persona aprende a hacer afirmaciones autoinstruccionales que funcionan como una guía interna para el comportamiento. Además, se destaca la solución de problemas. El componente conductual incluye el entrenamiento en relajación, el retraso del impulso y el entrenamiento en comunicación verbal. Las varias técnicas de enfrentamiento se enseñan por medio de la instrucción, el modelado y el ensayo de comportamiento.

En la tercera fase, la aplicación, el terapeuta induce la ira, y estos estímulos inducidos se utilizan para el entrenamiento de las habilidades recientemente adquiridas.

Control de la respiración

Se instruye a la persona en la respiración profunda, diafragmática. Después de exhalar, el siguiente paso es inhalar aire, en tanto, al mismo tiempo, se empuja el diafragma hacia abajo y afuera, con lo que se forma una gran cavidad, que provee de espacio suficiente para que el aire fluya hacia los pulmones. Entonces el aire se libera lentamente, mientras, a un mismo tiempo, se contrae el abdomen. Se instruye al paciente para contar rítmicamente durante el ejercicio y para emplear una cantidad de tiempo en la inhalación y la exhalación. El control de la respiración se utiliza con frecuencia como un accesorio o en el lugar de otras técnicas de relajación. También es una parte valiosa del manejo de la ansiedad o de la inoculación de estrés.

Desensibilización sistemática

Esta técnica de reducción de la ansiedad fue desarrollada primero por Salter (1949) y Wolpe (1958). Se basa en el supuesto de que una respuesta de temor puede inhibirse al sustituirla con una actividad que sea antagónica de la respuesta de temor. La desensibilización conlleva exponer al paciente a una jerarquía de situaciones adversas, en tanto, éste desempeña una actividad que es incompatible con la ansiedad. Para contracondicionar la respuesta de miedo se utiliza con mayor frecuencia la relajación, en cuyo caso se lleva a cabo el entrenamiento en relajación, antes que el programa de desensibilización. La exposición gradual a la situación temida puede realizarse en la fantasía de la persona –con la utilización de la imaginación o en la vida real-, en vivo. De manera usual, el procedimiento se aplica con una situación no amenazante y, cuando ésta se ha dominado y no evoca ya más ansiedad, el entrenamiento progresa hacia un nivel más amenazante. Se alienta a la persona a practicar en ambiente natural la respuesta recientemente aprendida, para proporcionar una exposición más amplia a la situación y para asegurar la generalización desde la oficina del terapeuta a la vida cotidiana.

En la desensibilización de contacto (Bandura, 1969), la persona puede observar a un modelo, que no necesariamente es el terapeuta, que se aproxima y domina la situación. La fantasía emotiva (Lazarus y Abramovitz, 1962) es un intento por adaptar una desensibilización apropiada para los(las) niños(as).

Silla vacía

La "silla vacía", una de las técnicas de terapia Gestalt de Fritz Perls (1969), se utiliza para ayudar a las personas a esclarecer sentimientos, actitudes y creencias y para conciliar (lograr la conclusión de) polaridades conflictivas. Se sienta a la persona en una silla que está de frente a otra silla vacía. Se incita a la persona a comenzar un diálogo con los pensamientos conflictivos, los sentimientos, etcétera, con un intercambio de las sillas para cada aspecto que se aborda. La técnica de la "silla vacía" también puede utilizarse para esclarecer las relaciones con otras personas. Para hacer esto, la persona se representa a otra persona en la silla vacía y se integra a un diálogo con ella, primero hablando por sí mismo(a) y, después, con un intercambio de las sillas y una respuesta por parte de la persona imaginaria.

Solución de problemas

La técnica para la solución de problemas ha sido elaborada dentro de un enfoque de conformación de habilidades en la psicoterapia. Más que concentrarse de manera exclusiva en el problema que se le presenta, el terapeuta enseña un conjunto de habilidades de entrenamiento más generales, que capacitan a la persona para manejar los problemas futuros de modo más efectivo. El entrenamiento en la solución de problemas es parte importante de cualquier terapia para crisis, puesto que esta presenta un colapso en el enfrentamiento, un punto muerto en la solución de problemas.

El entrenamiento en la solución de problemas ensancha el repertorio de conductas de la persona y, de esta manera, contribuye a su crecimiento. El mismo también proporciona a la persona un papel activo en la terapia. – lo cual ayuda a contrarrestar las tendencias a la dependencia-. En general, la terapia para la solución de problemas contiene cinco componentes básicos: 1) se analizan las actitudes hacia los problemas y se ayuda al paciente a reconocer que las situaciones problemáticas son un aspecto normal de la vida, que existen muchas maneras de enfrentarse a la vida, y que es importante abstenerse de responder impulsivamente cuando se enfrenta uno; 2) durante la definición del problema los distintos aspectos de una situación problemática dada se define en aspectos concretos; 3) para cada aspecto del problema se identifican soluciones y alternativas por medio de lluvia de ideas; 4) las soluciones alternativas generadas se evalúan entonces con respecto a su utilidad sopesando los aspectos positivos (ganancias) contra los negativos (pérdidas); 5) se alienta al paciente para que actúe bajo su propia decisión y así evaluar el punto hasta el cual se logró resolver la situación problemática. En caso que el problema no se haya resuelto satisfactoriamente y translabore todos los pasos de nuevo. (D Zurrilla y Goldfried, 1971).

Terapia familiar

En su sentido más amplio, la terapia familiar incluye todos los esfuerzos terapéuticos encaminados a cambiar a la familia como un grupo, más bien que a trabajar con cada uno de los miembros de la familia por separado. Históricamente la terapia familiar fue desarrollada fundamentalmente por medio del trabajo con individuos perturbados de manera grave. Ha habido algunos líderes carismáticos cada uno de los cuales desarrolló su propia escuela, cada una con sus propias técnicas de intervención y un esfuerzo hacia una intervención teórica (Jackson y Weakland (1961), Satir (1971), Haley (1971) Minuchin (1974), Whitaker (1975). Una tendencia relativamente reciente es el advenimiento de las intervenciones familiares en relación con el comportamiento, principalmente más bien en el programa de habilidades (Patterson y Guillemot (1978) Whitaker (1975). Con respecto a la intervención en crisis con familias, Kinney (1978) utiliza los programas constructores de hogares, Rueveni (1981) sugiere el tratado de redes, Eisler y Herson (1973) recomiendan el entrenamiento en la solución de problemas familiares y I. Langsley (1978) describe un planteamiento de terapia multicomponente, que incluye la solución de problemas de negación, terapia individual, la medicación y rehabilitación.

Terapia matrimonial (de pareja)

Como en la terapia familiar, el campo de la terapia matrimonial o de pareja se caracteriza por una amplia gama de orientaciones teóricas. Stahmann (1977) proporciona una visión global de las principales variedades actuales de intervención matrimonial. 1) En terapia conjunta, ambas partes de la pareja son recibidas juntas por un mismo terapeuta. 2) En la orientación de uno tras otro, se alternan las sesiones individuales, en un enfoque se utiliza el tratamiento de problemas individuales. 3) Un enfoque de colaboración se utiliza cuando se atienden ambas partes de la pareja individualmente y con el mismo espacio de tiempo, pero con diferentes terapeutas. 4) La terapia concurrente se refiere a un enfoque en que ambos miembros de la pareja son recibidos al mismo tiempo, pero en sesiones individuales. 5) En la terapia individual sólo uno de los miembros de la pareja está en terapia. Es éste un planteamiento que ha demostrado ser considerablemente menos efectivo que las variedades de conjuntos (Cookerly, 1976). Influida por una teoría del aprendizaje social y los conceptos sociológicos ha existido una tendencia hacia los enfoques sistemáticos y estructurados en las intervenciones matrimoniales, especialmente en la terapia de matrimonios enfocada al comportamiento. Los objetivos generales son: incrementar el índice de interacciones gratificadoras, disminuyendo los intercambios de aversión; mejorar las estrategias

concretas de resolución de conflictos y habilidades para la solución de problemas; y mejorar la comunicación. Las técnicas abarcan el entrenamiento en comunicación (Gottman y otros, 1979), contratación y negación (Weiss, 1975), reñir cortésmente (Bach y Wyden, 1970), solución de problemas (Jacobson, 1977) y resolución de conflictos (Harrel y Guerney, 1976).

En la actualidad, el concepto de pareja se ha reconceptualizado y muchas parejas no encajan en los términos convencionales o en los estereotipos de **pareja o matrimonio**. La diversidad sexual implica que muchos hombres y mujeres establecen relaciones de pareja diferentes a las tradicionales, pero con los mismos retos y situaciones que las parejas heterosexuales, por lo que el personal de salud debe ser sensible y respetuoso de estas dinámicas de convivencia. Si se siente incómodo con el manejo de situaciones relacionadas a otras formas de convivencia no heterosexual, debe referir a los(as) usuarios(as) a otra persona que pueda manejar mejor las situaciones.

Terapia Racional Emotiva (TRE)

La TRE fue desarrollada por A. Ellis (1962), cuya teoría básica era que la excitación emocional y el comportamiento inadaptado son intervenidos por la interpretación de uno mismo respecto a la situación. Este autor asevera que existen varias creencias irracionales, expectativas o supuestos con los cuales las personas tienden a enfocar la situación. Los ejemplos incluyen, que uno necesita ser amado y aceptado por casi todo el mundo, que uno debería ser totalmente competente, adecuado y alcanzar éxito en todos los aspectos de la vida, entre muchos otros.

Mientras más creencias o supuestos irracionales conserve una persona, más se puede esperar una mala clasificación de las situaciones, con la siguiente excitación emocional o comportamiento inadaptado. La TRE puede resumirse como el modelo A-B-C-D-E (de Ellis y Grieger, 1977): la persona encara una experiencia Activadora -A-; con el desencadenamiento de ciertas creencias -B- en una cadena de pensamientos, las cuales se conceptúan como autoaseveraciones. Algunas de estas creencias son irracionales. Las Consecuencias -C- son emociones y comportamientos negativos relacionados con ellas. El terapeuta convierte las creencias irracionales -D- al ayudarla a analizar de manera crítica la validez o la realidad de sus autoaseveraciones. La terapia exitosa redundará en la eliminación de sus pensamientos irracionales -E- con el subsecuente alivio de los síntomas. La asignación de tareas es parte importante de la TRE, lo que incluye la "biblioterapia", tareas para la desensibilización en vivo, ejercicios de saturación en vivo, ejercicios de reestructuración cognoscitiva e imaginación de enfrentamiento.

Ejemplo aplicado al VIH/SIDA

A) Acontecimiento desencadenante:

Recibir el resultado positivo de una prueba diagnóstica de VIH

B) Sistema de creencias:

"Tengo que ser completamente competente y capaz de lograr mis metas en la vida, para ser reconocido por todos; de lo contrario, no tendré control de mi propia vida, no podré seguir trabajando, no podré cuidar y ver crecer a mis hijos."

C) Emociones consiguientes:

"¡Pobre de mí!" acompañado de tristeza, ansiedad y depresión.

D) **Reaccionar contra la idea irracional y distorsionada latente en el sistema de creencias:**
“No tengo por qué creer que el ser positivo en VIH, me vaya a privar de gozar, trabajar, cuidar y alcanzar mis metas en la vida. El tener control de mi propia vida depende de mí y no del VIH”.

E) **Reinterpretar y reevaluar para eliminar la idea errónea:**
El acontecimiento o la experiencia resulta transformada. Diferente reacción emocional: actitud estable y se mantiene la confianza en sí mismo, sentimiento de paz personal y de motivación para emprender acciones y alcanzar sus nuevas metas.

Toma de decisiones

La toma de decisiones es una parte importante dentro del entrenamiento en la solución de problemas, pero también puede enseñarse independientemente. El entrenamiento en la toma de decisiones instruye a la persona para evaluar distintas alternativas y realizar una elección informada entre ellas. La evaluación se concentra en cuatro tipos de consecuencias: 1) personales; 2) sociales; 3) totales de corto plazo, 4) totales de largo plazo. Por otra parte, la persona necesita evaluar la utilidad de las consecuencias esperadas. Es importante comunicar a la persona que es imposible predecir el futuro; por lo consiguiente, la posibilidad de cualquier resultado en particular puede establecerse únicamente en términos generales. Igualmente importante es ayudar a la persona a avenirse al hecho de que, para algunas situaciones problemáticas, no existen realmente “buenas” soluciones, pero que, con todo, uno puede elegir la mejor opción.

Terapia de visión

En alguna medida el cambio cualitativo en la vida de una persona procede de un cambio en su visión de la realidad. Difícilmente puede haber cambio alguno real y permanente si no se modifica dicha visión. Este es un supuesto básico de esta terapia, para la cual es sumamente importante constatar que la adaptación y las reacciones emocionales del individuo son el resultado de una percepción y una interpretación muy personal de la realidad interior y exterior. En toda vida se da siempre una “visión” al menos provisional, que es una consecuencia necesaria del dinamismo de la mente humana. Por eso, las cualidades más necesarias para la construcción de una visión adecuada y correcta son la apertura y la flexibilidad y lo que hay que evitar, a toda costa, es la rigidez. Observe el siguiente esquema:

ESQUEMA DE CREENCIAS

(Visiones previas formadas acerca del VIH/SIDA)



QUÉ ACTIVA ESA CREENCIA
(Diagnóstico del VIH/SIDA)



DISTORSIONES COGNITIVAS

(Percepciones o interpretaciones basadas en las visiones)

La aplicación del esquema anterior en la vida cotidiana forma un círculo vicioso que comprende:

