

UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA



PSICOTERAPIA BREVE APLICADA A PERSONAS CON
EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA O
SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA
QUE PRESENTAN SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA

POR:

ANA GEORGINA CIENFUEGOS DE ACHURRA

2000

UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POST-GRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE HUMANIDADES

No. DE CÓDIGO 327-14-06-99-04

ESTUDIANTE ANA GEORGINA CIENFUEGOS DE ACHURRA

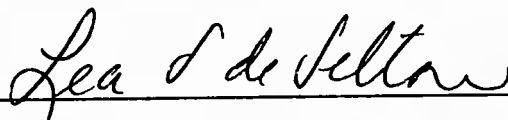
CÉDULA N-18-89

TÍTULO AL QUE ASPIRA MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

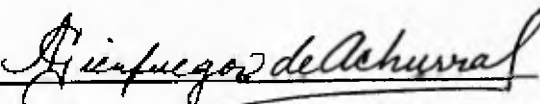
TEMA DE LA TESIS PSICOTERAPIA BREVE APLICADA A PERSONAS
CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA
O SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA
QUE PRESENTAN SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

ASESORA DOCTORA LEA DE SETTON

FIRMA DE LA ASESORA



FIRMA DE LA ESTUDIANTE



APROBADO POR


COORDINADOR DEL PROGRAMA

DIRECTOR DE POSTGRADO DE LA VICERECTORIA
DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

PANAMÁ, JUNIO DE 2000

10 AGO 2000

T M

DEDICATORIA

Mi familia siempre ha estado junto a mí, apoyándome en las metas que me he impuesto durante el transcurso de mi vida.

Dedicó este trabajo a mi familia de origen, a mi padre German Cienfuegos (q.e.p.d.) y a mi madre Evelia, que me dieron la vida; a mis hermanos, Rolando, Wilfredo, Julio y a mi hermana Rosa Adelina que fueron además de hermanos mis amigos.

Este estudio también está dedicado a mi familia política, a mis cuñados Margarita y Eric Achurra; mi suegra Margarita Castillo y mi sobrina Margarita Mena que me han acogido, apoyado y brindado mucho amor.

Especialmente, este trabajo está dedicado a mi familia nuclear, a mi hijo Marcos Eduardo, a mi hija Diana y a mi esposo Marcos Serafin, que sin su ayuda y su paciencia no hubiese podido culminar esta obra.

Abra guio del autor

504

AGRADECIMIENTO

Nadie es capaz de abordar una investigación sin ayuda. Con inmensa gratitud y respeto quiero expresar mi reconocimiento a todas las maravillosas personas que, cada una a su manera, me han ayudado en la culminación de este estudio.

En especial, deseo agradecer a mi asesora de tesis Doctora Lea de Setton por sus oportunas recomendaciones, conocimientos brindados e invaluable tiempo que ha dispuesto para la revisión de este trabajo.

Por su inestimable transmisión de conocimientos, quiero expresar mi agradecimiento a todo el personal docente de la Maestría de Psicología Clínica, promoción 1996 - 1998. En especial a la Doctora Lea de Setton, Magister Gerardo Valderrama, Doctor Ramón Mon, Doctor Virgilio Correa y Doctora Graciela Alvarez.

Doy las gracias al Doctor Carlos Duncan, Doctor Dorian Lagrotta, Licenciada Iris Valdes, Sacerdote Elibrato Bedoya por su confianza al referirme pacientes con VIH o SIDA.

Mi gratitud también se hace extensiva a mis compañeras de estudio, Licenciadas: Dania Carrera, Omaidá De Frías, Soraya López, Berthalia de Terán y Betsy de Valderrama con quienes constantemente nos hemos estado apoyándonos; especialmente a la Licenciada Yara Acuña, con quien hemos compartido ideas e información.

Mi reconocimiento y agradecimiento también va dirigido para todas aquellas personas infectadas por el VIH o enfermas por el SIDA que me confiaron sus experiencias y su dolor. En especial, a la señora Nora, a los jóvenes Pablo, José Alberto y Ruben (q.e.p.d.) y al señor Antonio que, debido a su aprobación y constancia, posibilitaron la investigación.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN	9
INTRODUCCIÓN	10
CAPITULO I. PROBLEMÁTICA PSICOLÓGICA DEL PACIENTE CON EL VIH (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA) O SIDA (SINDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA)	
1. EL VIH O SIDA, SUS EFECTOS EN LAS EMOCIONES Y LOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS	
1.1. Reacciones Emocionales y Psicológicas	13
1.2. Variables que Influyen en la Respuesta Psicológica a la Infección	21
2. TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTES CON VIH O SIDA	
2.1. Diagnóstico de la Depresión	26
2.2. Características Particulares de la Sintomatología Depresiva en Pacientes con VIH o SIDA	29
3. MODELOS PSICOLÓGICOS SOBRE LA ETIOLOGÍA Y MANIFESTACIÓN DE LA DEPRESIÓN	34
4. TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN PACIENTES CON VIH O SIDA	
4.1. Lineamientos Generales para el Tratamiento Psicoterapéutico de la Depresión	39
4.2. Recomendaciones Psicoterapéuticas en el Tratamiento de la Depresión de Pacientes con VIH o SIDA	41

CAPITULO II. FUNDAMENTOS DE LA PBIU (PSICOTERAPIA BREVE, INTENSIVA Y DE URGENCIA)

1. RAZÓN DE SER, ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE LA PSICOTERAPIA BREVE	46
2. LA PBIU (PSICOTERAPIA BREVE, INTENSIVA Y DE URGENCIA)	
2.1. Definición	53
2.2. Características y Principios	54
2.3. Perfil Básico y Procedimientos	
2.3.1. Perfil Básico	59
2.3.2. Procedimientos	
a) Primera sesión	60
b) De la segunda a la sexta sesión	64
2.4. Proceso Terapéutico y Métodos o Técnicas de Enfrentamiento Clínico	
2.4.1. Características del Proceso Terapéutico	66
2.4.2. Métodos o Técnicas de Enfrentamiento Clínico	69
2.5. Factores Específicos de la Psicoterapia de la Depresión en Sujetos con Enfermedades Graves	73

CAPITULO III. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

1. METODOLOGIA	
1.1. Antecedentes	87
1.2. Planteamiento del Problema	88
1.3. Justificación	91
1.4. Hipótesis de Trabajo	92
1.5. Objetivos	92
1.6. Estrategia de Investigación	93
1.7. Variables	95
1.7.1. Definiciones Conceptuales	96
1.7.2. Definiciones Operacionales	98

1.8. Población y Muestra	98
1.9. Instrumentos de Medición	99
1.10. Métodos y Técnicas de Intervención	101
1.11. Evaluación de los Resultados	102
1.12. Organización de los Datos	104
1.13. Recursos Financieros, Humanos y Físicos	106
2. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	
2.1. Procedimiento	107
2.2. Factores de la Relación Terapéutica	
2.2.1. La transferencia	109
2.2.2. Alianza Terapéutica	109
2.2.3. Contrato Terapéutico	110
2.3. Presentación de las Historias Clínicas y su Proceso Terapéutico.	
2.3.1. Historia Clínica. Caso # 1	111
a) Revisión y planeación del proceso psicoterapéutico	123
b) Descripción de la segunda a la sexta sesión	126
2.3.2. Historia Clínica. Caso # 2	139
a) Revisión y planeación del proceso psicoterapéutico	150
b) Descripción de la segunda a la sexta sesión	153
2.3.3. Historia Clínica. Caso # 3	166
a) Revisión y planeación del proceso psicoterapéutico	177
b) Descripción de la segunda a la sexta sesión	181
2.3.4. Historia Clínica. Caso # 4	195
a) Revisión y planeación del proceso psicoterapéutico	208
b) Descripción de la segunda a la sexta sesión	211
2.4. Análisis e Integración	
2.4.1. Heterogeneidad y Homogeneidad de los Individuos Tratados	219
2.4.2. Algunas Características de la Infancia en el Desarrollo de la Depresión y la Ansiedad Ante la Muerte	233
2.4.3. Dinámica y Estructura Mental de los Pacientes	236
2.5. Reflexiones Sobre el Proceso de Duelo Ante el Problema del VIH o SIDA	239
2.6. Resultados Sobre la Evaluación de la Investigación	242

CAPITULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES	248
2. RECOMENDACIONES	250
BIBLIOGRAFÍA	252

INDICE DE CUADROS

Cuadro I. Casos estudiados según sexo, edad, nivel escolar y orientación sexual ..	229
Cuadro II. Relación entre los índices de las escalas de Zung y la de Collet - Lester	231
Cuadro III. Resultados sobre la ayuda del tratamiento con respecto a los problemas presentados	244
Cuadro IV. Autoevaluación sobre la efectividad del tratamiento con respecto al estado de ánimo, confianza en sí mismo, relación con otros, disfrutar de la vida, cuidado de sí mismo y crecimiento y conocimiento de sí mismo	245
Cuadro V. Grados de satisfacción con respecto al resultado del tratamiento	245

ANEXOS

1. Cuestionario guía	263
2. Escala de depresión de Zung	272
3. Escala Revisada de Collet-Lester de Miedo a la muerte y al Proceso de morir ..	274
4. Cuestionario - guía postratamiento	276

ABREVIATURAS UTILIZADAS

VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
P.B.I.U.	Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencias.
N.A.	Narcóticos Anónimos

RESUMEN

El propósito de esta investigación es brindarle tratamiento psicoterapéutico breve a pacientes con VIH+ o SIDA que presentan sintomatología depresiva y luego evaluar su efectividad. En este trabajo se presentan los fundamentos teóricos acerca de la etiología psicológica de la depresión y los enfoques que la sustentan, como las recomendaciones para su tratamiento en general, y, particularmente, en la intervención de pacientes diagnosticados con VIH+ o SIDA. Los lineamientos y las recomendaciones utilizadas correspondieron a la PBIU (Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia) de Leopoldo Bellak para el tratamiento psicoterapéutico de la depresión y las enfermedades graves. La intervención fue replicada en cuatro casos clínicos. Los resultados obtenidos a través del criterio de validación social, utilizando el método de evaluación subjetiva y un análisis integrativo de los cambios reportados por los pacientes en el ámbito de la conducta, experiencia subjetiva y alivio de síntomas; así como la satisfacción del infectado acerca de los resultados del tratamiento, sugieren que la PBIU ayuda a mejorar su calidad de vida. Además, se concluyó que la motivación de los pacientes para mantenerse en el tratamiento, la alianza terapéutica positiva, la obtención de una historia clínica exhaustiva y la flexibilidad que ofrece la PBIU para utilizar las técnicas (de insight, cognitivo - conductuales, sistémicas, farmacológicas, entre otras) que vayan de acuerdo a la individualidad de cada sujeto y su problemática, hicieron que la intervención fuese efectiva en cada uno de los casos.

SUMMARY

The aim of this research is to give a brief psychotherapeutic treatment to HIV or AIDS persons, who were with depressive symptoms and then assess its effectiveness. So, in this work the theoretical basis about the psychological etiology of depression and their approaches are presented, as well as the recommendations for its general treatment, and particularly for its intervention in patients with HIV or AIDS. We work on the lines and recommendations of Leopoldo Bellak's Intensive Brief and Emergency Psychotherapy (IBEP) for depression and serious illness. The intervention was replied in four (4) clinical cases. The obtained results through the social validation criteria, using the subjective evaluation method and the integrative analysis of the changes reported by the patients (in the sphere of behaviors, subjective experience and symptoms relief); as well as, the patient's satisfaction about the outcome of the treatment. Are suggesting that IBEP improve their quality of life. Also, was concluded that the motivation to remain in the treatment, a positive therapeutic alliance, an exhaustive clinical story and the flexibility of the IBEP to use the therapeutic techniques (insight, cognitive - behaviorist, systemic, pharmacological and others), which can be adapted (adjusted) to the individuality of each patients and his problems, make the intervention effective in each case.

INTRODUCCIÓN

El VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) asociado con el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), básicamente es un padecimiento transmitido sexualmente que afecta el sistema inmunológico. Su aparición y el sostenido crecimiento de las personas infectadas (la epidemia) nos compromete a los profesionales de Salud Mental a involucrarnos en todos y cada uno de los períodos de la historia natural de la enfermedad; ya que en cada uno aparecen cuestiones relacionadas a las reacciones emocionales que afectan a portadores y enfermos, sobre todo cuando, hasta el momento, no se han descubierto tratamientos efectivos para su curación. De allí, el propósito de la investigación, dirigida a estudiar el estado emocional de las personas infectadas por el VIH o SIDA; a fin de ofrecerles tratamiento psicoterapéutico breve, a aquellas que presentaran sintomatología depresiva.

El ser seropositivo o padecer de las infecciones oportunistas relacionadas con el SIDA, puede implicar una gran carga emocional, debido a que se pueden intensificar muchos conflictos psicodinámicos, tales como: La conjunción del amor e intimidad con la culpa, el castigo y la muerte; así como los relativos a la identificación sexual y la elección del objeto sexual; los miedos con respecto a la vulnerabilidad psicológica y física; los generalizados entre los impulsos y los controles psicológicos; entre las tendencias de autopreservación y autodestrucción, entre la fidelidad e infidelidad de la pareja en la relación íntima. También aquellos referidos a la aceptación social versus el aislamiento social, entre otros.

Las reacciones de las personas infectadas por el VIH o SIDA pueden ser muy variables; pero casi todas comparten - en cierta medida - sentimientos de ira, tristeza, temor, culpa, sorpresa y confusión. Se preocupan acerca de revelar o no el diagnóstico, de llegar a ser dependientes, de expresar su sexualidad, de relacionarse con las personas a quienes aman. Se angustian respecto a la muerte y, puesto que sus vidas pueden ser ahora más cortas, se inquietan sobre los aspectos filosóficos comunes a todos los que enfrentan la muerte. Estos pacientes se sienten segregados y solos, ya que el resto de la sociedad no afectada directamente por la enfermedad reacciona con temor y prejuicio.

Las manifestaciones psiquiátricas más frecuentes relacionadas con el VIH o SIDA, son los síndromes depresivos de naturaleza reactiva debido a las consecuencias psicosociales de la infección derivadas del curso crónico, la ausencia del tratamiento causal, la alta mortalidad y el tipo de transmisión. Otros trastornos psiquiátricos descritos son las depresiones orgánicas, las psicosis depresivas, manías, trastornos obsesivos - compulsivos, psicosis esquizofreniforme psicosis paranoide, entre otras. También se describen complicaciones neuropsiquiátricas producidas por la acción propia del virus o de infecciones oportunistas que se localizan en el Sistema Nervioso Central.

Diversos investigadores han postulado la necesidad del tratamiento psicoterapéutico para todas las personas portadoras asintomáticas o enfermas con el fin de ayudarlas a encargarse de su cuerpo y su cuidado; así como para que mantengan el nivel de vitalidad necesario que se expresa en el sostenimiento de los intereses (proyectos, metas y objetivos que le dan significado a su vida). De esa manera se evita que la enfermedad ocupe el mayor espacio, procurando la recuperación o rehabilitación al máximo de los niveles de salud.

El estudio está planteado en cuatro capítulos. Los dos primeros se relacionan con el análisis bibliográfico sobre la problemática psicológica del paciente con VIH o SIDA y los fundamentos de la PBIU (Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia) de Leopoldo Bellak. El tercer capítulo se refiere al desarrollo de la investigación y consta de la parte metodológica, los resultados de la investigación, donde se describen los casos clínicos y el proceso terapéutico de cada unidad tratada; el análisis, reflexiones y la integración de los resultados. Por último, en el cuarto se exponen las conclusiones y las recomendaciones.

El aporte principal de esta investigación radica en la exposición del proceso terapéutico, tal cual se ha dado. Los resultados no solamente permiten una mayor comprensión de la problemática psicológica del paciente con VIH o SIDA, sino, también del tratamiento en sí; ya que a través de su descripción se puede observar su funcionamiento.

**CAPITULO I. PROBLEMÁTICA PSICOLÓGICA DEL PACIENTE CON
EI VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA O
SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA**

1. EL VIH O SIDA, SUS EFECTOS EN LAS EMOCIONES Y LOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

1.1. Reacciones Emocionales y Psicológicas

Una amplia gama de estudios han demostrado que las personas que atraviesan, o se diagnostican con una enfermedad grave, tal como el VIH+ o SIDA, frecuentemente manifiestan reacciones de choque o trauma que las lleva, en muchas ocasiones, a sentirse confusas, asustadas, frustradas y tristes; además, experimentan dolor, desesperación, ira y desesperanza.

Debido a que el pronóstico y el curso de la enfermedad son inseguros, se manifiestan sentimientos de miedo y ansiedad ante la muerte; de pérdida del control o de ser un discapacitado en un futuro próximo. Incluso, sufren porque pueden sentirse culpables por su estilo de vida o por la manera cómo han contraído la infección; por la posibilidad de haber contagiado a otros, especialmente a sus allegados.

Algunos autores han utilizado diversos modelos para explicar e identificar cómo las personas reaccionan o se desenvuelven, cuando se enfrentan a enfermedades graves, tal como es el VIH o SIDA:

A. El modelo de duelo como respuesta a la pérdida: Los teóricos que se basan en este modelo sostienen que todo cambio positivo o negativo implica una pérdida y la necesidad de hacer un duelo (S. Freud, J. Bowlby, Parkers, L. Grinberg entre otros).

Aunque existen diferentes enfoques, en el presente trabajo se analizará el de Kubler - Ross y el de Bob Wright; debido a que son ampliamente conocidos y

utilizados para explicar cómo las personas reaccionan y evolucionan cuando enfrentan una enfermedad potencialmente mortal que origina, además, de la pérdida de la salud, la posible o real pérdida de aspectos como la autonomía, las funciones corporales, la identidad, la intimidad, los contactos sociales, la esperanza, los sueños, las expectativas, entre otros.

El enfoque de Kubler - Ross (1997) plantea cinco etapas que la persona enferma atraviesa:

- **Negación y aislamiento.** Tras el impacto psíquico de la noticia, lo habitual es un mecanismo de negación de la evidencia. Las primeras reacciones ante el diagnóstico de una enfermedad, generalmente, se ilustran con frases, tales como: "No, no puede estar pasando a mí"; "No puede ser cierto".
- **Rabia e ira.** La negación es reemplazada por sentimientos de rabia, envidia y resentimiento hacia quienes no tienen la enfermedad o generalmente hacia Dios. Las expresiones suelen ser: "¿Por qué a mí?" "¿Por qué en este momento?". Los pacientes se muestran hostiles, descontentos, y difíciles de complacer.
- **Negociación.** Luego de haber expresado su ira, el paciente piensa que si solicita "por las buenas" a Dios o a los médicos que le ayuden a conservar su salud, obtendrá mejores resultados. Es posible que en esta etapa, el paciente prometa sacrificios o cambios en su vida con el fin de modificar favorablemente el curso de las cosas o procurando escapar de manera mágica de una realidad que le resulta insoportable.

- **Depresión.** Cuando fracasan los mecanismos anteriores y se hace evidente la realidad de la situación, el paciente puede caer en estado depresivo. Es posible que desee aislarse, no comunicarse con los demás y hacer difícil la convivencia con los familiares que tratan de ayudarlo; o también rechazar y no colaborar con los tratamientos que se le ofrecen. Inicialmente, emerge una tristeza como una explicable reacción ante sus pérdidas menores; y luego como una depresión anticipatoria por la pérdida final que es la vida.
- **Aceptación.** Kubler - Ross señala que si el paciente ha elaborado las etapas anteriores, llegará a una fase de aceptación de lo irreversible; ya sin rabia y con menos dolor, sino continúa con su sufrimiento.

Este modelo ha sido ampliamente criticado por los tanatologistas por considerarlo rígido e inflexible, ya que sostienen que no hay evidencia que indique que todas las personas atraviesan esas etapas o que el movimiento de una fase a otra sea secuencial (Corr, C. A. et al. 1997). Sin embargo, L. Sherr (1997) enfatiza que este concepto de "etapas" puede ser útil, si se observa cómo reacciones capaces de manifestar indistintamente, sin seguir un orden secuencial, o inclusive, puede ser que tales reacciones jamás sean experimentadas por algunas personas. Lo valioso es que, según la autora, este conocimiento permite al profesional de salud mental, anticipar y comprender una reacción en cualquier momento que se presente para así brindar la ayuda, de acuerdo a la experiencia individual del paciente.

Bob Wright (Wright, 1994, en Cáncer Net, 1998), apunta hacia el enfoque de cuatro fases, que a su vez se subdividen en subfases:

Fase I.**Shock, insensibilidad, estupefacción**

El paciente está como en trance, donde nada parece real; está paralizado "aturdido". Su comportamiento podría interpretarse como "de serenidad", pero puede desmoronarse en cuanto se da cuenta de la realidad. Esta reacción es un escape natural y temporal que amortigua el impacto inmediato y ayuda para ir asimilando la terrible verdad. Responde a un mecanismo de protección ante la amenaza de un dolor psíquico y confusión intolerables. Debido a que, aun cuando haya una aceptación "intelectual" de la pérdida (infección), el proceso emocional es muy lento y puede durar días o meses.

Negación, incredulidad

Niega completamente que tiene la infección: "No es a mí"; "ha habido un error"; "estoy soñando" o "no ha ocurrido nada". Puede que el paciente niegue la evidencia y peregrine de unos profesionales a otros, en una búsqueda incansable que confirme un error en la primera información, o inclusive, negar el diagnóstico y no adherirse a los tratamientos, ni a las medidas de autocuidado.

Pánico

El infectado sólo piensa que puede morir y está "paralizado por el miedo": miedo a perder el control y "los nervios", a volverse loco, a lo desconocido, al futuro. Se pregunta: ¿Qué me va a ocurrir? El paciente se

puede desorganizar emocionalmente; sentirse sólo, confuso, triste, vacío, desamparado y desesperado. La idea de suicidio es frecuente.

Las formas de respuesta a la pena o aflicción causada por la posible o real pérdida de la salud, pueden manifestarse también por diferentes sensaciones físicas, tales como: dolores de cabeza, fatiga, palpitaciones, vacío en el estómago náuseas, vértigo, opresión en la boca del estómago, en el pecho, sequedad de boca, ahogo, hipersensibilidad al ruido, dolores de espalda, entre otros.

Fase II.

El sentido de culpa

Relacionado con la pérdida, aparece como fenómeno de autocastigo y autorrecriminación de cosas que hizo o dejó de hacer, actuaciones que le hicieron daño, entre otros. Por ejemplo, alguna de las expresiones del paciente con VIH o SIDA son: "Si al menos hubiera usado preservativo", "si no fuera homosexual", "si me hubiera cuidado más", "Dios me ha castigado". Este sentido de culpa sin resolver, y las emociones mal interpretadas pueden llevar al paciente a sentirse mal durante largo tiempo o a manifestarlo a través de síntomas físicos.

Cólera

El paciente puede estar furioso, lleno de ira, rabia y resentimiento. Se cuestiona "¿Por qué a mí, por qué no se ha infectado mi vecino que es un

sinvergüenza?" Este enojo puede ser manifestado contra el hospital, contra los médicos y enfermeras, o la rabia puede ser contra sí mismo y los demás, asumiendo conductas de alto riesgo en la propagación y reinfección del virus

Depresión y abandono

La depresión aparece en esta etapa como un fenómeno normal y sano. Es una necesidad psicológica, un camino lento y tortuoso para llegar a aceptar la pérdida. Disminuye de manera importante la autoestima "no me importa mi aspecto", "no valgo nada", "no puedo ser merecedor del afecto de otros". Se manifiestan alteraciones del apetito, insomnio, miedo a enfermarse o morir, aislamiento social. Los síntomas físicos que a menudo se evidencian son originados no sólo por la enfermedad, sino por el dolor, la angustia y el estrés que a su vez provocan una depresión del sistema inmunológico. El paciente se vuelve físicamente más vulnerable debido a la infección del VIH y por la depresión.

Fase III

Resistencia para hacer los cambios para volver a su vida habitual

El paciente se puede sentir sin fuerzas, débil e incapaz de enfrentar nuevas situaciones y decisiones con respecto a su nuevo estatus de enfermo.

Fase IV

Afirmación de la realidad y recuperación

Gradualmente se va abriendo paso la esperanza. Se alternan temporadas buenas con los baches, no solamente debido a los altibajos clínicos de la infección; sino también al proceso de elaboración. Se recupera el sentido de sí mismo y se acepta la pérdida y las propias limitaciones que la infección le impone. Acepta la dura realidad.

Cabe señalar que el enfoque de Wright se considera flexible porque se trata de un proceso en el cual la persona en duelo, no necesariamente debe pasar por todas las fases o seguir la secuencia determinada (Wright, 1994 en Cáncer Net, 1998)

Igualmente, los estudiosos están de acuerdo en afirmar que un duelo se resuelve mejor si se cuenta con soporte emocional y social adecuados, ya que el paciente aprende que no tiene que afrontar el presente y el futuro solo, que cuenta con familiares, amigos y personal de salud quienes le ayudarán a temer menos al mundo real. Cuando no se cuenta con este apoyo, y aunado a las características físicas y psicológicas individuales que influyen, este duelo puede complicarse.

B. El modelo basado en el proceso del diagnóstico (Koufmann, 1989), presenta tres fases:

- **La fase previa al conocimiento del diagnóstico, este período puede fluctuar dependiendo de variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel cultural y otros) y psicológicas. Particularmente, el miedo a la infección es central. En este**

momento, el conocimiento previo que se tenga sobre los síntomas de la enfermedad y sus experiencias previas con ella, por ejemplo, familiares o amigos infectados o que han muerto por el SIDA; influirán en su comportamiento frente a la enfermedad, ya que los pueden llevar a negar los hechos y a decir que "no es nada" o los impulsará a acudir al médico.

- **Comunicación del diagnóstico e identificación con el papel de infectado por el VIH+ o SIDA, el cual puede ser aceptado o rechazado** En esos momentos el paciente puede pensar que va a morir o puede responder con mucha incertidumbre o inseguridad en cuanto a la evolución del proceso
- **Después de conocer el diagnóstico, se puede producir una negación o adaptación a la infección** Este proceso variará de acuerdo a las características psicológicas del sujeto, a los problemas inherentes a la infección y tratamientos que se apliquen. Las complicaciones que pueden surgir no sólo están relacionadas con las reacciones propias del infectado, sino también con el impacto psicosocial y por último, con aquellos síntomas psíquicos derivados del compromiso del sistema central o reacciones secundarias debido a la medicación

Cabe señalar que este modelo fue complementado con el "esquema de supervivencia" propuesto por Moorey y Greer, el cual recoge las reacciones psicológicas de los sujetos diagnosticados con una enfermedad grave, como el cáncer, el cual puede ser aplicable al paciente con VIH+ o SIDA. En él se presentan los estilos de afrontamiento relacionados con cada una de estas reacciones. Según dicho esquema, podríamos decir que el VIH+ o SIDA puede representar para el individuo un desafío, una

amenaza, una pérdida o una negación. Este modo de considerar la enfermedad implica una forma específica de reacción emocional: ira, culpa, o sentimiento de melancolía o depresión. Esto producirá diferentes estilos de afrontamiento: lucha activa contra la infección, ansiedad, resignación pasiva, negación o evitación positiva, desesperanza y desamparo (Moorey y Greer, 1989 en Moro, 1997)

Al integrar los tres modelos, de una manera u otra se complementan o tienen puntos en común. Ellos han sido citados para tener una mejor comprensión de las respuestas que puede tener un individuo cuando se enfrenta a una infección, como la que es objeto de estudio. Así se les podrá ayudar a trabajar o a elaborar las múltiples pérdidas con las cuales se enfrentan dichos pacientes.

1.2. Variables que influyen en la Respuesta Psicológica a la Infección

El VIH+ o SIDA está determinado no solamente por variables biológicas, sino también por un conjunto de factores sociales, culturales y psicológicos que intervienen en la forma como responde el paciente ante la infección.

Shavelzon (Shavelzon, 1988 en Moro, 1997) presenta un esquema de factores o determinantes que influyen en la respuesta psicológica a una enfermedad amenazante de la vida en personas adultas. Además, sostiene que una persona diagnosticada con una enfermedad grave y mortal, tal como es el cáncer, es un individuo común que está sometido a circunstancias profundamente perturbadoras y estresantes, y ante las cuales responderá de acuerdo con su historia personal y su entorno psico-socio-cultural.

Seguendo su esquema y adaptándolo al paciente con VIH+ o SIDA las determinantes o causas se encuentran divididas en primarias y secundarias

➤ **Causas o Determinantes Primarias**

Biografía del sujeto Las enfermedades anteriores, tanto del individuo como de su familia, tanto físicas como psicológicas, influirán y determinarán la respuesta psicológica ante la infección del VIH+ o SIDA. En este aspecto, se enfatiza que durante la infancia puede quedar predeterminado un patrón específico de afrontamiento ante futuras enfermedades, en función de cómo un niño experimenta un padecimiento propio o de sus familiares y de la respuesta que su actitud y conducta desencadena en sus parientes

La personalidad previa del sujeto. Es destacada como elemento etiológico de la expresión psicológica, la cual tiene influencia en el pronóstico. Incluso, se enfatiza que el pronóstico depende, además de los elementos orgánicos, de la actitud y los estilos de enfrentamiento del paciente ante la enfermedad. Es decir, su reacción ante conflictos y traumatismos, y los mecanismos de defensa que emplea influyen como determinantes en el desarrollo de las enfermedades relacionadas con el SIDA (Cahn et al 1992). Se destaca que el simple hecho de lograr que el paciente participe activamente en el proceso de su adaptación a la situación y se sienta ayudado, tiende a producir excelentes resultados en sus actividades cotidianas e incluso en la prolongación de la vida.

Sin embargo existen, además, de las dificultades psicológicas condicionantes personales que limitan el empleo de los recursos de afrontamiento disponibles, tales como los valores y creencias interiorizadas, que prohíben ciertas formas de

conducta, acciones y sentimientos. En este aspecto, los factores religiosos y espirituales son determinantes, en muchas ocasiones, de la actitud y conducta del paciente ante la enfermedad y su desenlace, al influir en sus cogniciones, emociones y en la manera de expresar éstas. Es conocido que aquellas personas que disponen de recursos espirituales de cierta solidez afrontan el estrés, que supone la enfermedad, en forma más positiva y esperanzada; pero ante el VIH o SIDA es muy posible que encaren su infección como un castigo por cosas que hicieron mal en el pasado, lo que conlleva al sentimiento de culpa o de vergüenza.

El entorno social del sujeto en el momento de saberse infectado o enfermo. La familia, los amigos y la sociedad son sumamente importantes para la recuperación y la adaptación del sujeto debido a que pueden ser fuentes de angustia o de protección. Ante el VIH+ o SIDA, el deterioro psicológico del infectado se relaciona altamente con la pérdida del soporte social, ya que las personas no infectadas tienden a percibir las características negativas por las que sienten rechazo, como las conductas desviadas, el consumo de drogas y las prácticas sexuales promiscuas. Por lo que el SIDA se considera un estigma, una marca de vergüenza y descrédito que no permite que las redes del soporte social actúen, potenciando las conductas de enfrentamiento activo en la resolución de problemas y en el facilitamiento de la expresión de emociones en situaciones de crisis.

Elementos orgánicos de la enfermedad. La naturaleza específica de malignidad que le aqueja al infectado, tales como el dolor, la dependencia, las modificaciones corporales, entre otros, son factores estresantes que influyen en la alteración

psicológica del enfermo, ya que tanto la imagen corporal, como la autoimagen del infectado puede, cambiar.

➤ **Causas o determinantes secundarios**

Factores no orgánicos y circunstanciales La falta de una atención médica integral debido a la carencia de recursos (medicamentos, pruebas de laboratorio y consultas médicas costosas), la inexistencia de programas integrales para los grupos socioeconómicos bajos; la relación médico- paciente y la estructura asistencial y hospitalaria, son algunos de los factores que intervienen En este último, la comunicación que se establece entre paciente y el equipo médico puede influir en la forma de reaccionar ante la enfermedad y de colaborar con el tratamiento

Factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento La situación clínica y los efectos secundarios de los tratamientos pueden influir, por lo que no es fácil separar las respuestas emocionales de la enfermedad en sí misma, o por las que se dan por efectos de la enfermedad o del tratamiento. El curso de la infección del VIH puede presentar síntomas como apatía, desganado, fatiga, alteraciones del sueño y pérdida de peso, imitando la depresión o verse complicado - sobre todo en las etapas más avanzadas de la Inmuno-depresión - por infecciones ocasionales capaces de provocar notables alteraciones focales del sistema nervioso central y los subsecuentes síndromes mentales orgánicos agudos con manifestaciones de tipo psicótico Además, se ha establecido, un déficit cognitivo, problemas en la conducta motora, junto a depresiones crónicas que lo relacionan con el Complejo de Demencia del SIDA que, en algunos casos, puede constituir la primera o única expresión de la infección Queda por último mencionar aquellos fármacos que pueden imitar un

cuadro depresivo, como por ejemplo el Cotrimoxazol. Conviene señalar que diferentes autores subrayan que, debido al neurotropismo del virus, muchas veces es casi imposible discriminar desde los primeros momentos de la infección, una depresión reactiva y un retardo psicomotor, en el cual se encuentra comprometido el Sistema Nervioso Central por parte del VIH neurotrópico

En conclusión, se observó que las variables que influyen en la respuesta psicológica del infectado por VIH o SIDA, están dadas por los múltiples factores biopsicosociales, a los cuales están expuestos dichos pacientes durante todos los estadios de su infección. Asimismo, en la revisión bibliográfica se encontró que las manifestaciones psiquiátricas se concentran en el impacto provocado por el choque emotivo de una enfermedad potencialmente mortal y en que manera se ve afectado el paciente por las alteraciones del sistema nervioso central producidas por complicaciones propias de la infección y los medicamentos recetados o no recetados (o ilícitos). Las complicaciones psiquiátricas o neuropsiquiátricas pueden ser muy difíciles de diagnosticar debido a la superposición de los síntomas causados por el VIH (alteraciones cognitivas, trastorno de la memoria y la concentración, fatiga, pérdida de peso, disminución de la libido, trastornos del sueño y otros) y los ocasionados por la depresión, como respuesta a la pérdida de la salud. Debido a que muchos de los síntomas se traslapan entre un trastorno y otro, por lo que es importante el diagnóstico diferencial, ya que el tratamiento se relacionará con las causas

2. TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTES CON EL VIH O SIDA

2.1. Diagnóstico de la Depresión

La depresión es uno de los trastornos del estado de ánimo que se manifiestan con grados variables de tristeza, irritabilidad y ansiedad. Es una identidad bien definida y con pautas para su diagnóstico, tanto en el DSM-IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1996), como en el CIE-10, Clasificación Internacional de Enfermedades (1992)

Manifestaciones clínicas de un episodio depresivo:

Síntomas afectivos

- ◆ Estado de ánimo deprimido o triste (y/o irritabilidad) gran parte del día, o casi todos los días,
- ◆ Pérdida de interés (apatía) o falta de placer (anhedonia) en las actividades que antes disfrutaba (incluida la vida sexual),
- ◆ Baja autoestima,
- ◆ Frustración y cólera que influye en los accesos de llanto que no parecen estar correlacionados de manera directa con una situación específica.

Síntomas cognoscitivos

- ◆ Pesimismo y desesperanza que a menudo conduce a pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida o intento de suicidio sin un plan específico,

- ◆ Ideas de culpa excesivas o inapropiadas y autodenigración,
- ◆ Disminución en la capacidad de pensar o de concentrarse.

Síntomas conductuales

- ◆ Descuido de la apariencia personal,
- ◆ Alteraciones de la actividad psicomotora que puede ir desde la agitación severa hasta el inmovilismo catatónico

Síntomas vegetativos

- ◆ Aumento o disminución del apetito (con o sin cambio de peso);
- ◆ Aumento o disminución del sueño,
- ◆ Fatiga o pérdida de energía,
- ◆ Estreñimiento.

De acuerdo con el DSM-IV, el Trastorno Depresivo Mayor se define por la presencia de al menos cinco síntomas de los anteriormente expuestos, que debe, además incluir un estado de ánimo deprimido o anhedonia, por espacio de dos semanas o más. Por otro lado, el Trastorno Distímico, se define por la presencia de un estado de ánimo levemente deprimido en forma crónica (por dos o más años) y, al menos, tres síntomas adicionales, no requiriéndose un deterioro funcional marcado para hacer el diagnóstico. Cabe señalar que a menudo, la persistencia del síndrome depresivo lleva al retraimiento social, disminución de la actividad normal y de la productividad, pudiendo llegar a un total abandono de sí mismo en los casos más severos. Con cierta frecuencia los síntomas depresivos se encuentran enmascarados tras dolores persistentes o crónicos, que no tienen una clara explicación o que no responden a los tratamientos habituales.

El DSM-IV, también establece que un episodio depresivo mayor, puede ocurrir en el contexto de un "trastorno depresivo mayor", episodio "único" o "recidivante", (según corresponda) Asimismo, alternativamente se clasifican en leve, moderada, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial o total, cronicidad y no especificado Igualmente, estipula la presencia de síntomas melancólicos (típicamente despertar precoz angustioso, anorexia, alteración psicomotora severa y fundamentalmente pérdida de la habilidad para experimentar placer); catatónicos (cuadro clínico dominado por profunda alteración motora y negativismo extremo); o atípicos (síntomas ansiosos, reactividad anímica e inversión de los síntomas vegetativos típicos como hipersomnia e hiperfagia) No se debe efectuar el diagnóstico cuando hay historia de episodios maníacos mixtos o hipomaníacos

De esta manera, hoy se dispone de especificaciones aplicables a los trastornos del ánimo destinadas a aumentar la especificidad diagnóstica, las que proporcionan subgrupos más homogéneos y facilitan la determinación de tratamientos y pronósticos

En la actualidad, se sostiene que las dicotomías endógena-reactiva y neurótica-psicótica han sido abandonadas y hoy tiende a prevalecer un enfoque biopsicosocial, en el contexto del cual, una vez alcanzados los criterios para un episodio de depresión mayor, las polémicas sobre endogenicidad o reactividad, son menos relevantes

También es importante distinguir los trastornos del ánimo con patrón estacional (habitualmente episodios depresivos leves a moderados con síntomas vegetativos invertidos y fatiga o falta de energía, que ocurren regularmente en otoño o invierno) o con inicio postparto

El trastorno Distímico es visto hoy con mayor interés al demostrarse su significativo impacto psicosocial y por su asociación frecuente con episodios depresivos mayores sobre impuestos (doble depresión)

2.2. Características Particulares de la Sintomatología Depresiva en Pacientes con VIH o SIDA

La depresión es una respuesta natural y apropiada a una crisis desencadenada por el hecho de padecer una enfermedad grave y enfrentar la inminencia de la propia muerte (Parkes, C 1987) No obstante, ésta puede llegar a un extremo tal que impone una carga extra al sufrimiento físico u orgánico de estos pacientes y se convierte en respuesta patológica que puede dominar su vida. Igualmente, se enfatiza que la enfermedad terminal puede coexistir con la depresión sin ser una la causante de la otra.

Los estudios muestran que el 85% de los pacientes con VIH presentan síndromes depresivos durante el curso de la enfermedad (J L Maldonado y F Fernández, 1998). Además, se destaca que ha habido un debate con respecto al abordaje diagnóstico de estos casos, concordando - la mayoría de los investigadores - que el "método inclusivo" es la mejor alternativa para el tratamiento, es decir, aun cuando la etiología no sea clara, se deben tomar en cuenta los signos y síntomas, ya que de esta manera se evitará el diagnóstico falso positivo de depresión

El deterioro físico, la desesperanza que produce padecer una enfermedad para la cual la medicina no tiene cura (miedo a la muerte), las limitaciones en la expresión sexual, los

sentimientos de culpa por considerar que su vida ha sido mala o promiscua, junto con otros factores antes mencionados, son algunas de las razones de estos cuadros depresivos

Algunos pacientes suelen expresar tristeza, agotamiento, desaliento, falta de esperanza, crisis de llanto, mientras que otros manifiestan la imposibilidad de llorar y hay quienes se presentan tras una máscara, sonrientes e inquietos. También, con frecuencia, se reportan sensaciones de inutilidad aunadas a sentimientos de fracaso constante, ideas de ruina, baja autoestima y falta de interés por actividades que antaño los entretenían. Otros síntomas que se reportan son. pérdida del apetito, cefaleas, náuseas, insomnio, dificultad en la concentración, entre otros. Frecuentemente se observan preocupaciones obsesivas, por ejemplo, el paciente dedica, gran parte del día, a revisarse el cuerpo o realizar dietas para mejorar su estado físico e inmunológico.

Las ideas suicidas son factores importantes que deben ser tomadas en cuenta al evaluar dichos pacientes, y atenderlas apropiadamente cuando están presentes. Además, se debe evitar considerarlas como normales o entendibles, particularmente la idea de "suicidio racional", ya que generalmente, éstas ideas están relacionadas con los trastornos depresivos (J Maldonado, y F Fernández, 1999). Igualmente, se puede decir que en algunos pacientes se presentan formas sutiles de suicidio (conductas para suicidas), manifestadas a través del aumento del consumo de drogas, el alcohol, de conductas promiscuas o abandonando los tratamientos infectológicos. Tales comportamientos se deben considerar seriamente y alertar a las personas que están más cerca de ellos o brindarles la ayuda adecuada. Cabe destacar que aquellos, con graves trastornos de personalidad, las ideas suicidas suelen ser utilizadas con el fin de manipular el medio

Asimismo se enfatiza que la ansiedad se vincula estrechamente con la depresión, ambas - en parte - son consecuencias de la incertidumbre que genera la enfermedad. En este sentido, se ha observado que un elevado porcentaje de infectados enfrentan muchos temores debido a que dudan de cómo será su evolución y si hay alguna forma de evitarla. Entre los miedos que pueden presentar estos pacientes podemos destacar

- Al rechazo social,
- A su destino laboral, a la marginación, a no poder responder a las exigencias del trabajo y a los problemas económicos que esto les trae aparejado,
- Al abandono de su pareja, familiares, amigos,
- A afrontar su homosexualidad, adicciones u otras conductas de riesgo,
- A encarar las relaciones sexuales,
- A la muerte

Tal como se señaló anteriormente, generalmente, la ansiedad coexiste o es parte de la sintomatología depresiva y se puede presentar en cualquier momento de la evolución de la enfermedad, sobre todo, en esos períodos cuando la persona va perdiendo su independencia debido a los trastornos somáticos o a la aparición de infecciones en forma reiterada. No son menos importantes los temores por no disponer de medios económicos para el tratamiento, dado el alto costo. De la misma manera la pérdida de la pareja y de las personas de su grupo de pertenencia, favorece a imaginarse el probable desenlace de la enfermedad, situación que le genera mucha angustia. Sin embargo, es posible que esta angustia pueda servir como motor para vigilar su salud en una forma más adecuada.

Entre los síntomas habituales, se pueden mencionar. inquietud, preocupación, dolores musculares en cuello y tórax, náuseas, vómitos (raro), boca seca, dificultad en la

deglución, palpitaciones, temblor, hormigueos en manos y pies, visión borrosa, trastorno del sueño, dificultad de concentración y disminución del deseo sexual

Los síntomas propios de la depresión y ansiedad son variados y guardan similitud con los de la enfermedad y con los efectos indeseados de alguna medicación prescrita. Por ejemplo, el fármaco Cotrimaxazol puede presentar síntomas como apatía, desgano, fatiga, alteraciones del sueño y pérdida de peso. Ante la medicación de la Zidovudina se pueden manifestar las cefaleas, náuseas y agitación. Asimismo, se describen los desordenes orgánicos, sugiriendo que la depresión puede ser anunciante del comienzo de una infección del sistema nervioso central

También se piensa que los cuadros depresivos con trastornos neurocognitivos y gran compromiso inmunológico (CD4 menor 200), deben ser considerados como orgánicos por lo que debe iniciarse el tratamiento con AZT, si está recibiendo la medicación se aumenta la dosis. Luego de un mes, si los síntomas persisten, se indicarán además antidepresivos y psicoterapia. Es necesario el diagnóstico diferencial con respecto a la demencia, debido a que también se observan lentitud en los procesos mentales, disminución de la concentración, y pérdida de la memoria, entre otros

En conclusión, la depresión en individuos infectados, tal como se ha expuesto anteriormente, puede ser de origen multifactorial. Algunos pacientes tienen historias de depresiones recurrentes o de distimia antes del diagnóstico, otros pueden tener períodos depresivos debido a los estresores psicosociales, incluyendo hacerle frente a la infección y al duelo. Los síntomas de la depresión, también, pueden ser producto de factores orgánicos por el abuso del alcohol o por los estimulantes (cocaína y anfetaminas), y por

los síntomas subcorticales de la encefalopatía del VIH+ u otras enfermedades del Sistema Nervioso Central

Igualmente los síntomas propios de la ansiedad son variados; presentan similitud con los de la enfermedad y con los efectos indeseados de alguna medicación indicada para atacar las infecciones o con los del consumo del alcohol u otras sustancias. De allí la importancia de diferenciar las causas, ya que el tratamiento primeramente podrá ser dirigido a atacar las causas orgánicas, si estas son las subyacentes, si son los medicamentos, buscar las alternativas para un menor efecto; si el paciente deprimido es un abusador activo de alcohol u otras sustancias; el tratamiento, preferiblemente tendrá que dirigirse, también, a su adicción. Los síntomas depresivos generalmente se remiten con la abstinencia del alcohol u otras drogas, la persistencia de dichos síntomas después de un mes de sobriedad o una historia previa de este trastorno, son indicadores que al paciente se le puede tratar combinándole, tanto tratamiento farmacológico como psicoterapéutico. Incluso, en el caso de duelo y otras fuentes de estresores psicológicos, se recomienda tratar al individuo por una depresión mayor, si los síntomas neurovegetativos persisten por más de dos meses, si hay un deterioro funcional o si los intentos suicidas están presentes.

3. MODELOS PSICOLÓGICOS SOBRE LA ETIOLOGÍA Y MANIFESTACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Antes de iniciar el análisis, es importante destacar que la etiología de los trastornos depresivos es biopsicosocial, por lo que, aun cuando en el presente estudio no se profundiza en las causas biológicas (entre ellas neurofisiológicas, neuroquímicas, neuroendocrinas y genéticas), no implica que se niegue su significativo papel

Desde comienzos del siglo XX, se han gestado modelos psicológicos que han intentado explicar la etiología y las manifestaciones de la depresión. En 1911, Karl Abraham publica lo que puede considerarse la primera investigación psicoanalítica sobre la depresión. En este trabajo pionero, que se basa en las formulaciones psicoanalíticas prevalentes en la época, Abraham delineó y definió con bastante precisión las fijaciones propias de la depresión (intensa fijación en la etapa oral del desarrollo psicosexual), acentuó la participación importante de la ambivalencia (amor y odio), la repercusión de las decepciones infantiles en los vínculos amorosos y la idea de que la depresión es el recuerdo breve de un trauma infantil en la edad adulta (S. Arieti y J. Bemporad, 1993). Luego, el pensamiento freudiano, elaborando estas y otras ideas, propondría que pérdidas reales o fantaseadas de una persona ("objeto") ambivalentemente amada, llevan a un estado regresivo con introyección y rabia hacia el objeto perdido, resultando en sentimientos de autodesprecio y de culpa que los puede llevar a un estado de depresión. Este modelo de agresión hacia dentro es consistente con las observaciones de que la gente depresiva rara vez sienten una ira o rabia espontánea o conflictiva por su propio proceder. Se sienten culpables, no como la culpa negada y defensivamente

reinterpretada de una persona paranoica, sino en un sentido penetrante de culpabilidad, consciente, ego - sintónico. Las personas depresivas están agonizantemente conscientes de cada pecado que ellas han cometido, cada afecto que han descuidado prorrogándolo o cada inclinación de sentimiento egoísta que les cruce en su mente, N McWilliams (1994). Además, Freud, al diferenciar el duelo normal y la depresión como respuesta a la pérdida, enfatizó que en contraste con la tristeza por el duelo, una persona deprimida sufre una disminución del cuidado de sí misma, "un empobrecimiento de su yo", Freud (1973)

Otros enfoques psicodinámicos tienden a ver - como problemas primarios de la depresión - la incapacidad de alcanzar expectativas personales idealizadas y una disminución de la autoestima. Al respecto, en un inicio, Fenichel y posteriormente Jacobson y Bibring ponen como factor clave la caída de la autoestima para el desarrollo de la depresión y coinciden en que su regulación es un elemento crucial en el tratamiento. De manera general, aunque tienen diferentes esquemas de pensamiento, conceptualizan la autoestima como la vivencia que refleja la discrepancia entre la personalidad real y un estado ideal deseado. Es decir, plantean que la depresión puede ser el resultado de una disparidad entre el ideal del yo y el sí mismo real.

Posteriores teorizaciones apoyadas por estudios clínicos, señalan la relevancia del vínculo afectivo en el desarrollo de la depresión, principalmente en etapas tempranas de la vida y sus posibles problemáticas (separaciones o pérdidas de las figuras de apego o vinculación) y del proceso de separación e individuación.

Como producto de algunos cambios en el ámbito teórico y debido a cierta convergencia entre diferentes corrientes psicodinámicas, se comienza a esbozar un

enfoque más amplio sobre la depresión que considera la presencia de deficiencias significativas del desarrollo (particularmente vinculares), las cuales harían al individuo sensible especialmente a los sentimientos de pérdida o privación; activados éstos por subsecuentes eventos vitales "psicodinámicamente relevantes" Estos sentimientos reactivados precipitarían episodios de baja autoestima, autorreproche, pérdida de la valoración de sí mismo y desesperanza.

Jonh Bowlby, es uno de los teóricos más prominentes que enfatizó acerca de la importancia de la pérdida o la separación. Sostiene que la separación de un niño de su madre u otra figura importante durante los primeros años de su niñez - ya fuera por enfermedad, viaje u otras razones - que provoca sentimientos de tristeza, enojo y ansiedad continua, pueden afectar las relaciones emocionales de la persona en edad adulta. Señala, además, que las experiencias de la niñez que contribuían a estos sentimientos no son eventos solos, sino que se desarrollan a partir de patrones de largo plazo de interacción familiar, Bowlby (1983)

Alrededor de los años setenta se desarrolló la psicología del "self", la cual argumentaba que aquellos individuos con una visión menoscabada de sí mismos y con falta de "auto-objetos" fortalecientes, a menudo se sienten abrumados, desamparados, inservibles y deprimidos Este enfoque explicaría los sentimientos de desolación y vacío, propio de los estados depresivos, y que comúnmente son observados también en algunos trastornos de personalidad como los de tipo narcisista y límite

En forma algo paralela, autores como Ellis y Beck, sentaron las bases del modelo cognitivo que identifica un estilo de pensar negativo y distorsionado el cual se considera el precursor psicológico de la depresión Beck sostiene que una persona deprimida culpa

a sus "defectos" personales de cualquier desgracia. La conciencia de estos supuestos defectos se vuelve tan intensa que anula por completo cualquier concepto positivo de sí mismo. Toda situación ambigua se interpreta como una evidencia de un defecto, incluso cuando existen más explicaciones posibles. Igualmente sostiene que las personas deprimidas se comparan con otras, actitud que sistemáticamente les reduce la autoestima, ya que cada encuentro se convierte en una autoevaluación negativa. Estas distorsiones cognitivas de sí mismo, del entorno y del futuro se originan de creencias personales o significados subjetivos que son aprendidos en la etapa infantil, y que por lo general, actúan a nivel "inconsciente", sin que la persona se percate de ello. Mantenedas como "errores" cognitivos típicos del individuo depresivo, causan desesperanza y desamparo al enfrentar situaciones vitales difíciles, Beck et al (1983)

Otro de los enfoques que intenta explicar el origen de la depresión es el conductual, el cual utiliza la teoría del aprendizaje y se afirma en la psicología experimental para proponer que la depresión surge de la exposición del individuo a un inadecuado balance entre refuerzos positivos y negativos, D Sue et al (1996). De este enfoque surge el modelo de la "desesperanza aprendida", que plantea que la exposición de la persona a estímulos aversivos inevitables y a la pérdida de control sobre experiencias que la refuerzan positivamente, termina por generar pasividad y desamparo, reacción que tiende a repetirse en el futuro frente a estresores similares.

Sobre esta misma línea, otro punto de vista único e interesante sobre la depresión es el del "desamparo aprendido". Esta teoría del aprendizaje cognoscitivo fue propuesta por Seligman (Seligman, 1975. En Bowlby, 1983), quien sugiere que la impotencia y el desamparo son aprendidos, y la susceptibilidad de una persona a la depresión, depende

de su experiencia en el control del ambiente. Según este modelo las personas deprimidas tienden a percibir los acontecimientos como incontrolables y responden a ellos de acuerdo con sus propias creencias de desamparo.

Resumiendo, todos los enfoques teóricos resaltan la importancia de las experiencias tempranas en la predisposición para desarrollar una depresión, y aun cuando en este estudio no se ha escrito sobre las causas biológicas, es importante resaltar que la depresión, actualmente, es vista como el resultado de una interacción entre factores ambientales y biológicos. Asimismo, cada uno de los planteamientos teóricos contribuyen a la comprensión y tratamiento de este trastorno. Es posible que los factores biológicos, los sucesos de la vida pasada y presente y los patrones de pensamiento, interactúan para provocar la depresión.

Igualmente, se enfatiza que más allá de las diferentes teorizaciones sobre las bases psicológicas de la depresión, se ha observado cierta vulnerabilidad - a desarrollar depresión clínica - en individuos con alteraciones en su estructura de personalidad, particularmente aquellos con un estilo muy perfeccionista, inflexible o rígido, y los emocionalmente muy dependientes.

4. TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN PACIENTES CON EL VIH O SIDA.

4.1. Lineamientos Generales Para el Tratamiento Psicoterapéutico de la Depresión

Así como se habló que el origen de la depresión tiene dos vertientes, la psicológica y la biológica, también podemos hablar de estas mismas, al referirnos a cómo se trata, ya que, además de la psicoterapia, se utilizan los fármacos antidepresivos o la TEC (Terapia Electroconvulsiva)

El énfasis de este estudio es en las recomendaciones psicoterapéuticas, sin embargo no está de más señalar que los antidepresivos son, también, efectivos en diferentes trastornos del estado de ánimo y son de ayuda para proporcionar el campo terapéutico en el cual trabajar. Éstos se empezaron a utilizar en la década de los años cincuenta del siglo pasado, los cuales actúan en los componentes bioquímicos específicos de las neuronas para disminuir los estados de ansiedad o de depresión. La terapia electroconvulsiva, es otra modalidad efectiva en el tratamiento de la depresión severa con pensamientos delirantes o las que no responden a los antidepresivos.

Con respecto al tratamiento psicológico, podemos señalar que, independientemente de la modalidad teórica, se recomienda que la psicoterapia de la depresión se debe enfocar en

- ◆ Establecer una relación terapéutica (terapeuta - paciente) positiva,
- ◆ Mejorar la autoestima,

- ◆ **Facilitar la autoconfianza;**
- ◆ **Comprometer al paciente a que exteriorice afectivamente sus problemas actuales,**
- ◆ **Descubrir y ayudar a cambiar las distorsiones de la realidad o del pensamiento,**
- ◆ **Ubicarlo en la realidad, es decir en el "aquí y ahora";**
- ◆ **Brindar seguridad y apoyo (sobre todo para evitar la posibilidad de suicidio),**
- ◆ **Buscar las fortalezas y calidez de la familia a fin de lograr un apoyo emocional para la persona deprimida,**
- ◆ **Enmarcar las dificultades del paciente dentro de un área interpersonal problemática, tales como duelo, disputa de roles o déficits interpersonales.**
- ◆ **Educar al paciente sobre su enfermedad y brindarle herramientas para combatirla y evitarla.**

El énfasis de los temas tratados particularmente se encontrarán dentro del manejo de la técnica psicoterapéutica. Usualmente, el paciente acude (por lo menos) una vez por semana a sesiones de cincuenta minutos en promedio, y con un objetivo bien claro para cada sesión y para el plan de tratamiento en general.

Dentro de las recomendaciones frecuentes que se dan a estos pacientes, se pueden mencionar

- ◆ **Establecer metas claras y realistas a corto plazo, ya que esto le dará un sentido de dirección y de logro. Motivarlos a que se felicite cada vez que logre alcanzar las metas establecidas;**
- ◆ **Orientarlo a retomar el control de su vida, volviendo a las actividades que realizaba antes de que se desarrollara el cuadro depresivo. responsabilidades**

familiares, laborales y sociales. Dirigirlo, también, a la búsqueda de una red de apoyo social (nuevas amistades) que ayuden en su recuperación,

- ◆ Dividir tareas grandes en pequeñas, debido a que cada logro por pequeño que sea será una motivación para combatir la depresión;
- ◆ Procurar estar con otras personas (no aislarse),
- ◆ Emplear su tiempo en actividades que le hagan sentir mejor;
- ◆ Aplazar decisiones importantes hasta cuando se sienta mejor;
- ◆ Darse tiempo. La mejoría será poco a poco pero constante;
- ◆ Motivar al paciente para que se incorpore en grupos que lo ayuden al manejo del estrés y a elevar la confianza en sí mismo.
- ◆ Interesarlo para que mantenga un estilo de vida saludable; esto es cumplir con sus necesidades básicas como dormir adecuadamente, tener una dieta balanceada, realizar algún ejercicio o deporte, entre otros;
- ◆ Evitar en lo posible, el consumo de alcohol o drogas.

4.2. Recomendaciones Psicoterapéuticas Para el Tratamiento de la Depresión en Pacientes con VIH o SIDA

Los profesionales de la salud mental enfatizan que los objetivos principales de la psicoterapia u orientación de pacientes con VIH o SIDA se deben enmarcar en las siguientes áreas.

- Maximizar la calidad de vida del paciente, ayudándole a mejorar su bienestar.

- Coadyuvar a que estas personas adapten su conducta para que lleven a cabo medidas preventivas, reduciendo así el factor de riesgo para sí mismo como para otros

Existen varias opciones de tratamiento disponibles para los individuos con VIH+ o SIDA que experimentan síntomas depresivos, no obstante se indica que los métodos más efectivos pueden ser la combinación de alguna modalidad psicoterapéutica y la medicación o farmacoterapia.

Igualmente, se señala que las intervenciones psicoterapéuticas por sí solas pueden ser muy efectivas e indicadas para evitar los efectos negativos de los antidepresivos

La psicoterapia ha sido enfocada desde diferentes modelos, tales como la psicoterapia de sostén e insight, la cognitiva conductual, la interpersonal y la de grupo. Independientemente de la modalidad psicoterapéutica que se utilice, se recomienda.

- Ser sensitivo particularmente con las jerarquías generacionales, las constelaciones familiares no tradicionales, los asuntos de género y los estilos de vida.
- Desarrollar una relación de confianza y de apoyo desde un principio - a través de todo el tratamiento - para así establecer una buena alianza de trabajo, a fin de que el terapeuta sea una fuente de esperanza para el paciente
- Facilitar información preventiva o ayudar a estos pacientes para que puedan encontrar y recibir ayuda médica u otros servicios.
- Escuchar para establecer cuáles son los problemas principales del paciente y permitirle que intente aclararlas en términos de metas u objetivos en orden de importancia. En esta etapa, es importante identificar los objetivos prioritarios

en vez de los problemas, ya que estas personas se encuentran demasiado angustiadas y con mucha inseguridad. Asimismo, se tiene que establecer cuál va a ser el nivel de intervención, ya que este puede ser el individual-biopsicosocial del paciente o el familiar nuclear/relacional, o incluso, ambos.

Otras metas u objetivos más comunes en el tratamiento de la depresión de estos pacientes, son:

- Establecer una red intensiva de soporte, que incluya a los familiares y amigos cercanos para tratar de mejorar la calidad de vida del paciente.
- Elaborar una lista de las fortalezas individuales y familiares para enfocarlos hacia la calidad de vida y sobrevivencia del paciente.
- Ayudar a que resuelva las pérdidas pasadas y presentes como sea posible, o la real pérdida de la vida paciente.
- Mantener el sentimiento de vivir cuando se está enfrentando la muerte.
- Orientar al paciente en los aspectos relativos al proceso de afrontamiento de su enfermedad, a través de una adecuada información y educación acerca de su enfermedad. Se trata de ayudar al paciente a desarrollar sus habilidades para solucionar problemas, adaptarse a las dificultades, y aprender a tomar decisiones.
- Considerar la dimensión religiosa o espiritual del paciente, a fin de favorecer un afrontamiento eficaz y positivo.

En conclusión, es importante comprender el sufrimiento del paciente con una enfermedad terminal y cómo ésta afecta su calidad de vida. En este sentido, el infectado en ocasiones, y a pesar de estar en óptimas circunstancias de disponibilidad de recursos,

puede sufrir, ya sea porque percibe la destrucción inminente de su persona, por situaciones personales no resueltas, por causa del tratamiento, por quienes lo cuidan, por las múltiples pérdidas a las cuales se va enfrentando, por la amenaza de agresión a la integridad del sí mismo como ser humano, por la percepción individual de su futuro, la trascendencia o el propósito de su existencia.

En consecuencia se le debe ofrecer a los pacientes alternativas de alivio que le permitan recuperarse, respetando su dignidad humana, lo cual promueve el enriquecimiento y el mantenimiento de su autoestima.

**CAPITULO II. (PBIU) FUNDAMENTOS DE LA PSICOTERAPIA
BREVE, INTENSIVA Y DE URGENCIA**

1. RAZÓN DE SER, ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE LA PSICOTERAPIA BREVE

El origen de la Psicoterapia Breve es casi paralelo al psicoanálisis. Según la historia, tanto Freud como otros pioneros obtuvieron diversas experiencias con sus pacientes, los cuales agradecían por la rápida recuperación de sus síntomas. De hecho, Bellak y Small (1970) reportan que lo practicado originalmente por Freud fue la psicoterapia breve. Lo anterior lo sustentan con dos casos famosos, el tratamiento al director B. Walter realizado en seis sesiones por parálisis en el brazo, y la cura de la impotencia del compositor G. Mahler, efectuada en una sola sesión de cuatro horas. Obviamente, estas primeras experiencias carecían del nivel de formulación de que hoy goza la Psicoterapia Breve. No obstante, la base de la psicoterapia breve es el psicoanálisis.

Muchas de las razones que indujeron a los psicoanalistas a buscar nuevas alternativas de terapia de tiempo limitado, son formuladas por Bellak y otros autores, estas son:

- La necesidad de ofrecer tratamiento psicoterapéutico en el marco hospitalario, en alguna medida, obligó a los psicoanalistas a buscar y realizar una serie de modificaciones a sus técnicas, lo que los llevó a formular lo que hoy es la Psicoterapia Breve.
- La necesidad de tratar a un grupo de pacientes que podrían beneficiarse de un tipo de tratamiento basado en las referencias teóricas del psicoanálisis, no así de un psicoanálisis.

- La necesidad de ofrecer una psicoterapia práctica que guardara una buena relación entre costo y beneficios y fuera accesible a un segmento más amplio de la población, puesto que muchas personas no pueden establecer los compromisos de tiempo, dinero y energía emocional que se requieren para el tratamiento prolongado.
- La necesidad de realizar intervenciones rápidas en tiempo de crisis que impida que el mal evolucione hacia una desadaptación grave y llegue a ser una enfermedad seria y crónica

Sobre la base de estas necesidades, Franz Alexander y Thomas French, después de la Segunda Guerra Mundial, fueron los primeros en proponer que la teoría y práctica psicoanalítica tenía principios utilizables para realizar una psicoterapia de tiempo limitado. Ellos introdujeron dos principios que diferenciarán el psicoanálisis clásico de las psicoterapias psicoanalíticas breves, estos son:

- **El principio de la flexibilidad** El terapeuta es flexible en el sentido de que la técnica que usa estará siempre en función de la situación concreta, J. Escobar (1998).
- **El principio de la experiencia emocional correctora (o reexperiencia, bajo circunstancias más favorables, una situación emocional traumática)** El terapeuta reaccionará deliberadamente a las necesidades emocionales del paciente de una manera que es distinta a lo que éste espera según sus experiencias vitales acumuladas, con la finalidad de oponerse a los patrones de interacciones neuróticas que él tiene.

Goldman (1997) señala que French creó también el término de "conflicto focal", definido como deseo o intención que entra en conflicto con las esperanzas y valores sostenidos de la persona. El conflicto incapacita a la persona para satisfacer sus esperanzas, y el resultado es la frustración, con empleo de defensas emocionales y arreglos de diversos tipos.

En 1955, Enid Balint y colaboradores en la clínica Tavistock de Londres, organizaron un grupo de estudio dirigido para desarrollar una psicoterapia a corto plazo y con una meta limitada. Como resultado, Balint sistematizó y desarrolló el concepto de foco, definiéndolo como el eje o punto central del problema del paciente, sobre el que se trabaja y se deben de concentrar y organizar los esfuerzos terapéuticos. Normalmente el foco terapéutico está en relación con el motivo de consulta, aunque no sea exactamente el mismo, Balint et al (1996).

A partir de los trabajos de Balint aparecieron varios terapeutas que empezaron a utilizar la psicoterapia breve, basándose en el concepto de focalización. Gracias a los esfuerzos, de uno de sus discípulos, David Malan y colaboradores, y también a los de otros teóricos, tales como James Mann, Peter Sifneos, Habib Davanloo, Fiorini, Kesselman, L. Bellak entre otros, la psicoterapia breve evolucionó, debido a sus valiosas contribuciones a la teoría, la práctica e investigación.

De esta manera, se puede citar a Malan, quien puntualiza que se debe trabajar en el contexto de los patrones inadaptativos recurrentes importantes en las relaciones, y recomienda el empleo de dos configuraciones triangulares específicas para cuando se afronta un conflicto focal. El triángulo del conflicto, constituido por la finalidad o intención del paciente, la amenaza subjetivamente percibida que hace parecer peligrosa la

finalidad del paciente, y los esfuerzos para lograr protección contra la ansiedad por medio de defensas específicas. El segundo triángulo es el constituido por personas, y abarca la identificación de los patrones recurrentes de las relaciones en tres contextos: 1) las relaciones con el terapeuta (relación de transferencia), 2) las relaciones del paciente en las situaciones interpersonales actuales fuera del tratamiento, 3) Las relaciones reales o imaginadas (tanto anteriores, como actuales con las figuras de los padres y hermanos)

Según Goldman (1997) la técnica de Malan consiste en programar cuidadosamente el trabajo para lograr que el paciente se percate de la estructura triangular de los patrones recurrentes de sus relaciones. Por lo tanto, la capacidad técnica del terapeuta que efectúa la psicoterapia dinámica breve depende, en parte, de su capacidad para formular estos patrones triangulares con rapidez y precisión, y de manera que se establezcan las interpretaciones subsecuentes a un nivel de conciencia tolerable para el paciente

Para Malan, el límite de tiempo se debe establecer desde el inicio del tratamiento y recomienda un promedio de 18 sesiones para los terapeutas experimentados y un límite de 30 para los que se capacitan

Otra de las contribuciones es la de P. Sifneos. Desarrolló la STAPP (Psicoterapia Breve Provocadora de Ansiedad, por sus siglas en inglés) que explora sistemáticamente todo aquello que crea dificultades emotivas al paciente, ya que sostenía que la ansiedad es el principal motor para la solución rápida del conflicto. Al provocarla se intenta obligar al orgullo o valor del paciente a examinar y experimentar un conflicto más directamente y a hacerlo, aprenda nuevas formas de resolver problemas

Para este autor, el aprendizaje terapéutico está directamente relacionado con el vínculo que se establece entre terapeuta y paciente, por lo que enfatiza la necesidad de

una fuerte alianza terapéutica y el desarrollo de una óptima transferencia que permita al paciente soportar la situación dolorosa, la cual supone la aceptación del verdadero núcleo conflictivo de base

Sifneos, al igual que Malan, considera que se deben seleccionar a los pacientes. Ambos excluyen a los sujetos que presentan trastornos psiquiátricos graves actuales o con antecedentes, por ejemplo, esquizofrenias, manías, crisis depresivas mayores, entre otros

Habib Danvaloo desarrolló - a partir de los conceptos teóricos de Sifneos y Malan - su técnica de psicoterapia breve, en ella amplía el alcance de los problemas que se pueden afrontar. Él considera que los problemas graves y las dificultades prolongadas no son criterios automáticos para excluir a los pacientes del tratamiento

La característica esencial de su técnica es el ataque continuo y sistematizado a las defensas, la confrontación permanente y la utilización de focos múltiples, las cuales se deben efectuar con empatía e interés

Golman afirma que Danvaloo recomienda un criterio interpretativo activo tanto para acelerar la comprensión y la resolución de los problemas emocionales, como para impedir que los pacientes se vuelvan excesivamente dependientes del terapeuta (Golman, 1997)

De acuerdo con J. Escobar (1998) la técnica de Danvaloo es muy eficaz con pacientes que son fuertemente resistentes, pero advierte que es muy importante estar seguro sobre la estructura con la cual se va a trabajar, pues un ataque sistémico a las defensas puede desestructurar al paciente

El número de sesiones terapéuticas se desarrollará sobre la base del funcionamiento del paciente, a la cantidad y de la profundidad del problema. De esta manera corresponderán de cinco (5) a quince (15) sesiones para los pacientes que funcionan bien

y tienen problemas circunscritos, de quince (15) a veinticinco (25) para los que funcionan adecuadamente pero con varios problemas de presentación, y de veinticinco (25) a treinta (30) para quienes tienen trastornos de personalidad graves de larga duración

James Man ha desarrollado la psicoterapia de tiempo limitado, apoyado especialmente en las concepciones de Bowlby. Su aporte a la psicoterapia breve es el concepto de tiempo, según el cual lo difícil para el paciente que llega a consulta es aceptar lo finito del tiempo, por lo que, generalmente, no puede dominar las separaciones, ni aceptar su propia mortalidad.

En el transcurso de su psicoterapia, Man coloca al paciente en la condición de revivir y volver a recorrer los distintos estados del proceso normal de desarrollo -para que experimente cada una de las etapas del desarrollo psicológico - desde la infancia a la edad adulta, adquiriendo modos de comportamiento más maduros y conscientes. Basándose, más que todo, en lo que denomina "un tema central"; el cual va estar ligado a un foco de pérdida, lo que más se trabaja son los sentimientos que provoca la separación, moviéndose alrededor de la tristeza, del duelo, la rabia y la culpa.

Igualmente, describe cuatro conflictos básicos que constituyen con frecuencia el objetivo terapéutico:

- Dependencia contra independencia,
- Pasividad contra actividad,
- Autoestima disminuida contra autoestima adecuada y,
- Duelo no resuelto contra duelo resuelto

Además, resalta la importancia vital de los elementos de separación e individualización en sus relaciones con los cuatro aspectos centrales.

El tratamiento de Man consta de doce (12) sesiones. Establece criterios de exclusión para los candidatos de su psicoterapia breve, personas con trastornos psicóticos anteriores y actuales, con abuso grave de alcohol u otras sustancias, trastornos de personalidad límite. También los pacientes que tienen anhelos pasivos poderosos de que los atiendan y, que a menudo, se resisten a renunciar a estos sentimientos a favor de una conducta más independiente.

L. Bellak desarrolló su modelo de psicoterapia breve, denominada PBIU (Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia), difiere de los anteriores métodos. Según Bellak, se diseñó para ser utilizada con cualquier trastorno o problema, ya que enfoca y selecciona síntomas principales y más perturbadores, empleando un arsenal de intervenciones necesarias provenientes, tanto del psicoanálisis como del enfoque cognitivo, sistémico y conductual. Por lo que, en lugar de escoger pacientes, se seleccionan metas y problemas.

Más adelante ampliaremos sobre esta modalidad psicoterapéutica, puesto que éste es el modelo de intervención elegido para la presente investigación, por las alternativas que ofrece para tratar a los pacientes de acuerdo con sus individualidades y con recursos o técnicas que vayan más acorde a los mismos.

En resumen, la psicoterapia breve integra un número amplio de formatos que varían en muchas de sus características básicas, pero comparten un anclaje psicodinámico común, una preocupación por la brevedad del tratamiento, la focalización de los objetivos, la elaboración de un plan o estrategia de abordaje psicoterapéutico con

objetivos escalonados y, por último, el requerimiento de un papel especialmente activo y directivo en el terapeuta, dirigido al fortalecimiento de las áreas del yo libres de conflicto. Además, utiliza flexiblemente el apoyo, así como técnicas conductistas y cognitivas, tratando respectivamente de alterar ciertas conductas del paciente y cómo este piensa sobre sus problemas o los métodos que utiliza para resolverlos. En consecuencia, algunos autores consideran que la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica se va aproximando poco a poco al enfoque de la terapia cognitivo conductual, ya que los focos más frecuentes se centran en diferentes combinaciones de afectos con cogniciones como determinantes de comportamientos específicos, especialmente relacionales, Poch y Ávila (1998)

2. LA PBIU (PSICOTERAPIA BREVE, INTENSIVA Y DE URGENCIA)

2.1. Definición

Bellak, L. (1995) define su modelo de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia como una intervención terapéutica de orientación psicoanalítica enfocada para tratar los rasgos cruciales del trastorno que se presenta, con la finalidad de que el paciente desaprenda y reaprenda de un modo más eficaz, lo que se ha adquirido deficientemente. Además de utilizar la terapia de "insight", puede incluir el enfoque cognoscitivo, teoría de los sistemas y terapia conductual.

2.2. Características y Principios

Para comprender los síntomas y los padecimientos psicológicos del individuo, Bellak utiliza los conceptos fundamentales de la estructura teórica de Freud y de sus seguidores, por lo que los principios de causalidad, determinismo y sobredeterminismo, son esenciales

En consecuencia, Bellak afirma que en la PBIU, él trata de establecer la continuidad entre la infancia y adultez, entre pensamiento de vigilia y de sueño; entre los contenidos conscientes e inconscientes, e interrelaciona estos factores con los componentes biológicos, sociales, familiares y físicos de la vida del paciente. De igual manera, trata de establecer continuidad entre los síntomas o problemas de personalidad que se presentan y los conflictos o defectos. Según el autor, deben de conocerse y entenderse las importantes fuerzas que coadyuvaron en su formación para comprender su especificidad.

Enfatiza, además, que está de acuerdo con la formulación general sobre la teoría del desarrollo de un síntoma y de la estructura de la personalidad, más que todo en que los síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico y que estos son intentos de solucionar problemas, enfrentar la ansiedad, conflicto o déficit. Considera, también, que la conducta para enfrentar las situaciones se aprende dentro de un medio social, étnico y familiar. Por lo que el tratamiento es un recurso para ayudar a la persona a que obtenga mejores fortalezas para enfrentarse a la realidad; es decir con los conflictos que existen

entre la realidad y los impulsos, así como las introyecciones defectuosas que se tiene de la misma Bellak (1995)

Determina que el enfocar y seleccionar los síntomas principales y más perturbadores, y sus causas, dentro de un marco de referencia amplio, tiene como objetivo proveer una conceptualización más certeramente orientada a intervenciones psicoterapéuticas necesarias y suficientes. Al seleccionar el problema y las metas para el tratamiento, el enfoque se orienta hacia lo aprendido deficientemente por el paciente, y lo que es necesario desaprender y reaprender del modo más eficaz posible.

Bellak formuló diez principios básicos:

- ❖ Uno de ellos es la relación existente entre la PBIU y la terapia tradicional a largo plazo, en la cual se especifica que cada género tiene sus propios méritos y cada uno necesita su propia pericia y habilidades especiales, por lo que señala que dicha relación es igual a la manera de cómo se relaciona un cuento corto con una novela. Ambos pueden ser impactantes y requieren de talentos especiales para escribirlas. De igual manera el terapeuta que utiliza la psicoterapia breve necesita emplear habilidades y pericias especiales para llevar a cabo un trabajo valioso, ya que, no sólo está tomando medidas momentáneas, Bellak (1995).
- ❖ La conceptualización fiel, ya que la proposición básica de la terapia breve consiste en comprender todo, saber mucho y entonces hacer aquello que represente una diferencia crucial, por lo que se debe planificar y conceptualizar adecuadamente, Bellak (1995)
- ❖ La selección de metas y problemas de cada caso en particular, no el paciente, por lo que la terapia breve e intensiva puede ser útil en el tratamiento de un amplio rango de trastornos psicopatológicos, incluso pacientes psicóticos crónicos o de neurosis de

carácter grave, pues es posible en cada trastorno modificar el rasgo más perturbador o algunos síntomas más problemáticos de manera tal que el paciente pueda funcionar y permanecer en la comunidad después de un brote agudo

- ❖ La historia clínica exhaustiva que se guía por conceptos formulados con claridad, utilizando un estilo adecuado de comunicación y una evaluación psicodinámica y estructural tan amplia como sea posible. Se toma en consideración los aspectos sociales y médicos, ya que sobre la base de una comprensión y conocimiento máximos del paciente se planificará en forma activa, las áreas, los métodos, las secuencias de áreas y técnicas de intervención.
- ❖ El entrenamiento de terapeutas con limitado conocimiento de psicodinamia se puede llevar a cabo, ya que, no necesariamente tienen que ser psicoanalistas. Incluso, se señala que la personalidad que se adquiere por hacer psicoanálisis durante muchos años puede interponerse con el tipo de actividad que se realiza en la PBIU.
- ❖ El empleo del concepto de Medicina de Urgencia como paradigma para la PBIU. Es la guía esquemática, ya que, tal como se establecen pasos precisos y definidos para que técnicos médicos aprendan la reanimación cardiopulmonar, en la PBIU también se establecen sugerencias concretas del manejo de ciertos estados que ocurren o se presentan con frecuencia.
- ❖ La reconstrucción del paciente a un nivel mayor que el premórbido se puede llevar a cabo, a pesar de las restricciones del tiempo, ya que se sostiene que dentro de la terapia breve y de urgencia se alcanza un nivel superior de solución de problemas, así como también la ventaja de haber adquirido una especie de vacuna y de fortaleza por haber sobrevivido a una situación particular que los proveerá de cierta inmunidad.

para el futuro. No así en la modalidad de intervención en crisis, en la cual la meta principal es restaurar al paciente al estado precrítico, sin hacer ningún intento por obtener un mayor nivel de resolución de funcionamiento. Los principios de la PBIU son los mismos, tanto para la psicoterapia de urgencia como psicoterapia breve, excepto que en terapia breve se tiene que definir la meta, mientras que la de urgencias la meta se encuentra claramente definida.

- ❖ Modalidad de intervención práctica y eficaz en la prevención primaria, secundaria y terciaria, puesto que se puede utilizar cuando las personas se encuentran psicológicamente en riesgo para que transelabore los problemas por adelantado, es decir en forma preventiva (primaria), en la prevención secundaria, cuando existen estados agudos, con la finalidad de detenerlos antes de que se conviertan en estados más graves y crónicos, o en la prevención terciaria, la cual tiene que ver con el alivio de estados crónicos. Es decir, en la práctica clínica es lidiar con las exacerbaciones agudas de los psicóticos crónicos o con sus síntomas más perturbadores
- ❖ La elección de la PBIU como método primario de intervención, ya que, no solo, ofrece un marco de trabajo adaptable a los servicios de salud mental comunitaria, también puede mantenerse en mente en la práctica privada, aún cuando el paciente pueda pagar un tratamiento más largo.
- ❖ La directividad del terapeuta es esencial y valiosa, ya que se requiere de mucha más actividad mental, puesto que, mientras escucha, se tiene que actuar sobre la base de hipótesis, no sólo a través de la interpretación, sino que también mediante métodos de intervención utilizados con menos frecuencia en la terapia dinámica convencional. Además, si se compara con los psicoanalistas, estos han aprendido a respetar las

afirmaciones del paciente y representar un papel receptivo, expectante y relativamente pasivo en la terapia. En consecuencia son dos modalidades diferentes, en la cual Bellak sugiere que es importante que el terapeuta no pierda su autoestima por involucrarse en este tipo de práctica.

Bellak estima que su psicoterapia es una aproximación con enfoque sistemático, basado en el modelo médico, en la cual se lleva cabo una anamnesis completa, la valoración psicodinámica y estructural, considerando, también, los aspectos médicos y sociales. Ha sido validada como un método de terapia, a través de investigaciones exhaustivas y a gran escala, en diferentes Centros Comunitarios de Salud Mental de los Estados Unidos de América.

Concluye aseverando que es una modalidad práctica, ya que sobre la base de la comprensión psicodinámica del sujeto se puede tratar al paciente con técnicas psicoterapéuticas (insight, conductual, de apoyo, educación y otros) más convenientes o introducir la farmacoterapia como meta limitada para el alivio o remoción del síntoma.

Como se observó, el objetivo primordial de la PBIU es proporcionar alivio sintomático hasta un punto en que se pueda dejar al tiempo hacer el resto, o bien derivar a una psicoterapia extensiva e intensiva.

2.3. Perfil Básico y Procedimientos

2.3.1. Perfil Básico

Al proponer el perfil básico de la PBIU, Bellak (1995) enfatiza que éste pretende ser solamente "una guía no una camisa de fuerza"

- **Cinco sesiones de 50 minutos, generalmente una por semana**
- **Sesión de seguimiento un mes después**
- **Anamnesis completa**
- **Valoración psicodinámica y estructural**
- **Consideración de los aspectos médicos y sociales**
- **Plan para las áreas de intervención**
- **Plan para métodos de intervención**
- **Plan para la secuencia de las áreas y métodos de intervención**
- **Decidir si se aplicará la terapia individual únicamente o si se combinará con sesiones conjuntas o familiares**
- **Tomar en cuenta las condiciones facilitadoras, como los fármacos u hospitalización breve**

Bellak indica que - según su experiencia - las cinco sesiones, es la cantidad que parece adecuarse a la mayoría de los pacientes, pero que, ni el número de sesiones, ni la duración de los cincuenta minutos son inmutables Señala, además, que se deben tomar en cuenta los sistemas sociales, étnicos, económicos y generales Estos factores, no

determinan solamente las formas de intervención y el entendimiento de la patogénesis; sino que también definen el estilo de comunicación con respecto a lo que es normal y patológico en un paciente en particular.

Recomienda flexibilidad para el plan, las áreas y los métodos de intervención, puesto que estos variarán de acuerdo a la individualidad del paciente, aún cuando estos sufran de la misma condición de modo manifiesto. Además, a medida que se adquiera mayor conocimiento y especificidad del paciente el plan debe revisarse.

Con respecto a los psicofármacos señala que estos pueden aplicarse sobre la base de racionales metapsicológicas, psicodinámicas y estructurales, ya que de acuerdo con su valorización, se puede prescribir el tipo de psicofármaco que necesita el paciente para la terapia o incluso, se puede utilizar un placebo por su significado oral

2.3.2. Procedimientos

a) Primera Sesión

La primera sesión es la más importante y la que implica el trabajo más arduo tanto para el terapeuta como para el paciente. En ella se intentará determinar cuál es el síntoma principal y su historia, así como también los síntomas secundarios. Estos últimos pueden causar problemas en el paciente y posiblemente relacionarse con el síntoma principal. La finalidad es, pues buscar los denominadores comunes entre el brote del síntoma principal y las situaciones anteriores del paciente

Para no caer en una visión de túnel, la averiguación se realizará a través de una entrevista clínica guiada por hipótesis entrelazadas con la teoría psicoanalítica y otros marcos de referencia. Señala, además, que al considerar al paciente, es importante tomar en cuenta la teoría de los sistemas familiares, el del étnico - cultural y el del socioeconómico. La formulación dinámica y estructural del paciente se realiza a través de su historia personal y familiar. Según Bellak la mejor guía para obtenerlas es que el terapeuta intente visualizar al paciente en diferentes momentos de su vida, en especial en su infancia, en su ambiente físico actual, dentro de la subcultura particular y en relación con las personas significativas de su vida y la atmósfera prevaleciente en el hogar. Se intenta comprender la formación del carácter y estructura de la personalidad y la psicopatología en términos de conducta, de solución de problemas y de manejo de situaciones.

Los antecedentes médicos y psiquiátricos tanto de la familia como del paciente deben de considerarse e investigarse en la primera sesión, ya que estos pueden afectar la estructura de la personalidad del paciente.

Bellak señala que la formulación psicodinámica tiene que ver con la interacción de fuerzas que son responsables de la personalidad y psicopatología del paciente, por lo que la utilización de la teoría de las relaciones objetales para comprender, tanto la dinámica como la estructura de la personalidad del paciente es primordial, ya que implica la relación con las figuras de los padres y otros; su internalización, lo mismo que de las autorepresentaciones. Estas imágenes se convierten, entonces, en parte de la estructura del yo, del superyo e ideal del yo, en diferentes etapas.

Recomienda utilizar la evaluación de las doce funciones del yo, pero de manera sistemática, más formal y con más detalle para los pacientes muy perturbados (psicóticos), con la finalidad de determinar cuáles funciones están intactas y cuáles perturbadas. Esta evaluación no se recomienda en el caso de problemas neuróticos.

Otro aspecto importante por considerar en la sesión inicial es la relación terapéutica o de trabajo. Esta es una relación interpersonal especial entre terapeuta y paciente establecida con el fin de efectuar una tarea de cambio. Bellak señala que esta compuesta de tres factores:

- ❖ **La transferencia** - Se emplea para designar de una manera amplia todos los sentimientos no racionales del paciente hacia el terapeuta, tales como las esperanzas, los temores, las simpatías y las antipatías.

En la PBIU, la transferencia positiva es esencial, es decir, se considera que el paciente, durante el proceso terapéutico, percibirá al terapeuta como una persona agradable, confiable, comprensiva y condescendiente; o por lo menos, debe tener la esperanza de que el terapeuta puede ayudarlo. Este tipo de relación es un prerequisite para la motivación de aprender y reaprender en el breve lapso de tiempo disponible. En algunos casos, esto es esencial por la baja tolerancia a la frustración y lo débil de la fuerza del yo del paciente. Además, es importante que el terapeuta revise sus propios involucramientos contratransferenciales y los analice continuamente.

Considera que los factores negativos de la relación en la PBIU no deben ignorarse, ni dejarse de interpretar, sobre todo cuando interfieren con la psicoterapia.

Otra fuente es la historia clínica, a través de ella se puede intentar predecir la naturaleza de la transferencia y anticipar los problemas.

Concluye que los sueños son una fuente importante, pero no la única, que nos indica como puede ser la naturaleza de la relación transferencial

- ❖ **La alianza terapéutica** - Es la facilitación del proceso terapéutico. El terapeuta guía y controla dicho proceso a fin de que el paciente trabaje en alianza con él

Para lograrla, Bellak recomienda que, en primera instancia, el terapeuta le explique al paciente en qué consiste el proceso terapéutico - tal como lo ve en la primera y segunda sesión - Luego, por medio de uno o dos ejemplos y abreviadamente puede tratar de transmitirle al paciente que él (terapeuta) está en la capacidad de comprender la conducta como un continuo entre la infancia y la edad adulta, el pensamiento al despertar y al dormir y la conducta normal y patológica.

Otra explicación sobre el proceso terapéutico puede ser a través del relato de la adquisición de dinámicas y estructuras mediante la apercepción, las distorsiones aperceptivas y la identificación de rol (Bellak, 1995) Las láminas del T A T son los instrumentos útiles que se pueden emplear para evaluar la distorsión aperceptiva

- ❖ **El contrato terapéutico** - Consiste en explicarle al paciente que sus problemas serán tratados en cinco sesiones de cincuenta minutos de duración, una vez por semana. Un mes después de la quinta sesión se le contactará para una sesión de seguimiento para saber cómo ha evolucionado. Si no puede asistir personalmente a la cita, el seguimiento se realizará telefónicamente o por carta. Además, se le indica que, en caso de urgencia, el terapeuta estará en la disponibilidad de verlo antes del mes. Sin embargo, se debe tratar de motivarlo para que desista, manifestándole la necesidad de

que los resultados del tratamiento se solidifiquen, en lugar de buscar ayuda en la primera oportunidad que experimenta cualquier situación perturbadora. La finalidad es de limitar las ganancias secundarias de una dependencia continua y los sentimientos transferenciales

Mientras el terapeuta escucha al paciente - durante la primera sesión - a parte de las hipótesis que se formula sobre los factores de interacción genéticos, familiares, biológicos, y médicos con los factores vivenciales del paciente, debe decidir sobre el mejor plan de tratamiento. Éste puede ser individual, sesiones en conjunto, terapia familiar, utilización de psicofármacos, recursos de la comunidad, entre otros. También, debe seleccionar las áreas y métodos de intervención y su secuencia.

b) De la segunda a la Sexta Sesión.

- ❖ **Segunda sesión** - El terapeuta establecerá una relación con la primera sesión y realizará una exploración más amplia, en la cual generalmente, aparecerán datos históricos adicionales. Se debe reexaminar las bases para elegir áreas y métodos de intervención, y tratar de familiarizar al paciente con lo que se espera de él.
- ❖ **Tercera sesión** - En ésta, además de que puede ser una buena ocasión para una entrevista conjunta, si así se ha estipulado, se debe procurar que el paciente intente transelaborar lo que se ha aprendido hasta entonces. Es decir, se debe tratar de resolver el conflicto focal, dándole oportunidad al paciente para que exprese sus sentimientos e ideas sobre los problemas y las experiencias interpersonales tensas.

actuales, como la identificación de sus significados que subjetivamente se han distorsionados. A partir de esta sesión, es necesario, empezar a referirse a la terminación con la finalidad de anticipar y transelaborar la separación.

- ❖ **Cuarta sesión** - Bellak considera que el terapeuta debe dedicarse a comprender más de cerca los problemas del paciente, añadirle más "insight" o intervenir en cualquier otra forma necesaria. Nuevamente el autor enfatiza que se debe discutir con el paciente la terminación y sus reacciones. Además, a fin de mantener una continuidad entre las sesiones se le solicita al paciente que las interrelacione; el terapeuta puede agregar detalles necesarios o centrar la atención en áreas específicas.
- ❖ **Quinta sesión** - Bellak sugiere que en esta última sesión regular se le solicite al paciente que resuma sus vivencias y aprendizaje acerca del período completo de tratamiento. El terapeuta debe ayudarlo a transelaborar cualquier otro material adicional que se obtenga. Además, propone intentar finalizar la terapia con una relación positiva.
- ❖ **Sexta sesión** - Un mes después de las sesiones regulares se efectúa la sexta sesión, en la que "se intentará verificar la calidad de los logros terapéuticos", y nuevamente se tratará de dejar al paciente con una transferencia positiva y un sentimiento de que el terapeuta o un sustituto, estará disponible, en caso necesario.

Entre todas las sesiones se mantendrá una continuidad.

2.4. Proceso Terapéutico y Métodos o Técnicas de Enfrentamiento Clínico

2.4.1. Características del Proceso Terapéutico

Las principales características del proceso terapéutico en la PBIU están centradas en las responsabilidades que tiene el terapeuta.

- ❖ **Es responsable de guiar y controlar el proceso terapéutico, por lo que debe estar en la capacidad de**
 - **Acelerar, frenar y maniobrar la terapia en direcciones óptimas**
 - **Utilizar el método de atención selectiva para centrarse en aquellas áreas que se consideren apropiadas e importantes**
 - **Regular la cantidad de ansiedad que siente el paciente, ya sea incrementándola a través de la interpretación de las defensas o disminuyéndola mediante una variedad de medidas que pueden incluir, la discusión de temas neutrales o diluir la atmósfera por medio de una disminución en la intervención**
- ❖ **Facilitar la comunicación y ayudar al paciente a que contribuya con su parte en la alianza terapéutica. Es decir, familiarizarlo con el concepto de autorrelato para que sea capaz de comunicarse, ya que a través de la colaboración entre ambos se pueden formular hipótesis acerca del significado y naturaleza de los síntomas y pensamientos del paciente Bellak recomienda, solicitarle a los pacientes con poca capacidad de "insight", que relaten de manera concreta lo que hicieron en una situación en particular y preguntarles cómo se sintieron en diferentes momentos. El objetivo es**

ponerlo en contacto con lo que sucede dentro de él. Otra manera de facilitar la comunicación es a través del relato de los sueños o las láminas del T A T

- ❖ Explicar al paciente el proceso terapéutico, en forma sencilla, al finalizar la sesión inicial. Además, el terapeuta debe identificar y comprender la naturaleza de las distorsiones actuales del paciente, y relacionárselas con sus experiencias pasadas. Asimismo, explicarle cómo estas distorsiones cognitivas se han almacenado y están influyendo en las actuales. La finalidad es tratar de corregir y realizar los cambios estructurales.
- ❖ Como la psicoterapia es un proceso de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje, es responsabilidad del terapeuta facilitarlo, haciéndolo tan concreto, vívido y brillante como sea posible.
- ❖ Emplear técnicas proyectivas como vehículo de comunicación e interpretación, o para incrementar la disposición psicológica del paciente para hacerle egosintónico lo que con frecuencia es egodistónico.
- ❖ Educar e informar al paciente sobre las realidades de su trastorno y sobre los pasos básicos de la PBIU.
- ❖ Utilizar la interpretación, es decir, formular ideas de los denominadores comunes entre los patrones conductuales y afectivos del presente con la historia pasada del paciente, y con la relación terapéutica, para luego comunicar dichos denominadores en el momento oportuno (es cuestión de "timing" o el momento adecuado, en el cual el paciente estará preparado o listo para recibir la interpretación). En otras palabras, la interpretación es una emisión verbal en la que el terapeuta ofrece al paciente una forma distinta de concebir el problema o le explica las razones de sus conductas y

actitudes. Igualmente, se puede decir que la intención terapéutica de la interpretación es confrontar al paciente con algo de sí mismo que él ha guardado y que le es parcial o totalmente desconocido, o hacer consciente lo inconsciente.

- ❖ Ayudar al paciente para que incremente su "insight" o capacidad para tomar conciencia de los denominadores comunes anteriormente mencionados. Se logrará con respuestas que tengan fuertes componentes afectivos, además del proceso intelectual. Se recomienda el empleo de un lenguaje y anécdotas impregnadas de ejemplos vívidos.
- ❖ Ayudar al paciente para que transelabore su problema o conflicto focal, es decir, darle la oportunidad para que el mismo exprese sus sentimientos e ideas sobre las experiencias interpersonales tensas actuales, e identifique los significados, subjetivamente distorsionados, de estos acontecimientos. De esta manera se le ayudará a que sea capaz de utilizar el "insight", y por consiguiente, a transelaborar su problema. Lo que puede empezar como un proceso consciente de aplicar los insight, se puede volver en un proceso más automático y preconsciente que pueda dar lugar a la reestructuración.

2.4.2. Métodos o Técnicas de Enfrentamiento Clínico

Los métodos o técnicas sugeridos por Bellak para la psicoterapia breve, también son aplicables tanto en el psicoanálisis como en cualquier otra forma de psicoterapia.

- ❖ **La interpretación** - Técnica considerada como el método clásico de intervención en la psicoterapia dinámica, anteriormente definida, tal como Bellak la concibe. A continuación las recomendaciones que se deben de tomar en cuenta al interpretar
 - Evitar un solo propósito como meta.
 - Efectuar un riguroso juicio previo antes de descubrirle al paciente sus impulsos instintivos
 - Predecir el efecto de la interpretación y si se considera necesario, estructurar salvaguardias, ya que la psicoterapia debe fortalecer al mismo tiempo que descubre

Igualmente, cuando se imparte insight a través de la interpretación, se debe tomar en cuenta la capacidad y la disposición del paciente para aceptarlo y emplearlo.

- ❖ **Catarsis y catarsis mediata** - La primera se define como la expresión intensa de los sentimientos generados por el trauma, incluyendo el "desahogo" de cualquier afecto anteriormente reprimido. Por su lado, Bellak habla de la interpretación catártica, y la define como "una confrontación con precauciones óptimas que se derivan de la fuerza actual del yo del paciente, de un proceso terapéutico de fortalecimiento del yo, o de modificaciones en las interpretaciones catárticas", Bellak (1970). En la psicoterapia breve es importante que el profesional facilite la catarsis mediante la escucha empática o a través de la interpretación catártica del impulso, asegurándose que el momento y el contexto sean adecuados.

Catarsis mediata o indirecta consiste en expresar al paciente, proposiciones con carga emocional que él no se atreve a mencionar. La idea es transmitirle que si una

autoridad como el terapeuta, se puede permitir esa clase de pensamientos, por qué él no las puede concebir. La intención es

- **Atemperar el potencial descubridor de la interpretación, mediante el empleo de palabras más fuertes de las que usaría el paciente**
 - **Dar seguridad junto con el descubrimiento, para darle confianza al paciente, mediatizando el impulso perturbador**
 - **Proporcionar una salida aceptable al impulso para evitar que esté tan reprimido**
 - **Alejar al paciente del impulso, al mismo tiempo que éste se le hace más egosintónico**
 - **Prestar al paciente, la fuerza del yo del terapeuta para que combata su propio yo punitivo**
- ❖ **Prueba auxiliar de la realidad** - De acuerdo con la proporción de la perturbación del paciente, será necesario utilizar esta técnica. El terapeuta funcionará como yo auxiliar con la finalidad de clarificar las distorsiones del paciente, sometiéndolas a prueba de la realidad
- ❖ **Represión del impulso** - De manera categórica se alienta al paciente para que frene o restrinja sus impulsos o al menos trate de lograr una pausa para que él mismo se pueda reconstituir. O también, se le proporciona salidas sustitutas o sublimadas a fin de que modifique su conducta.

Algunos de los objetivos de la represión del impulso son.

- **Influir o ayudar al paciente para que se comporte de una manera determinada,**
- **Proporcionarle la información necesaria para que le sea posible adquirir, mantener o eliminar una conducta.**

La represión es normal en el funcionamiento de toda persona. Sin embargo, tanto la represión insuficiente como la excesiva, son problemáticas. Se puede hacer uso de la "inatención selectiva" para desalentar algunas formas de conducta y alentar otras.

- ❖ **Sensibilización de señales** - Consiste en concientizar al paciente sobre las conductas o actos que realiza cuando hay una constelación dinámica específica. Se trata de propiciar su receptividad para una interpretación mediante el "insight".
- ❖ **Educación** - Es familiarizar o educar al paciente con hechos o datos acerca de su estado, con el objetivo de.
 - Identificar alternativas
 - Evaluar alternativas
 - Disipar mitos
- ❖ **Intelectualización** - Estriba en explicarle al paciente que sus síntomas no son singulares, sino más bien comunes y corrientes, pero por efectos de nuestra educación, es posible verlos como fuerzas invencibles difíciles de manejar. La utilidad reside en la capacidad del terapeuta para lograr que el paciente observe su conducta de distinta forma, así iniciará una nueva actitud hacia su problema, lo que tal vez jamás se le hubiera ocurrido espontáneamente.
- ❖ **Apoyo** - Se pretende brindarle seguridad y apoyo al paciente, ya sea de manera implícita o explícita, tanto en el aspecto de la disponibilidad del terapeuta como en la aceptación y aprobación de sus emociones y expresiones de conducta.
- ❖ **Sesiones conjuntas y terapia del sistema familiar** - Cuando se ha comprendido bien la dinámica del paciente, el terapeuta puede emplear esta técnica, si considera que es beneficiosa, y que los cambios deseables se producirán mediante el enfrentamiento de

los problemas con la participación del terapeuta, del paciente y de la/las figura/s con las cuales tiene conflictos. La finalidad de la consulta conjunta es resolver un conflicto relacional o alterar positivamente una relación con alguna figura conflictiva. Después de la sesión conjunta, Bellak recomienda, ver al paciente para analizar conjuntamente lo que ocurrió durante dicha sesión.

Con respecto a la integración de la familia o amigos como coadyuvantes de la psicoterapia breve, los principios que deben regir son:

- Identificar los aspectos sanos y los conflictuales de esa relación
 - Controlar o modificar los conflictos
 - Alentar el fortalecimiento y la utilización de los aspectos sanos
- ❖ **Fármacos psicoactivos** - Bellak recomienda que en muchos casos las drogas psicotrópicas proporcionan las condiciones adecuadas para efectuar la psicoterapia, por lo que se deben de tomar en cuenta, ya que frecuentemente hay condiciones en las cuales no se puede trabajar con el paciente si éste no está medicado. Tales son los casos de pacientes extremadamente afectados por una condición neurótica, depresiva o el esquizofrénico.

Además de la farmacoterapia y la hospitalización, Bellak reconoce que las técnicas de relajación y la terapia electroconvulsiva son coadyuvantes de la psicoterapia breve.

En el tratamiento psicoterapéutico se utilizan una serie de técnicas de intervención que no han sido definidas por Bellak. No obstante, él sostiene que, de acuerdo con las características del paciente y su problema, se pueden emplear - de otras modalidades - todas aquellas técnicas necesarias que ayuden al paciente a superar su situación emocional y conductual.

2.5. Factores Específicos de la Psicoterapia de la Depresión en Sujetos con Enfermedades Graves

En el modelo de las enfermedades graves, Bellak puntualiza que los rasgos dinámicos aplicables a estos pacientes son

- Daño al narcisismo secundario
- Depresión
- Negación
- Cambios en la imagen del cuerpo y en la autoimagen
- Aumento de la pasividad y la dependencia que va acompañada del incremento de las exigencias orales y la ira que proviene de los desengaños y la frustración
- El papel de las ganancias secundarias

Advierte que los procedimientos terapéuticos de las enfermedades graves van dirigidos a aislar los aspectos irracionales de las respuestas a una situación real que se reconoce que es difícil, y a los problemas de transferencia que, particularmente, son fuertes y se presentan en aquellos pacientes que debido a su enfermedad están casi inválidos psicológicamente. Además, enfatiza que el terapeuta debe asumir una actitud realista ante la incapacidad del paciente o la gravedad de la enfermedad. Por lo que las intervenciones se deben dirigir hacia el descubrimiento de las ideas erróneas de los preceptos que el paciente tiene sobre su autoimagen. Recomienda utilizar la historia del paciente y las pruebas proyectivas (T.A.T y Figura Humana) como ayuda para determinar la estructura de la idea inconsciente, preconsciente y consciente que el paciente tiene sobre su enfermedad, a fin de ayudarlo a reparar para que así pueda

mejorar la imagen de su cuerpo Igualmente para identificar y manejar tanto el significado preciso que la enfermedad tiene para el mismo, como para el "insight" que logra terapéuticamente

Otro aspecto que se debe tratar es la tendencia o idea del paciente de que sucumbirá al proceso de la muerte A fin de que "el continuar existiendo sea tolerable, aceptable y hasta deseable", la intervención se debe dirigirse hacia el mejoramiento de sus "relaciones de objeto" y al incremento de la negación en ciertas zonas o aspectos de sí mismo, sin que ello implique negar la gravedad de la enfermedad Además, Bellak y Small (1970) subrayan la necesidad de explotar ciertas actitudes narcisistas del paciente para lograr el objetivo antes expuesto

El tratamiento de la mejoría de las relaciones de objeto se debe intentar a través de la eliminación o mitigación de los factores de conflicto existentes entre paciente y cónyuge u otro significativo, resaltando los rasgos positivos de esa relación Es decir, se debe ayudar a restituir o reforzar los lazos entre el paciente y sus padres, sus hermanos, sus hijos u otros parientes, así como presentar la inmortalidad biológica inherente en los supervivientes Cuando hay el peligro de que el paciente intente suicidarse, se recomienda ejecutar estos pasos con prioridad.

El incremento de una negación útil se puede lograr ayudando al paciente para que se identifique con sujetos prominentes que sobrevivieron a un episodio grave de la misma enfermedad o que han superado la misma incapacidad que éste padece ahora.

Dado que la investigación va dirigida al tratamiento de los síntomas depresivos y de ansiedad en pacientes con una enfermedad crónica y fatal como es la infección del VIH,

además de los factores antes mencionados, se han contemplado los postulados y las variables requeridas para el tratamiento de la depresión

Respecto a la depresión, Bellak y otros autores, afirman que es un trastorno que a pesar de que abarca diferentes etiologías y se encuentra en un rango continuo, desde ligeras depresiones reactivas hasta aquellas endógenas graves, tienen en su mayoría los mismos factores psicodinámicos. Por lo tanto, la intervención psicoterapéutica sistemática se puede formular de manera bastante general.

Añade además, que de acuerdo con las circunstancias, en algunos casos la PBIU puede ser más efectiva que los fármacos antidepresivos; o lo más recomendable puede ser la combinación de ambos. Igualmente, enfatiza que la Psicoterapia de Urgencia de las Depresiones puede involucrar exclusivamente una relación terapeuta - paciente, o una terapia conjunta familiar.

Formula diez variables necesarias en la psicoterapia de la depresión. Señalando que el énfasis debe darse en el manejo de las primeras nueve variables, ya que la última es estructural y se trata en las terapias de reestructuración a largo plazo. Pero, es importante contemplarlas adecuadamente a todas, porque, solamente así los resultados terapéuticos se tornan más rápidos en la mayoría de los pacientes.

Además, Bellak admite que en cada depresión uno de estos factores representa un papel importante. De allí la exigencia de analizar cuál es la variable o factor que dispara la depresión actual, tomarla en cuenta, y localizar sus grados en el paciente, buscando los denominadores comunes entre la situación precipitante y las circunstancias históricas.

A continuación presentamos los factores, antes mencionados y a través de qué aspectos se tratan o manejan cada uno.

❖ **Problemas con la regulación de la autoestima**

- La revisión de los antecedentes de la autoestima o a la falta de ella (introyecciones, traumas, defectos o nivel de aspiración)
- La indagación sobre los ataques recientes a la autoestima.
- La relación de los denominadores comunes entre la historia pasada y los eventos precipitantes actuales con el propósito de interpretar, ayudar al paciente a hacer "insight" y a translaborar su problema. Además, se deben discutir los problemas estructurales de la autoestima.
- El cuidado para tratar al paciente con dignidad
- La identificación de las áreas de la vida del paciente, acordes con una autoestima alta y las razones de ello
- El manejo de la agresión en contra sí mismo, que se experimenta como parte de sí mismo, en contra de la otra. Explorando las partes que constituyen las introyecciones del superyo e interpretándolas; contrastando su origen histórico con la realidad actual y modificándolas a través de la actitud del terapeuta
- El análisis detallado de la naturaleza de los ideales del yo, el nivel de aspiración y la firmeza de las defensas en un intento por reducir la diferencia entre las expectativas irrealizables y la realidad
- La interpretación de la transferencia que pueda aparecer especialmente adecuada para este problema.

Bellak enfatiza que la técnica del fortalecimiento del yo mediante el incremento de la autoestima juega un papel importante en la psicoterapia de casi todos los pacientes. Agrega que para muchas personas, la necesidad de ayuda

psicoterapéutica es una ofensa a su autoestima, un estigma, ya que al sentirse deficientes, aumenta la sensación de poca valía, fracaso y rechazo. Se recomienda que a estos pacientes se les mencionen las características positivas de su vida. Es posible que, además, padezcan sentimientos de despojo oral, proyección y regresión. Por lo tanto es recomendable que el terapeuta reconozca los logros del paciente, manifestándole la capacidad que tiene para tolerar muchas dificultades y la disposición para mejorar su situación. Asimismo se le debe hacer sentir que se comprende su caso, y que gracias a ello se le podrá ayudar.

❖ **Super yo severo**

- La comprensión de los componentes autoagresivos que hacen necesario que se desvíe la agresión en contra del sí mismo. La intervención debe de incluir un examen de la formación del superyo, sus componentes, expresiones y situación actual, descubriendo los denominadores comunes que existen entre el pasado y el presente, utilizando la interpretación, "insight" y translaboración.
- El empleo de la catarsis mediata, tal como se describió anteriormente en los métodos o las técnicas de enfrentamiento clínico.
- La estimulación de la catarsis, alentando al paciente para que hable sobre sus sentimientos y señalarle la negación de los mismos.
- Analizar cualquier proyección dentro de la situación transferencial.

❖ **Intra - agresión**

- El análisis de los antecedentes personales y los eventos precipitantes actuales para entender quién pudo haber sido, históricamente, el objeto primario de agresión y quién lo es en la actualidad. Hay que relacionar los objetos internalizados (contra

quien fue y es dirigida la agresión por desilusiones y decepciones previas) con los objetos actuales de relación

- La enseñanza al paciente para que tome conciencia que los objetos contemporáneos, que causaron su trama actual (amoroso o figura paterna), se han distorsionado en forma aperceptiva por sus experiencias pasadas con el objeto antiguo
 - La enseñanza al paciente para que interiorice conscientemente que la agresión también se puede dirigir contra las autorrepresentaciones, es decir, una parte de sí mismo dirige la crítica hacia otra parte del sí mismo
 - El conocimiento sobre la regulación de la autoestima representa un papel importante en la depresión. Es claro que las diferencias entre el ideal del yo ser grande, ser fuerte, ser limpio, y el sentido del sí mismo con respecto a estas metas, también son de gran significado en la intra-agresión
- ❖ **Sentimiento de pérdida (de amor, de un objeto amoroso, de parte de uno mismo, de las posesiones, de la autoestima)**
- El examen de los antecedentes personales, particularmente, en relación con pérdidas tempranas. Es decir, sacar a relucir sucesos precipitantes actuales relacionados con una pérdida, y ayudarlo a obtener "insight" a través de translaborar lo actual en relación con los traumas pasados
 - El análisis de la naturaleza general de las relaciones objetales. Las demandas excesivas pasivo - dependientes facilitan un sentimiento de desilusión
 - La atención a la necesidad de amor, específicamente en la situación transferencial
- ❖ **Sentimientos de desilusión**

- El empleo de los conceptos de Jacobson sobre la desilusión, los cuales analizan los antecedentes relacionados con el sentimiento de desilusión causados por objetos de amor. La desilusión puede originarse de manera inocente por pérdida debido a muerte, arribo de un pariente (nacimiento de un hermano) o una forma más crónica por la falta de interés materno.
- El análisis de los eventos precipitantes que dispararon la depresión, para buscar evidencias de desilusión y, luego establecer los denominadores comunes entre las primeras experiencias de desilusión y los sentimientos actuales de la misma naturaleza. El propósito es interpretar, hacer "insight" y translaborar la desilusión. Asimismo, la relación transferencial se debe observar, especialmente, desde este punto de vista.
- El manejo del enojo en contra de los objetos amorosos que causaron la desilusión.

Los sentimientos de engaño.

- La investigación de los antecedentes personales para indagar los primeros episodios de engaño o decepción. De acuerdo con Bellak, estos episodios son partes habituales del desarrollo de los niños "porque estaban demasiado pequeños para saber o entender la diferencia" entre realidad y lo percibido por ellos. En otras palabras, debido a su inmadurez cognitiva, los niños pueden mal interpretar un evento y sentirse engañados y desilusionados por personas de su confianza. Estos eventos son cruciales, ya que llegados a adultos, la precipitante inmediata de la depresión puede ser por alguna situación en donde son engañados o desilusionados por personas de su confianza.

➤ La translaboración o trabajo de los rasgos paranoides. Personas que tienen el sentimiento de que se les ha engañado, con frecuencia presentan rasgos más o menos paranoides y, en muchas ocasiones, tienen más dificultad para establecer relaciones objetales duraderas. Por tanto, la relación transferencial probablemente también será frágil.

❖ **Oralidad y hambre de estímulo**

➤ El análisis de los antecedentes personales del paciente para evidenciar tanto la necesidad de suministros orales u otros estímulos como la reacción depresiva cuando no son accesibles. Además, se encontrarán fácilmente los denominadores comunes dentro de la relación transferencial, las cuales se interpretarán para el conocimiento del paciente.

➤ La adopción de un concepto amplio de las necesidades orales. Bellak recalca que prefiere utilizar el término "hambre de estímulo", ya que esto permite incluir al tratamiento, además de, las necesidades orales clásicas: las de amor en general, así como las de estimulación, sonido, luz y contacto humano que se manifiestan en las situaciones hipomaniacas y las depresiones latentes. Según el autor, debido a que la depresión es fenomenológica y etiológicamente un fenómeno orgánico de muchos subtipos, existe la probabilidad de que cierto substrato bioquímico - posiblemente de transmisión genética - se encuentre en una interacción de dos sentidos con los factores de la experiencia. Tanto los factores biológicos como experienciales parecen relacionarse con problemas en la regulación de las entradas y salidas de un amplio espectro de estímulos. La hipoactividad, tanto en forma neurológica como subjetiva, puede conducir al hambre de estímulo y,

paradójicamente, en apariencia, pero con claros elementos defensivos, tiene por consecuencia la sobreactividad y excesiva necesidad de estímulos del hipomaniaco y el maniaco. Los estados cíclicos constituyen entonces las diferentes formas de manejo de déficit fisiológico y psicológico

- El abordaje de la "necesidad de devorar, el deseo de ser devorado y el deseo de dormir", o la triada oral de Bertram Lewin

❖ Narcisismo

- El examen de los intentos del paciente por regular la entrada de estímulos de toda clase. Bellak compara a una persona depresiva con un animal poiquilotermo, y a los no depresivos con un homotermo. Afirmando que quienes tienen un cálido objeto amoroso internalizado (las no depresivas u homotermas) pueden ser muy independientes de los suministros externos y no deprimirse en forma significativa aún después de experiencias bastante deprimentes. Puesto que, igual a la temperatura del cuerpo del homotermo, la temperatura de su autoestima se encuentra bien equilibrada. no depende de los estímulos externos. En cambio, las personas que no fueron tan afortunadas, se parecen más a un poiquilotermo (llamados popularmente, en forma incorrecta, animales de sangre fría, ya que sí se exponen a una temperatura externa baja, su temperatura corporal descende). De igual manera, si el depresivo tiene experiencias emocionales frías, su autoestima baja de manera catastrófica y su necesidad de nutrientes narcisistas externos se incrementa notablemente. La personalidad depresiva se deprime fácilmente cuando no hay suficiente suministro de estímulos, como por ejemplo, de autoestima, el sentimiento de ser especialmente amado, y otros. En su intento por

regular el hambre de estímulos, el paciente depresivo, con frecuencia, tiene que establecer un balance entre la sobrestimulación y la subestimulación; entre reaccionar exageradamente y estar tenso o ser hipoactivo y depresivo

- La atención especial a la educación y a la planeación de la vida del paciente. Éste tiene que aprender a reconocer las señales de desilusión y disminución, y protegerse contra la decepción después de experiencias muy gratificantes. Sería un grave error, para este tipo de persona, ingresar en una carrera como la del espectáculo, donde la vida de la persona depende de cambios súbitos en los nutrimentos narcisistas
- La atención a la necesidad excesiva de ser amado y de tener otras gratificaciones narcisistas dadas por la falta de salud en la forma de buenas introyecciones. El sentimiento de vacío resultante a menudo se percibe como proveniente del exterior; éste se encuentra relacionado con la necesidad de entrada de estímulos, sentimientos de baja autoestima, relaciones objetales pobres y con tomar al yo como un objeto de amor propio
- La consideración de que tanto el hambre de estímulo, como el impedimento con respecto al narcisismo, se pueden relacionar probablemente con una perturbación bioquímica

La Negación

- El análisis de los antecedentes personales, buscando sucesos previos de negación, y si fueron seguidos por depresiones o exaltación subsecuente.
- El establecimiento de la continuidad, y cuando existe discontinuidad, demostrar el afecto negado. Según Bellak esto por sí mismo, con frecuencia, revertirá

rápidamente una depresión. Añade que los pacientes depresivos a menudo niegan el evento traumático. llámese desilusión, engaño o evento encolerizante. Inclusive, se sospecha que lo anterior sucede en el caso de muchas depresiones que los psiquiatras no dinámicos, consideran endógenas, simplemente, porque el paciente negó el evento precipitante y éste no se puede ver en la historia personal como la obtiene aquél que no tiene información dinámica. Aclara, además que en las depresiones claramente reactivas, sólo se niega la relación con el objeto internalizado, no el evento precipitante.

➤ El uso de catarsis mediata o directa, tal como se describe con anterioridad Bellak sugiere limitar su empleo. Indica que es muy útil después de la interpretación catártica del afecto, y de eventos negados o cuando el paciente se está recuperando de la depresión. Es importante ayudar al paciente a expresar su ira hacia la persona que precipitó su depresión actual, así como en contra de los introyectos relacionados.

❖ **Perturbaciones en las relaciones objetales**

➤ El análisis de los antecedentes personales para conocer la naturaleza de las relaciones objetales. Bellak señala que en los depresivos esas relaciones con frecuencia son de "una naturaleza anaclítica, con un apego oral". Es decir, el objeto elegido es porque provoca asociación con referencia a otro objeto primitivo del pasado, comúnmente puede ser el progenitor del sexo opuesto o a veces el del mismo sexo, u otras personas del contorno infantil, en el cual hay una dependencia casi total del infante. Además, recomienda que desde la luz de estas perturbaciones se tienen que contemplar la necesidad de suministros narcisistas y

de oralidad (dependencia) La privación, es otro aspecto que debe ser analizado en estos pacientes, en especial la mezcla de sobreindulgencia y privación. Igualmente, es necesario analizar las expectativas parentales, ya que el autor puntualiza que padres críticos frecuentemente son los causantes de un excesivo nivel de aspiración y por ende de una autoestima baja. Asimismo, otra precipitante de la depresión puede ser la necesidad de complacer a otros junto con las casi inherentes condiciones para fracasar. Por último, el autor puntualiza que las relaciones simbióticas con las dificultades concomitantes en los límites del yo, aparecen en pacientes gravemente deprimidos

- La explicación constante de la relación transferencial, ya que desde el inicio, se debe prevenir al paciente de la facilidad para interrumpir el tratamiento debido a las desilusiones. Asimismo, desde la primera sesión en adelante, conviene ayudar al paciente a anticipar y transelaborar la separación, desilusión e ira que pueden sobrevenir y amenazar el resultado terapéutico
- La finalización de la psicoterapia breve y de urgencia con una transferencia positiva es primordial. Aun, cuando es poco probable que se afecten los problemas estructurales pertenecientes a las relaciones objetales para producir un cambio permanente - en la psicoterapia breve y de urgencia - se puede y deben manejar los problemas dinámicos para lograr un buen resultado terapéutico rápido
- La atención a la unidad diádica y a las consideraciones teóricas de los sistemas. La persona deprimida alterna a menudo su estado de ánimo, de normal a depresivo como parte de una interacción con otra persona significativa. Es importante,

entonces, incluir en el tratamiento al otro significativo, lo que a veces, aunque no necesariamente, puede excluir la relación terapéutica del rango de la terapia breve

En otros casos de depresión, el paciente identificado es parte de un sistema más complicado, a veces familiar o relacionado con el trabajo porque tienen interacciones parecidas

CAPITULO III. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

1. METODOLOGIA

1.1. Antecedentes

La persona con VIH+ o SIDA es un paciente con una infección crónica y mortal que puede verse enfrentado a problemas físicos o biológicos, así como a múltiples complicaciones psicológicas, relacionadas, tanto con el impacto emocional que produce una enfermedad hasta el momento incurable y los efectos psicosociales que ella conlleva, como con los síntomas psíquicos derivados del compromiso del sistema nervioso central, producto de la enfermedad o la medicación

En la bibliografía revisada, la depresión y la ansiedad son las alteraciones psiquiátricas mayormente asociadas a la infección, ya que estos pacientes se enfrentan a múltiples pérdidas de la vida a una edad cuando todavía no se lo esperaba, de la imagen de sí mismo provocado por las infecciones oportunistas, de la pareja o formación de la familia, de la sexualidad, de las expectativas laborales o intelectuales, entre otras

La vivencia de pérdida de aquello que el paciente considera el aspecto más valioso o significativo de su vida y la sensación de no poder recobrar o reemplazarlo, son algunos de los factores psicodinámicos de la depresión que pueden generar reacciones de dolor, angustia, ira, negación, tristeza, entre otros. Estas se pueden presentar, no solamente, ante la revelación del diagnóstico, sino en cualquier etapa de la infección. En consecuencia, al estudiar el estado emocional de estos pacientes, se tendrá que revisar el tránsito por una condición afectiva y humana especial que tiene que ver con el proceso de duelo

Para comprender mejor la naturaleza y dinámica profunda de este proceso - aplicado al paciente con VIH+ o SIDA - se ha revisado el enfoque desarrollado por los teóricos psicoanalíticos, con especial atención a los trabajos de S. Freud, J Bowlby, L Bellak, L Grinberg entre otros, ya que sostienen que la depresión es una reacción normal ante pérdidas sufridas y de acuerdo con la estructura, tanto psicológica como constitucional del sujeto, éste duelo puede ser normal o patológico

La mayoría de los autores enfatizan que, la depresión, a pesar de que abarca diferentes etiologías, se encuentra en un rango continuo que va desde ligeras depresiones reactivas hasta aquellas endógenas graves, pero que tienen, en su mayoría, los mismos factores psicodinámicos; por lo tanto, la intervención psicoterapéutica sistemática se puede formular de manera bastante general. Por consiguiente la intervención psicoterapéutica, de éste estudio, ha sido enfocada de acuerdo a los anteriores postulados, y siguiendo los lineamientos de la Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia de la Depresión, fundamentada ésta en la teoría psicoanalítica, y cuyos principios y métodos fueron desarrollados por L. Bellak (1995).

1.2. Planteamiento del Problema

La depresión habitualmente se refiere a un conjunto de afectos dolorosos, ideas y conductas concomitantes con las que el individuo responde a experiencias de pérdida o a fracaso de ciertas aspiraciones.

En los trabajos de los investigadores psicoanalíticos sobre el tema se sugiere que los individuos propensos a la depresión arrastran una perturbación en su desarrollo debido a sus vínculos conflictivos con sus objetos primarios de relación, los cuales pueden haber sido vivenciados como pérdidas que los predisponen a responder con un trastorno depresivo ante las actuales. En consecuencia la pregunta es.

¿Qué tipo de experiencias de la niñez del paciente con VIH o SIDA lo predisponen a responder con un trastorno depresivo, ante las actuales pérdidas sufridas a consecuencia de su infección?

Freud, enfatiza que en el hombre, un nivel de trabajo del narcisismo es inseparable de la autoestima, sobre un sentido básico de autogenerancia, por lo que las pérdidas de amor y los fracasos, dejan detrás de sí una herida permanente a la autoestima bajo la forma de cicatriz narcisista. En consecuencia, se podría decir que la infección mencionada, puede ser considerada como una herida narcisista, que se expresa en la disminución de la autoestima del yo, en la reactivación del miedo a lo desconocido, al dolor, a la muerte, y a los sentimientos de culpa.

Se intentará, pues, describir cómo el portador del VIH o SIDA vivencia esta herida narcisista y cómo influye en la calidad de su vida.

Con respecto a la ansiedad o miedo a la muerte, la cual es una variable que se tratará de investigar, E. Becker en su libro La Negación de la Muerte, sostiene que la habilidad para negar la muerte sin sentirse demasiado molesto por las propias "mentiras", es la esencia de la normalidad, ya que éste es un mecanismo de defensa que el ego usa para evitar la ansiedad que provocan los estímulos internos o externos sobre nuestra existencia. Puntualizando que en tiempos normales las personas se mueven, realmente,

sin nunca pensar en su propia muerte, como si se creyera en la propia inmortalidad corporal

¿Pero qué pasa cuando la persona ha adquirido una infección mortal, tal como el VIH o SIDA? ¿Se reactiva, esta ansiedad o temor a la muerte? ¿Cuál es el impacto de este temor en la vida del paciente?

Al responder a las preguntas antes mencionadas, y junto con los antecedentes que se obtendrán de la historia clínica de cada individuo, se estará en la capacidad de realizar una formulación psicodinámica y, en conjunto con el paciente, establecer las metas terapéuticas de la intervención.

Para la intervención se ha elegido el modelo de psicoterapia breve de L. Bellak (1995), por lo que se tomarán en cuenta los factores de la PBIU de la depresión y se adaptará a la demanda del infectado depresivo

Seligman (1995) y Worden (1997) sostienen que la efectividad de un tratamiento psicoterapéutico puede ser evaluada por la satisfacción del cliente en cuanto al mejoramiento de su estado emocional, es decir, su experiencia subjetiva en cuanto al alivio de síntomas que podría reportar. De allí que la pregunta es la siguiente

¿Se sentirán satisfechas y reportarán mejoría las personas que reciban tratamiento psicoterapéutico breve?

1.3. Justificación.

El VIH+ o SIDA sigue constituyendo uno de los problemas más graves de salud, en el ámbito mundial y nacional que requiere de un abordaje psicoterapéutico en sus distintas etapas. desde que el individuo reacciona con ansiedad y temor ante la sola amenaza de padecerla, como cuando se sabe infectado y tiene que hacerle frente a tal situación De la misma manera en etapas más avanzadas, en el momento de afrontar la enfermedad y colaborar con las distintas terapias O cuando debe convivir con la certeza de que la muerte es más o menos inminente

La experiencia obtenida en el campo ha permitido observar que la atención recibida por estos paciente, generalmente es de tipo médico, de orientación o de asesoramiento y de autoayuda, sin prestarle la adecuada atención al impacto emocional que la misma conlleva. De allí que al plantearse la presente investigación, se ha decidido brindar tratamiento psicoterapéutico breve a infectados que presentan sintomatología depresiva, con la finalidad de incentivar en ellos la batalla en favor de una mejor calidad de vida A través de las mejores condiciones psicológicas

En Panamá, al igual que en Latinoamérica, son escasas las investigaciones acerca del tratamiento psicoterapéutico para el impacto emocional que sufren los individuos con VIH+ o SIDA Solamente existen datos sobre estas reacciones y recomendaciones para su tratamiento Esta investigación pretende, en alguna medida, constituirse en una sencilla alternativa ante la situación existente Con ella se pretende describir las vivencias del paciente, sus reacciones emocionales y enfocarla psicodinámicamente, para luego

efectuar una intervención psicoterapéutica breve, describir dicho proceso y evaluar su efectividad, a través de la satisfacción de los sujetos tratados

1.4. Hipótesis de Trabajo.

- Los pacientes presentan malestares subjetivos, tales como tristeza, miedo, desesperanza, ideas de culpa y otros, que los conduce a estados de depresión y de ansiedad
- Existen experiencias de pérdidas sufridas en el desarrollo del paciente que lo predisponen a responder con un trastorno depresivo ante las pérdidas actuales que sufre como consecuencia de su infección
- Los pacientes que participen de la PBIU reportarán satisfacción y mejoría en sus malestares subjetivos o síntomas depresivos

1.5. Objetivos

Generales

- Describir y comprender el estado afectivo y mental de la persona infectada con VIH o SIDA
- Proporcionar tratamiento psicoterapéutico breve, intensivo y de urgencia a pacientes depresivos

Específicos

- **Determinar el nivel de depresión y ansiedad ante la posible muerte de las personas con VIH o SIDA.**
- **Evaluar clínicamente cada caso, desde el punto de vista psicodinámico y psicogenético**
- **Relacionar la historia presente y pasada de cómo el sujeto a experimentado sus pérdidas**
- **Describir el proceso de intervención psicológica que se le brindará a los individuos infectados**
- **Evaluar la efectividad de la intervención a través de los cambios - conductuales y alivio de síntomas - que el paciente reporta, y su satisfacción en los logros terapéuticos**

1.6. Estrategia de Investigación:

De acuerdo con Taylor, S J y Bogdan, R (1992) el diseño de investigación es de tipo cualitativo, ya que el objetivo es obtener una comprensión cualitativa de la dinámica del paciente y de los mecanismos de acción del proceso terapéutico

Poch, J y Ávila Espada, A sostienen que el "proceso" terapéutico, se ha convertido en el foco de interés de las actuales investigaciones, ya que a través de él se intenta esclarecer relaciones de proximidad entre tres variables las intervenciones del terapeuta, los procesos del paciente y los resultados Éstas se han centrado en pequeñas unidades

mediante un vínculo proceso - resultado en un período de tiempo mínimo, que disminuye la probabilidad de otras influencias en la relación (Poch, J y Ávila Espada, A., 1998)

Otra clasificación del diseño de investigación es el propuesto por Sampieri et al (1996), quienes señalan que en su primera etapa es descriptivo, tipo no experimental transversal, en la que se observaran, describirán, analizarán y se relacionarán la incidencia de pérdidas presentes y pasadas, no solamente para determinar el tipo de cuadro depresivo que presenta el individuo, sino que también para realizar la formulación psicodinámica. La segunda etapa es preexperimental tipo Estudio de Caso de Intervención /Terapéutico, en el cual se introducirá la intervención psicoterapéutica individual a personas con actitudes positivas que enfrentan problemas de depresión y ansiedad (Kratowill, et al 1989 En Bellack y Hersen, 1989)

En cuanto a los métodos de estudios de casos, Kratochwill, Mott, y Dodson acentúan que, éstos son utilizados para "evaluar la efectividad del tratamiento", donde el contexto, generalmente, se caracteriza por la " falta de controles experimentales" Sin embargo, enfatizan que para establecer inferencias más válidas, el investigador debe planificar y manipular la "extracción de los datos" e intervención, directamente, ya que sólo así podrá determinar hasta que punto la intervención es la responsable del efecto. Igualmente, declaran que el investigador puede obtener un mayor grado de inferencia del efecto del tratamiento, cuando realiza replicas clínicas en diferentes casos. Así, se estipula que a mayor número de casos que "demuestran los efectos satisfactorios del tratamiento, menos probabilidad de que ciertos elementos extraños sean los responsables del cambio" (Kratowill, et al 1989 En Bellack y Hersen, 1989) En esta investigación, se realizaron cuatro réplicas clínicas, independientes una de otra, en las que el individuo fue su

propio control, en vista de que cada sujeto reportó su satisfacción o insatisfacción en cuanto al alcance de las metas terapéuticas establecidas al inicio de la intervención

En los estudios de casos, también se toman en cuenta el tamaño y el impacto del efecto Clínicamente un "efecto muy importante", tiene que ver con la reducción del síntoma o conducta más perturbadora, acompañado de una "evaluación positiva sobre los efectos del tratamiento", dada por el paciente. Igualmente, un impacto inmediato, generalmente, permite la extracción de inferencias válidas (Kratochwill et al, 1989)

Otro aspecto importante es la heterogeneidad de los sujetos, en cuanto a edad, sexo, raza, entre otros, ya que entre más diversidad de los clientes, las inferencias son más consistentes y "reducen algunas amenazas a la validez interna del tratamiento".

La estandarización y la integridad del tratamiento, se suman a los factores de los estudios de caso Bellak (1995) ha estandarizado y ha establecido un protocolo para llevar a cabo la intervención psicoterapéutica de manera consistente, lo cual facilita la repetición del tratamiento en diferentes casos. Igualmente, este protocolo sirve para el control de la integridad o precisión del tratamiento, por lo que continuamente se revisaron las guías sugeridas por Bellak en su Manual de la PBIU (1995).

1.7. Variables

Variable Independiente Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia.

Variables Dependientes Depresión

Pérdida

Ansiedad o angustia ante la posibilidad de muerte

1.7.1. Definiciones Conceptuales

- **PBIU (Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia) - Intervención** psicoterapéutica de orientación psicoanalítica, que además de utilizar la terapia de insight, puede incluir el enfoque cognoscitivo, la teoría de los sistemas y la terapia conductual. Se enfoca en los rasgos cruciales del trastorno que se presenta, con la finalidad de que el paciente desaprenda y reaprenda de un modo más eficaz posible lo que ha aprendido de manera deficiente.
- **Depresión -** Según Grinberg, L (1994) la depresión está estrechamente ligada con el concepto de duelo, y forma parte del proceso psicopatológico que le ocurre a la persona como consecuencia de la pérdida de un objeto valorado o amado. Para el individuo que sufre esa pérdida implica que se enfrentará simultáneamente con la amenaza de las funciones yoicas y partes del "self" (sí mismo) depositadas en dicho objeto. Además, añade que la depresión está constituida por una serie de manifestaciones dolorosas complejas desencadenadas por el significado que la experiencia de pérdida puede tener para cada persona.
- **Pérdida -** "Privación de lo que se poseía. Daño o Menoscabo que se recibe en una cosa"¹ Para Grinberg L. (1994) toda pérdida, real o fantaseada, puede acarrear el sentimiento de que el deseo de recuperación es irrealizable, manifestándose un

¹ Nuevo Diccionario Ilustrado Sopena de la Lengua Española. 1974, pp 772'

sentimiento depresivo, el cual da lugar al fracaso del amor hacia sí mismo, o amor narcisista acompañado de sentimientos de carencias, desamparo, baja autoestima, entre otros, configurando así una "herida narcisista" Cuando eso ocurre, el desarrollo del amor hacia el objeto amado resulta perturbado, por lo que en lugar de amor surge hostilidad y culpa no solamente frente a dicho objeto, sino también frente al propio yo En consecuencia, se establece un círculo vicioso en el que ambas corrientes de odio y culpabilidad hacia el objeto y hacia el "self" respectivamente, se retroalimentan mutuamente dando lugar, a veces, a situaciones sin salida

- **Ansiedad ante la muerte** - La ansiedad es un estado emocional displacentero, frecuentemente se acompaña de síntomas fisiológicos tales como, respiración entrecortada, taquicardia, sudación, náuseas o malestar abdominal, temor de morir o de volverse loco, entre otros La intensidad de la ansiedad tiene muchos grados que van desde inquietudes menores hasta temblores notables, e incluso la angustia completa, que es la forma más extrema de ansiedad.

Neimeyer, R (1997) cita a Kelly para definir la ansiedad como "el reconocimiento de que los acontecimientos a los que uno se enfrenta están fuera de la gama de conveniencia del sistema de constructos del sujeto" y añade que la muerte se puede considerar como un elemento o acontecimiento al que es difícil darle sentido, por lo que la dificultad para concebir la propia muerte debería ir acompañada de una mayor ansiedad Sin embargo, señala que es natural invocar defensas como protección contra la inaceptabilidad de la muerte personal, por lo que los niveles altos de ansiedad ante la muerte (consciente) se pueden interpretar como un fracaso en los mecanismos protectores, principalmente en el mecanismo de negación.

1.7.2. Definiciones Operacionales

- **PBIU (Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia - Tratamiento psicoterapéutico de cinco sesiones, una vez por semana, de cincuenta minutos cada una. Además, una sexta sesión de seguimiento, un mes después de terminadas las regulares**
- **Depresión - Trastorno del estado de ánimo Se manifiesta por apatía, tristeza, decaimiento moral y físico con sensaciones de impotencia y desesperanza, entre otros, el cual se diagnosticará al infectado a través de la evaluación clínica de acuerdo a los criterios del DSM-IV y la Escala de Depresión de Zung**
- **Pérdidas - Reales o imaginarias que el paciente vivencia, tales como, la posible o real perdida de la vida (muerte de amigos o personas cercanas o la propia muerte), de la salud (primeras infecciones), de relaciones interpersonales, del futuro, de la autoimagen, de la sexualidad, de los hijos y económicas, entre otras; las cuales serán reportadas por el infectado al preguntársele**
- **Ansiedad ante la muerte - Estado emocional displacentero que asociaremos a la depresión del paciente, la cual se tratará de detectar a través de la evaluación clínica, y la Escala Revisada de Collet - Lester de Miedo a la Muerte y al Proceso de Morir**

1.8. Población y Muestra

- **Población Objetivo - Personas de la población panameña infectadas por el VIH o SIDA**

- **Muestra** - El tipo de muestreo es de "autoselección dentro de la muestra" (Kerlinger, F 1994), debido a que la asignación del tratamiento no ha sido al azar, ya que los sujetos fueron seleccionados porque eran cero positivos, presentaban sintomatología depresiva, solicitaron tratamiento psicoterapéutico y estuvieron dispuestos a participar en la investigación.

Criterios de Inclusión

- Ser portador del VIH o SIDA.
- Edad promedio de 18 a 49 años
- Anuentes a participar y a cumplir con las condiciones que el tratamiento exigía.

Criterios de Exclusión

- Faltar a dos (2) citas seguidas, en cualquier etapa de la intervención
- Padecer algún tipo de trastorno neuropsicológico o neurológico, ya sea por consecuencia o no del SIDA.
- Sin diagnóstico de retardo mental

1.9. Instrumentos de Medición

- **Entrevista Psicológica (Cuestionario Guía)**
- **Cuestionario Post-tratamiento**
- **Escala Revisada de Collett-Lester de Miedo a la Muerte y al Proceso de Morr**
- **Escala de la Depresión de Zung**

El Cuestionario Guía Pretratamiento y el Cuestionario Postratamiento fueron contruidos con la finalidad de constituir un marco de referencia único, sobre las preguntas referidas a cada paciente en la entrevista clínica. El cuestionario Postratamiento se construyó basándonos en el artículo de Martin Seligman sobre la Efectividad de la Psicoterapia (The Effectiveness of Psychotherapy The Consumer Report Study, 1995), el objetivo era medir la efectividad de la psicoterapia fundamentada en la experiencia subjetiva del sujeto, es decir su satisfacción.

Con respecto la Escala Revisada Collett-Lester de Miedo a la Muerte y al Proceso de Morir y la de Depresión de Zung, fueron utilizadas solamente con el objetivo de contar con una medida cuantitativa de autoevaluación y corroborar nuestras impresiones clínicas

Sobre la fiabilidad y validez de la primera escala, Neimeyer, R. (1997), en su libro Métodos de Evaluación de la Ansiedad Ante la Muerte, presenta la versión original y la revisada de dicha escala y afirma que, a pesar de que ellas han permanecido inéditas, se han usado en muchas investigaciones, comprobándose su fiabilidad, validez y utilidad razonable; de allí la publicación de los datos que la sustentan.

La escala de Depresión de Zung, fue diseñada por el psiquiatra Willian Zung, como respuesta a la necesidad de evaluar la depresión clínica, ya fuera como un afecto, un síntoma, o un trastorno, de una forma sencilla y específica. Se ha demostrado que la escala discrimina entre pacientes psiquiátricos deprimidos y no deprimidos, y sujetos normales No está afectada por los factores demográficos - edad, sexo, estado civil, situación económica y nivel cultural - (Zung, W 1967 En Neimeyer, 1997).

Por su validez, fiabilidad y facilidad de aplicación, se ha utilizado en varias investigaciones clínicas sobre depresión y suicidio y ha servido como instrumento de evaluación y tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, tanto en nuestro país como en el exterior

1.10. Métodos o Técnicas de Intervención

En la presente investigación se ha utilizado la entrevista clínica como método de observación participante de interacción en la relación interpersonal del paciente y el terapeuta, de análisis y evaluación de las normas y características de los sujetos, y de intervención en el proceso terapéutico. La meta es cambiar el rasgo o síntoma más perturbador de la depresión o ansiedad

Los métodos o técnicas de intervención verbal utilizados en esta investigación son los recomendados por Bellak para su modelo de Psicoterapia Breve. Fueron definidas en el capítulo anterior, por lo que solamente se señalarán.

- Interpretación
- Catarsis y Catarsis Mediata
- Prueba auxiliar de la realidad
- Sensibilización a las señales
- Educación
- Intelectualización
- Apoyo

- **Sesiones conjuntas y terapia del sistema familiar**
- **Fármacos psicoactivos**
- **Otras técnicas de intervención**

Bellak presenta diez factores específicos por tratar en la psicoterapia de la depresión, las cuales fueron expuestas en el capítulo anterior:

- **Problemas con la regulación de autoestima**
- **Superyó severo**
- **(Intra) agresión**
- **Pérdida**
- **Desilusión**
- **Engaño**
- **Hambre de estímulo (oralidad)**
- **Dependencia de nutrimentos narcisistas externos**
- **Negación**
- **Perturbaciones en las relaciones objetales: la unidad diádica y las condiciones teóricas de los sistemas.**

1.12. Evaluación de los Resultados

La primera etapa del estudio describirá y analizará los datos obtenidos, utilizando el marco conceptual de los investigadores psicodinámicos.

En cuanto a la intervención, para evaluar los resultados se han seguido los postulados de Worden, W (1997) y Kratochwill et al (1989) El primero, indica que normalmente hay tres tipos de cambios que ayudan a evaluar los resultados de un tratamiento psicoterapéutico

- **La experiencia subjetiva** - Las personas que completan su tratamiento manifiestan que subjetivamente se sienten diferentes. Hablan de un aumento de sentimientos de autoestima y de reducción de la culpa y otros
- **La conducta** - Muchos pacientes experimentan cambios conductuales observables nuevamente vuelven a socializar, forman nuevas relaciones, cuidan de sí mismo y otros.
- **Alivio de síntomas** - Cuando se ha completado el tratamiento la mayoría reporta la reducción del síntoma o síntomas que evidenciaron al inicio

Kratochwill, Mott y Dodson sugieren el "criterio de validación social", mediante el método de "evaluación subjetiva" para evaluar los cambios clínicos o terapéuticos significativos Al respecto, los autores sostienen que las medidas subjetivas son particularmente relevantes en los estudios de replicación clínica de casos, donde lo que interesa es "la efectividad clínica del tratamiento" (Kratochwill, et al, 1989 En Bellack, y Hersen, 1989) Asimismo, destacan que el criterio de validación social tiene que ver con la generalización y con el mantenimiento de los cambios; por tal razón para evaluar dichos aspectos se procedió a realizar un análisis integrativo de los cambios reportados a través del proceso terapéutico En la misma forma, un mes después de concluido el tratamiento, en la cita de seguimiento, se trató de determinar si los cambios mencionados se mantenían Además se construyó un cuestionario guía postratamiento (ver anexo # 4)

para evaluar el grado de satisfacción y los cambios reportados en las áreas propuestas por Worden.

1.12. Organización de los Datos

Los datos obtenidos de cada paciente se han organizado como historias clínicas seguido de una descripción del proceso terapéutico

Finalmente, se presenta el análisis e integración de lo reportado por los pacientes, así como los resultados de la evaluación del tratamiento

Con respecto a la organización de la historia clínica, se adaptaron los postulados de S Hurt (1996)

- **Problema actual o "queja principal"** - Es una declaración breve, con las propias palabras del paciente, sobre las razones por las cuales ha solicitado evaluación y tratamiento en el presente.
- **Información general** - Incluye datos sociodemográficos, tales como edad, sexo, raza, estado marital, nivel de educación, nivel de vida del paciente y religión.
- **Historia de la enfermedad actual** - Esta compuesta de una descripción detallada de la presencia, severidad y duración de las principales quejas sintomáticas, los factores precipitantes y curso de la enfermedad, como los esfuerzos realizados para aliviar o tratar dicha enfermedad

- **Historia de las enfermedades psiquiátricas** - Contiene una descripción corta de los problemas psicológicos anteriores, similitud y diferencias con el episodio presente, la naturaleza y eficacia de tratamientos anteriores
- **Anamnesis somática** - Se describen las enfermedades físicas y quejas somáticas, su naturaleza, tratamientos, cirugías u hospitalizaciones recibidas
- **Historia personal** - Se enfoca en una breve historia del desarrollo del paciente Incluye la historia educativa y ocupacional, logros anteriores y nivel usual de desempeño Información relevante sobre el funcionamiento a largo plazo de la personalidad, y los comportamientos característicos del paciente
- **Historia familiar** - Se describen las dificultades psicológicas de los familiares del paciente en primer y segundo grado de consanguinidad, así como la forma y eficacia de cualquier tratamiento, e incluye reseñas de los familiares con los cuales mantiene una relación regular.
- **Examen del estado mental** - Es una breve descripción de la apariencia del paciente, afecto, estado de ánimo, habla, percepción y pensamiento
- **Formulación psicodinámica** - Incluye la conceptualización del caso, basado en la teoría psicodinámica, en la cual se brinda una opinión sobre el desarrollo de las dificultades del paciente, y cómo se relaciona la situación pasada de la vida del paciente, con la actual
- **Diagnóstico** - Involucra clasificar las dificultades del paciente utilizando una clasificación estandarizada. En la presente investigación se han utilizado los cinco ejes de diagnóstico multiaxial del DSM - IV (Manual de diagnóstico y

estadístico de los trastornos mentales, Asociación Psiquiátrica Americana, 1995)

- **Recomendaciones para el tratamiento** - Proveen un plan tentativo y recomendaciones para el tratamiento a corto plazo.

1.13. Recursos Financieros, Humanos y Físicos

- **Recursos Financieros** - Para realizar la investigación, se emplearon recursos económicos propios. El costo del proyecto es aproximadamente de B/ 2,000.00, sin contabilizar las horas trabajo de la revisión bibliográfica y elaboración del informe o tesis de investigación.
- **Recursos Humanos** - Se ha contado con el apoyo de la Asesora de Tesis, un psiquiatra de APACSIDA (Asociación Panameña Contra el SIDA) y una psicóloga, responsable de la investigación. Además, se contrató una profesora de Español para la revisión de la redacción y ortografía, y una mecanógrafa para el levantamiento del texto.
- **Recursos Físicos** - El estudio se realizó en las instalaciones del Centro de Salud de Nuevo Veranillo y en la Clínica PSIESA (Psicólogos Especializados Asociados).

2. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Procedimiento

Para la selección de la muestra se contactó, en primera instancia, a personal médico del Hospital Santo Tomás que trata a pacientes infectados con VIH o SIDA. Debido a lo infructuoso que resultó la referencia de dichos pacientes se conversó con la Gerenta y la Psicóloga del Centro de Salud de Nuevo Veranillo, donde existe un grupo de apoyo para pacientes con VIH+ o SIDA y para sus familiares, con el médico Psiquiatra - presidente de la Asociación Panameña Contra el SIDA (actualmente cerrada) - y con el médico epidemiólogo de la Policlínica Manuel María Valdés.

Al personal entrevistado se le explicó el objetivo del proyecto de investigación. Igualmente, fueron informados tanto los pacientes con VIH+ o SIDA como familiares pertenecientes al grupo de apoyo del Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Asimismo, al personal de apoyo: Sacerdote, Trabajadora Social y Orientadoras de Caritas, se les comunicó sobre la viabilidad de trabajar, en conjunto, con la psicóloga, los problemas emocionales que estaban enfrentando. Sin embargo, la mayoría del grupo no reunió los criterios de inclusión. De una cantidad de quince (15) sujetos que asisten regularmente, solamente siete (7) se acercaron en diferentes fechas para ser evaluados. Tres (3) asistieron a sus citas programadas, los otros cuatro (4) no lo hicieron, uno porque enfermó y fue hospitalizado, los otros tres (3) simplemente, manifestaron que se les

"olvidaba llegar". Se les reprogramó la cita en dos ocasiones más, pero no acudieron, por las mismas razones

De los tres (3) evaluados, una paciente con antecedentes delictivos y de drogadicción, no cumplió con los criterios de inclusión, ya que ni en la entrevista clínica, ni en la escala de Zung, aparecieron rasgos que mostrarán índices anormales de depresión y ansiedad

Con respecto a los dos (2) faltantes, ambos presentaron índices de depresión y ansiedad anormales. Sin embargo, solamente uno cumplió con los criterios de inclusión, ya que uno de ellos solamente acudió a dos citas debido a que enfermó y murió. Un paciente, llegó a la consulta, referido por otra (ambos hermanos) que estaba siendo tratada por problemas de ansiedad y depresión, pero sin la infección

Los médicos y las colegas psicólogas refinieron un total de (9) pacientes, de los cuales tres (3) fueron evaluados, y presentaron señales de depresión y ansiedad patológicos. De éstos, dos cumplieron con los criterios de inclusión; ya que uno, sólo asistió a la primera cita y no acudió más, los seis restantes solamente nos contactaron vía teléfono, pero no asistieron a sus citas programadas

Todos los pacientes tratados provienen de la región de San Miguelito y el trabajo de campo se realizó del mes de marzo a noviembre de 1999

La duración de la primera sesión generalmente fue entre una hora y cuarto a una hora y media. De la segunda a sexta sesión, si se trató de mantener los cincuenta minutos sugeridos por Bellak. Las escalas de Depresión y Ansiedad sobre la muerte y al proceso de morir, se aplicaron antes de iniciar la segunda sesión.

Para la recolección de la información del proceso terapéutico en cada sesión se tomaron notas, las cuales eran transcritas con más detalles, al finalizar cada entrevista terapéutica.

2.2. Factores de la Relación Terapéutica

2.2.1. La Transferencia

La transferencia con cada uno de los pacientes fue positiva. Al final de la primera sesión o durante el transcurso de las siguientes sesiones; con sus palabras los pacientes, básicamente, expresaron que se había encontrado una persona que los escuchaba y no los juzgaba, que la terapeuta "era un ángel o una persona que Dios les había puesto en el camino"

2.2.2. Alianza Terapéutica

De manera general, para establecer la alianza terapéutica, a cada uno de los pacientes se les explicó que sus problemas, se trabajarían conjuntamente, por lo que su tarea era hablar acerca de sus experiencias emocionales o de su mundo interno de sensaciones, percepciones y pensamientos que experimentaron durante su niñez, adolescencia y, actualmente a fin de que el paciente se conozca así mismo. La misión de la terapeuta sería guiarlo para que conjuntamente relacionáramos el manejo de estas sensaciones en sus

diferentes períodos. También le correspondería comprenderlo, orientarlo y educarlo para que aprendiera a manejar sus ansiedades y sus emociones, las cuales están influyendo en su conducta

A cada uno se les destacó los rasgos positivos observados durante la primera sesión. También, se les manifestó que se consideraba positivo el que hubiesen buscado ayuda profesional para enfrentar su situación actual

2.2.3. Contrato Terapéutico

Básicamente, antes de finalizar la primera sesión, a los pacientes se les esclareció en qué consistía la ayuda. Luego se acordó realizar reuniones por un período de cinco (5) semanas seguidas. Asimismo, se les manifestó que se consideraba que en ese período, cada uno de ellos, lograría sentirse mejor si se trabajaba conjuntamente sus problemas emocionales y conductuales más urgentes. Igualmente se les hizo la observación que después de haber pasado un mes de terminado el período de las cinco semanas, se les quería ver o escuchar para saber cómo se sentían y evaluar los resultados de la psicoterapia. Además, se les informó que antes de iniciar la próxima sesión (segunda), realizarían unas pruebas psicológicas, que medían depresión y ansiedad ante la muerte. La finalidad de éstas pruebas era la de obtener una medida objetiva de lo que estaban sintiendo

El tratamiento se ofreció gratuitamente, porque el estatus de todos es socioeconómicamente bajo. Se les aseguró que su nombre real, su dirección como las de

sus familiares se mantendrían en completa confidencialidad. Igualmente, se les solicitó que asistieran a sus citas programadas, y que cualquier inconveniente para asistir, lo comunicaran con anterioridad, vía teléfono. Además, se les enfatizó que si no asistían a dos citas seguidas se les excluiría de la investigación, más no de la ayuda psicoterapéutica.

Con tres pacientes se acordó realizar el tratamiento en la clínica de los Psicólogos Especializados Asociados, con el faltante en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, donde la psicóloga del centro, facilitó su consultorio.

2.3. Presentación de las Historias Clínicas y su Proceso Terapéutico

2.3.1. Historia Clínica. Caso # 1

Problema actual o queja principal

"Mi hermana me dijo que usted está ayudando a las personas que tienen SIDA, estoy aquí porque no me siento bien y quisiera que me ayudara, aunque sea para desahogarme"

Información general

Fecha de la primera entrevista 5 de marzo de 1999

Nombre	Pablo
Edad	26 años

Sexo	Masculino
Fecha de nacimiento	2 de marzo de 1973
Escolaridad	Secundaria incompleta (2° año)
Estado civil	Soltero
Dirección	San Miguelito
Ocupación	Pintor y trabajos en general
Nivel socioeconómico	Bajo
Religión	Católica
Raza	Mestizo

Historia de la enfermedad actual

Pablo reporta que durante los tres (3) últimos meses ha estado enfrentando los siguientes problemas.

- Tiene muchos problemas económicos, debido a que tuvo que renunciar a su trabajo, a finales de diciembre del año pasado, porque su salud estaba muy comprometida y su médico le recomendó que lo dejara. A partir de esa fecha se ha sentido cada día peor.
- No puede dormir debido a la preocupación, por no tener nada y tener que aguantar "las groserías" de su papá, tal como de gritarle constantemente que "quite sus cosas de donde están las de los otros", y cuando está tomado o mas enojado decirle que "se largue, porque no está aportando nada para la casa".
- No le da hambre por tanta preocupación y cuando come siente "un nudo en la garganta" que no le permite tragarse la comida, por lo que prácticamente se la pasa casi todo el día sin comer, y como consecuencia, ha bajado de peso.

- Siempre le han dado muchos dolores de cabeza, pero desde que le dijeron que tenía SIDA le han aumentado, por lo que siente mucho miedo, ya que piensa que la infección le "está atacando el cerebro"
- Últimamente no sale ni siquiera a buscar trabajo, ya que no le dan deseos de salir y además porque no tiene plata para pagar el autobús.
- Se siente muy triste y sin ánimos de nada, se la pasa encerrado en la casa sin hablar con nadie

Historia de las enfermedades psicológicas previas

Según Pablo, durante su infancia y adolescencia nunca fue tratado por ninguna enfermedad psiquiátrica o psicológica. No obstante, considera que en su niñez y adolescencia no fue feliz, ya que fue una persona solitaria, tímida y un mal estudiante

Cuando le informaron que estaba infectado por el SIDA se deprimió mucho, pensó en quitarse la vida pero le faltó valor. Lo que hizo fue, empezar a tomar bebidas alcohólicas casi todos los días para "olvidarse de todo". Prácticamente, disminuyó el consumo de bebidas, en diciembre del año pasado, porque empezó a resfriarse demasiado. Actualmente, toma esporádicamente, cuando lo invitan.

Señala que asiste, irregularmente, a un grupo de autoayuda, que es manejado por la Iglesia Católica y la psicóloga del Centro de Salud de su comunidad.

Anamnesis somáticas

Pablo Manifiesta que en diciembre del 1997 fue a donar sangre y le "salió positiva la prueba del SIDA". En marzo de 1998 le realizaron nuevamente los exámenes y en abril de ese mismo año le diagnosticaron SIDA.

Afirma que, últimamente se ha estado enfermando mucho. Antes de renunciar a su trabajo en diciembre, pasó mucho tiempo resfriado debido a que trabajaba en una fábrica de hielo. En el mes de enero, después de haber renunciado a su trabajo, pasó con una diarrea casi todo el mes; posteriormente en febrero, estuvo con una infección en la boca, "una especie de sapito", por las cuales recibió tratamiento médico, pero no ha sido hospitalizado en ninguna ocasión por enfermedades relacionadas con el SIDA.

Anterior a esta enfermedad no reporta ninguna afección seria o crónica por la cual fuera tratado. Solamente estuvo hospitalizado en abril de 1997 porque lo asaltaron y lo hirieron con arma punzo cortante; estuvo inconsciente porque perdió mucha sangre, manifestando que "gracias a Dios no le perforaron ningún órgano".

Pablo padece desde pequeño de Estrabismo, que nunca fue atendido. Le han mencionado que requiere una operación, sin embargo nunca ha buscado la ayuda médica.

Historia personal

Pablo es el hijo número trece de diecisiete hermanos. Vive con su padre, quien está jubilado, su hermana menor y un sobrino. Su madre es ama de casa y está separada de su padre.

De su niñez no recuerda casi nada, "creo que fue más triste que feliz". No sabe por qué, pero esa es la impresión que tiene. En la escuela no fue muy bueno, siempre le iba mal, fracasó primer y tercer grado. Su adolescencia la considera de igual forma, se salió de la escuela en II año de secundaria porque le iba mal y quería trabajar para mantenerse solo.

Aproximadamente, cuando tenía dieciséis (16) años su mamá se separó de su papá. Esto le causó mucha tristeza, porque ella se fue a vivir lejos, pero cree que fue lo mejor que ella pudo hacer

De su desarrollo psicosexual los datos más significativos que nos reporta son. nunca recibió orientación sexual Cuando tenía como 7 u 8 años unos "pelaos" mayores intentaron abusar de él, recuerda que ellos se masturbaban y le "echaban el semen encima" A él lo tenían agarrado, pero en la lucha logró soltarse y salir corriendo. Este hecho jamás lo había contado porque le provoca mucha vergüenza

A los 15 años se inició sexualmente con una señora casi 20 años mayor que él, con ella mantuvo una relación estable por casi 4 años. Posteriormente, inició otra relación con otra señora mayor que le llevaba 18 años La primera de éstas ya murió, le dijeron que fue de un derrame cerebral, pero él sospecha que fue ella quien lo contagió del SIDA. Con ambas relaciones terminó porque sus familiares (madre y hermanos/as) y amigos le decían que no le convenía y por ello dejó de visitarlas

Tenía 5 meses de relacionarse con una joven 4 años menor que él, cuando se enteró que tenía SIDA La dejó sin decirle nada, simplemente no la visitó más Cree que no la contagió porque ella acaba de tener un "bebe" y no le han dicho nada de que ella esté enferma. Incluso, él ha preguntado por ella a la madre de la joven y le ha dicho que está bien

Piensa que nunca se ha enamorado de sus parejas, ha mantenido la relación porque ellas han sido muy buenas con él. Cuando dejó de visitarlas se sintió triste, pero manifiesta que no podía hacer nada. Actualmente, no tiene ninguna pareja porque tiene miedo de relacionarse con una mujer y contagiarla. Incluso, ni siquiera se masturba,

porque no le dan deseos y se siente mal. Además, reconoce que su preferencia por las mujeres adultas se debe a que ellas van más lento en las relaciones y son más atentas, en cambio las jóvenes "van a lo que van", a buscar "solamente una relación sexual"

Siente, que no tiene ningún apoyo de su familia, ya que su papá "es un tipo egoísta que no le gusta compartir", sus hermanos cada cual tiene su vida y piensa que, a pesar de que todos ellos saben que él está infectado, actúan como si desconocieran su situación. La única que más o menos se preocupa por él es su mamá, pero poco la ve, ya que vive en el interior y él no puede ir hasta allá porque no tiene "plata" para el pasaje. La ve cuando ella viene a verlos.

La relación con sus hermanos es bastante distante. Los mayores cada cual tiene su vida y casi nunca han compartido; a los menores poco los visita porque siente que algunos de ellos lo rechazan. Más que todo no le gusta ir donde una hermana que era con la que mejor se llevaba, porque si le pide un vaso con agua, busca uno "desechable" y lo bota enseguida, además no permite que sus sobrinos se le acerquen.

Siente mucha rabia, tanto hacia su papá como hacia su mamá, y muchas veces no quiere saber nada de ellos, sobre todo, de su papá, "por lo malo que es". De su mamá, aunque es más apegado a ella, siempre recuerda que ella "cogía la rabia" con ellos, los regañaba, pegaba mucho y todo el tiempo estaba enojada.

Afirma que ninguno de los dos (padre y madre) ha sido cariñoso con él, durante su niñez, adolescencia y en la actualidad; y considera que las relaciones, más que todo con su padre ha sido distante, ya que este "es muy malo, egoísta y peleón". En cuanto a su madre, la relación ha sido mejor. A pesar de que tiene pocos recursos, siempre trata de ayudarlo y apoyarlo, especialmente ahora que está sin trabajo.

Asiste a un grupo de autoayuda para pacientes con HIV+ o SIDA y sus familiares, pero no lo hace regularmente porque no le gusta mucho el tratamiento que les dan, ya que en él hay parejas de homosexuales, drogadictos y antisociales (ladrones y rateros), y a todos los tratan por igual. Aún así, piensa que el asistir al grupo le ha ayudado a conocer un poco acerca de la enfermedad y saber que hay otras personas en peores condiciones que la de él, esto influyó para que abandonara la idea de quitarse la vida. Además, informa que a través de la Iglesia les dan una bolsa de comida semanalmente, la cual le ayuda mucho, especialmente ahora que no está trabajando.

Manifiesta que sus miedos más importantes son los relacionados con actos violentos, ya que cuando ha estado presente en peleas de otras personas, experimenta náuseas, mareos y "siento que el corazón se me va a salir"

Historia familiar

La familia nuclear de Pablo estaba compuesta de sus padres y 17 hijos. Actualmente, su mamá y papá están separados, tienen aproximadamente 10 años, debido a que su madre abandonó el hogar. Su padre es jubilado de técnico en radiología médica y su madre es ama de casa.

Según Pablo su padre es de carácter violento. Sospecha que todos ellos (los hijos) son producto de violaciones que su papá cometía contra su mamá. Esto lo piensa porque además de lo que su mamá le ha contado, él recuerda a su papá "desnudo correteando" a su mamá y todos ellos llorando agachados, escondidos en un cuarto.

De la historia de su mamá sabe que ella fue regalada a un tío, quien la crió y según su mamá, fue un señor dominante que le pegaba mucho y era muy estricto; cuenta, ella, que no se podía ir acostar hasta no dejar todo muy limpio. Con respecto a la historia de su

papá, desconoce detalles, ya que este nunca cuenta nada y él casi nunca pasaba en la casa, ni ha compartido con ellos

Sus hermanas se han comprometido bien jóvenes, la única que no tiene hijos es su hermana menor de 18 años, todas las otras han tenido hijos desde edad temprana (15 o 16 años)

Informa que su mamá fue atendida en psicología durante muchos años, ya que estaba afectada por la violencia de su papá. Según, ella esperó que todos sus hijos estuvieran grandes para separarse de su papá.

De lo que él recuerda, las peleas entre sus padres siempre han sido porque su papá ha sido muy exigente y llegaba "tomado" a la casa, que era cuando correteaba a su mamá para tener relaciones sexuales

Su hermana menor, actualmente está siendo atendida por una psicóloga, desconoce el motivo. Ella fue la que le propuso contactar a la psicóloga para que él recibiera tratamiento.

Los hermanos mayores prácticamente se llevan un año, los menores un poco más. Desconoce la edad de sus hermanos mayores. Las relaciones son, "más o menos, ni buenas ni malas, un poco distantes", con ningún hermano o hermana se ha apegado, poco se frecuentan, especialmente con los mayores.

Desconoce si sus familiares padecen de enfermedades psiquiátricas. Lo único que sabe de ellos es que la mayoría tiene muchos problemas en sus hogares, pero no sabe si están recibiendo algún tipo de ayuda psiquiátrica.

Examen del estado mental

- Se mostró cooperador, comunicativo y atento, pero se notaba algo tenso y durante el recuento de su historia personal y familiar parecía que estaba afectado, ya que aunque no lloró, sus ojos y su expresión mímica, mostraban que hacía esfuerzos para no hacerlo. Además durante la entrevista, el contacto visual fue casi nulo.
- Aspecto General del Sujeto. normal en lo que concierne al aspecto físico, vestido y cuidado de la persona.
- Actividad motora: con una leve inquietud observada por el constante movimiento en las manos.
- Expresión del rostro. ligera tristeza, la mostró, aunque no lloró, al abordar los temas que le afectan.
- Mímica acentuada; crispada tensa.
- Valoración cuantitativa del discurso: normal.
- Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio. acentuada, hizo esfuerzos por no llorar.
- Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio: acentuada, Pablo en varias ocasiones mencionó que al estar hablando de "sus cosas" sentía un nudo en la garganta y se sentía un poco nervioso.
- Orientación. no se presentan trastornos de la orientación espacio temporal.
- Organización estructural de la comunicación es coherente, lógico y formal.
- Transformación patológica de la realidad. mantiene el contacto con la realidad y no hay deformaciones en dicho contacto, ya que no se presentan alucinaciones, delirios.
- Obsesiones y fobias no se observaron.
- Sentimientos de despersonalización no se observaron.

- **Problemáticas personales significativas:** Problemas económicos, de salud física y mental
- **Orientación del estado de ánimo:** ligera tristeza, ya que según el paciente no le encuentra salida a sus problemas económicos y eso es lo que más le preocupa y lo pone triste
- **Memoria normal**
- **Atención normal**
- **Conciencia de la enfermedad. Presente.**

Pruebas psicológicas aplicadas

Escala de Depresión de Zung - El índice de depresión es de 58, la cual se interpreta como una depresión de mínima a leve

Escala Revisada de Collett-Lester de miedo a la muerte y al proceso de morir - El índice en general es bastante alto, de una puntuación máxima de 160, Pablo obtuvo 115. Al analizar las subescalas, el índice de miedo a la propia muerte es el más bajo, ya que obtuvo un puntaje de 19 de una máxima de 40. Sin embargo al propio proceso de morir y al proceso de morir de otros presentan el índice más alto 34 y 36 respectivamente. Por lo que se puede interpretar que existe un alto grado de ansiedad con respecto al tema. Sobre las mismas subescalas, se observó que en 6 de los 8 ítems de la primera sub escala obtuvo el puntaje máximo de 5, resultando pues, que le preocupa la degeneración física e intelectual, el dolor que podría sufrir en su propio proceso de muerte, también le angustia mucho la posibilidad de morir en un hospital lejos de la familia y amigos, así como presenciar el dolor de otros mientras está muriendo.

De igual manera, le causa ansiedad el proceso de morir de otros en los siguientes aspectos tener que estar con alguien que se está muriendo, que la persona quiera hablar con él de la muerte, ver sufrir a la persona en cuestión por el dolor; ser el que tenga que decirle a esa persona que se está muriendo; así como ver la degeneración física y mental de esa persona

Con respecto a la subescala sobre la muerte de los otros, obtuvo un puntaje de 26, lo que sobrepasa la media, se puede interpretar que la muerte de otros le provoca un poco de ansiedad. Dentro de esta subescala los puntajes más altos los obtuvo en los siguientes ítems perder a alguien cercano a él, arrepentirse de no haber sido más agradable con la persona cuando estaba viva y el sentirse envidioso de que la persona en cuestión esté muerta. De acuerdo con su propia muerte lo que más le preocupa es morir joven y la posibilidad de sentir dolor o castigo después de la muerte.

Formulación Psicodinámica

Como se observa, Pablo ha tenido una serie de pérdidas durante su vida, incluso él no se considera un hijo deseado, producto del amor entre su madre y padre; sino, de una violación, por lo que hasta el momento de su concepción ha jugado un papel importante - primero en la madre y después transmitido al feto - los sentimientos de impotencia e inseguridad. Él ha tenido una vida llena de frustraciones, creció en un ambiente familiar de mucha agresividad, impulsividad e inestabilidad, donde la negligencia, crueldad y abuso sexual por parte de su padre hacia su madre, fueron parte de su diario vivir, y aunado a lo anterior está la incapacidad de ambos padres para brindarle los cuidados cariñosos y sensibles que él necesitaba en su primera infancia.

Su desarrollo se ha visto limitado, ya que repitió varios grados en la primaria y abandonó la escuela secundaria para poder cuidar de sí mismo en una edad relativamente temprana. Es posible que ambos padres estimularon inconscientemente un sentido prematuro de independencia en Pablo.

Asimismo, es probable que, debido a que no recibió los cuidados cariñosos y sensibles por parte de su madre, Pablo tiende a establecer vínculos afectivos angustiosos con mujeres mayores que él. Es posible que inconscientemente esté buscando los cuidados cariñosos de una madre que por la historia de abuso que tiene la suya, y el gran número de hijos que debía atender, fue incapaz de brindarle dichos cuidados. Además, aun cuando manifiesta que no se ha enamorado de ninguna de ellas, se refleja en estas relaciones un anhelo inconsciente de recibir amor y apoyo.

Sentimientos de rabia, es lo que Pablo experimenta hacia sus padres, ya que a pesar de haber crecido con ellos, es como si no los hubiera tenido; es decir, son pérdidas vivenciadas. Igualmente, es posible que el despertar de estos sentimientos, le provoquen culpa y angustia a un nivel inconsciente.

Unido a todo esto, se contagia de SIDA, por lo que vuelve a revivir sus heridas narcisistas, de abandono, y rechazo. Posteriormente, por falta de una adecuada orientación, renuncia a su trabajo debido a las consecuencias de la infección, lo cual representa para él mismo otra pérdida más que le causa frustración, depresión y angustia. También es posible que Pablo esté viviendo el fenómeno de la desesperanza aprendida, ya que desde muy pequeño aprendió a no recibir, ni esperar nada, con el contagio del VIH, no sólo pone en peligro su yo mismo, sino también su identidad corporal y social.

que lo lleva a reaccionar de manera tal, que siente que no puede superar la actual situación.

Diagnóstico

Eje I F32 0 Depresivo Mayor, Leve [296.30]. Con síntomas melancólicos

Eje II Ninguno

Eje III SIDA, Estravismo

Eje IV Problemas relativos al grupo primario

Eje V EEGAR -21-40

EEASL-70

Recomendaciones para el tratamiento

La psicoterapia para Pablo debe estar orientada a tratar sus problemas de autoestima, intraagresión y los sentimientos de pérdida, desilusión, decepción y las perturbaciones de sus relaciones objetales que le causan rabia, ansiedad o angustia y culpa con la finalidad de aumentar la tolerancia del yo a la frustración

a) Revisión y Planeación del Proceso Psicoterapéutico

Dado que Pablo se siente agobiado por lo que está sintiendo; manifiesta que esta buscando ayuda aunque sea para desahogarse Durante la primera sesión le hicimos saber que el consultorio sería su espacio donde podía expresar todo lo que pensaba y sentía. Le explicamos que considerábamos que había fuertes motivos para que él se sintiera desilusionado, decepcionado, y triste, ya que había perdido su seguridad económica,

trabajo y salud y que él estaba reaccionando de la igual manera que lo hizo ante las pérdidas que había sufrido en su infancia y adolescencia, tales como el sentimiento de no haber recibido el amor y la seguridad de sus padres, la falta de oportunidades para un buen desarrollo, el hecho de saber que no es un hijo deseado y finalmente, cuando su madre abandonó el hogar, debido a razones muy poderosas como es el maltrato recibido por parte de su esposo

Igualmente, le explicamos que desde su infancia él se ha sentido inseguro y abandonado, por lo que siente mucho miedo. Le citamos ejemplos de hechos que nos relató, tales como cuando su papá "correteaba" a su mamá, le pegaba y abusaba de ella, y ellos (los hijos) se escondían en un cuarto asustados. Por la inhabilidad de su madre para manejar sus frustraciones con respecto al abuso, probablemente él se sintió muy inseguro, ya que, tal como él lo manifiesta su madre "cogía las rabias con ellos y les pegaba por todo"

Le señalamos que su principal problema estaba relacionado con las decepciones, desilusiones, inseguridad, abandono y rechazo que siente, por lo que trabajaríamos sobre ellos, y que estaríamos con él, aún cuando dudara que no sería así, y esto le provocara más angustia

Le aseguramos que él tenía una gran fortaleza, ya que a pesar de una vida muy difícil, él continuaba luchando, y prueba de ello era que él estaba con la terapeuta tratando de resolver sus problemas. Le recordamos, que se había responsabilizado de su vida desde muy pequeño sin casi nada de orientación y había salido adelante, y tal como nos lo dijo, no se había "convertido en un ladrón o drogadicto". Le enfatizamos sobre la importancia de tomar nuevamente el control de su vida, ya que observábamos que se

estaba haciendo mucho daño al dejar de comer y estar bebiendo licor, puesto que poco a poco se estaba suicidando, reflejando así su falta de amor hacia sí mismo o el poco valor que se estaba dando, es decir, su autoestima la tenía muy baja.

Consideramos que el énfasis tendría que ser dirigido al cuidado del cuerpo, por lo que dentro de las recomendaciones que le dimos antes de terminar la primera sesión, fue que empezara nuevamente a responsabilizarse de su cuerpo, tratando de alimentarse, aunque fuera dos o tres bocados de comida cada dos horas, si sentía mucho enojo y angustia, que respirara profundamente unas diez veces antes de comer (en la sesión se practicó la técnica de relajación con respiración) Que tratara de no continuar bebiendo licor aun cuando lo invitaran, ya que si bien era cierto que ésta era una manera de compensar o no sentir toda su soledad, angustia y tristeza, no lo estaba ayudando, sino que por el contrario, lo empeorarían. Además, estas bebidas, también provocaban que se le bajaran sus defensas inmunológicas, por lo que era probable que últimamente se estuviera enfermando más, no por el SIDA que también baja las defensas, sino por su ingesta de licor y por no comer.

Se le educó sobre la importancia de los buenos hábitos para dormir, recomendándole que tratara de acostarse a una hora determinada (11.00 p m), independientemente que estuviera viendo televisión, esa sería su hora de irse a dormir. Si se despertaba durante la madrugada que continuara acostado, que no se levantara, ni encendiera la luz, aun cuando se le haya quitado el sueño. También se le recomendó levantarse temprano por la mañana (7 00 a.m. ahora que no estaba trabajando), inclusive, si todavía tiene sueño, y durante el transcurso del día no debe dormir, hasta que no llegue su hora estipulada. Igualmente, se le orientó para que tratara de organizar su día en actividades recreativas,

"hobbies" y para buscar trabajo, ya que este último no llegará a su casa, sino sale a buscarlo

b) Descripción de la Segunda a la Sexta Sesión

Antes de iniciar la segunda sesión, Pablo completó las escalas de Depresión de Zung y la de Collett -Lester de miedo a la muerte y al proceso de morir. Además, en esta sesión continuamos explorando más sobre datos relevantes de su historia, los cuales ya fueron plasmados. Asimismo, observamos un cambio en Pablo, ahora era un joven que caminaba un poquito más erguido, y que empezaba a mantener contacto visual.

Luego de saludarlo, lo cuestionamos acerca de cómo le había ido y que había hecho desde la última vez que nos vimos. Nos manifestó que se sentía un poco mejor; que había pensado mucho en lo que habíamos hablado la sesión anterior y que trató de hacer todo lo recomendado con respecto a su alimentación e higiene del dormir. Sin embargo, señaló que sólo había tenido éxito para alimentarse, puesto que ya estaba comiendo mejor; no así con el insomnio, debido a que continuaba despertándose, aunque un poco menos. A lo que le respondimos que demoraba crear un hábito, que se diera un poco más de tiempo y continuara practicando nuestras recomendaciones; si continuaba con ese problema, buscaríamos otra solución a través de psiquiatría, ya que este último le podría recetar algún fármaco.

Al preguntarle sobre sueños que pudo haber tenido en el transcurso de la semana, nos dijo que no recordaba que hubiera soñado nada. Sin embargo, sin preguntarle, nos

dijo que tenía dos sueños repetitivos, que se iniciaron desde su niñez y él siempre ha querido saber qué significan. En uno "sueña que lo están persiguiendo y está flotando en el aire pero que nunca lo alcanzan". Quién lo persigue, no sabe. En el otro se ve "viviendo en un cementerio, sentado en una tumba y cuando voltea a ver, se da cuenta que él mismo está cuidando su propio cuerpo que está en esa tumba". La interpretación que le dimos fue la siguiente, que es probable que sus sueños estén reflejando sus temores e impotencia con respecto a la vida, ya que nunca se ha sentido seguro en las relaciones que ha tenido, no sólo con sus progenitores, sino con las demás personas (hermanos, compañeras y amigos); por lo que siente que no tiene una base segura en la cual él pudiera estar firmemente apoyado. Incluso, le señalamos que ahora, él se estaba sintiendo así, puesto que nos había dicho que siente que nadie lo apoya. Además, al verse así mismo cuidando su cuerpo que yace en una tumba, nos confirma que en sus sueños está repitiendo lo que ha estado haciendo con su vida, cuidar de su cuerpo que todo el tiempo ha considerado que está sin vida, por lo que inconscientemente lo agrede dejando de comer, porque un cuerpo muerto no lo necesita, tomando bebidas alcohólicas para no sentir y pensar conscientemente, ya que los muertos no lo hacen, aislarse ya que los muertos no se relacionan. Sobre esta interpretación Pablo no comentó absolutamente nada, se quedó callado y quieto aproximadamente por 4 o 5 minutos. Al darse cuenta que la terapeuta no hablaba, manifestó que muchas veces él se sentía muy sólo y con mucho miedo, pero que no sabía el porqué, y ahora que se le explicaba, se daba cuenta de ello. A lo que le respondimos que sus temores están relacionados con el terror y la inseguridad que sintió cuando era niño ante las situaciones de violencia que se vivía en su casa, pero que ahora era un adulto que podía aprender a no sentir tanto temor hacia la vida, que si

bien era cierto que él tenía SIDA y se sentía más vulnerable, esto no quería decir que no puede disfrutar de su vida. Continuamos diciéndole que, no dudábamos que, habrán momentos de tristeza y temores, ya que es lo normal, pero lo importante es que no se deje llevar de ellos y éstos se conviertan en la parte central de su vida; que él está vivo y puede empezar a responsabilizarse conscientemente de su cuerpo y, en general, de su vida, ya que sólo así estará aprendiendo a valorarse y amarse a sí mismo. Le sugerimos que debe aprender a disfrutar su día a día, a ponerse metas a corto plazo que pueda alcanzar; que reevalúe todos aquellos aspectos en los cuales se estuviera haciendo daño y cambiarlo, tales como su ingesta de licor o no dormir o comer inadecuadamente. A lo que respondió "sí porque me estoy matando poco a poco y debo cambiar", a lo que le contestamos "tú lo dices"

Posteriormente nos informó que había "conseguido" un poco de dinero a través de un hermano y había empezado a buscar trabajo, que había "llenado" unas solicitudes para trabajar en almacenes como trabajador manual o paquetero, pero que todavía no le había "salido nada". Lo felicitamos e hicimos hincapié en que veíamos que él sí le importaba a sus hermanos, ya que si había recibido ayuda económica era porque su hermano lo apoyaba y que recordara que sí su hermana menor le había informado y lo convenció para que viniera a atenderse, era porque él le importaba y estaba preocupada por su salud.

Al respecto Pablo nos comentó que podía contar con el apoyo de algunos de sus hermanos, al igual que con su madre, e incluso su padre, quien hasta cierto punto lo ayuda porque le permite vivir en la casa y se alimenta de la comida que este último compra, pero como está sin trabajo y no se ha "sentido bien", por ello es que hay días que piensa que nadie lo apoya y se siente muy solo. Le manifestamos que ante situaciones

difíciles, uno piensa que está sólo, abandonado y sin apoyo, porque quisiéramos que las personas más allegadas a nosotros, nos mimaran, nos quitaran todo el dolor y los sentimientos de soledad que llevamos, pero ellos no nos las pueden quitar, ya que son aspectos internos que cada uno posee, por lo que somos nosotros mismos los que tenemos que empezar a efectuar los cambios en el ámbito interno y externo para sentirnos mejor. Posterior a este dialogo, Pablo habló sobre las actividades sociales y religiosas que había hecho en la semana. Se finalizó la sesión, nos despedimos y le manifestamos que lo esperábamos le siguiente semana.

Acude a su tercera cita muy optimista, ya que sólo necesitaba hacerse unos exámenes para obtener su certificado de salud como manipulador de alimentos para que lo contrataran de "estantero" en un supermercado, por lo que estaba tratando de conseguir dinero para hacérselos. Al respecto se le ayudó, contactamos a un médico, quién donó tanto su tiempo como el costo de los exámenes.

En esta sesión, nos cuenta que el sacerdote le pidió que fuera a presentar su testimonio como persona contagiada del SIDA a un grupo de la Iglesia, Pablo accedió, pero se sentía nervioso ante tal situación. Al preguntarle por qué quería dar ese testimonio, él mismo manifestó que era para ayudar a que otros no cometieran el mismo error que él: "de tener relaciones sexuales sin estar casado, por lo que Dios le había mandado el SIDA como castigo". Cabe señalar que fue evidente la expresión tensa al manifestar las consecuencias de su "error". Le respondimos que nadie merecía tener SIDA, que no creíamos que Dios le hubiera mandado ese castigo, ya que, así como había personas que no tenían SIDA y mantenían relaciones sexuales sin estar casadas, también había niños y personas que tenían SIDA que no se habían contagiado por mantener

relaciones sexuales, sino que nacieron con el virus o lo adquirieron como consecuencia de una transfusión de sangre. Al cuestionarle acerca de la ganancia al brindar ese testimonio, nos contestó que el sacerdote le había dicho que hablar sobre su experiencia le podía ayudar a sentirse menos culpable, ya que estaría ayudando a que otros reflexionaran y se aparten del mal camino. Le respondimos que es posible que él se sienta menos culpable, ya que a través de su testimonio - aunque no lo diga con palabras - su presencia puede comunicar "oigan soy un ser humano que comete errores al igual que todo mundo y, aún así, sigo siendo bendecido por Dios, porque tengo la oportunidad de compartir con ustedes mi experiencia". Al respecto, se hecho a reír, manifestándonos que le había gustado mucho lo que le acababa de decir, ya que mis palabras lo hacían sentirse bien.

Posteriormente, se le preguntó cómo seguían las cosas en su casa, a lo que nos respondió que últimamente su "papá está más tranquilo o quizás, sigue igual", pero como él ha estado buscando trabajo y se fue a pasar dos días con su mamá, casi no ha estado en la casa, por lo que no han tenido enfrentamientos.

Durante esta sesión le recordamos a Pablo que sólo nos faltaban dos de las cinco ya mencionadas cuando iniciamos el tratamiento, y una sexta de seguimiento, aproximadamente un mes después. Pero que, si no se sentía bien nos podía llamar antes. Le enfatizamos que, aun cuando se sintiera bien, lo queríamos ver u oír en la sexta sesión de seguimiento. También le informamos que era posible que se sintiera nuevamente triste y angustiado porque se estaba acercando la finalización de la terapia, por lo que se lo anticipábamos con la esperanza de que no tuviera ese tipo de reacción.

Al respecto Pablo solamente dijo que estaba bien y continuamos hablando sobre sus metas, expresándonos que una de ellas era salir de la casa de su papá e irse a vivir solo; que si Dios le daba vida y salud para trabajar, trataría de conseguirse un terreno para hacerse aunque sea un cuarto para vivir tranquilo, debido a que con su papá no puede vivir porque "coge" mucha rabia y aunque nunca le ha hecho daño le daba miedo que algún día perdiera el control y se agarrara a puños con su padre. Le respondimos que quizás ésa era la mejor alternativa, pero por el momento él no lo podía hacer, por lo que tenía que aprender a convivir y evitar las discusiones. Le recalcamos que si veía que este había tomado y empezaba gritar que se encerrara en su cuarto y lo ignorara o saliera a dar un paseo. Lo orientamos para que buscara un tiempo para conversar con su padre - cuando ambos no estuvieran tomados y se encuentren tranquilos - y le exponga su situación y le hablara claramente sobre su enfermedad; ya que se supone que todos lo saben, pero a la única a quien se lo ha dicho es a su mamá. Le añadimos que es mejor tener una comunicación directa y clara, ya que así sabría si puede contar con el apoyo o no de su padre. Al respecto Pablo, sólo nos mencionó que trataría de hablar con él.

Para la cuarta sesión Pablo llamó solicitando cambiar su horario, debido a que había empezado a trabajar, por lo que se cambió la fecha y hora establecida, transcurriendo así, 13 días entre la tercera y cuarta sesión.

Acude a su cita manifestando desde el inicio su agradecimiento, por la ayuda que se le brindó para conseguir su trabajo.

Al preguntarle cómo se sentía, nos indicó que más o menos bien, puesto que se sentía muy cansado, debido a que estaba laborando de 12 a 14 horas diarias y solo tenía un día de descanso a la semana, que ocupaba para lavar, planchar y dejar todo arreglado. Su

trabajo consistía en poner mercancía en los estantes y estar pendiente que no queden vacíos, bajarla de los camiones y ordenarla en el depósito. Además, nos advirtió que estaba pensando en renunciar, puesto que a ese ritmo no iba a aguantar por mucho tiempo, ya que nuevamente le habían empezado las diarreas y el dolor de cabeza.

Al respecto, lo invitamos a que evaluáramos dicha situación, que recordara lo que se le había informado sobre la terminación del tratamiento, y lo que podía sentir. A lo que nos expresó que interiormente se sentía un poco mejor, pero que llegaba demasiado cansado a su casa. Le recomendamos que fuera hacerse un chequeo médico y, que tratara de organizar su tiempo y hacer las cosas poco a poco y que se diera tiempo para descansar y divertirse. Le enfatizamos que su cuerpo se estaba adaptando nuevamente a la actividad y como había empezado trabajando demasiadas horas, era posible que se sintiera estresado.

Igualmente, le solicitamos que nos mencionara cinco razones de peso, para renunciar, y cinco para no hacerlo. Solamente adujo dos razones, una relacionada con su salud, ya que piensa que puede enfermarse si trabaja mucho y la otra, referida a su supervisor, quien es "muy gritón y no los deja ni un minuto descansar", por lo que se siente muy molesto con él. Por otro lado, no le gustaría renunciar porque no tendría dinero para costearse sus artículos personales; dejaría de pagar sus cuotas del Seguro Social, empezaría nuevamente a preocuparse y a deprimirse, y por último, estaría viendo más a menudo a su padre, con quien no tiene una buena relación y "no lo soporta".

Le preguntamos que había en común entre su padre y el supervisor a quien tiene poco tiempo de conocer. Pablo respondió que "lo gritón", y el solo verlo le provocaba "sentimientos raros". Señala que experimenta molestia, con deseos de pegarle; aun

cuando éste nunca le había llamado la atención Pablo agrega e indica que el supervisor es agresivo, los trata con "palabras vulgares" y en ocasiones ha percibido, la intención de pegarle a sus compañeros. Le interpretamos que esos sentimientos "raros" que siente contra el supervisor probablemente estén conectados con lo que él ha estado sintiendo hacia su padre, por lo que esa quizás sea la principal razón para renunciar. Al respecto no hizo ningún comentario y guardó silencio. Después de un par de minutos le preguntamos si nos habíamos explicado y dijo que sí, pero que no entendía por qué tenía que estar relacionado con su padre lo que él siente contra el supervisor. Nuevamente, le explicamos que él nos había dicho que sentía mucha rabia hacia su padre, porque éste grita y es agresivo con todos, igualmente sucede con el supervisor, y como hay características en común, por ejemplo, "lo gritón" y lo agresivo, él se siente frustrado e inseguro, ya que ambos provocan sentimientos de rabia e inseguridad. Entonces nos respondió que ahora sí comprendía que el enojo contra su supervisor le recordaba cómo es su papá. "Exacto" - le respondimos - Continuamos preguntándole sobre otros sentimientos, nos contestó que después de la rabia, no se siente bien, porque sabe que "es malo sentir tanta rabia". Además, agrega que su mamá le ha dicho que: "él es mi papá y debo de quererlo".

Piensa que el supervisor no le ha hecho nada para tener esos sentimientos. Le respondimos que considerábamos que él se culpabiliza por lo que estaba sintiendo, pero que estos eran sentimientos que en algún momento todos podíamos tener, que muchas veces hasta la terapeuta podía sentir mucha rabia hacia personas cercanas a ella o cuando veía injusticias, por lo que puede tener deseos de pegar o, incluso de matar, pero que no lo hacemos porque controlamos nuestros pensamientos y emociones, sin embargo - al final nos quedamos asustados y con culpa por lo que pensamos y sentimos.

Como ejemplo le presentamos el siguiente refrán. "del dicho al hecho hay mucho trecho" y le solicitamos que nos explicara cuál era su significado. A lo que Pablo respondió, que significaba que podemos decir muchas cosas, pero no las hacemos. La terapeuta le agregó, que es igual con los pensamientos y acciones que llevamos a cabo, que hay cosas que sólo las pensamos, son como especie de deseos que nos formulamos ante situaciones que nos parecen frustrantes o agresivas, pero no hacemos nada porque tenemos nuestra consciencia que no nos lo permite. Pero cuando nuestra consciencia es demasiado estricta o rígida, uno se siente muy mal sólo por el hecho de tener esa clase de pensamientos, nos sentimos muy culpables y angustiados, por lo que para disminuir esos sentimientos nos deberíamos de preguntar cuántas veces he perdido el control y le he pegado a alguien o se han cumplido mis deseos.

Le solicitamos que nos mencionara hechos sobre peleas y discusiones que haya tenido, y si alguna vez, ha agredido con sus puños a alguien; matado o alguien a muerto solo por haberlo pensado. Contestándonos que nunca lo ha hecho, y que nunca nadie se ha muerto sólo porque lo ha deseado. Siempre ha tenido miedo a los actos violentos, él discute, especialmente con sus hermanas, porque con personas que son afuera de su círculo familiar, él se queda callado. En cambio con sus hermanas discute, pero cuando experimenta mucha rabia y asume que va a perder el control se retira. En ambos casos, se la pasa amargado por mucho tiempo. Le reforzamos que esa era buena estrategia para no perder el control, pero que era importante que aprendiera a resolver conflictos, y una de las alternativas podría ser que, después de tranquilizado, enfrente la situación, tratando de conversar, defendiendo sus derechos, pero a la vez respetando las necesidades y derechos de los otros. También, le recomendamos que analizara por qué, generalmente, pelea con

sus hermanas y tratara de ponerse en el lugar de ellas, pero a la vez les manifieste lo que no le gusta o no está de acuerdo, sin gritos ni peleas

En cuanto al supervisor, lo exhortamos a que reflexionara sobre la situación con él, y en vista de que el llamado de atención no era dirigido hacia su persona, pero si tal era el caso, tenía que aprender a defenderse sin ser agresivo. Le insistimos que si su oponente estaba muy descontrolado - el supervisor u otra persona- la mejor alternativa era controlarse una mismo, a través de ejercicios de respiración profunda y solamente enfrentar el problema cuando haya reflexionado y los sentimientos de rabia los haya controlado, ya que así estará en la capacidad de no enredarse en discusiones que no le pertenecen, o solicitarle a la persona con la que tiene el conflicto un cambio, pero de una manera no agresiva.

Nuevamente tratamos de motivarlo para que hablara con su padre sobre su enfermedad; y nos manifestó que trataría de hacerlo, "no sabía cuando pero lo haría"

Para cerrar la sesión le puntualizamos que el amor y el respeto se gana, que si sentía que no amaba a su padre, él tiene razones muy poderosas, pero que debe aprender a convivir con esos sentimientos sin sentirse tan culpable

Acude a su quinta sesión, e iniciamos preguntándole cómo le había ido desde la última vez que nos vimos, afirmándonos que bien, que estaba tratando de cuidarse, alimentándose y durmiendo bien, que no tenía problemas con el sueño, ya que no se estaba despertando por las madrugadas. Sin embargo sus dolores de cabeza habían empezado de nuevo

Con respecto a su trabajo piensa renunciar pero hasta cuando consiga uno nuevo, ya que en vez de disminuirle las horas de trabajo se las han aumentado, le pagan horas

extras, pero se siente exhausto. Nos expresó que fue donde el médico, quien le mandó una serie de exámenes, entre ellos el de las células Cd4, pero todavía no le habían entregado los resultados, igualmente lo refirieron para hacerle un "CAT", para descartar cualquier "daño en la cabeza".

Lo felicitamos porque había tomado la iniciativa de consultar con su médico acerca de sus problemas físicos. Además le reforzamos que los exámenes referidos eran la mejor alternativa para descartar cualquier órgano enfermo. Asimismo, le señalamos que nos preguntábamos por qué nuevamente estaba padeciendo de dolores de cabeza, y le agregamos, que si era posible que como se trataba de nuestra última sesión, se estuviera sintiendo desamparado otra vez, y de allí sus dolores de cabeza. Negando esta interpretación, nos dijo que él sabía que era su última sesión; que agradecía todo lo que se había hecho por él, que no sabía cómo, pero se sentía mejor.

Posteriormente, al preguntarle sobre lo que había aprendido o ganado a través de la terapia, nos manifestó que está aprendiendo a responsabilizarse por su cuerpo, trata de alimentarse, dormir bien y evita el consumo de bebidas alcohólicas. Está intentando no encerrarse en sí mismo, por el contrario, a hablar un poco más para expresar lo que siente y manejar sus días tristes a través de la oración y paseos o visitas a sus amigos. Siente que la relación con su hermana menor ha mejorado, ya que se dio cuenta que las peleas y discusiones que tenía con ella, eran porque él se estaba comportando egoístamente. Ahora hace lo posible por compartir con ella lo poco que tiene, incluso la acompañó a una fiesta y se divirtieron mucho, él bailó y conversó con las amigas. A pesar de que no ha hablado con su papá, ya no se siente tan enojado, cuando éste "empieza a vociferar", trata de ignorarlo, aunque le cuesta, pero lo está haciendo.

Después nos señaló que asistió a la reunión a la que el sacerdote lo había invitado y habló sobre su experiencia. No se sintió rechazado, por lo que se dio cuenta que el sacerdote y la terapeuta estaban en lo cierto con respecto a que se sentiría mejor si contaba su experiencia.

Le recordamos que no nos veríamos hasta dentro de un mes y le enfatizamos que teníamos la seguridad que durante ese tiempo él continuaría mejorando poco a poco. Además, le señalamos que cualquier problema emocional o psicológico que enfrente en el futuro, se le ayudaría.

Aprovechamos, también, esta sesión para orientar a Pablo sobre sus derechos, con respecto a ser cotizante de la Caja de Seguro Social. Le aclaramos que si no podía continuar laborando por enfermedad, debería de acudir primeramente hablar con su médico y solicitarle que lo refiera a Trabajo Social de la policlínica donde se atiende para que lo aconsejaran y le expusieran qué alternativas tiene. Le insistimos que si renunciaba, no solamente perdía el ingreso económico, sino también el acceso a la atención médica y los fármacos. Nuevamente se quedaría desamparado, tal como estaba cuando acudió por primera vez a nuestra entrevista.

Le recomendamos que mientras tenga salud trabajara en lugares donde paguen Seguro Social, ya que si tiene una cantidad estipulada de cotizaciones, (la cual desconocemos), podía ser pensionado por invalidez, si enfermaba, de allí nuestra insistencia de que contactara el Departamento de Trabajo Social de su policlínica en para de orientación.

Durante el transcurso de las últimas sesiones salieron a relucir por tres o cuatro minutos, temas de la actualidad, como por ejemplo, el de las elecciones. Nos mantuvimos neutrales y dirigimos la terapia a los problemas del paciente.

Prácticamente, un mes después, Pablo acude a su sesión de seguimiento, después de saludarnos le solicitamos que nos llenara el cuestionario post-tratamiento.

Durante este lapso observamos que ha subido un poquito de peso. Al terminar de llenar el mencionado cuestionario se comentó que lo veíamos muy elegante y que había aumentado una cuantas libras porque lo veíamos "más gordito", respondiéndonos que está comiendo mejor y que vestía ropa nueva, ya que como estaba ganando su "plata" decidió comprarse algo de vestimenta, porque la otra estaba muy vieja y desgastada.

Al preguntarle cómo le ha ido, en general, desde la última vez que nos habíamos visto, nos respondió que bastante bien, como tiene su trabajo y pasa bastante ocupado, no ha "tenido tiempo de ponerse triste ni amargado como antes". Le respondimos que nos alegraba que se sintiera bastante mejor y que estuviera cuidando de sí mismo, no sólo su alimentación, sino también su presentación y estado de ánimo. Lo exhortamos a que continuara así y le dijimos que si nuevamente tenía problemas no dudara en llamarnos, ya que siempre tendríamos un tiempo para conversar. Incluso, le mostramos nuestro interés de que nos gustaría saber de él, después de un tiempo, aun cuando se sintiera bien. Nos manifestó que él creía que nos seguiríamos viendo, porque el otro mes le correspondía su día libre los miércoles, por lo que de seguro iría al grupo de apoyo y él sabía que la terapeuta había empezado a ir, por lo que se encontrarían. Le respondimos que allí nos veríamos y así le daríamos un seguimiento en el grupo.

Nos despedimos y le agradecemos que nos proporcionara su consentimiento para relatar su historia en la presente investigación

En esta sesión, también hablamos de varias formas de divertirse sanamente y de aspectos de la vida cotidiana que le hacían sentirse bien, con la finalidad de que continuara ejercitándolos.

2.3.2. Historia Clínica. Caso # 2

Problema actual o queja principal

La señora Nora fue diagnosticada con Depresión Reactiva y referida por su médico para tratamiento psicoterapéutico

A la consulta se presentó con una expresión de pesadez en su cuerpo y reflejaba profunda tristeza en su rostro. Se sentó en un sofá porque se lo pedimos y empezó a llorar tranquilamente, sin gemidos ni ruidos, solamente diciendo tres veces: "mire lo que me hizo este hombre".

¿Qué le hizo? - preguntamos -, pero ella se quedaba callada y seguía llorando. Después de la tercera vez, nos contesto que su marido le había "pegado el SIDA" y que no sabía que iba a hacer

Información general

Fecha de la primera entrevista: 12 de marzo de 1999

Nombre	Nora
Edad	35 años

Sexo	Femenino
Fecha de nacimiento	19 de mayo de 1963
Escolaridad	II año de Belleza
Estado civil	Unida
Dirección	San Miguelito
Ocupación	Cocinera
Nivel socioeconómico	Baja
Religión	Católica
Raza	Negra o "Chomba - blanca" ²

Historia de la enfermedad actual

La señora Nora reporta que en los dos últimos meses ha estado enfrentando los siguientes problemas

- Se siente angustiada y triste porque sus hijos quedarán desamparados, si a ella le llega a pasar algo "Como morirme ahora que todavía mis hijos me necesitan".
- Se siente muy enojada con su cónyuge porque le transmitió el SIDA
- "Todo se le ha venido a bajo", ya que hace mes y medio atrás también la despidieron de su trabajo, por lo que tiene muchos problemas económicos
- Sale a hacer sus diligencias y anda como una "zombi" sin fijarse en nada. En esta última semana en dos ocasiones casi la atropella un carro
- No tiene deseos, ni de pararse, por las mañanas, por lo que se la pasa durmiendo hasta las diez u once de la mañana.

² Persona de piel blanca con características de raza negra

- Se ha puesto demasiado gorda, porque la tristeza y la angustia le provoca comer y dormir
- Hay momentos en que quisiera que todo terminara.
- Tiene mucho miedo de contarle a su familia, sobre su enfermedad porque ellos no son muy unidos y piensa que no la van apoyar
- Aproximadamente, tiene un mes de estar tomando "sulpiride", medicamento que su médico le recetó para sus "problemas de angustia y desesperación", pero siente que no le han ayudado en nada.

Historia de las enfermedades psiquiátricas previas

Afirma la señora Nora que nunca ha sido tratada por enfermedades psiquiátricas, sin embargo, durante el transcurso de su vida ha pasado muchos momentos de desesperación y tristeza, pero ha salido adelante después de un tiempo.

Anamnesis somática

Manifiesta que, en general, es una persona con buena salud. Sus únicas hospitalizaciones han sido por parto de sus dos hijos. En la actualidad, sólo tiene una pequeña inflamación vaginal, de la cual está siendo tratada con "albothyl".

Le realizaron la prueba del SIDA hace dos meses atrás, y a la semana le informaron el diagnóstico positivo, posteriormente le realizaron una serie de pruebas, en todas sale bien, le dijeron que por el momento ella está bien de salud, pero que se tenía que cuidar mucho para que no bajen sus defensas

Historia personal

La señora Nora es la hija mayor de tres hermanas, su padre murió hace más o menos 22 años, por lo que casi no lo recuerda. Su madre es ama de casa y tiene aproximadamente 20 años de vivir con su padrastro

Afirma que su abuela le contó que el embarazo de su madre fue de alto riesgo. Por ser ella "siete (7) mesina" su madre la regaló a su abuela, porque se asustó "al verla tan pequeñita", es decir, desde su nacimiento su abuela se encargó de su crianza y educación

Considera que su infancia fue un poco triste, ya que a pesar de que su abuela ha sido una gran persona que cuidó de ella y le brindó mucho cariño, pasaron muchas necesidades

Con sus padres nunca vivió, ni en su infancia ni en su adolescencia, solamente los visitaba frecuentemente, pero sus relaciones no fueron muy estrechas. La cataloga más bien como distantes. Expresa que, en muchas ocasiones, envidió a sus hermanas menores porque veía que las consentían y tenían más cosas que ella

No fue una buena estudiante por lo que al terminar la escuela primaria, a la edad de 12 años, su abuela la inscribió en una escuela vocacional para estudiar Belleza, donde cursó dos años, posteriormente se retiró para ayudar a su abuela a vender comida.

Con respecto a su adolescencia, piensa que fue normal. La única educación sexual que recibió en esa época fue sobre el cuidado menstrual por parte de su abuela. Sus amigas le hablaron sobre las relaciones sexuales y cómo cuidarse para no salir embarazada

Antes de unirse con el padre de sus hijos mantuvo dos noviazgos. Conoció a su ex cónyuge a la edad de 15 años, con quien se inicia sexualmente después de estar saliendo con él por un período de 3 a 4 meses aproximadamente. En esa época empezó a tener

muchos problemas con su abuela y su familia porque consideraban que su ex compañero no era una buena persona, pero ella estaba enamorada y no les hizo caso

Salió embarazada de su primera hija a la edad de 17 años, por lo que se fue a vivir a la casa de su suegra. Su vida marital fue difícil, ya que, aparte de no llevarse bien con su suegra, su pareja fue y es muy irresponsable. Sufrió mucho, se deprimía con frecuencia, nunca se "hizo daño", porque su hija le daba fortalezas para seguir adelante. Ella tenía que hacer de todo (lavar y planchar ajeno) para llevar el sustento al hogar. Trató de mantener la relación porque no quería que su hija se criara, al igual que ella, sin su padre. En estas circunstancias, nace su segundo hijo - seis años después - y a partir de este nacimiento, los problemas de su hogar se agudizan, ya que se dio cuenta que su pareja, además de "chinguero" (jugador de caballos y otros juegos del azar) y "mujeriego", también consumía cocaína por lo que se perdía de la casa, y no llegaba sino hasta dentro de 3 ó 4 días.

En 1989, decide dejarlo, regresa con sus dos hijos a la casa de su abuela. En 1990, conoce a un señor 20 años mayor que ella, empieza a salir con él, e inicia una relación, pero sin convivir bajo el mismo techo. Él la ayudaba económicamente e incluso le propuso matrimonio, pero ella no quiso porque no estaba enamorada. A mediados de 1991, conoce a su actual cónyuge, se enamora de él y deja al anterior señor. Después de 6 meses de relación se unen, estableciendo su residencia en la casa de la abuela de ella, posteriormente se fueron a vivir a la casa de la madre de la señora Nora, donde viven actualmente.

Según la señora Nora - a diferencia del primer compañero - el actual, por lo menos le construyó dos cuartos en la casa de la mamá de ella. Pero ha sido muy mujeriego y "un

poco irresponsable", ya que se perdía los fines de semana y "después se aparecía sin ningún real en el bolsillo", añadiendo la señora Nora que "por eso él está así, contagiado" Cuenta que en varias ocasiones ella salió "a buscarlo al mercado, por que allá se metía a buscar mujeres" Incluso, los amigos de él, le recomendaron que lo dejara, pero ella no los escuchó, por lo que considera que está pagando por el error que cometió, de separarse cuando mucha gente le decía que lo abandonara.

Señala que ha perseguido tanto a su actual pareja como al padre de sus hijos, ya que ambos han sido, a parte de irresponsables, infieles. Considera que ha sido muy celosa y se ha entregado completamente y cuidado de ellos Sin embargo ambos no la valoraron

Durante estos últimos 4 años, ella ha tratado de superarse, realizó tres cursos de cocina y dos de administración de la pequeña empresa, ya que "esperaba" algún día tener su quiosco de venta de comida. Los dos últimos años ha trabajado en varios restaurantes como cocinera. De su último trabajo fue despedida por problemas con la administradora, aproximadamente en la misma fecha cuando se hizo la prueba del SIDA

La solicitud de realizarse la prueba de ELISA se debía a que su cónyuge había salido positivo, después de efectuarse una serie de exámenes porque estaba muy enfermo La prueba de ella, también resultó positiva. Todo esto, le ha traído mucha tristeza y decepción Siente mucha rabia contra su pareja y hay momentos que desea terminar con la relación, aun cuando todavía siente que lo quiere, pero él mismo no le "ha dado una buena vida"

Actualmente, como pareja están enfrentando muchos problemas económicos, ya que ambos no están trabajando Ella porque la despidieron, él porque trabaja por contratos, (ya que es albañil) y finalizando el último, (hace más de tres meses) empezó a

enfermarse, así es que desde esa fecha hasta ahora está cesante. Además, él "se le ha llenado el cuerpo de hongos y se afectó del pecho", empezó a bajar mucho de peso porque tiene más de un mes de estar con diarrea. Ella piensa que él no va durar mucho, que "Dios se lo va a quitar rápido"

Lo que más le preocupa de esta situación son sus hijos, ya que todavía la necesitan y es posible que ella no este o no pueda trabajar si se enferma. Tiene mucho miedo que su familia se entere (madre y hermanas), porque sabe que no la van a apoyar y es posible que le digan que se vaya de la casa, por lo que decidió con su cónyuge, que éste se iría a vivir con la madre de él mientras esta enfermo. En la actualidad, no están viviendo bajo el mismo techo y, prácticamente, ni se ven ya que la madre de él reside en el interior y la señora Nora dice que no tiene dinero para ir a verlo.

Todos los hermanos de su señor han sido muy solidarios con él. Ellos le han sufragado los gastos médicos y lo están ayudando económicamente, pero a ella nadie la ayuda. Su señor le dice que les pida también a los hermanos de él, pero ella considera que si no le ofrecen la ayuda, no puede exigirselas, por lo que necesita lo más pronto posible encontrar un trabajo.

A pesar de que vive en casa de su madre, considera que la relación con ésta es muy distante. Igualmente lo es con sus dos hermanas, ya que todas tienen sus vidas independientes.

Con sus hijos mantiene una buena relación, los dos son "muy apegados" a ella, se comunican muy bien, especialmente con su hija de 17 años. Sin embargo, considera que no los puede involucrar en este problema, así que también a ellos les ha ocultado la situación.

Estima que su abuela es su figura materna, con la cual siempre ha contado, pero por la edad y la salud, ya no puede compartir sus problemas con ella, así es que se siente muy sola y desamparada.

Historia familiar

Lo que conoce de su historia familiar es que su abuela estuvo unida con dos señores. De la primera, nacieron dos hijos y tres de la segunda. De ésta última nació su madre que es la segunda hija y quien, a su vez, ha tenido dos relaciones, una con el padre de la señora Nora, quien murió, y otra con su padrastro con que tiene aproximadamente 20 años de convivir

Su segunda hermana esta casada, tiene su propia casa y la señora Nora opina que a ella le va bien en su matrimonio. Su hermana menor esta soltera, trabaja en una empresa y estudia en la universidad, y todavía vive con su madre

Con respecto a su señor actual, la señora Nora refiere que ella es la cuarta o quinta mujer de él y es con la que más años ha convivido. No tiene hijos, ni con ella, ni con las anteriores parejas

Sobre enfermedades psiquiátricas en la familia, la señora Nora opina que no existen.

Examen del estado mental

- Se mostró poco comunicativa, con la mirada ausente y llorando silenciosamente La cooperación fue buscada.
- Aspecto General del Sujeto normal en lo que concierne al aspecto físico, vestido y cuidado de la persona

- **Actividad motora** lenta, ya que se sentó y casi sin hacer ningún movimiento empezó a llorar
- **Expresión del rostro** con moderada tristeza.
- **Mímica** . Hipomimia
- **Valoración cuantitativa del discurso** normal
- **Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio:** acentuada, lloro durante largo rato
- **Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio** normal
- **Orientación** no se presentan trastornos de la orientación espacio temporal
- **Organización estructural de la comunicación.** es coherente, lógica y formal
- **Transformación patológica de la realidad** mantiene el contacto con la realidad y no hay deformaciones en dicho contacto, ya que no se presentan alucinaciones, delirios.
- **Obsesiones y fobias** no se observaron.
- **Sentimientos de despersonalización** no se observaron
- **Problemáticas personales significativas.** diagnóstico de VIH, crisis en la relación conyugal, miedo sobre el futuro de sus hijos y problemas económicos debido a que la destituyeron de su trabajo y su cónyuge se encuentra tampoco posee empleo.
- **Orientación del estado de ánimo**· Moderada tristeza.
- **Memoria**· normal.
- **Conciencia de la enfermedad**· Presente

Pruebas psicológicas aplicadas

Escala de depresión de Zung - En ésta escala el índice de depresión que obtuvo la señora Nora es de 61, que equivale a la presencia de depresión moderada a notable

Escala Revisada de Collett-Lester de miedo a la muerte y al proceso de morir -

El índice es de 120, de un puntaje total de 160, lo cual permite interpretar que, en general, está presentando alto grado de miedo a la muerte. Dentro de las sub escalas, la del propio proceso de morir es la más alta con un puntaje de 33 de un total de 40, le sigue la sub escala sobre la propia muerte con 32, después el proceso de morir de otros, con 28 y por último, el de la muerte de otros con 27

De acuerdo a lo antes expuesto, en las sub escalas del miedo al proceso de morir de sí mismo y a la propia muerte, los ítems que presentaron el puntaje más alto (cinco) son la degeneración física y el dolor que implica el propio proceso de morir, la posibilidad de morir en un hospital lejos de la familia y los amigos, y ver el dolor de los otros mientras se está muriendo, para la primera. En la otra sub escala están. la brevedad de la vida, morir joven y la posibilidad de sentir dolor o castigo durante la vida y después de la muerte. En los restantes ítems de las todas las sub escalas, la puntuación osciló en 3 y 4 de una escala de 1 a 5, representando el número cinco (5) el mayor grado de ansiedad

Formulación Psicodinámica

Si bien es cierto que la señora Nora reporta que recibió los cuidados cariñosos de su abuela, ella ha tenido pérdidas desde el momento de su nacimiento, ya que como es "regalada" no se crió con su familia nuclear. Este hecho a influido en la formación de la estructura de su personalidad, puesto que observamos que lleva internalizada la sensación de rechazo, percibe a sus hermanas y madre distantes. Además, en diferentes etapas de su vida, ha presentado dificultades que reflejan no solamente esta carencia; sino que su propia capacidad para formar y mantener vínculos afectivos adecuados están afectados

Se compromete en una relación marital cuando todavía es adolescente y tiene a su primera hija a los 17 años. A pesar de que su relación no le brindaba seguridad y cariño, continúa, en pro de mantener una familia nuclear para que su hija no se criara, al igual que ella, "sin un padre". Soporta las humillaciones e irresponsabilidades del cónyuge y asume sola el compromiso familiar. En estas circunstancias nace su segundo hijo, pero la situación en su hogar todavía se torna más crítica, ya que se entera que su pareja consume drogas (cocaína), por lo que toma la decisión de separarse.

Su segunda elección de pareja es prácticamente igual a la anterior "mujeriego e irresponsable". Asimismo, hechos palpables agudizan la precaria relación. Esta vez el diagnóstico del VIH o SIDA de su señor, y de ella precipita la crisis en la pareja. Ahora, ella nuevamente se encuentra ante el dilema de la separación por hechos que ella no puede continuar negando o "no queriéndolos ver".

Aunado a todo esto la despiden de su trabajo, por lo que su seguridad económica también se pierde junto con sus ilusiones de un futuro mejor. Ante éste cuadro reacciona con fuertes sentimientos de tristeza, angustia, decepción y culpa; síntomas que componen un cuadro depresivo.

Diagnóstico

- Eje I F32 x Trastorno Depresivo Mayor, Moderado. Episodio Único [296 21] Con síntomas Atípicos
- Eje II Ninguno
- Eje III VIH
- Eje IV Problemas en la relación conyugal
- Eje V EEGAR -41-60

EEASL-80

Recomendaciones para el tratamiento

Trabajar sus problemas emocionales actuales con respecto al diagnóstico del VIH, educarla para el manejo de su enfermedad con la finalidad de disminuir sus síntomas de ansiedad y angustia, ayudarla a enfrentar la ansiedad existencial que está atravesando y a mejorar su autoestima

a) Revisión y Planeación del Proceso Psicoterapéutico

La señora Nora esta siendo tratada con "Sulpiride" fármaco para los síntomas de ansiedad y depresión desde hace un mes atrás Sin embargo, no ha mejorado su situación, llega a la consulta angustiada, y preocupada no solamente por el futuro de sus hijos sino por el de ella; se siente en una situación sin salida, y muy enojada consigo misma, se culpa y está reaccionando con sentimientos de tristeza, impotencia y frustración Por lo anterior, desde el inicio de la sesión le manifestamos que ella estaba en una posición muy difícil y que estaba reaccionando con un cuadro depresivo, de allí que deseábamos conocer con más detalle su problema para que, en conjunto, buscáramos las mejores alternativas para superar la depresión

Posteriormente cuando teníamos un panorama sobre sus problemas, le manifestamos que comprendíamos su situación, ya que veíamos que ella se estaba enfrentando a múltiples pérdidas, tales como su seguridad económica, ya que había perdido su trabajo y su cónyuge tampoco estaba laborando, igualmente, a la posible o real separación con

su señor debido a la enfermedad del él - podría morir o porque ella se está planteando terminar la relación - Además ha sido diagnosticada con VIH+ y esto la ha descontrolado más, ya que el saber que ella también tiene la infección se le plantea que puede enfermar y morir cuando todavía ni había pensado que eso le podría pasar

Le explicamos que en situaciones de pérdidas todos nosotros tendíamos a reaccionar así, ya que estamos pasando por una especie de duelo por todas esas cosas que amamos o representan una seguridad para nosotros. Como en estas situaciones, los sentimientos de decepción, tristeza, rabia y culpa son los que predominan, no nos dejan ver que tenemos alternativas y que podemos salir adelante

Le manifestamos nuestra confianza de que ella podía nuevamente estabilizar su vida, puesto que la habíamos observado como una persona capaz de salir adelante ante situaciones difíciles que se le han presentado en la vida. Por ejemplo, cuando se separó del padre de sus hijos, a pesar de que se sintió decepcionada y triste continuó con su vida; sin ayuda económica, ni emocional, educó y alimentó a sus hijos. Ha recibido cursos de superación con miras a establecer su propio negocio, lo que puede seguir planificando, ya que ella no está enferma. Que si bien es cierto que tiene un diagnóstico de VIH+, su médico le ha dicho que se encuentra bien de salud y puede continuar laborando y realizando una vida normal, pero con algunos ajustes en el cuidado de su cuerpo y la expresión de su sexualidad.

Le hicimos la observación de que veíamos que ella se sentía muy culpable y estaba muy enojada consigo misma, por lo que inconscientemente estaba buscando hacerse daño, ya que nos había dicho que, en dos ocasiones casi la atropella un auto, y los conductores fueron los que tuvieron cuidado, más no ella. Por tal razón le

recomendábamos que era importante que se mantuviera alerta al salir, que empezara a darse autoinstrucciones, igual, como cuando le advertimos a nuestros hijos ver hacia la izquierda y hacia la derecha, antes de cruzar la calle, y solamente cruzar si no viene ningún auto o si está lo suficientemente lejos que le permita cruzar. Le solicitamos que lo repitiera dos veces en voz alta y dos para sí misma (mentalmente).

Antes de terminar la primera sesión le recomendamos que era importante que tomara el control de su vida, es decir, que tratara de levantarse temprano, tal como lo hacía antes de sentirse deprimida, que hiciera un poco de ejercicio, como caminar, o trotar por las veredas cercanas a su casa, o que buscara actividades dentro de su hogar que la mantuvieran activa y que no se la pasara todo el día durmiendo. Además, como tenía experiencia en la limpieza y el planchado a domicilio, le recomendamos que buscara nuevamente sus contactos, pues ésa podría ser una de las alternativas para empezar a salir de su problema económico.

Igualmente le aconsejamos que buscara el apoyo en su familia (madre y hermanas). Era posible por el hecho de no haber crecido con ellas y el saberse regalada, esos sentimientos de abandono e inseguridad estuvieran influyendo en su percepción, y se lo decíamos porque a través de su relato habíamos observado que la han apoyado en varios aspectos. Ella está viviendo en la casa de su madre y nos mencionó que económicamente no estaba aportando nada para los gastos, y no le había faltado comida ni a ella, ni a sus hijos. Reconociendo estos aspectos, nos respondió que trataría de hablar primero con su hermana menor porque con ella se siente más allegada.

b) Descripción de la Segunda a la Sexta Sesión.

Luego del saludo, y tal como lo habíamos programado, antes de iniciar la segunda sesión, le solicitamos que contestara la Escala de Depresión de Zung y la de miedo a la muerte de Collett-Lester

Al iniciar la sesión nos comunica que al estar contestando las escalas, especialmente la de la muerte, se sentía muy nerviosa. Ante lo cual le respondimos que era posible que se sintiera así porque estaba enfrentándose a su miedo a la muerte. Nos exteriorizó que sentía no estar lista todavía para pensar en su muerte o, incluso, morir, debido a que pensaba que sus hijos todavía la necesitan.

Le manifestamos que a pesar de que dice que no estaba preparada para pensar acerca de la muerte, nos parecía que esos eran sus pensamientos centrales, por lo que considerábamos que ese miedo a morir estaba influyendo en su calidad de vida, puesto que se deprime, se angustia, y su capacidad para enfrentar los desafíos que le estaba presentando la vida, se encuentra disminuida. Entonces la confrontamos, manifestándole que era su elección "continuar echándose a morir o enfrentar este desafío, el cual no es fácil superarlo, pero de granito de arena en granito de arena se construyen montañas, lo cual quiere decir que poquito a poquito ella puede salir de su depresión". Le agregamos que habrá cosas que ella no puede cambiar, como es el diagnóstico del SIDA, por lo que tendrá que hacer sus ajustes personales para el cuidado de sí misma, los cuales se relacionaban con una alimentación nutritiva, buenos hábitos para dormir, no consumo de

drogas (cigarrillos o abuso de alcohol u otras) Sin embargo, como nos informó que no posee estos últimos hábitos, no representan ningún problema para ella

También la orientamos acerca de realizar ajustes en la práctica del sexo seguro o protegido, es decir, las relaciones sexuales tienen que ser con preservativos debido a que había el peligro de volverse a reinfectar, y como el virus del SIDA cambia o tiene mutaciones, podría ser que el que tenga en estos momentos no sea mortal Sin embargo, si se vuelve a infectar, la combinación del que ella tiene con el nuevo puede ser mortal, por eso le enfatizamos la importancia del uso del condón. Además, le recalcamos que "sexo seguro" también quería decir - aparte de la abstinencia - prácticas sexuales sin riesgo, sin penetración, tales como la masturbación, los masajes eróticos que si se aprenden a dar, pueden ser tan satisfactoria como la misma relación sexual con penetración Inclusive, se le señaló que las películas eróticas, también, se consideran métodos de autosatisfacción de "sexo seguro"

Al respecto, la señora Nora dijo que desde que le diagnosticaron la enfermedad a su señor, no han tenido contacto sexual, cuando, anteriormente, casi todos los días las tenían Le respondimos, que lo sabíamos a raíz de su relato anterior, y que pensábamos que ése era otro aspecto que ella sentía que había perdido Es decir, que a pesar de que decía no sentir deseos, era posible que estuviera añorando dicho contacto. Nos contestó que si extrañaba estar con su señor, más que todo porque ella es "muy cariñosa" y le "gustaba abrazarlo y que él la abrazara, y dormir así", pero que no se sentía con fuerzas para acostarse con él nuevamente Le manifestamos que era comprensible, y que le habíamos explicado lo del sexo seguro, porque era importante que ella supiera que la

satisfacción sexual sin riesgo se puede lograr a través de otras formas, pero que si ella no quería que su cónyuge se le acercara era su decisión.

Posteriormente nos notifica que a pesar de que todavía no se siente bien, había empezado a realizar trabajos de limpieza a domicilio. Además, habló con su hermana menor sobre su problema y esta le está brindando mucho apoyo emocional. Señala que cuando sostuvieron la conversación, ambas lloraron y declara que nunca se imaginó que su hermana la quisiera. Esta le recomendó que no valía la pena continuar con su señor; sin embargo, ella no se siente capaz de abandonarlo ahora que él la necesita.

Le hicimos notar que actualmente no estaba conviviendo con su señor; sin embargo decía que no era capaz de dejarlo, por lo que le preguntábamos qué deseaba hacer con su relación. Ella nos respondió, que no sabía, que se sentía muy resentida y no sabía si lo continuaba queriendo, ya que él no le había "dado una buena vida", "ha sido muy mujeriego". Además, añade que ella ha cambiado bastante, dice que antes se levantaba a las cuatro de la madrugada para prepararle comida, pero tenía como dos años de no hacerlo porque su señor se perdía prácticamente todos los fines de semana. Incluso, menciona que, en muchas ocasiones, había querido dejarlo, pero no lo hizo porque sentía que todavía estaba enamorada, ahora no sabe cuáles son sus sentimientos. Hay momentos que piensa que no lo quiere, hay otros que sí; pero en general se siente muy decepcionada. Indica que ella se ha cuidado mucho "para no andar por allí de loca", y agrega: "mire quién me trajo la enfermedad a la casa". Por último, afirma que prefiere que él se quede con su mamá y no venga más a su casa.

Sin embargo, se le dijo que habrán momentos en los cuales se verá enfrentada a esa situación, por lo que es importante que ella reflexione sobre lo que quiere, y que busque

la oportunidad de conversar con su señor para que le plantee lo que ella decida. La señora Nora nos respondió que en el fondo ha querido dejarlo desde hace mucho tiempo atrás. Incluso, estuvo a punto de hacerlo en cuatro o cinco ocasiones, pero nunca se decidió, porque su señor le pedía perdón, y ahora se lamenta, porque, quizás, en estos momentos no tuviera la infección. Además, se le hace difícil porque no quiere cargar con la muerte de él en su conciencia, puesto que está segura que si lo deja él se muere rápido. Le preguntamos la razón de la aseveración anterior, nos dijo, que era porque si ella no lo cuidaba, él mismo se "echaría a morir". Nuevamente, le hicimos la observación de que no estaban conviviendo y ella no lo estaba cuidando; que teníamos entendido que él había mejorado un poco. Ella manifestó que era cierto, pero tenía miedo que después dijeran que por su "culpa, él se murió más rápido". Le respondimos que esa era solamente una posibilidad (morir rápido o no), dependía de la actitud de él, en cuanto al cuidado de sí mismo como del tipo de enfermedad que lo ataque. Eso sí, le enfatizamos que era su decisión continuar o no con la relación, ya que ella tenía derecho a elegir. Le recomendamos que reflexionara y tomara su decisión, y cualquiera que fuese, la comprenderíamos y la apoyaríamos emocionalmente.

En esta sesión se terminaron de completar datos que ya están plasmados en la historia clínica. Igualmente, nos ofrecimos ayudar a su señor, pero ella manifestó que difícilmente él podría venir, ya que desde que enfermó sólo asiste a sus citas con su médica y la próxima es en junio. Además, indica que donde vive su señor, no hay medios para comunicarse (teléfono), pero que llamaría a la hermana de él para "ver si lo convencen, para que venga".

La señora Nora llega a su tercera sesión molesta porque su señor había venido a verla durante el fin de semana, se había quedado en casa y había querido mantener relaciones, pero ella no se dejó porque aparte de sentirse muy enojada con él la doctora que lo atiende, les había explicado que si no se cuidaban se infectarían nuevamente y la combinación de dos o más virus podría ser mortal. Incluso, les recomendó que para nada tuvieran relaciones sexuales, aún si usaban "condón", porque él estaba muy enfermo. Agregó que está muy asustada, y ni ganas tiene de tener relaciones. Discutieron y él se fue enojado para donde su mamá - añade ella - "él es muy mameo, siempre le ha importado más su mamá que su propio hogar, como no tiene hijos, no le importa nada conmigo, mire vino con condones y se los llevó, porque de seguro, como yo no quise se fue a buscar una mujer por ahí". Ante el relato le preguntamos qué era lo que más la enojaba de ese incidente el hecho de que no puede tener relaciones sexuales con él porque tiene miedo de reinfectarse o que se haya llevado los condones, porque es posible que vaya a buscar a otra mujer. La señora Nora se quedó tranquila y callada y se le salieron las lágrimas. Después de algunos minutos nos respondió que se daba cuenta que "por las dos cosas" se sentía no sólo enojada, sino triste, ya que aparte de no poder tener relaciones sexuales con él, se daba cuenta que "nunca va a cambiar, seguirá buscando mujeres", sólo que esta vez parece que va a usar preservativo, "pero ya para que, si ya estoy infectada y no puede hacer nada para cambiar eso". Le respondimos que era cierto que no puede cambiar la infección, y difícilmente su señor cambiaría, si él no se siente comprometido a hacerlo. Sin embargo ella sí puede aprender a vivir con la infección, sin sentirse tan angustiada y así seguir disfrutando de lo que le ofrezca la vida dentro de las limitaciones que ahora tiene.

Le recordamos sobre lo que habíamos hablado la sesión anterior acerca de su relación y sobre la práctica de sexo seguro, que era importante tomarse su tiempo, y si su señor quiere tener sexo y ella no lo desea, tiene derecho a negarse.

Igualmente, le recordamos que solamente nos quedaban dos sesiones y la de seguimiento después de un mes, y que era posible que algunos de sus síntomas volvieran, debido al miedo por la separación, pero que recordara que ella puede manejar su situación y poco a poco mejorará. Le manifestamos que ese tiempo cuando nos dejaríamos de ver era importante; porque así sabríamos si la psicoterapia le había ayudado, y en caso de no sentirse bien o ante una situación de urgencia, nos podía llamar. Entonces veríamos si era necesario continuar con el tratamiento. Al respecto ella nos dijo que haría el intento por sentirse bien, porque desde que asistía a la terapia para conversar sobre sí misma, se había sentido mejor, y piensa que puede salir adelante con sus hijos.

Después nos informó que dos días atrás había asistido a un círculo de oración de la Virgen Milagrosa, y eso la había reconfortado mucho, que había llorado pidiéndole perdón a Dios y que le diera fortalezas para continuar adelante, ya que necesitaba terminar de educar a sus hijos. Estando allí, sintió que Dios no la había abandonado, porque aparte de estar descubriendo que sí le importa a su familia, Dios, ha puesto a la terapeuta en su camino como "un Ángel de la Guarda". Le agradecemos por sus palabras y le manifestamos que Dios no se olvida de nosotros y no nos abandona, que somos nosotros quienes olvidamos nuestra fe no sólo en Dios, sino en nosotros mismos, ya que muchas veces nos sentimos incapaces de superar nuestras decepciones y desilusiones. Sin embargo, en la medida que vamos recuperando nuestra fe podemos seguir adelante y responsabilizarnos por los cambios que debemos hacer para sentirnos cada día un poquito

mejor De esta manera, demostramos nuestra fe en Dios, y el amor que le tenemos a él y a nosotros mismos. La exhortamos a que continuara asistiendo al círculo de oración, ya que se siente reconfortada y le ayudará a superar su problema emocional

La señora Nora nos agradeció por nuestras palabras y nos informó que cada vez que se sentía triste, ella recordaba lo que hablábamos en la sesión y trataba de seguir nuestras recomendaciones, incluso hasta para cruzar una calle, ya que ella sabe que tiene que cuidarse

Esta vez, llega a la cuarta sesión y nos expresa que su estado de ánimo ha mejorado "un poquitito", puesto que ya no esta viendo su vida tan oscura; que sabe que tiene que "echar pa' lante" porque sus hijos la necesitan. Además, nos menciona que su "niña" es muy sana, que ni siquiera ha tenido novio y, en general, es buena estudiante y buena hija que no le exige que le compre artículos de moda para adolescentes, "tiene su grupo de amiguitas" que son tranquilas, y no andan de "pavas"³ Igualmente, su hijo es un niño que es muy de su casa, ella sólo le permite salir a jugar con un grupo de niños que son sanos y no andan metidos en pandillas A pesar de que muchas personas le dicen que los tiene "ñañecos", ella no lo considera así, ya que a pesar de que no se han criado con su papá y muchas veces han pasado por situaciones difíciles, ellos son tranquilos y "niños de su casa" En la educación de ellos la han ayudado su mamá y abuela, ya que cuando está trabajando, ellas son las que los cuidan Al respecto la felicitamos, ya que veíamos que era una mamá lo suficientemente buena y le reiteramos que nuevamente, nos mencionaba cómo su mamá y abuela le han brindado la ayuda para el cuidado de sus hijos Nos

³ Término utilizado para las jóvenes adolescentes que se montan en los buses colectivos y acompañan al conductor en su rutina diaria, generalmente ambos mantienen una relación de pareja sin compromiso La joven descuida o abandona su escuela.

respondió que en ese aspecto siempre la han ayudado, y nos preguntó qué significaba "ser una mamá lo suficientemente buena" Le explicamos que los psicólogos considerábamos que no hay mamá o papá perfecto, para perfecto sólo Dios, por lo que este término lo usamos para referirnos a aquellas mamás o papás que le dan a sus hijos lo necesario o básico para que crezcan social y emocionalmente estables, y a la vez les permiten desarrollarse fuera de la familia. Que le habíamos dicho que es una madre de ese tipo porque observábamos que ha sabido orientar y cuidar a su hija, ya que ésta continúa estudiando y no se ha involucrado en una relación de compromiso con otro joven ni ha quedado embarazada demasiado joven. Además, cuida que su hijo no se involucre con pandilleros Supervisa y, a la vez, permite que sus hijos tengan sus amistades, por lo que les está permitiendo que ambos, también se desarrollen fuera de la familia. Al respecto, la señora Nora comentó, que nuestras palabras la halagaban y la hacían sentirse segura que no ha sido "una mala madre, a pesar de todos los errores que he cometido"

Posteriormente, le preguntamos acerca de su señor y nos informó que no lo había visto desde el día que discutieron, que había llamado a la hermana de él y ésta le comunicó que ha mejorado, y que posiblemente el siguiente fin de semana viniera a verla. Ante esta noticia, la señora Nora refiere sentirse un poco nerviosa porque sabe que su señor va a querer estar con ella. Además, manifestó: "como él no tiene hijos ni nadie a quien cuidar, no le importa con su vida, en cambio yo sí, y no me voy a dejar Sería mejor que no viniera más a la casa". Le respondimos que observábamos que ella estaba muy enojada y parecía como si quisiera hacer desaparecer a su cónyuge porque la contagió con VIH+ Contestándonos la señora Nora que muchas veces ha deseado que se muera rápido, pero que después se siente muy mal Nuestra respuesta fue que seguramente la

terapeuta, en su lugar, estaría en iguales condiciones; muy enojada e incluso hasta con deseos de matarlo; por lo irresponsable que ha sido; pero como somos personas con buenos valores jamás lo haríamos, claro que sólo por el hecho de haberlo deseado nos sentimos muy mal y si nuestros deseos se cumplen nos sentiremos todavía peor, porque creemos que tenemos ese poder; cuando no es así. Ante esta interpretación la señora Nora guardó silencio y nos dijo que habíamos acertado, "dado en el clavo de cómo yo me siento". En momentos muy enojada que desea matarlo y siente que ya no lo quiere, luego se pregunta si todavía lo ama; en otros momentos siente que todavía lo ama, pero que, en general, no quiere - por ahora - continuar con dicha relación.

Le respondimos que estaba en su derecho, pero que era importante que dejara las cosas claras, por lo que le recomendamos nuevamente que hablara con él y le expusiera que por el momento ésa era su decisión porque está muy molesta y que le diera tiempo para ella reflexionar y calmarse. La señora Nora nos contestó que era muy difícil hablarle, pero trataría de hacerlo.

En esta sesión, también le recordamos que sólo nos quedaba la próxima y la de seguimiento dentro de un mes. Le preguntamos cómo se sentía al respecto. Respondiéndonos que un poco triste porque venir a las citas le ha ayudado mucho a sentirse mejor y a ver su problema de diferente manera, pero que trataría de seguir adelante. La animamos, diciéndole que ella tenía muchas fortalezas para seguir adelante pero que si sentía demasiado ansiosa o triste por la terminación, trabajaríamos sobre ello en la próxima cita.

Posteriormente nos informó que le preguntó a su médico acerca de lo que habíamos hablado de ser HIV+ y no tener SIDA y que el mismo le confirmó que si ella se cuidaba

podría durar aproximadamente 20 años o más, que él tenía pacientes a quienes se les diagnosticó hace casi 15 años y "todavía estaban aquí sanos", que todo dependía de sus características constitucionales y la actitud de ella sobre su cuidado. La señora Nora muy optimista informa que pondrá todo su empeño para tener una "buena actitud", ella piensa que siempre ha "sido una persona sana y Dios la ayudará". Después de éste dialogo nos despedimos, hasta la próxima cita.

Llega a su quinta sesión tranquila y al preguntarle cómo se ha sentido desde la anterior, nos comunica que bastante bien, su señor no se apareció y ella no ha llamado a la hermana para saber de él porque prefiere dejar las cosas así; aun cuando está dispuesta y decidida a hablarle sobre la separación en la primera oportunidad que tenga.

Según la señora Nora, su señor no ha venido porque sabe todo el daño que le ha hecho y a lo mejor espera que ella lo deje. Piensa eso porque en el cuarto no hay nada de él, ella no se había dado cuenta, pero el fin de semana decidió recogerle sus cosas y para su sorpresa, solamente hay unas "chancletas".

Posteriormente, nos menciona que esta trabajando la limpieza de dos casas, una vez por semana, a pesar de que no está ganando mucho dinero, los "veinte dolitas" ganados semanalmente le sirven para comprar las cosas que sus hijos necesitan para la escuela. Todavía continúa dependiendo de su mamá, padrastro y hermana, pero sabe que poco a poco irá saliendo de sus problema. Igualmente nos informó que su hermana le estaba consiguiendo un trabajo y que había la posibilidad de irse para una isla a trabajar en un hotel, donde le ofrecían un buen salario, por lo que ella estaba dispuesta a viajar. Lo único que le entristecía era que no estaría cerca de sus hijos; y prácticamente, sólo los vería una vez al mes. Al respecto había hablado tanto con sus hijos, como con su hermana.

y su mamá, y todos le han dado ánimos. Las dos últimas, le han prometido que se harán cargo de "sus niños"

Le respondimos, que nos alegramos por ella, ya que nuevamente manifestaba esperanzas en su futuro, la señora Nora asintió y nos añadió que había hablado con su hermana y si le resultaba lo del trabajo, se marcharía por un año, ahorraría para instalar su "fonda de comida", ya que allá no gastaría casi nada, puesto que les dan la comida y el hospedaje, sólo tendría que comprar sus cosas personales para cuando viniera a Panamá y aportar para los gastos de sus hijos. Estimaba que podía ahorrar de B/75.00 a B/100.00 mensuales y en un año podría estar ahorrando casi B/900.00, y eso le serviría para "montar" su negocio.

Le advertimos que si sus planes se cumplían era posible que otra vez se presentaran síntomas de ansiedad y tristeza, no solamente por la separación de sus hijos, sino por la adaptación normal a un nuevo ambiente. Sin embargo, a pesar de lo anterior, le enfatizamos nuestra confianza en que ella se manejaría muy bien, puesto que habíamos observado, a través de la terapia sus grandes fortalezas internas y externas, tales como su optimismo y responsabilidad. Además, el amor y la confianza que siente hacia sí misma y sus hijos como el apoyo incondicional de su hermana y su madre le daban, también, esa fortaleza.

Le solicitamos que brevemente, nos mencionara que había aprendido en este tiempo de estarnos viendo en la terapia. Ella respondió que era difícil explicar lo aprendido, porque cree que son muchas cosas, pero lo más importante es el haberse atrevido a hablar sobre sus "cosas" con su madre y hermana, a quienes consideraba distantes y pensaba que no la apoyarían. También las explicaciones recibidas acerca del por qué se siente tan sola.

y abandonada le han servido para sentirse mejor, debido a que siempre había pensado que sólo le importaba a su abuela, sin embargo comprobó que no era así, al reflexionar acerca de la ayuda que ha recibido a través de los años por parte de su madre

Le recordamos que esta era nuestra última sesión de las cinco estipuladas, que no se olvidara de contactarnos, para la sexta - aun cuando se sintiera bien - ya que de todas maneras queríamos saber de ella, no solamente para evaluar los resultados de la psicoterapia, sino que nos interesaba como persona. Al respecto, sólo nos mencionó que no nos fallaría

Continuamos hablando acerca de cómo ella comparte el tiempo con sus hijos. Manifestó que a todos les gusta oír música, ver televisión y "salir por allí" Agregó que, en general, ella se considera una persona alegre, aspecto éste que había olvidado, pero estaba retomando su alegría y sus deseos de salir. La exhortamos a que tratara de continuar siempre con optimismo Al despedirnos, la señora Nora se nos acercó, dándonos las gracias; nos abrazó y nos dio un beso en el pómulos Le respondimos de igual manera

En cada sesión se le solicitó que nos narrara sus sueños; sin embargo, no reportó ninguno

La noche antes de nuestra sexta y última sesión de seguimiento, la señora Nora nos llamó para informarnos que no podía asistir, porque estaba trabajando en la isla, sin embargo nos aseguró que cuando regresara a Panamá nos contactaría para nuestra cita pendiente Solamente nos expresó que a pesar de que extrañaba a sus hijos se sentía mucho mejor Le agradecemos su llamada y le manifestamos que la esperábamos para cuando viniera a Panamá.

Después de casi dos meses, la señora Nora llama solicitando su cita de seguimiento, se la programamos para el día siguiente. Acude a la misma, bronceada y muy bien arreglada, maquillada, (aspecto que no se evidenció en las sesiones anteriores) y sonreída. Nos saludamos y le hicimos esa observación. Nos respondió que estaba trabajando en la isla y, cómo no había otra cosa que hacer, caminaba por la playa en sus ratos libres, por lo que estaba "quemada" y últimamente, había decidido maquillarse porque eso la hacía sentirse mejor; ya que la "piropean" cuando anda por la calle. Además dice que se siente muy feliz de ver a sus hijos y a su familia, después de aproximadamente mes y medio. Asimismo porque en la mañana de ese día la contrataron para trabajar aquí en Panamá, por lo que no regresará a la isla. Le manifestamos que nos alegrábamos, porque parecía que eso la hacía feliz, ella contestó que se sentía demasiado sola en la isla, y, a pesar, de que había hecho planes para trabajar un año, decidió quedarse aquí en Panamá por el nuevo trabajo. Además, nos revela que todo ese período en la isla le sirvió para reflexionar, y llegó a la conclusión de que es mejor estar al lado de sus hijos y familia. Igualmente había estado pensando en su señor y ha decidido verlo. Indica que ya conversó con su cuñada y le comunicó que lo visitaría en esa semana. No pensaba continuar con la vida marital, pero le propondría que estaría con él en sus días libres para cuidarlo. Agrega que no lo puede abandonar completamente. Le respondimos que eran sus decisiones y que estas reflejaban su gran espíritu humanitario. Le agregamos que recordara todos los aspectos sobre la sexualidad que habíamos hablado; ya que son aspectos que nuevamente se le presentarían en algún momento de su vida.

La señora Nora volvió a agradecernos los consejos que le brindamos. Antes de terminar la sesión le solicitamos que nos llenara el cuestionario postratamiento. Después,

le agradecemos su cooperación y por la oportunidad que nos brindó para escribir sobre ella en nuestra investigación. Igualmente, le manifestamos que, aun cuando se siguiera sintiendo bien que en un futuro nos gustaría saber de ella, o si en algún momento necesitaba de nuestra ayuda que no dudara en contactarnos nuevamente, ya que si estaba dentro de nuestras posibilidades lo haríamos

2.3.3. Historia Clínica. Caso # 3

Problema actual o queja principal

El señor Antonio fue referido con un diagnóstico de depresión reactiva por su médico de cabecera para tratamiento psicoterapéutico

Al llegar a la consulta, apenas cerramos la puerta del consultorio, él empezó a llorar desconsoladamente, manifestándonos que estaba condenado a muerte.

Información general

Fecha de la primera entrevista: 20 de junio de 1999

Nombre	Antonio
Edad	47 años
Sexo	Masculino
Fecha de nacimiento	2 de noviembre de 1952
Escolaridad	Primaria completa
Estado civil	Casado
Dirección	San Miguelito

Ocupación	Fontanero
Nivel socioeconómico	Medio bajo
Religión	Católica
Raza	Mestiza

Historia de la enfermedad actual

El señor Antonio informa que hace aproximadamente un año y medio atrás le diagnosticaron con SIDA. Desde entonces enfrenta los siguientes problemas:

- No tiene ánimos de nada, se levanta porque tiene que hacerlo
- Se ha aislado de su esposa e hijas porque tiene mucho miedo de contagiarlas
- Casi no duerme. Se despierta sobresaltado de 2 a 3 veces por la noche y después se le hace difícil conciliar el sueño
- Se siente muy triste y frustrado, ya que no tiene la facilidad económica para prolongar su vida.
- Se siente muy culpable y piensa que Dios le "ha mandado el SIDA como castigo"
- Piensa renunciar a su trabajo porque está muy enfermo y tiene mucho miedo de que sus compañeros se enteren de su infección, por lo que se ha apartado también de ellos
- En su trabajo, realiza las labores más difíciles y peligrosas, aquellas que nadie quiere hacer, para que sus compañeros no se expongan, ya que él está condenado a muerte

Historia de las enfermedades psicológicas previas

Afirma que hace cuatro años atrás recibió tratamiento psiquiátrico durante seis meses, debido a que tenía problemas de erección. Además, estima que es una persona nerviosa, que tiende a deprimirse mucho.

En la actualidad, desde que le diagnosticaron SIDA se ha estado atendiendo mensualmente con un psiquiatra, quien le ha recetado fluoxetina para mejorar su estado emocional, pero afirma que no siente mejoría.

Anamnesis somática

En general, considera que ha sido una persona sana, pero aproximadamente hace dos años atrás enfermó (Hepatitis B). Fue tratado, pero como continuaba sintiéndose mal, le hicieron la prueba del SIDA, la cual salió positiva.

A pesar de que nunca ha ingresado a un hospital, últimamente ha estado sufriendo de infecciones relacionadas con el SIDA, debido a que tiene las defensas bajas. Ha padecido de infecciones en los riñones, piel, intestinos, ojos, y bajó de peso producto de las diarreas que sufre. Le han dicho que él es un candidato para la triple terapia, sin embargo, todavía no ha recibido dicho tratamiento porque "el Seguro no tiene esos medicamentos".

Historia personal

El señor Antonio proviene de una familia interiorana, es el último hijo de once niños del primer matrimonio de su madre, y penúltimo de doce hijos en total.

Fue educado por su madre y su padrastro, este último es considerado por el paciente como su verdadero padre; ya que le han dicho que su padre biológico murió cuando él tenía aproximadamente un año, por lo que no lo recuerda.

Sobre su niñez nos dice que, cree que fue feliz. Su adolescencia fue tranquila, muy apegado a su padrastro, a quien acompañaba todo el tiempo en el trabajo de campo.

Solamente llegó hasta VI grado de primaria, porque donde vivía sólo había ese nivel educativo y él prefirió quedarse y ayudar a su "papá", en lugar de irse a estudiar a otra ciudad.

Afirma que las relaciones tanto con su madre como con su padre (padraastro) fueron buenas en su infancia adolescencia y adultez Con respecto a sus hermanos, por ser el penúltimo no recuerda haber compartido juegos con ellos Con la única que se ha llevado muy bien es con su hermana menor, inclusive ahora que son adultos

Emigra del interior a la capital a la edad de 24 años, ya que le habían conseguido un trabajo en la institución en la cual todavía se encuentra laborando, por lo que tiene cerca de 23 años de trabajar en la misma empresa. Sus tareas consisten en reparar los daños en las potabilizadoras y cañerías gigantescas Generalmente, es un trabajo peligroso porque las tareas las realizan en túneles donde hay agua y mucho lodo que pueden derrumbarse y quedar sepultado.

No recuerda haber recibido educación sexual Su primera relación fue aproximadamente a la edad de 24 años con una prostituta, cuando emigró del interior a la capital, por motivo de trabajo Con respecto a las masturbaciones, manifiesta que las realizó durante su adolescencia, pero no muy frecuente En la actualidad, no se masturba, a pesar de que tiene casi tres años de no practicar el coito Considera que no ha sido un hombre mujeriego, ya que aparte de dos o tres prostitutas con las que mantuvo relaciones cuando estuvo soltero, después de casarse con su señora solamente mantuvo relaciones con la señora que lo infectó con SIDA.

A la edad de 25 años conoce a su señora, quien tenía dos hijas pequeñas y estaba sola y muy necesitada y después de una relación de cerca de un año contraen matrimonio y nace su primera hija.

Describe a su esposa como una persona "muy callada, pero de carácter fuerte" y poco cariñosa, aunque últimamente se deshace en atenciones con él, y pesar de que él no quiere, ella se le acerca y lo abraza.

Su relación con sus hijas e hijastras las describe como excelentes, solamente que en la actualidad se ha aislado, porque tiene "miedo de hacerles una daño", tal como contagiarlas con SIDA

Dentro de las grandes pérdidas declara está la muerte de su padrastro, a quien amaba mucho, considera que ni cuando se murió su madre se deprimió tanto como cuando su padrastro murió. Posterior a la muerte de éste hace dos años, fallece uno de sus hermano en un accidente. Se deprimió mucho, pero piensa que ya superó y aceptó la desaparición de ambos.

Informa que después de la muerte de su padrastro, empezó a tener problemas eréctiles, por lo que evita a su esposa, y por recomendaciones de su médico decide buscar prostitutas. Se involucra con una extranjera y mantiene una relación extramarital con ella por cerca de 8 meses. Eliminó las que mantenía con su esposa, aun cuando convivía con ella como si fuera un hogar normal. Termina con la relación extramarital porque sabe que tiene compromiso con su esposa e hijas a quienes ama mucho, aun cuando ya había finalizado la relación, no renueva la vida sexual con su señora por su nerviosismo y porque temía que ella lo rechazara. Según el señor Antonio su esposa sufrió mucho, a pesar de que no se dio cuenta de que él "andaba" con otra mujer. Casi un año después empieza a tener problemas de salud y, posterior a una serie de exámenes, le diagnosticaron Hepatitis B. Recibió tratamiento y le curaron la hepatitis, pero él continuó sintiéndose mal, con diarreas, resfriados y dolor en el cuerpo por lo que su médico

decidió "hacerle la prueba del SIDA", la cuál le salió positiva. Informa que "lloró mucho y casi le da un ataque al corazón ", incluso pensó suicidarse, pero le "faltó el valor" Cuando le dijeron que su esposa también debía efectuarse la misma prueba, empeoró, pero su médico lo apoyó mucho y le dijo que lo ayudaría ocultando a la esposa, la causa del contagio Asistieron donde su médico y éste lo ayudó como le prometió Le explicó a la esposa que para curarle la hepatitis, habían utilizado un producto derivado de sangre humana contaminado con SIDA. Ella lloró mucho se hizo la prueba pero salió negativa, se la volvieron a repetir nuevamente y también salió negativa. Se siente tranquilo por esa parte, ya que sabe que no la ha infectado Piensa que no le "pegó" el SIDA a su señora porque ellos casi no tenían contacto sexual desde antes de involucrarse con la mujer extranjera

Desde ese tiempo, él ha tomado medidas en su hogar se salió del cuarto conyugal y acondicionó "un cuartito fuera de la casa" Tiene "su plato, vaso, taza y cubiertos aparte", solamente utiliza el servicio higiénico de la casa, pero piensa construir uno para su uso personal, ya que tiene mucho miedo de contagiar a algún familiar En su trabajo, también se aisló, ya no comparte con sus compañeros, ni comida o bebidas, tal como solían hacerlo, por el mismo miedo

Aparte de su señora, la única de sus hermanos y hermanas a quien le ha confiado su diagnóstico, es a la hermana menor y a su amigo de la infancia con quien tiene una estrecha relación Ambos lo están apoyando emocionalmente y económicamente cuando pueden hacerlo

Actualmente, tiene más de un mes de estar incapacitado, por lo que piensa renunciar, ya que todos sus compañeros preguntan: ¿qué es lo que le pasa? y sus jefes llaman

insistentemente para averiguar cuando volverá. Como él no se siente bien, ha decidido presentar su renuncia esta semana.

Historia familiar

La familia nuclear del señor Antonio consta de su esposa, dos hijastras, las cuales considera como hijas propias, de 24 y 26 años. Ambas en la actualidad están casadas y tienen su propio hogar. Dos hijas de 15 y 18 años, las cuales son estudiantes y todavía se encuentran en el hogar. La mayor es universitaria y la menor asiste a la escuela secundaria.

Desconoce acerca de antecedentes psiquiátricos en su familia. Por otro lado, sobre la historia de su familia de origen, tiene el conocimiento de que su padre murió siendo él un niño muy pequeño (un año), en un accidente. Su madre fue ama de casa y contrajo segundas nupcias con su padrastro. Éstos ya murieron, su madre en 1988 y su padrastro en 1995, debido a la edad.

De sus doce hermanos, sólo quedan cinco vivos actualmente. Cinco de ellos murieron cuando niños, incluso, él cree que dos o tres murieron antes de que él naciera. Sólo recuerda la muerte de dos, porque él ya era "un niño grande". Desconoce las causas de sus muertes. Señala que de sus dos últimos hermanos que fallecieron, una murió en 1992 (por problemas en el corazón) y su hermano en 1997 (atropellado por un auto a alta velocidad). Con ambas muertes se deprimió, pero más con la de su hermano.

Su esposa está siendo atendida por una psicóloga y una psiquiatra por los problemas de su salud, ya que se deprimió mucho cuando supo que él tenía SIDA; aunque, no dejó de cuidar su hogar y ni a él.

Examen del estado mental

- Se mostró cooperador, sin embargo durante la mayor parte del interrogatorio lloró.
- Aspecto General del Sujeto normal en lo que concierne al aspecto físico, vestido y cuidado de la persona.
- Actividad motora acentuada.
- Expresión del rostro. tristeza moderada, lloró durante el interrogatorio
- Mímica normal.
- Valoración cuantitativa del discurso. normal
- Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio· acentuada, lloró la mayor tiempo del interrogatorio
- Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio· acentuada
- Orientación no se presentan trastornos de la orientación espacio temporal
- Organización estructural de la comunicación. es coherente, lógico y formal
- Transformación patológica de la realidad mantiene el contacto con la realidad y no hay deformaciones en dicho contacto ya que no se presentan alucinaciones, delirios.
- Obsesiones y fobias· no se observaron.
- Sentimientos de despersonalización no se observaron.
- Problemáticas personales significativas. Lo que más le preocupa al paciente es su salud
- Orientación del estado de ánimo. tristeza moderada.
- Memoria· normal.
- Atención normal
- Conciencia de la enfermedad. Presente

Pruebas psicológicas aplicadas

Escala de Depresión de Zung - El índice de depresión que obtuvo el señor Antonio es de 71, el cual se interpreta cómo depresión severa a extrema

Escala Revisada de Collett-Lester de miedo a la muerte y al proceso de morir -
Obtuvo un puntaje de 123 de un total de 160, el cual se puede considerar bastante alto, lo que permite interpretar que el señor Antonio está presentando un alto grado de ansiedad o miedo hacia la muerte

En las subescalas, los resultados fueron los siguientes: Subescala sobre la propia muerte 30, en la del propio proceso de morir 30, en la muerte de otros 33, y en del proceso de morir de otros 30, de una puntuación máxima de 40

En la mayoría de los ítems (en 29 de 40 ítems) puntuó en el rango de 4 a 5, el cual se considera alto, ya que el grado de ansiedad se encuentra por arriba de la media. Solamente en uno de la subescala del proceso de morir de otros, puntuó en 1, el cual se cataloga de bajo. En los 11 ítems faltantes, puntuó en 3, lo que representa la media.

Con respecto a su propia muerte lo que más le inquieta es el aislamiento total de la muerte y la posibilidad de sentir dolor y castigo después de la muerte. En su propio proceso de morir, el dolor implicado en dicho proceso y la degeneración intelectual de la ancianidad o enfermedad

De igual manera, le causa ansiedad la muerte de otros, en los siguientes aspectos: perder a alguien cercano a él, arrepentirse de no haber sido agradable con esa persona cuando estaba viva y envidioso de que la persona en cuestión esté muerta. En el proceso de morir de otros en el siguiente aspecto: ver sufrir a la persona en cuestión por el dolor

Formulación Psicodinámica

Entre las influencias psicodinámicas que han contribuido a formar la estructura de la personalidad del señor Antonio, es el haber crecido en un hogar donde desde su temprana infancia han habido pérdidas por muerte. Su padre muere aproximadamente cuando él tenía un año. Tiene hermanos que murieron siendo el muy chico, que ni los recuerda. Por lo que hemos hipotetizado que producto de estas muertes en su hogar de origen existieron sentimientos de tristeza, ansiedad, y es posible que mucha culpa en la madre, los cuales, han sido introyectados por el señor Antonio.

A pesar de que manifiesta que su madre fue muy buena - aspecto que no dudamos - es posible que ella no le ofreció una base segura, ya que el señor Antonio la recuerda seria, triste y encerrada en sí misma. Consideramos que creció con la sensación de abandono e inseguridad, probablemente debido a que la madre fue incapaz de brindarle cuidados cariñosos y sensibles de acuerdo con las expectativas afectivas del señor Antonio, porque ella también estaba transitando por una serie de duelos, por lo que suponemos que el señor Antonio inicia su vida con mucha inseguridad y ansiedad.

Llega a su vida el padrastro con quien se apega o vincula angustiosamente, por miedo a perderlo tal como sucedió con su padre. Es posible que este apego o vínculo llenaba las expectativas del padrastro, ya que aceptó que su hijastro no se apartara de él, ni para ir a estudiar, quizás por miedo a la separación por parte de ambos.

Además, los aspectos relacionados con la muerte de sus seres queridos como la de él mismo le produce una gran ansiedad o angustia; lo que le impide funcionar adecuadamente. Así por ejemplo, señala que con la desaparición de su madre y de su hermano se deprimió mucho. Sin embargo al fallecer su padrastro, su angustia fue tal que no pudo seguir funcionando en el aspecto sexual, presentando una disfunción eréctil.

Consideramos que ante este hecho, es posible que volvió a revivir el duelo por la muerte de su padre biológico.

Al buscar ayuda - ante su problema sexual - la alternativa que le ofrecen es la búsqueda de una prostituta, con la cual se enreda afectivamente y mantiene una relación extramarital. Después de haber terminado, se da cuenta que lo contagió con SIDA, por lo que entra en crisis y como tiene a una estructura defensiva que no lo ayuda en nada, no ha podido salir, sino que por el contrario, su estado ánimo se ha deteriorado cada día más, presentando así, mucha inseguridad, angustia, tristeza y culpa que lo ha llevado a tener ideas suicidas y actos parasuicidas como una manera de autocastigarse por la forma cómo se contagió o para buscar alivio al sufrimiento que lo agobia.

Diagnóstico

- Eje I F33 x Trastorno Depresivo Mayor Recidivante Grave, con síntomas melancólicos [296 32]
- Eje II Ninguno
- Eje III SIDA (Infección en el aparato digestivo, furúnculos)
- Eje IV Ninguno
- Eje V EEGAR -61-80
EEASL-70

Recomendaciones para el Tratamiento

El primer objetivo para la terapia fue confrontar al señor Antonio con sus distorsiones cognitivas acerca de sus cuestionamientos existenciales. Ayudar a que aumente su autoestima; a que elabore sus problemas emocionales relacionados con los duelos no resueltos y educarlo con respecto distorsiones cognitivas que tiene sobre el

manejo de su enfermedad, tanto en el ámbito del hogar como laboral con la finalidad de disminuir sus síntomas de ansiedad y angustia.

a) Revisión y Planeación del Proceso Terapéutico

Aun cuando el señor Antonio tiene cerca de un año de estar tomando Fluoxetina de 20 mg, medicamento para el tratamiento de la depresión con síntomas de ansiedad, observamos que se hace necesario tratarlo psicoterapéuticamente, ya que llega a la consulta experimentando fuertes sentimientos de ansiedad hacia la muerte y con una profunda tristeza. Inició su primera sesión llorando y quejándose de que estaba condenado a muerte, por lo que el rol de la terapeuta fue muy directivo al confrontar sus distorsiones cognitivas, puesto que cuando él mismo manifestó llorando que estaba condenado a muerte; se le respondió que todos lo estábamos. Ante esta observación reclamó que le mirara su apariencia - tenía infección en los ojos y furúnculos en el cuerpo que le acababan de curar (tenía vendado un brazo) - Señaló que era cierto que "todos estábamos condenados a morir", pero que él tenía destinada "su fecha de muerte". Al respecto, se le solicitó que nos la dijera, y quedó desconcertado, por lo que continuamos sustentándole, que todos sabíamos cuando nacemos, pero que nadie conocía cuando era el día de su muerte, aún cuando se está en una situación delicada de salud. Le agregamos que solamente si él estaba pensando en suicidarse y tenía la fecha estipulada, era posible que la supiera. Nos reafirmó que no ha tenido el valor de hacerlo, por lo que le rogaba a Dios que le "pasara un accidente". Le preguntamos que cuántas veces él había intentado

sufrir un accidente, manifestándonos que en su trabajo efectuaba las labores más duras y peligrosas, que nadie quería hacer para ver si le "pasa algo" Le respondimos que su evidente angustia se debe a que está condenado a muerte, cuando todos lo estamos. Que considerábamos que él, lo que tenía era un miedo a vivir, ya que estaba buscando la muerte o tratando de suicidarse a través de un accidente. Nos contestó que no tiene el valor para suicidarse, porque Dios lo castigará.

Sin embargo, le preguntamos, si buscar un accidente, y hacerse daño o matarse no era igual a suicidarse. Guardó silencio y continuó llorando tranquilamente. Entonces le reiteramos que observábamos que él estaba muy angustiado y triste, que nos había dicho que era porque está condenado a morir por el SIDA, pero que podíamos asegurar que esa angustia y depresión tenían, además, otras causas, por lo que queríamos conocerlo un poco más. Es decir, le propusimos que formáramos un equipo de investigación, ya que así, conoceríamos la mayoría de las causas de su depresión y juntos buscaríamos las mejores alternativas para modificar o eliminar esa tristeza y angustia, a un grado tal que él pudiera continuar disfrutando su vida.

El señor Antonio reaccionó, y a pesar de que no hablaba, movía su cabeza de forma afirmativa, por lo que iniciamos preguntándole sus datos generales y, a medida, que avanzamos con la entrevista, reaccionaba de acuerdo con lo que nos relataba.

Después de haber escuchado su historia, le manifestamos que comprendíamos su situación. Él tenía una depresión con síntomas de angustia que han sido precipitados no solamente por el diagnóstico de SIDA (hace dos años atrás), sino también, por la muerte de su hermano y las pérdidas que ha sufrido durante todo este período producto de la infección, como por ejemplo, la pérdida de su salud que lo ha llevado a debilitarse a

causa de las diferentes infecciones, y a cambiar la imagen que tenía de sí mismo, no sólo a nivel externo, tal como son las infecciones de sus ojos y de su piel, sino también a nivel interno, ya que toda su concepción del hombre fuerte y sano que era esta cambiando. Igualmente él se ha autoimpuesto un exilio voluntario al aislarse de su familia, constituyéndose en otra pérdida vivencial. Además vienen las económicas debido a que como está incapacitado, no devenga su salario y actualmente está dependiendo de su señora, situación que lo hace sentirse más impotente. Se suma la angustia o el miedo a infectar a sus seres queridos y compañeros y la zozobra de tener que vivir con este desafío impuesto por la vida

Se le explicó que estaba atravesando por un duelo como efecto de las pérdidas y que su reacción se parecía a las que experimentó cuando, por ejemplo, su padre biológico murió. Además, le recordamos que durante su infancia fallecieron varios de sus hermanos, por lo que el ambiente de su hogar, probablemente fue triste y de mucha inseguridad. Como él estaba pequeño - le dijimos - quizás no lo recuerde, pero creemos que la inseguridad y la tristeza intensa fueron sentimientos que se fijaron en su memoria. De allí, que él es muy vulnerable a sufrir con gran intensidad y por un largo período cuando se enfrenta a pérdidas no solo por muerte, sino también ante eventos estresantes de la vida en los que de una forma u otra hay cambios en su vida y desaparece lo que tenía. De ejemplo, le expusimos que presentó una profunda angustia y depresión para cuando murió el "papá" hace cuatro años. Posteriormente fallece uno de sus hermanos y continua con su sufrimiento que no le permite disfrutar de su vida e incluso lo incapacita en su vida sexual. Ahora cuando ve su vida amenazada, estos sentimientos se repiten intensamente, por lo que no ve las alternativas o los aspectos buenos que posee en su

vida, tal como su familia, su esposa, hijas, hermana y amigo que lo han estado apoyando y dándole ánimos

Le insistimos que puede manejar esas emociones, siempre y cuando acepte la infección del SIDA como un desafío al que puede enfrentar, buscando sentido a su vida en el plano físico, mental y espiritual, ya que en todas estas áreas tiene que hacer cambios que redunden en su beneficio y, en ese sentido, estábamos con él para orientarlo y apoyarlo

Le recordamos que así como se comprometió con ser un buen padre y amar tanto a sus hijastras como a sus hijas, él puede responsabilizarse y amarse, aun con la infección. Le solicitamos a que se comprometiera a no arriesgarse más en posibles accidentes, ya que a la larga podría tener éxito y se suicidaría, por lo que perdería la oportunidad de expresar todo el amor que siente por su esposa e hijas

Antes de finalizar esta sesión le recomendamos que no renunciara a su trabajo, porque perdería todos sus derechos, al acceso de la atención médica; medicamentos, y la pensión por invalidez o enfermedad. Le aclaramos que si bien era cierto que él se sentía decepcionado porque, todavía, no había recibido su cheque por enfermedad, eso no quiere decir que no lo recibirá. Le sugerimos que tomara las cosas con calma, ya que lastimosamente todo lo que se relaciona con dinero lleva un proceso burocrático largo, por lo que se debe preparar mentalmente para continuar, por un tiempo, dependiendo económicamente de su señora, amigo e hijastras. Le sugerimos que se contactara con el departamento de Trabajo Social de su policlínica en busca de orientación. Después de terminada la sesión, hicimos el contacto por teléfono con una Trabajadora Social de la policlínica donde se atiende y ella lo citó para el día siguiente

b) Descripción de la Segunda a la Sexta Sesión

A su segunda sesión, el señor Antonio acude un poco más tranquilo, nos saludamos y antes de iniciarla le recordamos que en la anterior habíamos acordado que le aplicaríamos pruebas psicológicas, a fin de corroborar nuestras impresiones con respecto a su estado de ánimo y así orientar de una mejor manera nuestra ayuda

Se sentó a llenar primero la escala de depresión de Zung y posteriormente la de Collett -Lester de miedo a la muerte y al proceso de morir. Durante la aplicación de la segunda escala, el señor Antonio empezó a llorar y la suspendió, por lo que le manifestamos que si se sentía demasiado angustiado que la hiciera después

Guardamos silencio por uno 2 o 3 minutos y le preguntamos sobre las razones que le provocaban angustia y mucho miedo. No nos respondió, y continuó llorando desconsoladamente, por lo que utilizamos ejercicios de respiración, combinándole expresiones verbales de "tranquilo" después de darle el comando de respirar profundamente por la nariz y de "paz" luego del comando de expirar o expeler por la boca el aire. A la medida que efectuó estos ejercicios, el señor Antonio, se fue tranquilizando. Posteriormente lo interrogamos sobre como se sentía y nos respondió que un poco mejor. Añadió que el estar llenando el cuestionario, le "hizo pensar que todo eso le estaba pasando" a él y se "llenó de mucho miedo", no tanto por la muerte en sí, sino porque "piensa que no va a tener la oportunidad de pedirle perdón a su señora". Le contestamos que la posibilidad, ya la tiene, simplemente no la está utilizando, y le agregamos que en esta vida, de una manera u otra, todos nos equivocamos, ya sea por una

orientación inadecuada o porque así lo elegimos, pero lo importante era reconocer nuestra culpa y reparar el daño que nos hemos hecho. Primero pidiéndonos perdón a nosotros mismos y comprometiéndonos a no hacernos más daño; después, solicitándolo de diferentes maneras a las personas que amamos. En su caso - le dijimos - observábamos que él se sentía muy culpable ante su esposa e hijas, por lo que una manera de demostrarle su arrepentimiento era mostrándoles amor y respeto con una actitud positiva, y tratando de disfrutar lo que le presenta el día a día. Además, le enfatizamos que es muy difícil convivir con una persona que se ha aislado y se la pasa triste y angustiada las 24 horas de todos los días. Le aconsejamos que no se encerrara en su cuarto y le recordamos que nos había dicho que tenía una excelente comunicación con sus hijastras e hijas, por lo que le solicitamos que tratara de conversar con ellas de temas que anteriormente compartían, no necesariamente tenían que ser sobre su infección. De igual manera, lo podía hacer con su esposa. Lo exhortamos a que organizara su tiempo para caminar, hacer su jardinería que tanto le gustaba, u otras actividades que lo relajaran y lo divirtieran, ya que de esa forma se ayudaría a no estar pensando todo el día en su problema.

Le explicamos que como se había contagiado a través de una relación extra marital con una prostituta, él se sentía muy culpable ante Dios y su esposa. No sólo porque le ha mentado acerca de la forma cómo se contagió, sino también porque ella le estaba brindando cuidados, los cuales él cree no merecer por haberla traicionado; al contrario, piensa que debe ser castigado. Nos respondió que muchas veces pensaba que su "señora" va a descubrir toda su mentira y que lo va abandonar. Incluso nos confió que habían conversado y él le había dicho que si decidía dejarlo, que lo aceptaría, ya que ella está

joven y puede rehacer su vida. Pero que ella le contestó que ya había tomado su decisión de quedarse con él porque lo ama y es el padre de sus hijas.

Le interpretamos que inconscientemente espera ser castigado por sus acciones, y se autocastigaba a través de su aislamiento, angustia y pensamientos negativos acerca de la posibilidad de ser abandonado

Para poner a prueba sus pensamientos acerca de la posibilidad de abandono por parte de su esposa, le solicitamos que nos brindara evidencias, ya sean verbales o de actitudes que ella tiene que le confirmen esa posibilidad. Nos manifestó que no se podía quejar de su esposa, ya que aun cuando ella le ha dicho que se siente triste por lo que les está pasando, "se esmera" en cuidarlo, incluso, "más que antes" Al respecto le indicamos que observábamos que él ha ganado mayor atención y cuidado por parte de su esposa con la enfermedad, y lo aceptó, por lo que le inquirimos sobre la probabilidad de que su depresión se debiera a la necesidad de mantener la atención de su esposa. No respondió y guardó silencio, después dijo que no

Posterior a este diálogo, nos manifestó que estaba listo para terminar de llenar la escala, por lo que se la entregamos y terminó un poco más tranquilo. Después que nos la entregó le preguntamos cómo se sentía y nos contestó que no tan "nervioso" como antes. Le aseguramos que él puede manejar su angustia o nerviosismo, realizando ejercicios de relajación a través de la respiración, tal como se lo habíamos mostrado en la sesión. Igualmente le insistimos que si él sentía mucho miedo porque piensa que cualquier día de estos puede morir, todos estábamos en las mismas condiciones, incluso niños, jóvenes y hasta gente que no tiene ninguna enfermedad; ricos y pobres mueren todos los días por accidentes, sin tener la oportunidad de prepararse para la muerte y decirle a sus seres

queridos todo el amor que sienten por ellos Sin embargo - le dijimos - que considerábamos que él era un privilegiado, ya que Dios le estaba dando esa oportunidad

El señor Antonio, guardó silencio unos segundos y respondió que era cierto, que trataría de poner de su parte para mejorar y tomar las cosas con más calma, tal como se lo habíamos señalado en la sesión anterior Prometió que aunque le fuera difícil, trataría de salir y compartir con sus hijas y esposa, y empezaría nuevamente a sembrar sus plantas ornamentales, lo cual le gustaba y se entretenía mucho

Debido a sus quejas con respecto a que se despertaba por las madrugadas y se le hacía difícil volverse a dormir, le cuestionamos sobre las actividades diarias, respondiéndonos que generalmente se "la pasa encerrado" en su cuarto, acostado pensando en sus problemas Le preguntamos que si su enfermedad no le permitía hacer nada. Nos dijo que él puede dedicarse un poco a la jardinería, a ayudarle a su señora con la limpieza o salir a caminar, pero como ha estado "muy desganado" no lo hace Le recomendamos que, dentro de sus posibilidades, era importante que se mantuviera activo Le advertimos que pasar mucho tiempo acostado, también, puede estar influyendo en sus hábitos de dormir, debido a que es posible que se duerma por algunos minutos y eso influye en el sueño de la noche Al respecto nos manifestó que trataría de seguir nuestras recomendaciones, ya que era cierto lo que se había dicho

Lo cuestionamos sobre sus sueños o pesadillas, pero contestó que no los recuerda Que últimamente hay ocasiones que se despierta sobresaltado, pero asume estar preocupado por la enfermedad.

Finalizamos nuestra sesión manifestándole que confiábamos que él haría todo lo posible por ir mejorando poco a poco; nos despedimos y le recordamos que lo esperábamos para la próxima sesión

Llega a su tercera cita bastante tranquilo, su apariencia física ha mejorado un poco, ya que la infecciones visibles de los ojos y la piel ya no se observan. Al preguntarle cómo le ha ido, en general; nos responde que bastante bien, ya que se siente un poco mejor. Nos asegura que ha reflexionado sobre lo que hemos hablado y a conversado con su señora al respecto, y ella le reveló que se deprimía mucho porque lo veía a él muy desesperado y no podía hacer nada para ayudarlo, que sus hijas estaban muy preocupadas porque lo veían demasiado triste y angustiado, por lo que habló e informó que "su papá estaba muy enfermo" (sin mencionarle que tiene SIDA, tal como se lo había pedido). Igualmente, el señor Antonio refiere que le pidió perdón a su esposa por cualquier daño que le haya hecho durante todo el tiempo que han convivido, le dijo que ella y sus cuatro hijas son muy importantes y que las ama mucho. Su esposa le respondió que ella lo sabía porque él siempre se ha "desvivido por sus hijas", pero que le había gustado oír eso. Según el señor Antonio gracias a esta conversación, dio cuenta que su familia estaba sufriendo mucho, por lo que ha decidido mejorar. Nos menciona que esa semana empezó a salir; fue a caminar a la central, después fue a la catedral a rogarle a Dios que lo ayude a soportar su sufrimiento. "Diosito sólo tu sabes cuando voy a morir, en tus manos pongo mi vida por favor ayúdame a no sufrir tanto" - le dijo -. Ha rezado mucho y afirma que ya no se siente tan desesperado. Le respondimos que poco a poco nos ayudábamos a nosotros mismos, que él estaba empezando a dar sus primeros pasos y que era importante continuar porque aun con su enfermedad todavía podía disfrutar lo que le presenta el día a día.

Le recordamos que sólo nos faltaban dos sesiones para concluir con las cinco estipuladas y la sexta de seguimiento un mes después para saber cómo le va, que se lo reiterábamos porque era posible que él volviera a sentirse inseguro y abandonado por la terminación de la terapia, y con el fin de evitar ese tipo de reacciones, se lo anticipábamos. Además, le aseguramos que si no se sentía bien, estaríamos en la disponibilidad de volverlo a ver, aun cuando no haya finalizado el mes.

Continuamos preguntándole sobre sus metas en un futuro cercano y cómo le había ido con la Trabajadora Social, nos informó que en la misma semana de nuestra primera consulta había ido donde la trabajadora Social, quien lo atendió muy bien y le entregó unos formularios para solicitar su pensión por invalidez. Lo orientó con respecto a sus derechos adquiridos; y ahora sólo estaba esperando respuesta dentro de dos o tres meses, ya que toda la documentación solicitada la había entregado. Nos menciona que ése era otro aspecto que lo había ayudado mucho a sentirse mejor, porque sabe que económicamente va a continuar ayudando con los gastos de su casa, que a pesar de que no le había faltado nada, se sentía muy mal porque su señora e hijastras estaban haciendo muchos sacrificios. Inclusive, su hija mayor, estaba buscando trabajo y pensaba abandonar la universidad, pero ahora - que ya conversó con su señora - ambos le han dado ánimos a su hija para que continúe con sus estudios, "por lo menos que termine su primer año y después veremos si podemos continuar apoyándola".

Con respecto a sus metas nos reporta que no desea continuar laborando en la misma área, ya que como es fontanero tiene que trabajar con agua y lodo todos los días, y por doce o catorce horas, reparando turbinas o cañerías gigantescas. Su médico le dijo que su salud se ha deteriorado más por el estrés del trabajo y por estar demasiado tiempo

"mojado" Ha tenido hongos e infecciones en la piel y los exámenes de orina y heces siempre le salen con muchas bacterias y parásitos

Menciona, además, que tiene una "enfermedad intestinal rara" que no sabe su nombre, debida al constante contacto con el agua. Le preguntamos qué otras alternativas tenía en su empresa para cuando él regresara de su pensión. Nos responde que no sabría decirnos, pero si vuelve al mismo puesto, renunciaría. Le respondimos que era mejor asesorarse antes de quedarse desprotegido, que su médico determinará sus limitaciones y puede ser que la Comisión Médica recomiende una posición donde no se afecte por la humedad u otorgarle la licencia de invalidez, la cual es por dos años, prorrogable por dos más para luego dársela definitivamente, si la Comisión Médica dictamina que esta incapacitado para seguir laborando. Nos contesta que la Trabajadora Social lo había orientado al respecto y que por ahora no encuentra otra alternativa en su trabajo.

Ante los planteamientos anteriores le respondimos que tenía una tarea, ya que hay que prepararse mentalmente para lo que puede venir. Nos contestó que su médico le ha asegurado que le darán la pensión de invalidez por dos años, ya que sus exámenes de laboratorio muestran que tiene las defensas muy bajas; así es que por ese lado se siente tranquilo, porque sabe que su salud no se va deteriorar más por el tipo de trabajo que tiene. Además, se siente más tranquilo porque le han dicho que posiblemente dentro de un mes el Seguro tendrá los medicamentos para el tratamiento del SIDA y eso le ha dado una esperanza de que su vida pueda prolongarse. Le contestamos que nos alegrábamos por él y que nos complacía ver cómo poco a poco su estado de ánimo estaba mejorando y observábamos que él ya tenía más esperanzas sobre su futuro. Nos respondió que sí y que le agradecía a "Dios" por haber puesto a la terapeuta en su camino para ayudarlo.

Posterior a este diálogo nos despedimos y le manifestamos que lo esperábamos en la siguiente sesión

A su cuarta cita acude tranquilo y al preguntarle sobre su estado de ánimo, nos responde que "mas o menos, días buenos días malos", pero tratando de salir adelante con los días malos, ya que cuando se siente muy angustiado o triste, le dice a su señora que va a caminar, y cuando regresa está más tranquilo

Lo cuestionamos sobre sus días malos, es decir, qué le provocaba tanta angustia y tristeza, si era su enfermedad u otra cosa. Nos aseveró que, en general, era por la enfermedad, ya que hay días que amanece con diarrea, "demasiado suelto", y eso lo pone de mal humor y se encierra en su cuarto. Se siente incómodo por estar corriendo a cada rato al baño y piensa que por el resto de sus días se pasará corriendo al baño y después hasta se "amarga al ver el mismo plato y vaso" que tiene apartado para ingerir sus alimentos. Le preguntamos qué le ha dicho su médico con respecto a la causa de la diarrea y qué le recomendó. Nos respondió que las diarreas se deben a las defensas bajas y, en parte, porque es muy nervioso. Para su tratamiento le ha recetado "unas pastillas que se llaman imodium" tres veces al día, tomar líquidos (sin incluir la leche, jugo de naranja, entre otros)

Le recordamos que nos había dicho que también tenía días buenos, que nos gustaría saber cual era la diferencia. Nos exterioriza que en los días buenos va "al baño tres o cuatro veces al día", lo que le permite ir a la iglesia y a caminar, aun cuando se sienta un poco triste. Le pedimos que nos dijera cuántos días de la semana son los buenos. Respondiéndonos que pueden ser cuatro o cinco, entonces, le dijimos que todos los días no tiene diarrea para decir que se pasará el resto de sus días corriendo al baño. Nos

respondió que era cierto, pero cuando se levantaba por la madrugada para ir al baño dos o tres veces, se pone nervioso y de mal humor, ya que piensa que de nuevo va a "tener un día malo" Le explicamos que posiblemente por ir dos o tres veces al baño en la madrugada, él se predisponía a reaccionar depresivamente y todos sus síntomas se reactivaban Le advertimos que si "profetiza" que va a ser un día malo, definitivamente lo será porque así lo piensa y no hace nada para cambiar tal situación, sino por el contrario, se encierra con el pensamiento fijo en sus diarreas, lo que le provoca mas angustia, incrementando el problema, cuando la alternativa sería prestar más atención a los días buenos Además, si no puede salir nuevamente, le recomendamos que tratara de organizar su día dentro de la casa con actividades que pueda realizar, pero que no se aisle en su cuarto

Igualmente, lo cuestionamos sobre si había algo, que el día anterior lo hubiese molestado para reaccionar con angustia. Respondió que no, y señaló que no se puede quejar porque está bien atendido por su familia, simplemente hay días que siente más tristeza y no sabría definir el porqué Él está haciendo lo posible por sentirse cada día un poco mejor y cree que lo está consiguiendo, ya que ya no se encierra tanto en su cuarto, le cuesta compartir momentos con sus hijas pero trata de hacerlo. Inclusive nos señala que su hija menor, en estos días, entró al cuarto y "se tiro" en su cama y si no hubiera sido por su esposa, la manda a salir molesto (cuenta que su esposa le hizo señas con las manos para que se calmara y guardara silencio), ya que sintió mucho miedo que su hija se contagiara de SIDA Añade que él sabe cómo se transmite la enfermedad, pero cuando se le acercan su esposa o sus hijas se llena de angustia, porque piensa que las puede contagiar Además, reitera que tiene su plato, vaso y cubiertos aparte por la misma razón

Al respecto, le recordamos que él sabe que el SIDA no se transmite a través de contactos casuales, pero observábamos sus actitudes de aislamiento por el temor a contagiar a sus seres queridos. Lo exhortamos para que tratara de dominar su angustia y permitiera el acercamiento de sus seres queridos, ya que todos necesitan de un contacto cercano. Le aseguramos que no les va a transmitir el SIDA a sus hijas sólo por el hecho de abrazarlas, o compartir los mismos utensilios para comer, que se decía que la enfermedad es contagiosa, pero que las vías de contagio son muy específicas, tales como, a través de las relaciones sexuales sin protección (sin el uso del preservativo o condón, o su uso inadecuado), transfusiones de sangre contaminada o el compartir jeringuillas para inyectarse drogas.

El señor Antonio nos respondió que trataría de no angustiarse. Agrega que, por lo menos, ya permite que su hija se le acerque o entre a su cuarto.

Lo felicitamos y lo animamos para que continuara acercándose corporal (a través de abrazos o simplemente estar sentados a la par) y emocionalmente a su familia, ya que esto les daría fortalezas y ayudaría a convivir con la infección.

Le recordamos que sólo nos quedaba una última sesión y la de seguimiento, después de un mes de este período. Le reiteramos que había la posibilidad de que le produjera un poco de inseguridad la terminación de la terapia por los sentimientos de desamparo, de allí la necesidad de prevenirlo. Además, le insistimos que en caso de que se sintiera mal, y ante una situación de urgencia, nos podía contactar, ya que trataríamos de ayudarlo. Por otro lado, le enfatizamos que la importancia de aprender a ser independiente al manejar su estado de ánimo y angustia, por ello se le programó su cita de seguimiento tal como se

lo habíamos comunicado. Nos despedimos, expresándole que lo esperábamos la siguiente semana.

En la quinta sesión los temas principales redundaron en torno a las actividades realizadas. Nos informó que sigue mejorando y tratando de mantenerse ocupado en su jardinería y asistiendo a la iglesia.

En esta ocasión nos relata que sentado en el parque de la Iglesia de Santa Ana, vio a un hombre frente a él. Éste tenía una expresión de mucha angustia en su rostro y se encontraba llorando, por lo que se le acercó y le preguntó, ¿qué era lo que le pasaba? El señor le respondió que si contaba lo que le pasaba, ni siquiera le estaría hablando. El señor Antonio, narra que le contestó que a lo mejor estaban en las mismas condiciones, que tratara de relatarle lo que le pasaba, para así apoyarlo. El desconocido, confió en él y le relató que acababan de informarle que estaba contagiado de SIDA. Nuestro paciente refiere, que conversó con el desconocido y le contó su historia y le dio ánimos. Inclusive, lo aconsejó para que buscara ayuda psicológica y le informó sobre la ayuda que él estaba recibiendo.

Al respecto, se le felicitó por su espíritu humanitario y le destacamos el hecho de estar aprendiendo a vivir con la infección del SIDA, ya que estaba ayudando a otros que lo necesitan.

Posteriormente le solicitamos que nos informara qué había aprendido y ganado durante todo este tiempo que ha venido a psicoterapia. El señor Antonio respondió que asimiló como no angustiarse tanto, a lidiar sus momentos de tristeza y angustia, actualmente está practicando para quitarse el miedo de relacionarse con su familia; para ello, trata de conversar con sus hijas y deja que se le acerquen un poco. Menciona que

antes hablaba muy poco con su señora, en cambio, actualmente, lo hacen más frecuentemente, siente que están más unidos a pesar de que no comparten la misma habitación. Aunque ella le ha dicho que regrese a la habitación matrimonial, piensa que no lo hará porque puede causarle un daño, si tienen intimidad.

Respecto al último punto lo cuestionamos acerca del significado que le da al término intimidad. Nos respondió "tener sexo", por lo que se le orientó, manifestándole que la intimidad, no solamente es tener sexo, que también los abrazos, las caricias en el cuerpo y las conversaciones entre marido y mujer, pueden ser parte de la intimidad.

Le preguntamos si lo habían orientado con respecto a la "práctica del sexo seguro". Respondió negativamente, por lo que procedimos a explicarle que a las personas con el VIH+ y SIDA se les recomienda, que para impedir la reinfección o infectar a otras personas, realizar las prácticas sexuales que evitan la penetración. Las alternativas son los masajes eróticos o películas que los estimulen para autosatisfacerse o satisfacerse mutuamente. También se habla del sexo protegido, el cual consiste en relaciones con penetración, pero en este caso se recomienda el uso del preservativo o condón, para evitar el intercambio de fluidos corporales, que son los transmisores del virus. Se le advirtió, asegurarse de que éstos no estuvieran vencidos, ni fueran guardados en billeteras porque se dañan. Le resaltamos que la efectividad del condón dependía de la manera correcta de su uso, por lo que le sugeríamos que aprendiera a usarlos, si no lo sabía.

El señor Antonio nos escuchó atentamente y respondió, que en este aspecto, se le hacía difícil cambiar su forma de pensar; además, creía que nunca más iba a tener sexo con nadie, por lo que nuevamente se le contestó que la sexualidad es bastante amplia, por ello se le había explicado lo del sexo seguro. Además se le orientó para que hablara sobre

el tema de la sexualidad con su esposa, ya que la toma de decisión al respecto era en pareja, con responsabilidad y respetando la integridad de cada cual. Igualmente, se le mencionó que también existía la alternativa por autoestimulación y autosatisfacción. Al respecto el señor Antonio no hizo más comentarios; por lo que continuamos recordándole que con esta sesión concluíamos el tratamiento, y que faltaba la sesión de seguimiento (dentro de un mes), cuando evaluaríamos los cambios logrados a través del proceso terapéutico. Asimismo, le enfatizamos que aun cuando se sintiera bien, era importante que asista a la cita, ya que nos interesa su situación. Ante esta observación nos respondió que vendría porque el tratamiento le había ayudado a ver sus cosas de diferente manera y que, aunque "le dan sus momentos de tristeza, ya no es como antes".

Nos despedimos, con un fuerte apretón de manos. Ya de pie frente a la puerta, (mientras nos apretaba la mano), manifestó dos veces ¡Gracias!

Por razones personales de la terapeuta se le reprogramó la fecha, por lo que acude a su sexta sesión, una semana después.

Iniciamos esta sesión preguntándole cómo se ha sentido en general. El señor Antonio nos responde que bastante bien. Expresa que después de terminada la psicoterapia decidió visitar a sus hermanos en el interior, ya que tenía años de no hacerlo. Se hospedó en un hotel local y con cada uno de ellos conversó sobre su problema de salud. No se sintió rechazado y estima que, en general, le fue bastante bien, porque todos trataron de darle ánimos.

Nos informa que inició el tratamiento de la triple terapia aproximadamente hace dos semanas. Se siente muy optimista, y a pesar de que los medicamentos son fuertes y le producen ciertos malestares, sabe que mejorará. Otro de los aspectos que lo "tiene" feliz

es que la Trabajadora Social lo llamó para comunicarle que en poco tiempo ("tiempo récord"), le habían aprobado la pensión de invalidez. Había firmado sus papeles el día anterior, por lo que el siguiente mes empieza a cobrar. Además, manifestó que le entregarían un cheque retroactivo por todo el tiempo de su incapacidad, el cual piensa utilizar para pagar lo que adeuda al fondo complementario para incrementar su pensión.

Le reafirmamos al señor Antonio, que nos complacía que sus problemas se estuvieran resolviendo poco a poco, que lo observábamos más optimista y eso era una ganancia para él, porque su actitud lo ayudaba para que continuara mejorando poco a poco su salud física.

Nos responde, agradeciéndonos y manifestando que si no es por la terapeuta, él no tuviera su pensión, ni sentiría que puede afrontar lo que le presenta vida. Continuó hablando de sus hijas y esposa. Señaló que el día libre de su señora lo estaban utilizando para "ir a pasear o salir a caminar juntos".

Posteriormente, le solicitamos que nos llenara el cuestionario postratamiento y al finalizar, le agradecemos por su cooperación y por otorgarnos el permiso para escribir sobre su caso. Igualmente, le mostramos nuestro interés por conocer de él en un futuro, aun cuando se sintiera bien. Además, le enfatizamos que si necesitaba nuevamente de nuestra ayuda, estaríamos disponibles para apoyarlo.

2.3.4. Historia Clínica. Caso # 4

Problema actual o queja principal

"He venido porque el padre (sacerdote) me recomendó que buscara ayuda con una psicóloga y me dijo que hablara con usted Estoy deprimido 'mire' nunca me había enamorado y a estas alturas lo he hecho y nada ha resultado bien"

Información general

Fecha de la primera entrevista 10 de septiembre de 1999

Nombre	José Alberto
Edad	31 años
Sexo	Masculino
Fecha de nacimiento	1 de octubre de 1967
Escolaridad	Secundaria y un semestre en la Universidad
Estado civil	Soltero
Dirección	San Miguelito
Ocupación	Estilista
Clase Social	baja
Religión	Católica
Raza	Blanca

Historia de la enfermedad actual

José Alberto informa que tiene aproximadamente seis meses de estar confrontando los siguientes problemas:

- Tiene mucha rabia por dentro
- Experimenta frecuentes ataques de tristeza y se encierra a llorar
- Ha empezado a consumir nuevamente drogas (piedra)
- Se pasa durmiendo todo el día y en la noche no puede dormir.
- No tiene deseos de hacer nada, se pasa encerrado en su casa deprimido, escuchando música a todo volumen para olvidarse de sus problemas, pero no puede.
- Actualmente, no esta trabajando porque no tiene ganas de hacerlo
- Discute y le grita mucho a su "mamá" (abuela).
- Tiene dos semanas de estar con diarrea y no sabe si es por el SIDA o por los nervios

Historia de las enfermedades psicológicas previas

Según José Alberto, a la edad más o menos de 12 años lo llevaron a psiquiatría por problemas de conducta y manierismo. Uno de los especialistas que lo atendió dijo que él no tenía nada, pero su abuela insistió y fue donde otro profesional, este último solicitó hablar con su mamá y su papá, quienes nunca asistieron. Recuerda que sólo le pusieron pruebas, pero nunca fue tratado.

Reporta consumo de drogas ilícitas desde los 14 años. Cuando fue diagnosticado de SIDA, aproximadamente hace siete años, se deprimió mucho, declara que sintió que su "mundo se vino abajo, no sabía si era de día o noche o lo que ocurría a su alrededor", sin embargo el equipo médico que le "dio la noticia me felicitó porque estaba calmado y no llore ni grité". En esta época su consumo se incrementó, ya que lo hacía casi todos los días porque quería morir, ya que se sentía "más sucio y me consideraba una basura".

A pesar de que le recomendaron que asistiera al grupo de apoyo, en aquel entonces no lo hizo. Hace 2 o tres 3 años aproximadamente, empezó a acudir, pero no con

regularidad Se presenta a seis o siete reuniones y después se "pierde" Actualmente, tenía como un año de no concurrir a dicho grupo

Anamnesis somática

Informa que, en general, ha sido una persona sana, nunca ha sufrido de enfermedades crónicas por las que tenga que estar medicado, ni ha estado hospitalizado, incluso aun después de ser diagnosticado de SIDA Con respecto a enfermedades relacionadas con el SIDA, cree que sólo le han dado diarreas y fuertes resfriados controlados rápidamente por él mismo, ya que no le gusta asistir al médico

Historia personal

José Alberto es el hijo mayor de cuatro hijos de padre y madre (una mujer y tres varones), su padre tiene otro hijo que es el menor, quien tiene Síndrome de Dawn Su madre tiene ocho hijos más (cinco mujeres y tres varones), algunos son mayores y otros menores que él

Fue "criado" por su abuela paterna desde los cinco meses de edad, ya que, según le han contado, su mamá biológica lo envió donde su abuela porque ésta no la aceptaba como mujer de su hijo Señala que su mamá (abuela) lo ha protegido mucho y es la única que le demostrado amor "aunque sea a su manera", puesto que es "muy crítica" y nunca ha resaltado nada positivo en él

Actualmente, todavía continúa viviendo con su abuela, con quien tiene una relación conflictiva. Le grita y se enoja mucho con ella porque (según José Alberto) su abuela es una señora, necia y "perequera"⁴ que inventa historias sobre él, diciendo que él "mete hombres a la casa cuando ella está dormida", hecho que no es cierto. No obstante,

manifiesta quererla mucho, a pesar de "ser ella así como es", porque es la única persona que siempre está pendiente de que a él no le falte su comida, aunque se ausente por algunos días de la casa. Inclusive, según José Alberto, "su mamá" tiene la opción de irse a vivir donde su tía, pero prefiere quedarse con él porque sostiene que todavía tiene que cuidar de él (paciente).

Durante su infancia creyó que su padre era su hermano, porque éste nunca se relacionó con él como tal, ni nadie le dijo quién era. Cuando él "estaba grande" - a la edad de siete u ocho años - preguntó dónde estaba su papá, entonces, le dijeron quien era. Después se le acercó a su padre y le preguntó si era cierto lo que le habían dicho y éste le dijo "simplemente sí". Asevera que se sintió muy confundido. La relación continuó igual, no recuerda que su padre se le haya acercado, y señala que él tenía miedo de acercársele porque su padre siempre lo rechazaba y solamente se dirigía a él para llamarle la atención.

Conoció a su madre biológica "accidentalmente" a la edad de 9 años, en el mercado, una vez que acompañaba a su mamá (abuela). Aquella preguntó si él era su hijo y la abuela le respondió que sí. Él se sorprendió porque no sabía que tenía otra mamá. En esa misma época supo que tenía más hermanos, se sintió muy feliz y pidió que lo llevaran donde su madre y allí conoció a sus otros hermanos que también eran de su padre, asimismo a los otros hijos de su madre. Percibió la aceptación de sus hermanos, más no la de su madre, quien todavía "continúa rechazándome".

Manifiesta que le guarda mucho rencor a su madre y su padre, pero especialmente a éste último, ya que según José Alberto ha sido el único hijo que ha convivido con su papá

⁴ Término utilizado para referirse a una persona problemática.

y éste nunca ha tenido ningún gesto cariñoso para con él (paciente) Piensa que su padre se las debe y por eso deja de trabajar, porque de todas maneras tiene que darle de comer a su mamá (abuela del paciente) y a él

Considera que tuvo una niñez y adolescencia "desgraciada", sus tías lo regañaban mucho porque era muy afeminado, mientras que su abuela lo protegía y decía que era mentira. Sus compañeros de escuela y vecinos se burlaban de él, por lo que nunca jugaba con ellos, solamente con las niñas de la barrada. Creció prácticamente solo sin compartir juegos con otros niños de su mismo sexo.

Sobre las relaciones con sus hermanos y hermanas han sido un poco distante, excepto con su hermana menor, con quien - refiere - llorar juntos frecuentemente todas sus penas

En cuanto al desarrollo psicosexual, José Alberto reporta que desde muy pequeño ha sido afeminado, le gustaba vestirse con ropa de sus tías, jugar con niñas, aunque le llamaran la atención Más o menos a los 9 años una prima de su misma edad, lo sedujo, "me bajó los pantalones, me acosté con ella, pero no me gusto, me sentí muy mal". Según él mismo ese ha sido el único contacto que ha tenido con una mujer y lo considera un trauma, ya que él todo el tiempo se ha considerado "una mujer atrapada en un cuerpo de hombre"

A la edad de 12 años inicia su vida sexual activa con un joven de 16 años, esa relación duró aproximadamente 2 años Se terminó porque su pareja empezó un noviazgo con una joven Se sintió muy decepcionado y, a partir de ese momento empezó a consumir drogas ilícitas (piedra) esporádicamente y a ser muy promiscuo.

Afirma que a la edad de 16 años le dijo a su "mamá" abiertamente que era homosexual porque lo tenía cansado de que lo "estuviera persiguiendo cuando salía"

Estima que es un "homosexual puro", no tiene contactos sexuales con mujeres y solamente le "gusta que me penetren pero no penetrar" Para satisfacerse sexualmente él prefiere que lo "masturben" cuando lo penetran

Sobre su historia escolar afirma que, en general, fue buen estudiante porque se encerraba en sus estudios para no sufrir. Cursó un semestre en la universidad en la Facultad de Economía, la cual abandonó por problemas económicos

Con respecto a historia laboral cuenta que ha sido muy inestable, ya que trabaja por 2 o 3 meses en algún salón de belleza y después renuncia porque está demasiado deprimido o enojado consigo mismo o con los demás por algún desaire que le hayan hecho. Durante el tiempo que está cesante (2 o 3 meses), solamente se dedica a realizar cortes y secados de cabello en su casa, y a consumir piedra. Actualmente, tiene aproximadamente 5 meses de no trabajar y afirma que "no le preocupa", aun cuando es la primera vez que ha extendido este período por tanto tiempo

Como se mencionó anteriormente, José Alberto reporta que fue diagnosticado con VIH+ en 1992, a la edad de 23 años. Declara que para esa época, consumía piedra una o dos veces al mes, pero cuando recibió el diagnóstico, aun cuando se lo sospechaba, para él "fue muy grande", se descontroló e incrementó el consumo a casi todos los días, ya que quería acabar lo más pronto con su vida. Consideraba que Dios le había mandado ese castigo por ser homosexual, "una basura que se lo merecía". Además, refiere que se "puso tan mal", que incluso eliminó las relaciones sexuales, durante más de un año.

Informa que no ha recibido apoyo de sus familiares. Por ejemplo, a una de sus tías la llamaron del Centro de Salud para informarle sobre su estado de salud, ésta asistió, pero jamás se le acercó para conversar al respecto, ni él tampoco le ha preguntado "que fue lo

que le dijeron" Han pasado casi siete años y continúa resentido con ella por no haberle dado ningún tipo de sostén durante todo este tiempo. Sin embargo, lo han ayudado dos amigos homosexuales, quienes lo llevaron a APACSIDA (Asociación Panameña Contra el SIDA), para obtener orientación, aquí lo apoyaron mucho, ya que le explicaron todo sobre lo que es el SIDA y sobre la importancia de cuidarse

Considera que su infección, en la actualidad, no le afecta tanto como antes. Hay momentos en que se entristece o se deprime por un tiempo, pero trata de seguir "haciendo mi vida". Sin embargo, declara que llora mucho y se encierra en su cuarto por 2 o 3 semanas, después sale. Todavía continúa pensando que "Dios le envió la enfermedad para castigarlo".

Afirma que lo preocupante de la infección es el proceso de muerte, ya que ha visto fallecer a dos grandes amigos, y le ha dolido mucho la forma como han muerto, solos, "con enfermedades feas y mucho dolor por mucho tiempo".

Asegura que sus relaciones con personas de su mismo sexo - exceptuando a sus amigos homosexuales - "todas han sido en el plano sexual, sin involucrar sentimientos". Piensa que nunca se "había enamorado por miedo a sufrir", y se ha dado cuenta que estaba en lo cierto. Actualmente está enamorado de un joven cinco años menor que él, con el cual mantuvo relaciones por un período de 6 meses. Afirma que está sufriendo mucho, porque a pesar de que "lo dio todo, confianza, amor, comprensión y trato de complacerlo en todo", el joven inició una relación con una muchacha, y pretendía que él se "lo aguantara". Esta situación lo "desquició", por lo que terminaron violentamente (con puños y con un gran escándalo en la barriada donde viven).

Historia familiar

José Alberto creció en el hogar de su abuela, junto con su padre y dos tías (hermanas de su padre), a quienes en su infancia los consideró que eran sus hermanas y hermano

Su padre es Visitador Médico y su madre trabajaba en una cantina, indicando que "es mujer de la calle"

De la historia familiar de su padre conoce que el único hijo varón de tres hijos de padre y madre Su abuela tiene otra hija que es la mayor de todos, y su abuelo tiene más hijos pero desconoce cuantos. Este último nunca convivió con su abuela, ya que tenía otra familia en el interior

Su abuelo paterno ya murió, pero este hecho no le afectó porque no tenía contacto con él Además, señala que al igual que su padre, fue un señor que siempre se mantuvo distante

De los cuatro hijos de padre y madre, José Alberto es el mayor En la actualidad sólo se encuentran tres vivos porque uno de ellos falleció a la edad de 17 años, hace aproximadamente nueve años Según José Alberto, este último fue un "drogadicto y maleante", quien murió en un "tiroteo"

Con respecto a enfermedades de la familia, considera que en el plano de la salud física todos son sanos Su mamá (abuela) tiene 84 años y, en general, está sana En el plano psiquiátrico, solamente sabe que su hermano menor tiene Síndrome de Dawn

Examen del estado mental

- Se mostró cooperador, comunicativo y atento, pero se notaba algo tenso, crispaba su rostro, manifestaba que hacía mucho esfuerzo por no llorar y desviaba la mirada cuando tocaba temas de su historia personal y familiar que le afectaban

- **Aspecto General del Sujeto** normal en lo que concierne al aspecto físico, vestido y cuidado de su persona.
- **Actividad motora** con una leve inquietud observada por el constante movimiento en las manos y frecuentes cambios de posición
- **Expresión del rostro** ligera tristeza ya que se mostró triste (aunque no lloró) al abordar los temas que le afectan
- **Mímica** Manerismo. Las expresiones mímicas parecen acentuadas de manera afeminada
- **Variación cuantitativa del discurso** normal
- **Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio** acentuada, aunque hizo esfuerzos por no llorar
- **Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio** leve, observadas por el constante movimiento de sus manos y cambios de posición
- **Orientación** no se presentan trastornos de la orientación espacio temporal
- **Organización estructural de la comunicación** es coherente, lógico y formal
- **Transformación patológica de la realidad** mantiene el contacto con la realidad y no hay deformaciones en dicho contacto ya que no se presentan alucinaciones, delirios
- **Obsesiones y fobias** no se observaron
- **Sentimientos de despersonalización** no se observaron
- **Vivencia psicológica de los trastornos somáticos.** no se observó
- **Problemáticas personales significativas** El paciente considera que sus problemáticas actuales más importantes están relacionadas la pérdida de su amante
- **Orientación del estado de ánimo** tristeza moderada.

- Memoria normal
- Atención normal
- Conciencia de la enfermedad Presente, ya que afirma que está deprimido por la pérdida de su amante

Pruebas psicológicas aplicadas

Escala de Depresión de Zung - El índice de depresión que obtuvo José Alberto es de 60, el cual se interpreta como depresión moderada

Escala Revisada de Collett-Lester de miedo a la muerte y al proceso de morir - José Alberto obtuvo un puntaje general de 125. Dentro de las subescalas, el índice de miedo a la propia muerte fue el más bajo (20). Sin embargo en la del propio proceso de morir, y la del proceso de morir de otros, son los más altos, ya que registra una puntuación de 38 y 36 respectivamente. Al respecto, se puede interpretar que José Alberto en sí niega que le tenga miedo a la muerte, no obstante, le angustia el proceso de morir de sí mismo y el de otros, ya que en 7 de los 8 ítems marcó 5, que es el puntaje máximo, el cual denota mayor ansiedad o miedo. Dentro de éstas subescalas, resulta que le preocupa la degeneración física e intelectual, el dolor que podría sufrir en su propio proceso de muerte, la incertidumbre respecto a como va a enfrentar su proceso de muerte, la falta de control en dicho proceso, la posibilidad de morir en un hospital lejos de la familia y amigos, y ver el dolor de otros mientras está muriendo.

De igual manera, le causa angustia el proceso de morir de otros en los siguientes aspectos: tener que estar con alguien que se está muriendo, que la persona quiera hablar con él de la muerte, ver sufrir a la persona en cuestión por el dolor; ser quien tenga que

decirle a esa persona que se está muriendo, así como, ver la degeneración física y mental de la persona en cuestión

Con respecto a la muerte de los otros, su nivel de ansiedad es bastante alto, puesto que el resultado es de 31, mayor que la media. Dentro de esta subescala, lo que más le angustia es perder a alguien cercano a él, arrepentirse de no haber sido más agradable con esa persona cuando estaba viva, y el sentirse envidioso de que la persona esté muerta.

De acuerdo con su propio deceso, lo que más le preocupa es morir joven y la posibilidad de sentir dolor o castigo durante la vida y después de la muerte.

Formulación Psicodinámica

A través de la historia de José Alberto observamos que la relación triangular padre - madre - hijo, fueron patológicas. Un padre afectivamente distante, rechazante y hostil, a quien en sus primeros años de vida consideró que era su hermano, una madre biológica rechazante, que lo entrega a la abuela paterna en custodia para resolver sus conflictos relacionales, y, por último, una madre sustituta (abuela), que acepta y se hace cargo de la crianza del pequeño, pero sin resolver los conflictos existentes entre ellos (madre e hijo, y nuera). Lo sobreprotege y a la vez lo mantiene distante. Todas estas personas representan en la vida del paciente figuras de vinculación y sostén que en alguna medida, no solamente han contribuido a la formación de una estructura de personalidad homosexual, sino también a la manera como José Alberto enfrenta los conflictos y frustraciones de la vida.

Cabe señalar que, aún sin descartar la probable disposición genética que podría influir en la homosexualidad de José Alberto, hipotetizamos que los factores

psicodinámicos juegan un papel importante. El paciente experimenta una intensa rabia hacia sus progenitores, por lo que, es posible que inconscientemente eligiera ser homosexual, como una manera de agredir y castigar a sus figuras de vinculación, por no ofrecerle una base segura donde pudiera crecer y desarrollarse adecuadamente, o inclusive, como una manera de autocastigarse por los sentimientos hostiles que dirige hacia sus familiares, debido a que le causan sentimientos de culpa intensa. También, cabe la posibilidad - tal como lo señalan los investigadores psicoanalíticos - que debido a sus carencias afectivas, su homosexualidad represente un mecanismo defensivo que ha utilizado para no perder el equilibrio que provocaría la desintegración de su personalidad. Es decir, su homosexualidad es su protección contra la psicosis.

Observamos sentimientos ambivalentes, odio y amor, hacia sus figuras de vinculación, especialmente hacia su padre y abuela paterna (figura materna de nuestro paciente), ya que a pesar de que manifiesta tenerle mucha rabia, tiene un anhelo subyacente de ser aceptado, querido y abrazado por ellos.

De igual forma, sus conflictos internos, provenientes de la ambivalencia entre el rechazo y la aceptación que internalizó, es probable que hayan despertado en José Alberto muchas inseguridades, tristezas y decepciones que lo dirigieron a asumir conductas impulsivas y autodestructivas, envolviéndose no solamente en actividades promiscuas, sino en el consumo de drogas ilícitas (piedra), que hasta cierto punto lo llevaron a contagiarse del SIDA.

El diagnóstico de la infección es recibido por el paciente como otro golpe más a su precaria autoestima. La manera de afrontarlo, es a través de conductas autoagresivas,

incrementando su consumo de drogas y sumergiéndose en un estado depresivo, el cual ha estado subyacente durante toda su vida

En la actualidad, el detonante de su estado depresivo es la ruptura de una relación amorosa que había establecido. Nuevamente, se presenta una crisis en la que tiene que afrontar, no solamente la actual pérdida amorosa sino, también, los anteriores duelos no resueltos

Diagnóstico

Eje I F33 1 Trastorno Depresivo mayor recidivante (moderado), con síntomas atípicos [296 31]

F19 1 Abuso de la Piedra [305 90]

Eje II Rasgos del Trastorno de Personalidad Límite

Eje III SIDA

Eje IV Problemas relativos al grupo primario

Eje V EEGAR -21-40

EEASL-70

Recomendaciones para el tratamiento

El primer objetivo de la psicoterapia es orientar a José Alberto para que ingrese a un programa de autoayuda (Narcóticos Anónimos), donde aprenda a controlar su adicción a la piedra. Ayudarle a elevar su autoestima y en la disminución de sus aspectos autoagresivos. Otros propósitos son: Ayudar a elevarle su autoestima y a disminuir sus aspectos autoagresivos. También tratar los problemas de las pérdidas, desilusión y decepción actuales (respecto a su ex pareja) y las perturbaciones de su relación familiar que le causan angustia, rabia y tristeza.

a) Revisión y Planeación del Proceso Psicoterapéutico

José Alberto se presenta a la consulta sintiéndose decepcionado y desilusionado debido a una ruptura amorosa, además, manifiesta que está buscando ayuda porque se lo recomendaron, pero no sabe en qué le "puede ayudar esto". Le expresamos que el tratamiento lo podía ayudar, siempre y cuando él se comprometiera y se responsabilizara a trabajar en conjunto con la terapeuta sus problemas emocionales, que no había elíxir ni varita mágica para quitarle el dolor que estaba sintiendo, pero que si formábamos un equipo podríamos investigar, cuáles eran las causas de sus decepciones, tristezas y amarguras para así poder apoyarlo y orientarlo. Nos manifestó que estaba dispuesto, ya que sentía que había "madurado" porque se había atrevido a buscar ayuda cuando nunca lo había hecho, aun cuando en muchas ocasiones se lo recomendaron.

Iniciamos nuestro interrogatorio y después de haber profundizado en su problema, le expresamos a José Alberto que comprendíamos que se sentía rechazado, triste, decepcionado y angustiado, y el detonante actual de su situación había sido la pérdida de su amante. Igualmente, le explicamos que ante situaciones de pérdidas todos pasamos por una especie de duelo, no sólo por la falta de la persona como tal, sino también porque estamos perdiendo parte de nosotros mismos, ya que hemos depositado nuestro amor, confianza e ilusiones en dicha persona, razón por lo que nuestras reacciones son variadas. de tristeza, negación, rabia, culpa y añoranza, las cuales no nos permiten ver que tenemos alternativas para seguir nuestra vida, sin esa persona.

Se le aseguró que todos esos sentimientos son normales ante una decepción, pero que era importante que no se dejara llevar por ellos, tal como lo había estado haciendo

durante toda su vida cuando enfrentaba situaciones de pérdidas. Además, se le dijo que considerábamos que desde pequeño se ha estado sintiendo rechazado por lo que la actual pérdida de su amante le revive no solamente esos sentimientos, sino que vuelve a utilizar patrones de pensamiento y comportamiento que lo hacen reaccionar agrediendo así mismo, puesto que nos ha indicado que en diferentes épocas de su vida él se ha deprimido, aislado y ha utilizado el consumo de las drogas para resolver sus vacíos emocionales producto de las pérdidas. Por ejemplo, le recordamos que nos había relatado como durante su infancia, se aislaba porque se sentía "desgraciado" debido a que sentía que su padre lo rechazaba. De igual manera en su adolescencia, además de volverse muy promiscuo, inicia su ingesta de piedra porque su pareja lo abandonó, posteriormente, cuando le diagnosticaron el VIH - que es otra pérdida más - nuevamente para mitigar su dolor y sus sentimientos de culpa, incrementó dicho consumo.

Le aconsejamos que era importante intentar organizar su vida a través de tareas que le gustaran y lo mantuvieran activo en el día para que por las noches pudiera dormir, ya que aun cuando tenga razones para sentirse enojado y triste es vital que aprenda a hacer algo sobre sus emociones. Igualmente le enfatizamos que el consumo de droga no le estaba ayudando en nada, debido a que además de estarse suicidando poco a poco, reflejaba lo poco que él se ama. Le reiteramos que era conveniente que empezara a responsabilizarse por sí mismo, buscando ayuda en la comunidad para su problema de drogas. Le recomendamos que asistiera al grupo de Narcóticos Anónimos (N A), asegurándole que la terapeuta lo apoyaría en el ámbito individual.

Al respecto nos manifestó que nunca había "ido a esos grupos" y que le daba "un poco de miedo porque siento que me van a rechazar", más que todo, por su apariencia tan

afeminada (tiene las cejas depiladas, cabello largo y usa maquillaje, polvo de cara) Además, señaló que a lo mejor esos grupos no le sirven. Ante esta última afirmación le contestamos que sólo se estaba justificando para no acudir Inmediatamente, le preguntamos que había pensado y cómo se había sentido cuando le recomendaron que buscara ayuda psicológica y nos contactó A la cuál respondió que también le "dio un poco de miedo" y pensó que sí sentía que se le rechazaba no volvería más, pero afirmó que no se había sentido así. Igualmente, expresó haber encontrado por primera vez, a una persona que no lo juzga por ser un homosexual y además, reconoce que también tienen sentimientos

Nuestra respuesta fue que él es un ser humano con pensamientos y sentimientos parecidos al de todas las personas, simplemente con patrones repetitivos de reacción ante situaciones nuevas o frustrantes de la vida que no le ayudan en nada. También, le hicimos constar que al igual que pensó que la terapeuta lo podría rechazar, él se estaba anticipando a hechos que posiblemente no pasarían Se le afirmó que en esos grupos, generalmente, ni se rechaza ni se juzga porque la mayoría está consciente que son seres humanos con problemas, y de allí la necesidad de reunirse para apoyarse con respecto a la dependencia a las drogas Además, le añadimos que como su principal problema radica en los sentimientos de rechazo, por eso siente miedo, pero que tenía que empezar a superar esos miedos, debido a que no todo el mundo lo repudiará, que posiblemente en ese grupo habrán algunos homofóbicos o personas con quienes simplemente no somos afines, pero dentro podía encontrar quienes lo apoyarán y lo ayudarán a superar su problema. Sobre lo expresado, comentó que era cierto, porque en el grupo de apoyo para los pacientes con HIV o SIDA se lleva muy bien con dos o tres personas, con algunos

solamente se saluda, pero, en general, no se ha sentido completamente rechazado Después de esta reflexión se comprometió a asistir al grupo de N A

Antes de finalizar esta sesión le enfatizamos que él continúa siendo un luchador, ya que todavía está tratando de salir adelante, a pesar de la pérdida de su amante, de tener el SIDA y toda una historia de carencias afectivas Le afianzamos que su decisión de buscar ayuda psicológica era muy positiva, porque así se estaba dando la oportunidad de seguir creciendo emocionalmente para poder afrontar las pérdidas que son parte de la vida misma

Nos despedimos, reiterándole lo ventajoso de asistir a los grupos de apoyo de N A como siguiente paso para su crecimiento personal

b) Descripción de la Segunda a la Sexta Sesión

Después de saludarnos y antes de iniciar nuestra sesión terapéutica, le recordamos a José Alberto lo acordado sobre la aplicación de dos pruebas psicológicas, por lo que le solicitamos su cooperación Primero completó la Escala de Depresión de Zung y seguidamente la Escala de Collett - Lester sobre el Miedo a la Muerte y al Proceso de Morir Mientras llenaba la última escala, emitía expresiones, tales como "ay sí eso me pasa a mí", "sí, sí le tengo mucho miedo, tengo amigos que han muerto y eso sí ha sido feo"

Al iniciar nuestra sesión, nos revela que al estar llenando la última escala, recordó cómo han muerto sus amigos homosexuales y a él no le gustaría le sucediera lo mismo

Continúa relatándonos que aproximadamente dos años atrás, falleció su mejor amigo con SIDA, "el que se suponía que me lo enterraría". declara que fue una muerte larga y dolorosa porque su amigo estuvo hospitalizado por mucho tiempo y la familia nunca lo fue a visitar. Con la muerte de este amigo, se deprimió mucho, por lo que de nuevo pasó un tiempo consumiendo "piedra". Pero, poco a poco la fue dejando, precisamente cuando tenía como un mes de estar saliendo con su ex amante, a pesar de que este último también consumía. Estuvo aproximadamente cinco meses sin ingerir drogas, ya que se sentía muy feliz con la relación, y "porque era la primera vez que me enamoraba y me sentía correspondido", pero se dio cuenta que su ex pareja solamente lo utilizó para satisfacer sus deseos sexuales. Añade - a manera de justificación - que él no niega que también haya usado a los hombres con ese mismo fin, pero que aquéllos que se habían acercado a él, también lo habían hecho solamente para satisfacer sus apetitos sexuales. Le explicamos que - debido a que siente que nunca ha recibido amor - justifica el hecho de buscar relaciones sexuales sólo para satisfacer sus deseos, cuando, consideramos que al igual que a usado la "piedra", practicaba el coito indiscriminadamente para sobrellevar sus sentimientos de vacío y rechazo. Su reacción ante esta observación fue de guardar silencio y después de algunos minutos - respondió con una tristeza marcada en su rostro - "¿usted cree eso? Al respecto le solicitamos que nos comentara su punto de vista sobre lo escuchado. Nuevamente guardo silencio y después de 2 o 3 minutos, confirmó que cuando se siente muy mal, busca la piedra para sentirse mejor, antes salía a buscar hombres que quisieran acostarse con él y rápido los encontraba; tenía relaciones pero después se sentía peor, de igual forma le pasa después de consumir la droga, pero lo

volvía hacer por lo que piensa que es cierto lo que se le dijo, sólo que nunca lo había pensado que lo hacía porque "se sentía sólo y sin amor"

Continúa expresando que en la actualidad, solamente se había "quedado con la piedra", debido a que se ha vuelto más selectivo y ya no es promiscuo como solía ser (antes de que le diagnosticaran el SIDA) Añade que no sabe qué es mejor, "si acostarse con alguien sin amor o acostarse con amor y sufrir lo que está sufriendo" Se le respondió que en ese aspecto solamente él tiene la respuesta. Lo único que le podíamos decir, era que una relación de amor no sólo se basa en el acto sexual, sino también en el compromiso, el cuidado, la seguridad y el respeto mutuo entre los cónyuges, que independientemente de que él sea un homosexual, esos ingredientes del amor entre la pareja se deben de mantener y que era su elección establecer relaciones de amor y compromiso o sólo una basada en el sexo. Acerca de este comentario afirma que su ex amante solamente lo buscaba para tener sexo por las madrugadas y a escondidas En cambio, él se preocupaba, le mandaba comida, le pedía que no consumiera piedra, que se cuidara, compraba los condones y le exigía a su ex pareja que se los pusiera cada vez que tenían contacto sexual, aun cuando este no quería usarlos Además, asevera que a pesar de no haberle contado sobre su cero positividad, "siempre lo aconsejaba y le decía que se cuidara de las enfermedades de transmisión sexual, especialmente del SIDA", sin embargo, éste le decía "de todos modos nos vamos a morir de algo, así es que no importa que sea de SIDA" Declara que aún así, no se aprovechó porque "ni a su peor enemigo le desea que tenga SIDA", ya que considera que ha "sufrido en carne propia" no sólo la muerte de sus mejores amigos, sino también, el tener la infección, que lo "ha hecho sufrir mucho".

Al respecto le sustentamos que observábamos que dentro de él, hay partes "maduras" que lo llevan a tomar buenas decisiones, ya que al elegir no reinfectarse, se ha mantenido prácticamente sin enfermedades relacionadas con el SIDA. A la vez ha cuidado a otros al exigir el uso del preservativo, lo que evidenciaba sus sentimientos para sí mismo y para otras personas, independientemente su molestia o decepción. Lo felicitamos y lo exhortamos para que siguiera exigiendo el uso del preservativo porque, en primera instancia, quien sale ganando es él. Le añadimos que esa parte buena, había que hacerla florecer, por lo que le recomendábamos que fuera reflexivo y persistente con lo que quería lograr, porque sólo así encontraría las bases para establecer sus relaciones y las metas de su vida, además, a través de su persistencia lograría lo que se ha propuesto.

En esta sesión también nos habló sobre la inmensa rabia que siente hacia su padre y declaró que "lo condena porque ha sido un papá que nunca se ocupó" de él. Al respecto, le respondimos que considerábamos que así como condena a su padre también se estaba condenando a sí mismo. Nos contestó que "no me condeno porque no me siento culpable" por sentir lo que estaba sintiendo, ya que "bien merecido se lo tiene".

Le indicamos que no dudábamos que él tenía razones muy poderosas para sentir tanta rabia hacia su padre, pero era importante que aprendiera a convivir con esos sentimientos sin estarse haciendo daño. Para mayor claridad le preguntamos que quién se hacía más daño si dejaba de trabajar y se aislaba por estar deprimido o tener mucha rabia. Con la cabeza hacia abajo, contestó que él. Continuamos interrogándolo, si su rabia (del paciente) ha afectado al papá, de tal manera que no pueda continuar con su vida. Guardó silencio y después de 3 o 4 minutos contestó "me he hecho mucho daño verdad".

Le interpretamos que se le había dicho que se estaba condenando porque inconscientemente sus valores morales no le permitían tener sentimientos de rabia y rencor hacia una persona que se supone debería amar y respetar. Por tal razón inconscientemente se autocastigaba al deprimirse, aislarse y consumir piedra porque de esa manera él no puede disfrutar de su vida.

Le aconsejamos que era importante que aprendiera a equilibrar sus sentimientos, buscándose un propósito, llorando sus pérdidas que le producen rabia y culpa, estructurando y organizando su vida diaria, de manera tal que vaya aprendiendo poco a poco a ser menos agresivo consigo mismo. Además, le recalcamos que era su elección, continuar amargándose con sus rabias y odios o a tratar de ser feliz con lo que el día a día le presente.

Guardó silencio y continuó informándonos que fue a N.A. y entabló amistad con la única muchacha del grupo y con dos señores que le han hablado fuerte pero con respeto. Además, señala que se sintió muy bien, ya que a pesar de que no hay ningún homosexual nadie lo trató mal. Añade que tendrá la semana ocupada, el lunes y viernes de 6:00 a 9:00 p.m., asistirá al grupo N.A., los martes asiste donde la psicóloga y los miércoles acude "al grupo de SIDA". Ha decidido ir a todos los grupos, porque se ha dado cuenta que se siente "un poco mejor" y, además, porque "no quiero pasarme toda la vida llorando" a su ex amante.

Sobre este aspecto lo felicitamos por sus buenas decisiones, y le enfatizamos importancia de escoger de cada grupo, e inclusive de la psicoterapia, todo aquello que le ayude a sobrellevar sus decepciones y a disfrutar su vida. Nos manifestó que estaba "muy motivado", ya que a pesar de que continúa todavía triste, siente que algo en su interior

está cambiando Además, está tratando de levantarse temprano; "hago mis tareas domésticas" (como barrer, trapear, lavar su ropa y la de su mamá y preparar la alimentación) y está empezando a salir a visitar a sus amigos para no dormir durante el día.

Antes de finalizar la sesión le recomendamos que buscara trabajo - ya que físicamente no tiene ninguna enfermedad que se lo impida - para que así, se fuera independizando y tomando el control de su vida. Nos respondió, que ya lo había pensado, pero como se había propuesto ir a los grupos y a la psicoterapia, todavía no se había decidido, pero cree que buscará su trabajo porque su "mamá" no le puede estar comprando las cosas personales que necesita y en, muchas ocasiones, no puede salir porque no tiene "plata" para su transporte

Nos despedimos, manifestándole que confiábamos que él continuaría poniendo de su parte para ir mejorando y que lo esperábamos en la siguiente sesión.

Acude a su tercera sesión bastante contento porque su ex pareja lo había buscado y habían conversado sobre su problema, aunque, manifiesta que éste no le ha prometido nada, nuevamente se esta ilusionando pero tiene miedo porque él "no quiere una relación igual a la que tenía antes".

Se le respondió que era importante que analizara cómo había sido su relación con su ex pareja, y reflexionara desde qué circunstancias está dispuesto a continuar.

Sobre lo anterior, señaló que deseaba que su enamorado lo respetara y compartiera con él momentos como un amigo y no sólo lo buscara para cuando "tiene ganas de cogerme" Continúa, expresando que difícilmente el ex amante va a querer una relación parecida a la que hay entre "marido y mujer". Añade que se enamoró de la persona menos

indicada, que inclusive incitó a sus hermanos para que le pegaran, lo cual le produce más rabia porque piensa que si él hubiera sido una mujer, su enamorado no hubiera solicitado o permitido este abuso. También afirma que ha tenido mejores relaciones donde se han enamorado de él (paciente), pero nunca quiso formalizarlas, aun cuando se lo pidieron porque no había involucrado sus sentimientos. Sobre lo antes expuesto se le formuló la siguiente pregunta: "Si por el hecho de haber involucrado sus sentimientos, obligatoriamente ¿él debía continuar con esa relación?. Nos contestó que no, pero había momentos de dudas, especialmente cuando pensaba que su ex pareja era su felicidad, pero sabe que no es así porque se ha dado cuenta que, a pesar de que no se siente feliz, está "tranquilo" y ya no se siente tan mal como antes.

Le manifestamos que aun con sus dudas, el mismo se estaba dando respuestas sobre la base de cómo quiere establecer sus relaciones y le enfatizamos que, en la medida que respete sus valores y su integridad como persona, exigirá ese respeto y se sentirá mejor. Además, le indicamos que una de las maneras de empezar a respetarse a sí mismo y exigir que lo respetaran, era no buscar relaciones sexuales o consumir piedra, ya que él mismo ha dicho que se siente peor, por lo que considerábamos que eso iba contra su integridad. Inclusive, se le insistió que con su ex pareja él podía empezar a cambiar su forma de vincularse al no aceptar las relaciones sexuales cada vez que éste lo buscara. Simplemente compartiendo de la compañía y de la conversación, ya que así, también su enamorado aprendería a verlo como una persona con la cual puede compartir un rato sin involucrar el sexo.

José Alberto reflexiona por unos 2 o 3 minutos y responde que nunca le habían hablado así y se da cuenta que en esta ocasión que vio a su ex pareja no se ha sentido tan

mal, ya que por primera vez discutieron y terminaron conversando sin tener "sexo" debido a que él "no quiso hacerlo" porque todavía se siente muy enojado por "la golpiza" que le "dieron los hermanos" de su ex amante y porque éste le dijo que "en el plano sentimental no quiere nada" (con él paciente), por lo que le contestó que era mejor que no lo buscara más Sin embargo "en el fondo deseaba" que su ex pareja le dijera que lo "amaba y que de todas maneras me buscaría" Además, añade "sobre la base de mis deseos y creencias, me estaba ilusionando", ya que "pensaba que - su ex pareja - me buscó porque me amaba", pero se da cuenta que no es así porque éste ha dicho claramente que no espere nada de él (ex amante) Agrega que después de haber reflexionado piensa que es mejor alejarse, ya que de todas maneras lo peor ya lo pasó. La única observación hecha por nosotros fue que eran sus decisiones

Posteriormente le preguntamos cómo seguía la relación con su familia, a lo que responde que su "mamá" continuaba muy mal, casi no duerme por las noches y cada vez que él sale, ella se pone nerviosa y le dice que a él lo "van a matar y es mejor que se quede en casa" Trata de tranquilizarla pero hay días que se pone peor, entonces él pierde la paciencia y empieza a gritarle que "ella está loca que se calme y que de todos modos va a salir" Se va muy preocupado y se pasa llamándola para saber como está Además, señala que a pesar de que ha solicitado a sus tías y primas para que la lleven donde un médico nadie le hace caso y le dicen que es un mentiroso que él lo que quiere es deshacerse de ella para andar con sus "perrerías". Esto lo pone de muy mal humor Además, exterioriza que no niega que se ha "portado mal", pero eso fue en el pasado y su familia todavía lo sigue "condenando" y esperan que "se pase cuidándola", sin él "poder tener su vida".

Le recomendamos que continúe insistiendo a sus familiares para que su "mamá" la vea un médico. Inclusive le sugerimos que la acompañara; sin embargo son respondió que no lo había hecho porque no tenía "la ficha, ni plata" para llevarla al "Seguro" o pagarle una consulta privada. Ante esta declaración, le recomendamos que hablara personalmente con sus tías, su padre o con alguien capaz de escucharlo e influir en los demás miembros de la familia, y así encuentren la mejor alternativa para el cuidado de su mamá. Nos responde que tratará de hablar con su hermana menor porque a ella sí la escuchan.

Le recordamos que esta era su tercera sesión y que sólo nos faltaban dos sesiones para concluir con las cinco que se habían estipulado al inicio del tratamiento y posteriormente realizaríamos la de seguimiento, un mes después. Aprovechamos para advertirle que era posible que sus síntomas de inseguridad y sentimientos de abandono podían repetirse por la terminación de la psicoterapia y esto le podría llevar a recurrir nuevamente a la droga para manejar sus emociones, por lo que para prevenirle y tratar de evitar tales reacciones se le estaba avisando. También le aseguramos que continuaríamos brindándole la ayuda psicoterapéutica si no se sentía bien, aun cuando no haya terminado el mes. Sobre este punto solamente nos respondió que estaba bien.

Continuamos preguntándole sobre cuáles eran sus metas a corto plazo y nos respondió que le gustaría asistir a una escuela de belleza para aprender sobre los diferentes tipos de tintes y las combinaciones para lograr un buen color en el cabello, ya que en ese aspecto necesita aprender todos los detalles porque solamente sabe efectuar los tintes que vienen ya preparados. Nuevamente se le cuestiona sobre qué es lo que le impide ir al curso de belleza y qué tiene que hacer para lograr lo que quiere, contesta que

debido a que el curso cuesta aproximadamente B/ 150 00 (ciento cincuenta balboas) y, en la actualidad él no tiene "plata" para costárselo, de allí que necesita trabajar y ahorrar. Añade que anteriormente ha intentado acumular ese dinero, pero sus planes han fracasado porque dejaba de ir a trabajar y lo ahorrado se lo gastaba.

Le hicimos notar que se autosaboteaba sus metas. Nos preguntó "¿por qué me dice eso?", ya que sí dejaba de trabajar era porque se sentía mal. Se le respondió que la decisión la tomaba él, en vez de enfrentar esos pensamientos negativos que lo llevan a sentirse mal y decidir continuar trabajando para lograr su propósito, decide dejarse llevar por ellos. Le reiteramos que si quiere alcanzar su meta debe proponerse conscientemente, todos los días levantarse temprano y organizar su día a fin de, primero, conseguir trabajo y después ahorrar para alcanzar su objetivo. Se le recordó que ya él se había propuesto trabajar conscientemente para abandonar el consumo de la piedra y tratar de manejar sus estados de tristeza y enojo para continuar con su vida. En ese sentido lo estaba haciendo bien, por lo que considerábamos que podía lograr sus metas, ya que tiene fortalezas que puede utilizarlas constantemente y no sólo cuando se sienta bien.

Expresó que se le hacía difícil manejar sus rabias y tristezas pero que trataría de hacer lo posible por ser más constante. Al respecto, le afirmamos que teníamos la confianza que él poco a poco obtendría los cambios que le hagan sentirse más satisfecho. Posteriormente, nos despedimos y le manifestamos que lo esperábamos en la siguiente sesión.

Acude a su cuarta sesión y después de saludarnos nos reporta que ya empezó a trabajar en un salón de belleza, que por ahora nada más lo han contratado por los tres días (viernes, sábado y domingos) de más movimiento. Continúa participándonos que habló

con su hermana sobre el problema de su mamá y "ella se encargó de exigirle" a sus tías y su papá sobre la necesidad de llevarla al médico. Ya fue atendida y por ahora está en casa de una de sus tías y aparentemente más tranquila debido a que le han recetado "unas pastillas para que se calme".

Después de escucharlo, le preguntamos cómo se sentía, en general, con todos los cambios realizados en su vida. Acotó que aunque le hace falta su mamá, se siente más tranquilo solo, ya que ella lo "sofoca mucho" porque todo se lo critica. Agrega que debido a que "por lo menos me preparé mentalmente para no esperar nada", no se ha sentido tan decepcionado de su ex pareja, ya que este no se ha vuelto a aparecer, por lo tanto trata de no ilusionarse más.

Le hicimos notar que se estaba dando cuenta de lo inconveniente de su relación; más cuando él mismo afirmaba que se había enamorado "de la persona menos indicada". Al igual que indicó que había tenido otras parejas que lo trataron con mucho cariño pero no se "involucró sentimentalmente"; sin embargo se enamoró de una persona seca, distante y poco importa. Por tal razón le averiguamos quien de su familia - con quien se crió y relacionó - tiene esas características. Rápidamente nos contestó que su padre y preguntó: ¿verdad, que de allí vienen todos mis problemas?.

Le respondimos que al relacionarnos sentimentalmente - inconscientemente - elegimos a personas que poseen características parecidas a la de nuestros padres o figuras de vinculación, ya que es la manera como aprendemos a recibir y a dar amor y, en general, a relacionarnos afectivamente. Le aclaramos esta explicación para que conociera por qué se había enamorado de la persona menos indicada, y para que aprendiera a elegir a su pareja amorosa conscientemente. Es decir, si es reflexivo y observa cómo es la

persona que le atrae, se dará cuenta de sus características, y si son parecidas a esas que le provocan dolor; será su elección continuar o detener una relación amorosa que no le conviene, antes de que se involucre sentimentalmente y sea más difícil terminarla. Además, le ampliamos que cuando somos reflexivos conocemos cuáles son las características de una persona que valoramos y que nos hacen sentir como seres humanos dignos de ser respetados y felices, aun con las dificultades que se pueden presentar en cualquier relación.

José Alberto guardó silencio por 2 o 3 minutos y con una expresión de molestia, manifestó que las características de su padre que más odiaba y que lo habían hecho sufrir eran las mismas que tenía su ex pareja. Igualmente, destacó que "se desvivía por agradar y complacer" tanto a su padre como a su mamá, tal como lo estaba haciendo con su ex pareja. Añade que "es difícil dejar de amar".

Ante esta última afirmación, le expresamos que no se le estaba pidiendo que dejara de amar, sino que comprendiera a través de su experiencia, porque él está escogiendo como objeto de amor a una persona que no ha aprendido a dar y recibir amor, que no se respeta, y que, por lo tanto, difícilmente lo respetará y le brindará amor. Además le aclaramos que tampoco le solicitábamos que dejara de amar a su mamá y a su papá, a pesar de lo enojado que estuviera con ellos por no haber recibido los cuidados cariñosos de acuerdo con sus expectativas, ya que ellos han dado lo que aprendieron a recibir.

Con tristeza marcada en el rostro expresó: "Qué me podía dar él, si de mi abuelo no recibió nada".

Se le especificó que, a su manera, y quizás equivocadamente, su padre le había brindado amor a través de mantenerlo por largos años, a pesar de ser un adulto, y que debería ser independiente.

José Alberto guardó silencio y se volteó para no encararse con la terapeuta. Después de 3 o 4 minutos manifestó que todo esto lo ponía muy triste y con ganas de llorar; pero se daba cuenta que necesitaba conocer todos esos detalles porque siempre se ha preguntado: "¿Por qué mi papá es así?, ¿Por qué me odia tanto, si he sido el único hijo que se crió con él?".

Al respecto sólo le indicamos que posiblemente su padre no lo odiaba, que quizás fuera una persona incapaz de expresar sus sentimientos de amor. Sobre este punto precisó que puede ser cierto, ya que su "papá siempre fue un amargado" y la única forma de dirigirse a él era a través de regaños; por lo que cuando estaba pequeño temblaba de miedo cada vez que lo veía llegar. Añade que toda esta conversación lo ha ayudado no sólo a comprender sino también a "ver que no es una persona mala", pero que se le hace "difícil cambiar lo que llevo por dentro".

Solamente le insistimos que se diera tiempo, ya que poco a poco logrará reparar todo su dolor; que difícilmente uno cambia de la noche a la mañana lo que se ha cargado por tantos años. Además, en la medida que él deje de odiar tanto - aun cuando sienta que no ama a su padre - dejará de sentirse tan culpable.

Posteriormente le preguntamos cómo le iba en el grupo de N.A., expresándonos que "muy bien". Había ido a un paseo al río con sus amigos del grupo y se había divertido mucho. Además, lo han estado apoyando mucho; ya que cuando está deprimido y tiene miedo de recaer llama a uno de ellos, conversa un rato y después, se siente más tranquilo.

Sobre este aspecto solamente le manifestamos que observábamos que estaba aprendiendo a manejar sus tristezas de una manera positiva.

Finalizamos nuestra sesión recordándole que lo esperábamos para la próxima cita y que recordara que era la última de las cinco estipuladas al inicio del tratamiento. Nos contestó que lo sabía y nos despedimos.

José Alberto acude a su quinta sesión tranquilo, después de saludarnos y preguntarle cómo le había ido desde la última vez que nos vimos. Nos responde que "más o menos", que no se siente muy contento en su trabajo porque sólo le permiten hacer "blowers" y algunos que otros cortes de cabello, por lo que casi no gana nada. Los tintes, alisados y texturizados sólo los realiza la dueña del salón de belleza, que son los que "más plata dejan", así es que se tendrá que buscar otro establecimiento, aun cuando se siente bien donde está laborando. Se le preguntó si estaba pensando dejar su trabajo antes de encontrar uno nuevo. Nos respondió que no, que primero buscaría y si "encontraba otro salón" se iría, puesto que no quería quedarse "sin trabajo", ya que lo ayudaba a sobrellevar los días cuando se sentía triste. Solamente le manifestamos que era una buena decisión.

Le solicitamos que nos resumiera lo que había aprendido o ganado durante la psicoterapia. Después de reflexionar por unos 3 o 4 minutos, contestó que lo más importante era saber que él "no soy un anormal, por sentir lo que siento", ya que todos sus amigos (homosexuales y no homosexuales) le decían que estaba loco cuando lo veían enojado o llorando. Exterioriza que aunque todavía le falta mucho para ser feliz, puede, por lo menos, tratar de sentirse tranquilo y continuar con su "vida aun sin amor".

José Alberto continua diciendo que ha aprendido a conocerse un poco y está tratando de no hacerse más daño, por lo que está "poniendo todo mi empeño" para seguir en el grupo de N.A., ya que éste le ha ayudado mucho para no recaer nuevamente. Además, después de la sesión de seguimiento le gustaría continuar con el tratamiento porque todavía necesita la ayuda y desea conocerse un poco más. Le expusimos que evaluaríamos su petición y en la sesión de seguimiento, trataríamos de hacer un nuevo contrato y establecer cuáles serían los objetivos por tratar en la psicoterapia. José Alberto estuvo de acuerdo y manifestó que tenía un poco de miedo que la terapeuta le "dijera que no porque ya había acabado con la investigación que estaba haciendo". Le respondimos, que el hecho de que estuviéramos realizando nuestra investigación, no influía en la decisión de brindarle la ayuda psicoterapéutica; inclusive le recordamos que cuando llegó a su primera sesión le dijimos que le brindaríamos la ayuda; aun cuando no nos autorizara para publicar sus datos. Contestó que era "cierto", pero no sabía porqué llegó a "pensar eso". Nuestra respuesta fue que posiblemente porque como siente que en varias ocasiones lo han abandonado y rechazado, él esta predispuesto y busca a través de sus juicios errados confirmar sus sensaciones o emociones, y no se arriesga a comprobar la veracidad o no de sus juicios o pensamientos por miedo a sufrir otro desengaño. Igualmente, le expresamos que su actitud era positiva al atreverse a solicitar la continuación del tratamiento; ya que esta es una manera de enfrentar sus miedos y hablar sobre sus necesidades.

Se le enfatizó que él tiene recursos para afrontar las dificultades que se le presenten en la vida. Le indicamos que a través del corto tiempo de trabajo habíamos observado sus cambios y sus decisiones que le favorecen. Igualmente, le expresamos que, sin duda,

surgirán otras situaciones que le causarán tristeza y rabia, pero podrá sobrellevarlas. Sobre este asunto nos preguntó: ¿por qué se le decía eso?. Para recordarle que esas fortalezas están dentro de él - le respondimos - y que debe aprender a utilizarlas con más frecuencia. Además, porque nos entrevistaremos hasta dentro de un mes y era importante que se probara así mismo su capacidad de resolver independientemente, y en forma satisfactoria sus frustraciones y decepciones. Nos manifestó que comprendía y confirmó que trataría de salir adelante sin recurrir a la droga, encerrándose en su cuarto o abandonando el trabajo.

Después de este diálogo, continuamos conversando sobre el tipo de música que compartíamos en común y las formas que tenemos para relajarnos cuando nos sentimos tensos.

Antes de finalizar la sesión le reiteramos que el tiempo sin vernos era importante ya que así comprobaríamos si lo logrado - a través de la psicoterapia - se mantenía aún sin nuestra supervisión. Además le aseguramos que si no se sentía bien, y en una situación de urgencia, estábamos disponibles para verlo antes de que finalizara el mes, por lo que nos podía contactar. Afirmó que se sentía tranquilo porque sabía que después nos veríamos y, entonces, demostraría que no había recaído con el consumo de la "piedra", ni había abandonado su trabajo porque se había propuesto hacer su curso el próximo año, por lo que tenía que trabajar para ahorrar.

Le manifestamos que nos alegraba por él porque veíamos que estaba muy motivado a desafiar sus frustraciones y decepciones y ganarles la batalla. Al respecto, solamente nos sonrió y nos dijo que sí. Nos despedimos y nos expresó que nos iba a extrañar, le respondimos que igualmente.

Cabe señalar que a José Alberto se le pregunto en dos ocasiones sobre sus sueños, sin embargo indicó que nunca soñaba.

Tal como se había programado, José Alberto acude a su sexta sesión, la expresión de su rostro es de tranquilidad y al preguntarle, en general que, cómo estaba, nos respondió "tranquilo". Detalla que continua trabajando y tratando de "lidiar" con sus problemas y con su estado de ánimo; ya que hay días que se siente con mucha rabia y tristeza, pero hace lo posible por levantarse e ir a su trabajo porque esta vez si quiere lograr su propósito de ahorrar para su "curso de belleza". Igualmente, informa que no ha "recaído ni con la piedra ni con su ex amante porque éste no se ha vuelto a aparecer".

Narra que su "mamá estaba histérica" y había armado tremendo alboroto en la familia para que la regresaran a su casa (la señora se encontraba en casa de una de sus hijas) porque aseguraba que a José Alberto lo habían asesinado o algo le había pasado porque éste no la había llamado por dos días seguidos. La fueron a dejar y como él estaba trabajando no lo encontró en casa, por lo que su mamá preguntó por él, en todo el vecindario y llamó a sus tías y su papá. Su padre llegó cuando él (paciente) estaba discutiendo con su mamá; y a pesar de que José Alberto lo vio llegar, continuó diciéndole a su mamá que lo dejara tranquilo, que cuál era el "sofoco" de ella con eso de que está muerto o que algo le ha pasado, cuando ella sabe perfectamente que estaba trabajando y que se estaba portando bien. Su padre no se metió en la discusión, solamente se le quedo viendo y lo escucho, después dijo: José Alberto tiene razón, te pones nerviosa por todo, se quedo como un minuto más y se fue.

Al respecto, preguntamos: Por qué creía que su papá fue a la casa. Respondió rápidamente que a lo mejor era para comprobar si de verdad le había pasado algo a él.

Nuevamente le preguntamos, si era posible que su padre estuviera preocupado. Señala que sí, por lo que continuamos cuestionándolo sobre cómo se siente al saber que su papá se preocupa por él.

Guardó silencio y después de reflexionar por 2 o 3 minutos contestó que no sabría explicar, ya que se siente contento pero a la vez le causa mucha tristeza, junto con otros sentimientos. Continúa reflexionando y agrega que a lo mejor está sintiendo toda esa "mescolanza" porque ha cargado tanta rabia que nunca se había dado cuenta que su papá se preocupaba por él. Además, insiste que por eso quiere continuar con la terapia, ya que lo "hace reflexionar de aspectos que nunca ha visto".

Se le respondió que de esa manera trabajaríamos, ya que era importante que nos concentráramos en las relaciones interpersonales con sus familiares y amigos en la actualidad; viendo las cosas positivas y negativas y aprendiendo a reflexionar para que pueda hacer elecciones que lo hagan sentirse satisfecho, y cuando se equivoque ser flexible consigo mismo, ya que todos los seres humanos nos equivocamos.

También le aclaramos que no negábamos la existencia de situaciones traumatizantes en su vida que lo llevaron a reaccionar con tanta rabia y tristeza; pero se le puntualizó que la única manera de reparar el pasado era reflexionando acerca de él, llorarlo y dejarlo atrás, modificando nuestra manera de sentir y actuar para que no nos influya en el presente.

Le propusimos a José Alberto que continuaríamos con la psicoterapia por un período de doce semanas más. Al respecto, sonrió y expresó: ¡Gracias!.

Antes de finalizar la sesión le solicitamos a José Alberto que nos completara el cuestionario postratamiento, lo llenó y le agradecemos por su cooperación y por habernos

otorgado el permiso para escribir sobre su caso. Nos contestó que esperaba que su historia ayudara a ver cómo los homosexuales, también tienen sentimientos y sufren, y que muchos de ellos necesitan ayuda psicológica.

Nos despedimos, manifestándole que lo esperábamos en la próxima sesión.

2.4. Análisis e Integración

2.4.1. Heterogeneidad y Homogeneidad de los Individuos Tratados

La muestra estudiada es homogénea en cuanto a la sintomatología depresiva y la infección del VIH+ o SIDA; sin embargo, es heterogénea en lo referente al sexo, edad, nivel escolar y orientación sexual (ver Cuadro I).

Cuadro I. Casos estudiados según sexo, edad, nivel escolar y orientación sexual

	Sexo	Edad	Nivel escolar	Orientación sexual
Caso 1	Hombre	26	Secundaria incompleta	Heterosexual
Caso 2	Mujer	35	Secundaria incompleta	Heterosexual
Caso 3	Hombre	47	Primaria completa	Heterosexual
Caso 4	Hombre	33	Secundaria completa	Homosexual

Fuente: Ana Cienfuegos de Achurra (2000).

Al realizar el análisis e integración se evidenció que los sentimientos de desilusión y decepción se encuentran presentes en todos los casos. Tres de ellos, de una manera u otra,

manifiestan sentirse tristes, preocupados, no sólo por su futuro, sino por el aspecto económico. Igualmente, todos mostraron índices patológicos en la escala de Zung, pero su severidad es variada: un caso presentó una depresión de mínima a leve, dos indicaron depresión moderada a notable y uno, mostró depresión severa a extrema.

En cuanto a los síntomas de ansiedad con respecto a la muerte y al proceso de morir, todos reflejaron índices altos: De un puntaje máximo de ciento sesenta, todos sumaron por arriba de la media. Tres de los casos presentaron una relación con los índices de depresión. Se observó que los que manifiestan un mayor grado de depresión en la escala de Zung, mostraron igualmente un mayor grado de ansiedad hacia la muerte en la escala de Collet - Lester. Solamente el caso número cuatro, tiene un grado de depresión menor al de ansiedad hacia la muerte (ver Cuadro II); sin embargo, presenta más problemas psicológicos. Estos datos son congruentes con los aparecidos en la bibliografía revisada, la cual revela que el miedo o ansiedad a la muerte y al proceso de morir, se asocia con el dolor psicológico y depresión. Inclusive, se enfatiza que las personas que tienen un trastorno psicológico mayor o que han observado cómo amigos o familiares han muerto a consecuencia del SIDA, muestran tener un miedo más intenso a la muerte y al proceso de morir (Neimeyer, 1997). Sobre estos últimos aspectos, se considera que el caso # 4, además de presentar problemas mayores en el ámbito psicológico, exhibe un mayor índice en la escala de Collet - Lester, debido a que sus mejores amigos han muerto de SIDA en un proceso largo y doloroso.

Cuadro II. Relación entre los índices de la escala de Zung y la de Collet - Lester.

Escalas	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Zung	58	60	71	60
Depresión	Leve	Moderada	Severa	Moderada
Collett- Lester	115	120	123	125

Fuente: Ana Cienfuegos de Achurra (2000)

Las reacciones fueron variadas al responder a las preguntas de la Escala de Miedo a la muerte y al proceso de morir de Collett - Lester. El caso # 1 no hizo ningún comentario al respecto, simplemente, llenó la escala y la entregó. Los casos # 2 y 4 reflejaron cierta ansiedad y expresaron sus motivos. En cambio, en el caso # 3, su angustia fue profunda, que le impidió continuar respondiendo la escala.

Dos de los pacientes (caso # 2 y # 3) estaban siendo medicados por sus problemas de ansiedad y depresión; sin embargo señalaron que la medicación poco les había ayudado.

En cuanto a la motivación por buscar la ayuda psicoterapéutica, la queja principal o motivo de consulta del paciente, puede ofrecer pistas explícitas e implícitas. En este aspecto, observamos que la motivación principal radica en la insatisfacción de cómo se están sintiendo y el deseo de no continuar con los sentimientos de tristeza, decepción y angustia que les agobia. Estos se relacionan con las pérdidas (de la salud, estabilidad económica, de relaciones y otras) a las cuales se están enfrentando en la actualidad, y que pueden o no, estar relacionadas con la cero positividad (tal como es el caso # 4).

Con relación al medio por el cual decidieron buscar ayuda profesional; prácticamente todos fueron referidos; el primero acude a la consulta por recomendación de su hermana, dos casos (segundo y tercero) fueron referidos por sus médicos con el

diagnóstico de depresión reactiva, y el cuarto caso, asiste porque se lo aconsejó el sacerdote.

Al llegar a su primera sesión, observamos que las reacciones de cada paciente fueron diferentes:

- Reacción de choque y profunda tristeza debido al reciente diagnóstico de cero positividad al VIH, como el caso de la señora Nora;
- Por otro lado, debido a la presencia de enfermedades relacionadas con el SIDA se presentaron síntomas de angustia por la percepción de la proximidad de la muerte, por ejemplo, el caso del señor Antonio.
- Con respecto a los otros dos casos, ambos se presentaron un poco tristes y nerviosos. El joven Pablo, desde el inicio, mostraba una leve tristeza, habló pausadamente y no mantenía el contacto visual. En cambio, José Alberto, a pesar de que no mantener contacto visual, su rostro no reflejó tristeza, sino hasta cuando se mencionaron temas que lo afectaban; desde un inicio fue más verborrérico y con una actitud defensiva. Manifestó que llegaba a consulta porque se lo habían recomendado pero que "no sabía en qué le podía ayudar el tratamiento".

Debido a la infección, tres de los casos (# 1, # 2 y # 3) señalaron que desde que conocieron su cero positividad tienen miedo de expresar su sexualidad por medio del coito. Solamente el caso # 4 reporta que tenía una vida sexual activa con su pareja, pero desde que terminó la relación, no ha tenido contacto con nadie más. Igualmente es importante subrayar que todos los pacientes reportaron que carecían de una educación sexual adecuada.

Otro aspecto a destacar es el período de tiempo que tienen de conocer su diagnóstico. Los casos # 1 y # 3 tienen cerca de año y medio, y la paciente del caso # 2 tiene solamente dos meses, aproximadamente. En cambio el # 4 tiene siete años aproximadamente, e indicó que cuando le reafirmaron su cero positividad, se deprimió y se abstuvo sexualmente por un período aproximado de un año.

2.4.2. Algunas Características de la Infancia en el Desarrollo de la Depresión y la Ansiedad Ante la Muerte

En los trabajos de J. Bowlby, Winnicott, Grinberg, Kenberg, Becker, entre otros (1984, 1993, 1994, 1996, 1997) se destaca la necesidad de la vinculación afectiva y de un ambiente lo suficientemente seguro para que los seres humanos puedan desarrollarse sanamente. Es decir, el niño que nace normal, si tiene un ambiente con estímulos adecuados, de contención, seguridad y afecto, puede desarrollar su "yo verdadero" y la capacidad de establecer relaciones objetales estables y profundas, en donde hay una "integración normal de la genitalidad y la ternura" (Kenberg, 1996). Si la situación es adversa, inestable, de extrema fricción, violencia o carencias, y el niño no recibe el amor que necesita - además de la incapacidad de establecer vínculos afectivos normales - puede desarrollar algún trastorno afectivo o de ansiedad; inclusive la disociación de la personalidad o psicosis.

Los cuatro casos estudiados presentan diferentes historias, en las cuales las experiencias de pérdidas o una inadecuada vinculación en la infancia están presentes. A continuación se presenta una reseña:

- Pablo (caso # 1) relata una historia de violencia en su núcleo familiar, en donde sistemáticamente, durante su infancia, se sintió débil e inseguro. Además, pertenece a un grupo familiar con un gran número de hijos (diecisiete), donde probablemente a la madre se le hacía difícil brindarle la seguridad y el sostén que su hijo necesitaba
- Nora (caso # 2) internalizó los sentimientos de rechazo, debido a que fue "regalada" por sus progenitores.
- Antonio (caso # 3) internalizó los sentimientos de inseguridad, abandono y tristeza frente a la pérdida por muerte: del padre y de varios hermanos. Además, posiblemente por motivo de estos fallecimientos, su madre se haya deprimido seriamente; por lo que es probable que recibió cuidados tipo custodia, aún cuando ella haya tenido las mejores intenciones de brindarle cuidados cariñosos.
- José Alberto (caso # 4) se desarrolla en un medio familiar donde ambos progenitores estuvieron ausentes. Su madre biológica, lo rechaza y lo entrega en custodia a la abuela paterna a fin de resolver conflictos relacionales. Con respecto al padre, a pesar de que convivió con él, la relación padre - hijo fue distante y rechazante. Además, la figura que desempeñó el rol materno (abuela), también fue una relación patológica caracterizada por la ambivalencia entre el amor, el rechazo y la hostilidad.

Becker (1997) sostiene que la depresión o la melancolía es un problema de valentía o coraje desarrollado en aquellas personas con miedo a vivir y quienes han abandonado cualquier aspecto por un desarrollo independiente y están totalmente inmersos en ayudar a otros. Esta autorrestricción sistemática en la que han vivido ha dado como resultado que

"entre menos hace, menos puede hacer y más impotente o incapaz y dependiente llega a ser la persona" (Becker, E., 1997). Por lo tanto, mientras más se acobarde el individuo ante las dificultades y los desafíos de la vida, naturalmente, más llegará a sentirse inepto, por lo que más baja es su autovaloración. Igualmente, Becker enfatiza que este miedo a la vida conduce a la persona a sentir un excesivo miedo por la muerte; ya que existe un deseo existencial de autoperpetuar su necesidad de dependencia y de complacer o agrandar a otros, más que todo a las figuras de vinculación, debido a que la ansiedad de separación e inseguridad se han internalizado porque el dolor emocional y la frustración constante durante la infancia, han quedado grabados en ellos. De esta manera, la depresión, para Becker, es la suma del terror a la vida y la muerte, y la necesidad ("hambre") por la autoperpetuación.

Igualmente sostiene que el miedo a la muerte es universal y natural. Está presente en todas las personas, pero de una manera defensiva es negado, a través de nuestra habilidad de ser un punto de valor primario en un mundo lleno de intenciones, en el cual se debe ser capaz de sostener una sensación positiva de autoestima, lo que hace que los problemas psicológicos sean menos susceptibles de desarrollarse. Además, afirma que las experiencias traumáticas tempranas pueden aumentar las ansiedades naturales y miedos posteriores.

Concluyendo se puede decir que la hipótesis expuesta con relación a las experiencias de la niñez que predisponen a un individuo a responder patológicamente ante una pérdida actual, son congruentes con los testimonios presentados a través de la historia clínica de los casos estudiados. En consecuencia, es posible afirmar que estas experiencias probablemente son factores de vulnerabilidad para el desarrollo de la

depresión y ansiedad o miedo hacia la vida o muerte ante eventos actuales. De la misma manera, vale la pena aclarar que estas experiencias no les brindaron a los pacientes, bases sólidas para su autoestima. En todos los casos se observa que no internalizaron fuentes de validación, por lo que necesitan en todo momento, agentes externos para reforzar su valor como personas; además son, excesivamente vulnerables a las frustraciones y pérdidas, que para bien o para mal son parte de la vida misma.

2.4.3. Dinámica y Estructura Mental de los Pacientes

La consolidación del yo, superyo y ello como estructuras intrapsíquicas generales, en donde hay un yo fuerte que muestra flexibilidad para manejar los distintos factores de estrés de la vida, sin recurrir a defensas inflexibles y repetitivas; son importantes para que una persona tenga una adaptación psicosocial saludable. Si el yo es débil, y no reprime los factores inconscientes derivados del ello, el sujeto puede sufrir procesos de desintegración y ser incapaz de resistir la tensión de la represión constante con la consecuente aparición de síntomas o defectos de carácter.

Igualmente, la estructura del superyo que se origina con la internalización de las imágenes objetales - representada en la identificación con el padre y la madre - los cuales personifican a las figuras de autoridad que castigan o recompensan y que pueden fantasearse como extremadamente hostiles e irreales y reflejan "malas" representaciones del sí mismo y del objeto, o las representaciones objetales ideales del yo que constituyen el núcleo del ideal del yo, pueden obstaculizar la internalización de las imágenes

parentales más realistas, perpetuando un superyo no integrado de características defensivas sádicas y primitivas que también obstaculizan los niveles superiores de integración y desarrollo de los sistemas de valores internalizados que promueven las exigencias sádicas de perfección.

Cabe señalar que los procesos defensivos se inician como adaptaciones creativas y saludables y, a través de la vida, continúan trabajando adaptativamente con la finalidad de evitar o manejar algún fuerte sentimiento de amenaza, usualmente de ansiedad; un dolor profundo, u otras experiencias emocionales que lo desorganizan. Son también una forma de mantener la adecuación personal. Sin embargo, estos procesos defensivos tienen sus desventajas cuando son rígidos e inflexibles porque puede haber una distorsión de la realidad, entonces, no ayudan a las personas a tomar parte activa en la solución de problemas interpersonales, o se niegan las limitaciones y problemas que se experimentan, entre otros. Es decir, su empleo puede llegar a ser problemático de acuerdo con el grado como incapacitan las habilidades de la persona para manejar con efectividad las tareas cotidianas.

En los casos estudiados encontramos que la constelación de procesos defensivos, algunos fueron de carácter primitivo, tales como: la introyección, ambivalencia afectiva y aislamiento afectivo. Otros de carácter secundario, entre ellos: el ataque a sí mismo y la idealización.

En tres de los cuatro casos (Véase casos # 1, # 2 y # 4) se observó la existencia de un anhelo inexpresado de recibir amor y apoyo, y, a la vez, resentimiento subyacente, especialmente hacia los padres por no haberles proporcionado el amor y los cuidados necesarios que esperaban. La idealización es otra defensa utilizada inadecuadamente

(Véase caso # 2). Así se contempla que por la búsqueda de un ideal de una familia con la figura paterna presente, la señora Nora ha establecido relaciones maritales estables con compañeros desconsiderados e irresponsables. El aislamiento afectivo, también fue utilizado en todos los casos, pero en grados variables. El señor Antonio y el joven José Alberto fueron más rígidos al utilizar este último proceso defensivo, el cual no les estaba favoreciendo para sobrellevar la enfermedad al primero y la ruptura amorosa al segundo. Igualmente, todos de una manera u otra, ya sea, conscientes o inconscientemente se autoagreden o se han vuelto contra sí mismos, como una manera de reducir la ansiedad de separación.

En la personalidad de los casos analizados observamos que los rasgos neuróticos y caracterológicos de tipo depresivo estaban presentes en todos ellos. Solamente en uno de los casos, existían rasgos patológicos más acentuados (Véase caso # 4), cuyos límites estructurales entre el ello y el yo en el área de impulsos eran débiles y con serios trastornos en su identidad.

El miedo a la muerte o "ansiedad a la aniquilación" y el temor a la pérdida de amor y abandono, es el temor y el conflicto, que puede considerarse como un común denominador en los pacientes tratados.

Todos presentaron rasgos sadomasoquistas en sus relaciones interpersonales o hacia sí mismos, así como una baja autoestima. Además, los sentimientos de rechazo están presentes e inconscientemente tienen la convicción que se lo han ganado por sus faltas personales y que en un futuro es inevitable ese rechazo, si alguien los conoce íntimamente y se llegan a enterar de que están infectados con SIDA.

2.5. Reflexiones Sobre el Proceso de Duelo Ante el Problema del VIH o SIDA

L. Grinberg (1994) sostiene que toda preocupación por el "self" (yo mismo) generalmente, involucra una preocupación por el "sentimiento de identidad", el cual incluye tres vínculos de interacción que son: el vínculo de integración espacial (que tiende a la diferenciación e incluye al "self corporal"), el de integración temporal (que es el vínculo entre las distintas representaciones del "self en el tiempo", pero estableciendo una continuidad, que fundamenta el sentimiento de "mismidad") y el vínculo de integración social (que se refiere a la connotación social de la identidad, dada por la relación de los aspectos parciales del "self" y aspectos parciales de los objetos mediante los mecanismos de identificación).

Siguiendo a Grinberg, hemos observado que ante el diagnóstico o durante el transcurso de la enfermedad del VIH+ o SIDA se puede desarmar no solamente, el sistema inmunológico del infectado (yo corporal), sino también puede romperse el vínculo de integración temporal debido a que puede desorganizarse el "self temporal" del individuo al verse enfrentado a la muerte. También, se puede producir una crisis producto de la segregación familiar y social, debido a que esta enfermedad ha llevado a que se desteejen las redes de referencia y sostén del sujeto y su familia que son la base de la representación social.

No es lo mismo infectarse, enfermar y agonizar de SIDA que de otra enfermedad. El paciente con VIH o SIDA lleva no sólo el miedo a la invalidez física y mental, sino también la vergüenza y el temor a contagiar a sus allegados y se concibe como alguien

que expone a otros al contagio. También a menudo son culpados de haber causado su condición a través de conductas de riesgo, tales como la promiscuidad, homosexualidad, y abuso de drogas. Por lo que los infectados tienden a aislarse voluntaria o forzosamente, haciendo difícil que los mismos exijan la ayuda a las redes de soporte naturales como son la familia, amigos e instituciones. En consecuencia, los afectados deben vivir y morir con el conflicto que les genera el enojo, el miedo y el rechazo. En la mayoría de los casos son excluidos de sus grupos, quedando expuestos al desamparo por la no-pertenencia impuesta. Por lo que este vacío de la función social produce la pérdida de la representación social, que también es sostén de la identidad. Entonces se genera una desorganización que puede desembocar en una crisis de identidad y alterar la estructura del infectado.

Es así como estas crisis que se presentan en el paciente con VIH+ o SIDA, son vividas por éste como una agresión a su identidad. Esto sucede porque las pérdidas asociadas a la infección generan para la persona una serie de experiencias que quebrantan su estima y su autoimagen. Estas consideraciones no van dirigidas sólo hacia las pérdidas importantes, como la salud (primeras infecciones), la posible pérdida de la vida a una edad que todavía no se lo esperaba, el apoyo psicosocial; sino también hacia los pequeños sucesos de la vida diaria, que transmiten a la persona su incapacidad para superar la infección. Igualmente a ellas, también van asociadas una serie de fantasías y ansiedades que están enlazadas con el problema de identidad y el miedo al cambio que se tiene que dar para afrontar la infección.

El aparato psíquico debe hacer frente no sólo al trauma, al dolor que involucra todo duelo, sino también a cantidades adicionales de excitación provenientes de la totalidad de

la situación traumática; ya que cuando se trata del VIH+ o SIDA son varias las pérdidas por procesar. Aparecen altibajos clínicos y anímicos que dificultan las órdenes de decatectizar (desvincular) el objeto amado y seguir catectizándolo, éstas operan simultánea y sucesivamente en forma violenta, exponiendo el aparato psíquico a un alto grado de desestructuración.

Por otro lado L. Grinberg (1994) enfatiza que debido al duelo por las partes perdidas del "self", pueden darse diferentes actitudes que configuran el proceso de elaboración. Éste podrá asumir características normales o patológicas de acuerdo a las circunstancias, al estado del yo y a la calidad de culpa que hubiese predominado en las respectivas experiencias. Frente la infección del VIH o SIDA hay posibilidad de encontrarse ante la elaboración patológica del duelo por las partes perdidas del yo. Cuando este sentimiento de pérdida no es tolerado, se puede buscar una salida maníaca o depresiva a la situación; esto puede llevar a un verdadero empobrecimiento de la vida emocional de la persona; aumentando las tendencias destructivas y dañando el carácter y el sentimiento de identidad.

La alternativa sería poder elaborar dicha vivencia maníaca o depresiva, recurriendo a la capacidad del individuo de estima y confianza en sí mismo, para atenuar los aspectos destructivos y abrir la posibilidad de reparar lo dañado en su yo, y elaborar la pérdida de esas partes. En consecuencia hay que ayudar al paciente a que él mismo reoriente su personalidad alrededor de una fuente de significado estrecha y convincente de autosubsistencia. Si la muerte es más o menos inminente el nexo de permanencia, por el que el infectado permanece o se mantiene idéntico así mismo a través de las pérdidas vinculadas al proceso de enfermedad. Esto supone que el paciente con VIH o SIDA

pueda vivir sus experiencias cotidianas, sin que continúe lesionando la imagen que posee de si mismo, ni en su nivel de estima.

En conclusión, los efectos psicológicos a mediano y largo plazo, también están relacionados con las habilidades en la vida para efectuar posibles cambios de papeles, relaciones interpersonales y, en ocasiones, modos de vida. Por consiguiente, el individuo con VIH o SIDA debe redefinir su propia identidad; sus cambios deberán suponer una transformación que posibilitara su reorganización ante la nueva situación. En ello influirán su capacidad para adaptarse a las nuevas modificaciones que le ayuden a mantener sus estructuras internas y externas, asegurándole un sentimiento de continuidad. Es decir, de una forma dialéctica, a través de los cambios o discontinuidades que se dan en la vida, producto no sólo de la enfermedad, el enfoque psicoterapéutico para el infectado, deberá ayudarlo a conservar ese sentido de continuidad del sí mismo o de su identidad y a que logre los cambios a través de dicha continuidad.

2.6. Resultados Sobre la Evaluación del Tratamiento

Al analizar el proceso terapéutico de cada caso de acuerdo con el criterio de validación social en la evaluación de los efectos terapéuticos, se puede mencionar que, a través de lo observado en las sesiones y lo referido por los pacientes, a partir de la segunda sesión; se fueron presentando cambios a nivel conductual, subjetivo y alivio de síntomas. A continuación, un resumen integrativo:

- En el ámbito subjetivo, todos señalaron sentirse un poco mejor a medida que transcurría el tratamiento.
- Se reportaron cambios de conducta, por ejemplo, salir a indagar por un trabajo, búsqueda de ayuda en el ámbito espiritual, realizar actividades recreativas y abstinencia al consumo de drogas (tal como son los casos # 1 y # 4).
- Informaron que sus síntomas habían disminuido. En el caso # 1 los de ansiedad ante el consumo de alimentos, en los casos # 2 y #3 sus síntomas de ansiedad y angustia ante el miedo a la muerte. Además, todos reportaron que sus sentimientos de tristeza habían disminuido.
- De manera general, los pacientes afirmaron que el tratamiento les ha ayudado a superar sus miedos y manejar sus frustraciones.
- En las sesiones se observó que los pacientes, poco a poco, fueron venciendo sus expresiones de tristeza y angustia, ya que disminuyeron el llanto, y sus patrones de pensamiento inadecuado. Igualmente, se hizo más evidente el contacto visual entre paciente y terapeuta. La postura corporal mejoró, ya que en un inicio, ésta fue contraída y con ciertos rasgos de ausencia; en cambio al finalizar el tratamiento esta fue de más acercamiento y seguridad.

En cuanto a la evaluación del tratamiento, a la pregunta: ¿Cuánto le ha ayudado el tratamiento con respecto a los problemas que señaló que tenía al inicio del tratamiento?, en una escala de nada, casi nada, poco, medianamente y mucho, los cuatro pacientes señalaron que el tratamiento les había ayudado mucho (Ver Cuadro III)

Cuadro III. Resultados sobre la ayuda del tratamiento con respecto a los problemas presentados

	Mucho	Medianamente	Poco	Casi nada	Nada
Caso # 1	X				
Caso # 2	X				
Caso # 3	X				
Caso # 4	X				

Fuente: Ana G. Cienfuegos de Achurra, 2000.

A los pacientes, también, se les solicitó que evaluaran cuánto le había ayudado el tratamiento sobre la base de las siguientes áreas: Estado de ánimo, confianza en sí mismo, relación con otros, disfrute de la vida, cuidado de sí mismo, y crecimiento y conocimiento de sí mismo. Los resultados son favorables, ya que se evidencia que en la mayoría de las áreas los pacientes reportaron cambios que van de poco hasta mucho (Ver Cuadro IV).

Con respecto a la duración del tratamiento, tres señalaron sentirse satisfechos. Solamente el joven José Alberto, solicitó que se le extendiera el tratamiento y se decidió continuar con el paciente por un período de doce semanas más, con el objetivo de trabajar sus problemas de relaciones objetales y continuar apoyándolo emocionalmente.

Cuadro IV. Autoevaluación sobre la efectividad del tratamiento con respecto al estado de ánimo, confianza en sí mismo, relación con otros, disfrutar de la vida, cuidado de sí mismo, y crecimiento y conocimiento de sí mismo.

Areas	Nada	Casi nada	Poco	Medianamente	Mucho
Estado de ánimo					XXXX
Confianza en sí mismo			X	X	XX
Relación con otros			X		XXX
Disfrutar de la vida			X	XX	X
Cuidado de sí mismo					XXXX
Crecimiento y conocimiento de sí mismo				X	XXX

Fuente: Ana G. Cienfuegos de Achurra. 2000.

De acuerdo, a cuán satisfecho se encontraba el paciente con respecto a los resultados del tratamiento, todos señalaron que se sentían completamente satisfechos debido a la buena relación que se había establecido con la terapeuta (Ver Cuadro V).

Cuadro V. Grados de satisfacción con respecto a los resultados tratamiento.

	Completamente satisfecho	Bastante satisfecho	Medio satisfecho	Algo satisfecho	Bastante Satisfecho	Completamente Insatisfecho
Caso # 1	X					
Caso # 2	X					
Caso # 3	X					
Caso # 4	X					

Fuente: Ana G. Cienfuegos de Achurra (2000).

En general, se ha evidenciado una disminución progresiva en la sintomatología depresiva y de ansiedad, así como una mayor aceptación al diagnóstico y la enfermedad o

las pérdidas de índole personal (relacionadas o no con la enfermedad) que han sido los factores precipitantes de la depresión.

CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. CONCLUSIONES

- Los resultados obtenidos sugieren que la Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia de Bellak, ayuda a mejorar la calidad de vida del paciente con VIH o SIDA con sintomatología depresiva. Cada uno de los pacientes tratados logró un alivio sintomático, reportaron cambios en su experiencia subjetiva y a nivel conductual.
- Las personas que se beneficiaron del tratamiento, mantuvieron su mejoría después de ser evaluados en su sesión de seguimiento. Cabe señalar que se ha mantenido un contacto con ellos y el restablecimiento todavía se mantiene.
- El análisis clínico exhaustivo de cada paciente y la flexibilidad que nos ofrece la P.B.I.U. para utilizar las técnicas (de "insight", cognitivo - conductuales, sistémicas y farmacológicas, entre otras) acorde con la individualidad de cada paciente y su problema, facilitaron que la intervención fuese efectiva en cada uno de los casos presentados.
- A pesar de que el nivel educativo es bajo en tres de los cuatro pacientes intervenidos, ellos mostraron buenas habilidades de concentración, memoria e inteligencia para tener un apropiado "insight" y beneficiarse de la Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia a través de las técnicas de "insight", por lo que dentro de la intervención se utilizaron las técnicas antes mencionadas como las cognitivo - conductuales, de relajación, de educación y apoyo, entre otras.
- A través de sus habilidades para llegar a involucrarse en el entendimiento de sus problemas, formar una alianza terapéutica e internalizar las ganancias del tratamiento,

los pacientes no sólo incrementaron el entendimiento de la dinámica de sus síntomas; sino que también los controlaron y dominaron para que las ganancias del tratamiento fueran persistentes, aún después de terminado el mismo. Igualmente, hicieron cambios en los componentes de los conflictos o problemas relacionales que presentaron e incrementaron el sentido de tener una aliada en la lucha para superar los aspectos repetitivos de autoagresión.

- Los pacientes efectuaron la contribución más importante para el logro de los resultados positivos del tratamiento debido a que se motivaron a continuar el proceso de autoobservación y elaboración entre sesiones, por lo que los cambios parciales y pequeños fueron de carácter acumulativo y el trabajo de elaboración continuó; aun después de terminado el tratamiento.
- La relación terapéutica - en la cual se pueden contemplar las variables individuales y de personalidad tanto del paciente como del terapeuta - influyó para que los pacientes se mantuvieran motivados a continuar voluntariamente con el tratamiento. Esta se basó en una alianza positiva, tratando de trabajar los problemas actuales, y ambos, paciente y terapeuta, se comprometieron con el desarrollo del proceso terapéutico.
- En cuanto a la investigación se encontraron limitaciones para el montaje del estudio; así como para la materialización de este tipo de investigación. En este aspecto, hubieron dificultades para la obtención de la muestra.

2. RECOMENDACIONES

La Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia ha mostrado ser un enfoque efectivo para tratar la depresión en pacientes con VIH o SIDA, no solamente en términos de ajuste al estatus de cero positividad, sino también, en la adaptación a las pérdidas, a las cuales se va enfrentando el paciente, que son propias de la enfermedad o de la vida misma. Por lo que es recomendable ofrecerle esta ayuda a dichos pacientes; manteniendo presente que este proceso necesariamente debe incluir las asunciones acerca de la vida, redefinición de prioridades, estableciendo nuevas metas de acuerdo a las limitaciones que ellos puedan tener.

Favorecer e instalar expectativas de mejoría que ayuden a inducir cambios, no solamente en las expectativas de su efectividad personal, sino en el logro de dichos cambios, a través de la adquisición de nuevas habilidades que le ayuden a continuar con su vida.

Es importante que el ambiente sea seguro, para que el paciente pueda expresar sus pensamientos y emociones; reconocerles su credibilidad y facilitarles una buena alianza terapéutica basada en el apoyo cálido.

Si la muerte es más o menos inminente es recomendable que el terapeuta le garantice al paciente su disponibilidad, equilibrando entre proveer todo lo necesario y limitar la sobre implicación y el control. Es decir, algunas personas con SIDA tienen la voluntad de comunicarse e interactuar en su proceso de agonía, pero hay quienes se aíslan, por lo que hay que asegurarse que estas personas sepan que pueden contar con su terapeuta y

hablar de la muerte si así lo desean. Sin embargo, el paciente es el que debe marcar el paso y el tema en la intervención.

Con respecto a este tipo de estudio, a pesar de las limitaciones y dificultades que se puedan encontrar en este trabajo, es aconsejable continuar investigando sobre el proceso y resultado conjuntamente, ya que al combinar estos dos aspectos, la investigación psicoterapéutica es más abarcadora y permite observar al terapeuta como variable en este proceso. En consecuencia, en investigaciones futuras es recomendable considerar las cualidades específicas del terapeuta, ya que como persona única que es, también brinda su aporte para que el tratamiento sea efectivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION Manual de Estilo de Publicaciones de la American Psychological Association. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. México, D.F. 1998, 416 pgs.
2. ARIETI, S.
BEMPORAD, J. Psicoterapia de la Depresión. Editorial Paidós, SAICF. Mexico, 1993, 449 pgs.
3. BALINT, M.
ORNSTEIN, P.H.
BALINT, E. Psicoterapia Focal. Terapia Breve para psicoanalistas Modelo desarrollado en la Clínica Tavistock. Editorial Gedisa. Segunda Edición. Barcelona, 1996, 198 pgs.
4. BARTLETT, J.
FINKBEINER, A. Guía para Vivir con VIH y SIDA. Desarrollada en la Clínica de SIDA de Johns Hopkins. Tercera Edición Revisada. Editorial Diana, Mexico, 1996, 380 pgs.
5. BECK, A. T.
RUSH, A. J.
SHAW, B.F.
EMERY, G. Terapia Cognitiva de la Depresión. Octava Edición. Editorial Desclee De Brouwer, S.A. Bilbao. 1983, 394 pgs.
6. BECKER, E. The Denial of Death. Firts Free Press Paperbacks Edition, New York,1997, 304 pgs.
7. BEJARANO, P. F.
JARAMILLO, I. DE Morir con Dignidad. Fundamentos del Cuidado Paliativo. Fundación Omega. Santa Fé de Bogotá, Colombia. 1992, 370 pgs.
8. BELLAK, A.
HERSEN, M. Métodos de Investigación en Psicología Clínica. Editorial Declée De Brouwer,S.A. Bilbao España. 1989, 424 pgs.
9. BELLAK, L. Manual de Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. Editorial Manual Moderno. Mexico D.F. 1995, 369 pgs.
10. BELLAK, L.
SMALL, L. Psicoterapia Breve y de Emergencia. Editorial Pax, Segunda Edición. Mexico D. F. 1970, 405 pgs.
11. BLEICHMAR, E. La Depresión en la Mujer. Ediciones Temas de Hoy, S.A. Madrid. 199, 274 pgs.

12. BLEICHMAR, H. **La depresión un estudio psicoanalítico. Ediciones Nueva
Visión SAIC, Buenos Aires, Rep. de Argentina.
1994, 176 pgs.**

13. BLEICHMAR, H. **Avances en Psicoterapia Psicoanalítica. Hacia una técnica de
Intervenciones específicas. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
Primera Edición. Barcelona. 1997, 408 pgs.**

14. BOLWLBY, J. **Vínculos Afectivos: Formación, desarrollo y pérdida.
Ediciones Morata, S. A. Madrid. 1986, 200 pgs.**

15. BOLWLBY, J. **La Pérdida Afectiva. Tristeza y depresión. Editorial Paidós,
Buenos Aires. 1983, 464 pgs.**

16. BRANDEN, N. **Los Seis Pilares de la Autoestima. Primera Edición.
Ediciones Paidós, S.A. Barcelona, 361 pgs.**

17. CABODEVILLA, I. **Vivir y Morir Conscientemente. Editorial Descleé De
Brouwer, S.A. Bilbao. 1999, 217 pgs.**

18. CADE, B.
O'HANLON, W. **Guía breve de terapia breve. 1º Edición, Ediciones Paidós
Ibérica, S. A.. Barcelona, 1995, 208 pgs.**

19. CAHN, P.
CAHN, R.
CASIRO, A. **PSIDA . Un enfoque Integral. 1ª edición, Editorial Paidós
Buenos Aires. 1992, 254 pgs.**

20. CIE10 **Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones
clínicas y pautas para el diagnóstico. Publicado por la
Organización Mundial de la Salud. Técnicas Gráficas
Forma, S.A., 1992, 355 pgs.**

21. COLOMBERO, G. **La enfermedad tiempo para la valentía. Taller San Pablo,
Santafé de Bogota, D.C. 1993, 122 pgs.**

22. CORR, CH.
NABE, C.
CORR, D **Death and Dying, Life and Living. Second Edition. Brooks/
Cole Publishing Company, California. 1997, 659 pgs.**

23. DANSKY, S. F. **Now Dare Everything. Tales of HIV-Related
Psychotherapy The Haworth Press, . New York,
1994, 332 pgs.**

24. DMS - IV **Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos**

- Mentales Editorial Masson, S A. Ciencia y Cultura Latinoamérica, S A México, D.F. 1996, 909 pgs.
- 25 FRAMO, J L **Familia de Origen y Psicoterapia. Un enfoque Intergeneracional Primera Edición Ediciones Paidós Ibérica, S A Barcelona, 1996, 269 pgs**
- 26 FREUD, S **Duelo y Melancolía. Obras Completas Tomo II Editorial Biblioteca Nueva. Madrid 1973, 2091-2100 pgs.**
- 27 FREUD, S **Consideraciones de la Actualidad sobre la Guerra y la Muerte Obras completas, Tomo II Editorial Biblioteca Nueva. Madrid 1973, 2,101-2,117 pgs**
- 28 GABBARD, G O **Treatment of Psychiatric Disorders. American Psychiatric Press, Inc. Washington, DC. Segunda Edición 1995 1,207 - 1,368 pgs.**
- 29 GOLDMAN, H **Psiquiatría General. Cuarta Edición. Editorial El Manual Moderno S A. de C V Mexico D. F 1998, pgs. 636.**
- 30 GRINBERG, L **Culpa y Depresión, estudio psicoanalítico. Alianza Editorial, S.A. Salamanca 1994 276 pgs.**
- 31 HAY, L L **El SIDA cómo abordarlo de forma positiva Ediciones Urano, S A. Barcelona, 1990, 285 pgs**
- 32 HAY, L L **Amar sin condiciones Un camino hacia la paz interior y la salud física. Ediciones Urano, S A Barcelona 1998, 219 pgs**
- 33 HENNEZEL, M **Intimate Death How the dying teach us how to live Published by Alfred A Knopf, Inc New York 1997, 1882 pgs**
- 34 KENBERG, O **La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico Editorial Paidós Mexicana, S A México. 1996, 235 pgs.**
- 35 KERLINGER, F **Investigación del Comportamiento Segunda Edición McGraw-Hill/Interamericana de México, S.A de C.V 1996, 748 pgs**
- 36 KAUFMANN, A
AIACH, P **La enfermedad grave Aspectos Médicos y Psicosociales McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 1989, 345 pgs**

WAISSMAN, R

- 37 KÜBLER-ROSS, E Living with death and dying First Touchtone Edition. New York 1997, 181 pgs
- 38 KÜBLER-ROSS, E On Death and Dying First Touchstone Edition. New York 1997, 286 pgs
- 39 KÜBLER-ROSS, E Death the Final Stage of Growth. First Touchstone Edition, New York 1986, 181 pgs
- 40 LANDAU, S J. AIDS, Health and Mental Health A primary Sourcebook
CLEMENTS, C Brunner/Mazel Publishers New York, 1993, 340 pgs
- 41 LEON, O Diseño de Investigaciones. Introducción a la lógica de la
MONTERO, I Investigación en Psicología y Educación Segunda Edición McGraw-Hill/Interamericana de España, S A U. Madrid, 1997, 392 pgs
- 42 McWILLIAMS, N Psychoanalytic Diagnosis. Understanding Personality Structure in the Clinical Process The Guilford Press, New York, 1994, 398 pgs
- 43 MEREIA, E C La extensión del psicoanálisis Editorial Paidós SAICF Buenos Aires, 1994, 384 pgs
- 44 MOBOURQUETE, J Morir en Vida. Cómo enfrentar dignamente el fin de la
LUSSIER-RUSSEL, D vida. Taller San Pablo Santafé de Bogota, D C 1998, 219 pgs
- 45 NEIMEYER, R. A Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte 1ª edición, Ediciones Paidós Ibérica, S A 1997, pgs 286
- 46 NIETO, E Psicoterapia, principios y técnicas. Editorial Pax México, Librería Carlos Césarman S A México, D F 1994, 185 pgs.
- 47 PANGRAZZI, A Experiencias de crecimiento. El Duelo. Segunda Edición Editorial Kimpres Ltda.. 1993, 155 pgs.
- 48 PEÑALOZA, J H Lo Esencial sobre el SIDA para los profesionales de la salud. Tercera Edición Taller San Pablo Santafe De Bogota, D C 1994, 185 pgs
- 49 PARKES, C M Bereavement. Studies of Grief in Adult Life. Second Edition

- Tavistock Publication Ltd London, 1987, 265 pgs
- 50 POCH, J
AVILA ESPADA, A Investigación en Psicoterapia. La contribución psicoanalítica
Primera Edición Ediciones Paidós Ibérica, S A Buenos Aires
1998, 325 pgs
- 51 ROSS, M. W The Treatment of Homosexuals with Mental Health
Disorders Harrington Park Press New York, 1988, 222 pgs
- 52 SAMPIERI, R H
COLLADO, C. F Metodología de la Investigación McGraw- Hill
LUCIO, P B Interamericana de México, S A de C.V 1995, 501 pgs
- 53 SHAZER, E Claves para la Solución en la Psicoterapia Breve Segunda
reimpresión Ediciones Paidós Ibérica, S.A Barcelona,
1995, 206 pgs
54. SHERR, L Agonía, Muerte y Duelo. Editorial El Manual Moderno, S A
México D F. 1992, 273 pgs.
- 55 SUE, DAVID
SUE, DERALD Comportamiento Anormal Cuarta edición McGraw-Hill
SUE, STANLEY Interamericana de México, S A DE C V México, 1996,
155 - 182 y 345 - 400 pgs
- 56 SULLIVAN, H S La Entrevista Psiquiátrica Editorial Patria. Bajo el sello de
Nueva Imagen, México, 1990, 281 pgs
- 57 TRECHERA, J L ¿Qué es el narcisismo? Segunda edición Editorial Descleé
De Brouwer, S A , Bilbao, 1996, 221 pgs
- 58 VAN DER HART, O Coping with Loss The Therapeutic use of Leave - Taking
Rituals Irvingtin Publishers, Inc. New York, 1988, 206 pgs
- 59 WEENOLSEN, P The Art of Dying. St. Martin's Press, New York,
1997, 299 pgs
- 60 WINNICOTT, D Los procesos de maduración y el ambiente facilitador
Estudio para una teoría del desarrollo emocional.
Primera edición, Editorial Paidós SAICF, Buenos Aires
1993, 391 pgs.
- 61 WORDEN, W. J El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y
terapia 1ª edición Ediciones Paidós Ibérica, S A
Barcelona. 1997, 240 pgs

ARTÍCULOS

- 1 HURT, S **Anotaciones a la cuadrícula, el Historial del Caso, y el Reporte de Pruebas Psicológicas.** 1997 Traducción por Roberto Mainieri
- 2 LYETSOS, C **Changes en Depressive Symptoms as AIDS Develops**
HOOVER, D **The American Journal of Psychiatry, November, 1996,**
GUCCIONE, M **1,430 - 1,437 pgs**
DEW, M A
- 3 VALLEJO, O.J **El trabajador de salud y la consejería sobre el VIH y SIDA**
NAVARRETE, S **Salud Pública de Mexico. Noviembre - diciembre de 1995,**
DEL RIO, C **Volumen 37, N° 6 Pgs 636 -642.**

ARTICULOS Y SEMINARIOS DEL INTERNET

- 1 AYUSO, J L **Comorbilidad depresión - ansiedad. aspectos clínicos Revista Electrónica de Psiquiatría. Vol 1, marzo 1997 ISSN 1137-3148.**
<http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol1num1/index.htm>
- 2 BARLOW, S **The Implications of HIV/AIDS for Mental Health 1997**
BROWN, N. <http://www.psycom.net/mentalhealthcentral.hiv.html>
DODD, M
- 3 BILLIET, L **Comprensión psicoanalítica del SIDA Prevención de Inmunodeficiencia. 1997.**
lbilliet@overnet.com.ar
- 4 BILLIET, L **SIDA. características clínicas de pacientes inmunodeprimidos prevención. 1998**
<http://www.geocities.com/SoHo/Museum/9653/sida.html>
- 5 BLEICHMAR, H. **Del apego al deseo de intimidad. Las angustias del desencuentro Revista del Psicoanálisis, julio, 1999 - No 2**
<http://www.aperturas.org/2bleichmar.html>
- 6 BROTMAN, A W **Suicide and the HIV patient December 1993, Boston**

- [http //www rmf org/b3549.htm](http://www.rmf.org/b3549.htm)
- 7 CABAJ, R.P **Management of depression and anxiety in HIV - infected Patients From the June, 1996 Journal of the Association of Gay and Lesbian Psychiatrists**
[http //www iapac org/clinmgmt/mh/6anxiety.html](http://www.iapac.org/clinmgmt/mh/6anxiety.html)
 - 8 CANCER NET **Pérdida, Pena y pesar Cancer Net, 1998**
[http //www meb uni bonn de/Cancernet/spanish/306760.html](http://www.meb.uni-bonn.de/Cancernet/spanish/306760.html)
 - 9 CHARNOW, J A **HIV-infected patients may grow more depressed as AIDS nears December 12, 1996 Medical Tribune**
[http //home po com/html/medtrib/archive/FP/AIDS FP.shtml](http://home.po.com/html/medtrib/archive/FP/AIDS_FP.shtml)
 - 10 COSTA, P **El SIDA como construcción social Red Informática FLAPAG**
COSTAGUTA, E 1996 [http //www psinet com mx/rif6/108.hmt](http://www.psinet.com.mx/rif6/108.hmt)
 - 11 ELLIOT, A **Depression and HIV - Assessment and treatment. Project Inform Hotline Handout 1996**
[http //www projinf org/org/dct-ptn.html](http://www.projinf.org/org/dct-ptn.html)
 - 12 ESCOBAR, J **Seminario de Psicoterapia Breve. 1998 - 1999**
[http //psiconet com](http://psiconet.com)
 - 13 ESPINA, J A **Psicodrama del duelo 1999**
FILGUIERA, M [http //www pulso com/aen/2264 htm](http://www.pulso.com/aen/2264.htm)
 - 14 FERNANDEZ, A **La terapia interpersonal de la depresión y las psicoterapias en en el fin del milenio Revista Española de la Asociación de Neuropsiquiatría. 1996**
RODRÍGUEZ, B [http //www pulso com/aen/2364 htm](http://www.pulso.com/aen/2364.htm)
DIEGUEZ, Ma
GONZÁLEZ, N.
MORALES, N
 - 15 GARCÍA, P **Reacciones psicológicas en pacientes somáticos Conducta de enfermedad**
MARTINEZ, F [http //www intersep org/manual/a7n2htm#anchor769998](http://www.intersep.org/manual/a7n2htm#anchor769998)
 - 16 GONZÁLEZ, J **Algunas respuestas sobre la infección por el VIH**
[http /www.cienciahoy org/alcmeon/11/a11_03 htm](http://www.cienciahoy.org/alcmeon/11/a11_03.htm)
 - 17 HORN, P **SIDA Otro duelo especial. IX Congreso Metropolitano de Psicología Buenos Aires - 1997**
[http //www psinet.com.mx/apba/apba0094 htm](http://www.psinet.com.mx/apba/apba0094.htm)
 - 18 IPARI, J J **La actitud del hombre ante la muerte Volumen 3, Dinámica 9**

- Asociación Argentina de Psiquiatría.**
http://www.aaps.com.ar/dinamica/9/dina09_01.htm
- 19 KARASIC, D H HIV-Associated Psychiatric Disorders Published,
 DILLEY, J W October 1998
<http://hivinsite.ucsf.edu/akb/1997/05psych/>
- 20 LARA, R Ma Tanatología. cultura de la vida, cultura de la muerte
 Revista Psicología y Salud México, junio de 1997
<http://148.226.120.2/cancer/revista/rev0715.htm>
- 21 MARKOWITZ, J Treatment of depressive symptoms in human
 KOCSIS, J C immunodeficiency Arch Gen Psychiatry 1998 May New York
 FISHMAN, B [http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmb/journal/contents/2\(1\)/14.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmb/journal/contents/2(1)/14.html)
- 22 MALDONADO, J Trastornos psiquiátricos asociados con el VIH/SIDA 1997
 FERNÁNDEZ, F ICPS-HomePage Medico Interamericano - INDEX
- 23 MARTINEZ, J Adicciones y Homosexualidad, dos posibles salidas a la
 Psicosis. Revista Ocheronta. Psiconet.
<http://www.ocheronta.org>.
- 24 MASSÉ, P Enfermedad y muerte Asistencia al enfermo moribundo
 GIMÉNEZ, C <http://www.intersep.org/manual/a7n9.htm#anchor437383>
- 25 MENDEZ, J A Psicoterapia Psicoanalítica específica en dos subtipos de
 DE ICETA, M depresiones Archivos de Neurobiología, 1999, 62(1) 7-22
 RAMOS, Ma Revista de Psicoanálisis en Internet.
<http://www.psycoweb.roche.com.ar/med/at4c.htm>
- 26 MORO, L Variables que influyen en la respuesta psicológica al
 diagnóstico del cancer. Universidad de Salamanca. 1997
http://fs-morente.filol.ucm.es/pub_rpsicologia/iberpsi2/Moro/Moro.htm
- 27 MONTAÑEZ, F. Problemas médico - psicológicos en el SIDA. 1996
<http://www.intersep.org/manual/a7n5.htm>
- 28 OCHOA, E Problemas de conducta en pacientes HIV+ hospitalizados
 Repercusión en los profesionales. Revista Electrónica de
 Psiquiatría. Vol 1, marzo 1997 ISSN 1137-3148.
http://www.psiquiatría/vol1num1/art_2.htm

- 29 ONUSIDA Derechos humanos de las personas con SIDA.
<http://www.geocities.com/Heartland/River/7561/pag4.html>
- 30 ONUSIDA Recomendaciones generales para las personas portadoras del VIH 26 de septiembre de 1998
<http://www.geocities.com/HotSprings/Resort/1356/recomen.html>
- 31 ORTUZAR, M Aspectos psicológicos del paciente infectado por el VIH 1998
http://www.hispavista.cl/Salud_y_Medicina/Mental/Psicologia/
- 32 PEREYRA, C Psicogenia y patogenia de la depresión. N°2 - 1996
http://www.cienciahoy.org/alcmeon/17/a17_01.htm
- 33 PEREZ, G Tratamientos psicológicos. Psicoterapias de orientación Dinámica.
<http://www.intersep.org/manual/al2n2.htm#anchor129872>
- 34 PROJECT INFORM El médico, el paciente, y el VIH. Como construir una Relación de cooperación. 1995 Project Inform. Traducido y adaptado al español por Merino, L D
<http://www.projinf.org/spanish/org/dct-ptn.html>
- 35 RENTERÍA, M SIDA y Suicidio 1997
http://www.geocities.com/Athens/Forum/7845/SIDA_Y_SUICIDIO
- 36 RUIZ, P Tratamiento psicoterapéutico de la depresión mental 1998
HomePage Medico Interamericano 1.98
- 37 SELIGMAN, M The Effectiveness of Psychotherapy The Consumer Report Study 1995 American Psychologist, 50, 965-974
World Wide Web <http://www.apa.org/journals/seligman.html>
- 38 TUBERT, J Proceso psicoanalítico y relaciones objetales. Revista de Psicoanálisis Noviembre, 1999 - No 3.
<http://www.aperturas.org/7tubert.html>
- 39 VELASCO, V Sexualidad y SIDA 1998
<http://www.aids-sida.org/sexsida.htm>
- 40 WULFF, E A Trastornos neurológicos asociados con el VIH/SIDA
HomePage. Medico Interamericano - INDEX
wulff@smtplink.mssm.edu
- 41 ZISOOK, S Prozak and Group Therapy Effective for HIV - Positive

**Patients with Depression. May 28, 1998. Published in the
Journal of Clinical Psychiatry.
<http://www.pslgroup.com/dg/7f21e.htm>**

APUNTES

CORREA, J.V.

**Introducción a la Psicopatología Clínica, Universidad de
Panamá. Panamá. 1996, 184 Págs.**

ANEXOS

ANEXO # 1

CUESTIONARIO - GUÍA

Datos Generales

Nombre _____

3. Fecha de nacimiento _____ Edad _____

4. Lugar de nacimiento _____ 5. Sexo _____

6. Estado civil _____

7. Dirección y teléfono _____

8. Escolaridad:

Primaria incompleta _____

Primaria completa _____

Secundaria incompleta _____

Secundaria completa _____

Universidad incompleta _____

Universidad completa _____

Vocacional _____

9. Ocupación:

Desocupado (a) _____

Empleado (a) _____

Estudiante _____

Ama de casa _____

Otro _____ (especificar).

10. Su nivel socioeconómico es: Bajo _____, Media bajo _____, media _____, media - alta _____, Alto _____.

11. Generograma de las personas con las que vive

B. Problema actual

12. ¿Describame qué tipo de problemas tiene?

13. ¿Qué es lo que más le preocupa y quisiera que le ayudáramos?

14. ¿Podría explicarme desde cuándo se siente así?

15 ¿Anteriormente, cómo ha resuelto estos problemas?

C. Historia personal

16 ¿Anteriormente se ha sentido como se siente ahora, y cuáles fueron esas circunstancias o eventos que lo llevaron a sentirse deprimido y/o angustiado?

17 ¿Ha estado anteriormente bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico?. Sí __, No __

18 En caso positivo ¿cuándo, por qué, qué características tenía, cómo se resolvió?

19 Sabemos que usted es portador del VIH o SIDA ¿Cómo se siente ante ese hecho?

20 ¿A través de que vía se contagió? Transfusión de sangre ____, Contacto sexual ____, Por compartir jeringuillas _____

21 ¿En la actualidad, usted requiere asistencia considerable y un cuidado médico constante? No _____ rara vez _____, ocasionalmente _____, frecuentemente _____, constantemente _____

22 ¿Ha estado hospitalizado por enfermedades relacionadas con el SIDA? Sí _____, No _____

23 En caso positivo ¿Cómo se sintió?

24 ¿Cuál es su visión de la muerte ahora que usted sabe que tiene SIDA?

25 ¿Ha pensado alguna vez seriamente en quitarse la vida? Sí _____, No _____. En caso afirmativo, ¿Cuándo?

26 ¿Lo está pensando ahora? Sí _____, No _____

27 En caso afirmativo, ¿Cómo y cuándo?

28 ¿A quiénes les ha dicho que tiene VIH o SIDA?

29 ¿Ha recibido apoyo de sus familiares o de las personas que le son más significativas? Sí _____, No _____

30 ¿Cómo se siente ante el hecho de que solo usted y su médico saben que tiene VIH o SIDA? (Sí corresponde)

31 Enumere, ¿Cuáles son sus tres miedos más importantes?

- 32 ¿Comparte, igual que antes, actividades recreativas con su familia y amigos cercanos?
- 33 ¿Cuáles son sus hobbies, actividades y otros intereses? ¿Las realiza?, en caso afirmativo, ¿con que frecuencia?, en caso negativo, ¿por qué?
- 34 ¿Tiende a hacer amigos con facilidad?
- 35 Una vez que ha hecho amigos, ¿Los mantiene?.
- 36 ¿Cómo son sus relaciones con sus amistades, compañeros y conocidos?
- 37 ¿Cómo han sido sus experiencias amorosas? ¿Ha tenido muchas desilusiones?
- 38 ¿En el pasado cuáles han sido sus metas?.
- 39 ¿Cuáles son sus metas en la actualidad?
- 40 ¿Antes de ser diagnosticado con VIH o SIDA, ¿Ha tenido usted enfermedades u operaciones importantes? Sí _____, No _____
- 41 ¿Cómo se sintió?
- 42 ¿En la actualidad es su vida sexual satisfactoria? Sí _____, No _____
- 43 En caso negativo, ¿Qué problemas tiene?.
- 44 ¿Con cuanta frecuencia tiene usted relaciones sexuales?.
- 45 ¿Con cuánta frecuencia e intensidad tiene actividades masturbatorias?
- 46 ¿Cómo se siente al respecto?
47. ¿Cuál es su orientación sexual? Heterosexual _____, Bisexual _____, Gay _____, Lesbiana _____
- 48 ¿Cómo se siente ante este hecho? (Si es bisexual, gay o lesbiana)
- 49 ¿Sabe su pareja que usted es bisexual? (Sí corresponde)
- 50 ¿Utiliza a los trabajadores sexuales (Prostitutas/os) para satisfacerse sexualmente?
- 51 ¿Sabían sus padres o sus familiares más cercanos, con seguridad de que usted es homosexual? (Sí corresponde)

- 52 ¿Cuál fue la reacción de ellos al enterarse? Indiferente _____, Aceptante _____, Tolerante _____, Hostil _____, Otros _____
- 53 ¿En la actualidad aceptan sus padres su condición homosexual?. (Sí corresponde)
- 54 Si los padres no están enterados de su condición homosexual, ¿Cómo se siente ante este hecho?, ¿Es posible que ellos lo sospechen?
- 55 ¿Cuánto tiempo hace que está casado (a), separado o divorciado? (Si corresponde)
- 56 ¿Cómo son sus relaciones con su cónyuge o su pareja? (Si corresponde)
- 57 ¿Está emocionalmente implicado en otra relación, además de la que mantiene con su cónyuge?
- 58 ¿Ha tenido separaciones, matrimonios, relaciones eventuales o divorcios previos?
59. En caso positivo, ¿Por qué y cómo fue esa separación?
- 60 ¿Cuántos hijos tiene? (si corresponde)
- 61 ¿Cómo se relaciona con ellos?
- 62 ¿En la actualidad, con quién más vive en su casa?
- 63 ¿Cómo es la convivencia en su casa?
- 64 ¿Qué tipo de drogas consume? (Frecuencia, duración de la ingesta, cantidades y modalidad de ingestión)
- 65 ¿Qué tipo de problemas alimenticios tiene?
- 66 ¿Tiene problemas con el sueño? Insomnio _____, Hipersomnia _____
- 67 ¿Suele levantarse descansado? En caso negativo, ¿Por qué?
- 68 ¿Ha tenido algún sueño recurrente? En caso positivo ¿cuál es?
- 69 ¿Cómo se desempeña actualmente en su trabajo u otras actividades?
- 70 ¿Cuáles son sus ocupaciones actuales?, ¿En general, está satisfecho/a con las mismas?
- 71 ¿En cuál tipo de religión fue educado?
- 72 ¿En la actualidad, cuál es la religión que profesa? ¿Tiene algún problema al respecto?

- 73 ¿Con quién se crió? Solo madre _____, Solo padre _____, Ambos padres, _____
Tíos _____, Abuelos _____, Otros (especificar) _____.
- 74 ¿Cómo fue la convivencia con ellos?
- 75 ¿Satisficieron sus necesidades afectivas sus padres o sus sustitutos?
- 76 ¿Considera usted que fue un hijo deseado? Sí _____, No _____
- 77 En caso negativo, ¿Por qué? Y ¿Por cuál de los padres? Padre _____, Madre
_____ o Ambos _____
- 78 ¿Cómo fue la relación y el trato de sus padres para con usted en la niñez?
- 79 ¿Fue alguna vez amenazado o castigado? Sí _____, No _____
- 80 En caso positivo, ¿Cuáles fueron los métodos de castigo?. Físicos _____, de
humillación _____ o rechazo _____ ¿Cómo se sintió al respecto?
- 81 ¿Satisfacía usted las exigencias de sus padres?. Sí _____, No _____
- 82 En caso negativo, ¿Cómo se sintió al respecto?
- 83 ¿Están sus padres vivos? Sí _____, No _____.
- 84 En caso negativo ¿Qué edad tenía usted cuando murieron?
- 85 ¿Cómo se sintió ante ese hecho?
- 86 ¿Cuál fue la causa de muerte de su padre o madre?
- 87 Si aún viven, ¿Qué edad tienen actualmente?
- 88 ¿Están sus padres juntos? Sí _____, No _____.
- 89 En caso negativo ¿Qué edad tenía cuando se separaron?
- 90 ¿Cómo se sintió ante ese hecho?
- 91 ¿Con cuál de los padres fue más apegado?
- 92 ¿Ha ocurrido en su niñez alguna situación emotivamente traumatizante?
- 93 ¿Qué edad tenía?, ¿Cómo se sintió?

- 94 ¿Cómo se llevaba con sus padres? Ponga algún ejemplo de esta relación
- 95 ¿Qué juegos recuerda de la etapa de la niñez? ¿Con quien solía jugar? ¿Disfrutaba de esos juegos? ¿Qué era lo que más le interesaba?
- 96 ¿Tenía con quien compartir sus intereses y sus fantasías?
- 97 ¿Cómo se relacionó con sus compañeros/as de clases o con los amigos con quien jugaba?
- 98 ¿Recuerda, o le han comentado que usted recibió ayuda psicológica o psiquiátrica durante su infancia? En caso afirmativo, ¿Sabe el motivo?
- 99 ¿A qué edad comenzó la escuela? ¿Recuerda si fue problemático este hecho? En caso afirmativo, ¿Por qué?
100. ¿Fue un buen estudiante? En caso negativo, ¿qué dificultades tenía?
- 101 En general como usted definiría su infancia feliz o infeliz ? ¿Por qué?
- 102 ¿Cómo fue su estado de salud durante la adolescencia? Recuerda alguna enfermedad o tuvo algún accidente o intervención quirúrgica?
- 103 Si es mujer la que consulta, ¿cuándo tuvo su primera menstruación?, ¿estaba informada?, ¿Cómo reaccionó?, ¿tuvo algún tipo de problema?
- 104 ¿Participó en juegos sexuales de tipo exploratorio con otros niños/as?
- 105 ¿Fue alguna vez pillado y amenazado o castigado por este tipo de juego?
- 106 ¿Fue seducido por un adulto en su infancia o niñez?
- 107 ¿Ha experimentado algún trauma sexual?
- 108 En caso positivo ¿Cómo fue ese trauma?
- 109 ¿Qué edad tenía cuando se masturbó por primera vez?
- 110 ¿Cuánta información sexual obtuvo de sus padres? Mucha _____, Alguna _____, Poca _____, Ninguna _____.
111. ¿A qué edad realizó su primer relación sexual?

- 112 ¿Cuál fue la edad del compañero, con quien realizó este primer acto sexual?
Menor _____, Igual _____, Mayor _____
- 113 ¿Quién inició esta actividad? Usted _____, Compañero _____, Mutuamente

- 114 ¿Cómo fue esta primera experiencia? Dolorosa _____, Placentera _____,
Placentera y dolorosa _____, Indiferente _____
- 115 ¿Espera conseguir mejoría con esta intervención? ¿En qué sentido?
- 116 ¿Está animado para colaborar activamente en la consecución de esta mejoría?
- 117 ¿Hay alguna persona en su entorno que pueda colaborar en este tratamiento?
- 118 ¿En general, ¿tiene algún temor, duda o posible dificultad con el tratamiento?

D. Historia familiar

- 119 ¿Cuál es el estado civil de sus padres? Unidos _____, Casados _____,
Divorciados _____, Separados _____, Viudo/a _____
120. Edad de su padre y madre cuando se unió _____, casó _____, divorció _____,
Separó _____, o enviudó _____
- 121 ¿Cual es la escolaridad de su padre y su madre?
- 122 ¿Cuántos hermanos tiene?
- 123 ¿Qué número es usted dentro de ellos? (Si corresponde)
- 124 ¿Cómo se ha relacionado con ellos, niñez, adolescencia y en la actualidad?
- 125 ¿Cuál de los hijos considera usted que ha sido el preferido de la madre?
- 126 ¿Cómo se ha sentido al respecto?
- 127 ¿Cuál de los hijos considera usted que ha sido el preferido del padre?
128. ¿Cómo se ha sentido al respecto?
- 129 ¿Cómo han sido las relaciones de sus padres?.
- 130 ¿De que manera le ha afectado ese tipo de relaciones de sus padres? (Si
corresponde).

131. **¿Cómo ha sido el carácter de su madre?**
132. **¿Cómo ha sido el carácter de su padre?**
133. **¿Dentro de la familia que tipo de enfermedades han sufrido?. Por línea materna y paterna (psicológicas y médicas).**

E EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL

A. ASPECTO GENERAL		G. EXPRESIONES		L. MEMORIA	
1	Muy descuidado		AFECTIVAS	1	Fijación
2	Descuidado	1	Ausentes	2	Evocación
3	Leve descuidado	2	Muy reducidas	3	Inmediata
4	Normal	3	Normales	4	Largo plazo
5	Leve Rebuscado	4	Acentuadas		
6	Rebuscado	5	Lábiles	M. CONSCIENCIA DE LA ENFERMEDAD	
7	Extraño	6	Explosivas (llanto o ira)	1	Ausente
		7	Incongruentes	2	Incongruente
B ACTIVIDAD MOTORA		H. PERPLEJIDAD		3	Presente
1	Bloqueada	1	Leve	N. CRITICA	
2	Lenta	2	Media	1	Ninguna
3	Normal	3	Grave	2	Incongruente
4	Inquieta	4	Muy grave	3	Temporal
5	Agitada			4	Esponanea parcial
C EXPRESION DEL ROSTRO		L. ORIENTACION		5	Racionalización
1	Triste	1	Alopsiquica -	6	Adecuada
2	Normal		Mundo externo	7	Congruente
3	Inquieta	2	Autopsiquica o	O. DISCURSO	
4	Excitado		Personal	1	Ausente (mutismo)
5	Labilidad	3	Tiempo	2	Interrumpido
D. MIMICA		J. ORGANIZACIÓN DEL PENSAMIENTO		3	Hipoproductivo
1	Amimia - bloqueo	(Coherencia lógico - formal)		4	Normal
2	Hipomimia	1. Curso del pensamiento		5	Verborrea
3	Tensión	1 1	Concreto	6	Lagorrea
4	Normal	1 2	Tangencial	7	Lagorrea sin control
5	Hipermimia	1 3	Normal	8	Alternancia
6	Discordancia	1 4	Circunstancial	P. ESTADO DE ANIMO	
7	Estereotipias	1 5	Perseverativo	1	Triste
E. ACTITUD DURANTE LA ENTREVISTA		1 6	Bloqueado	2	Normal
1	Cooperación buscada	1 7	Incoherente	3	Eufórico
2	Cooperación normal	2. Contenido del Pensamiento		4	Oscilaciones
3	Pasividad leve	2 1	Desreal	OBSERVACIONES	
4	Pasividad acentuada	2 2	Ideas fijas		
5	Oposición acentuada	2 3	Obsesiones		
6	Negativismo	2 4	Fobias		
7	Variable	2 5	Normal		
F. MANIFESTACIONES DE ANSIEDAD		2 6	Ideas delirantes		
		2 7	Delirios		
1 Ausencia paradójica		K. PERCEPCIÓN			
2	Reducida	1	Ilusiones		
3	Normal	2	Alucinaciones		
4	Leve	2 1	Psicosensoriales		
5	Moderada	2 2	Somáticas		
6	Grave	2 3	Hipnagógicas		
7	Pánico	3	Normal		

ANEXO # 2

ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG.

INSTRUCCIONES - Lea cada declaración cuidadosamente y marque con una X (equis) la columna que mejor responda a la forma como usted se ha sentido durante las últimas dos semanas. Para las declaraciones 5 y 7, si usted está en dieta, conteste como si no lo estuviera.

Nombre _____ Fecha _____

Edad _____ Sexo _____

	Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntos
1. Me siento abatido y melancólico y triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Por las mañanas es cuando mejor siento					
3 Tengo accesos de llanto o ganas de llorar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Duermo mal					
5 Como tanto como solía comer antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Disfruto conversando, mirando y estando con mujeres/hombres atractivos					
7. Noto que estoy perdiendo peso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Tengo trastornos intestinales y estreñimiento					
9. Me late el corazón más aprisa que de costumbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Me canso sin motivo					
11 Mi mente está tan clara y despejada como siempre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Hago las cosas con la misma facilidad que antes					
13. Me siento nervioso/a e intranquilo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Tengo esperanzas en el futuro					
15. Me irrito más de lo normal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Encuentro fácil el tomar decisiones					

17. Siento que me necesitan y que soy útil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Llevo una vida satisfactoria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Todavía disfruto de las cosas que solía hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO # 3

ESCALA REVISADA COLLETT-LESTER DE MIEDO A LA MUERTE Y AL PROCESO DE MORIR

¿ Hasta qué punto te inquietan y te ponen ansioso (a) los siguientes aspectos de la muerte y del proceso de morir?

Lee cada ítem y responde rápidamente No pienses tu respuesta demasiado Queremos tu primera impresión de lo que piensas en este momento Pon un círculo en el número que mejor represente lo que sientes

	Mucho		Algo		Nada
Tu propia muerte:					
1. El aislamiento total de la muerte.	5	4	3	2	1
2. La brevedad de la vida.	5	4	3	2	1
3. Perderlo todo después de la muerte.	5	4	3	2	1
4. Morir joven.	5	4	3	2	1
5. Cómo debe ser estar muerto.	5	4	3	2	1
6. No volver a pensar o experimentar.	5	4	3	2	1
7. La posibilidad de sentir dolor o castigo durante la vida después de la muerte.	5	4	3	2	1
8. La desintegración de tu cuerpo cuando mueras.	5	4	3	2	1
Tu propio proceso de morir:					
1. La degeneración física que implica.	5	4	3	2	1
2. El dolor implicado en el proceso de morir.	5	4	3	2	1
3. La degeneración intelectual de la ancianidad o enfermedad.	5	4	3	2	1
4. Que tus habilidades se verán limitadas mientras te estés muriendo.	5	4	3	2	1
5. La incertidumbre respecto a la valentía con la que afrontarás el proceso de morir	5	4	3	2	1
6. Tu falta de control sobre el proceso de morir.	5	4	3	2	1
7. La posibilidad de morir en un hospital lejos de la familia y los amigos.	5	4	3	2	1
8. El dolor de los otros mientras te estés muriendo.	5	4	3	2	1

La muerte de los otros:	Mucho		Algo		Nada
1. Perder a alguien cercano a ti.	5	4	3	2	1
2. Tener que ver el cuerpo muerto de esa persona.	5	4	3	2	1
3. No poder comunicarse con esa persona nunca más.	5	4	3	2	1
4. Arrepentirse de no haber sido más agradable con esa persona cuando estaba viva.	5	4	3	2	1
5. Envejecer solo, sin esa persona en cuestión	5	4	3	2	1
6. Sentirte culpable por considerarte liberado porque esa persona en cuestión ha muerto.	5	4	3	2	1
7. Sentirte solo/a sin esa persona en cuestión.	5	4	3	2	1
*8. Envidioso de que la persona esté muerta	5	4	3	2	1
El proceso de morir de otros:					
1. Tener que estar con alguien que se está muriendo.	5	4	3	2	1
2. Que esa persona quiera hablar de la muerte contigo.	5	4	3	2	1
3. Ver sufrir a la persona en cuestión por el dolor.	5	4	3	2	1
4. Tener que ser él/la que le diga a esa persona en cuestión que se está muriendo.	5	4	3	2	1
5. Ver la degeneración física del cuerpo de esa persona en cuestión.	5	4	3	2	1
6. No saber qué hacer con tu dolor por la pérdida de esa persona cuando estás con ella.	5	4	3	2	1
7. Ver el deterioro de sus habilidades mentales.	5	4	3	2	1
8. Que te recuerden que tú también vas a sufrir esa experiencia algún día.	5	4	3	2	1

* El examen reciente de este ítem indica que su puntuación se debería invertir

ANEXO # 4

CUESTIONARIO GUÍA POST - TRATAMIENTO

1 ¿Cuánto le ha ayudado el tratamiento con respecto a los problemas que nos señaló que tenía al inicio del tratamiento?

- Mucho _____
 Medianamente _____
 Poco _____
 Casi nada _____
 Nada _____

2 ¿Cuánto le ha ayudado el tratamiento con respecto a las siguientes áreas

Áreas	Nada	Casi nada	Poco	Medianamente	Mucho
Estado de ánimo					
Confianza en sí mismo					
Relación con otros					
Disfrutar de la vida					
Cuidado de sí mismo					
Crecimiento y conocimiento de sí mismo					

3 ¿Se encuentra satisfecho con la duración del tratamiento? Sí _____, No _____

4 En caso negativo, ¿Por qué?

5 ¿En general, cuán satisfecho está usted con el tratamiento?

- Completamente satisfecho _____
 Bastante satisfecho _____
 Medianamente satisfecho _____
 Algo satisfecho _____
 Bastante insatisfecho _____
 Completamente insatisfecho _____

6 De acuerdo a la respuesta anterior, explique brevemente ¿por qué se siente satisfecho o insatisfecho?