



ESCUELA DE PSICOLOGIA
INCORPORADA A LA UNAM

10
2es.

**ESTUDIO DE CASO, UNA ALTERNATIVA PARA COMPRENDER
LA PSICODINAMIA DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA
ADQUIRIDA (SIDA)**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
SANDRA ROCHA ARTEAGA

DIRECTOR DE TESIS:
LIC. SILVIA GARCIA RIOS

MEXICO, D. F.

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

26513A



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A LA VALENTÍA Y APOYO INCONDICIONAL
DE LOS ENFERMOS.
IN MEMORIAM, RUTILIO.

PORQUE AL PERMITIRME VIVIR, ME DEJAS SENTIR
ESTE INIGUALABLE MOMENTO. GRACIAS JEHOVÁ

PORQUE TU AMOROSA PRESENCIA,
AUN EN LA DISTANCIA,
ME SIGUE DANDO TANTO.
GRACIAS MAMÁ.

A MI ABUELA-MADRE POR SERLO.

POR LA LIBERTAD Y HONESTIDAD,
VALIOSOS E INIGUALABLES EJEMPLOS.
PARA TI PAPÁ.

EN ESPECIAL, A MIS MAESTROS,
GUÍAS DEL CONOCIMIENTO Y EL AMOR
AL ESTUDIO.
POR SU TIEMPO Y DEDICACIÓN,
A TODOS Y CADA UNO, MIL GRACIAS
POR DARME UN POCO DE USTEDES.

ÁNGELES FIGUEROA.
SILVIA GARCÍA.
PILAR IBÁNEZ.
CLARISA LASKY.
JOSÉ VILLELA.

A JASON, JOSHUA Y LUCRECIA.

AL CARIÑO DESINTERESADO
DE MIS MARAVILLOSOS HERMANOS.
ZARAHY, MEMO Y RAFAEL.

A LA AMISTAD, INSUPERABLE
TESORO
MÓNICA
MARISELA
LOLITA
GINA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

ANÁLISIS DEL SIDA

1.1 Origen	2
1.2 Desarrollo de la enfermedad	5
1.3 Vías de transmisión	10
1.4 Prevención	13
1.5 Detección	15
1.6 Tratamiento	18

CAPÍTULO II

PERSONALIDAD DEL PACIENTE CON SIDA

2.1 Características de la personalidad	21
2.2 Psicodinamia de la conducta adictiva	26
2.3 SIDA, Pérdidas y Muerte	42
2.4 Intervención inicial	47

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Objetivo	54
Planteamiento	54
Hipótesis	55
Variables	55
Instrumento	56
Estudio de Caso	57
Resultados	80

CAPÍTULO IV

CONCLUSIÓN	88
LIMITACIONES	93
SUGERENCIAS	94

BIBLIOGRAFÍA

CITAS

INTRODUCCIÓN

El reconocer la responsabilidad que cada persona debe tener en la práctica de su sexualidad, ha sido, y continúa siendo, un punto opacado en la conducta humana. De la misma manera, la carencia en el conocimiento de enfermedades vinculadas con la falta de protección en las relaciones sexuales, desencadena un grave ataque a la salud y, en muchos casos, atenta contra la propia vida.

Durante la última década, el padecimiento más alarmante, que guarda relación con la actividad sexual humana, es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Desde hace muchos años se han tratado de identificar los rasgos de personalidad que exhibe una persona infectada por el VIH, y que ha desarrollado SIDA. Los resultados no han sido, hasta el momento, suficientes para poder establecer un tipo de categorización diagnóstica del paciente con SIDA que sea exclusiva de otros.

Ante la dificultad para los criterios diagnósticos de la personalidad observada en paciente con SIDA, esta investigación propone advertir en los estudios realizados por el Dr. David Maladasvky, quien manifiesta que en un grupo compuesto por homosexuales, bisexuales, adictos, de conductas más o menos promiscuas que padecen SIDA, existe un elemento compartido:

estructura de las adicciones. Por tal motivo, se acepta pertinente hacer una revisión de los rasgos de personalidad en este tipo de pacientes por medio de un Estudio de Caso.

Todavía existen muchas dificultades para elaborar un estudio comparativo que identifique indicadores de enlace entre la personalidad adictiva y la personalidad del paciente con SIDA. La falta de cooperación de grupos e instituciones que trabajan con población infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, continúa siendo un gran obstáculo para diferentes investigaciones. De esta manera, el presente trabajo está enfocado a esclarecer la premisa propuesta por Maladavsky. La Investigación de Caso es la mejor opción para encontrar esos indicadores que fortalezcan el diagnóstico psicológico del SIDA.

Tomando como base las necesidades importantes al tema, en el capítulo I, se hace una revisión de las teorías que proporcionan el primer indicio del VIH, virus desencadenante de SIDA, en los anales de medicina. También, se abordan las consideraciones médicas hacia la enfermedad, las formas de contagio, las medidas de prevención al mismo, las pruebas para revelar la existencia del VIH en el organismo humano y las posibilidades de tratamiento médico que se proporciona al enfermo de SIDA.

El capítulo II refiere las identificaciones de personalidad que contiene el paciente con SIDA, una exposición psicodinámica del trastorno adictivo, y las vinculaciones entre el impulso de vida

y el impulso de muerte ante la inminente posibilidad de encarar la disyuntiva propuesta.

La explicación y el análisis de la personalidad que presenta el paciente con SIDA, son expuestos a través de un Estudio de Casos, en el capítulo III.

Por último, el capítulo IV determina los resultados y la conclusión a este trabajo.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

ANÁLISIS DEL SIDA

ANÁLISIS DEL SIDA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) representa, hoy día, un gran reto para la sociedad en general. Su mortal desenlace, después de una larga y paulatina degeneración del sistema inmunológico, a pesar del esfuerzo en las diferentes áreas encargadas de la salud, obliga a redoblar el vigor para encontrar posibles alternativas de tratamiento y cura.

La existencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), causante del SIDA, data de mediados de este siglo. Su mayor auge se presentó en la década de los 80s. En este período, se inició la labor de información de la enfermedad, pero con carencias sobretodo en el área de prevención. Por otro lado, se estereotipa el padecimiento como propiamente de las comunidades homosexuales, quienes reciben la agresión de la sociedad, soportando la consigna de estar siendo castigados por Dios.

Durante el último decenio de este siglo, el mito del castigo divino a la conducta homosexual, pierde validez al ser (según la Secretaría de Salud) los heterosexuales y, principalmente, las amas de casa, quienes registran el más alto índice de infección por VIH.

Es por ello que, con el fin de ahondar más sobre los riesgos, medidas de prevención, tratamiento y otros temas, se dedica este capítulo a describir diferentes aspectos de la enfermedad.

1.1 ORIGEN

En 1959, el fallecimiento de un marinero inglés, por desgaste físico y enfermedades oportunistas, pareció no tener importancia. Sin embargo, la aparición de la epidemia SIDA años después, hizo que un médico se interesara en recuperar las muestras de DNA del occiso, encontrando el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en las mismas, para concluir que, por lo menos desde ese año, la infección ha estado presente en Occidente.

Según las investigaciones del doctor Antonio Lazcano Araujo, biólogo egresado de la Facultad de Ciencias de la UNAM, el VIH proviene del mono verde de África y la forma más antigua del virus parece situarse en Zaire. Cabe aclarar que en este continente, la costumbre de algunos grupos sociales para la iniciación de los adolescentes, es cortar la ingle o espalda de los jóvenes para untarles la sangre del primate, esto es un mecanismo de transmisión natural del virus.

La aportación del doctor Lazcano Araujo, se suma a otros investigadores que han identificado retrovirus afines al VIH en monos y seres humanos. Es importante recordar que los monos y antropoides son, a menudo, los únicos animales que resultan sensibles al virus de gran importancia en la patología del ser humano.

Entre 1981 y 1982, el deceso de una colonia de monos en Davis, California, debido a la presencia de depresión de la inmunidad

con la aparición de infecciones oportunistas, llevó a los científicos a asociar este fenómeno con el síndrome humano de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Esa afección bautizada con el nombre de síndrome símico de inmunodeficiencia adquirida (Simian AIDS), tiene como responsable de la infección al Virus de Inmunodeficiencia Símica (VIS), que ataca al mismo subgrupo de linfocitos (CD4), que el virus humano.

En estudios genéticos posteriores, se demostró que la organización de los genes estructurales y de los genes reguladores de ambos virus, es virtualmente idéntica. Otra similitud es que los animales morían, como ya se mencionó, a consecuencia de infecciones oportunistas, muy similares a las que se dan en el SIDA.

Para descartar equivocaciones, en 1985, Myron Essex practicó pruebas serológicas en animales, concluyendo lo siguiente:

-En macacos asiáticos en cautiverio existía una enfermedad muy similar al SIDA humano. Mas, en macacos asiáticos salvajes no se encontraron huellas de infección por el VIS, por lo que era muy difícil determinar si el mono en cautiverio había infectado al hombre o viceversa.

-En chimpancés y baduinos africanos se obtuvo un resultado negativo en las pruebas de sangre.

-La señal más importante de VIS se encontró en el mono verde africano salvaje, la incidencia fue de un 50%; aunque esta proporción variaba entre el 30% y 70% en diversos países africanos.

Según Myron Essex y Phyllis Kanki "el virus VIS endémico entre los monos africanos, habría sido transmitido al hombre en algún lugar de África Occidental y habría dado nacimiento, por la adaptación a su nuevo huésped, al actual germen del SIDA humano".

(1)

Como consecuencia de las anteriores investigaciones, se examinaron poblaciones humanas de alto riesgo en diversas partes de África (que habían cazado, manipulado, comido o, incluso, tenido relaciones sexuales zoofílicas), donde se habían localizado antes monos infectados por VIS y VIH. Los resultados permiten que dos grupos de investigadores describan el primer virus responsable del SIDA. El instituto Pasteur, comandado por Luc Montanger, en 1986, lo llamó: LAV; mientras que el instituto del Cáncer de los Estados Unidos, dirigido por Robert Gallo, en 1984, lo nombró: HTLV III. En 1986, el Comité Internacional de Taxonomía de los Virus unifica los nombres antes mencionados en la nomenclatura Virus de Inmunodeficiencia Humana o VIH.

Es indispensable mencionar que los retrovirus del SIDA tienen un índice alto de mutación y períodos de estabilidad. De esta manera, existen variantes en todo el mundo e incluso entre la misma población. Así, por la gran capacidad exhibida por el VIH para cambiar, el desarrollo de una vacuna es una tarea difícil y las predicciones sobre la frecuencia de infección, se tornan complicadas.

1.2 DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD

Con el propósito de que el concepto Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA, alcance una mayor comprensión, se definen las palabras que lo componen.

Síndrome

Un síndrome es un conjunto de síntomas y signos que caracterizan la presencia de alguna enfermedad.

Inmune

El término "inmune" se refiere a la salvedad o protección ante la posibilidad de que el organismo pierda el equilibrio de su funcionamiento.

El sistema inmunológico del organismo funciona para combatir infecciones y enfermedades, a través de detener cualquier virus y evitar que se multiplique; es decir, el sistema inmunológico, mediante la producción de anticuerpos, elimina del cuerpo a cualquier virus.

Deficiencia

La palabra deficiencia involucra la "falta" o "insuficiencia" de algo.

Adquirida

Se define como algo que se recibe, algo que se obtiene.

Para el SIDA, siglas que representan el **SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA**, las anteriores quedan definidas de la siguiente forma:

Síndrome: es un conjunto de síntomas y condiciones que no son suficientemente específicos para ser denominados "enfermedad", y cuyas causas se desconocen.

Inmuno/Deficiencia: el sistema inmunológico de una persona con SIDA impide, por la incapacidad de su funcionamiento, que éste sea capaz de proteger a la persona contra infecciones y enfermedades.

Adquirida: aunque una mujer con SIDA, embarazada, puede transmitir a su bebé el virus que provoca esta enfermedad, conviene señalar que la inmunodeficiencia es "adquirida", dado que no es ni congénita (de nacimiento) ni debida a un desarrollo defectuoso del individuo. Se produce de un modo específico, por la presencia del VIH.

De esta manera, el SIDA es una enfermedad infecciosa y mortal, causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, VIH. Es la forma más severa y letal de la infección por el retrovirus VIH.

El VIH, microorganismo que cuando penetra en el cuerpo puede permanecer inactivo sin producir síntomas por mucho tiempo, no puede sobrevivir (a diferencia de otros virus) en el aire, los alimentos o el agua. Permanece vivo en los líquidos corporales, tales como la sangre o el semen.

Una vez que el virus se activa, daña los mecanismos de defensa del cuerpo humano que combaten las enfermedades; se destruye

parte del sistema inmunológico y con esto se pierde la posibilidad de combatir al VIH o a cualquier otro virus. Cuando el VIH logra entrar en el cuerpo, utiliza las funciones de las células defensoras, glóbulos blancos, para multiplicarse a sí mismo, eliminándolas y dejando al organismo expuesto a contraer cualquier infección. Aquellas infecciones y enfermedades que comúnmente causan la muerte de la gente con SIDA se les designa como "oportunistas".

Cuando el VIH ha invadido las células del cuerpo, permanece ahí de por vida. Regularmente las personas recién infectadas por el virus o seropositivas se presentan como asintomáticas; es decir, no tienen padecimientos ni molestias, por lo que el riesgo de contagiar a otras personas es demasiado alto. Algunas de las personas infectadas mueren en los dos años siguientes de que contrajeron la enfermedad. "La mayoría puede vivir cinco o seis años más antes de que realmente se manifiesten los síntomas del SIDA". (2)

Ya se dijo que el debilitamiento del sistema inmunológico por el VIH, propicia infecciones o cánceres que atacan al cuerpo, ocasionando la muerte. Existen ciertos síntomas compartidos en una infección por VIH. El siguiente listado muestra los síntomas de la infección por VIH y los síntomas de las enfermedades más comunes. (3)

**SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ENFERMEDADES
COMUNES**

Pérdida de peso.

Fiebre.

Diarrea.

Secreción blanca en boca, vagina o recto (llamada infección por monilia). Esta aparece en ocasiones después del uso de antibióticos, durante el uso de pastillas anticonceptivas o en personas con diabetes.

Cansancio por el exceso de trabajo, por no dormir bien, por estar experimentando muchos cambios o por exceso de preocupaciones.

Infecciones virales tales como el catarro, la gripa y la mononucleosis.

Glándulas inflamadas.

Tos con catarro o alergia

o
tos de fumador

o
tos después de una gripa.

Erupciones o comezón en la piel ocasionadas por el contacto con plantas o productos químicos.

Enfermedades de la piel.

**POSIBLES SÍNTOMAS DE UNA INFECCIÓN
POR VIH**

Pérdida de más de 4.5kg de peso cuando se ha dejado de crecer y no se está haciendo dieta

o
imposibilidad de adquirir más peso en la etapa de crecimiento.

Fiebre inexplicable que dura más de una semana

o
fiebres muy altas (más de 39.7°) que duran de tres a cinco días.

Evacuaciones continuas durante varias semanas.

Recubrimiento de boca, vagina o recto con secreción blanquecina, espesa y dolorosa, sin motivo aparente.

Cansancio o debilidad que dura semanas a pesar de que se duerma bien y no esté sucediendo nada extraordinario.

Aparición continua de muchas infecciones que duran de tres a cinco días.

Glándulas inflamadas en el cuerpo sin que exista ningún otro síntoma (como dolor de garganta, por ejemplo)

o
ganglios linfáticos del tamaño de una nuez o más grandes en cualquier parte del cuerpo.

Aparición de una tos seca o de una tos con la que se arrojan flemas procedentes del pulmón y que dura varias semanas sin explicación alguna.

Manchas violáceas inexplicables que no desaparecen.

Piel extremadamente seca y escamosa o exceso de comezón sin razón aparente.

La mayoría de las personas con SIDA manifiestan sólo algunos de los síntomas al mismo tiempo, éstos se mantienen por lapsos para luego desaparecer o empeorar provocando serias enfermedades o la muerte.

Por lo general, en los primeros años de haber adquirido la infección por VIH, la gente comienza a tener síntomas de enfermedades que, comúnmente, se presentaban en personas de edad avanzada o muy jóvenes, o bien, en personas con un estado de salud muy debilitado. Las enfermedades que con mayor frecuencia causan la muerte de los adultos con SIDA son: (4)

1.Sarcoma de Kaposi: es una forma de cáncer del tejido conectivo que sostiene a los vasos sanguíneos y que produce lesiones visibles en la piel. Se observa como manchas en la piel de color rosado, púrpura o marrón de formas irregulares que tienden a crecer con el tiempo. Este tipo de sarcoma puede afectar a otros órganos a nivel interno.

2.Pneumocystis carinii: es una rara infección producida por un organismo que se encuentra en los pulmones de la mayoría de la población sin producir ningún tipo de trastorno. En personas afectadas por VIH, este organismo se multiplica en los pulmones, causando neumonía.

3.Linfoma: cáncer poco común que, en ocasiones, inicia en el cerebro.

1.3 VÍAS DE TRANSMISIÓN

Cualquier persona, sea hombre o mujer, sin importar edad, raza o condición social, que se exponga a las formas de transmisión sexual, sanguínea o en el embarazo, puede contagiarse por el virus (VIH) que produce el SIDA. La transmisión del VIH es posible cuando una persona esté infectada por el virus, cuando exista una cantidad mínima del virus para que una persona se infecte y cuando el virus penetre dentro del organismo humano de tal forma que lleque al torrente sanguíneo.

Las cuatro vías por las cuales el VIH es transmitido de una persona a otra son:

1. Mediante relaciones sexuales con una persona infectada. El VIH se transmite durante las relaciones sexuales, independientemente que se tenga con hombres o mujeres, que permiten el intercambio de fluidos corporales (semen, secreciones vaginales o sangre) cuando se trata de personas enfermas o infectadas, aunque todavía no lo noten ni sepan que tienen el virus. Durante una relación sexual los tejidos de la vagina o del recto, según sea el caso, pueden desgarrarse permitiendo el intercambio de sangre, semen o fluido vaginal. Por otra parte, el virus podría entrar en el orificio de la uretra o por cualquier corte que hubiera en el pene. La sangre y el semen contienen la mayor concentración de VIH. Las secreciones vaginales contienen una concentración más baja del virus, en relación con la sangre o el semen.

Es necesario considerar que la orina contiene una concentración menor del virus que la existente en la sangre, el semen o las secreciones vaginales. Asimismo, la materia fecal puede ser contenedora de cierta cantidad de sangre. Por lo tanto, en el transcurso de una relación sexual con una persona infectada, la materia fecal o la orina pueden lograr llegar al torrente sanguíneo y producir la infección con el virus.

Los besos en los cuales hay intercambio de sangre de heridas de la boca o de las encías, constituyen una de las actividades sexuales menos seguras y más riesgosas de transmisión del VIH.

2. Por medio de agujas o jeringas que han sido usadas por una persona infectada. En este caso el riesgo de infección es muy bajo. Estudios realizados con personal de salud, que por accidente se han picado con agujas contaminadas, revelan que la adquisición de la infección por este conducto es menor al 0.5%. La recomendación es utilizar instrumentos desechables o esterilizados, puesto que el riesgo de contagio, aunque bajo, existe, y aún no se conoce la dosis mínima que provoca una infección.

3. Durante el embarazo, el parto o, posiblemente, durante la etapa de lactancia, si la madre está infectada.

4. Por medio de transfusiones de sangre o productos sanguíneos infectados, o bien trasplantes de órganos. A través

del contagio por transfusiones, se ha detectado que las personas infectadas pasan por un período asintomático prolongado, en el cual la capacidad de contagiar es elevada, por la ignorancia de su situación. "Se ha probado que existe transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) por sangre completa, por componentes celulares de la sangre, por plasma y por algunos factores de coagulación (como los utilizados en pacientes hemofílicos); sin embargo, otros productos preparados a partir de sangre como: inmunoglobulinas, albúmina, fracciones proteicas del plasma y vacunas, como la de la hepatitis, no transmiten la infección aun cuando la sangre usada para su obtención estuviera contaminada. Esta diferencia se debe a que en este segundo grupo mencionado hay pasos en la preparación de los productos, que inactivan al virus si es que está presente". (5)

El VIH no se transmite por contacto casual o social; por tanto, no existe peligro al saludar, abrazar o tocar a un portador de VIH o a un enfermo de SIDA ni a través de picaduras de insectos, pues la cantidad de sangre que un mosquito toma de un humano no es suficiente para transmitir el virus del SIDA.

Asimismo, tampoco hay posibilidad de contagio por saliva, lágrimas, orina, sudor, excremento o estornudos, porque éstos no contienen células donde se encuentre vivo el virus en la cantidad suficiente para infectar.

1.4 PREVENCIÓN

De acuerdo con la información que se tiene hasta el momento, las formas de evitar el contagio del VIH para prevenir el SIDA son las siguientes:

a) Por vía sexual, la mejor manera de prevenir la infección es la fidelidad de la pareja. Conforme la persona tenga relaciones sexuales con otras personas, se eleva el riesgo de contraer el virus, más aún si éstas tienen relaciones sexuales con otras.

Se puede aminorar el riesgo utilizando una barrera de protección (preservativo), que impida el contacto con los líquidos y secreciones genitales entre sí o con la sangre. Pero si la persona está infectada o no lo sabe, pudiera no resultar efectivo el uso del mismo, pues la barrera protectora, presumiblemente, es traspasada por el virus de inmunodeficiencia humana.

b) Por vía sanguínea, se recomienda usar solamente agujas desechables nuevas y exigir que la sangre utilizada en las transfusiones lleve la etiqueta "sangre segura". En el caso de los toxicómanos, al inyectarse la droga es factible que se compartan las agujas, esto es una potencial fuente de contagio.

c) Por vía perinatal, la única forma de prevención en caso de duda de estar infectada, es consultar al médico y hacerse la

prueba de detección antes de decidir embarazarse y, en caso de estar infectada por el VIH, evitar el embarazo.

Si se tiene contacto cotidiano con una persona infectada con el virus del SIDA, conviene destacar que el virus no se transmite a través del contacto con una piel sin heridas, no sobrevive fuera del cuerpo, por lo que al tocar, abrazar, tomar de las manos, bailar, compartir el mismo excusado o ingerir comida preparada por enfermos con el VIH, es imposible adquirir el padecimiento.

Al paciente con infección por VIH se le recomienda:

- Hacer ejercicio siempre y cuando no produzca demasiada fatiga.

- En las relaciones sexuales, la utilización de preservativo.

- Si las mujeres son seropositivas, deben evitar el embarazo, el amamantamiento y las relaciones sexuales durante la menstruación, ya que el contacto con la sangre menstrual es uno de los mecanismos que favorece a la transmisión del VIH.

- Informar del padecimiento siempre que sea atendido en procedimientos dentales, extracción de sangre y cirugías.

- Evitar el contacto con personas que padecen enfermedades infectocontagiosas.

1.5 DETECCIÓN

La única forma segura de saber que una persona está infectada por el VIH-SIDA es a través del análisis de sangre, en el que se hacen una serie de pruebas especiales de laboratorio para detectar los anticuerpos que produce el sistema inmunológico contra el VIH.

Es erróneo identificar la prueba de anticuerpos al VIH como una "prueba para el SIDA"; la prueba sólo indica si la persona tiene anticuerpos hacia el VIH. Si la prueba se confirma como positiva significa que la persona tiene los anticuerpos (estado de seropositividad).

Si la prueba es negativa, se debe tener presente que bien puede deberse a la falta de contacto o infección por el virus o bien a que, aunque se está infectado por el virus, el cuerpo todavía no ha producido anticuerpos. Se ha estimado que el tiempo que transcurre entre la adquisición de la infección y la aparición de anticuerpos es de seis a ocho semanas.

El resultado positivo no es sinónimo de SIDA ni necesariamente desarrollo de esta enfermedad. La prueba indica que el organismo está contagiado con el VIH, y los anticuerpos contra el virus se encuentran presentes en la sangre.

La prueba **ELISA** (siglas del estudio enzimático), cuyas iniciales en inglés significan: *Enzyme-Linked-Immuno-Sorbent-Assay*, es

utilizada para la detección del VIH. Descubre anticuerpos contra el VIH en el suero. Consiste en una serie de reacciones entre un anticuerpo y un antígeno. En ella, el resultado final es una reacción con color. Se considera positiva si se obtiene un nivel de color igual o mayor al que se ha preestablecido como positivo; el nombre indicativo será **seropositivo**.

Para poder establecer una muestra de sangre como positiva o como un diagnóstico positivo de infección por VIH, es necesario realizar más de una prueba de laboratorio. La muestra sanguínea debe resultar positiva repetidamente en la prueba ELISA y en otra prueba diferente llamada **DE CONFIRMACION**. De persistir el dato negativo en la prueba, se deduce que el paciente no es portador de VIH. Aunque el VIH puede estar en estado latente hasta 10 años antes de desarrollarse en el organismo, es posible detectar en cualquier momento los anticuerpos contra el mismo a través de las diferentes pruebas que existen.

Los estudios **CONFIRMATORIOS** se diferencian de la prueba ELISA por su mayor especificidad, pues eliminan la posibilidad de que el estudio sea falsamente positivo. No es posible someter todas las muestras de sangre a este tipo de estudios desde el inicio del diagnóstico, porque técnicamente son más complicados, aproximadamente 30 veces más costosos y no es factible su aplicación masiva.

La prueba **WESTERN BLOT** (estudio de inmunoelectrotransferencia) se suele usar para la comprobación de las muestras de sangre que resultaron positivas con la prueba ELISA. Consiste en detectar individualmente los anticuerpos contra las diversas proteínas virales; se separan las proteínas del virus, por su diferencia en peso molecular, y se someten a una reacción del mismo tipo que la descrita para la prueba ELISA. Así, se detectará en un individuo contra cuáles proteínas virales tiene anticuerpos.

1.6 TRATAMIENTO

Para el tratamiento médico del paciente con SIDA, es necesario evaluar la eficacia de un medicamento en base a la respuesta que el paciente tenga al mismo. Un medicamento se considera efectivo contra el SIDA cuando:

- a) Se observe un aumento en la sobrevida,
- b) se aminore la presencia de infecciones oportunistas y
- c) disminuya o desaparezca el volumen de las lesiones tumorales, cambios que deben registrarse en un período mínimo de dos meses.

De esta manera, el indicador óptimo en la evaluación de eficacia de un medicamento en personas asintomáticas seropositivas, es un reelevante retraso en el desarrollo del SIDA, sin la presencia de efectos tóxicos graves e irreversibles del medicamento.

La *Azidotimidina* (AZT, Retrovirus Zidovudine) es un medicamento diseñado en los años sesenta por el doctor J. P. Horwitz, originalmente utilizado como tratamiento contra el cáncer. El AZT, hoy día, es conocido como la droga antisida.

El AZT es verdaderamente activo en la mayoría de los casos. No prolonga la vida de las personas infectadas, pero resulta benéfico porque las mantiene sanas evitando que el paciente tenga

que recurrir a tratamientos y medicamentos para contrarrestar a las enfermedades oportunistas, que en gran medida son las que terminan con la vida de las personas infectadas.

La administración de AZT para los adultos es, en general, de 2 tabletas de 100mg cada 4 horas, por tiempo indefinido. Aunque todavía en fase experimental, en niños es administrada por vía intravenosa, 1.4mg por cada kg de peso por hora, en infusión continua.

Estudios preeliminares de la combinación de AZT con ddl y la droga BI-RG (neviripine o pyridinone) han demostrado, al menos in vitro, que es factible inhibir la infección de nuevas células e inactivar al VIH en las células ya infectadas. El procedimiento recibe el nombre de *Combinación Convergente* por la utilización de tres drogas (AZT, ddl y neviripine) que atacan las diferentes etapas del ciclo de vida del microbio para prevenir la resistencia del mismo a una en particular.

Referente a la droga neviripine, estudios con animales demuestran la ausencia de efectos secundarios tóxicos.

Los estudios de laboratorio respecto a la terapia de Combinación Convergente, podrán ser aplicados en el ser humano, a reserva de saber que el virus es complejo y se desconoce si es capaz, en el organismo humano, de desarrollar más mutaciones para combatir las tres drogas.

Por otro lado, un medicamento experimental diseñado para matar selectivamente células infectadas por el virus, ha resultado seguro. La droga combina partes de un potente veneno bacterial con una proteína que dirige el veneno a las células infectadas. El medicamento llamado **CD 4-Pseudomonas Exotin Soluble** se espera reduzca o elimine los restos celulares del VIH, y hacer que el ritmo progresivo de la enfermedad sea detenido.

Aún cuando se han realizado, en los último años, una gran cantidad de investigaciones y de pruebas, no se ha logrado la meta de contar con una vacuna disponible para esta enfermedad.

CAPÍTULO II
PERSONALIDAD DEL
PACIENTE CON SIDA

PERSONALIDAD DEL PACIENTE CON SIDA

Tal vez por representar una enfermedad con repercusiones orgánicas alarmantes, resulta problemático abordar el tema de personalidad-SIDA, sin tener las fuentes de información necesarias para ello. La escasez bibliográfica compromete al investigador a avanzar en el acopio de conocimientos, para advertir más real y detenidamente en los procesos psicológicos que envuelven a este tipo de pacientes.

Se sabe que el SIDA es una enfermedad mortal que sugiere las distintas etapas del duelo; sin embargo, es vago o nulo el tratado que desglose la personalidad que se tiene antes de la contracción de la enfermedad, pues no se cuenta con estudios acerca de la tipificación conductual de estos pacientes.

Las aportaciones de David Maladavsky, esclarecen en gran medida este tema; aunque sus menciones compelen la revisión de teorías como las de Winnicott, Melanie Klein y Rafael E. López, entre otros.

2.1 CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD

Comúnmente se han venido estudiando las características de personalidad que el paciente con SIDA comparte con otros pacientes puesto que, aunque existe cierta tipificación conductual, la especificidad del análisis psicológico aún observa carencias en el apoyo para el diagnóstico.

David Maladavsky ha abordado la personalidad del paciente con SIDA desde la perspectiva psicoanalítica. Distingue dos estados psíquicos en pacientes aquejados con SIDA:

1. *Período de contracción de la enfermedad.* En este grupo, se deben diferenciar a aquellos pacientes que no tuvieron precauciones en situaciones de riesgo de aquellos que sufrieron algún tipo de accidente, por ejemplo una transfusión. Quedan incluidos homosexuales y heterosexuales de conductas más o menos promiscuas, adictos, individuos con un largo historial de falta de cuidado y accidentes previos. El elemento común, referido por Maladavsky, encontrado en este grupo compuesto, es la estructura de las adicciones. El siguiente inciso ofrece una explicación más detallada de esto.

Ante el primer momento, el del conocimiento de la infección, el aparato psíquico del paciente opera sin un vínculo consistente con el mundo, predominando una retracción psicótica al autoerotismo (es decir, la persona ya no dirige la energía psíquica hacia las representaciones externas, quizás por la circunscrita capacidad de los integrantes del entorno a convivir sin miedo y sin culpa ante las posibilidades de contagio); un estado de dolor letárgico en el cual el paciente prefiere mantenerse insensible ante la enfermedad, con una actitud negadora adaptativa que le permite sostener una situación social tolerable; así como un pánico hipocondríaco ante el temor de que las varias enfermedades presentes en el organismo del paciente

puedan provocar otras más, puesto que la ansiedad que el paciente tiene ante el cambio de vida puede desencadenar síntomas físicos, llevándolo a confundir el agravamiento de su condición médica. Síntomas como sudoración, insomnio, diarrea, baja de peso, no necesariamente significan un grado mayor de enfermedad.

Ahora bien, aquellos pacientes que sufrieron el contagio por algún accidente, están incluidos en las estipulaciones teóricas de neurosis traumáticas, ya que la sintomatología de este padecimiento psicológico aparece con el choque emotivo que produce el que el sujeto sienta amenazada su propia vida.

2. *Período de aparición de síntomas.* Maladavsky considera que este grupo debe entenderse desde la perspectiva de la clínica de las afecciones psicosomáticas. "Entonces suele aparecer el tipo de retracción psicótica de las paranoias, con el supuesto de que en el mundo domina un loco delirante, ante el cual sólo es posible permanecer en un mutismo injuriado, en un estado de apatía violenta disfrazada, a veces, como sobreadaptación". (6) Ante la aparición de síntomas, la ansiedad encamina al paciente a un directo enfrentamiento con la muerte.

Para autores como Kernberg o Masterson, la características de personalidad, hasta ahora estudiadas, en pacientes con SIDA, podrían quedar incluidas en los desórdenes fronterizos propios de las conformaciones borderline.

En los trabajos desarrollados por el Dr. David Maladavsky, se encuentran cuatro características sobresalientes entre los pacientes con SIDA, el mutismo, el discurso inconsistente, el discurso numérico y el discurso catártico.

El mutismo queda a veces disfrazado como discurso falso, en el cual el paciente expresa lo que supone que el interlocutor quiere escuchar, llevándolo, incluso, a mentir con respecto a la propia salud orgánica.

En el discurso inconsistente, la dificultad para construir lo simbólico mantiene al paciente, particularmente su pensamiento, revertido en sí mismo, obstruyendo el paso de la proyección en la sociedad. La búsqueda de una identidad, observable en los pacientes con SIDA, provoca cambios bruscos en la conducta a través de la drogadicción o de una actuación o una serie de actuaciones sexuales, representando un salir de su interior para evitar la angustia.

La referencia a números pone en evidencia el lugar que el paciente cree tener para sus interlocutores; está convencido de que para el otro tiene el valor de un número, generalmente ligado a la actividad económica que el profesional desarrolla a su costa.

En el discurso catártico se presenta, en forma apenas expresada, un componente delirante y/o alucinatorio, que parece responsabilizar al mundo externo de su enfermedad, pues el

paciente carece de convicción suficiente para aceptar lo que él mismo puede producir.

2.2 PSICODINAMIA DE LA CONDUCTA ADICTIVA

Se ha mencionado en el inciso anterior que las personas aquejadas de SIDA comparten un elemento en común, y que éste puede encontrarse en las adicciones. Por lo tanto, en este apartado se explicará el concepto de ADICCIÓN en dos subincisos: a) desde el punto de vista médico, y b) se analizará el concerniente psicológico.

a) El término adicción, en este trabajo, ocupará su atención en la utilización de las drogas que crean en el individuo una dependencia asocial. De esta forma, vemos a la adicción como un desorden de la personalidad por la ingesta de sustancias psicoactivas que desemboca como factor de riesgo para la manifestación de otros problemas sociales o de salud.

La Organización Mundial de la Salud define la adicción a las drogas de la siguiente forma: "Se trata de un estado de intoxicación periódico o crónico, deletéreo para el individuo y para la sociedad, producido por el consumo repetido de una droga. Sus características incluyen: 1) un abrumador deseo o necesidad (compulsión) de continuar tomando droga, consiquiéndola por el medio que sea, 2) una tendencia a aumentar la dosis y 3) una dependencia psíquica (psicológica) y a veces física de los efectos de la droga". (7)

De la anterior definición, se deben explicar más algunos términos contenidos en ella, y otros que se relacionan con la adicción.

HÁBITO O HABITUACIÓN. Deseo reiterado de consumo hacia la droga por la sensación de bienestar que proporciona. Es poca o inexistente la tendencia en el aumento de la dosis. A partir de los efectos de la droga, puede existir dependencia psíquica, pero está ausente la dependencia física y el síndrome de abstinencia.

TOLERANCIA. Se habla de ésta cuando se administra, en forma repetida, durante un período determinado, la misma dosis de droga, causando un efecto cada vez menor, por lo que es necesario aumentarla para obtener la sensación inicial.

DEPENDENCIA PSICOLÓGICA. Se presentan preocupaciones emocionales relacionadas con los efectos de la droga, que se manifiestan en una conducta de búsqueda continua hacia la misma. La dependencia psíquica es dependencia de la droga durante su consumo y no después.

DEPENDENCIA FÍSICA. Estado de adaptación fisiológica a una droga, de tal forma que al suspenderla emergen síndromes físicos de abstinencia, que suelen provocar distensión, dolor y, en casos extremos (con algún tipo de droga, como barbitúricos), poner en riesgo la vida del individuo, puesto que el organismo es dependiente de la misma.

La Organización Mundial de la Salud, define la dependencia como un estado en el cual la autoadministración de drogas produce caos

al individuo y a la sociedad. Con esta definición se ha pretendido incluir los conceptos de dependencia física y psicológica.

El DSM-III-R comprende como trastorno por uso de sustancias psicoactivas a lo antes descrito. "La sintomatología esencial de este trastorno, consiste en un grupo de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el sujeto ha perdido el control sobre el uso de sustancias psicoactivas, y sigue utilizándolas a pesar de sus consecuencias adversas". (8)

Para abordar los síntomas del síndrome de dependencia, el DSM-IV-R aclara que éstos no son los mismos para todas las categorías de sustancias psicoactivas, que en algunos casos la pronunciación de ciertos síntomas es menor, que en casos como la dependencia de alucinógenos ni siquiera aparecen. Se enfatiza que, para el diagnóstico, por lo menos tres de los nueve síntomas que caracterizan a la dependencia hayan estado presentes durante un mes como mínimo o repetidamente por un largo período.

b) Desde el punto de vista psicológico, el interés por definir el término "adicción" permite que diversas opiniones queden a merced de los lectores.

De esta manera, autores como Freud (1930), Glover (1932), Simmel (1939), Fenichel (1945), Weider y Kaplan (1959), Kalina y Kovadloff (1968), Kristal y Rasquin (1970) y Wuermsler (1974), han conjugado sus criterios para explicar a la adicción como un

mecanismo de automedicación ante sentimientos de frustración, desilusión, vergüenza, rabia, depresión y angustia. Para Rado (1933) y Savit (1966), es una necesidad de regresión a estados previos del desarrollo ligados a la búsqueda de satisfacción temprana. Menninger (1938), Pescor (1940), Cantor (1968), Litman (1972) y Gertle (1972), observan a la adicción como una forma de suicidio o predominio del instinto de muerte.

Además de las definiciones antes dadas, para los fines de esta investigación, es prudente explicar y analizar los elementos que componen la teoría de las relaciones objetales, puesto que en ella descansará lo sucesivo del trabajo.

Relaciones Objetales:

Se refiere al tipo de contacto y aproximación que existe entre el infante y las figuras importantes en su vida; también a la relación que se establece con dichas figuras u objetos, cuando se han introyectado; y a las relaciones de un sujeto adulto, su duración y profundidad.

Bellak (1973) define las relaciones objetales desde dos aspectos fundamentales: habilidad para formar vínculos de amistad y cariño con los demás, empleando un mínimo de hostilidad; y la habilidad de mantener relaciones con pequeños intercambios mutuos de hostilidad.

Objeto:

a) Como correlato de la pulsión: la pulsión busca alcanzar cierto tipo de satisfacción. Puede ser una persona, un objeto parcial, un objeto real o fantaseado.

b) Como correlato del amor (o del odio): relación de la persona total con un objeto al que se apunta como totalidad.

c) Como correlato del sujeto que percibe y conoce: el objeto se ofrece con caracteres fijos y permanentes, con independencia de los deseos y de las opiniones de los individuos.

Objeto "bueno", Objeto "malo":

Melanie Klein designó a los primeros objetos pulsionales, parciales o totales, que aparecen en la vida de fantasía del niño. El objeto es "bueno" o "malo" por gratificar o frustrar o por proyectar las pulsiones libidinales o destructoras del sujeto. Así, el objeto parcial (pecho, pene) está escindido en "bueno" o "malo", haciendo que este sea el primer modo de defensa contra la angustia.

Las comillas presentes en las palabras "bueno" y "malo" tienen como propósito subrayar el carácter fantaseado de las cualidades del objeto.

El niño introyecta lo bueno (gratificación por el pecho) y malo (rechazo por el pecho) del objeto; a su vez que proyecta su amor

sobre el pecho gratificador y su agresividad sobre el pecho malo. "El pecho bueno se convierte en el prototipo de todos los objetos protectores y gratificadores, y el pecho malo en el de todos los objetos perseguidores externos e internos". (9)

Objeto Parcial:

Objeto al que se dirigen las pulsiones parciales sin ser el objeto de amor a una persona en total. Son partes del cuerpo reales (pecho, heces, pene) o fantasmáticas (persecutorio, asegurador, benévolo).

Objeto Transicional:

Winnicott designó como objeto transicional al objeto material que el lactante y el niño pequeño eligen, especialmente para dormir. Según Winnicott, el hacer uso de un objeto transicional es normal y permite hacer la transición entre la primera relación oral con la madre y una relación netamente diferenciada.

En 1953, Winnicott describió al objeto y al fenómeno transicional como: "Un área intermedia de experiencia entre el pulgar y el peluche, entre el erotismo oral y una verdadera relación de objeto, entre la actividad primaria creativa y la proyección de lo que ha sido introyectado... está relacionado tanto con el objeto externo (pecho materno), como con el objeto interno (pecho mágico introyectado), pero al mismo tiempo distinto de ambos...

pertenece al reino de la ilusión, la cual está en la base de la iniciación de la experiencia. Tal estadio temprano de desarrollo es factible en virtud de la capacidad especial de la madre de realizar adaptaciones a las necesidades de su hijo, permitiéndole al niño en esta forma la ilusión de que todo lo que crea en realidad existe". (10)

Freud (1895) menciona por primera vez aspectos del desarrollo del placer y la realidad. En 1911, hace diferencia entre el amor propio (que se refiere a la libido del yo) y el amor al prójimo (libido objetal), a su vez conceptualiza dos clases de objetos: 1) la elección de objeto narcisístico; la persona quiere a alguien como ella es o era, quisiera ser o una vez fue parte de sí misma; 2) elección de objeto anaclítico, donde involucra el ser atraída por alguien, ya sea la madre que la alimentó o el padre que la protegió, y los sustitutos. Así, se refiere a los instintos sexuales ligados a la preservación del self, y de aquellos instintos basados en experiencias de satisfacción, por lo que toma el significado de una relación dependiente.

Freud (1915) distingue los componentes del instinto: fuente, impulso, fin y objeto. Para Freud, el componente más importante hacia el objeto es el impulso, ya que refleja la intención que se tiene hacia él mismo dando un significado hacia la simbolización que representa. De esta manera, las relaciones objetales serán: devorar, morder y presentar ambivalencia en la fase oral y agresión en la fase anal.

El objeto, visto como instrumento por el cual el instinto podría lograr su fin, requiere de la presencia de otras personas para que el yo introyecte los objetos gratificantes y expulse los desagradables, durante el período del principio del placer. Para Freud, las funciones de introyección, incorporación e identificación, son importantes para la formación de las relaciones objetales.

La identificación es una etapa preliminar para la elección de objeto, siendo la primera forma en la que el yo toma un objeto y lo incorpora dentro de sí mismo. En 1921, Freud define la identificación como la primera expresión emocional ligada a otra persona, la cual precede a una catexia de objeto; también, la define como un sustituto regresivo de la unión de un objeto libidinal.

En 1926, Freud formula cuatro situaciones básicas de ansiedad:

1. Temor de perder el objeto.
2. Temor de perder el amor del objeto.
3. Temor de perder la gratificación.
4. Temor de perder el amor del objeto introyectado.

Autores como Hartmann, Mahler y Guntrip han ofrecido puntos de vista, por demás interesantes, respecto a las relaciones objetales, por lo que daremos a conocerlos o reconocerlos a continuación.

En 1952, Hartmann divide las etapas del desarrollo en:

- 1) Narcisismo primario: (1 a 3 meses de vida) Los objetos se perciben en relación a la satisfacción de necesidades.
- 2) Narcisismo de gratificación: (4 a 6 meses de vida) El niño reconoce a la madre como una fuente de satisfacción, siendo ella un preobjeto del objeto libidinal.
- 3) Constancia de objeto: El niño se interesa en otra persona independientemente de la presión de sus necesidades, tolerando, así, la ausencia de la madre. Se establece la presencia de objeto todavía inestable, equilibrándose ésta gradualmente hasta el primer año de vida.

Margaret Mahler, en 1968, da a conocer tres etapas que explican la relación o vínculo madre-hijo.

- 1) Autismo: (1 a 4 semanas de vida) En esta etapa no hay ninguna distinción entre el self del niño y el universo que lo rodea.
- 2) Simbiosis: (4 semanas a 6 meses de vida) El niño siente que él y su madre son uno mismo. Al final de la etapa, el niño debe reconocer que el objeto es ajeno a su propio sistema, facilitando, de esta forma, el "trauma de separación".
- 3) Separación: Se divide en subfases.
 - a) Fase práctica (6 meses a 2 años). El niño empieza a ampliar sus límites de separación, pero aún necesita del contacto con la madre. La omnipotencia depositada en la madre pasa a ser del niño o para el niño.

b) Reacercamiento (2 años a 3 ó 4 años). Debido a sus experiencias, el niño pierde la omnipotencia adquirida en la subfase anterior y la coloca nuevamente en la madre.

c) Constancia de objeto (4 años en adelante). Se presenta la diferenciación entre la representación del self y la representación del objeto, se establece la identificación y finaliza la etapa de separación madre-hijo.

Por otra parte, Guntrip, en 1961, resume las ideas de M. Klein al postular que antes de percibir a la madre como objeto total, se percibe como un objeto parcial (pecho) que tiene dos imágenes: Pecho "bueno" que proporciona gratificación y/o pecho "malo" que, al haber sido vaciado, en vez de gratificar, frustra. Aquí se separa el amor y el odio, el niño teme ser destruido por sus propios impulsos agresivos, por lo que los proyecta sobre el pecho. Melanie Klein afirma que la primera etapa no es narcisística sino que es dirigida hacia los objetos aunque en forma pasiva: "ser amado y satisfecho sin la necesidad de dar algo a cambio".

En la posición esquizo-paranoide, hay miedo a la agresión; la proyección de ésta hacia el objeto, hace que las introyecciones se separen de otras internalizaciones, por lo que la persona puede distorsionar los motivos y las acciones de otros individuos en relación con sí mismo. La excesiva agresión, debida a un alto sadismo oral, lleva a una mala representación objetal o a un rompimiento que interfiere con la integración de los aspectos gratificantes y frustrantes.

Alrededor del sexto mes de vida, los dos instintos (amor y odio) se fusionan. La madre es percibida como una unidad; el niño ama al objeto, pero agresivamente; al morder, siente que lo destruye y, al destruir lo que ama, se siente culpable, apareciendo, así, el súper yo. Esta fase recibe el nombre de "posición depresiva".

Spitz (1965) afirma que cuando el niño no puede pegarle a la madre, la agresión tiende a internalizarse y el niño es capaz de volverse suicida.

Bychowsky (1969) señala que los individuos con inclinaciones fuertes al narcisismo o a la agresión, son susceptibles a desarrollar hostilidad violenta, probablemente porque este aspecto es más restringido por los padres. Esta hostilidad resulta de las imágenes que han sido internalizadas y divididas, las cuales son proyectadas más tarde hacia objetos de amor y odio sustitutos. Bychowsky afirma que la representación de objetos malos arcaicos, que permanecen intactos, es característica de los individuos seriamente perturbados.

Cuando tratamos de incluir los aspectos antes citados en un cuadro patológico, en muchas ocasiones, hay dificultades, por lo que hemos decidido dar un espacio a conceptos que ofrezcan una visión más dirigida hacia un desarrollo patológico.

El objeto transicional en un estado netamente patológico, usurpa el lugar del objeto, convirtiéndose en el objeto mismo, atrayendo

para sí la dirección pulsional. Es decir, la representación del objeto ha robado los derechos y las características que identifican y definen al objeto verdadero (objeto "bueno" en términos klenianos). No existe una situación de total abandono y privación del objeto externo, el pecho ante todo, pero sí cierta carencia o falta del mismo. El pecho asegura su importancia estimulando y exagerando la necesidad del yo hacia él, inventándose indispensable.

El objeto transicional patológico (objeto malo, o más o menos ausente) disfrazado de pecho bueno, ocupa su lugar para recibir del yo toda la atención como si fuera el objeto bueno presente. Con ello surge la idealización del objeto malo (pecho ausente) que genera la condición contradictoria de la adicción: *buscar un objeto que niegue la muerte, matando (la droga)*. Así, el objeto transicional patológico contrapone la maximización del objeto ausente idealizando la nada, la muerte.

La aparición del objeto transicional guarda, en el caso de las adicciones, una serie de características únicas, diferentes a otros procesos patológicos. Rafael E. López habla de la existencia de un objeto fetichista y transicional que, por las características especiales que exhibe, corresponde al concepto de falo fecal, el cual está representado por la persona misma quien ha sido establecida como el propio fetiche de la madre.

Winnicott, en 1965, manifestó que una *persona* puede convertirse en objeto transicional; de ahí que la madre, en un momento dado, puede ocupar tal posición en vez de un objeto inanimado. Este planteamiento debe verse, en este estudio, contrariamente, es decir, el hijo se convierte en el fetiche de la madre.

Por otra parte, el espacio transicional se establece en la diferencia cualitativa del fenómeno "ausencia presencia" de la relación con la madre. No existe una ausencia total de la madre sino, más bien, una falla en la calidad de la relación, como sucede por ejemplo en el caso de los niños autistas. Cuando hay problemas cualitativos en la relación madre-hijo, el sujeto experimenta sentimientos de estar fuera de contacto, sentirse apartado o extraño, no sentir nada por la gente, hasta el punto de no sentirse vivo, sin ningún interés y sin significados.

Después de desglosar los términos inmersos en la teoría de las relaciones objetales, se ofrecen definiciones que avalan la intención de lo expuesto.

En 1960, Rosenfeld hace uso de la teoría de las relaciones objetales para explicar el mecanismo de la adicción, argumentando que, parecido a lo que sucede con el paciente maniaco-depresivo, la droga se vivencia como un objeto malo que la persona incorpora a sí misma para alcanzar un estado de control omnipotente.

Recientemente, Rafael E. López (1991) ha definido la adicción como: "la subyugación del yo al objeto "malo" idealizado, organizada sobre un espacio transicional, casi siempre de procedencia anal, en donde el adicto/a se encuentra atrapado/a en una relación simbiótica con su madre, por lo general representando para ésta, la fantasía inconsciente de un falo fecal". (11) El yo ocupa todo su interés en el objeto ausente (recordemos que se busca el objeto que niegue la muerte, matando) que ha emergido de una mala relación (simbiosis) con la madre, en la cual el paciente es para ella un objeto sin sentidos, percepción ni dominio propios, o un fetiche de ella misma.

Para Rafael E. López, la adicción debe quedar comprendida en dos criterios: 1) como Función o Defensa y 2) como Estado o Estructura.

FUNCIÓN O DEFENSA

En este rubro se destaca el punto de fijación comprendido como de carácter oral. Existe una organización de objetos parciales (pecho) alrededor de un objeto transicional (el que la persona haya elegido) que no busca reemplazar al pecho mismo. Al estimar a la adicción como Función o Defensa, Rafael E. López, incluye la dependencia al alcohol o a patentados psicotrópicos, los cuales son utilizados para evitar un estado melancólico de fondo. Este

tipo de adicción es más común en personas que han enfrentado la pérdida total o temporal de la madre en los primeros años de vida.

ESTADO O ESTRUCTURA

En este punto se observa, según López, un fenómeno esquizoide en el que existen "el conjunto de sentimientos y reacciones de conducta que aparecen en el bebé cuando en alguna forma la relación uterina previa al parto, no se continúa en forma "adecuada", "suficientemente buena" (Winnicott) o "continente" (Bion), después del nacimiento, hasta el punto de que los mecanismos mágicos omnipotentes, tan frecuentes en esa época se encuentran seriamente amenazados". (12) La fragmentación induce a mantener la omnipotencia del objeto malo idealizado o a una dependencia masoquista autodestructiva.

Un aspecto importante del fenómeno esquizoide, lo encontramos en lo que Rafael E. López llama "el secreto esquizoide". Se trata de la imposibilidad para recordar, nombrar o concientizar espontáneamente las circunstancias responsables del fenómeno esquizoide, ocurridas alguna vez durante la primera infancia. Los sucesos no son material del pensamiento sino sensaciones o percepciones irreconocibles para el paciente que parecen surgir sólo mediante contratransferencias de intensas y dolorosas identificaciones proyectivas. Por lo general, en este punto, se sitúan adicciones a drogas duras, tales como la cocaína o la

heroína, aunque las formas particulares del consumo constituyen variantes específicas de la dinámica de la adicción. En este tipo de adicciones se evidencia mayormente la calidad de la relación (presencia-ausencia) del vínculo madre-hijo.

Se ha explicado en este apartado cuales son las situaciones psicológicas que se observan en un problema adictivo, con el propósito de analizar el enlace que comparte, según el Dr. David Maladavsky, este trastorno con la estructura de personalidad que presumiblemente tiene un paciente aquejado de SIDA.

Lo siguiente es conocer cuáles son las etapas por las que tienen que pasar las personas que han desarrollado SIDA.

2.3 SIDA, PÉRDIDAS Y MUERTE

Las personas con SIDA experimentan muchas pérdidas. El conocimiento del duelo puede ayudar a comprender las reacciones de los individuos con SIDA, dado que ellos encaran muchas pérdidas diferentes en el transcurso de su enfermedad.

Las pérdidas a las que se enfrenta una persona con SIDA incluyen:

-*Primeras infecciones.* El sufrir día a día varias enfermedades o infecciones, debilita la fortaleza del paciente con SIDA. Por ejemplo, el Sarcoma de Kaposi, puede llevar a la desfiguración con ronchas en la piel, consecuentemente, puede tener efectos dramáticos en la autoimagen.

-*Pérdida de las relaciones interpersonales.* Alguien con SIDA puede interrumpir abrupta y repentinamente una relación de pareja casual o consolidada, además de sentir que los accesos a nuevas relaciones están severamente obstruidos.

-*Pérdida de los hijos o de la paternidad.* El paciente con SIDA debe desistir de tener hijos por el temor de transmitir el virus durante la concepción, ocasionándole culpas tanto por el compañero sexual como por el hijo. Cuando ya se tienen hijos, necesitan decirles y contemplar el dejar a su hijos sin padres cuando ellos mueran.

-*Pérdida del futuro.* El SIDA, puede traer consigo la

dificultad para que las personas planeen su futuro, para tener motivación por el presente o, simplemente, pueden considerar inútil el presente.

-*Pérdida de la sexualidad.* El SIDA limita la expresión sexual convirtiéndola en dolorosa, pues se cancela una vía significativa de relaciones interpersonales.

-*Pérdidas económicas.* Esta enfermedad puede incapacitar a la persona para trabajar o bien, al ser prejuzgada, perder el empleo. Los gastos cotidianos como tarifas de hospitales, detalles de dieta y bienestar, en ocasiones, son difíciles de solventar.

-*Pérdidas temidas.* A menudo, la sensación de pérdida que afecta a las personas con SIDA pueden ser temidas más que pérdidas reales. Por ejemplo, muchas personas están atemorizadas ante la posibilidad de una demencia por SIDA, sin que ésta tenga que llegar a presentarse en su sintomatología

-*Pérdida de la vida.* El SIDA confronta cara a cara al paciente con la mortalidad.

Debido a que el SIDA es una enfermedad mortal es pertinente comprender qué sucede en torno a la muerte, de qué forma puede ser entendida y qué papel juega el trabajo psicoterapéutico en este fenómeno.

Conviene entender que la vida se observa precaria e inestable, así como se observa infalible la muerte individual. La concepción de saber lo inevitable que resulta morir parece obligar a creer que es posible permanecer vivo. Con ello el ser humano parece tener presente en el conocimiento a la muerte, pero parece preferir ausentarla de su vida.

Hablar de Instinto de Muerte lleva a relacionar el concepto con el Instinto de Vida. Primeramente, la palabra instinto refiere la traducción francesa del término freudiano *Trieb*; para este trabajo, en adelante, se recurrirá al término *pulsión* en lugar de instinto, para evitar confusiones entre la teoría freudiana de las pulsiones y la concepción psicológica del instinto animal.

La pulsión de muerte, entendida por Freud (también denominada *Tánatos* -palabra giega que significa muerte-), implica la búsqueda de autodestrucción por parte del sujeto, en donde la autoagresión encamina al individuo a un estado de sufrimiento y *displacer*. Parece que el ser viviente aspira a la muerte según su propia experiencia, es decir, "el organismo no sólo quiere morir, sino morir a su manera". (13)

Eros, término griego utilizado por Freud para designar el conjunto de las pulsiones de vida, que se oponen a las pulsiones de muerte, se relaciona con la *libido* de las pulsiones sexuales que mantienen la cohesión y el nivel energético del ser humano.

Freud sostuvo que Eros aspira al establecimiento y conservación de la vida, mientras que Tánatos busca la descomposición y destrucción; que las dos fuerzas forman un dualismo indisoluble, que se expresa como sadismo cuando la libido empuja esta pulsión de muerte al exterior, o como masoquismo si esta destrucción o agresividad es dirigida contra el sujeto mismo. "En el inconsciente, no existe nada que pueda dar un contenido a nuestro concepto de destrucción de la vida; jamás se ha experimentado nada semejante a la muerte o, por lo menos, como sucede con la pérdida del conocimiento, nada que haya dejado huella perceptible. Mantenemos, pues, nuestra hipótesis de que el miedo a morir ha de concebirse como análogo al miedo a la castración".

(14)

Para Melanie Klein "la actuación del instinto de muerte provoca angustia, y sobre esta angustia primaria se realizan los complejos procesos de introyección y proyección de objetos buenos y malos, es decir, la lucha entre la vida y la muerte que dura toda la existencia". (15)

Karen Horney, al discutir la idea freudiana de pulsión de muerte, explica que la hostilidad es el producto de problemas intragrupales más que de conflictos del sujeto mismo. Rotundamente niega que exista una pulsión de muerte; se trata más bien de una perturbación de la satisfacción de las necesidades básicas de la seguridad y esto provoca agresión. En cuanto a la pulsión autodestructiva, sostiene que la anterior no ha sido

comprobada ni en el hombre ni en el animal. Su existencia debe ser considerada como un rasgo o síntoma de anormalidad, que destruye partes importantes de la personalidad, no como pulsión primaria.

Fromm y Sullivan también rechazan la idea de pulsión de muerte, porque la agresión emerge de la frustración, de la negación, individual o social, para satisfacer las necesidades; así, la agresión no puede ser considerada como una pulsión primaria genética.

La mayor parte de los estudios que se han llevado a cabo en relación con la muerte y la agonía, proporcionan un conocimiento principalmente relacionado con la pérdida final y de la muerte y con el duelo como resultado del fallecimiento.

2.4 INTERVENCIÓN INICIAL

El objetivo principal en toda intervención inicial, es ayudar al paciente a entrar en contacto con su diagnóstico, tanto intelectual como emocionalmente.

La intervención terapéutica incluye esencialmente colocar a la enfermedad en una perspectiva actual, realista; estructurar los problemas que tiene el paciente para afrontarlos de tal forma que sus respuestas a la enfermedad sean importantes y eficaces, no vagas y atropelladas.

La clínica psicoterapéutica ha abordado el manejo del paciente con SIDA dividido en 4 grupos: (16)

- a) paciente con conductas sexuales de riesgo (heterosexuales, homosexuales y bisexuales),
- b) paciente con conductas adictivas de riesgo (adictos intravenosos),
- c) paciente con conductas mixtas de riesgo (sexuales y adictivas),
- d) paciente de exposición derivada o accidental (transfundidos, hijos de madres infectadas y accidentes de trabajo).

En estos grupos se presentan la ansiedad, la vulnerabilidad y la inmunodepresión, que hacen que una persona baje sus defensas ante la presencia de diversas variables, dando a la enfermedad la oportunidad de invasión. En 1890, Freud afirmó que "los grandes afectos tienen mucho que ver con la capacidad de resistencia a la infección. La propensión a contraer tifus y disentería es mucho mayor en los integrantes de un ejército derrotado". (17)

El trabajo con el paciente portador o enfermo, varía según las características de su involucración con la terapia; es decir, existen pacientes que permanecen internos en un hospital, en ellos las estrategias se centran en la atención en el cuerpo y su posible erogenización, buscando una recuperación a partir de la disminución o desaparición de la sintomatología y acercarlos al momento de alta. Es presumible que la psicoterapia proporcionada al paciente que permanece externo a un hospital es más fluida y menos traumática.

Interna o Externamente, uno de los aspectos más importantes a evaluar por parte clínica es la calidad del vínculo interpersonal en el sistema familiar, ya que pueden observarse dos condiciones: a) El bienestar y/o malestar de uno de los integrantes está en íntima relación con el bienestar y/o malestar de otros; b) la alteración de uno puede producir una reacción de desorganización en cadena entre todos los miembros de la familia. Estos dos aspectos tienen reelevancia tanto en la familia de origen como en la familia nuclear (diada marital con hijos o sin ellos).

Lo antes citado permite al terapeuta conocer si el paciente tiene aliados potenciales que le apoyen para su mayor bienestar, o bien auxiliarlos en la reacción de desorganización colectiva, si ésta existiera.

Cuando las condiciones familiares han sido evaluadas, el siguiente paso es conocer la integridad psicológica con la que cuenta el paciente para confrontar su enfermedad. En el enfermo la reacción catastrófica vincula la pérdida de la salud y la muerte. La reacción de duelo (aspecto psicológico individual) no se diferencia de otras enfermedades terminales.

La Dra. Elizabeth Kübler Ross delineó cinco etapas consecutivas por las cuales atraviesa el paciente terminal, a la par de que su condición fisiológica se va deteriorando.

Ante el conocimiento del diagnóstico, la respuesta del paciente es de shock y aturdimiento. Este estado es sustituido por la primera etapa, la **NEGACIÓN**, en la que el paciente no está todavía preparado para enfrentar la realidad, anulándola de su conciencia al no aceptar la información recibida, y reacciona defendiéndose con un "no es cierto". Son frecuentes la hipomanía y la exaltación por facilitar el proceso de negación. Esta etapa se considera adaptativa, en tanto que actúa como atenuante después de las inesperadas e impactantes noticias, debe ser respetada mientras no ponga en riesgo la salud del paciente ni de otras personas. El continuo deterioro físico lleva al sujeto a no

sostener la negación total, éste se presenta periódicamente durante todo el proceso.

La segunda etapa la denomina de **IRA**. Se caracteriza por rabia y enojo dirigidos hacia Dios, a el destino, contra todos los que le rodean, contra todas las personas sanas. La presencia de sentimientos de culpa favorece la aparición de demandas asistenciales y terapéuticas, ocasionando rupturas familiares, sociales y con los médicos tratantes. El equipo médico debe explicar y contener al paciente para otorgarle, nuevamente, seguridad.

A la tercera etapa, la Dra. Kübler Ross le dio el nombre de **PACTO**. En ella el paciente hace uso de una negociación fantástica en la que tiene la creencia de que, tal vez suplicando a una fuerza superior (Dios), prometiéndole algo como en una especie de pacto mágico, logrará restaurar su salud y así sobrevivir.

La cuarta etapa por la que pasa el paciente se caracteriza por **DEPRESIÓN**, provocada por el incremento de los síntomas físicos. En este período se reactivan las pérdidas y duelos que ha tenido en su vida. En el paciente existe la evidencia de que es portador de una enfermedad mortal. Es difícil que al final de esta etapa el paciente hable o comparta su dolor. Si el paciente ha tenido suficiente tiempo y se le ha proporcionado ayuda para elaborar las etapas previamente descritas, puede pasar a la quinta etapa, y última, que la Dra. Kübler Ross denomina de **ACEPTACIÓN**.

Cuando se logra llegar a la etapa de **ACEPTACIÓN**, el paciente cuenta con una paz interior, con un sentimiento de estar listo, libre de angustia, amargura o miedo. Con ello, el paciente muestra que el morir no tiene que ser algo temido sino que puede ser experimentado como el final pacífico y tranquilo de una vida plena de sentido.

Para Kübler Ross, la intervención terapéutica debe comenzar desde el momento en el que el paciente recibe el diagnóstico, con la consigna de que el terapeuta se pregunte el cómo va a compartir esto con el paciente; así como reconocer y analizar sus propias ansiedades sobre la muerte, con el fin de que el ambiente sea el más propicio para el trabajo con el paciente. Además, el terapeuta debe tener una actitud empática para que la comunicación, abierta y sincera, permita transmitir en el paciente una esperanza en nuevas formas de tratamientos y en el descubrimiento de nuevos medicamentos para su enfermedad. Lo principal es comunicar al paciente que no todo está perdido, que no se le abandonará por el hecho de tener esa enfermedad, y que se trata de una batalla en la que se peleará conjuntamente.

Tres son los elementos indispensables para estudiar la estructura psicológica de los pacientes:

1. **FORTALEZA YOICA.** Capacidad para tolerar la ansiedad, controlar los impulsos y desarrollar canales de sublimación. El indicador de tal fortaleza es la calidad de relaciones interpersonales. Se

habla de incompetencia de la integridad yoica, cuando existen relaciones de gran dependencia en donde la amenaza real o fantaseada de separación tiene una fuerte carga afectiva. Además, las relaciones "promiscuas" llevan al paciente a vivenciar al compañero como un objeto sin existencia ni derechos propios, donde sólo está presente la necesidad patológica de satisfacción y apego del paciente.

2. PRUEBA DE REALIDAD. Da a conocer las posibilidades de confrontación que en el paciente existen para las situaciones reales que ponen en riesgo su estabilidad.

3. MECANISMOS DE DEFENSA. Aquellos que: a) están en torno a la escisión o bajo nivel. En ellos, el paciente no acepta la responsabilidad de sus acciones, otorgándosela a otros; b) son los manejados en la intelectualización o alto nivel. La explicación intelectualizada evita la pelea directa con la situación amenazante.

El manejo psicoterapéutico para los pacientes con SIDA depende de la fase psicológica en la que están y de las características de su personalidad.

Los tratamientos institucionales recomiendan al psicólogo o al personal de salud encargado del caso lo siguiente: (18)

1. Intercambiar información sobre la infección por VIH, síntomas de SIDA, pruebas de detección de anticuerpos y medios de transmisión.
2. Dar oportunidad para que el paciente exprese su miedo, enojo y agresión, en un medio ambiente seguro, la institución misma.
3. Ser sensibles al dolor y entender las pérdidas del paciente, tanto internas como externas.
4. Investigar posibles sentimientos de culpa.
5. Descartar o confirmar la presencia de ideas suicidas.
6. Asistir e informar, a través de métodos que permitan reducir la angustia.
7. Investigar la presencia de mecanismos que permitan continuar con conductas de riesgo.
8. Estimular al paciente para que mantenga una buena calidad de vida.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Objetivo General.

A través de un Estudio de Caso (que refiere a un paciente con SIDA) y de una revisión bibliográfica (tratándose del trastorno de personalidad adictiva), se pretenden identificar aquellas similitudes que comparten las estructuras psicodinámicas de ambos casos.

Planteamiento del Problema.

Los estudios que hasta ahora se han realizado para categorizar la personalidad del paciente con SIDA, continúan albergando más reflexiones en comparación con las conclusiones. Ante esto, se establece como necesario contar con otras investigaciones en pro de la psicodinamia SIDA.

Con base en las postulaciones teóricas del Dr. David Maladavsky, y tomando como punto de referencia un Estudio de Caso realizado a un enfermo con SIDA, me ha surgido la siguiente interrogante:

¿Es factible que exista una estructura adictiva en personas que presentan la sintomatología del SIDA?

HIPÓTESIS

El paciente con SIDA que contrajo la enfermedad al no guardar precauciones en situaciones de riesgo tiene semejanzas psicológicas con la estructura de las adicciones.

VARIABLES

I VARIABLE DEPENDIENTE: Paciente con SIDA.

DEFINICIÓN: Persona infectada por el VIH y que ha desarrollado SIDA. Se excluyen a aquellos sujetos que fueron contagiados por accidente (por ejemplo, transfusión sanguínea o vía perinatal).

II VARIABLE INDEPENDIENTE: Trastornos adictivos.

DEFINICIÓN: Desorden de personalidad por la ingesta de sustancias psicoactivas que desemboca en una dependencia asocial.

INSTRUMENTO

Puesto que es necesario en la elaboración de un Estudio de Caso tener una batería suficiente, se han elegido para esta investigación las siguientes pruebas:

Psicométricas por contar con la confiabilidad y validez requeridas en la investigación.

Escala de Inteligencia Weschler para Adultos **(WAIS)**.

16 Factores de Personalidad **(16 FP)**.

Inventario Multifásico de la Personalidad **(MMPI)**.

Proyectivas por que a través de las pruebas gráficas, el sujeto ofrece más información de su personalidad.

Casa-Árbol-Persona **(HTP)**.

Figura Humana **(Machover)**.

La conjunción de pruebas psicométricas y proyectivas, dan al investigador resultados reelevantes acerca de la personalidad y el manejo de la inteligencia que la persona tenga.

ESTUDIO DE CASO

En esta investigación, se ha elegido trabajar con la opción del Estudio de Caso, debido a la dificultad que representa el poder realizar un estudio análogo entre la conducta adictiva y la psicodinamia del SIDA. Reconociendo que esta limitante descansa, casi en su totalidad, en las instituciones dedicadas al apoyo del paciente con SIDA. En repetidas ocasiones, los institutos se han mostrado renuentes para colaborar con los investigadores externos a ellos.

Se prefiere el Estudio de Caso por ser una excelente herramienta basada en el informe de la observación que de una persona se hace, durante una o varias entrevistas, con el fin de comprender y explicar la conducta longitudinal de la misma.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un padecimiento orgánico, del cual no se tiene un diagnóstico psicológico convincente; por tanto, la investigación de caso es ideal para un posible diagnóstico/evaluación para este trastorno clínico poco común, ya que en él se manejan instrumentos psicométricos y los datos de la descripción conductual que arrojan las entrevistas.

A continuación se ofrece un Estudio de Caso de un paciente con SIDA, del cual se guardará el anonimato por así convenir a la ética psicológica.

El trabajo con el paciente fue posible por la referencia del psicoterapeuta que le brindaba apoyo psicológico (en terapia grupal).

Conviene mencionar que el estudio tuvo una duración de cuatro meses, en los cuales se realizaron 10 entrevistas; en cinco de ellas se aplicaron las pruebas antes mencionadas; además, se entrevistó a uno de sus hermanos en una sola ocasión.

El tiempo en el que transcurrió el trabajo fue convenido por el paciente, pues su salud física estaba muy deteriorada; así que la continuidad de las entrevistas dependió de su estado de salud.

El paciente falleció a los tres meses de haber concluido el estudio.

HISTORIA CLINICA

1.- **Datos de Identificación:** RR es un sujeto del sexo masculino, homosexual, soltero, de 39 años, originario del estado de Jalisco, radicado en la Ciudad de México desde los dos años de edad. Se desempeña como profesor de inglés en colegios particulares.

Desde 1989 le diagnosticaron ser portador de VIH. Hasta 1992, comienza a presentarse, en su organismo, sintomatología presumible del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Decidió colaborar con esta investigación por considerarla muy útil para otras personas que tengan la misma enfermedad.

Los datos del presente estudio provienen de 10 entrevistas (con aplicación de pruebas) con el paciente y una con su hermano Guillermo. Las pruebas psicológicas utilizadas fueron: Cuestionario 16 Factores de la Personalidad (16 FP), Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), Escala de Inteligencia Weschler para Adultos (WAIS), Test Proyectivo Casa-Árbol-Persona (HTP) y Test Proyectivo Machover. Entrevistó: Sandra Rocha Arteaga, pasante de la licenciatura en psicología.

2.- **Estado Mental:** RR es un hombre de altura promedio, vive con su padre y cerca de ellos habitan tres hermanos con sus familias. Debido a su enfermedad es muy delgado, su rostro muestra grandes ojeras y piel color verdosa, tiene una expresión de reproche

contrastante con la actitud simpática y cooperadora en su trato. Limpio y aliñado, con ropa sport, llega puntual a las entrevistas. Se sienta siempre a un costado de la entrevistadora, en espera de las preguntas. Tiene marcados amaneramientos en su conducta.

A lo largo de la entrevista mientras se formula la pregunta, él lleva su mano izquierda a la boca o bien coloca ambas manos entre las piernas; en cuanto empieza a hablar es muy expresivo con el énfasis de su voz y con los movimiento de las manos. Tiene un lenguaje fluido y sólo en ocasiones utiliza palabras altisonantes.

El curso del pensamiento por momentos manifiesta grandeza. Le atribuye cierta premonición a sucesos como los siguientes: En una ocasión en la que durante todo el día se sintió inquieto, sin entender el por qué, tuvo un sueño en el que, después de una orgía, apareció su madre avisándole su muerte, al día siguiente murió su madre; o bien que su padre haya soñado que algo le ocurría a él, mientras pasaba por una desilusión amorosa. Además, piensa que en él existe algo "especial", porque no encuentra explicación a fenómenos como que el de que "las cosas se caigan solas" o el repentino silencio y soledad en una universidad (en día normal de clases) mientras conversaba con una mujer sobre un tema del que no quiso hablar.

Por otro lado, en dos ocasiones intentó suicidarse; no sólo lo pensó sino que lo actuó. En la primera, junto con su madre,

pretendió ser atropellado. En la segunda, tomó una considerable cantidad de somníferos. Así mismo, pretendió ahorcar a su madre, pues se hallaba "desesperado".

Se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona. Da la impresión que, durante alguna narración, no concuerda su afecto con el pensamiento, pero el aparente aplanamiento afectivo se puede deber más a una represión por mostrar su verdadero sentimiento (RR, refiere que no lloró al enterarse de la muerte de su madre; sin embargo, durante la entrevista, al recordar este momento, estalló en llanto).

3.- Padecimiento Actual: A los 25 años, mientras radicaba en los Estados Unidos, el paciente tenía grandes problemas económicos por lo que vendía sangre para recibir un poco de dinero. Debido a esto, y ante la grave problemática del SIDA, se había practicado 3 veces la prueba de detección del VIH, obteniendo resultados negativos. A la edad de 32 años, tras un cuadro de diarreas, el doctor que lo atendía le propuso aplicar nuevamente la prueba y, en esta ocasión, fue positiva. En él no existió sorpresa ante la noticia, pues se sabía contaminado. Tiempo atrás, le notificaron que una pareja con la que compartió vida sexual había muerto de SIDA.

Él piensa que cada persona, según su estilo de vida, va a morir de determinada manera. Lo siguiente es una parte de su discurso.

"Yo le jugaba mucho al vivo; nunca tomé medidas; por más que decía, no debo hacer esto o aquello, a la hora de la hora sí lo hacía. Y, desgraciadamente, todos los que estamos contaminados, es por eso, porque sí sabíamos lo que estábamos haciendo y sabíamos los riesgos que estábamos corriendo. Tal vez el alcohol tenga mucho que ver, porque cuando estás en tus cinco sentidos, no actúas tan ligeramente, ya con el alcohol no tomas las precauciones que deberían tomarse. Yo creo, bueno, ahí sí le podría echar la culpa al alcohol. No es cierto, no es cierto. La culpa es de cada uno de nosotros por no haber utilizado nunca condón. Imagínate, si ya el "bichito" estaba bien identificado desde el 83, para el 89, digo, seis años teniendo sexo sin condón, era un arriesgue muy grande".

Desde su punto de vista, no ha creado un sentimiento de culpa, como podría ocurrir con otros casos, porque él ha tomado las cosas con mucha calma. Ha vivido y gozado su vida momento a momento y procura tener el mayor grado de optimismo en su pensamiento.

Como consecuencia del SIDA, RR tiene enfermedades recurrentes a las que parece no prestarles demasiada importancia, dice que de todas formas tiene que pasar por eso.

Durante el tiempo de la investigación, el paciente de 1.75m de estatura tenía un peso de 47 kilos. Según mencionó, en los últimos siete meses había perdido más de 20 kilos. Había presentado cuadro de diarreas durante varias semanas, acompañado

de fiebre de hasta 40 grados. En el recto tenia fuertes dolores al evacuar. También, fue foco de una tos seca sin que hubiera razón alguna para tenerla; esta enfermedad estuvo presente por varios meses y, por supuesto, a lo largo de la investigación.

RR dijo que estuvo hospitalizado por neumonía, siete meses antes de que se iniciara este trabajo, quizás por la pneumocystis carinii (infección pulmonar que afecta gravemente a las personas seropositivas).

En el paciente se evidenciaba la caída del cabello, y manchas entre rosas y moradas alrededor de la boca y en el cuello. Estas lesiones cutáneas son conocidas como sarcoma de Kaposi, otra de las enfermedades que acompañan la sintomatología del SIDA.

4.- Historia Familiar: El paciente proviene de una familia de condición económica estable, emigrante del estado de Jalisco, cuando él tenía dos años de edad, con el propósito de tener mejores posibilidades en todos los aspectos. El padre, de 81 años de edad, es descrito por el paciente como un hombre poco peleonero al que no le gustaban los pleitos, trabajador y apacible.

La madre, fallecida en 1984 (a la edad de 68 años), es descrita por el paciente como una mujer que tenía preferencias o hijos preferidos, él era su hijo preferido. Mujer dura, golpeadora y autoritaria con algunos de sus hijos. Menciona que la relación con su madre era afectivamente muy bonita, en la cual se hacía

bromas incluso hasta con majaderías. "Ella me decía, desgraciado tú haz de ser hijo del demonio, pues sí, vete en el espejo soy hijo del demonio. Y yo le decía alguna majadería "pinche loca", y ella tenía un dicho: "Ahora pelona rodillas pa'tras todo lo que me digas tú lo serás". Piensa que no hay probabilidad de un problema de Edipo, pues él no estaba enamorado de su madre, pero sí había una relación muy especial con ella.

Cuando RR tenía 20 años, a su madre (de 61 años) le diagnosticaron arteriosclerosis, misma que padeció por siete años; enfermedad que deteriora tanto funciones físicas como intelectuales. La madre de RR comenzó su enfermedad con la presencia de fuertes lagunas mentales, como no reconocer a sus familiares o salir de su domicilio y no recordarlo para regresar a él. Asimismo, presentaba conductas no habituales: perdió la pulcritud de su persona, se ponía prendas de vestir una sobre otra (cuatro blusas, pantaletas sobre los pantalones) y a pensar que las personas le querían hacer algún daño. En los cuatro últimos años de su enfermedad, la madre perdió el habla y la capacidad para la coordinación motora. Según expresó Guillermo (hermano de RR), su madre dos años antes de que muriera, permanecía acostada, sin hablar y sin moverse. Los cuidados para la enferma eran proporcionados por su padre, dos hermanos y Guillermo.

Aunque la señora fallece en 1984, para RR murió mentalmente en 1977.

RR es el menor de 10 hermanos. El primero, Cruz, de 57 años, es casado, chofer de un coche de alquiler. RR dice que la relación con él está bien ahorita aunque durante años no entendió su forma de ser, pues su hermano es alcohólico. "Le gusta vivir en un mundo irreal porque en su juicio, en sus cinco sentidos, le da miedo participar y con la cerveza se quita ese miedo". Piensa que el coraje que le tenía era por que hacía sufrir mucho a su cuñada. Con el segundo hermano, José, de 56 años de edad, mantiene una relación muy buena. Aunque él fue el único que le reprochó su preferencia sexual, RR lo atribuye a que su hermano es muy "mujeriego" y a que quería que fuera como él. El tercero, Fidel (55 años), casado, refiere el paciente, es un "sinvergüenza" que por temporadas de hasta un año se ausenta de su casa, por lo que él le aconsejaba a su cuñada que se casara con otro. RR piensa que ninguno de su hermanos merecen la esposa que tienen, porque son unos "canallas". Con él ha mantenido siempre una buena relación, aunque algunas veces le pidió dinero prestado que nunca le pagó. Ramiro, cuarto hermano, casado, de 53 años, es con el que guarda la mejor relación; durante algunos años vivió en el mismo edificio con él y su familia; lo refiere como el hermano más ingenioso y creativo cuyo defecto podría ser el no pensar en el futuro, pues no le da demasiada importancia. El quinto hermano, Guillermo de 51 años, viudo, es recordado por el paciente como el más tierno y dulce. "En la familia siempre han existido dos grupos, los cinco mayores y los cinco menores, Guillermo es el menor de los mayores y yo el de los menores. Yo

creo que a Guillermo se le exigió crecer demasiado rápido. Una de mis hermanas me dice que mi mamá lo obligaba a llevar dinero porque sino no comía". RR no recuerda ningún momento de enojo con Guillermo; dice que él siempre ha buscado que no existan rencores ni rencillas; cuando RR tenía alguna dificultad con José, Guillermo mediaba el problema por lo que RR siempre ha confiado en él. Ofelia es la sexta hermana, divorciada, de 50 años, con ella el paciente ha mantenido una relación muy variable; de pequeño él la quería mucho, pero al separarse de su marido ella abandonó a sus dos hijos, suceso que hasta la fecha RR no ha podido aceptar. En la actualidad mantiene una relación estable, pero siempre defensiva ya que "ella es capaz de voltear al mundo en cinco minutos". María del Refugio "Cuca" es la séptima hermana, divorciada, de 48 años; con ella mantiene una relación muy estrecha; si existe algún problema, ambos procuran que el enojo no dure. Aunque al principio no acepta su comportamiento homosexual, con el paso del tiempo termina por darse cuenta de que no hay opciones. Con Fausto, octavo hermano, la relación siempre fue muy tirante; a RR le molestaba que su hermano pensara o se sintiera "hijo de ricos", al grado de mentirle a sus amistades o a la gente en general sobre su origen; además refiere RR, Fausto era muy "tontito" para los estudios y él no, cosa que les originaba conflictos. Cuando RR regresó de los E. U. Fausto estaba en la cárcel, acusado y encontrado culpable de robo a mano armada, por lo que piensa que ahí ya no le quedó más remedio que aceptar la realidad y dejar de vivir en ese mundo falso. Jesús es el noveno hermano, hijo de una tía materna, es adoptado a los seis meses de edad por la madre de RR debido a que el niño se

encontraba en las peores condiciones de higiene y alimentación; sin embargo según refiere RR y se confirma con el testimonio de Guillermo, Jesús vivió situaciones de rechazo y discriminación por parte de la madre, misma que lo golpeaba y maltrataba por "insignificancias". RR menciona que la relación con Jesús es fría y a últimas fechas tirante debido a la lejanía y el materialismo de este último. Guillermo refiere que antes de RR, nació una niña que a los ocho meses de nacida aproximadamente muere por envenenamiento de la leche materna; su madre tuvo un intenso enojo y amamantó a la niña provocándole la muerte. RR mencionó que sí tenía conocimiento del incidente, pero que su madre no fue quien se lo reveló sino una de sus hermanas, Cuca; lo anterior a la edad de siete años aproximadamente, tiempo en el cual él le pedía a su madre que tuviera otro niño para que fuera su compañero de juegos.

5.- **HISTORIA PERSONAL:** RR dice que fue amamantado hasta los dos años de edad. No recuerda ni tiene información por parte de sus hermanos de algún problema para el destete y el control de esfínteres. A la edad de cuatro años tuvo su primera experiencia sexual con un niño de seis años; la recuerda como un juego en el que sin haber eyaculación, sí existió la sensación de orgasmo. Estos juegos sexuales los continuó por tres años, y a los mismos se integraron otros niños. A esta misma edad, RR se negó a estudiar el kínder mostrándose hostil al arañar y escupir a las maestras, conducta que repitió en dos ocasiones más y que le redituó la no asistencia al kínder. Aprendió a leer, escribir, sumar y restar gracias a las lecciones de sus hermanos, por lo

que al ingresar a la primaria, él mismo dice que, albergaba un sentimiento de superioridad, y veía a los demás tan "idiotas" haciendo "bolitas y palitos". Según dice, siempre fue un niño muy adelantado en la enseñanza, gustaba de leer y practicar las lecciones por lo que no necesitó de mucho esfuerzo para estudiar. A la edad de ocho años, cuando le surgía alguna duda respecto a determinada palabra, no preguntaba a nadie el significado, lo buscaba en el diccionario; gustaba conocer el significado de palabras altisonantes, para que en el momento de ser insultado con algún calificativo el respondiera sarcásticamente, por ejemplo: Si le decían "pinche" él repondía "no es cierto, yo no soy ayudante de cocina", o "pendejo" les decía "estás loco, pendejos los que algún día te van a salir".

RR recuerda que él para su madre era como su "muñequito", pues a la edad de once años "le gustaba bañarme, talquearme, ponerme crema desde la punta del dedo hasta la frente y todo, así como peinarme... y como me gustaba". Estas conductas dejaron de presentarse porque en la escuela alguien le hizo burla por el exceso de talco que su madre le había dejado, le dijeron que era niña porque usaba maquillaje, y a él nunca le ha parecido que le hablen en femenino, por lo que molesto, le pidió a su mamá que ya no lo atendiera de esa forma. Dejó de hacerlo, pero lo checaba para que todo estuviera en orden.

Su adolescencia transcurrió de manera normal en el área escolar, ya antes se ha dicho que fue un estudiante ejemplar. Continuó con sus conductas homosexuales, en las cuales, según manifiesta, ya

no era el juego el principal motor sino el morbo por ver más cuerpos, por experimentar placer. Él dice que no sabe si su madre se percartó de su preferencia sexual, ya que nunca le hizo ningún comentario; su padre jamás le recriminó su comportamiento; sin embargo, sus 7 hermanos y una de sus hermanas le hicieron saber, cada uno a su manera, su disconformidad por su homosexualidad. Ante los insultos o las peticiones por cambiar de conductas y de amistades, en su mayoría homosexuales, RR se mofaba de sus hermanos al acosar sexualmente a algún amigo que tuvieran los mismos; en ocasiones cedía la persona y eso le producía mucho placer, porque "parecía tan mujeriego y masculino".

Aunque sus amistades homosexuales tenían marcados amaneramientos, él procuraba no mostrar, ante los ojos de los demás, actitudes "de maricón"; ya que, según su punto de vista, los comportamientos femeninos en un homosexual provocan que las personas se dirijan a éste con palabras en femenino; es decir, "la RR", en lugar de "él RR". Ya anteriormente se mencionó que desde pequeño, RR no permitió que se le hablara como si fuera mujer, sólo por su preferencia sexual. Con el paso del tiempo, los hermanos han terminado por aceptar su conducta y procuran, según Guillermo, no juzgarlo.

Desde los 4 años su conducta sexual se dirigió a su mismo sexo. Sin embargo, a los 18 años tuvo una experiencia sexual con una mujer. Fue su única novia, pero esta experiencia no lo hizo

sentirse completo y satisfecho, por lo que decidió decirle a la chica que él era homosexual y que nunca iba a dejar de serlo. La relación terminó y jamás volvió a estar con otra mujer.

En esta época, RR tuvo relaciones de pareja, siempre homosexuales, sin (como él menciona) que llegaran a representar algo importante.

En 1979, cuando RR tenía 22 años, la enfermedad de su madre provocaba sucesos de gran dolor para el paciente, pues no soportaba ver y saber tan enferma a su procreadora. De tal forma que buscaba trabajar durante varias horas al día para distraerse. "Mi madre no volvió jamás a ser la misma", antes de perder el habla, su madre se hizo muy agresiva y ofensiva. Ante los insultos que le propinaba a la gente él decía: "mi mamá estaba loca".

En 1982, debido a que la madre cada día presentaba mayor agravamiento en su enfermedad, el paciente a la edad de 25 años decide dejar su casa. Se alejó del hogar porque en dos ocasiones trató de matar a su madre; la primera, ahorcándola: "Todavía hablaba mi mamá y empezó a atosigarme con que si no bajaba sus plantas me iba a llevar el diablo. Yo le decía que el diablo no me iba a llevar. Empezó a decirme más cosas, hasta creo que me dio un trancazo, entonces la tomé del cuello y empecé a apretarla y ya casi cuando lo lograba ¡ah!, me dio miedo, me dio miedo". En la segunda, al obtener una respuesta negativa en el Psiquiátrico "Fray Bernardino Alva", pues, según argumenta RR, el médico que

los atendió no encontró motivos suficientes para internar a su madre; comer jabón, no afeitarse, intentar encajarle a él un cuchillo, no reconocer a sus familiares, no fueron hechos relevantes para su internamiento. RR tuvo un momento de desesperación al salir del hospital. Después de intercambiar golpes con su madre, la jaló y en la Calzada de Tlalpan se tendió en el suelo con ella para ser atropellados, sin conseguirlo. "Cuando ella decía que se tenía que morir, yo le decía no, tú no te puedes morir. El día que tú te mueras, yo me muero. No terminé de ahorcarla porque me sentía horrible, me sentí muy mal; pero, a lo mejor porque yo iba a quedar vivo, ¿no?"

A partir de los hechos anteriores, RR viajó hacia el norte del país. Tenía una amiga en Monterrey, Nuevo León; ahí permaneció poco tiempo y se trasladó a Oklahoma, Estados Unidos. Durante tres días deambuló en la estación de autobuses de Oklahoma tomando agua solamente. Para sobrevivir en este período, que fue de aproximadamente dos meses, vendió su sangre a un hospital local, por lo que tuvo que practicarse la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH, dando resultados negativos. Después localizó a una amiga que vivía en Nebraska, misma que le consiguió un empleo en un súper mercado. Con ella vivió alrededor de cuatro meses, posteriormente tuvo su propio departamento. El paciente mencionó que buscó vivir en los Estados Unidos por la libertad sexual que existe. Ahí ya no tuvo que esconder su comportamiento y fue realmente él mismo. Durante su estancia en Nebraska, gustaba de ir a sitios en donde existían cuartos, sólo con una puerta, en los que a través de una pequeña ventana

"alguien" introducía el pene (o RR mismo, según el caso) para tener sexo conociendo sólo esa parte corporal de la otra persona. Asistió a estos lugares por espacio de un año; los abandonó porque casi siempre la otra persona le pedía que tuvieran sexo anal y a él sólo le satisface el sexo oral. Así que al no asistir más a esos sitios, frecuentó bares y discoteques. El paciente dijo que fue entonces cuando comenzó a aficionarse a las bebidas alcohólicas; regularmente, su consumo se reducía a los fines de semana. "Cuando estaba tomado, todo me valía. Si lo hacía por el ano o no, no importaba, el chiste era hacerlo". Nunca tomó precauciones en sus relaciones sexuales. No le dio importancia a la utilización del condón ni a recomendaciones de las personas: "Debes de cuidarte porque sino no vas a vivir. Y yo decía, no, yo no quiero vivir".

En tres ocasiones compartió vida en pareja con homosexuales. En la primera, en 1983 (a la edad de 26 años), su pareja era adicta a la marihuana, y ante los reclamos de RR a esta conducta, la pareja lo golpeaba; por lo que, después de siete meses, RR terminó la relación. En 1984, su madre muere a consecuencia de la arterioesclerosis. Antes de que falleciera, él prefería pensar que ella no era su madre, incluso cuando alguien le preguntaba, él decía que ya había muerto. Le dolía menos pensar en esa supuesta muerte, que saberla tan enferma, así que el fallecimiento no le afectó, según su punto de vista, porque años atrás él ya había elaborado su muerte. En 1985, tuvo otra relación en la que su pareja era bisexual, RR y él vivían juntos; pero, su pareja estaba comprometida en matrimonio, incluso RR era

amigo de la mujer. Ella nunca supo nada de esa triangular relación. La pareja de RR terminó casándose y jamás volvieron a tener ningún tipo de encuentro. La tercera relación de pareja que RR estableció fue en 1988. Presumiblemente, en ella RR queda contagiado por el VIH. Con esta pareja vivió alrededor de cuatro meses, y, según sus palabras, fue una bonita relación. Poco tiempo después, RR se enteró que esta pareja había muerto a consecuencia del SIDA, un amigo en común se lo notificó. Con esta persona el paciente estableció, desde 1988 una fuerte amistad. "Y sólo amistad, porque él era tan generoso y comprensivo". Cabe aclarar que su amigo también era homosexual, mas no existió ninguna experiencia sexual entre ambos. Su amigo se trasladó a Tailandia por cuestiones de trabajo; sin embargo, continuaron su relación a través de correspondencia o por vía telefónica.

En 1989, RR se practicó por cuarta ocasión la prueba de anticuerpos anti-VIH, misma que resultó positiva. Con esta noticia, el paciente decidió regresar a México porque pensó que era mejor morir con su familia que solo y en un lugar tan lejano. "En el momento en el que me dicen que tengo el bichito, no me puse a saltar de gusto, pero tampoco lloré ni sentí la congoja de que mañana me voy a morir. Yo no creí, es más durante 89,90,91,92,93,94,95 yo me olvidé que tenía la enfermedad. Seguí una vida regular, tratando siempre de comer bien, de no tomar, porque las defensas se van acabando, aunque seguí tomando, y en ese momento tratar de ya no tener relaciones riesgosas, como sería contacto anal o eyaculación, tener sexo oral, o cualquier otra forma en la que yo pudiera contagiar a alguien". Después de

enterarse de su padecimiento, como lo menciona en su discurso, practicó vida sexual, ya con medidas de precaución, hasta que su condición física se lo permitió (1995).

A su regreso a México, se desempeñó profesionalmente como profesor de inglés en colegios privados y escuelas públicas.

Durante 1992, 1993 y 1994, se le presentaron dolores estomacales y diarreas fluctuantes en semanas o meses. A raíz de esto, RR recibió tratamiento médico consistente, primordialmente, en azidotimidina (AZT), por parte del ISSTTE, sistema de salud al que estaba adscrito.

En 1994, inició tratamiento psicoterapéutico grupal, de manera privada. Él mencionó que en terapia escuchaba los argumentos de los demás, siempre cargados de reproches a la vida. En contraparte, él les decía que no debían culpar ni odiar a nadie, ni sentir rencor hacia la sociedad, "en mi caso lo tomé con mucha calma". La terapia grupal la suspendió en agosto de 1996, por deteriorada condición física.

A mediados de 1995, el paciente suspendió toda clase de bebidas alcohólicas. Su estado de salud se agravó. Presentó una debilidad corporal injustificada que le impedía levantarse por sí mismo. También, fue presa de tos seca sin explicación alguna. Tuvo que suspender todo tipo de actividad por un par de meses.

A mediados de 1996, ingresó a hospitalización por neumonía. Permaneció ahí por espacio de quince días. Pidió a sus familiares que de volver a presentar alguna crisis, ya no lo internaran pues "es horrible estar en un lugar así". En septiembre de ese mismo año, RR tomó una gran cantidad de somníferos con la intención de suicidarse. Lo siguiente es una parte de su discurso: "No soy cobarde, bueno sí soy ante la vida. A mí un dolor no me tumba, pero la sensación que tenía en esos días con temperaturas de 40 y 41 grados, problemas musculares, diarreas, dolores en el ano; problemas horribles que al momento de defecar me producían unos dolores tremendos, esa ansiedad por no poder respirar, ¡es que era todo!, la cabeza sentía que me iba a tronar y el ver la mortificación de mi padre, el tener las pastillas a la mano, también fue importante. Dije esto se acabó, no creo que valga la pena estar mortificando. Me acobardé y me tomé las pastillas. No funcionó. Entre comillas porque yo no me acuerdo de mi vida durante cuatro días. Así que por lo menos durante cuatro días me evadí de la realidad".

Sus familiares ante el intento de suicidio ya no lo llevaron a darle atención médica. Guillermo, hermano de RR, dijo que era mejor que ya descansara, pues estaba sufriendo mucho.

El paciente logró recuperarse, tanto de la intoxicación como de las enfermedades recurrentes, pero le indicaron, medicamente, el permanecer por un par de horas diariamente con oxígeno, esto indefinidamente. Al cabo de seis meses, volvió a impartir sus clases, pues no quería que sus alumnos recibieran clases de una

profesora a la que consideraba incompetente.

La salud de RR empeoró y, tres meses después de haber concluido esta investigación, falleció.

5.- **Clave Psicodinámica:** Los recuerdos más remotos de amor, para el paciente, están siempre en su madre; mismos que hablan de una intensa necesidad de permanencia incluso en momentos en los cuales le decía que si ella moría, él moriría también.

Parece un probable trastorno en la fase de separación-individuación. La madre de RR, fue el equivalente funcional del "huésped" de su hijo; este último, al comportarse (en términos biológicos) como el "parásito", en esta psicopatología simbiótica, no logró sentir en la madre al objeto primario suficientemente bueno y confiable, del que pudiera diferenciarse y, posteriormente, separarse. Es decir, su propio *yo* no pudo conformarse como externo y ajeno al de su procreadora. El incidente de no querer permanecer en el kínder, amenazando y actuando con golpes y groserías hacia las maestras, sin que la madre hiciera nada por que él no se comportara de esa forma, además de no forzarlo a quedarse, en la escuela, habla de una gran dificultad en la madre para aceptar que su hijo debería separarse de su lado (a los quince años de edad, el paciente gustaba de acompañar a su madre a cualquier lugar; también, de poner la cabeza sobre sus piernas para ver televisión y ser acariciado por ella).

RR permaneció en una relación simbiótica total con la figura materna y no fue capaz de terminarla; incluso creció el deseo de permanecer a su lado. Lo anterior, le impidió, en el desarrollo de su personalidad, alcanzar la fase edípica posterior y resolverla.

El padre, sumiso y apacible, no constituyó una buena herramienta para que el paciente se separara de su madre, y configurara una identidad adecuada. Al identificarse con la fuerza y dominio de la madre ante la debilidad e ineficiencia del padre, RR desarrolló una homosexualidad franca en su conducta.

La dificultad para establecer una identidad personal, conflictuaron al paciente entre una necesidad de permanecer dependiente y una necesidad de autoafirmación. La inclinación, cuando pequeño, por el amor, la aprobación y la limpieza, sumergió a RR en una continua búsqueda por obtener todo de mamá, sin el deseo consciente de separarse de ella, por los placeres de que gozaba con respecto a los demás.

A lo largo de todo el discurso, el paciente revela el regocijo que le producía ser parte de su madre incluso en momentos en los que sus hermanos hacían alguna observación por los cuidados que se le proporcionaba en una edad ya no esperada para los mismos. Podría observarse que ante el sadismo que la madre exhibía con respecto a sus hermanos, golpes, ofensas, maltrato en general, con él ese impulso se transforma en sobreprotección, un cuidado exagerado, tal vez por buscar reparar el posible sentimiento de

culpa por haber provocado la muerte de una de sus hijas al amamantarla con leche "envenenada". Además, puede ser que el paciente ante el temor de ser destruido, decidiera establecer una alianza en lugar de juzgar o confrontar a una madre aniquiladora. El impulso hostil de intentar matar a su madre, fue desplazado por el de negar que ella vivía, pues de esa manera el ya no tendría que continuar viviendo con la idea de que su madre estaba enferma y había cambiado; es decir, la presencia de sentimientos ambivalentes marcan la manera de aislar el amor por su mamá y permitirse sentir dolor ante su supuesta muerte. De esta forma, creyó haber elaborado suficientemente el duelo; sin embargo, al recordar el suceso durante la entrevista, confesó que le había hecho falta llorar.

Él continuamente busca el aislamiento de las relaciones interpersonales por no encontrarles sentido a muchas de ellas, ya que se siente tan diferente y, en muchas ocasiones, superior que piensa que las personas no entenderían porque él tiene la "habilidad" de contar con la premonición y ciertos poderes que el común no presenta.

Durante sus primeros años de estadía en los Estados Unidos, el paciente desarrolló una dependencia al alcohol, cuyo consumo era durante los fines de semana. Esto debido, quizás, a la carencia de control que esta sociedad le ofrecía, y probablemente por la depresión de no estar con su familia. Con el efecto tranquilizador de la sustancia, el paciente perdía control sobre sí mismo (que era lo que buscaba) y al hacerlo la desinhibición

conductual le permitía actuar sin prejuicios y, por supuesto, sin precauciones en la conducta sexual. Dejó de ser adicto al alcohol hasta que su continuo deterioro físico le resultó insufrible.

Pareciera que en el paciente existió un "deseo" especial por quedar contaminado por el VIH; algo que le permitiría terminar con su vida; o llegar a ese estado de Nirvana, como el que buscó al pretender suicidarse con los somníferos. Su conducta sexual promiscua le "obligaba" a practicarse la prueba de detección de anticuerpos anti-VIH en tres ocasiones. Sólo en la cuarta ocasión, al proporcionarle el resultado positivo, RR cambió sus practicas sexuales. Parece que al resultar seropositivo, el paciente "logró" una meta que lo convirtió, una vez más, en un ser humano singular.

La excesiva grandeza que exhibe al aceptar y razonar el que sea un paciente con SIDA, es con el propósito de ser lo que él siempre ha pensado que es: un ser humano fuera del contexto general, que disfraza su sarcasmo y sadismo contra el mundo en forma de generosidad y comprensión.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

RESULTADOS

6.- INTERPRETACIÓN DE PRUEBAS (BATERIA)

INTERPRETACIÓN 16 FP

RR: Exhibe pensamiento abstracto brillante, que le permite destacar su capacidad para la instrucción escolar. Percibe y comprende los estímulos externos en forma rápida, haciendo del aprendizaje una diversión.

Le gusta demostrar sus sentimientos a las personas que lo rodean, llenándolas de afecto. Es muy sensible a cualquier situación desagradable, por lo que busca estar en un grupo ejemplo; esto lo hace ser dependiente y, ante el supuesto o real desvalimiento, se le sobreprotege.

Suele presentarse caprichoso e intolerante cuando siente que las normas sociales son injustas o con demasiada demanda al orden, por lo que se exhibe impulsivo mostrando la carencia de normas interiores de conducta.

INTERPRETACIÓN MMPI

El MMPI indica que RR respondió al inventario con franqueza, contestando todas las frases de la prueba, como lo señala el puntaje t de 46 en la escala L. La escala F, con puntuación en bruto de 9, señala que es una persona con adecuada adaptación psicológica que presenta independencia de pensamiento,

insatisfacción, inquietud y obstinación en las opiniones. La relación que la escala F mantiene con la escala K (con puntaje t de 59) muestra que RR es un sujeto poco convencional libre y abierto a la autodescripción y a admitir sus limitaciones. Es conveniente aclarar que el tipo de puntuación F se observa en pacientes con desórdenes neuróticos, o desórdenes de carácter, que se encuentran en tratamiento psicoterapéutico. RR asistió terapia grupal de 1994 a 1996.

La puntuación en las escalas 1 y 3, de 22 y 26 respectivamente, muestra un interés persistente sobre la integridad física y una gran tendencia a la somatización, durante episodios de preocupación; aunque éstos pudieran parecer insignificantes a los ojos de los demás. Cuando siente que sus defensas somáticas son ineficaces, puede solicitar ayuda, pero rechazarla cuando ésta llega.

En la escala 2 existe una puntuación de 22, por lo que sólo ante situaciones temporales de preocupación existirá, levemente, depresión y pesimismo.

En la escala 4 hay un puntaje t de 69. Se muestra cierta inconformidad con la aceptación de principios sociales, aunque puede establecer relaciones sociales satisfactorias.

La escala 5 es la más elevada, con un puntaje t de 84. La homosexualidad manifiesta es característica de este grupo. RR se presenta como un hombre afeminado, con actitud pasiva y sumisa.

En este nivel se encuentran, con frecuencia, los perfiles de pintores, escultores, músicos, y todo el grupo de personas con inclinaciones estéticas.

La escala 6 ofrece un puntaje bruto de 10, indicando adecuación, flexibilidad y consideración con los demás, siendo alerta y astuto. La escala 7 da un puntaje t de 58, indicando el perfeccionismo, orden, responsabilidad y autocrítica que su posible conducta obsesivo-compulsivo tiene.

En la escala 8 con una puntuación t de 69, se evidencia que ante momentos de indecisión y tensión, RR pierde el interés en las personas, es decir, las relaciones interpersonales carecen de sentido. La escala 9 indica que la gente puede considerar a RR feliz, por su característico optimismo, confianza en sí mismo, independencia y libertad.

En resumen, este perfil presenta el cuadro de un hombre homosexual que se encuentra, comúnmente, tenso, angustiado, que se queja de malestares físicos que pueden ser reales (RR padece SIDA) o no (la hipocondriasis es común en las personas que padecen SIDA), como: dolores de estómago, cefaleas, dolor en el pecho o algo similar; con tendencias neuróticas que pudieran derivar en una personalidad psicósomática.

INTERPRETACIÓN WAIS

RR, presenta un CI Superior. Existe una diferencia significativa entre la escala verbal y la escala de ejecución (14 puntos). Suele tener mayor habilidad para la inteligencia teórica, esto le permite mantener una actitud reflexiva, creándole interés en metas a largo plazo.

Sus altos y superiores puntajes en la escala verbal, colocan a RR como un individuo con tendencia a una personalidad obsesiva. Brillantemente detecta aquellos detalles insignificantes de los acontecimientos que se le presentan; muestra una gran capacidad para hacer juicios y manejar situaciones cotidianas; y, ante un posible aplanamiento afectivo, adopta actitudes manipuladoras con el fin de obtener algún beneficio de los demás.

Se observan en RR desarrollos culturales y sociales ricos, que aprovecha para tener buena concentración y comprensión, lo que eleva su nivel de aprendizaje; aunque esos conocimientos se reflejan más por medio de la memoria que de la práctica.

Por otro lado, su exploración perceptiva, análisis, síntesis y abstracción, son, también, superiores destacando su excelente coordinación visomotora fina y rápida. Mantiene una conceptualización para la planeación, sólo con modelos y directrices a seguir.

INTERPRETACIÓN DE CASA-ARBOL-PERSONA

El paciente muestra temor y timidez para el establecimiento de relaciones interpersonales, y cuando existe una interacción con el ambiente, la ansiedad ante el posible contacto físico lo hace ser descortés y agresivo verbalmente, manifestándose su actitud opositora y negativista. La incomodidad ante el intercambio interpersonal, así como la dificultad para estar de acuerdo con los patrones, pueden quedar expresadas a través de su actitud ante la consigna de la prueba. RR mostró cierta renuencia a las pruebas gráficas, argumentando no ser un buen dibujante; pero, finalmente, accedió a realizarlas. La mayor parte de su agresión no la expresa ni al exterior ni hacia él mismo, la inhibe.

No tiene una apropiada integración de recursos para la búsqueda de satisfacciones; es decir, carece de fuerza yoica, por lo que se eleva su egocentrismo, preocupado por el detalle y el orden con fuerte tendencia a la introversión, manteniéndolo en una actitud obsesiva-compulsiva. Aunque parece comportarse como una persona autoafirmativa, posee un alto grado de inseguridad y ansiedad que lo llevan a ser una persona dependiente y emotiva.

Más que una posible esquizofrenia ante la suspensión exhibida en los dibujos, RR parece comportarse en una falsa fantasía para evitar o permanecer apartado del contacto interpersonal, pero con la intención de no ofrecer ninguna variante en su estado afectivo.

RR parece tener tendencias voyeuristas ante sentimientos sexuales prohibidos (es un hombre homosexual). Así mismo, muestra preocupaciones somáticas, tal vez porque para él su patología física (SIDA) es aceptada como inminente.

INTERPRETACIÓN DE LA PRUEBA MACHOVER

RR es una persona con fuerte tendencia al retraimiento y poca tolerancia a la ansiedad, esta última busca controlarla dentro de un criterio de realidad. Se siente insatisfecho consigo mismo, por lo que se mantiene inseguro y falto de decisión.

Es un paciente que, debido a la ansiedad que le provoca la relación con el medio ambiente, se puede mostrar poco cooperativo; sin embargo, en él existe una fuerte dependencia y necesidad de apoyo que demanda de las personas que le rodean.

Su comportamiento sexual se hace acompañar de fuertes tendencias narcisistas y vanidad moral, manifestándose su preocupación ante problemas sexuales; parece ser que su masculinidad es una preocupación básica en él.

Los posibles sentimientos de inferioridad parece compensarlos con una sobrevaloración de la inteligencia, aspirando a poseer un alto nivel intelectual.

Pone atención a la opinión que tengan de él las personas; es sensible a la crítica y ante algo que le desagrade puede ser agresivo verbalmente, incluso con cierto sadismo. Tiene

dificultad para controlar sus impulsos conflictuando la inteligencia y el afecto; parece mantener una actitud forzada en agradar sin querer hacerlo realmente, para tener el control o el poder de las cosas observándose una actitud compulsiva. La conducta agresiva en su trato puede llevarlo a sentir sentimientos de culpa, creándole gran ansiedad.

BATERÍA

RR es un paciente con un CI Superior, en el cual la inteligencia teórica tiene mayor habilidad; es decir, ha tratado de mantener alto su acervo cultural como medida protectora ante el ambiente. La falta de seguridad, la inconformidad que siente consigo mismo y la ansiedad que le provoca el contacto con las personas, le hacen portarse retiscente a las relaciones interpersonales. Cuando existe interacción, comúnmente, se muestra agresivo, verbalmente en la mayoría de los casos, como una medida compensatoria ante la posibilidad de ser conocido en su totalidad; esta hostilidad le crea sentimientos de culpa que le obligan a desbordar la dependencia y la sobreprotección muy importantes para él. Aunque en muchas ocasiones adopta actitudes manipuladoras, tratando de agradar sin querer hacerlo, con el fin de obtener algún beneficio de los demás.

RR es un sujeto que busca el perfeccionismo y orden en los aspectos de su vida, que parece tener una fuerte preocupación sexual ante su masculinidad (él se asume como un sujeto homosexual), misma que se hace acompañar de fuertes tendencias

narcisistas, esto le provoca estar muy perspicaz por las críticas que recibe manteniéndose alerta ante ellas. Lo anterior es manejado con un elevado egocentrismo, dejando entrever una conducta obsesiva-compulsiva.

Continuamente se muestra preocupado por su salud física, en la cual ha sido aceptada por él su patología (SIDA), por lo que pueden presentarse trastornos físico reales, o bien RR puede recurrir a malestares psicósomáticos esperados en pacientes con el desarrollo del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

7.- Impresión Diagnóstica y Pronóstica. Trastorno narcisista con inclusión de homosexualidad franca. La avanzada sintomatología de la enfermedad física que padece, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como la inasistencia a un tratamiento psicológico profesional ensombrecen el pronóstico. En este panorama, lo pertinente sería que él acudiera o a él llegara un tipo de ayuda profesional para ofrecerle una mejor manera de enfrentar su desahucio.

CAPÍTULO IV

CONCLUSION

Como conclusión, se observa que RR es un paciente con un trastorno de personalidad narcisista, al que cualquier cosa o conducta por debajo de lo perfecto le impide aceptarse como persona. Este narcisismo, patología del ideal del yo, desplaza la energía objetal hacia el yo; es decir, la libido está catectizada sobre el yo y no sobre un objeto exterior, pues (como lo menciona Laplanche) la libido de objeto no está cumpliendo su destino. En RR existe la idea de que no tiene sentido tratar de explicar al mundo su excepcionalidad, como persona, cuando se ha dado cuenta de que esto no va a ser ni entendido ni valorado de la forma en que él lo percibe. Sus relaciones interpersonales las vive como poco importantes. Las amistades no ocupan su atención, pues parece que no le ofrecen algo más de lo que él puede dar. Las relaciones de pareja las estableció con sujetos homosexuales cargados de problemáticas; uno con adicción a la marihuana, otro con la falta de identidad sexual y uno más con el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida en su organismo. Lo que habla, una vez más, de la imposibilidad para establecer relaciones objetales sanas; ya que la propia figura del paciente es percibida por el mismo como sobrevalorada.

En RR, los deseos agresivos y sexuales descansan en el deseo de muerte. La continua actuación de la pulsión de muerte, encontrada en su promiscua conducta sexual, en su adicción al alcohol y en sus intentos suicidas (siendo el más claro la intoxicación con

a un estado de reposo absoluto, sin nada que altere el equilibrio, además de romper con relaciones y destruir aquello con lo que no se está de acuerdo.

Al revisar los trabajos de investigación propuestos por el Dr. David Maladavsky, se observa que en el Estudio de Caso dedicado a un paciente con SIDA, existen ciertas similitudes, que a continuación se enumeran, con respecto a la estructura de las adicciones.

Primeramente, el paciente, en su discurso, hace referencia a la utilización del alcohol en sus experiencias sexuales; él mismo apuntó que bajo los influjos de bebidas embriagantes perdía el control de cuanto ocurría a su alrededor. A pesar de conocer los riesgos de tener relaciones sexuales sin medidas precautorias, cuando él se emborrachaba dejaba de prestarle importancia al hecho. Recordemos que el alcohol es una droga que disminuye la capacidad mental para comprender y juzgar la información que el sujeto recibe, con ello se presenta en la conducta un proceso desinhibidor. El consumo de alcohol en este paciente se ubicó, por espacio de trece años, como abundante, limitado regularmente a los fines de semana. Aunque sabía que al tener prácticas sexuales sin protección podía quedar contagiado de VIH, buscaba negar el hecho permaneciendo intoxicado. Desde esta perspectiva, como argumenta Rafael E. López, el yo del paciente basaba su interés en negar la muerte (imposibilidad del ser contagiado de VIH) con un objeto que destruye (alcohol, bajo un estado de

embriaguez desinhibía el control de sus impulsos en las relaciones sexuales).

La calidad de relación madre-hijo en sujetos con conductas adictivas, es muy semejante a la ocurrida en el paciente con SIDA y su progenitora. RR permaneció en una relación simbiótica con su madre, vivenciada como indispensable, siendo para ella un fetiche, un objeto transicional (Winnicott) sin voluntad propia. Esta etapa simbiótica careció de lo que Margaret Mahler menciona como "trauma de separación", al no suscitarse el reconocer al objeto-madre como ajeno al propio sistema del niño. La continua seducción materna, con demasiados cuidados y mimos aunada a la incapacidad de demorar, frustrar o conflictuar los deseos de RR, en la Fase Práctica de Separación (Mahler), ocasionó que el núcleo *ello-yo*, del paciente no pudiera diferenciarse progresivamente en el *sistema de pulsión del ello* y en el *sistema del yo orientado a la realidad*. De esta manera, el establecimiento de defensas no fue suficiente para que la percepción, la cognición y la motricidad pudieran madurar el funcionamiento del yo, necesario para la incorporación del ser humano con el mundo externo.

Como ya se ha mencionado, la relación que el paciente estableció con su madre encuadra en el vínculo simbiótico, en el que la madre tal vez por la posible culpa sentida ante la muerte de una hija antecesora a RR (por envenenamiento de la leche materna),

sobreprotege al niño haciendo muy difícil pasar a la fase de separación-individuación. El paciente, ante el temor de ser destruido y debido a su propio carácter agresivo, eligió a la madre como objeto de identificación, para repetir la situación de cuando su madre lo amaba y de la cual no puede separarse por esa actitud materna de dominación masculina que en ella existió; de esta forma, se funde nuevamente en una simbiosis con la madre.

Madre e hijo, vivieron siendo objetos intrínsecos uno para el otro. Para RR, no existió interés por otra persona que provocara, lo que Hartmann llamó, constancia de objeto (alrededor del primer año de vida); esto es, no fue sometido a tolerar la ausencia de la madre, porque ésta siempre estuvo presente, no sólo en edades tempranas, además este patrón de relación continuó hasta que la madre enfermó.

El paciente introyectó a la madre, desde un marco kleniano, como un objeto "bueno" que le ofrecía exageradas gratificaciones amorosas sólo por permanecer a su lado. La madre pasaba por alto sus manifestaciones homosexuales, haciéndole creer que no se daba cuenta o si llegaba a percatarse de ello nunca se lo reprochó. En contraste, RR vislumbró en la madre la característica de objeto "malo" que cometía grandes atropellos con los otros hijos; injusticias que el paciente criticó sin comprender.

La parsimonia y debilidad del padre hacen que el paciente lo excluya de su elección. Así, su rol sexual está situado en la homosexualidad.

En resumen, el Estudio de Caso realizado a un solo paciente, ofrece una importante reflexión acerca de la estructura narcisista que existe en este paciente, y que puede encontrarse en otras personas con el mismo padecimiento: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Asimismo, propone seguir considerando las afirmaciones de David Maladavsky; pues, en este Estudio de Caso, la presencia de una estructura adictiva presume puntos convergentes con la psicodinamia del paciente con SIDA.

LIMITACIONES

Esta investigación fue realizada con base en un solo Estudio de Caso. La manera en la que se observa, se describe y se evalúa la conducta, reducen situaciones de objetividad; por lo tanto, se exhiben carencias en las condiciones de control del llamado "rigor científico".

Siendo este trabajo un Estudio de Caso, es difícil elaborar generalizaciones, pues la manipulación del tratamiento puede producir diferentes efectos según el tipo de persona que participe en él.

El Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), principalmente, y algunas otras instituciones encargadas de ofrecer sus servicios para atender al paciente con SIDA, fueron un obstáculo para la realización de esta investigación, al impedir trabajar con la población de enfermos que mantienen en sus registros.

La fase o etapa de la enfermedad en la que se encontraba el paciente participante en este trabajo, hizo que el desarrollo del trabajo sufriera interrupciones, en ocasiones, prolongadas.

SUGERENCIAS

- 1.- Permitir que los estudiantes hagan de las instituciones un recinto para la investigación y no un obstáculo para la titulación.
- 2.- Comparar en una población mayor de pacientes con SIDA, las conclusiones aquí presentadas.
- 3.- En los programas dirigidos a la prevención del SIDA, enfatizar la importancia que tiene la drogadicción, como desinhibidora de la conducta, en la posibilidad de contagio.
- 4.- Realizar investigaciones encaminadas a conocer más típicamente la personalidad del paciente con SIDA, con el fin de evitar relacionarlo con otros padecimientos. Esto permitirá elaborar mejores programas de prevención y tratamiento psicológico.
- 5.- Dar mayor relevancia, ya sea por medio de investigaciones o por información a la sociedad, a las medidas de precaución que se deben tener en las prácticas sexuales, pues éstas siguen presentándose como desconocidas o no se toman en cuenta. De esta forma, se estará siendo más enfático en la mortalidad del ser humano.
- 6.- Por último, se sugiere que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida sea visto:

- Por el psicólogo, como una enfermedad física basada en un componente de personalidad que necesita de su trabajo para poder comprender su psicodinamia.
- Por el médico, como una enfermedad que requiere de labor interdisciplinaria.
- Por los institutos encargados en la labor de prevención, como un padecimiento que requiere avanzar en la información justo como avanza la enfermedad.
- Por la sociedad, como una enfermedad a la que cualquiera está expuesto, pero de la cual cualquiera permanece ajeno si se mantiene informado, respetando las formas para evitar el contagio por el VIH.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ABADI, M; Garma, A., "La fascinación de la muerte". Ed. Paidós. Buenos Aires, 1973. 216 páq. (p.p.)
- 2.- BASSO M. Domingo, "El SIDA, responsabilidad de todos". Ed. Lumen. Argentina, 1991. 87 páq (p.p.)
- 3.- CAHN, Pedro; Casiro, A., "PSIDA un enfoque integral". Ed. Paidós. Buenos Aires, 1992. 254 páq. (p.p.)
- 4.- CÁRDENAS BRAVO, Luis, "SIDA, lo que todos debemos saber". Ed. Trillas. México, 1994. 237 páq. (p.p.)
- 5.- COLEMAN, Vernon, "Adictos y Adicciones. Causas, consecuencias y soluciones del mayor problema de salud pública de nuestro siglo". Ed. Grijalbo. México, 1988. 215 páq. (p.p.)
- 6.- CONTAG, S., "El SIDA y las metáforas". Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1991. 198 páq. (p.p.)
- 7.- DÍAZ PORTILLO, Isabel, "Técnicas de la Entrevista Psicodinámica". Ed. Pax. México, 1990. 208 páq. (p.p.)
- 8.- "DSM-III-R, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales". Ed. Masson, 1988. 513 páq. (p.p.)

9.- FREUD, Sigmund, "Inhibición, sintoma y angustia". Ed. Santiago Rueda. Buenos Aires. 135 pág. (p.p.)

10.- GARCÍA DOUNCE, Patricia María de Fátima, "Algunas alternativas para el tratamiento emocional del paciente con cáncer", TESIS, UNAM, Facultad de Psicología. México, 1988. 157 pág. (p.p.)

11.- GRMEK, Mirko, "Historia del SIDA". Ed. Siglo Veintiuno. México, 1992. 187 pág. (p.p.)

12.- HEIN, Karen; Foy Digeronimo, Theresa y editores del Consumer reports book, "SIDA verdades en lugar de miedos, una guía para jóvenes". Ed. Promexa. México, 1991. 172 pág. (p.p.)

13.- KERNBERG, O. F., "Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico". Ed. Paidós. Buenos Aires, 1979. 312 pág. (p.p.)

14.- KLEIN, Melanie "Envidia y Gratitud: emociones básicas del hombre". Ed. Horme. Buenos Aires, 1977. 145 pág. (p.p.)

15.- KOLB, Noyes, "Psiquiatría Clínica Moderna". Ed. La Prensa Médica Mexicana. México, 1986. 835 pág. (p.p.)

16.- KÜBLER ROSS, Elizabeth, "Sobre la muerte y los moribundos". Ed. Grijalbo. Barcelona, 1975. 289 pág. (p.p.)

- 17.- LAPLANCHE, Jean, "Vida y muerte en Psicoanálisis". Ed. Labor. Barcelona, 1987. 174 pág. (p.p.)
- 18.- LAPLANCHE, J; Pontialis, J., "Diccionario de Psicoanálisis". Ed. Labor. Barcelona, 1993. 557 pág. (p.p.)
- 19.- LÓPEZ, Rafael, E., "Adictos y adicciones. Una visión psicoanalítica". Ed. Monte Avila. Caracas, 1991. 167 pág. (p.p.)
- 20.- LORRAINE, Sherr; Churchill Fellow, "Agonía, muerte y duelo". Ed. Manual Moderno. México, 1992. 273 pág. (p.p.)
- 21.- MALADAVSKY, D., "Estructuras narcicistas". Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1988. 324 pág. (p.p.)
- 22.- MASTERSON, J. F., "Tratamiento del adolescente fronterizo". Ed. Paidós. Buenos Aires, 1975. 314 pág. (p.p.)
- 23.- MILLER, David, "Viviendo con SIDA y VIH". Ed. Manual Moderno. México, 1989. 141 pág. (p.p.)
- 24.- MILLER, David; Weber, Jonathan, "Atención a pacientes de SIDA". Ed. Manual Moderno. México, 1989. 247 pág. (p.p.)
- 25.- PÉREZ, S. León, "Muerte y Neurosis". Ed. Paidós. Buenos Aires, 1985. 179 pág. (p.p.)

- 26.- SEPÚLVEDA AMOR, Jaime, "SIDA, ciencia y sociedad en México". Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1989. 507 pág. (p.p.)
- 27.- TAPIA, C. Roberto, "Las Adicciones Dimensión, Impacto y Perspectiva". Ed. Manual Moderno. México, 1994. 327 pág. (p.p.)
- 28.- VERA, O. Eduardo, "Droga, Psicoanálisis y Toxicomanía. Las huellas de un encuentro". Ed. Paidós. Buenos Aires, 1988. 142 pág. (p.p.)
- 29.- WINNICOTT WOODS, Donald, "El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional". Ed. Laia. Barcelona, 1975. 343 pág. (p.p.)
- 30.- YARIA, Juan Alberto, "Los adictos, las comunidades terapéuticas y sus familias". Ed. Trieb. Buenos Aires, 1988. 215 pág. (p.p.)

REVISTAS

1.- **Acción en SIDA**, Appropriate Health Resources & Technologies Action Group, Ltd.,

número 10, enero 1991, 12 páq. (p.p.),

número 11, abril 1991, 12 páq. (p.p.),

número 14, enero 1992, 16 páq. (p.p.),

número 15, 1992, 16 páq. (p.p.)

número 16, 1992, 16 páq. (p.p.),

número 18, enero-marzo 1993, 16 páq. (p.p.).

2.- **Aletheia**, Instituto de investigaciones de Psicología Clínica y Social, A.C. (IIPCS). Número 1. México, 1980. 68 páq. (p.p.)

3.- **GACETA CONASIDA**, Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA. Ed. Delfos Comunicación. México, 1988. 16 páq. (p.p.)

4.- **GENTE**, Mauricio Adeath. Ed. Sepomex. México, agosto, 1992. 20 páq. (p.p.)

5.- **GUÍA BÁSICA DE INFORMACIÓN SOBRE EL SIDA**, AIDS Foundation, Horacio Maiorana; Scott Rubin y Débora Marta Simcovich, 1989. 45 páq. (p.p.)

6.- **Enfermedades Infecciosas y Microbiológicas**, "Guía para la atención médica de pacientes con infección por HIV-SIDA en consulta externa y hospitales", Órganos de la Asociación Mexicana

de Infectología A.C., y del Consejo Nacional de Cert. En inf.
México, mayo-junio, 1992. 87 pág. (p.p.)

7.- "Talleres de Prevención de SIDA y su efecto multiplicador en
las comunidades", Sarrot, E; Flores, M. I.; Bevacqua, A. N. y
col., Comunicación al Simposio Internacional de SIDA,
Departamento de Biología de la Universidad del Sur, Bahía Blanca,
noviembre, 1991. 67 pág. (p.p.)

8.- Ser Positivo, SIDA: Ciencia y Cultura, número 4. México,
mayo, 1993. 24 pág. (p.p.)

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- GRMEK, Mirko, "Historia del SIDA". Ed. Siglo Veintiuno. Méx., 1992, páq. 223.
- 2.- HEIN, Karen; Foy Digeronimo Theresa y editores del Consumer reports book, "SIDA verdades en lugar de miedos, una guía para jóvenes". Ed. Promexa. Méx., 1991, páq. 18.
- 3.- Ibid, páq. 20.
- 4.- Ibid, páq. 23.
- 5.- Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), "Gaceta CONASIDA". Méx., 1988, páq. 3.
- 6.- CAHN, Pedro; Casiro, A., "PSIDA un enfoque integral". Ed. Paidós. Buenos Aires, 1992, páq. 160.
- 7.- KOLB, Noyes, "Psiquiatría Clínica Moderna". Ed. La Prensa Médica Mexicana. Méx., 1966, páq. 568.
- 8.- DSM-III-R Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Ed. Masson, 1988, páq. 202.
- 9.- LAPLANCHE, Jean, "Diccionario de Psicoanálisis". Ed. Labor. Barcelona, 1993, páq. 263.

- 10.- LÓPEZ, Rafael, E., "Adictos y Adicciones, una visión psicoanalítica". Ed, Monte Ávila. Caracas, Ven., 1991, pág. 9.
- 11.- Ibid, pág. 11.
- 12.- Ibid, pág. 13.
- 13.- LAPLANCHE, Jean, "Vida y muerte en psicoanálisis". Ed. Labor. Barcelona, 1978, pág. 145.
- 14.- FREUD, S., "Inhibición, síntoma y angustia". Ed. Santiago Rueda. Buenos Aires, pág. 45.
- 15.- PÉREZ, S. León, "Muerte y neurosis". Ed. Paidós. Buenos Aires, 1985, pág. 16.
- 16.- CAHN, Pedro; Casiro, A., op. cit., pág. 118.
- 17.- Ibid, pág. 120.
- 18.- SEPÚLVEDA AMOR, Jaime, "SIDA, ciencia y sociedad en México". Ed. Fondo de Cultura Económica. Méx., 1989, pág. 203.