



CENTRO DE ESTUDIOS AGUSTINIANO  
"FRAY ANDRES DE URDANETA"

---

---

NIVEL LICENCIATURA  
CLAVE DE INCORPORACIÓN  
UNAM 8853-25  
PSICOLOGIA

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PRIMARIA PARA EL PSICOLOGO  
A TRAVÉS DE UN MODELO HUMANISTA EN GRUPOS DE  
AUTOAPOYO CON ADOLESCENTES QUE SON PORTADORES DE  
VIH. UNA REVISIÓN TEÓRICA.

TESIS PROFESIONAL  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

**RAQUEL RANGEL GALLARDO**

ASESOR

**LIC. FERNANDO MARTINEZ ESTRADA**

COACALCO, ESTADO DE MÉXICO 2012





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis 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.

Dedico este trabajo a todos aquellos que me han acompañado en este largo camino,

A ti, que has sacrificado tiempo, que has depositado conocimiento, sabiduría y amor y la vida misma, mi linda lichita.

A Dios, que me ha permitido lograr todas y cada una de mis metas, por la familia que me dio y a todas las personas que a puesto en mi camino.

A mis amigos,

A mi familia, que en todo momento me apoyaron

A la Dr. Lilia Guillermina Navarro, por su apoyo, confianza y amistad.

A Lic. Fernando Martínez Estrada por sus aportes y enseñanza.

A Lic. Ricardo Popoca Pastrana por sus conocimientos, enseñanzas y apoyo.

A la Fundación Mexicana Contra la lucha del SIDA A. C

A la Casa de la Sal A. C.

A mi Esposo, por su paciencia, conocimiento y a apoyo incondicional.

*Oración de Mahatma Gandhi*

*Señor: Ayúdame a decir la verdad delante de los fuertes y a no decir mentiras para ganarme el aplauso de los débiles.*

*Si me das fortuna, no me quites la razón.*

*Si me das éxito, no me quites la humildad. si me das humildad, no me quites la dignidad.*

*Ayúdame siempre a ver la otra cara de la moneda, no me dejes inculpar la traición por no pensar igual que yo.*

*Enséñame a querer a la gente como a mi mismo y a no juzgarme como a los demás.*

*No me dejes caer en el orgullo si triunfo, ni el la desesperación si fracaso.*

*Más bien recuérdame que el fracaso es la experiencia que antecede al triunfo.*

*Enséñame que perdonar es un signo de grandeza y que la venganza es un signo de bajeza.*

*Si me quitas el éxito dame fuerzas para aprender del fracaso.*

*Si yo ofendiera a la gente dame valor para disculparme y si la gente me ofende dame valor para perdonar.*

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	5
JUSTIFICACIÓN: Adolescentes que viven con VIH o han desarrollado sida...	5

### **CAPITULO I Adolescencia y Sexualidad**

1. Pubertad.....	8
1.2 Procesos Biológicos.....	10
1.3 Adolescencia.....	12
1.3.1 La adolescencia y el enfoque Piagetiano.....	13
1.4 Procesos Psicológicos y Sociales.....	16
1.5 Sexualidad.....	19
1.6 Enfermedades de Transmisión Sexual (ITS).....	21
1.7 Depresión y Suicidio en adolescentes: Acompañado del VIH.....	22

### **CAPITULO II El contexto del VIH/SIDA en México**

2. El Origen del VIH/SIDA en México.....	24
2.1 VIH/SIDA.....	25
2.2 Formas de Trasmisión.....	28
2.3 Detección del VIH/SIDA en el Sistema Inmune.....	30
2.4 El Proceso de Notificación.....	31
2.5 Tratamiento: Antirretroviral.....	34
2.6 Aspectos Socio-económicos.....	35
2.7 Ajustes Psicológicos: Enfrentamiento de una Crisis.....	36
2.8 La Pérdida de la Salud.....	43
2.9 Exclusión Social en el VIH/SIDA.....	44

### **CAPITULO III Antecedentes Históricos de los Grupos Terapéuticos**

3. Origen de los grupos Terapéuticos.....	46
3.1 Grupos de Encuentro.....	48
3.2 Grupos de Apoyo.....	51
3.3 Grupos de Auto-ayuda.....	52
3.4 Enfoque Psicoanalítico de los grupos.....	54
3.5 Grupos de apoyo para personas que viven con VIH/SIDA.....	55
3.6 Grupos Terapéuticos con adolescentes.....	57

## **CAPITULO IV Antecedentes Históricos de la Psicología Clínica**

4. La Psicología Clínica.....	60
4.1 La psicología Humanista.....	62
4.2 Enfoque Centrado en la Persona por “CARL ROGERS” .....	64
4.3 Principios Básicos del Enfoque Centrado en la Persona.....	66
4.4 Antecedentes Históricos de la Psicoterapia Centrada en la Persona.....	70
4.5 Psicoterapia Centrada en la Persona.....	72
4.6 Descripción del proceso Terapéutico.....	73
4.7 Enfoque Centrado en la Persona en el proceso grupal.....	45
4.7.1 Psicoterapia en el proceso grupal.....	76

## **CAPITULO V MÉTODO Y DISCUSIÓN**

5. Planteamiento del problema.....	78
5.1 Objetivos.....	79
5.2 Hipótesis.....	79
5.3 Variables.....	80
5.4 Tipo de Investigación.....	80
5.4.1 Tipo de estudio.....	80
5.5 Muestra.....	80
5.6 Criterios de Inclusión y de exclusión.....	81
5.7 Procedimiento.....	81
5.8 Propuesta de intervención primaria para el psicólogo general a través de un modelo humanista en grupos de auto-apoyo con adolescentes que son portadores de VIH/SIDA.....	83
5.9 Discusión y Conclusiones.....	102

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>106</b>
<b>ANEXOS</b>	

## INTRODUCCIÓN

### JUSTIFICACIÓN

#### **ADOLESCENTES QUE VIVEN CON VIH O HAN DESARROLLADO SIDA**

La adolescencia ha sido considerada tradicionalmente como un periodo de “crisis y estrés”, (Craig & Baucum, 2001). Sin embargo, en la actualidad los adolescentes se encuentran en un entorno socio-cultural y familiar que les produce confusión; la crisis de identidad es mucho más notoria, llena de rebeldía, ira, euforia o pasividad extrema. Además es un proceso de cambios: Fisiológicos, morfológicos y psicológicos; estos mismos acentúan o identifican aún más la etapa por la cual están pasando.

Hoy en día, los adolescentes viven en un ambiente social lleno de agresión, violencia y vandalismo. Dentro de este ambiente los adolescentes buscan grupos donde puedan identificarse y ser aceptados, compartiendo gustos e intereses similares como la música, la vestimenta y/o la ideología (sentido de pertenencia). Los medios de comunicación son gran influencia para los adolescentes, puesto que van tomando la información que escuchan, ven o leen para formar una identidad.

Los cambios históricos en las actitudes sociales se perciben con toda claridad en la reacción de la gente ante la sexualidad. En gran medida, los adolescentes se ven afectados en función de las normas culturales del tiempo y el lugar que les tocó vivir. De ahí la gran variación de su comportamiento sexual. El aspecto sexual ha evolucionado de forma impresionante, un ejemplo es: en los años ochenta en el ámbito social era inmoral tener relaciones sexuales antes del matrimonio y en el siglo XXI los adolescentes sin antes pensar en una relación formal de pareja tienen sus primeras experiencias coitales sin ser tachados como inmorales.

La familia como institución proveedora de educación, valores, economía, y de madurez emocional, también ha evolucionado; existen cada vez más padres jóvenes; consecuentemente el concepto de ver a la familia cómo una institución llena de aprendizaje, ha perdido costumbres, valores, principios morales, que han afectado a los adolescentes, poniendo en riesgo su vida, siendo más propensos a ingerir algún tipo de drogas, alcohol, a formar parte de pandillas, participar en hechos delictivos, la prostitución, al suicidio e incluso tener una vida sexual activa llena de riesgos; es decir sin conciencia de protección (no hay uso de condón en el coito vaginal y/o anal). En consecuencia año con año las estadísticas aumentan en adolescentes que contraen enfermedades de transmisión sexual (ITS) Algunas curables, otras no entre ellas el VIH.

La pandemia ha evolucionado ya no es solo de aquellos que tienen preferencias sexuales diferentes a las heterosexuales, se encuentra hoy en día en una población muy amplia (mujeres, hombres, ancianos, niños y adolescentes), no respeta edad, entidad, nivel social, cultura, raza. Sin embargo aún no existen suficientes programas o una conciencia en el ámbito sociocultural de prevención y de sensibilización, pues a pesar de la basta información respecto al tema, sigue habiendo un incremento estadístico y no solo eso sino que existe una fuerte discriminación en el ámbito educativo, laboral y social.

A pesar del fuerte trabajo que hacen las instituciones privadas y/o gubernamentales para las personas que viven o conviven con el VIH o han desarrollado sida, los programas de sensibilización y prevención, llegan a ser insuficientes para detener la pandemia o disminuirla considerablemente en estadísticas; pues la idiosincrasia, la ignorancia y el miedo hace que las personas no presten atención a la mejora de una vida sexual sana.

La presente investigación se plantea realizar una propuesta de trabajo basada en la modalidad de auto-apoyo para la atención de adolescentes que viven con VIH que su instrumentación constituya una estructura orientada a facilitar el desarrollo de habilidades de afrontamiento.

Dicha propuesta se enmarca en el contexto de la terapia centrada en el paciente y pretende posibilitar al psicólogo general una guía que facilite la atención de necesidades y el proceso de habilitación del grupo en cuanto al desarrollo de habilidades, valores y conocimiento para la toma de decisiones.

El trabajo de investigación aborda, en un primer momento, el contexto biológico, psicológico y social del adolescente, en donde se da a conocer la historia del sida, y aspectos socioculturales propios.

En el momento de la elaboración de la propuesta de trabajo se consideró: la información que existe sobre los grupos de auto apoyo para adolescentes con las características ya mencionadas, los fuertes cambios por los cuales pasa, el entorno sociocultural en el que le toca vivir; cuyo propósito general es la activa adaptación consciente y responsable a la sociedad.

Los elementos que se consideraron en la planeación de las actividades son: información actualizada, procesos psicológicos, actividades y las etapas del desarrollo del cambio terapéutico de Rogers.

El modelo humanista nos plantea una nueva forma de trabajo psicológico con adolescentes que viven con VIH y de sensibilización en un aspecto sociocultural. Dando pauta a aquellos que no se atreven a trabajar con este tipo de población que día a día sigue aumentando.

Se abordarán los antecedentes del VIH/sida en México, los aspectos medico-biológico, dentro de esta particularidad se señalarán las formas de transmisión, la detención, el diagnóstico, tratamientos del VIH/sida y los ajustes psicológicos por los cuales pasan los adolescentes que son seropositivos.

La propuesta de investigación se basará en la guía de trabajo de los grupos terapéuticos que existen para personas que viven con VIH, con la modalidad de grupos de apoyo, grupos de auto-ayuda, grupos terapéuticos con adolescentes, con las características que los distinguen a cada uno y con sus objetivos.

Actualmente existen muchos grupos de auto-ayuda y auto-apoyo, sin embargo son pocos los estudios realizados en México, y sobre todo en una población de adolescentes, por lo que se presenta esta propuesta de investigación para el psicólogo con un alcance en un inicio Exploratorio-Descriptivo, el diseño a utilizar es Pre-experimental ya que no habrá una medición deliberada de variables, sino que la investigación se basará en el enfoque cualitativo.

Esta Investigación aporta a su vez información confiable para ser retomada en otras investigaciones que pretendan abordar la temática aquí expuesta o bien algunas otras relaciones y al mismo tiempo enriquezcan y beneficien mutuamente; más profundamente el hecho de poder vincular el estudio del adolescente portador de VIH en el campo de su auto-concepción y desarrollo personal dentro de un proceso lleno de cambios, lo cual lleva a mayores alcances a la propia intervención psicológica en el ámbito grupal ya que permite al psicólogo realizar su función con una visión más cercana a su objeto de estudio.



# CAPITULO I

## ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD

### 1. PUBERTAD

La pubertad es el tiempo en el cual las características físicas y sexuales de un niño maduran y se presenta debido a cambios hormonales. La adolescencia es el período entre la pubertad y la edad adulta.

La edad exacta en la cual un niño ingresa a la pubertad depende de muchos factores diferentes, como los genes, la nutrición y el sexo de la persona. Durante la pubertad, las glándulas endócrinas producen hormonas que causan cambios corporales y el desarrollo de las características sexuales secundarias

Los cambios físicos se producen a todo lo largo de los años adolescentes, pero la mayoría adviene al fin de la infancia y a principios de la adolescencia. Esto se conoce como la “fase de la pubertad”. La palabra “Pubertad” proviene del latín *pubertas*, que significa “edad de la virilidad”. Se refiere al momento en que los órganos reproductores maduran y comienzan a funcionar. La “fase” sugiere que la transición desde la infancia a la adultez es relativamente rápida (Hurlock Elizabeth, 1980).

La pubertad se inicia con el comienzo de la transformación del cuerpo infantil en el de un adulto y finaliza cuando la transformación se completa. Se considera que el individuo es un “niño” hasta el momento en que madura sexualmente; entonces se le llama “adolescente”. Diríjase a anexos1 en la figura 1 muestra cómo la pubertad abarca la infancia y la adolescencia.

El periodo de pubertad es relativamente breve dentro de todo el ciclo vital y es solo una parte de la adolescencia, se la divide en tres etapas, a saber:

1. *la prepubescente*: etapa inmediata, en la cual suceden los cambios corporales y comienzan a desarrollarse las características sexuales secundarias o los rasgos físicos que distinguen a los dos sexos pero en la que todavía no se ha desarrollado la función reproductora.

2. *la pubescente*: etapa de maduración, en la cual se producen las células sexuales en los órganos de reproducción, pero en la que aún no se han completado los cambios corporales.
3. *la pospubescente*: etapa madura en la cual los órganos sexuales funcionan a la perfección, el cuerpo ha alcanzado la altura y las proporciones debidas y las características sexuales secundarias están bien desarrolladas.

De acuerdo con Elizabeth Hurlock (1980), el patrón del desarrollo físico difiere según la maduración del niño se produzca antes o después de la edad promedio correspondiente a su sexo o aproximadamente en ésta. Algunos factores que influyen en la edad de maduración sexual se muestran en el siguiente cuadro.

HERENCIA	INTELIGENCIA	SALUD	NUTRICIÓN	STATUS SOCIOECONÓMICO DE LA FAMILIA	TAMAÑO DEL CUERPO	CONFORMACIÓN CORPORAL
La edad de maduración "se proyecta en la familia", las muchachas tienen su primera menstruación casi a la misma edad que sus hermanas y su madre.	Los niños de inteligencia superior maduran sexualmente un poco antes que aquellos cuyo índice intelectual corresponde al término medio o es inferior a éste.	La buena salud, debida a un adecuado cuidado prenatal y postnatal, deriva en una maduración más temprana.	Una dieta en la que predominan los carbohidratos durante la infancia conduce por lo general a una maduración tardía, en tanto que una dieta compuesta mayormente de proteínas da por resultado una maduración precoz.	Cuanto mejor es el medio socioeconómico mayores son las posibilidades de una maduración temprana. Los niños criados en ambientes socioeconómicos deficitarios maduran más tarde.	Los niños más altos y gruesos que sus compañeros de la misma edad alcanzan antes la madurez sexual.	Los niños con cuerpos de tipo femenino (caderas anchas y piernas cortas) tienden a una maduración precoz, ala inversa los de conformación masculina (hombros anchos y piernas largas) tiene a la maduración tardía.

La edad de maduración afecta el patrón de desarrollo de distintos tejidos corporales y también el de aumento de las dimensiones del cuerpo; por ejemplo, las niñas que maduran precozmente son de mayores dimensiones que las tardías en cuanto al ancho total de la pantorrilla y al espesor de grasa, de músculos y de hueso en el interior de ésta. La diferencia también se observa en los muchachos de maduración precoz, aunque en menor grado (Craig & Baucum, 2001). Estos son algunos de los factores que determinaran la identidad del adolescente y la toma de decisiones futuras.

## 1.2 PROCESOS BIOLÓGICOS

Una respuesta parcial al misterio de la maduración sexual proviene del trabajo de endocrinólogos que descubrieron una estrecha relación entre la glándula pituitaria, ubicada en la base del cerebro, y las *gónadas o glándulas sexuales*. Todo un proceso endócrino que varían tanto en mujeres y varones (Rosenzweig, Leiman; 1992).

La glándula pituitaria se encuentra en el lóbulo anterior, produce dos hormonas que se relacionan directamente con el desarrollo de la pubertad. Se trata de la *hormona del crecimiento* que influye en la determinación del tamaño del individuo (en especial de los miembros), y la *hormona gonadotrópica*, que cuando actúa sobre las gónadas las estimula a una mayor actividad. Las gónadas, glándulas endocrinas que cumplen una función activa en la producción de los cambios puberales, son las glándulas sexuales. Las gónadas femeninas se denominan “ovarios” y las masculinas “testículos”.

En un período relativamente breve, el cuerpo infantil se transforma en adulto. Los cambios que se producen en el interior del cuerpo – en el tamaño, forma y funcionamiento de los diferentes órganos y glándulas –, no son visibles pero son tan importantes como los exteriores.

Una clasificación conveniente de las modificaciones corporales incluye cuatro categorías principales: aumento del tamaño corporal, cambios en las proporciones del cuerpo, desarrollo de las características sexuales primarias y de las secundarias (Rosenzweig, Leiman; 1992).

- El primer cambio físico importante que ocurre en la pubertad es el *aumento del tamaño corporal*. Se produce una aceleración del crecimiento en cuyo transcurso el cuerpo alcanza proporciones adultas. La aceleración del crecimiento puberal se inicia uno o dos años antes de que los órganos sexuales lleguen a la madurez funcional y persiste de seis meses a un año después de ella. Todo este período es considerado generalmente como “*aceleración del crecimiento adolescente*”.
- La aceleración del crecimiento femenino comienza entre los 8.5 y los 11.5 años, con un pico en la velocidad del desarrollo que ocurre a los 12.5 años como promedio. Después, el ritmo declina gradualmente hasta que se produce un alto del proceso entre los 15 y 16 años. Los varones muestran un patrón similar de desarrollo acelerado, pero lo inician más tarde y siguen creciendo durante más tiempo que las muchas. El tamaño corporal se mide en función de la estatura y del peso.

- Las proporciones del cuerpo *exteriores e interiores*. El crecimiento es asincrónico, esto es, el ritmo máximo de desarrollo de las diferentes partes del cuerpo no se da forzosamente al mismo tiempo. No sólo ocurre que las distintas partes crecen a distintas velocidades sino que alcanzan su desarrollo máximo en diferentes momentos. Los cambios de proporciones en el exterior del cuerpo son: La cabeza crece con lentitud, en el rostro la frente se hace más alta y más ancha, la nariz crece con rapidez; el tronco permite que la línea de la cintura se delineé para permitir que se ensanchen los hombros (más en los varones) y las caderas (en las mujeres); Las piernas se hacen más largas en relación con el tronco y su longitud; los brazos comienzan a alargarse y por último las manos y pies llegan a su tamaño y forma maduros antes que los brazos y las piernas.
- Las *características sexuales primarias*, que son los propios órganos sexuales cuya función es la producción. Durante la infancia, los órganos sexuales son pequeños y poco evidentes, tampoco producen células reproductoras. Dado que las características sexuales primarias de varones y mujeres son diferentes en estructura como en funcionamiento se mencionaran por separado.

*Las características sexuales primarias masculinas:* Cuando los órganos de reproducción masculina están funcionalmente maduros, por lo general aparecen las *poluciones nocturnas*. La primera descarga nocturna se produce con mayor frecuencia entre los 12 y los 16 años.

*Las características sexuales primarias femeninas.* La parte más importante del aparato reproductor femenino son los ovarios, órganos que producen los óvulos. Entre los 12 y los 18 años inicia un crecimiento veloz que continúa durante algún tiempo. Cuando la muchacha llega a la pubertad, los óvulos comienzan a madurar a razón de uno de cada 28 días aproximadamente (ciclo menstrual). Los ovarios y el útero crecen con rapidez durante la pubertad. Los ovarios no llegan a su peso y tamaño maduros hasta que la mujer tiene 20 ó 21 años.

- La cuarta transformación física durante la pubertad, y sin duda alguna, la más llamativa, es el desarrollo de las *características sexuales secundarias*: los aspectos físicos que dan una apariencia “femenina” a las adolescentes y “masculina” a los varones. Estas distinciones cumplen una importante función indirecta en la eventual formación de parejas, pues contribuye a que los miembros de un grupo sexual atraigan a los de otro, pero no está directamente conectadas con la reproducción.

### 1.3 ADOLESCENCIA

Sin duda alguna la etapa de la adolescencia es una de las más difíciles de vivir y comprender, por que pasa por diversos cambios como son: los Fisiológicos, Morfológicos, Psicológicos y Sociales, los cuales van a determinar en el futuro joven y adulto que se va a transformar. En este capítulo se desarrollarán los procesos por los cuales pasa un adolescente e iniciamos con la siguiente definición que servirá para el propósito de esta investigación.

La palabra adolescencia deriva del latín *adolescens* (joven) y *adoleceré* (crecer). La habitual asociación en lengua española con la palabra *adolecer* (tener o estar sujeto a afectos, pasiones, vicios o malas cualidades, causar dolencia o enfermedad) es la que más estragos ha causado en la caracterización peyorativa de la etapa (Grau Martínez, 2000).

Varios factores se combinan para hacer de la adolescencia un nicho cultural muy peculiar en las sociedades (Craig J. Grace, 2001). Entre estos podemos citar la segregación por edad (los adolescentes interactúan principalmente con otros adolescentes y muy poco con niños más pequeños o con adultos), la dependencia económica prolongada, los grandes acontecimientos de la época que le toque vivir al adolescente y la influencia de los medios masivos de comunicación.

Los adolescentes muestran una combinación curiosa de madurez y puerilidad al hacer la transición a la adultez. La combinación resulta torpe y a veces cómica, pero cumple una importante función en el desarrollo. La forma en que el adolescente afronta el estrés ocasionado por los cambios de su cuerpo y por sus nuevos roles depende del desarrollo de su personalidad en los años anteriores (Hurlock, 1980). Para enfrentar los nuevos retos, el adolescente se vale de habilidades, recursos y fuerzas que empezó a desarrollar mucho antes.

La adolescencia ha sido considerada tradicionalmente como un periodo de "crisis y estrés". Sin embargo, la mayoría de los adolescentes están bien ajustados y no tienen grandes conflictos con progenitores, compañeros ni consigo mismos.

Aunque la distancia emocional entre los adolescentes y sus padres tiende a aumentar, no por fuerza genera rebeldía ni rechazo de los valores familiares. Una meta importante de la adolescencia es la independencia, en especial la autorregulación. Para convertirse en adulto también se requiere la interdependencia en diversas relaciones sociales.

Durante la adolescencia hay una expansión de la capacidad y el estilo de pensamiento que aumenta la conciencia del individuo, su imaginación, su juicio e intuición. Estas mejores habilidades conducen a una rápida acumulación de conocimientos que extienden el rango de problemas y cuestiones que enriquecen y complican su vida (Craig, 2001).

Es esta etapa, el desarrollo cognoscitivo se caracteriza por un mayor pensamiento abstracto y el uso de la metacognición. Ambos aspectos ejercen un profundo influjo en el alcance y el contenido de los pensamientos del adolescente y en su capacidad para emitir juicios morales. Piaget describió el pensamiento abstracto del adolescente como la característica distintiva de la etapa final del desarrollo cognitivo (Craig, 2001).

### 1.3.1 LA ADOLESCENCIA Y EL ENFOQUE PIAGETIANO

En la teoría de Piaget la etapa final es la del *pensamiento operacional formal*. Esta nueva modalidad de procesamiento intelectual es abstracta, especulativa e independiente del ambiente y de las circunstancias inmediatas. Comprende considerar las posibilidades y comparar la realidad con cosas que pudieran ser o no. A diferencia de los niños pequeños que se contentan con hechos concretos y observables, el adolescente muestra una inclinación creciente a considerar todo como una variación de lo que podría ser (Keating, 1980, citado en Craig, 2001).

El pensamiento de las operaciones formales exige la capacidad de formular, probar y evaluar hipótesis. Requiere manipular no sólo lo conocido y verificable, sino también las cosas contrarias a los hechos (Craig, 2001).

Los adolescentes muestran asimismo una capacidad cada día mayor para planear y prever. En un estudio (Greene, 1990, citado en Craig, 2001), el investigador les pidió a alumnos de décimo y doceavo grados, y a estudiantes universitarios de segundo y último año, que describieran lo que pensaban que les sucedería en el futuro e indicaran la edad que tendrían entonces. Los sujetos de mayor edad fueron capaces de vislumbrar un futuro más distante que los de menor edad y sus descripciones eran más concretas. El pensamiento operacional formal puede entonces definirse como un proceso de *segundo orden*. Sin bien el pensamiento de primer orden consiste en descubrir y examinar las relaciones entre objetos, y el segundo orden consiste en reflexionar sobre nuestros pensamientos, buscar los nexos entre las relaciones y transmitir entre la realidad y la posibilidad (Inhelder y Piaget, 1958). A continuación se incluyen tres cualidades notables del pensamiento del adolescente:

1. La capacidad de combinar variables relevantes para hallar la solución de un problema.
2. La capacidad de proponer conjeturas sobre el efecto que una variable tendrá en otra.

3. La capacidad de combinar y separar las variables en forma hipotético-deductiva.

En general, se acepta que no todos los individuos logran dominar el pensamiento operacional formal. Más aún, los adolescentes y los adultos que lo alcanzan no siempre lo utilizan de manera constante. Por ejemplo, en situaciones nuevas y ante problemas desconocidos la gente tiende a retroceder a un razonamiento más concreto. Al parecer es indispensable cierto grado de inteligencia para el pensamiento de las operaciones formales. Intervienen, además, factores culturales y socioeconómicos, en especial la escolaridad (Neimark, 1975). La observación de que no todos dominan el pensamiento operacional formal ha llevado a algunos psicólogos a proponer que se le considere una extensión de las operaciones concretas más que una etapa independiente. Piaget (1972) incluso admitió la posibilidad de que así fuera. No obstante, insistió en que los elementos de este tipo de pensamiento son imprescindibles para estudiar ciencias y matemáticas avanzadas.

Por otra parte el procesamiento de la información pone de relieve el mejoramiento de la metacognición en el adolescente. Aprende a examinar y a modificar de manera consciente los procesos de pensamiento por que ha perfeccionado la capacidad para reflexionar sobre el pensamiento, formular estrategias y planear.

Así, pues, el desarrollo cognoscitivo durante la adolescencia abarca lo siguiente:

1. Empleo más eficaz de componentes individuales de procesamiento de información como la memoria, la retención y la transferencia de información.
2. Estrategias más complejas que se aplican a diversos tipos de solución de problemas.
3. Medios más eficaces para adquirir información y almacenarla en formas simbólicas.
4. Funciones ejecutivas de orden superior: Planeación, toma de decisiones y flexibilidad al escoger estrategias de una base más extensa de guiones (Sternberg, 1988, citado en Craig, 2001).

Desde la perspectiva de la inteligencia, Robert Sternberg (1984, 1985) especificó tres componentes mensurables del procesamiento de la información, cada uno con una función propia:

- 1) Metacomponentes- Procesos de control de orden superior con los cuales se plantea y se toman las decisiones; por ejemplo, la capacidad para

elegir una estrategia de memoria y supervisar la eficacia con que esté funcionando (metamemoria).

- 2) Componentes del desempeño- Proceso con que se llega a la solución de un problema. A esta categoría pertenecen la selección y la recuperación de información relevante guardada en la memoria a largo plazo.
- 3) Componentes de la adquisición de conocimientos (almacenamiento)- Proceso que utiliza en el aprendizaje de nueva información.

En lo esencial, “los Metacomponentes son un mecanismo que permite crear estrategias y organizar los otros dos tipos de componentes en procedimiento orientados a metas” (Siegler, 1991). Se considera que todos esos procesos aumentan de manera gradual durante la niñez y la adolescencia.

En resumen, el desarrollo cognoscitivo y, por lo mismo, el crecimiento de la inteligencia, abarcan tanto la acumulación de conocimientos como el perfeccionamiento del procesamiento de la información. Son dos procesos interrelacionados. Los problemas se resuelven de manera más eficaz cuando se ha almacenado información abundante y pertinente. Los adolescentes resuelven los problemas y hacen inferencias en forma más adecuada y satisfactoria que los niños de edad escolar; pero también poseen más guiones o esquemas a los cuales recurrir.

Los adolescentes usan incipientes habilidades cognoscitivas en actividades intelectuales y éticas que se concentran en su persona, su familia y el mundo. Gracias a estas destrezas cognoscitivas, el contenido de sus pensamientos amplía su alcance y su complejidad. Pueden ocuparse de situaciones contrarias a los hechos; por tanto, la lectura de ciencia ficción y de obras de fantasía, así como las imágenes visuales de este tipo, se concierten en un pasatiempo popular.

La capacidad de entender situaciones contrarias a los hechos incide en la relación de los adolescentes con sus padres. Los adolescentes comparan a su progenitor ideal con el que ven todos los días. A menudo adoptan una actitud crítica ante las instituciones sociales, entre ellas la familia y en especial sus padres.

Por tanto, las disputas familiares suelen intensificarse durante los primeros años de la adolescencia. Sin embargo, son muy útiles los altercados por actividades diarias como los quehaceres domésticos, la ropa, las tareas escolares y las comidas. Le permiten al adolescente probar su independencia en cuestiones de poca importancia y en la seguridad de su hogar.



Hacia la mitad y el final de la adolescencia aumenta el interés por los problemas sociales, políticos y morales. El adolescente comienza a aprender conceptos holísticos sobre la sociedad y sus instituciones, además de principios éticos que trascienden los que han aprendido en las relaciones interpersonales. Crea sus propias creencias respecto del sistema político dentro del contexto cultural e histórico.

Una de las tareas evolutivas más difíciles para el joven adolescente es la aceptación de su cuerpo. No sólo ha de ajustarse a las modificaciones normales que acompañan a la pubertad sino que también debe aceptar su nuevo tamaño y conformación como la figura que tendrá por el resto de su vida. En general, la insatisfacción respecto de la apariencia se agudiza poco después de haberse alcanzado la madurez sexual; a partir de entonces, los adolescentes bien equilibrados muestran una aceptación creciente de sí mismos y de su apariencia (Watson Lindgren, 1991).

#### **1.4 PROCESOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES**

Las repercusiones psicológicas de la transformación física en la pubertad provienen principalmente de las expectativas sociales respecto de las actitudes y a la conducta propia de la madurez. Cuando el individuo parece más adulto que niño, las expectativas sociales abruman psicológicamente al adolescente. Llenos de confusión buscando con quienes o con que identificarse para formar una personalidad. (Horrocks, 1994).

El término “personalidad” deriva de la voz latina *persona*, que era una máscara utilizada por un actor mientras hablaba sobre un escenario. El actor revelaba el personaje representando por medio de su discurso y de sus acciones (Craig J. Grace, 2001). Si bien distintos psicólogos definen el término de manera diferente, todos subrayan el hecho de que la personalidad *no* es un atributo definido y específico. Más bien, es la calidad de la conducta total del individuo tal como la revelan su discurso y sus acciones. Los psicólogos puntualizan asimismo que la personalidad tiene un fundamento físico en las condiciones nerviosas, glandulares y corporales que proporcionan sus cimientos hereditarios y constituyen las fuerzas impulsoras que determinan la clase de adaptación que realiza el individuo en sus relaciones personales y sociales.

Es frecuente que en esta etapa esté distinguida por los cambios repentinos de humor, entre extremos de euforia y desaliento, abunden las sensaciones de un poder infinito para realizar los proyectos, sucedidos por períodos de una gran inseguridad en los recursos que se poseen (Guelar, 2002). Sin embargo también existen lapsos de confusión en emociones dominantes que tienden a ser desagradables, principalmente el temor y la ira en sus diversas formas como: el pesar, los celos y la envidia; por el contrario las emociones placenteras –alegría, afecto, felicidad o curiosidad- son menos frecuentes y menos intensas, en particular en los primeros años de la adolescencia.

Dado que las consecuencias desfavorables de las emociones tiene un peso mucho mayor que las favorables, es obvio que, *si no se las controla*, las emociones pueden producir un impacto penetrante y destructivo. Por fortuna, los hábitos emocionales son aún muy inestables durante la adolescencia y se prestan más al cambio en este período que en los años posteriores.

El “control emocional” no significa represión ni eliminación. Significa aprender a encarar una situación con una actitud racional, responder a ella con la mente tanto como con las emociones y a obviar la interpretación de las situaciones de manera que susciten exageradas reacciones emocionales. Este es el control de los aspectos mentales de un estado emocional. Además, control emocional quiere decir *enfrentar el desborde o la expresión verbal* de las emociones. Llegar a controlarlas es una indicación de madurez emocional (valvidia & Condeza, 2006).

En este contexto cambiante e intenso, se toma imprescindible aprender a distinguir cuándo el estado anímico del adolescente está reflejando el trabajo de ajuste propio de los desafíos que le impone el momento, y cuándo se trata de un trastorno psicológico grave. Dentro del lenguaje de los adolescentes que muy común escucharles que están “deprimidos” sin embargo se refieren a la sensación de tristeza.

Cada periodo de la vida plantea retos y problemas de desarrollo que exigen nuevas habilidades y respuestas (Craig & Baucum, 2001). En general, los teóricos coinciden en que el adolescente debe encarar dos grandes desafíos:

1. Lograr la autonomía y la independencia respecto a sus padres.
2. Formar una identidad, esto es, crear un yo integral que combine en forma armoniosa varios elementos de la personalidad.

Se considera por tradición que la adolescencia es un periodo de ***Sturm und Drang*** (Crisis y tensión), es decir, de una terrible confusión de emociones y conductas. Esta expresión proviene de un movimiento literario alemán de finales del siglo XVIII y principios del XIX (Sturm und Drang en alemán significa literalmente tormenta y tensión). Estarán los adolescentes en una crisis constante; la mayoría de ellos son personas bien ajustadas y no tienen grandes conflictos con sus progenitores, con sus compañeros ni consigo mismo. Se estima que apenas entre 10 y 20 por ciento sufren problemas psicológicos, porcentaje semejante al de los adultos de la población general (Powers y otros, 1989, citado en Craig & Baucum, 2001).

Antes de la adolescencia nos vemos a nosotros mismos en función de diversos roles y en función de la pertenencia a pandillas, clubes o bandas. Gracias al perfeccionamiento de las facultades cognitivas podemos analizar nuestros roles, identificar contradicciones y conflictos en éstos y reestructúralos para forjar nuestra identidad.

Unas veces abandonamos roles anteriores; en otras ocasiones, establecemos nuevas relaciones con nuestros padres, hermanos y compañeros. Erikson (1968) ve en el proceso de la *formación de la identidad* el principal obstáculo que los adolescentes han de superar para realizar una transición exitosa a la adultez.

La crisis de identidad es un periodo de toma de decisiones sobre cuestiones importantes como “¿Quién soy y a dónde me dirijo?”. Es muy importante mencionar que existen factores que intervienen en la formación del sentido de lo que somos y de cómo encajamos en la sociedad, algunos de ellos son: Estructura corporal, Defectos físicos, Condiciones Físicas, Química glandular, Vestimenta, Nombres y apodos; inteligencia, niveles de aspiración, emociones, patrones culturales, escuela secundaria y preparatoria, status social, influencia familiar, amigos y noviazgos (Horrocks 1994).

Cuando más conscientes están los adolescentes del valor de la personalidad en las relaciones sociales, tanto más se fortifica su deseo de mejorar. Por lo general, la insatisfacción alcanza su nivel máximo entre los 15 y 16 años. Después de esa edad, tanto los individuos de uno como del otro sexo sienten cada vez más complacidos con las mejoras que lograron (Gesell, 2001).

Erik Erikson en su teoría desarrolló VIII estadios que comprenden desde la edad 0 a los 50 y vejez, entre estos se encuentra el estadio V (12-18 o más) Esta etapa es la de la *adolescencia*, empezando en la pubertad y finalizando alrededor de los 18-20 años. La tarea primordial es lograr la identidad del Yo y evitar la confusión de roles. Esta fue la etapa que más interesó a Erikson y los patrones observados en los chicos de esta edad constituyeron las bases a partir de la cuales el autor desarrollaría todas las otras etapas.

*La identidad yoica* significa saber quiénes somos y cómo encajamos en el resto de la sociedad. Exige que tomemos todo lo que hemos aprendido acerca de la vida y de nosotros mismos y lo moldeemos en una autoimagen unificada, una que nuestra comunidad estime como significativa.

Hay cosas que hacen más fácil estas cuestiones. Primero, tener una corriente cultural adulta que sea válida para el adolescente, con buenos modelos de roles adultos y líneas abiertas de comunicación. Además, la sociedad debe proveer también unos ritos de paso definidos; ciertas tareas y rituales que ayuden a distinguir al adulto del niño.

Sin estos límites, nos embarcamos en una confusión de roles, lo que significa que no sabremos cuál es nuestro lugar en la sociedad y en el mundo. Erikson dice que cuando un adolescente pasa por una confusión de roles, está sufriendo una crisis de identidad. De hecho, una pregunta muy común de los adolescentes en nuestra sociedad es “¿Quién soy?”.

Los adolescentes obtienen muchas de sus ideas sobre los roles y los valores de distintos grupos de referencia o, en algunos casos de un individuo especial llamado el otro significativo (que no es otra cosa que una persona importante para uno). La formación de la identidad es un proceso lento y complejo de autodefinición.

Al mismo tiempo que aumenta la intimidad de las amistades con personas del mismo sexo, se establecen amistades con personas del sexo opuesto. Las relaciones estrechas con amigos del sexo opuesto comienzan antes entre mujeres, una tendencia que puede deberse en parte a que la pubertad aparece primero en ellas y más tarde en los varones.

Las prendas de vestir son un símbolo de status para el adolescente y, en tal carácter, tienen un profundo efecto sobre su auto-concepto; la apariencia personal afecta la aceptación social del individuo, éste puede evitar el prejuicio consecuente al rechazo social si usa ropas que mejoran su presentación y aumentan la confianza en sí mismo.

Por otro lado el nivel de aspiración del adolescente influye mucho en su auto-concepto y determina si se verá a sí mismo como triunfante o fracasado. Cuando el adolescente tiene éxito porque llega a la meta que se a fijado, la consecuencia es un sentimiento de satisfacción y de confianza en sí mismo. Sin embargo, si su nivel de aspiración es demasiado bajo para sus aptitudes, y sus éxitos son muchos y fáciles, es probable que se vuelva engreído y jactancioso. También puede ser que, sobre la base de sus triunfos pasados, eleve sus metas hasta un nivel tal falta de realismo que los fracasos consecuentes signifique un golpe para su yo. Si bien un fracaso ocasional ayuda al joven a mantener sus pies en tierra y a verse con sentido realista, una serie de fracasos puede ser devastadora.

Los factores que influyen más en el desarrollo social del adolescente son los diferentes estilos de vida familiar ya sea integrada por ambos padres o desintegradas donde hace falta uno o los dos progenitores. Los adolescentes reaccionan ante esta función aumentando responsabilidades, otros exteriorizan sus sentimientos y sus conflictos negativos entregándose a una conducta antisocial y rebelde; y otros más se desvinculan de la familia concentrándose en actividades con sus compañeros.

## **1.5 SEXUALIDAD**

Las relaciones sociales le permiten al adolescente identificarse con cierta música, ropa y un círculo social, dando lugar a conformar su propia personalidad. Conforme avanza hacia la adultez, el adolescente se ve obligado a enfrentar algunos aspectos de la moral que no había encontrado antes. Ahora que puede tener relaciones sexuales, por ejemplo, deberá decidir lo que significa el coito para él, y si tendrá relaciones prematrimoniales. Debe evaluar

las conductas y las actitudes de compañeros que posiblemente consuman drogas o formen parte de pandillas (Craig & Baucum, 2001).

Algunas de sus decisiones, entre éstas las que conciernen al sexo, tienen consecuencias complejas e incluso pueden poner en peligro su vida.

La pubertad trae consigo el interés por el sexo opuesto y nuevas actividades sexuales, las cuales se convierten en aspectos inevitables y normales de la vida del adolescente conducen a menudo dificultades emocionales y a reacciones de culpa.

El adolescente es un individuo sexualmente maduro que tiene todos los impulsos sexuales biológicos del adulto, las tensiones, y las necesidades de satisfacción sexual, pero ningún medio aprobado por la sociedad para obtener la satisfacción directa (Horrocks, 1994). La sexualidad es un área muy conflictiva en nuestra sociedad, por su relación con normas, tabúes y actividades prejuiciosas variables de un medio a otro.

Dentro de la sexualidad el adolescente, que ya ha superado su autoerotismo y con ello la carga mítica de posibles trastornos físicos, psicológicos o religiosos relacionados con la masturbación, resuelve a través de ello la situación investigadora del propio sentir sexual y eso que da paso a una creciente búsqueda y curiosidad por lo heterosexual (Grau Martínez, 2000).

Con esto su rol se tipifica de manera definitiva e involucra en un continuo de menos a más amistad, conocimiento exploratorios mutuos de creciente profundidad con su pareja y/o noviazgos.

Los adolescentes más tienden a aceptar los estándares sexuales tradicionales de sus progenitores. Pero conforme crecen y comienzan a pensar cada vez de manera más independiente, se adhieren progresivamente con mayor intensidad a la influencia de los valores exteriores, en particular a los de sus compañeros de grupo. Otra influencia cultural es el comercio cotidiano en el sexo. Algunos científicos de la sociología consideran que la actualidad ya existe entre los muchachos y las muchachas la inferencia de que, sino participan en la experimentación sexual, hay algo anormal en ellos (McCary, 1996).

Los padres desempeñan una parte importante de la identidad sexual de sus hijos en la percepción de lo que se espera de los hombres y de la masculinidad. Sin embargo, las madres desempeñan un papel aún más importante en el desarrollo de las actitudes sexuales de sus hijas.

Cuando cualquier aspecto de la condición humana se ve envuelto en ignorancia y superstición, los mitos y falacias aparecen en abundancia y oscurecen la verdad. Esto es lo que aún en la actualidad pasa alrededor de la sexualidad; dando lugar a tener un embarazo no deseado y/o a contraer una enfermedad de transmisión sexual.

## 1.6 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

La edad en que el adolescente tiene sus primeras relaciones sexuales varía según el género, el grupo racial y subcultura. Los varones inician antes la actividad sexual y sus actitudes al respecto suelen ser distintas a las de las chicas. Los problemas debidos al aumento de la actividad sexual son índices más altos de embarazo entre las adolescentes y propagación de enfermedades de origen sexual.

Las enfermedades de transmisión sexual (ITS) son padecimientos que se adquieren fundamentalmente por el contacto sexual. Las ITS se encuentran entre las enfermedades infecciosas más frecuentes. Estas pueden dejar como secuela la infertilidad y otras complicaciones en la capacidad reproductiva de la persona y hasta la muerte. Ciertas infecciones trasmisibles por la vía sexual pueden pasar de la madre al hijo durante el embarazo, o el momento del nacimiento.

Se conocen más de 20 microorganismos que se pueden transmitir por contacto sexual, pero los más comunes son:<sup>1</sup>Gonorrea, Herpes, Sifilis, Infección Clamidal, Verrugas genitales y VIH/sida, las cuales serán abordadas con más detalle en la tabla 2 en anexos. Muchos adolescentes tienen prácticas sexuales sin protección, algunas veces con muchas personas y con resultados que abarcan desde un embarazo no deseado hasta enfermedades e infecciones degenerativas como el VIH.

En México, el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (sida) se ha convertido en un problema prioritario de salud pública muy complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud, que constituye una amenaza para la seguridad nacional y para el desarrollo económico y social de las naciones. Los expertos han señalado que la pobreza y la vulnerabilidad están íntimamente relacionadas con el avance de la epidemia, por lo que se busca que todas las acciones en la materia se deberán vincular con el desarrollo social y económico del país<sup>2</sup>.

La magnitud de la crisis del sida supera las peores previsiones realizadas hace una década. A finales del 2007, ONUSIDA estimó que a nivel mundial existen 33.4 millones de personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), de los cuales 31.3 millones eran adultos, 15.7 millones mujeres, y 2.1 millones menores de 15 años. Cada día 7,400 personas se infectan por el VIH en todo el mundo, esto es, que 2.7 millones de personas contrajeron la infección en el 2009.

---

Carovano Katryn, AIDESCO & Ramos Madrigal Mauricio (1991). Enfermedades de transmisión sexual. A través del Espejo: El papel del consejero en la prevención del SIDA. Guía de consejería, vol.36, Pág.14-15. [www.censida.salud.gob.mx](http://www.censida.salud.gob.mx)

Aproximadamente el 50% de las nuevas infecciones por VIH, se producen en jóvenes de entre 10 y 24 años. Únicamente durante el 2009, el Sida causó 2 millones de muertes. (Citado en CENSIDA, 2009; UNAIDS. AIDS epidemicupdate 2009. D. Geneva: UNAIDS, 2009)

## **1.7 DEPRESIÓN Y SUICIDIO EN ADOLESCENTES: ACOMPAÑADA DEL VIH.**

La palabra “depresión” se ha incorporado en el lenguaje cotidiano con mucha naturalidad, en general es tomado como sinónimo de *tristeza y desesperanza*. Desde el punto de vista médico-psiquiátrico de ninguna manera significa lo mismo. Además un estado transitorio de tristeza o desesperanza no equivalen a una depresión.

La tristeza y la desesperanza suelen ser sentimientos habituales en la adolescencia. Esto hace que sea más difícil la adaptación y aceptación de un diagnóstico positivo y entrar a la realidad de una nueva condición de salud. La pérdida de la salud puede marcar la diferencia entre la tristeza normal de la etapa a una depresión causada por el diagnóstico positivo.

De acuerdo con los manuales de psiquiatría, los síntomas de la depresión son (Guelar & Crispo, 2002):

- Sentimientos sobrecogedores de tristeza, sentir que se “está en el pozo”
- Pérdida de interés en casi todo lo que antes resultaba placentero
- Sentimientos de culpa e impotencia
- Desesperanza hacia el futuro
- Aislamiento social e introversión, aun en personas que han sido sociables y extrovertidas hasta entonces
- Ideas recurrentes de autoagresión, ideas de suicidio o desaparición.
- Nivel de energía disminuido, fatiga desproporcionada con relación al ejercicio que realiza.
- Imposibilidad de concentrarse, disminución de la capacidad de pensar
- Dificultades para conciliar el sueño

La depresión afecta negativamente diversas áreas de la personalidad, influyendo en lo que sienten, piensan sobre sí mismas y sobre los otros, en la manera de actuar (Guelar & Crispo, 2002). Los sentimientos de tristeza o desesperanza invaden la vida cotidiana.

A diferencia de los adultos, la depresión en los adolescentes se manifiesta con frecuencia en irritabilidad. Cabe mencionar que es muy importante el apoyo y aceptación de la nueva condición del adolescente, puesto que esto va a influir para seguir una vida normal (con los cuidados pertinentes) y la superación de los aspectos sociales y morales por los cuales se rige la sociedad (Guelar & Crispo, 2002).

Las causas de la depresión en el adolescente pueden ser diversos: factores químicos, características hereditarias y conductas aprendidas en las relaciones con otras personas (círculos de amigos), sin embargo puede ser disparada por el VIH en el SNC; al tener un vacío existencial; cuestiones morales, familiares entre otras, pueden dar origen a un cuadro depresivo. En este periodo de duelo, es importante considerar la personalidad pues se le puede hacer más difícil o fácil salir de esas situaciones.

En nuestra cultura es muy común utilizar máscaras, como muy bien lo menciona Jung, para no enfrentar el dolor que producen las pérdidas se tienen que ocultar ante una actitud de “todo está bien”, los mexicanos nos reímos de la muerte, para esconder el temor que nos produce y no se habla de ello.

La mayoría de los adolescentes que, con sus cambios anímicos y sentimientos intensos cambiantes, reciben de la sociedad el mensaje de que en vez de conectarse y aprender del dolor y la tristeza, deben ocultarlos o simular que no existen; hacen más difícil el proceso de aceptación y superación de saberse seropositivos.

Por otro lado las ideas suicidas suelen ser muy recurrentes en la adolescencia; no sólo las de la propia muerte, sino también la de los padres y la de las personas a quienes el chico quiere. La complejidad de sus sentimientos y lo que conlleva el VIH/SIDA, lleva al adolescente a una pérdida profunda del sentido de vida, sumergiéndose en un vacío sin fin, por una parte ya no existen planes ni proyectos de vida futuros; la sociedad estigmatiza la infección involucrando los círculos de amigos que frecuenta. Hoy en día, los padres son más jóvenes, las costumbres y valores junto con los principios se han ido perdiendo y son factores que disparan las ideas de suicidio y los mismos intentos (Guelar & Crispo, 2002)



## **C A P I T U L O II**

### **EL CONTEXTO DEL VIH/SIDA EN MÉXICO**

#### **2. EL ORIGEN DEL VIH/SIDA EN MÉXICO**

Aunque los orígenes del virus de la inmunodeficiencia humana continúan siendo oscuros, casi todos los autores admiten que existía en los continentes décadas antes de la descripción de los primeros casos de sida (Cassuto, 1991); se ha sugerido que el VIH fue producido por la Unión Soviética o en E.U.A. como arma de guerra biológica. Un buen cúmulo de pruebas apoya que el VIH surgió primero de África Central, aunque los gobiernos africanos niegan constantemente esta teoría. Investigaciones recientes han demostrado que los macacos de Asia y África se encuentra un virus muy similar llamado virus tipo III linfotrópico de células T de simios (STLV-III). Hay una reacción cruzada intensa de los anticuerpos a virus de sida con STLV-III (Daniels, 1994).

En 1981 se diagnosticaron los primeros casos de lo que parecía ser una nueva enfermedad, y para la vigilancia epidemiológica se hizo necesario establecer la definición operacional de un caso. La primera definición del sida se propuso en los Centros de Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en ingles), de los Estados Unidos, en 1982. Posteriormente, se hicieron revisiones en 1985, 1987 y 1993. La última tuvo por objeto ampliar lo más posible la definición operacional de un caso de sida.

**La Organización Mundial de la Salud (OMS)** ha intentado establecer una definición más práctica para todo el mundo que la elaborada por los CDC. En México, a partir de enero de 1993, (McCary, 1996), se modificó la definición de los casos de sida, y se le agregó el carcinoma cervicouterino invasor, la neumonía bacteriana recurrente y la tuberculosis pulmonar, pero sin considerar el criterio basado en la cuenta de linfocitos T-CD4+, en virtud de que no se puede disponer con facilidad del estudio respectivo.

Las estadísticas demuestran que la transmisión sexual sigue siendo la principal causa de infección entre los capitalinos, ya que el 96.33% de las personas infectadas tuvieron contacto sin protección. Según el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal (Inmujeres-DF), igual que ocurre a nivel nacional, en la ciudad de México la población más afectada por el virus del sida tiene entre 15 y 44 años de edad, lo que revela que la gente joven y activa es más vulnerable ante la pandemia.

De acuerdo con el **Registro Nacional de Casos de Sida**, hasta el 31 de marzo de 2009 este grupo de edad representó al 76.71% del total de enfermos por esta causa, seguido de las personas de 45 años o más, que equivalen al 21.88% del total de afectados.

Los jóvenes adolescentes son especialmente vulnerables a la infección por VIH, ya que se encuentran en un periodo de transición en el que ya no son niños, pero no han llegado a la edad adulta, su desarrollo social, emocional y psicológico es incompleto, y estos tienden a experimentar con formas peligrosas de comportamiento, a menudo sin darse cuenta del peligro. Por otra parte en su mayoría las personas jóvenes tienen solo un conocimiento limitado de VIH/sida, en gran parte por que la sociedad no les facilita la obtención de información.

Con frecuencia las políticas sociales ponen de manifiesto la intolerancia y discriminación contra la juventud, como cuando limitan el acceso a la información sobre la salud y al cuidado de esta. Las respuestas de la salud pública a las necesidades de estos adolescentes suelen ser contradictorias y llevar a la confusión, así mismo, las normas y expectativas sociales, junto con la opinión de los adolescentes, influyen poderosamente en su comportamiento, generalmente de manera tal que contribuyen a aumentar los riesgos para la salud.

## **2.1 EL VIH/SIDA**

Como ya lo he mencionado la adolescencia es un periodo de grandes cambios y adaptaciones, pasan por momentos de inseguridad y de incertidumbre, lo que produce un exceso de emotividad que se manifiesta de diversas maneras en cada persona. Una de estas manifestaciones es el impulso sexual- debido a la maduración alcanzada por el organismo-. La sexualidad es una fuerza potencializadora de la personalidad, pues es una forma de comunicarse, de encontrarse y de relacionarse con el otro sexo, llevándolos a infecciones de transmisión sexual como el VIH el cual se explicara enseguida.

*“Es un padecimiento en el que, el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) al entrar al organismo, ataca a las células de defensa del cuerpo dejándolo desprotegido ante la presencia de otros microorganismos (hongos, parásitos, virus, bacterias) (Folleto Fundación Mexicana para la lucha contra el Sida, 2007)”.*

El sida, que son las siglas utilizadas para el síndrome de inmunodeficiencia Adquirida, quiere decir:

**SÍNDROME:** Enfermedad o condición caracterizada por un conjunto de signos y síntomas que se presentan simultáneamente.

**INMUNO:** Se refiere al sistema inmunológico, es decir, al sistema del organismo que combate las enfermedades.

**DEFICIENCIA:** Indica falta o carencia de algo; en este casos se refiere a la debilidad del sistema inmunológico.

**ADQUIRIDO:** Quiere decir que no es una condición genética o hereditaria, sino que se adquiere después de la concepción a consecuencia de acciones específicas<sup>1</sup>.

El VIH fue el primer Lentivirus con implicaciones en patología humana; se conocen dos tipos definidos, el VIH-1 y el VIH-2 y múltiples variantes; están relacionadas genéticamente con el virus de la Inmunodeficiencia Simiana (SIV) y comparten todas las características del género. Por ser inmunotrópicos producen un deterioro cuantitativo, cualitativo y progresivo del sistema inmunológico del huésped hasta causar el sida. El VIH-1 fue identificado inicialmente como el agente etiológico del sida en Estados Unidos, Europa, África y la mayoría de otros países del mundo, pero los estudios epidemiológicos sugieren que África es la cuna del VIH-1 y el origen de la epidemia (Velásquez & Darío, 1996; y McCary, 1996).

Este virus se encuentra principalmente en la sangre y en los líquidos genitales (líquido pre eyaculatorio, semen, secreción vaginal y sangrado menstrual) de las personas infectadas. Es un virus que puede tardar mucho tiempo en causar una enfermedad. El VIH debilita las defensas del cuerpo, lo que permite que otros microbios puedan producir infecciones, neoplasias y otras patologías oportunistas como son: candidiasis, citomegalovirus, criptocosis del hitoplasmosis, leucoencefalopatía multifocal progresiva, leucoplaquia o leucoplasi, pneumonía por Pneumocistis jiroveci, toxoplasmosis, tuberculosis y otras bacterias “mai”, cáncer cervical invasor, linfoma no-Hodkin, sarcoma de kaposi, cococcidioidpomicosis, isosporidiasis, salmonelosis notyphi (Arjonilla y Acevedo, 1992 y Amigos Contra el SIDA, 2000, citado en Galindo y Ramírez, 2007).

---

<sup>1</sup>Carovano, K., & Ramos, M. M. (1991) Información básica del SIDA. AIDSCOM. Pág. 5.

El sida o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es una etapa avanzada de la infección generada por el VIH caracterizada por una cuantificación de menos 200 CD4, carga viral de más de 10 mil copias y al menos una enfermedad definitoria de sida como las arriba citada. Este virus destruye o daña las células del sistema inmune de la persona interfiriendo en la capacidad del cuerpo de luchar efectivamente contra los virus, bacterias y hongos que causan la enfermedad. La infección por VIH hace que la persona sea más susceptible a infecciones que normalmente el cuerpo humano puede resistir como la neumonía, la meningitis y cierto tipo de cáncer. El término SIDA es utilizado para catalogar a las etapas tardías de la infección por el virus del VIH, pero ambos términos, VIH y sida se catalogan como padecimiento crónico-degenerativo (Miler David, 1993).

Normalmente, los glóbulos blancos y anticuerpos atacan y destruyen a cualquier organismo extraño que entra al cuerpo humano. Esta respuesta es coordinada por un tipo de células llamados linfocitos CD4 ciertos anticuerpos y células tienen el marcador CD4 que busca el VIH, además tiene que existir al menos un par más: CCR5 y CXCR4 para que el VIH pueda “reconocer” a la célula infectante y con ello iniciar el proceso de infección. Desafortunadamente, el VIH ataca específicamente a los linfocitos CD4 y entra en ellos. Una vez adentro, el virus les inyecta su propio material genético y los utiliza para replicarse o hacer copias de sí mismo.

Cuando las nuevas copias del virus salen de las células a la sangre, buscan a otras células para atacar. Mientras, las células de donde salieron mueren (el proceso se denomina *apoptosis*, donde la célula es reservorio viral y matriz para nuevos viriones). Este ciclo se repite una y otra vez (Miler David, 1993)

Por lo tanto, muchas copias del VIH se producen todos los días. Para defenderse de esta producción de virus, el sistema inmune de una persona produce muchas células CD4 diariamente. Sin embargo, el virus gana. El número de células CD4 disminuye progresivamente y la persona sufre de inmunodeficiencia, lo cual significa que la persona no puede defenderse de otros virus y bacterias que causan enfermedades (Miler David, 1993)

La infección por VIH es un padecimiento crónico-controlable que cursa por diferentes etapas (Folleto FUNDASIDA, 2007):

- *Periodo de ventana*: Desde la entrada del VIH al organismo, éste comienza a destruir defensas. No es posible saber a través de la prueba si se es o no portador del virus porque las pruebas lo que detectan son los anticuerpos contra el virus. Se dejan tres meses después del evento en que pudo adquirirse el VIH y se realiza la prueba y entonces se sabe si se tiene o no VIH.

- *Etapa asintomática:* La persona vive con el virus. La infección avanza y aunque no hay manifestaciones clínicas de la infección, la persona sí puede transmitirlo a otros. En este momento es posible saber si la persona es portadora a través de pruebas de sangre como son: ELISA (también llamada EIA) y Western Blot.
- *Etapa Sintomática:* Se presentan algunas manifestaciones clínicas provocadas por la baja en las defensas del cuerpo, entre ellas: ganglios inflamados, fiebre, pérdida de peso, cansancio, diarrea, manchas violáceas, tos persistente. Estas manifestaciones no son provocadas por el VIH sino por la disminución de las defensas del cuerpo. En personas sin tratamiento, estos síntomas se pueden presentar al cabo de vivir varios años con la infección.
- *SIDA:* Es el momento en que la infección ha avanzado al grado que el cuerpo no puede defenderse del ataque de microorganismos y se presentan infecciones oportunistas (Neumonías, Candidiasis oral y / o genital, Herpes Zoster, Sarcoma de Kaposi, entre otras).

Es importante diferenciar entre la infección por VIH y el diagnóstico del sida. Tener VIH significa ser portador del virus y si se tiene un control médico adecuado, el portador puede tener una buena expectativa de vida y pueden transcurrir muchos años sin manifestaciones clínicas; El sida, es ya una manifestación de enfermedad, es la etapa final de la infección por el virus de Inmuno Deficiencia Humana (Ortiz & Rodríguez, 2007).

Las infecciones oportunistas, son la mayor causa identificable de morbi-mortalidad en los pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Para confirmar esto, se menciona que cuando se practicó autopsia en las personas fallecidas con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), se encontró que el 90% de ellos falleció debido a una causa infecciosa, y el restante 10%, debido a linfomas, sarcoma de Kaposi, sangrado gastro-intestinal, suicidio u otros procesos no infecciosos.<sup>2</sup>

## 2.2 FORMAS DE TRANSMISIÓN DE VIH/SIDA

Los únicos reservorios naturales del VIH son los tejidos de los individuos infectados; no se ha establecido su existencia en especies animales, aire, agua, suelo o alimentos. El VIH se ha identificado en casi todos los líquidos orgánicos de los individuos seropositivos, como partícula libre o en concentración variada para cada tejido, para cada individuo infectado y para diferentes momentos de la infección (Velásquez & Gómez, 1996).

---

<sup>2</sup> Velásquez de V. Gloria & Darío G. Rubén (1996). Fundamentos de Medicina, SIDA enfoque integral. Ed. CIB. Colombia.

Para que el virus entre en el cuerpo los únicos medios propios son: las membranas (capas muy delicadas), la piel dañada como resultado de cortaduras o ulceraciones y a través de algunos líquidos y secreciones orgánicas (como lo son semen, las secreciones vaginales, la sangre y la leche materna), así como los instrumentos médicos mal esterilizados como los son: agujas, jeringas y en general todo material punzocortante (Olaiz, 1989).

Entonces, el VIH sólo puede ser transmitido a través de un contacto físico directo, que se puede clasificar de la siguiente manera:

1. *Por contacto sexual - homosexual y heterosexual:* Las relaciones sexuales (penetración vaginal o anal sin protección) entre varones o un varón y una mujer transmiten el virus del VIH/SIDA, en los fluidos, semen, secreciones vaginales, sangrado menstrual. La exposición a las heces del compañero durante la actividad sexual también puede predisponer la infección y el tener muchos compañeros sexuales siempre y cuando no se use adecuadamente métodos de barrera.
2. *Por transferencia parenteral en sangre o productos hematológicos:* Para que se transmita es necesario que la sangre infectada se introduzca directamente en el torrente sanguíneo (transfusiones sanguíneas). La sangre contaminada que cae en la piel o en alimentos probablemente no es suficiente para causar una infección.
3. *Por compartir agujas y jeringas:* Quienes usan drogas intravenosas.
4. *Por transferencia, transplacentaria y perinatal de la madre al niño:* Los lactantes pueden adquirir el VIH en el útero, en la leche de su madre o por el contacto estrecho después del nacimiento<sup>3</sup>.

Carovano & Ramos (1991) mencionan que NO SE TRASMITE POR:

1. Contacto casual (abrazar, dar la mano, etc.)
2. picaduras de zancudos y otros insectos.
3. compartir baños, teléfonos, piscinas.
4. compartir platos, vasos y cubiertos.
5. contacto con lágrimas, sudor o saliva de una persona infectada con el VIH.
6. estornudos o tos.

---

<sup>3</sup> G. DanielsVictor (1994) SIDA. México. MM.

## 2.3 DETECCIÓN DEL VIH/SIDA EN EL SISTEMA INMUNE

En la actualidad el diagnóstico se basa fundamentalmente en los datos clínicos que proporciona el paciente, y se confirma con los estudios de laboratorio específicos para demostrar la presencia de anticuerpos contra el VIH. La mayor parte de las personas desarrollarán anticuerpos que pueden detectarse dentro de los tres meses posteriores a una relación sexual no protegida o pasar seis meses o hasta un año para que una prueba detecte la infección.

Las pruebas de laboratorio que se manejan por la sencillez de aplicación y la amplia confiabilidad, además de los costos que manejan son: **ELISA** y **WESTERNBLOT** o prueba confirmatoria, está solo se aplica si el resultado de la ELISA es reactivo (Folleto FUNDASIDA, 2005).

- *ELISA* (Enzyme-Linked immunosorbent assay). Este es el método más usado, que permite descubrir los anticuerpos libres que circulan en el torrente sanguíneo; en casos de positividad o cuando existen dudas, este examen debe ser completado por medio de otra reacción, recomendándose en nuestro medio el método Western Blot. (Sande, 1994). Esta prueba nos brinda dos resultados:
  1. **NEGATIVO:** Quiere decir que en ese momento no se encontraron anticuerpos del VIH en la sangre y que la persona no tiene el virus. Sin embargo, si la transmisión del VIH es muy reciente, la prueba puede dar un resultado de un “Falso negativo” a pesar de que la persona tenga ya el virus. Esto se debe a que el sistema de defensas no ha desarrollado todavía anticuerpos contra el VIH. Entonces, es necesario que pasen otros tres meses (periodo de ventana) para volverse a realizar la prueba.
  2. **POSITIVO:** Indica que se encontraron anticuerpos del VIH en la sangre. Este resultado se tiene que confirmar con una segunda prueba llamada WESTERNBLOT.
- *Western blot* (también conocida como inmunoelectrotransferencia): Este método es de mucha confianza, se basa en la fijación de fragmentos de DNA y/o RNA por medio de un “colador electrónico”. Estos fragmentos son seleccionados según su tamaño molecular, quedando fijos en una lámina coloide. Esta lámina, después de cortada en finas tiras, es expuesta a una reacción una gráfica característica (Sande, 1994)

Estas pruebas se realizan en hospitales, clínicas y laboratorios con costos muy variables. En México, hay una variedad de centros donde ofrecen este servicio de manera gratuita, confidencial y anónima por ejemplo una de ellas es la Clínica Condesa.

## 2.4 EL PROCESO DE NOTIFICACIÓN

*La notificación se refiere a dar un diagnóstico tanto negativo como positivo para anticuerpos al VIH o alguna otra enfermedad ya sea sexualmente transmitida o no.* La mayoría de las notificaciones se hacen en hospitales o clínicas, donde el personal no está humanizado para dar una noticia devastadora; las personas no esperan una noticia así, puesto que llegan por razones diferentes sin pensar en encontrar que son portadores o positivos al VIH. Existen instituciones dedicadas a trabajar con personas seropositivas, las cuales brindan el servicio de notificación; las personas que llegan a requerir éste servicio saben que pueden encontrar un diagnóstico positivo.

Existen varias instituciones que trabajan para las personas que son portadoras, sus familiares, cuidadores e hijos; mencionare a La Casa de la Sal A. C., y Fundación Mexicana Para la Lucha Contra el Sida A.C., y su forma de trabajo con respecto a las notificaciones; a continuación se enlistara las estrategias que utilizan para la notificación en el orden que ya fueron mencionadas las instituciones, cabe mencionar que el siguiente programa de “Notificación de Adultos” se lleva a cabo en la Casa de la Sal A.C.

1. Antes de abrir el sobre con los resultados, se le pregunta a la persona quién desea que los abra.
2. Evitar guardar mucho silencio para decir el resultado.
3. Preguntar cómo se siente la persona.
4. Permitir el libre flujo del llanto y cualquier otra reacción emocional.
5. Preguntar qué expectativas de vida tiene frente al diagnóstico positivo.
6. Brindar información de interés de la persona.
7. Si es posible, comenzar a elaborar un plan de vida.
8. Canalización a servicios de apoyo integral.
9. Si el Dx. es negativo, sugerir prevención, información y educación sexual.
10. Respetar las decisiones del otro.



En el proceso de la notificación se tienen que tomar en cuenta *qué temas se abordarán*; es de suma importancia considerar la incertidumbre sobre la infección y su evolución; los efectos de la misma en el área biológica, psicológica, sexual, laboral, social y espiritual; la adherencia a los medicamentos; Necesidades de abordaje multidisciplinario para la atención integral y por último las Inquietudes propias de la persona.

Las reacciones más comunes que se presentan durante la notificación y posterior a ésta se pueden presentar sin algún orden y pueden ser cambiantes; algunas de estas son: Enojo, Culpa, Aislamiento, Rebeldía, Agresividad, Remordimientos, Incapacidad temporal, Obsesividad en la búsqueda de explicaciones y un Estado de Shock.

La consejería y la notificación son situaciones similares, pues se da un diagnóstico, la diferencia consta en la información que se da y las estrategias que se utilizan. En la Fundación Mexicana Para la Lucha Contra el Sida A.C. cabe mencionar que la dirección esta bajo la coordinación del Lic. David Alvarado, entre sus servicios cuenta con la Consejería previa y posterior al examen de anticuerpos al VIH.

La consejería “es un proceso de intercambio y apoyo cara a cara, en el que los sentimientos, pensamientos y actitudes se expresan, se exploran y se aclaran”. La consejería va más allá de proporcionar únicamente información. Se trata más bien de ayudar a la persona a considerar su situación personal, sus sentimientos y preocupaciones y de tomar decisiones sobre su propio comportamiento. Una de las metas de la consejería es que ayude al cliente a:

- Entender qué es el Sida, cómo se transmite y cómo se previene
- Elegir la mejor forma de protegerse
- Desarrollar un plan personal de prevención<sup>4</sup>

Cabe mencionar que el proceso de la consejería previa y posterior, puede ser anónimo o confidencial. Durante este proceso se aborda:

- ¿Qué significa la prueba?
- Tomar la decisión de someterse o no a la prueba
- Establecer los motivos para tomar la prueba

---

<sup>4</sup>Carovano, K., & Ramos, M. M. (1991). Washington, DC, EEUU: El papel del consejero en la prevención del SIDA, Guía de consejería. AIDSCOM. 1, 2-4.

- Evaluar si éste está emocionalmente preparado para aceptar el resultado
- Analizar las formas en las que el cliente se ha adaptado a situaciones de tensión.
- Preparación de la persona para la posibilidad de recibir un resultado positivo.
- ¿Qué significa un resultado negativo?
- ¿Qué significa un resultado positivo?
- ¿Quién debe pensar en tomar la prueba?
- Procedimiento para realizar la prueba

Cuando una persona recibe un resultado positivo es probable que entre en un estado de postración nerviosa. Este estado puede durar unos minutos o durante toda la sesión de consejería y significa que la persona estará como adormecida y que no podrá absorber más información.

Una vez que ha pasado este estado inicial, algunas personas se sienten abrumadas emocionalmente y experimentan una sensación de pérdida de control, seguida por una sucesión de emociones, pensamientos y preguntas. Detrás de esta respuesta se encuentra con frecuencia un sentido de urgencia acerca del significado del resultado de la prueba y el miedo de que la muerte sea inminente. Otras reacciones que pueden surgir son:

- \* La idea del suicidio
- \* Impotencia y desesperación
- \* Culpabilidad
- \* Autocensura e ira
- \* Depresión (FUNDASIDA, 2004)

Hoy en día la preocupación aumenta en la sociedad mexicana por la infección del VIH. Los índices de infección se han incrementado en el sector femenino, es por ello que la Secretaría de Salud del Distrito Federal lanzo “el Programa de Pruebas de Detección de VIH a Mujeres Embarazadas” en los 37 centros de salud del Gobierno del Distrito Federal distribuidos en las 16 delegaciones políticas (Ramírez, B., 2008, 10 de agosto).

El coordinador del Programa de VIH-Sida en el Distrito Federal, Cuauhtémoc Vizcarra, informo que se aplicarán 46 mil pruebas de manera gratuita a quien la solicite. Sostuvo que los resultados de las pruebas se entregarán 20 minutos después de la aplicación y serán confidenciales, además de que se contará con la presencia de consejeros especializados que atenderán a las mujeres que se sometan a este examen.

## 2.5 TRATAMIENTO: ANTIRRETROVIRAL

En el tratamiento **antirretroviral** la meta es llegar al control de la infección. Hoy más que nunca, la aparición de nuevos medicamentos con actividades más potentes y la investigación sobre el uso de combinaciones y el mejor momento para emplearlos ha creado grandes expectativas sobre la posibilidad de supresión total de la actividad, y tal vez de la curación. En tan sólo pocos años, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana ha pasado de ser una infección inevitablemente mortal a una con gran potencial de tratamiento a largo plazo lo más aceptado es tomarla como padecimiento crónico-degenerativo.

La decisión sobre el uso de antirretrovirales debe efectuarse de acuerdo con el estadio clínico del paciente, los niveles de linfocitos CD4+ y el número de copias RNA viral en plasma.

La utilización de medicamentos depende de la disponibilidad de tres grupos principales de medicamentos: 1) los inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa, que fueron los primeros medicamentos que aparecieron para el tratamiento; 2) los inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa, y 3) los inhibidores de proteasa. Recientemente se han incorporado otros medicamentos, como la hidroxiurea.

En el paciente que se presenta por primera vez y que ya tiene una infección oportunista que lo clasifica como enfermo de sida debe iniciarse el tratamiento independientemente de los niveles de CD4+ o de RNA plasmático. Los pacientes con síntomas de infección, aunque no sea definitiva de sida, también deben recibir tratamiento. Las combinaciones más estudiadas son las que incluyen dos inhibidores de la transcriptasa inversa más un inhibidor de proteasa o un inhibidor no nucleósido. Las combinaciones de zidovudina con ddl, ddC o 3TC más un inhibidor de proteasa como indinavir, nelfinavir o ritonavir se acompañan de reducciones muy importantes de la viremia, y por el momento no se sabe, mediante estudios clínicos, que alguna combinación sea superior a la otra. La combinación de medicamentos puede desarrollar resistencia<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Dr. Ramos L. Francisco. (2003) Epidemiología. Enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas. México. MM

La comunidad internacional adoptó en 1981 la estrategia global de “Salud para todos en el año 2000” y uno de los aspectos de esta estrategia es garantizar el abastecimiento adecuado de los productos farmacéuticos esenciales a un costo accesible, en especial a los países de baja industrialización. Los estudios comparativos del gasto en medicamentos en los países industrializados con aquel que realizan los países de baja industrialización muestran que a los primeros corresponde más de 70% del consumo mundial de los productos farmacéuticos. Los países con mayores necesidades sanitarias y a la vez menores ingresos destinan una proporción frecuentemente insuficiente al gasto en salud y esto va generalmente acompañado de un uso no racional del medicamento.

En México, la comercialización de los medicamentos por parte de la industria farmacéutica se realiza principalmente por dos vías: 1) venta directa a farmacias privadas o cadenas comerciales de las mismas y 2) ventas a las instituciones del sector público. Las principales instituciones de salud del país (IMSS, SSA e ISSSTE) realizan compras consolidadas de medicamentos mediante licitaciones públicas, con lo que logran obtener descuentos substanciales de entre 20 y 30% con respecto al precio de farmacia.

## **2.6 ASPECTOS SOCIO-ECONÓMICOS.**

En México, donde encontramos como resultado de la crisis económica una disminución creciente de la capacidad adquisitiva de la población, es importante estudiar el precio de los medicamentos sobre todo cuando se estima que 80% de los medicamentos se comercializan al amparo de marcas comerciales y a precios de mercado. En nuestro país hay pocos estudios sobre precios de los medicamentos, pero en diferentes épocas se ha registrado que el precio de los medicamentos esenciales es elevado a niveles internacionales (Saavedra & col., 1998).

El problema de los precios de los medicamentos para un país no industrializado como México es doble. Por un lado, se tiene el caso de la innovación de productos como lo es en el caso de los nuevos productos antivirales, en donde el sistema de patentes les da un derecho de explotación temporal, en el cual se fijan precios elevados de carácter oligopólico como en el caso del Indinavir (Saavedra & col., 1998).

Por otro lado, para el caso de los productos con patente vencida con marca registrada se continúan presentando injustificados precios elevados a nivel de la farmacia al detalle. En el tratamiento del sida este problema es particularmente agudo, dado la cantidad y duración de los tratamientos, en los cuales se combinan terapias con base en sustancias activas y antiguas, en donde las alternativas de adquisición del medicamento son muy restringidas y a precios muy elevados en ambos casos.

El financiamiento de los medicamentos se ha convertido en un serio problema para los servicios de salud, debido a la política de precios administrados que implementan las grandes corporaciones que controlan el mercado farmacéutico, y a la falta de regulación gubernamental eficaz del mercado de los medicamentos.

Es lamentable que hoy en día se sufra por conseguir un medicamento, se ha llegado a los extremos de consumir medicamentos vencidos y en bancos de medicamento en instituciones de asociación civil, la población con recursos de niveles bajos no llegan a un cóctel (retrovirales) y mucho menos a pruebas de laboratorio, sin embargo no es la única población limitada, el miedo a ser portador y la discriminación es la principal barrera para detener la atención adecuada y a tiempo.

La mayoría de las personas que padecen sida se encuentran inmersos en un círculo cerrado, y que presumiblemente, en este caso, unos lleven a otros completando un círculo sin fin que sólo en determinadas ocasiones se rompe, cuando el apoyo social y la solidaridad hacen su entrada. Desgraciadamente, no siempre ocurre esto, y es en la mayoría de los casos cuando la enfermedad se convierte en un estigma social y los enfermos son tratados como los leprosos en la antigüedad, que eran señalados y apartados de la sociedad por miedo a la infección.

La exclusión social a causa del sida se expresa de múltiples maneras, algunas muy sutiles y otras demasiado evidentes para dejar de verlas. Pero todas las formas de exclusión social coinciden en un hecho que, aunque se conoce, es inadmisibles para cualquier sociedad o país democrático: la violación de los derechos humanos esenciales de las personas que viven o padecen la pandemia, consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos suscritos y ratificados por la inmensa mayoría de los países del mundo (el derecho a la vida, a la salud, a la igualdad, al trabajo y a la educación)

## **2.7 AJUSTES PSICOLOGICOS: ENFRENTAMIENTO DE UNA CRISIS**

Desde los primeros reportes de VIH/sida han ávido varias líneas de investigación como: aspectos psiquiátricos, psicológico, neurológico y el social. Este último juega un papel que rebasa la actividad asistencial médica, injertándose en acciones que van desde la educación para la prevención, hasta problemas de tipo económico en cuanto al costo de la atención de los pacientes que padecen el síndrome (Velásquez G. & Darío G, 1996).

El paciente que enfrenta al sida tiene que confrontar tres aspectos que van a determinar el curso de las actitudes de su trabajo y de su interacción. Estas son: la sexualidad, el contagio y la muerte. El significado de cada uno de estos tópicos hace referencia a situaciones socioculturales, psicológicas y médicas que involucran al individuo, a la familia y a la comunidad.

Los síntomas clínico-psiquiátricos en los pacientes con infección por VIH están determinados por la interacción de tres diferentes niveles de casualidad:

- a) Nivel de influencia social,
- b) Nivel de influencia psicológica individual,
- c) Nivel de influencia orgánica del virus y otras infecciones.

Cada uno de estos niveles tendrá una mayor o menor función sobre la característica y desarrollo de los síntomas, siendo a su vez determinada por la fase clínica en la cual se encuentre el paciente.

Miller reporta diferentes reacciones psicológicas vinculadas con las etapas por las cuales atraviesa el paciente con sida, algunas de ellas son: crisis ante la información del diagnóstico y la posible muerte, miedo y ansiedad por el pronóstico incierto y el curso de la enfermedad, depresión por el inevitable deterioro físico, y por las limitaciones que supone la enfermedad, culpa por haber sido vulnerable a la infección, ira y frustración por la incapacidad de superar el virus, etc. Cada una de estas fases y otras tiene una representación y un significado diferente para cada paciente. El significado tendrá que ver con los recursos psicológicos, físicos y sociales con los que cuenta el paciente para confrontarse con la enfermedad.

El paciente con infección por VIH tiene que enfrentarse con diversos aspectos al marco de lo social, los cuales desencadenan reacciones psicológicas en torno a la ansiedad y la depresión.

La pandemia ha tenido, para la población en general, connotaciones negativas, en tanto que el mayor porcentaje de los pacientes con el síndrome tiene o ha tenido relaciones homosexuales. Tener sida implica, de alguna manera, poner al descubierto una forma de vida que es habitualmente estigmatizada. Al mismo tiempo, el contenido emocional asociado al calificativo "Contagioso" hace que los pacientes enfrenten un rechazo que está determinado por la información que en la comunidad se tiene acerca de la transmisión del VIH/sida.

La interacción del paciente con su medio tanto laboral como familiar, queda circunscrita a la capacidad de todos los integrantes del entorno, a convivir sin miedo y sin culpa ante las posibilidades de infección.

La ansiedad supone una reacción de ajuste que permite al paciente reaccionar ante un cambio de vida que en las personas asintomáticas con infección se vislumbra como mediato, pero que cuando hay síntomas supone un directo enfrentamiento con la muerte. La ansiedad a su vez puede desencadenar síntomas físicos que el paciente puede confundir con agravamiento de su condición médica, pues desarrollan síntomas como sudoración, insomnio, diarrea, baja de peso, los cuales no necesariamente significan un grado mayor de la infección. En este sentido, ha sido evidente la aparición de elementos hipocondríacos y de somatización en personas que están en alguno de los grupos de riesgo (pacientes trasfundidos, homosexuales, heterosexuales, etc.).

Con relación a lo anterior, se ha hecho manifiesta una actitud negadora adaptativa que permite al paciente mantener una situación social tolerable; es frecuente que los pacientes al momento del diagnóstico nieguen tener prácticas de riesgo, teniendo esto una clara importancia epidemiológica. Conforme la adaptación del paciente se va estableciendo, la negación empieza a ceder, y la evaluación de los factores de riesgo se facilitan. Aquellos pacientes que tienen un soporte social y familiar adecuado (por ejemplo cuando, la familia está al tanto de la situación, un grupo de amigos que lo apoyen, existe un soporte laboral, seguridad económica en relación con las posibilidades de tratamiento, etc.) presentan menos problemas en cuanto a que la negación empiece a ser una dificultad para el manejo médico y psicológico.

Las reacciones emocionales secundarias son muy importantes en los factores sociales, ya que en un indicio son vividas como carencias reales, independientemente de que exista y esté presente el soporte psicosocial antes mencionado, ya que ante el impacto de la enfermedad se produce en la mente del paciente una situación catastrófica que facilita el caos y la desintegración, expresados por pensamiento mágico e ideas delirantes con relación a la enfermedad.

En el momento en que la negación adaptativa empieza a ceder, esto es, cuando el mecanismo adaptativo ha favorecido la posibilidad de dar herramientas de confrontación con la nueva realidad del paciente, se inicia un nuevo proceso de reajuste donde la depresión juega un importante papel.

La subsecuente reacción de ajuste depresiva aparece como producto de la percepción del futuro que tiene el paciente, básicamente se establece como fenómeno psicológico referente a las expectativas acerca de la evolución incierta, el aislamiento, las posibilidades de reintegración social, las expectativas terapéuticas, entre otros, y van a funcionar como elementos estresores que ponen a prueba el aparato psicológico. Como se a menciono en el capítulo I, el adolescente tiene una serie de cambios, y uno de estos cambios es pasar de la etapa de pensamiento concreto al pensamiento formal, así mismo como el de su personalidad, además que en está edad es fundamental el factor social, es por ello que el saberse portador del VIH/sida es desbastador y con la incertidumbre de no tener un futuro, y llegar a tener ideas suicidas.

La incertidumbre va a representar un papel primordial en el desarrollo de los síntomas psicológicos antes mencionados, si se clasifica a los pacientes con infección por el VIH, de esta forma: 1) Asintomáticos, 2) Linfadenopatía generalizada y 3) sida. Los síntomas tienen diferencias particulares: el grupo con mayor ansiedad y depresión, así como con una intensa negación, la cual imposibilita la asistencia de los pacientes, se da en aquellos que presentan Linfadenopatía generalizada.

Esto se entiende por la gran incertidumbre acerca del futuro en cuanto a lo social, al tratamiento y a las expectativas de vida. Los pacientes seropositivos Asintomáticos presentan mecanismos de adaptación que les facilitan posponer la confrontación con el futuro, de tal manera que se injerta una situación esperanzadora que ayuda a la conservación de una homeostasis psicológica. Por último, los pacientes con sida se enfrentan básicamente a dos situaciones que son comunes a quienes presentan una enfermedad terminal habitual, éstas son las expectativas de pronóstico, merced al tratamiento, y la confrontación con la posible muerte.

La familia juega un papel central en la evaluación del soporte social de los pacientes con infección por VIH. En este sentido, la familia debe ser entendida como un subsistema social que ha tenido y tendrá acciones sobre el desarrollo de las manifestaciones clínicas de los pacientes.

Las actitudes como la ira, el rechazo, la culpa, el miedo, la desesperanza y el abandono van a influir en el desarrollo de síntomas psicológicos en el adolescente, que imposibilitarán su proceso de adaptación. En acrecentamiento, el VIH pone en crisis el sistema familiar; obligados a enfrentar una situación para la que no estaban preparados, presentando sintomatología familiar que pone en riesgo la integridad y perpetuación de este grupo social.

La asistencia al grupo familiar del paciente portador de la sintomatología se constituye también como unidad de tratamiento y evaluación por derecho propio, esto es, la familia ya no se considerará sólo como un grupo de soporte para la contención del padecimiento del enfermo, sino que es el grupo familiar en sí.

El desarrollo de síndromes psiquiátricos partir de la ansiedad y la depresión originales tiene que ver con la capacidad psicológica individual para adaptarse a una situación irreversible que llevará a la muerte, y en cuyo curso se confrontarán elementos estresantes sumamente importantes, como la pérdida de la salud, la desintegración social, la discriminación, la violación de derechos, etcétera.

La mayoría de las personas que padecen VIH/sida se encuentran inmersos en un círculo cerrado (crisis), y que presumiblemente, en este caso, unos lleven a otros completando un círculo sin fin que sólo en determinadas ocasiones se rompe, cuando el apoyo social y la solidaridad hacen su entrada.



Sin embargo, no siempre ocurre esto, y es en la mayoría de los casos cuando la enfermedad se convierte en un estigma social y los enfermos son tratados como los leprosos en la antigüedad, que eran señalados y apartados de la sociedad por miedo al contagio.

Una “Crisis” es un estado temporal de trastorno y desorganización caracterizado principalmente por la incapacidad del sujeto para abordar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo (Slaikau, 1998).

Todos los humanos pueden estar expuestos en ciertas ocasiones de sus vidas a experimentar crisis caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación y trastornos en las estrategias previas de enfrentamiento.

El estado de crisis está limitado en tiempo (el equilibrio se recupera de cuatro a seis semanas), casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita; puede esperarse que siga patrones secuenciales de desarrollo a través de diversas etapas, y tener el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o bajos.

La resolución final de la crisis depende de numerosos factores, incluyendo la gravedad del suceso precipitante, recursos personales del individuo y los recursos sociales del individuo (Slaikau, 1998).

Como se ha ido mencionado a lo largo de la investigación, el adolescente constantemente se encuentra en una evolución morfológica, fisiológica y psicológica, tratando de adaptar estos cambios al medio que lo rodea, generando un desequilibrio homeostático; siendo esto propio de la etapa; sin embargo al unirlo con el VIH/SIDA da la pauta a una conducta, actitudes y soluciones de problemas más complejos.

De las raíces griegas homeostasis significa: *homeo*, “igual”, y *stasis*, que significa “continuar o permanecer”. La homeostasis es un perfecto equilibrio entre el medio externo e interno.

Los mecanismos homeostáticos mantienen una relativa constancia en las condiciones corporales internas como la temperatura, contenido de agua y reservas de alimento. Estos mecanismos incluyen ajustes conductuales y procesos fisiológicos internos.

Al quebrantarse este perfecto equilibrio en los adolescentes al saberse portador del VIH/SIDA entran en un estado de Shock (Crisis); existen algunas características que los identifica en sus sentimientos como son:



Antes del suceso de crisis, el individuo, se encuentra estable, seguro, funcionando adecuadamente como un miembro de un grupo familiar/social que está alojado en un ambiente comunitario, que es parte de una amplia cultura social. El suceso precipitante choca sobre la persona, familia, comunidad o sistema cultural. Este interactúa con la personalidad del individuo, un proceso medido en términos de cinco subsistemas CASIC (conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognitivo).

Apoyándose en la consistencia de informes clínicos y de investigaciones existentes, encontramos un amplio modelo de Intervención en crisis, haciendo una distinción en la *intervención de primer y segundo orden*. Slaikeu (1998)

*La primera ayuda psicológica o intervención en crisis de primer orden*, implica una ayuda inmediata, fundamentalmente proporciona apoyo, reduce la mortalidad y vincula a la persona en crisis con otros recursos de ayuda. Es una intervención breve tomándose donde sea, desde algunos minutos hasta horas, dependiendo de la gravedad de la desorganización o trastorno emocional de la persona en crisis. Slaikeu (1998).

Un establecimiento especial de procedimiento para la resolución de problemas, adaptada para explicar la intensidad de las situaciones de la crisis son: ¿Cuánto tiempo?, ¿Por quienes?, ¿Dónde?, ¿Objetivos?, ¿Procedimientos?; se identifican como los cinco componentes de la primer ayuda psicológica.

*La intervención en crisis de segundo orden, o terapia en crisis*, por otro lado, se refiere a un proceso terapéutico a corto plazo que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato, y dirige mejor la resolución de la crisis; esto significa ayudar a la persona a enfrentar la experiencia de crisis (expresando sentimientos, obteniendo dominio cognoscitivo de la situación, etc.) Slaikeu (1998)

La terapia en crisis busca reducir la oportunidad de que la persona se convierta en una casualidad psicológica del suceso de crisis, ya sea por la crisis de desarrollo (transición de madurez), o circunstancial (muerte o pérdida). Se distingue por sus procedimientos, apoyándose en la terapia multimodal de la crisis examina aspectos conductuales, afectivos, somáticos, interpersonales y cognitivos de cualquier crisis en el paciente basándose en el trabajo de Lazarus (1976,1981).

Hacer contacto psicológico se identifica con la terapia centrada en el paciente de Carl Rogers (1951), en la Intervención en crisis de primer o segundo orden son utilizados conceptos de esta terapia como son: Aceptación incondicional, Respeto incondicional, Empatía, Esperanza, Confianza, Escucha activa (Reflejar sentimientos, silencio, repetir, parafrasear, resumir, clarificar y compromiso).

Hacer contacto psicológico se identifica con la terapia centrada en el paciente de Carl Rogers (1951), en la Intervención en crisis de primer o segundo orden son utilizados conceptos de esta terapia como son: Aceptación incondicional, Respeto incondicional, Empatía, Esperanza, Confianza, Escucha activa (Reflejar sentimientos, silencio, repetir, parafrasear, resumir, clarificar y compromiso).

## 2.8 LA PÉRDIDA DE LA SALUD

La infección por VIH representa en los pacientes una reacción catastrófica que pone a prueba su integridad psicológica; de esta integridad dependen, la capacidad de superar la crisis, mantener una etapa de transición y establecer una resolución a dicha crisis. Esta reacción catastrófica está vinculada inicialmente con la pérdida de la salud y, por consiguiente con la muerte. Esto es vivido como una reacción de duelo que en el aspecto psicológico individual no se diferencia de otras enfermedades terminales; la doctora Kübler-Ross (2006) ha diferenciado cinco fases por las que pasa el paciente terminal, éstas son: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Todas estas fases tienen un carácter adaptativo y se desarrollan indistintamente, sin seguir un orden de importancia.

Durante **la negación**, el paciente anula de su conciencia la realidad patológica que sufre, descrea la información que ha recibido y se resiste a mantener una condición de paciente que afecte su actual modo de vida. Es frecuente en esta etapa la actitud hipomaniaca y de exaltación que facilitan el proceso de negación.

La **ira** supone la reacción de sentimientos de culpa que pueden favorecer la aparición de demandas asistenciales y terapéuticas que estén fuera del alcance de los recursos del paciente, que pueden motivar rupturas agresivas con la gente que lo rodea, fundamentalmente en el caso de la familia y de sus médicos tratantes.

La **negociación** es una forma de adaptación que trata de subsanar las culpas, con el fin de posibilitar la esperanza. La fase **depresiva** supone una evidencia por parte del paciente de su realidad como portador de una enfermedad fatal; implica una disminución de los procesos negadores, de tal manera que se puede llegar a la **aceptación** del VIH/sida.

Todas estas fases alternantes deben ser entendidas como adaptativas. La ansiedad, ya sea como crisis de angustia o como ansiedad generalizada, es una situación sintomática que está presente a lo largo de todo el proceso de la infección.

La subsecuente reacción de ajuste depresiva aparece como producto de la percepción del futuro que tiene el paciente, básicamente se establece como

fenómeno psicológico referente a las expectativas acerca de la evolución incierta, el aislamiento, las posibilidades de reintegración social, las expectativas terapéuticas, entre otros, y van a funcionar como elementos estresores que ponen a prueba el aparato psicológico.

El adolescente tiene una serie de cambios, y uno de estos cambios es pasar de la etapa de pensamiento concreto al pensamiento formal, así mismo como determinar su personalidad; además que en esta edad es fundamental el factor social, es por ello que el saberse portador del VIH/sida es desbastador y con la incertidumbre de no tener un futuro, y llegar a tener ideas suicidas.

## **2.9 EXCLUSION SOCIAL EN EL VIH/SIDA**

La familia es un elemento fundamental en la sociedad, es donde el niño se le forman los primeros hábitos, sentimientos y actitudes como resultado de la atención, cuidados, orientación y encauzamiento que realizan tanto sus padres como sus hermanos y de más familiares. La relación que hay entre la familia y la sociedad, que la primera es fundamento de la segunda y la consolida o la destruye de acuerdo con los principios generales y formas de conducta que adopten.

La exclusión social a causa del sida se expresa de múltiples maneras, algunas muy sutiles y otras demasiado evidentes para dejar de verlas. Pero todas las formas de exclusión social coinciden en un hecho: la violación de los derechos humanos esenciales de las personas que viven o padecen la enfermedad, consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos suscritos y ratificados por la inmensa mayoría de los países del mundo (el derecho a la vida, a la salud, a la igualdad, al trabajo y a la educación)<sup>6</sup>

El SIDA NO afecta de la misma manera a las personas de distinta condición socioeconómica. Hay una marcada tendencia a “castigar” más a quienes se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad. Se produce, entonces, una especie de sobre-exclusión, es decir, la exclusión social de los ya excluidos por otras razones (homosexuales, drogadictos, trabajo sexual, etc.).

La cultura y la religión podrían jugar un papel de prevención, pero en la práctica sucede todo lo contrario. Ambos elementos contribuyen a la exclusión de las personas portadoras de VIH/sida.

Algunas características socioculturales, asociadas a la infección se expresan en los planos de la inequidad de género. Hay otros factores de vulnerabilidad que enfatizan la doble exclusión que sufren las personas con VIH.

---

<sup>6</sup> Daniel R. Ednteí “Reacciones de intolerancia y represión” Conasida.2004

Se trata de personas que por una u otra causa, sufren la violación de sus derechos humanos. Por ejemplo: población desarraigada, población con problemas de drogadicción, grupos con preferencias y prácticas sexuales distintas a las socialmente aceptadas. La estigmatización social de la enfermedad amplifica las exclusiones en los espacios laborales, en los servicios de salud y hasta en el seno de las unidades familiares.<sup>7</sup>

En la mayor parte de la población, existe una gran tensión entre la información y el miedo: podemos estar informados acerca de qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, cómo se trasmite, cómo se trata, pero en nuestras mentes, junto a la información habita el miedo (que no conoce razones). Ahora bien, ¿quién nos inyecta ese miedo? Han sido precisamente los medios de comunicación, que crearon una serie de mitos al asociar el VIH/SIDA con la peste y con los llamados “grupos de riesgo”, al centrar su atención en los índices de crecimiento de la infección y al mezclar cuestiones de salud con cuestiones de moralidad.

Este problema de salud pública requiere en suma, de más y mejor información, capaz de abordar las cuestiones técnicas, las legales, las sociales, en toda su complejidad. Requerimos de información rigurosa, que permita vencer miedos propios y ajenos, para vencer a la infección; se requiere de información desprejuiciada, que rompa falsos muros de virtud.

---

<sup>7</sup> Paula Andalo “El sida como estigma social” Conasida. 2004

## **CAPITULO III**

### **ANTECEDENTES HISTORICOS DE LOS GRUPOS TERAPEUTICOS**

#### **3. ORIGEN DE LOS GRUPOS TERAPÉUTICOS**

La psicoterapia fue iniciada por Pratt en 1905, al introducir el sistema de “clases colectivas” a una sala de pacientes tuberculosos. La finalidad de la terapia consiste en acelerar la recuperación física de los enfermos, mediante una forma posible en un clima de cooperación. Las clases o sesiones constaban de una breve conferencia del terapeuta, quién explicaba sobre la higiene o problemas del tratamiento de la tuberculosis, a continuación, los pacientes formulaban sus preguntas o discutían el tema con el médico.

El proceso de Pratt consistía en utilizar en forma sistemática y deliberada las emociones colectivas para la consecución de una finalidad terapéutica. Su técnica se apoya en dos pilares. Por un lado, activa de manera controlada la aparición de sentimientos de rivalidad y solidaridad en el grupo; y por el otro lado, el terapeuta asume el papel de una figura paternal idealizada (González, 1999).

A partir de esta primera corriente, se ha producido una interesante diferenciación, con las llamadas terapias que actúan “por el grupo con estructura fraternal. En este caso, se pretende alcanzar y canalizar emociones colectivas en grupos solidarios, y una fraternidad que busca la máxima homogeneización de sus miembros disminuyendo por tanto el liderazgo al mínimo. El ejemplo más acabado de esta tendencia terapéutica se encuentra entre los “Alcohólicos Anónimos”. Los A. A., más que un grupo terapéutico forman una sociedad con contribución económica y participación voluntaria de sus miembros. El efecto terapéutico se basa en que el ex alcohólico puede influir más eficazmente en otro alcohólico. Este último es capaz de identificarse más plenamente con su reformador, al saber que éste ha tenido el mismo problema y ante el hecho de que ha podido superarlo. La dinámica de esta terapia es ingeniosamente eficaz, pues el ex alcohólico se beneficia a su vez “rescatando” al paciente, y de esta forma sublima y elabora vicariamente las tendencias que lo llevaron a la bebida (Grinberg, Langer y Rodríguez, 1977).

Por otra parte Bion en 1975, habla del grupo terapéutico como una totalidad psicológica manejable y afirma que el grupo opera como una unidad funcional mediante la labor grupal que, en buena medida, se asemeja a la actividad de un Yo, especialmente de las áreas libres de conflicto.

Valenzuela (citado en Ortiz G. M. & Rodríguez R. F., 2007) clasifica a los grupos psicoterapéuticos según el nivel de intervención clínica, la división es meramente arbitraria, toma en cuenta las posibilidades de intervención, motivación y necesidad de cambio.

- 1er. Nivel.- Grupos de apoyo: Guía, consejo, orientación, discusión, de intervención en crisis.
- 2do. Nivel.- Grupos reeducativos: Grupos de terapia familiar, de autoayuda, de sensibilización, grupo T, de terapia conductual.
- 3er. Nivel.- Grupos reconstructivos: Psicoterapéutico, psicoanálisis de grupo, psicoterapia de grupo psicoanalíticamente orientada, análisis de grupo transaccional, grupo Gestalt.

Por otra parte Wolpe (1977) menciona que existen tres principales tipos de psicoterapia:

1. Terapia de soporte o de apoyo. Cuyos objetivos son el reforzamiento de defensas existentes, la elaboración de nuevos y mejores mecanismos de control y la restauración de un equilibrio adaptativo.
2. Terapia reeducativa. Cuyos objetivos son hacer el insight de conflictos conscientes, realizar deliberados esfuerzos con los potenciales creativos existentes.
3. Terapia reconstructiva. Cuyos objetivos son lograr el insight de conflictos inconscientes mediante esfuerzos para extinguir alteraciones estructurales del carácter, y desarrollar y expandir tanto la personalidad como cuevas potencialidades de adaptación (González J. J. 1999).

Una caracteriza principal para diferenciar a la psicoterapia de apoyo, la reeducativa y la reconstrucción, es el grado de insight al que es llevado el paciente.



### 3.1 GRUPOS DE ENCUENTRO

A mediados de la década de 1940, Kurt Lewin, famoso psicólogo quien trabaja en el Instituto Tecnológico de Massachussets (MIT), junto con un equipo de expertos y estudiosos, propuso que una formación para las relaciones humanas constituía un tipo importante de educación.

Hacia 1946 y 1947 se desarrolló en la Universidad de Chicago una fase del movimiento de la experiencia grupal intensiva, a cargo de Carl Rogers y de sus colaboradores en el Centro de Asesoramiento Psicológico de dicha universidad. Como tenían la tarea de capacitar personas para la dirección de veteranos de guerra, prepararon individuos con un curso intensivo breve para convertirlos en consejeros psicológicos eficaces que supieran encarar los problemas de los soldados que regresaran del campo de batalla (González, 1999).

En 1947, poco después de la muerte de Lewin surgió el primer grupo “T” (denominado así por Training: Capacitación) en Bethel, Maine. Estos grupos de verano llegaron a ser muy conocidos y fundaron la organización de los National Training Laboratories (NTL, Laboratorios Nacionales de Capacitación), con sede principal en Washington. Al concentrar sus esfuerzos en el campo de la industria, los grupos de los NTL llegaron hasta los administradores y ejecutivos (Payró, 2004).

Los grupos de encuentro se enfocan sobre todo al desarrollo personal, así como al incremento y mejoramiento tanto de la comunicación como de las relaciones interpersonales, pues no las consideran secundarias. En la actualidad, estos grupos tienen aplicación en ámbitos tales como la industria, la iglesia, las esferas gubernamentales, las relaciones, la familia, la psicoterapia y otros.

Al hablar del proceso grupal es necesario mencionar que los grupos de encuentro se inician sin una estructura específica; pero que ésta se establece de manera rápida en el transcurso del tiempo durante el cual se da el encuentro entre sus integrantes, constituyendo lo anterior un experiencia emocional intensiva (González, 1999).

En los grupos de encuentro se utiliza la siguiente metodología técnica (Rogers, 1973):

- *COMIENZO: CREACIÓN DEL CLIMA.* Se suele promover la interacción en el grupo de manera informal y poco estructurada, con comentarios tales como: “Espero que al finalizar estas sesiones grupales nos conozcamos unos a otros mucho más que ahora”, o “Me siento inquieto pero de alguna manera me tranquilizo cuando los veo a ustedes igual que yo y entiendo que todos nos hemos embarcado en lo mismo, ¿por dónde empezamos?” (Rogers, 1972).

- *ACEPTACIÓN DEL GRUPO.* Es necesario aceptar al grupo es y a sus integrantes como son, al igual que dejar que éste siga el curso que desee.
- *ACEPTACIÓN DEL INDIVIDUO.* Es válido el participante se comprometa o no con el grupo, ya que la experiencia ha mostrado que un individuo puede beneficiarse del encuentro grupal pese a su aparente falta de participación.
- *COMPRESIÓN EMPÁTICA.* La acción más importante del facilitador es intentar comprender el significado exacto de lo que cada integrante comunica, es decir, el sentido que tiene para la persona que se atreve a comunicarlo.
- *ACTUACIÓN ACORDE CON LOS SENTIMIENTO.* En los grupos de encuentro el facilitador aprende a expresar de manera libre sus sentimientos persistentes, tal y como surgen en un momento dado. El facilitador llega a sentir una genuina preocupación por el grupo en su conjunto y por cada miembro en particular.
- *ENFRENTAMIENTO Y REALIMENTACIÓN.* El facilitador confronta de manera abierta a los individuos con respecto a determinadas facetas de su conducta, pero sólo aquéllas relacionados con los sentimientos que éstos reconocen como propios.
- *EXPRESIÓN DE LOS PROBLEMAS DEL FACILITADOR.* Cuando el facilitador se siente inquieto por algo relacionado con su vida privada, puede manifestarlo en el grupo si ello contribuye a promover la expresividad grupal, sin descuidar su labor profesional.
- *EVITACIÓN DE LA PLANEACIÓN PREVIA Y DE LOS EJERCICIOS.* En los grupos de encuentro lo más importante es la espontaneidad, todo procedimiento planeado de antemano resultaría ineficaz para propiciar un encuentro interpersonal genuino.
- *EVITACIÓN DE INTERPRETACIONES O COMENTARIOS ACERCA DEL PROCESO.* Los comentarios referentes al proceso grupal en su conjunto, o relativos a un integrante en particular, tienden a acarrear algunas desventajas puesto que los miembros del grupo se sienten molestos, observados e incluso enjuiciados, por lo que disminuyen su movilidad y se viven como una especie de masa y no como individuos.
- *POTENCIALIDAD TERAPÉUTICA DEL GRUPO.* La experiencia rogeriana indica que los grupos pueden ser tanto o más terapéuticos que el propio facilitador ante una actuación muy grave, como lo es el caso de individuos con conductas psicóticas o extrañas.

- *MOVIMIENTOS Y CONTACTOS FÍSICOS*. Al igual que el respeto de las actitudes y conductas esperadas del facilitador, sus movimientos físicos deben expresarse de manera espontáneo, es decir puede desesperanzarse, levantarse, moverse, etc.

Además de las técnicas a implementar y de las características del facilitador, es importante tomar en cuenta las distintas etapas del proceso grupal aunque éstas se superpongan al no seguir un orden fijo. Rogers (1972) asevera que los grupos de encuentro pasan por las siguientes etapas:

1. Etapa de Rodeos.
2. Resistencia a la expresión o exploración personal.
3. Descripción de sentimientos del pasado.
4. Expresión de sentimientos negativos
5. Expresión y exploración de material personalmente significativo.
6. Expresión de sentimientos interpersonales inmediatos dentro del grupo.
7. Desarrollo en el grupo de la capacidad de aliviar el dolor ajeno.
8. Aceptación de sí mismo y comienzo del cambio
9. Resquebrajamiento de las fachadas.
10. Realimentación.
11. Enfrentamiento.
12. Relación asistencial fuera de las sesiones del grupo.
13. Encuentro básico.
14. Expresión de sentimientos positivos y acercamiento mutuo.
15. Cambios de conducta en el grupo.

Cole (1983) en una línea descriptiva de las diferencias, escribe: "Los grupos de autoayuda, en contraste a los grupos de encuentro y a los grupos terapéuticos, *parecen ejercer su acción de cambio a través de una alteración crítica de la autopercepción hecha posible por el compartir el problema común y el apoyo del grupo.*

Los grupos de encuentro enfatizan la expresión de intensos sentimientos interpersonales y de comentarios críticos, y a menudo ejercen presión sobre sus miembros para que solucionen sus problemas. Sólo en los grupos de autoayuda conductualmente orientados (que es el caso de los que tienen que ver con las adicciones) se desarrolla una presión para que sus miembros hagan ciertos cambios conductuales. Los grupos de terapia enfatizan *la autoexploración y la interpretación*. Ya que la mayoría de los grupos de autoayuda son sin coordinador o líder, se practican raramente aquellas técnicas que requieren de un control central, tales como la interpretación, diversas formas de retroalimentación, confrontación, etc." (Cole, 1983)

### **3.2 GRUPOS DE APOYO**

Los grupos de apoyo tienen una composición homogénea que consiste en participantes con problemas comunes y que se encuentran en situación de estrés aunque no sufran enfermedades o síntomas patológicos, estos grupos se basan en el hecho de que destacar el esfuerzo común es una terapia efectiva para muchas personas. El terapeuta utiliza las similitudes entre los miembros del grupo para promover una sensación de universalidad y cohesión. Ello ayuda a combatir los sentimientos de aislamiento y desmoralización que se producen cuando alguien, siente que es la única persona que sufre en el mundo. Algunos ejemplos son grupos para fóbicos, para personas que se están adaptando a una situación de divorcio, para cónyuges de enfermos de alzheimer, para personas con sida, para enfermos terminales, para víctimas de violación y para veteranos de guerra, etc. (Vinogradov y Yalom, 1996, Rogers citado en Gracia 1997).

El número de miembros varía ampliamente, dependiendo del escenario y de la organización patrocinadora. Los grupos de apoyo reducen el miedo, la ansiedad y el aislamiento que rodean a una situación particular mediante mecanismos de universalidad y de aprendizaje vicario. Se fomenta enormemente, el desarrollo de nuevos mecanismos de afrontamiento y estrategias de conducta. (Vinogradov y Yalom, 1996).

Valenzuela (Citado en Ortiz G. M. & Rodríguez R. F., 2007) menciona como objetivos de los grupos de apoyo los siguientes:

- Dar solución a problemas emocionales generados por desequilibrios actuales que amenazan la estabilidad individual, familiar o comunitaria y donde los mecanismos de enfrentamiento son insuficientes para responder por el momento, a los requerimientos de adaptación.
- Proporcionar a través de la situación grupal elementos de contención y de validación consensual, de apoyo, catarsis y cohesión suficientes para intentar nuevas acciones y visualizar soluciones. Se fomenta el altruismo, la empatía, la motivación para el cambio y la motivación.

- Trabajar en el aquí-ahora, en el presente, para enfocar la situación actual que requiere ser enfrentada con los aspectos conscientes y los recursos de personalidad disponibles, ya que las funciones del yo son débiles o se encuentran debilitadas.
- Aprovechar la transferencia positiva tanto hacia la figura central del terapeuta como hacia los padres para promover mayores recursos adaptativos.

### **3.3 GRUPOS DE AUTOAYUDA**

Desde su comienzo, los grupos de autoayuda han ido formando su imagen a partir de las siguientes ideas: las personas con problemas comunes se juntan, comparten sus problemas y aprenden unos de otros sin la presencia de profesionales de la salud; en un encuadre que los propios miembros del grupo establecen y controlan (Kaplan & Sadock, 1998).

De acuerdo con Borman (1992) los grupos de autoayuda constituyen una séptima modalidad de intervención que puede sumarse a las seis reconocidas por La Asociación Americana de Psicología (intervención de crisis, manejo del estrés mediante métodos conductuales, terapia individual, terapia de grupo, terapia familiar y psicofarmacología) y dadas sus características pueden actuar como un mecanismo de apoyo para los otros seis tipos de intervención (Gracia, 1997).

Los grupos de autoayuda son pequeñas unidades interactivas cara a cara. Las personas se unen a tales estructuras en una situación de grandes necesidades personales y necesitan compartir asuntos y sentimientos que se consideran normalmente personales y privados. Se encuentran enfrentados a un número de extraños que, generalmente son distintos a ellos mismos, salvo por una característica crítica: el problema compartido. Tales grupos comparten tres elementos básicos: la intensidad de la necesidad expresada por la persona que se une a ellos; el requerimiento de compartir algo personal, no importa lo banal que esto sea; y la similitud de su sufrimiento, tanto si es real como si es imaginario (Kaplan & Sadock, 1998).

Los grupos generan un sentimiento de pertenencia, un sentimiento compartido de sentir que sufren lo mismo; éste sentimiento crea un alto nivel de cohesión. Proporcionando la motivación para permanecer en el grupo y trabajar con los otros miembros. Los grupos unidos ofrecen una aceptación casi incondicional y proporcionan una atmósfera de apoyo para afrontar riesgos “para compartir material personal y expresar emociones” que pueden ser difíciles de expresar entre extraños.

Existe un factor que crea un alto sentido de pertenencia, es la percepción de un estado de marginación en la sociedad. El sentimiento de estar estigmatizado, frecuentemente conduce a la creación de un sentimiento de nosotros, y un límite agudo entre, "ellos y el nosotros" (idem). Los participantes de los grupos de autoayuda comparan sus actitudes y sentimientos sobre las cosas que les importa, tales comparaciones facilitan las revisiones de identidad, ofreciendo nuevas posibilidades de sentir, percibir y comportarse.

Las causas del cambio individual en los grupos de autoayuda han sido desglosados, como emocionales, cognitivos y conductuales:

- *Emocionales:* La experiencia de grupo provee calor, empatía, comprensión y estímulo. Como un subsistema nutriente de pares y amigos (como gemelos) ofrece a sus miembros cuidado incondicional e interés y da la oportunidad de ser libres, abiertos y espontáneos unos con otros. En el proceso de transición que va de la marginalidad social a roles sociales más convencionales, el grupo de autoayuda sirve como "objeto social transicional".
- *Cognitivos:* La experiencia de grupo ayuda a mejorar la auto-estima individual al proveer la oportunidad de percibirse uno mismo entre otros con similares condiciones. Por ende, provee a los miembros con una nueva referencia de grupo entre quienes la declaración abierta de "desviación" se vuelve una declaración de comunidad, reduciendo los sentimientos de devaluación, alienación y anomia.
- *Conductuales:* Reforzados por estos cambios emocionales y cognitivos los miembros se sienten libres para proporcionarse ayuda mutua. Intercambian estrategias para lidiar con sus problemas comunes (conocimiento experiencial), se dan consejos, se sienten parte de un equipo, se enseñan destrezas unos a otros y hacen amistades. De esta manera, los grupos de autoayuda se vuelven un campo para la experimentación social y de relaciones humanas.

De acuerdo con Silverman y Smith (1984), la persona en el proceso de ajuste ante la crisis que representa una enfermedad crónica o una discapacidad tiene que confiar no solo en su propia capacidad de adaptación, sino también en los recursos de la red social y de su entorno ecológico. En este sentido, cuando las respuestas de afrontamiento fracasan, no quedan reflejados únicamente las limitaciones individuales, sino también el fracaso de los sistemas sociales en los que la persona se encuentra inmersa. Las personas no disponen de forma innata de su repertorio de habilidades y estrategias de afrontamiento para manejar traumas o cambios no anticipados, sino que es necesario aprender y desarrollar esas habilidades y estrategias. Para Silverman y Smith (1984) los grupos de autoayuda, pueden constituir un medio único para complementar los recursos de la persona y de su red social.

### 3.4 ENFOQUE PSICOANALITICO DE LOS GRUPOS

En un acercamiento a la psicología social Freud escribe en 1921 su artículo *Psicología de las masas y análisis del yo*. Su observación inicial es que los seres humanos al incluirse en multitudes modifican su conducta de una manera importante, volviéndose ésta menos intelectual y mas emocional (y aún apasionada, impulsiva y violenta), no sólo en las masas espontáneas, sino también en las masas organizadas que conforman las diversas instituciones sociales, de las cuales Freud tomó como ejemplo al ejército y a la iglesia católica.

Este cambio de conducta se explica sobre la base de que "el individuo que entra a formar parte de una multitud, se sitúa en condiciones que *le permiten suprimir las represiones de sus tendencias inconscientes*. Los caracteres aparentemente nuevos que entonces manifiesta son, precisamente, exteriorizaciones de lo inconsciente individual..."

Esta *regresión a etapas tempranas* (infantiles) del desarrollo que se produce cuando el individuo se incorpora a las multitudes generándose la *desinhibición de sus represiones* y la consecuente *aparición del inconsciente reprimido*, se explica por las características especiales del vínculo que une al grupo y le da cohesión. Este vínculo es de orden emocional, específicamente amoroso, como expresión de los impulsos libidinales. En palabras de Freud:... "La masa tiene que hallarse mantenida en cohesión por algún poder. ¿Y a qué poder resulta factible atribuir tal función sino es al *Eros*, que mantiene la cohesión de todo lo existente?" Además, "cuando el individuo englobado en la masa renuncia a lo que le es personal y se deja sugestionar por otros, experimentamos la impresión de que lo hace por sentir en él la necesidad de hallarse de acuerdo con ellos y no en oposición a ellos; esto es, por amor a los demás".

El mecanismo psicológico implicado en estas relaciones libidinales es el de *identificación*, es decir, la primera expresión de un vínculo afectivo con otra persona, donde se "aspira a conformar el propio yo análogamente al otro tomado como modelo". Así como el niño se identifica con su padre, los miembros del grupo se identifican con su líder al amparo de una ilusión: que éste ama a todos los integrantes por igual. De esta manera, *cada individuo tiene un vínculo libidinal con su líder*, y a partir de éste, se establece *también un vínculo libidinal con los miembros restantes del grupo*.

En este proceso de identificación se substituye el control interno, propio de las funciones de ciertas instancias del aparato psíquico, por algunos sujetos externos: el líder y los compañeros del grupo. Así, cada uno de los individuos que conforman el grupo substituyen su *ideal del yo* por el líder (identificación "*vertical*") y, a partir de esto, se identifican el uno con los otros en su yo (identificación "*horizontal*"). Esto explica la regresión en los grupos, así como el decrecimiento de la represión y la consecuente aparición de ciertos impulsos inconscientes, habitualmente contenidos.

Serge Moscovici (1981) lo resume así: "Es fácil comprender la composición psíquica de la multitud. Verticalmente, el impulso amoroso de cada individuo hacia el jefe. Horizontalmente, una multitud de personas que tienen el mismo objeto como *ideal del yo* y, por consiguiente, se identifican las unas con las otras. En ellas, la identificación sería el cuadro que nos ofrece una multitud asociada: *todo el mundo ama al jefe y cada uno se identifica con su vecino...*"

Kaës (1993) destaca una situación en especial importante *que explica la función de apoyo de los grupos*: ..."Una de las consecuencias de las identificaciones mutuas, comunes y centrales, por las cuales se efectúa la traslación (y la transformación) de las formaciones intrapsíquicas sobre una figura común e idealizada es la formación de lo que Freud designa, en francés, como <<*l'esprit de corps*>>. Notemos que esta *transferencia* implica para cada sujeto un abandono, una cierta pérdida, pero también una ganancia: <<*l'esprit de corps*>> es su premio.

Ahora bien, la ausencia de un líder o *caudillo* es tolerada por la masa a condición de que se mantenga una *idea y/o una tarea líder* (que funcionan también en el lugar del *ideal del yo*) y que permite conservar los vínculos afectivos y con ellos la cohesión social. La idea del *ser supremo*, propia de algunos grupos de autoayuda, cumple esta función y permite mantener con el conjunto de pares una identificación fraterna. Su complemento, para evitar el caos en el grupo, es un método, programa o camino a seguir que sirva como *organizador* del mismo; los Doce Pasos y las Doce Tradiciones cumplen esa función.

Por lo escrito hasta aquí resulta claro que el psicoanálisis tiene un objeto teórico específico: el del *inconsciente*, e investigaciones recientes (Kaës, 1993) dejan claro que su tarea no está constituida sólo por el estudio de la psique individual, sino por las formas y los efectos del inconsciente en el individuo y en los grupos. Se vuelve, así, *sujeto del inconsciente y sujeto del grupo*, por la peculiar *realidad psíquica* que se produce en los colectivos. Esto da lugar a que el trabajo de intervención en psicoanálisis se realice no sobre el *plano manifiesto (o consiente)*, sino sobre el *plano latente (o inconsciente)* por medio de la *interpretación* dada por el psicoanalista y que busca develar las motivaciones inconscientes de la conducta. Por ello este enfoque se le denomine *explorativo o expresivo* en contraposición al enfoque *represivo* de los grupos de *apoyo*.

### **3.5 GRUPOS DE APOYO PARA PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA**

El VIH afecta la salud mental, no sólo de las personas a las que infecta, sino también a los demás que temen de manera irracional, de contagiarse. Los pacientes infectados por el VIH, son a menudo abandonados por sus amigos y familia. El grupo de terapia se convierte entonces en la fuente de apoyo y ánimo. El hecho de participar en un grupo, ayuda a las personas con VIH a aliviar sus problemas y temores.



La participación en un grupo les da la oportunidad de crecer, cambiar y pertenecer a un colectivo, a pesar de sus preocupaciones diarias. En el grupo, las personas con VIH tienen la oportunidad de aprender maneras constructivas de vivir con el VIH (Gambe, Getzel, 1989; citado en Kaplan 1998).

La mayoría de los grupos para personas con VIH/sida son de apoyo y no psicodinámicos o reconstructivos. Las características de estos grupos de acuerdo con Rosenberg (1984) son: homogeneidad; victimización por parte del sistema, más que psicopatología; confesión pública de pertenecer al grupo; un idioma común; una estructura horizontal; intercambios educativos e informativos, examen de realidad; desarrollo de la capacidad de enfrentamiento; asumir el liderazgo y el control por los miembros del grupo más que un líder solo.

Los objetivos que se esperan lograr a lo largo de la vida del grupo con personas con VIH/sida son:

1. Aceptar su condición
2. Expresar sentimientos de furia, tristeza, envidia, vergüenza y culpa.
3. Disminución de ansiedad
4. La capacidad de controlar su vida.
5. Que puedan acudir a los demás para pedir apoyo emocional.
6. Enfrentamiento al miedo de pérdida y muerte
7. Aumento de la autoestima
8. Reducir el comportamiento de alto riesgo
9. Manejar el abuso de psicótropos (psicofármacos)
10. Encontrar un nuevo significado de vida
11. Reconciliación con la familia que les ha segregado
12. Encontrar la manera de mostrar preocupación por los que le importan y que pueden estar agobiados por la enfermedad.
13. Examinar la forma de dejar un legado de su vida significativo.

Las técnicas convencionales que se utilizan para el trabajo grupal con personas que Viven con VIH/sida son:

Valoración, Expectativas, Coliderazgo, Composición del grupo, Entorno y el Proceso grupal. (Kaplan & Sadock, 1998).

### 3.6 GRUPOS TERAPÉUTICOS CON ADOLESCENTES

Los adolescentes se encuentran en un momento transitorio y crítico de su desarrollo, siendo muy vulnerables a las influencias del medio ambiente. La relación con sus padres es una de las principales fuerzas que les ayudan a completar la tarea de separación-individuación y lograr formarse una identidad propia. En el pasado, la terapia de grupo con adolescentes fracasaba en la medida en que no se contemplaba a éstos como un grupo especial en desarrollo, dotado de unas características sensibilidad y necesidades peculiares (Kaplan & Sadock, 1998).

La adolescencia es una fase exclusiva de los seres humanos. Los animales tienen una fase muy corta de adolescencia o carecen de ella. Peter Blos (1962) afirma que la adolescencia representa una transición de la dependencia objetal al objeto de amor. Blos ha escrito que el adolescente, en su búsqueda de autodefinición, se prueba así mismo hasta llegar al exceso.

Los actuales terapeutas de grupo utilizan con los adolescentes abordajes flexibles y eclécticos para lograr acercarse a los muchachos considerados difíciles. En la tecnología actual de la terapia de grupo con adolescentes se han integrado conceptos procedentes del psicoanálisis, el rolplaying, el feedback directo, la teoría general de sistemas, la sugestión hipnótica y las sesiones maratón (Scheidlinger, 1991). Algunas técnicas utilizadas en los grupos terapéuticos para adolescentes son:

- **Círculo pequeño:** Los grupos de adolescentes pasan por varias fases de desarrollo. La primera se caracteriza por el asentamiento de la confianza hacia el líder y los demás miembros (Dintenfuss, 1989; citado en Kaplan & Sadock, 1998). La fase intermedia se centra en temas ligados a la dependencia. Se considera que el grupo ha llegado a la fase final cuando los temas clave se han resuelto.
- **Coterapia:** En estos grupos los coterapeutas con frecuencia son la diana de distorsiones trasferenciales. En cierto grupo, el terapeuta que más inducía a la confrontación era visto como el padre, mientras que el que resultaba más sostenedor era visto como la madre del grupo. La contratransferencia en coterapia es una fuerza poderosa; los coterapeutas deben hacer un esfuerzo especial para comunicarse abiertamente entre ellos.
- **Homogeneidad:** James Kennedy (1989) ha sugerido que los grupos de adolescentes deberían estar compuestos por miembros del mismo sexo. También opina que los coterapeutas del mismo sexo pueden promover la evolución del yo y la identificación de género. Un grupo homogéneo supone un período de postergación de las relaciones heterosexuales.

Otros autores (Leader, 1991) opinan que los grupos mixtos de adolescentes tienen ventajas sobre los de un único sexo.

- Abordaje positivo: Los terapeutas sólo permiten que se hagan afirmaciones positivas; de esta forma pueden usarse los recursos positivos de los adolescentes, que a menudo son pasados por alto.
- Adolescentes hospitalizados: Para los adolescentes hospitalizados la experiencia de grupo es valioso en la planificación global del tratamiento. La hospitalización debe ser a corto plazo, orientada a la crisis y los síntomas, siendo necesario redefinir y modificar el abordaje grupal para cubrir las necesidades de los adolescentes (Stein, Kymissis, 1989; citado en Kaplan & Sadock, 1998).
- Terapia combinada: La combinación de terapia de grupo con individual (terapia combinada) tiene ciertas ventajas, ya que permite que los adolescentes trabajen simultáneamente los problemas intrapsíquicos e interpersonales. También puede ser útil la combinación de terapia de grupo y terapia familiar.

Aunque los grupos de adolescentes llevan funcionando mucho tiempo, en la literatura especializada no se han registrado los aspectos éticos asociados y el trabajo con adolescentes que viven o conviven con VIH/sida en México.

Los adolescentes, que no son niños ni adultos, están atrapados en una fase intermedia. Si bien desean ser tratados como adultos, sus responsabilidades y derechos legales son similares a los de los niños. Los adolescentes de menos de 16 años necesitan permiso de sus tutores legales para participar en un grupo terapéutico, a menos que sean menores emancipados o acudan a tratamiento por decisión judicial. Los mayores de 16 años pueden firmar un contrato terapéutico si están física y mentalmente capacitados para ello. Estas pautas generalmente están muy difundidas, aunque en diversos Estados y clínicas se aplican variantes y excepciones.

La magnitud de la crisis del sida supera las peores previsiones realizadas hace una década. A finales del 2007, ONUSIDA estimó que a nivel mundial existen 33.4 millones de personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), de los cuales 31.3 millones eran adultos, 15.7 millones mujeres, y 2.1 millones menores de 15 años. Cada día 7, 400 personas se infectan por el VIH en todo el mundo, esto es, que 2.7 millones de personas contrajeron la infección en el 2009. Aproximadamente el 50% de las nuevas infecciones por VIH. Se producen en jóvenes de entre 10 y 24 años. Únicamente durante el 2009, el SIDA causó 2 millones de muerte.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> [www.cencida.salud.gom.mxdescargas/2009/VIHSIDAenMexico2009.pdf](http://www.cencida.salud.gom.mxdescargas/2009/VIHSIDAenMexico2009.pdf)

Los trabajadores de la salud deben tener conocimiento y suficientes herramientas para poder contener este problema social que avanza cada vez más en una población de jóvenes adolescentes, es por ello que la propuesta de un grupo de auto-apoyo con un enfoque centro en la persona el cual puede reducir el miedo, la ansiedad y aislamiento, además de desarrollar nuevos mecanismos de afrontamiento y estrategias de conducta, como se a explicado anteriormente, en el siguiente capitulo hablaré del desarrollo del adolescente en todos los aspectos (biológico, psicológico, morfológico, etc.) así mismo como se desenvuelven siendo cero positivos.

## C A P I T U L O I V ANTECEDENTES HISTÓRICOS

### 4. LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

La *Psicología Clínica* es la rama de la ciencia psicológica que se encarga de la investigación de todos los factores, evaluación, diagnóstico psicológico, apoyo a la recuperación y prevención que afecten a la salud mental y a la conducta adaptativa, en condiciones que puedan generar malestar y sufrimiento al individuo humano.

La psicología clínica tiene algunas orientaciones teóricas primarias: Psicoanalítica o Psicodinámica, Humanista, Terapia de la conducta o Terapia Cognitiva y Terapia Familiar Sistémica. Prácticas centrales de esta disciplina son el diagnóstico psicológico y la consejería (la psicoterapia ejercida por un terapeuta capacitado tiene un rango aparte), así como también la investigación, enseñanza, consulta, testimonio forense y desarrollo de programas y administración.

Se considera en Norteamérica que esta área de la psicología tuvo su inicio en el año 1896, cuando Lightner Witmer dio inicio a la primera clínica psicológica en la Universidad de Pensilvania. También se reconoce en Europa como iniciador de la psicología clínica a Sigmund Freud y su teoría del psicoanálisis que ya en 1895 afrentaba oposición por sus prácticas de intervención psicoterapéutica y planteamientos teóricos clínicos estructurados en tres niveles: investigación, intervención psicoterapéutica y formulación de teorías psicológicas y psicopatológicas anticipándose a Witmer y estableciendo los criterios fundamentales de la psicología clínica aplicada; a pesar de que ambos fundadores de la Psicología Clínica (Freud y Witmer) incluían el tratamiento como una de sus principales funciones, lo cierto es que el psicodiagnóstico, así como la investigación, fueron los mayores indicadores de identidad del psicólogo clínico.

En la primera mitad del siglo XX, la psicología clínica estuvo enfocada en la evaluación psicológica, con poca atención hacia el tratamiento. Este enfoque se vio invertido después de la década de 1940, cuando la Segunda Guerra Mundial produjo un incremento en la necesidad de clínicos capacitados.

La psicología clínica puede ser confundida con la psiquiatría ya que generalmente tienen metas similares (por ejemplo, el alivio de trastornos mentales), pero la diferencia principal es que la formación de base de los psicólogos clínicos es la psicología (la conducta humana) y la de los psiquiatras es la medicina (el cuerpo humano), por otra parte, al ser médicos, están legalmente autorizados para prescribir medicamentos. En la práctica los psicólogos y psiquiatras trabajan juntos en equipos multidisciplinarios junto a otros profesionales, como terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales, para dar un enfoque multidisciplinario a problemas complejos que afectan a los pacientes.

Hay diversas maneras de entender el contacto con el objeto de estudio clínico. Para algunos es difícilmente observable y medible, por lo que se recurre de hecho a métodos cualitativos que no necesariamente cumplen con los criterios demarcadores de lo que se considera científico. Para otros, en cambio, el foco de acción debe estar dirigido siempre a la observación y el diagnóstico de la conducta, definiendo este ámbito como lo verdaderamente observable para la construcción de teoría y al tratamiento de los "trastornos" conductuales.

Su inicio como ciencia está asociado con los orígenes mismos de la Psicología, siendo la rama que ha servido de prototipo a toda la ciencia desde la segunda mitad del siglo XIX, cuando Wilhelm Wundt funda el primer Laboratorio de Psicología en Leipzig, Alemania, en el año 1879. La mayor parte de la investigación se centra en los procesos de sensación y percepción de los individuos, para encontrar evidencia consistente acerca de los problemas de la conducta humana.

Lightner Witmer, discípulo de Wilhelm Wundt y cabeza del departamento de psicología de la Universidad de Pensilvania, utilizó el término "Psicología Clínica" por primera vez en 1907 para describir la práctica que había realizado durante diez años en una clínica para niños establecida en 1896 en la Universidad de Pensilvania. Incentivó el estudio de individuos por observación y experimentación, con la intención de promover cambios. También fundó la primera revista de psicología clínica, "Psychological Clinic". El llamado de Witmer para el involucramiento de los psicólogos en clínica fue de lenta aceptación, pero había veintiséis clínicas psicoeducativas más, sólo en los Estados Unidos para 1914.

Mientras Witmer se enfocó en niñas y niños con atrasos intelectuales y déficits, otras clínicas surgieron con un enfoque en malestares emocionales, y la psicología se estaba desarrollando en hospitales mentales, por cuanto psicólogos clínicos asumían puestos reconocidos hasta ese momento para psiquiatras. Los psicólogos aplicados generalmente no se abocaban a la psicoterapia, pues ella estaba en manos de médicos psiquiatras, y en cambio, se empleaban en tareas de evaluación. Esta tendencia evaluativa llegó a su máxima expresión durante la primera guerra mundial, para efectos de selección de reclutas.

Los psicólogos clínicos empezaron a organizarse bajo ese nombre en 1917, con la fundación de la American Association of Clinical Psychology. Ello duró poco, después en 1919 la Asociación Americana de Psicología desarrolló una división sobre psicología clínica.

En Europa, los primeros psicólogos clínicos se establecieron en Gran Bretaña como reflejo de los sucesos en Estados Unidos. En Francia, una tradición europea fue fundada por el psicoanalista Daniel Lagache, que consideró a la Psicología Clínica como un área distinta a la Psiquiatría, que si bien integraría elementos propios de la psicopatología, debía entender al individuo en su totalidad más allá de la patología, pudiendo así obtener un conocimiento amplio y certero del funcionamiento psíquico y su relación con los fenómenos del sufrimiento.

En la década del 50 surge la terapia de conducta gracias al trabajo pionero de J. Dollard y N. Miller y J. Rotter. y a las labores de desarrollo y divulgación de H. J. Eysenck, J. Wolpe y A. A. Lazarus. En los años 60s se delinea la terapia etiquetada como "cognitivo-conductual" o "cognitiva" gracias a las inquietudes de A. Ellis y A. Beck. A partir de dichas líneas eclosiona una gran cantidad de modelos y técnicas psicoterapéuticas que llegan hasta la etapa actual, en que aparecen también enfoques clínicos constructivistas ligados parcialmente a la terapia cognitiva.

En cualquier caso, la Psicología Clínica como disciplina y profesión se fundamentó en sus inicios sobre la Evaluación Psicológica, y en muchos casos era una práctica dependiente de la del Psiquiatra, con el desarrollo de la teoría y de la técnica, la Clínica evolucionó hacia el desarrollo de tratamientos y técnicas de intervención desde un paradigma propiamente psicológico, dando paso a lo que hoy en día conocemos como Psicoterapia, la cual desde una mirada actual y moderna genera sus diagnósticos y procesos psicoterapéuticos con una postura menos psicopatologista etológica, y psiquiátrica, y mucho más desde la psicología positiva y humana, en tanto área de ejercicio propio de los psicólogos modernos, ejercicio que además esta reglamentado en muchos países mediante leyes, códigos de deontología, ética y bioética.

#### **4.1 PSICOLOGÍA HUMANISTA**

Esta rama de la psicología, llamada la tercera fuerza, comenzó a principios de los años cincuenta. Los psicólogos humanistas protestaron contra lo que ellos consideraban la estrechez tanto del psicoanálisis como del conductismo. Sosteniendo que este último dice mucho acerca de la conducta pero poco sobre las personas, y que el psicoanálisis dice mucho sobre los perturbados mentales pero nada sobre los sanos. El humanismo intento ampliar los dominios de la psicología para que incluya todas las experiencias humanas que son únicas, que no son abordados de forma científica dado que no pueden ser medidos objetivamente. (Papalia 1997).

Se trata de una corriente psicológica que, limitada en principio a aquel país, llegó a Alemania y al resto de Europa en los años sesenta. Psicólogos psiquiatras como Kurt Goldstein, Erich Fromm, Fritz Perls, Charlotte Bühler, Ruth Cohn y muchos otros, armados con las ideas de la Psicología existencialista en germinación, llegaron a unos Estados Unidos que, después de la sacudida de la crisis económica, iniciaban un período de prosperidad con el programa del “New Deal”, puesto en marcha por el presidente Roosevelt (Quitmann H., 1989).

Los principios fundamentales de la psicología humanística, basados en estos puntos de partida y con su carácter exaltadamente ingenuo, además de optimista y pragmático, junto al gran ímpetu con el que iniciaron su trabajo los psicólogos reunidos en la recién formada American Association of Humanistic Psychology (AAHP), influyeron también en los psicólogos que acaban de llegar de Alemania (ídem).

Quitmann (1989) define a la Psicología Humanística como la tercera rama fundamental del campo general de la psicología (las dos ya existentes son la psicoanalítica y la conductista) y como tal trata en primer término de las capacidades y potenciales humanos que no tienen lugar sistemático ni en la teoría positivista ni en la conductista, o en la teoría clásica del psicoanálisis; por ej., creatividad, amor, sí mismo, crecimiento, organismo, necesidad básica de gratificación, auto-actualización, valores superiores, ser, devenir, espontaneidad, juego, humor, afecto, naturalidad, calor, trascendencia del ego, objetividad, autonomía, responsabilidad, salud psicológica y conceptos relacionados con ellos.

Esta aproximación se puede caracterizar también por los escritos de Goldstein, Fromm, Horney, Rogers, Maslow, Allport, Anguila, Bühler, Maustakas, etc., al igual que por ciertos aspectos de los escritos de Jung, Adler y los Psicólogos psicoanalistas del ego, y psicólogos existencialistas y fenomenológicos.

El creciente reconocimiento por parte del mundo especializado se expresó también en la elección de Abraham Maslow, en 1968, como presidente de la American Psychological Association (APA), la máxima organización de los psicólogos estadounidenses. Finalmente, la creación de una sección de psicología humanística en el seno de la APA en el año 1971, significó el reconocimiento de esta tendencia psicológica también a nivel corporativo, formal y oficial.

El humanismo es la tercera escuela de pensamiento en el campo de la psicología clínica, que dio una visión del ser humano completamente diferente de los enfoques conductistas o psicoanalítico. Se dice que es la tercera fuerza por haber sido la última escuela en surgir; ésta denominación de tercera fuerza, le da una connotación de debilidad, le resta importancia y le atribuye un menor grado de conocimiento.



Actualmente la Psicología Humanista constituye un campo en constante desarrollo, los psicólogos de orientación humanística con frecuencia utilizan términos diferentes que refieren a los mismos procesos o mecanismos psicológicos. Sin embargo, a pesar de estas posiciones comunes, dentro de la Psicología Humanista se pueden observar diversas tendencias como: la personalidad, la valoral, la existencial y el Enfoque Centrado en la Persona el cual debido a que su visión del ser humano y los cuestionamientos al respecto son en esencia los mismos (González y Valdés, 1994).

#### **4.2 ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA POR “CARL ROGERS”**

Rogers se interesó en el estudio del individuo en sí mismo. Para esto desarrolló una teoría de la personalidad centrada en el yo, en la que se ve al hombre como un ser racional, con el mejor conocimiento posible de sí mismo y de sus reacciones, proponiendo además el autoconocimiento como base de la personalidad y a cada individuo como ser individual y único. Según Hall (1975), Rogers en su teoría de la personalidad le otorga una importancia fundamental a dos constructos, que serán la base de ésta, tales constructos son el organismo y el si mismo.

El organismo, sería el centro de cualquier experiencia que incluya todo aquello que ocurre internamente en el organismo. Esta totalidad experiencial constituye el campo fenoménico que es el marco de referencia individual conocido solo por la persona. De hecho el modo como el individuo se comporta depende del campo fenoménico, es decir, la realidad subjetiva y no de las condiciones estimulantes (realidad externa), este campo fenoménico sería entonces para Rogers la simbolización de parte de las experiencias de cada persona. (Rogers y Kinget, 1967).

Es posible, sin embargo, que la experiencia no se represente de un modo correcto, en dicho caso la persona se desempeñará inadecuadamente. Según la teoría de Rogers todas las personas tienden a confrontar sus experiencias simbólicas con el mundo objetivo, esta verificación de la realidad le proporciona al sujeto un conocimiento confiable del mundo el cual le permite conducirse adecuadamente en la sociedad, sin embargo en algunas ocasiones estas verificaciones pueden ser incorrectas, lo cual conlleva al individuo a tener un comportamiento carente de realismo.

El si mismo por otra parte sería una parte del campo fenoménico que poco a poco se va diferenciando y que en definitiva representa lo que la persona es. Además del si mismo como tal, existe un si mismo ideal que representa lo que la persona desearía ser (Rogers y Kinget, 1967).

Podríamos decir entonces, en términos más simples, que el yo o si mismo estaría constituido por un conjunto cambiante de percepciones que se refieren al propio individuo. Como ejemplo de estas percepciones tendríamos: las características, atributos, capacidad, valores, etc., que el sujeto reconoce como descriptivos de su persona y que percibe como partes de su identidad. Mientras que el organismo sería la unidad psicofísica total de la cual el yo formaría parte.

El enfoque grupal centrado en la persona (originalmente conocido como psicoterapia centrada en la persona) fue elaborado por Carl Rogers. Se basa en el presupuesto de que los seres humanos tienden a moverse hacia la totalidad y la auto-realización y que los miembros individuales, así como el grupo en su totalidad, pueden hallar su propia dirección con un grado mínimo de ayuda por parte del terapeuta o “facilitador”. El enfoque centrado en la persona subraya más las cualidades personales del terapeuta del grupo que las técnicas terapéuticas porque la principal función del facilitador es crear un clima fértil y curativo en el grupo. Esta terapia se concibe mejor como un “modo de ser” que un “modo de hacer” (Corey Gerald, 1995).

Según Rogers los seres vivos tienden de manera innata a la actualización, ésta se expresa a través de varios motivos específicos que tienen el propósito común de mantener y hacer más atractivo al organismo. Esta tendencia inherente a todo ser viviente le permite desarrollar todas sus capacidades; cuando éste y el ambiente están a tono, ambos se enriquecen y satisfacen sus potencialidades, *mientras que un medio de tensiones o un organismo poco saludable dificultan la tendencia a la actualización*(Gonzáles, 1999).

En términos generales, la terapia está dirigida a proporcionar al cliente experiencias nuevas que reiniciarán el proceso de crecimiento o actualización. Estas nuevas experiencias incluyen principalmente la relación con una persona (terapeuta) quien tratará al cliente en formas que no conlleven condiciones de valor, que aceptará al cliente tal como es y que lo valorará como persona (Bernstein A. Douglas, 1986).

Rogers fue adquiriendo cada vez mayor interés en la consejería y la terapia como una forma de llevar a cabo su ministerio con las personas con problemas, para las cuales desarrolló una forma especializada de “terapia centrada en el cliente”(Rogers 1951). Su teoría se basaba en el principio humanista de que si la gente recibe libertad y apoyo emocional para crecer, puede desarrollarse en un ser humano pleno. Afirma que los individuos son capaces de resolver sus problemas y convertirse en quien desean ser sin necesidad de críticas o dirección, sino animados por el ambiente de aceptación y comprensión de la situación terapéutica (Rice, 1997)

Rogers decía que cada uno de nosotros tiene dos yo: el yo que percibimos ser (el “yo que es nuestra percepción del *yo real*) y nuestro *yo ideal* (lo que nos gustaría ser) Rogers (1961) consideraba que cada uno de nosotros es víctima del *afecto positivo condicional* (es decir, otorgar amor, alabanzas y aceptación sólo si el individuo se conforma a las normas sociales de los padres), que recibimos de los demás (Papalia& col., 2005).

No podemos tener amor o aprobación de los padres o de otras personas a menos que nos conformemos a las rígidas normas sociales y familiares. Se nos dice lo que debemos hacer, pensar y cuando no vivimos de acuerdo con las normas de los demás se nos critica, rechaza, castiga o apostrofa. Con frecuencia fracasamos, por lo que desarrollamos una baja autoestima, devaluamos nuestro *yo real* y perdemos de vista lo que realmente somos (Berryman, 1998).

Rogers dijo que cuando tenemos una mala auto imagen, o nos comportamos mal, necesitamos aún más amor, aprobación, compañía y apoyo de los demás. Necesitamos *afecto positivo incondicional*(es decir, proporcional al individuo, aceptación y aprecio independientemente de conductas socialmente inaceptables), porque somos seres humanos de valía y dignidad (Quitman, 1989).

Rogers afirmaba que el individuo saludable, la persona plena, es una persona que a alcanzado congruencia entre el *yo real* y el *yo ideal*, una situación que da por resultado la liberación del conflicto interno y la ansiedad (Rogers, 1987).

#### **4.3 PRINCIPIOS BÁSICOS DEL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA**

Para la Psicología Humanista la investigación de la persona implica, el conocimiento de las vivencias y experiencias fuera del “clásico” escrutinio científico, considerando que existen otras formas de conocer la realidad y de descubrir la verdad como el arte, la literatura, la experiencia mística, cuya principal preocupación es el reconocimiento de la subjetividad (Ortiz, 1998 y Melendres, 2000).

En el año de 1964, Burgental formula los principios de la Psicología Humanista bajo el título de Basic Postulates and Orientation of Humanistic Psychology los cuales a continuación se enuncian (Quitmann, 1992):

- \* El hombre, en su condición de ser humano es más que la suma de sus elementos, es un organismo unificado.
- \* La existencia del hombre tiene su esencia en el seno de las relaciones humanas.

- \* El hombre tiene como característica esencial la conciencia.
- \* El hombre tiene capacidad de elegir y decidir.
- \* El hombre es intencional, vive orientado hacia una finalidad.
- \* El mundo tiene un orden natural que se da en la libertad.
- \* El hombre es el único capaz de tener conciencia y de trascenderse a sí mismo.
- \* La tarea principal del hombre es convertirse en él mismo, llegar a ser lo que realmente es.
- \* El hombre es responsable de su existencia, no hay autoridad superior a su propia conciencia.
- \* “Estar en el mundo” es una característica existencial del ser humano.

A partir de las ideas nacidas de la perspectiva humanista, se forma una postura teórico-científica que enuncia que la Psicología Humanista (Quitmann, 1992):

- Se preocupa por el ser humano que está en el centro de ella,
- proporciona más valor al sentido que al procedimiento metódico,
- busca validaciones en criterios humanos,
- acepta el relativismo de todo conocimiento,
- confía ampliamente en la orientación fenomenológica,
- no desprecia las contribuciones de otras orientaciones incluso trata de ajustarlas dentro de una concepción más amplia de la experiencia humana.
- promueve el desarrollo tomando en cuenta las capacidades y potencialidades del ser humano.

Roger toma algunos de los principios de la Psicología Humanista para desarrollar lo que actualmente conocemos como “Enfoque Centrado en la Persona” (Porrás, 2001).

Algunas de las bases teóricas propuestas desde del Enfoque Centrado en la Persona enuncian que: (Rogers, 1979).

1. La conducta es causada y la causa psicológica de la conducta es cierta percepción o manera de percibir.
2. El cliente es el único que tiene la posibilidad de conocer plenamente la dinámica de sus percepciones y su conducta.
3. Para que la conducta cambie, se debe experimentar un cambio en la percepción. Esto no puede ser sustituido por el conocimiento intelectual.
4. Las fuerzas constructivas que produce modificaciones en la percepción, reorganización de la personalidad y re-aprendizaje, residen primariamente en el cliente y probablemente no puedan provenir de afuera.
5. En un sentido preciso y significativo, la terapia es el diagnóstico, y éste es un proceso que se desarrolla en la experiencia del cliente, más que en el intelecto del clínico.

Finalmente Rogers construyó algunas nociones de su práctica terapéutica en base a algunos principios existenciales como el significado del ser humano, el equilibrio entre la libertad, la responsabilidad y la relación cliente/terapeuta como clave para el cambio (Corey Gerald, 1995).

González (1999), menciona que en la teoría de Rogers en la terapia centrada en la persona desarrollo conceptos básicos, para así poder ser más preciso y completo con el método fenomenológico, los cuales serán explicados a continuación.

- *Tendencia a la propia actualización y el proceso orgánico de valoración*
- *Bondad básica de la naturaleza humana*: Rogers (1961), considera como uno de los más importantes principios básicos de la naturaleza humana el que sus motivaciones y tendencias sean positivas.
- *Respeto de la individualidad*: Aunque el individuo sea considerado irritable y detestable por los estándares sociales comunes, debe ser tratado con respeto y aceptado como un ser humano con dificultades y problemas que impiden su realización como persona; merece una consideración positiva, entendida como la aceptación incondicional de la persona, aun cuando en el sentido social no sea digno de ella.

- *Naturaleza dual del yo*: Según Rogers, una gran discrepancia entre el concepto del yo y el yo real trae como consecuencia una personalidad y comportamiento en particular. A veces, tiene mayor peso el resultado del concepto del yo que el yo real, pero otras veces el resultado es directo del yo real sin importar la naturaleza del concepto propio.
- *Conocimiento y conversión al yo real*: Rogers (1951) informa que en las terapias exitosas, el concepto propio se modifica al utilizar los sentidos y las experiencias viscerales así como al confiar plenamente en sí mismo.
- *Incongruencia*: Se refiere a la discrepancia entre el concepto del yo y las experiencias reales de éste, la cual conduce a una tensión y confusión interna, debido a que ambas influyen en el comportamiento del individuo.
- *Introyección de valores, creencias y comportamientos*: Una forma común de auto-distorsión es resultado de la introyección, que consiste en adoptar valores, creencias y comportamientos de otro (por lo general, de alguien con autoridad sobre la persona) y aceptarlas como si en realidad fueran las propias. Este proceso lleva a la incongruencia entre las verdaderas necesidades, sentimientos y deseos del individuo.
- *Condiciones de Valía por otros*: Según Rogers, lograr esta aceptación por medio del apego a normas establecidas o condiciones de valía es un indicio de buen ajuste.
- *Necesidad de un respeto positivo*: Además de los poderes de recompensa y castigo que poseen en forma natural los padres y otras personas importantes, existe otro aspecto que promueve la formación de condiciones de valía, a saber, la necesidad del niño de un respeto positivo.

Durante su práctica terapéutica, Rogers encontró que las personas que acudían a él con problemas de personalidad, en realidad estaban tratando de encontrarse a sí mismas (Giordani, 1997).

Rogers se percató de que las mejorías en el funcionamiento de la personalidad ocurrían cuando el cliente podía descubrir y expresar su yo real, es por ello que se mencionaran algunos puntos de vista sobre la anormalidad, desde la perspectiva Rogeriana (González, 1999).

- *Concepto defectuoso de sí mismo como causa de comportamiento anormal*: La motivación más importante del comportamiento es el propio concepto, pues lo que la persona piense de sí misma influye en todo lo que hace; se actúa como se cree ser; por lo tanto, tener una concepción defectuosa del yo conlleva anormalidades de su yo verdadero y su yo real.

- *Trastornos emocionales*: Cuando salen mal las cosas en el desarrollo y funcionamiento de la personalidad, las emociones y los sentimientos son los más perjudicados, pues éstos son la parte más fuerte en un ambiente anormal.
- *Colapso Psicológico*: La persona con una concepción falsa del yo tiene que limitar las experiencias vitales, tanto las que vienen del interior como las que provienen del mundo exterior.
- *Poder del papel cultural*: En los jóvenes la concepción del yo encaja con un estereotipo cultural, ya que tales roles son o parecen ser muy provechosos. Los jóvenes se aferran a ellos con todo lo que tienen, trabajan con empeño para estructurar su yo de tal forma que sea acorde y satisfaga estas metas.

#### **4.4. ANCEDENTES HISTÓRICOS DE LA PSICOTERAPIA CENTRADA EN LA PERSONA**

La formulación teórica elaborada por Rogers para la Psicoterapia Centrada en la Persona se relaciona con varias áreas, siendo los principales: la teoría de la terapia, teoría de la personalidad y teoría de las relaciones humanas, esta formulación tiene que ver más estrechamente con los hechos observados, por lo que además cuenta con un sustento empírico importante (Rogers, 1980).

La teoría que envuelve al Enfoque Centrado en la Persona, está conformada al menos por unas cuarenta categorías. Además de que el grueso teórico del enfoque rogeriano se compone de varias teorías que pueden analizarse con cierta independencia, las más importantes serían: la Teoría de la Terapia y de la Modificación de la Personalidad, la Teoría de la Personalidad y de la Dinámica de la Conducta, la Teoría del Funcionamiento Óptimo de la Personalidad, la Teoría de las Relaciones Humanas, la Teoría de las Relaciones Familiares, la Teoría de la Dirección de grupos y la Teoría de la Solución de Tensiones y Conflictos en los Grupos (Jardon, 1997 y Rogers, 1997)

Los principios de la Psicoterapia Centrada en la Persona se acompañan de una nueva concepción del hombre que defiende la libertad y la tendencia del ser humano a desarrollarse y promoverse de tal manera que (Díaz, 1996; González, 1987 y Rogers, 1997):

1. La persona es valiosa por sí misma, independientemente de sus accidentes demográficos (edad, nivel socioeconómico, estado civil, nombre, nacionalidad, sexo).

2. La naturaleza humana es constructiva, digna de confianza. Aunque el desarrollo constructivo del ser humano se bloquea por situaciones adversas, conserva en estas circunstancias su tendencia hacia el desarrollo integral.
3. Los impulsos agresivos del ser humano son producto de la enajenación, en la que el contacto consigo mismo se pierde y adopta una actitud defensiva.
4. La salud se manifiesta al vivir funcionalmente como un organismo total, esto es, cuando no hay necesidad de negar aspectos de la experiencia.
5. El ser humano aprende de manera significativa durante su propia experiencia.
6. Se puede confiar en la persona y en su innata curiosidad y deseo de aprender.
7. La persona llega a conocerse, aceptarse y respetar su dignidad como ser humano, a través de la observación de sí mismo, para así lograr la autonomía para llegar a ser una persona autosuficiente.
8. Promover el autoconocimiento, la auto-aceptación, la autoestima, la comunicación auténtica, la actividad creadora y la autocrítica.

La aplicación de actividades concretas, se apoya en los principios sobre los que se ha construido la Psicoterapia Centrada en la Persona, mismos que permiten al facilitador participar en la experiencia inmediata de la persona (Rogers y Kinget, 1971b). ...”Para hacer comprender al cliente que se participa en su experiencia –que se piensa no “en” él, sino “con” él- habrá que recurrir a veces a la reproducción exacta de su comunicación, en los mismos términos en que él la hace”... (Rogers y Kinget, 1971b, p. 63). Esta es una de las diferentes formas con las que cuenta el facilitador para su práctica de la Psicoterapia Centrada en la Persona y que se conoce con el nombre de respuesta-reflejo.

Este tipo de respuesta forma parte de la metodología de la Psicoterapia Centrada en la Persona, la cual permite al facilitador transmitir a la otra persona, la comprensión empática, la consideración positiva incondicional y la autenticidad, como una constante durante el trabajo terapéutico. La respuesta-reflejo, implica devolver al cliente el mismo mensaje que él ha comunicado al terapeuta a través del lenguaje tanto verbal como no-verbal expresando ya sea de manera explícita e implícita (Giordani, 1997).



#### 4.5 PSICOTERAPIA CENTRADA EN LA PERSONA

La psicoterapia centrada en la persona se basa en una profunda sensación de confianza en la capacidad del grupo para desarrollar su propio potencial moviéndose en una dirección constructiva. Para que un grupo progrese, debe desarrollarse una atmósfera de aceptación y confianza en la que los miembros puedan mostrar aspectos de sí mismos que normalmente ocultan y avanzan así hacia nuevas conductas.

Corey Gerald (1995), señala que el trabajo grupal es sintetizado por Rogers de la siguiente manera: “Los individuos tienen dentro de sí vastos recursos para la auto-comprensión y para la modificación de sus auto-conceptos, actitudes básicas y conducta auto-dirigida; estos recursos pueden actualizarse si se proporciona un clima definible de actitudes psicológicas facilitadoras”.

Según Rogers (1986), el clima necesario que libera nuestra tendencia actualizadora se caracteriza por tres actitudes primarias del terapeuta:

1. Genuidad: autenticidad o congruencia del terapeuta.
2. Aceptación positiva incondicional (aceptación no positiva): Es la aceptación y el interés por los miembros.
3. Empatía: Se muestra esta empatía cuando se es capaz de sentir con exactitud los sentimientos y significados personales que están experimentando los miembros del grupo.

Estos tres factores, llamados también “condiciones nucleares”. El cambio y crecimiento terapéutico de la personalidad se producirá en la medida en que el terapeuta sea genuino, exprese aceptación y empatía hacia sus clientes y en la medida en que los clientes perciban estas condiciones (Braaten, 1986; Thorne, 1992 & Rogers, 1987, citado en Corey, 1995). Natiello (1987) añade otra condición terapéutica central para la práctica del enfoque centrado en la persona: *el poder personal*: Este es un estado en el que los individuos son conscientes y pueden actuar en base a sus propios sentimientos, necesidades y valores sin necesidad de buscar la dirección fuera de sí mismo.

Coghlen y Mullduff (1990) mantienen que un aspecto importante de la formación de los facilitadores de grupos consiste en enseñarles a usar su poder personal. Como el enfoque centrado en la persona subraya el equilibrio del poder, es fundamental que la conducta del facilitador no limite de ningún modo el poder de los miembros. Sin embargo, es un mito que los terapeutas del enfoque centrado en la persona se muestren pasivos, abnegados, no se impliquen y respondan a los otros reflejando meramente sus respuestas (Natiello, 1987).

Según Rogers (1986) el rol del terapeuta consiste en acompañar a los clientes en sus viajes hacia el auto-descubrimiento. La terapia centrada en la persona conduce a un proceso de auto-exploración y auto-realización y muestra un menor interés por el dominio de destrezas, técnicas o estrategias de liderazgo (Corey, 1995).

#### **4.6. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO TERAPÉUTICO**

Rogers asegura que: “en el estado actual de nuestros conocimientos no sabemos realmente qué es el proceso esencial de la terapia, su descripción definitiva es aún tarea del futuro” (Rogers, 1979, p. 97 en Porras 2001). Sin embargo, Rogers procedió a realizar la descripción del proceso terapéutico en Orientación psicoterapia. Dentro de la cual presenta una serie de pasos (que por cuestiones didácticas se describen por separado y en un orden concreto), que representan tan sólo una aproximación debido a que cada uno de los pasos no es un hecho aislado, sino una parte que se mezcla y superpone con otras en el proceso psicoterapéutico (Rogers, 1984<sup>a</sup>).

A continuación se describirán los pasos a seguir en el proceso terapéutico:

1. El sujeto llega para recibir ayuda. Se proporciona a la persona una base para la auto-comprensión y para la acción responsable en el proceso terapéutico y en hechos de mayor importancia. “Si es el mismo cliente quien se responsabiliza de la visita, también aceptará la responsabilidad de enfrentarse con sus problemas” (Rogers, 1984b, p. 41).
2. La situación de ayuda queda definida. En ella se concientiza a la persona de que el facilitador no tiene las respuestas, y que la situación psicoterapéutica le provee de un espacio donde ella puede con ayuda, llegar por sí misma a la solución de sus problemas.
3. El facilitador fomenta la libre expresión de los sentimientos que acompaña al problema. Se pretende fomentar la libre expresión de manifestaciones de hostilidad y ansiedad, de sentimientos de preocupación y de culpabilidad, de posturas ambivalentes e indecisas de la persona. Consiguiendo esto por medio de una actitud de interés y receptiva del orientador.
4. El facilitador acepta, reconoce y clarifica los sentimientos de la persona. Se pretende crear una atmósfera en la cual la persona es capaz de reconocerse con sentimientos negativos y aceptarlos como parte de sí misma, en vez de proyectarlos a otros o esconderlos. El facilitador reconoce y acepta completamente aquellos sentimientos que la persona ha sido capaz de expresar, lo que le concede la oportunidad para continuar expresándose aún más libremente.

5. Cuando los sentimientos negativos del sujeto han sido expresados en su totalidad, surgen expresiones vagas y tentativas de impulsos positivos que promueven el crecimiento. De esta etapa depende todo el proceso psicoterapéutico considerando la hipótesis: “Cuando más violentas y profundas sean las expresiones negativas –con tal de que sean aceptadas y asumidas-, tanto más fiables serán las expresiones de amor, de sociabilidad, de respeto propio y de deseos de madurez” (Rogers, 1984<sup>a</sup>, p.46).
6. El facilitador acepta y reconoce los sentimientos positivos expresados, de la misma manera que aceptó y reconoció los negativos. Los sentimientos positivos no son ni más ni menos que los negativos, dichas expresiones le proporcionan la posibilidad a la persona de comprenderse a sí misma como es, al reconocerlas como integrantes de su personalidad.
7. La captación intuitiva –insight-, la comprensión del propio Yo y su asunción, constituyen el siguiente paso importante de todo este proceso. En esta etapa se proporcionan los conocimientos sobre los que la persona construirá nuevos niveles de integración.
8. Mezclando con el proceso de captación intuitiva –es necesario recordar que las etapas indicadas no son exclusivas y que no se siguen en orden riguroso- se da un proceso de clarificación de las decisiones y de los modos de acción posibles. El orientador en esta etapa espera ayudar a la persona a clarificar las diferentes elecciones que puede realizar y a reconocer el sentimiento de miedo y la falta de valor para llevar adelante lo experimentado por el individuo.
9. La iniciación a acciones positivas pequeñas pero altamente significativas. En esta etapa se pone de manifiesto que la persona está preparada para motivar el tipo de conducta que resolverá su problema.
10. Existe una acción positiva e integradora cada vez mayor por parte de la persona. El miedo a la toma de decisiones ha disminuido y existe mayor confianza para la toma de decisiones por sí misma. Es frecuente en esta etapa que algunos de los síntomas del comportamiento permanezcan; sin embargo la persona los capta de manera diferente y tiene un dominio distinto de la situación (Rogers, 1984<sup>a</sup>).
11. Existe una necesidad cada vez menor de recibir ayuda y un reconocimiento por parte de la persona de que la relación debe terminar. En esta etapa “El tiempo pone un límite a estas visitas y ellas llegan a su final aún sin quererlo, de una manera natural. Algunas veces, en la última entrevista, el cliente trae un montón de problemas viejos o nuevos, con la intención de mantener la relación, sin embargo el clima es muy diferente de aquel de las primeras visitas, cuando los problemas eran reales” (Rogers, 1984<sup>a</sup>, p.50).

Pensando en la confianza que tiene el Enfoque Centrado en la Persona en la naturaleza creativa del hombre y de los principios formulados por la Psicoterapia Centrada en la Persona se abordara y se detallara sobre las actitudes y actividades favorables para facilitar un proceso de autoexploración personal desde la expresión abierta y clara de sentimientos, sensaciones y actitudes con que asume la persona fuera del contexto terapéutico; su existencia y su relación intra e interpersonal. Esto debido a que en el caso específico de adolescentes que viven con VIH/SIDA el facilitador pueda con los principios y actitudes pueda facilitar el proceso de crecimiento y autoconocimiento del adolescente, al generar un ambiente de seguridad psicológica, capaz de fomentar un cambio enriquecedor para el desarrollo personal.

#### **4.7 ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA EN EL PROCESO GRUPAL**

El trabajo con grupos desde el Enfoque Centrado en la Persona, es un proceso sutil y complejo con potenciales terapéuticas únicas, dentro del cual la persona aprende lo que significa proporcionar y recibir comprensión y apoyo emocional de una forma nueva y más madura. Dicho trabajo se fundamenta en los mismos principios que la psicoterapia individual, sin embargo es más que la multiplicación de participantes ya que permite que la persona tenga encuentro beneficiosos con otros además del terapeuta, facilitándose con ello un proceso complejo de interacción personal promotora del potencial de la persona (Rogers, 1979).

Para hacer posible lo anterior, se requiere del facilitador quien es la persona responsable de generar un ambiente de seguridad psicológica, desde su vivencia de las actitudes básicas y favorecer la sensación de confianza en los integrantes del grupo. El trabajo propuesto dentro del Enfoque Centrado en la Persona en VIH/SIDA, anota básicamente como elementos importantes la vivencia de las condiciones básicas:

- La aceptación positiva incondicional
- La empatía
- La congruencia

Lo cual también incluye; el respeto por la persona en cuanto al tiempo que requiere para avanzar a su propio ritmo y no al de otros, la confrontación empática, la comunicación clara y abierta, la escucha activa sin colocarse en la pose de autoridad, considerando siempre la importancia y delicadeza de las personas que viven con VIH/SIDA y las involucradas en la atención (Madero, 2001).

Las implicaciones de la presencia del VIH/SIDA no solo influyen en la vida de la persona que es portadora, sino también en el resto de los integrantes que conforman su núcleo familiar. Al respecto, parece que hasta ahora, sólo en el caso de los niños portadores de VIH/SIDA se ha realizado dentro del Enfoque Centrado en la Persona un trabajo estructurado de apoyo psicoterapéutico a familiares más allá de la “sensibilización” en el cuidado y atención del portador, que involucre la forma en que ellos como familiares, experimentan y viven con el VIH/SIDA (Ayala, 1997 y Quijada, 1999).

Considerando estos trabajos se plantea que un proceso de autoconocimiento y crecimiento personal a partir de la vivencia de las actitudes básicas plantea viable el diseño de una propuesta para la problemática del VIH/SIDA. Teniendo incluso desde esta la posibilidad de realizar una confrontación empática con conductas autodestructivas y la vivencia de un irreversible proceso de cambio; así como la autoexploración de la autoestima, desde un espacio en el que los participantes no sean evaluados, juzgados o etiquetados (Cohen, 2000; González y Rey, 2000; Madero 2001; Pérez, Luna y Hernández, en prensa y Quijada, 1999).

Se ha estudiado la importancia que tiene en la salud, proveer una atención de calidad y calidez dentro de la problemática del VIH/SIDA; un ejemplo es la estrategia de acompañamiento directa e inmediata a la notificación del resultado (Modelo de consejería previa y posterior a la toma de muestra para prueba de anticuerpos de VIH, propuesta por el CENCIDA), ya que se considera que desde la notificación del diagnóstico de detección de anticuerpos VIH, el estado anímico y emocional de la persona es vulnerado representando incluso un posible riesgo para su salud integral (Aguilar, 2000).

El proceso de consejería puede realizarse desde que una persona decide hacerse una prueba de laboratorio para conocer su estado serológico, siendo en todo momento ella la que decide su inicio y seguimiento, sin embargo, esta propuesta no incluye el seguimiento familiar.

Los trabajos de seguimiento realizados en el Enfoque Centrado en la Persona en VIH/SIDA han descrito y analizado sus consecuencias personales y familiares, partiendo de que la actitud y comentarios externos, influyen de manera importante en el estado de ánimo, favoreciendo en muchos casos, una respuesta psicoinmunitaria favorable para el desarrollo de la última etapa del VIH/SIDA, la enfermedad del SIDA (Aguilar, 2000 & Porras, 2001).

#### **4.7.1 PSICOTERAPIA EN EL PROCESO GRUPAL**

El proceso grupal provee un entorno que promueve el sentido de equilibrio en las personas, ya que les permite confirmar sentimientos y creencias favorables para su desarrollo y modificar aquellos que por su comparación con las experiencias de los demás miembros del grupo, identifican que les son

desagradables. Lewin afirmaba en relación a los grupos que estos son una estructura que emerge de la interacción de los individuos. Una estructura que por si mismo produce cambios en estos (Araiza, 1997).

Dentro del desarrollo de los trabajos elaborados por Carl Rogers, centra su atención sobre la atmósfera y el encuentro entre las personas, donde el terapeuta acepta la relación y se muestra abierto y sin máscaras mostrando incluso algunos de sus sentimientos. Aquí el trabajo no se trata tan solo de formas de conversación beneficiosas en la terapia, sino de encuentros beneficiosos entre seres humanos, que abarcan todos los ámbitos de la vida que implican relaciones interhumanas. Antecediendo a los procesos terapéuticos, se adopta el rubro *enfoque centrado en la persona* al considerar que centrarse en la persona es algo más que un nuevo método en la psicoterapia, es “otra filosofía de la vida y de la relación” es un enfoque en continua y constante reformulación y desarrollo (Rogers, 1980 en Quitmann, 1992).

La psicoterapia grupal posee como característica particular que la persona que asiste a una sesión terapéutica puede interactuar no sólo con el terapeuta, sino con otra(s) persona(s). El proceso de la actividad terapéutica grupal desde la *psicoterapia centrada en la persona* es aplicable bajo los mismos principios que la psicoterapia individual, sin embargo, es más que la multiplicación de participantes y la extensión del trabajo psicoterapéutico individual a varias personas simultáneamente.

Es un proceso sutil y complejo con potenciales terapéuticos únicos. La aplicación grupal de la *psicoterapia centrada en la persona* se distingue básicamente, de la individual en el hecho de que; dentro del trabajo de grupo, la persona aprende lo que significa proporcionar y recibir apoyo emocional y comprensión de una forma nueva y más madura, se considera además a las técnicas como medios de expresión y se tiene una mínima preocupación por el diagnóstico (Rogers, 2004).

La labor del terapeuta a quien se denomina facilitador es la de propiciar un ambiente de seguridad psicológica que favorezca la sensación de confianza en los integrantes del grupo de tal manera que ellos se permiten el intercambio de vivencias y creencias desde un ambiente de respeto, confianza y libertad; el cual se fomenta desde la vivencia de las actitudes básicas del facilitador (Rogers, 2004).

## **C A P I T U L O V**

### **METODO Y DISCUSIÓN**

#### **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Un modelo de intervención primaria centrado en la persona en la modalidad de auto-apoyo, constituirá una herramienta sistemática, metodológica que facilite la atención del psicólogo en adolescentes portadores de VIH?

Cómo ya se mencionó la etapa de la adolescencia se presenta en mujeres y hombres con diferentes manifestaciones en el ámbito fisiológico, morfológico, psicológico y social, que son observadas de manera simultánea afectando de forma global la vida de los adolescentes; por otra parte en esta etapa de curiosidad y de experimentar su sexualidad, se arriesgan a contraer ITS y VIH/sida, si ya es un conflicto los cambios propios de la etapa, el VIH/sida la hace aún más difícil y complicada, provocando un desequilibrio en todas las áreas ya mencionadas.

Por consiguiente comienzan a presentar una serie de conductas que se manifiestan a través de acciones tales como cansancio, falta de interés, aislamiento, entre otros; así mismo son percibidos un sin fin de emociones como la angustia, ansiedad, tristeza, ira, estado de ánimo variable, sentimientos indefinidos, etc.; los cuales se relacionan en la forma como perciben su realidad. Sin embargo las actividades y relaciones con otras personas se ven afectadas, pues el choque de saberse seropositivo de VIH/sida, los lleva al conflicto de tomar la decisión de a quienes se los dirán, el miedo de ser rechazados y ser excluidos de grupos de amigos, vecinos y hasta de familiares cercanos.

Por lo anterior, resulta importante recibir apoyo psicológico; para disminuir el impacto emocional causado por la pandemia. Sin embargo, por la gran cantidad de personas con VIH/sida y la insuficiencia de personal y de instituciones, los grupos de autoayuda aumentaron rápidamente, debido a que las personas tenían la necesidad de crear sus propios espacios en donde podían ser escuchados, aceptados, compartir sus experiencias como seropositivos o personas enfermas de sida; así como sentirse parte de un grupo que les brindará seguridad, respeto y confianza para hablar de sus sentimientos, preocupaciones, miedos e inquietudes; sin temor a ser rechazados, juzgados, criticados o señalados.

Sin embargo esta población desde su origen a la actualidad es adulta; existen muchos grupos de autoayuda, pero no dirigidos a adolescentes, por los pocos estudios realizados en México, por lo que se presenta esta investigación, con la finalidad de proporcionar herramientas para los psicólogos y trabajadores de la salud, en la formación de grupos de auto-ayuda para adolescentes que viven con VIH o han desarrollado sida; siendo el propósito principal dar origen a una intervención psicológica a través de un enfoque humanista dirigido a un grupo de auto-apoyo.

## **5.1 OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Instrumentar un modelo de intervención primaria centrado en la persona en la modalidad de auto-apoyo, que contribuya a facilitar la atención primaria del psicólogo y facilite el proceso adaptativo psicosocial de adolescentes portadores de VIH.

### **Objetivos Específicos**

1. Identificar las dificultades adaptativas en el ámbito biopsicosocial detectadas por las instituciones que trabajan con adolescentes que viven con VIH.
2. Consensar la respuesta tipo en el proceso adaptativo del adolescente que se le notifica como seropositivo.
3. Determinar la importancia de la intervención del psicólogo bajo el esquema de aplicación desde el enfoque centrado en la persona contemplando las características de auto-apoyo con adolescentes que son portadores del VIH/sida.
4. Proponer acciones para instrumentar en los grupos de: Apoyo, ayuda y Terapéuticos, en los casos de VIH/sida.

**5.2 Hipótesis de Trabajo:** “Es posible que el adolescente que vive con VIH tenga un proceso adaptativo en el ámbito grupal, a través de una intervención Terapéutica basado en la teoría Centrado en la Persona”.



### **5.3 Variables**

*Variable Independiente (V.I.):* “La etapa de la adolescencia y el VIH”

*Variable Dependiente (V.D.):* “Teoría centrada en la persona de Carl Rogers en la modalidad de autoapoyo para la atención primaria del psicólogo en adolescentes con VIH”

### **5.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Se trata de una investigación descriptivo ya que no habrá una medición deliberada de variables, sino que la investigación se basará en la propuesta de enfoque teórico de intervención primaria.

### **5.3 TIPO DE ESTUDIO**

Exploratorio-Descriptivo

### **5.4 MUESTRA**

El Estudio realizado no amerita sujetos, por ello no amerita muestra

- *Materiales:* No se requieren para el tipo de estudio.
- *Técnicas:* No se requiere por el tipo de estudio
- *Diseño:* No se requiere por el tipo de estudio
- *Tipo:* Debido a las características del tema no se requiere por el tipo de estudio
- *Controles:* Instituciones del sector privado o público, como hospitales, clínicas u organizaciones que brinden atención primaria a pacientes con VIH o que hayan desarrollado sida dirigidos a: niños, adolescentes, jóvenes y adultos; con personal que tenga la licenciatura en psicología con el conocimiento de técnicas grupales en la modalidad de auto-apoyo y aplicación del modelo humanista.

## **5.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN**

### *Criterios de Inclusión*

- Adolescentes notificados y portadores de VIH.
- Adolescentes que hayan tenido síntomas de sida.

### *Criterios de Exclusión*

- Adolescentes que no hayan sido notificados ni sean portadores de VIH.
- Adolescentes que no hayan presentado síntomas de sida.

## **5.7 PROCEDIMIENTO**

Para hacer posible lo anterior, se requiere del facilitador quien es la persona responsable de generar un ambiente de seguridad psicológica, desde su vivencia de las actitudes básicas y favorecer la sensación de confianza en los integrantes del grupo. El trabajo propuesto dentro del Enfoque Centrado en la Persona en VIH/sida, anota básicamente como elementos importantes la vivencia de las condiciones básicas:

- La aceptación positiva incondicional.
- La empatía.
- La congruencia.

Lo cual también incluye; el respeto por la persona en cuanto al tiempo que requiere para avanzar a su propio ritmo y no al de otros, la confrontación empática, la comunicación clara y abierta, la escucha activa sin colocarse en la pose de autoridad, considerando siempre la importancia y delicadeza de las personas que viven con VIH/sida y las involucradas en la atención (Madero, 2001). Las siguientes herramientas son las que debe manejar el facilitador para un manejo apropiado de grupo:

1. El facilitador deberá producir confianza al tener la dirección del grupo, es decir, los integrantes del grupo deben saber ¿Quién es el responsable?, ¿Para que se encuentran allí?, ¿Qué se supone que deban hacer?, y reflejar la preocupación que los miembros presentan en esta etapa.
2. Manejar dinámicas de grupo para la integración de este mismo, para facilitar la comunicación.

3. En esta etapa se puede dar la resistencia debido al impacto de ser portadores del VIH/sida y el estigma de ser rechazados por los que lo rodean; esto puede dar la pauta a la exploración personal, además de poder exteriorizar sus sentimientos con relación a su vida anterior (como la llevaban).
4. Una vez que el grupo a avanzado, es probable que el ambiente se torne negativo; por lo que Kübler Ross (2006) nos menciona cinco etapas por las cuales pasa una persona que es notificada como sero positivo: Durante *la negación*, el paciente anula de su conciencia la realidad patológica que sufre, desprecia la información que ha recibido y se resiste a mantener una condición de paciente que afecte su actual modo de vida. La *ira* supone la reacción de sentimientos de culpa que pueden favorecer la aparición de demandas asistenciales y terapéuticas que estén fuera del alcance de los recursos del paciente, que pueden motivar rupturas agresivas con la gente que lo rodea, fundamentalmente en el caso de la familia y de sus médicos tratantes.

La *negociación* es una forma de adaptación que trata de subsanar las culpas, con el fin de posibilitar la esperanza. La fase *depresiva* supone una evidencia por parte del paciente de su realidad como portador de una enfermedad fatal; implica una disminución de los procesos negadores, de tal manera que se puede llegar a la *aceptación* del VIH/sida.

5. Manejo del “aquí y ahora”. Estas expresiones pueden dar lugar a que se valla formando la confianza y se puedan arriesgar a decir su historia, dando origen a la libertad y aceptación.
6. Exploración de los sentimientos. El grupo comienza a liberar sentimientos interpersonales inmediatos.
7. En este periodo de conocimiento de sí mismo y de los demás, se comenzará a dar de forma espontánea el interés, apoyo, comprensión y preocupación de unos a otros.
8. En este lapso de interés da lugar a la Auto-aceptación”, originando el inicio de cambio; es decir los adolescentes empezaran a aceptar aspectos de sí mismos que anteriormente habían negado o distorsionado. En la medida que los miembros aceptan sus puntos fuertes y sus debilidades, abandonan sus defensas y aceptan el cambio.
9. Después de este momento se hace una confrontación entre sí y se convierte en un proceso emocional intenso, que puede verse como un avance de las interacciones descritas en las etapas anteriores.

- 10.El encuentro básico; como los miembros establecen entre sí relaciones más directas y cercanas de lo habitual en la vida cotidiana, surgen relaciones genuinas *persona a persona*. En este punto los miembros empiezan a experimentar cuán significativas pueden ser las relaciones cuando existe la sensación de comunidad y el compromiso de trabajar por una meta.
- 11.En medida que progresan las sesiones, en el grupo se produce el acercamiento y aceptación de los miembros derivados de la expresión honesta de los sentimientos de los participantes hacia sí y hacia los demás. Este sentimiento terapéutico de cercanía conduce al último y más importante cambio.
- 12.Cuando los miembros experimentan una mayor facilidad para la expresión de sus sentimientos, sus conductas, manierismos e incluso su nueva condición de vida (VIH/sida) empieza a cambiar. Tienden a actuar de forma abierta; expresan sentimientos más profundos hacia los otros; logran una mayor comprensión de sí mismos y elaboran formas más efectivas para relacionarse con los otros. Si los cambios son efectivos, los miembros trasladarán sus nuevas conductas a las situaciones vitales cotidianas (Corey Gerald, 1995).

## **5.5 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PRIMARIA PARA EL PSICOLOGO GENERAL A TRAVÉS DE UN MODELO HUMANISTA EN GRUPOS DE AUTO-APOYO CON ADOLESCENTES QUE SON PORTADORES DE VIH/SIDA.**

Según Núñez y Los certales, 1996, el Grupo de Auto-apoyo para adolescentes que viven con VIH/sida es un *grupo pequeño* máximo 12 integrantes (Canto, 2002) de ambos sexos, que ya hayan sido notificados y sean portadores de VIH/sida; además de que dentro de esta misma tengan pre y pos consejería como primer ayuda psicológica. Se llevaran a cabo 8 sesiones las cuales se desarrollaran más adelante.

El lugar donde se apliquen las sesiones de grupo tiene que tener las siguientes cualidades: un ambiente confortable en el cual este libre de ruidos, amplio, iluminado, de tal forma que los adolescentes se sientan cómodos y en confianza; sillas suficientes para todos los integrantes.

De acuerdo con Cooley (1909) & Schäfers (1984); el grupo de auto-apoyo es un grupo primario ya que son en los que los seres humanos establecen contactos sociales primarios y desarrollan su yo (social). Tales grupos ofrecen la posibilidad de socialización e integración social, así como la constante posibilidad de formar la propia identidad, de mantener relaciones íntimas y espontáneas (Canto, 2002).

Una de las características que se toma para el funcionamiento del grupo de auto-apoyo para adolescentes que viven con VIH/sida es de “*Los grupos de referencia comparativa*”; los cuales sirven como criterio para el establecimiento de comparaciones por parte del individuo para que valore a otras personas y a sí mismo Kelley (1952). Tendrían una función de carácter comparativo y perceptivo, que tendría como finalidad el servir de punto de referencia y el permitir al individuo (adolescente) autoevaluarse y valorar a los demás. El Facilitador tendrá el conocimiento y aplicación del Enfoque Centrado en la Persona de Carl Rogers, así mismo las herramientas de intervención psicológica como son: la evaluación, diagnóstico psicológico y consejería como primer ayuda reeducativa, y el conocimiento de instituciones gubernamentales y asociaciones civiles para canalizaciones si es necesario una intervención más profunda. Las actitudes del terapeuta hacia el grupo conformado son: Genuina, Aceptación positiva Incondicional, Empatía y el Poder Personal. Además del rol que debe desempeñar es como compañía para los adolescentes en el auto-descubrimiento, en el proceso de auto-exploración y a la auto-realización.

La construcción de un grupo de auto-apoyo para adolescentes que viven con VIH/SIDA, se debe conformar con las características ya mencionadas anteriormente basadas en la corriente humanista y con la terapia propuesta por Carl Rogers “Terapia centrada en la persona”; sin embargo debemos tomar en cuenta los objetivos principales y a su vez lo que se puede lograr. Es decir, los que unen un problema en común (VIH/sida), cuales son sus elementos de contención y enfocarse en el “Aquí y ahora”. La oportunidad de crecer, cambiar, pertenecer aun colectivo, aprender maneras constructivas de vivir con VIH/sida; intercambios educativos e informativos, exploración de la realidad y la capacidad de enfrentamiento.

El programa de intervención a través de un modelo humanista en grupos de auto-apoyo con adolescentes que son portadores de VIH/sida está constituida por 12 etapas que el facilitador debe manejar, sin embargo estas pueden no seguir un patrón o una secuencia establecida y pueden variar considerablemente dependiendo de las características propias del grupo, las cuales serán explicadas más adelante.

Cabe mencionar que es solo una propuesta de intervención, la forma de aplicación dependerá de la Institución donde se realice, a sí mismo como la sensibilización previa, es decir, que las personas que lleguen a solicitar una atención psicológica se encuentren informadas sobre el proceso de VIH/sida, los grupos de auto-apoyo, etc.

La siguiente descripción terapéutica esta basada en la Teoría Centrada en la Persona por Carl Rogers en la cual se llevarán 8 sesiones cada una de ellas tendrá una duración de 2 horas de las cuales están constituidas por 44 fases, al término de estas el proceso adaptativo psicosocial de los adolescentes portadores de VIH/sida será óptimo para poder desenvolverse con su nueva condición y llevando una calidad de vida:

Propuesta de técnicas de integración y desarrollo para la intervención del psicólogo en grupos de auto-apoyo con adolescentes que son portadores de VIH/sida: Una revisión teórica.

Objetivo	Propósito	Tema	Actividad	Material	Tiempo
<b>PRIMERA SESIÓN</b>					
Crear un clima de confianza y aceptación mutua entre los miembros del grupo	Conocer las expectativas grupales e indicar el encuadre.	FASE 1 Presentación	Se les indicará la forma de trabajo como: Duración aproximada de las sesiones, Tema de cada sesión, Metodología de trabajo, Confidencialidad; El grupo depende del grupo, Anonimato, Respeto y Comunicación.	Ninguno	20 min.
Desarrollar la confianza entre los integrantes del grupo.	Disminuir el grado de incertidumbre y ansiedad	FASE 2 Atrévete	El grupo forma un círculo y al azar un integrante se colocará en medio, rodeado de todos sus compañeros, cerrará los ojos y debe tirarse al suelo sabiendo que va a ser recogido en el aire por sus compañeros	ninguno	40 min.
Interacción y conocimiento de sí mismo y de los compañeros del grupo.	Propiciar el conocimiento mutuo entre los miembros del grupo. Crear un clima relajado que favorezca la interacción en el seno del grupo.	FASE 3 Rumbo al desconocido	Se les va a indicar que responderán un cuestionario que se les dará; tendrán que buscar entre los miembros del grupo a un miembro que reúna las características que se piden en cada ítem del cuestionario. No repetirán los nombres e intentarán hablar con todos.	Se les proporcionará la hoja cuestionario o "Busca entre los miembros del grupo una persona"; y	40 min.

				lápices.	
Abordar el tema del VIH/SIDA y resolver dudas.	Proporcionar información sobre la seropositividad y sus cuidados	FASE 4 Lluvia de preguntas en torno al tema	Presentación del tema e invitación a que los participantes expresen sus dudas, todas las aportaciones se escribirán en un pizarrón.	Pizarrón y plumones	20 min.
Desarrollar la forma correcta de cuidados médicos.	Dar a los participantes la información básica en cuento a los cuidados que le permitirán alargar el período asintomático.	FASE 5 Búsqueda de respuestas mediante equipos de trabajo.	Una vez que se cuente con un listado de preguntas, se agrupara por números impares; cada grupo elegirá a su representante y el bloque de preguntas que más le interese.	Hojas y lápices	20 min.
Desarrollar el tema con base al conocimiento previo del grupo.	Permitir que el grupo logre sus propias respuestas de acuerdo con sus conocimientos.	FASE 6 Exposición en plenaria de los resultados de cada equipo	Una vez que los participantes agoten la discusión de sus respuestas, posturas y creencias, se compartirán en plenaria las respuestas, pero sobre todo que reflexionen sobre el proceso del pequeño grupo de trabajo “¿Desde dónde han hablado?”	Ninguno	20 min.
Ampliar el tema de la exclusión social y cuales son nuestros derechos.	Cuestionar y aportar elementos para la ruptura de condicionamientos y valores que	FASE 7 Reflexión (devolución de la información)	Facilitar la decantación de los aspectos de su problemática para que pueda valorarla con menos estigma, marginación, etc., preparándolo una recepción profunda y certera de la fase de sesión.	ninguno	20 min.

	puedan interferir en el proceso del paciente				
<b>Objetivo</b>	<b>Propósito</b>	<b>Tema</b>	<b>Actividad</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>
<b>SEGUNDA SESIÓN</b>					
Determinar las etapas médicas, psicológicas y emocionales, cuando una persona seropositiva se encuentra en la etapa sintomática.	Cuales son los temas más inquietantes en relación al tema "Procesos de la enfermedad"	FASE 8 Lluvia de preguntas	En esta sesión sólo se tocarán las facetas médicas y psicológica, las preguntas se irán anotando dentro de los listados que corresponda y cualquier otra quedará para la siguiente sesión.	Pizarrón, plumones o papel bond	30 min.
Desarrollar el tema con base al conocimiento previo del grupo.	Partiendo de su propio conocimiento encontrar las respuestas	FASE 9 Búsqueda de las respuestas	Una vez agotadas las aportaciones grupales, se dividirá al grupo en seis equipos, solicitando que cada uno de ellos escoja un listado de preguntas y comentarios para trabajar.	Hojas y lápices.	30 min.
Ampliar el tema y dar solución a las dudas del grupo.	Aclarar las dudas sobre el tema, así reduciendo la tensión y ansiedad que pueda producirse.	FASE 10 Exposición de plenaria	Los representantes de cada subgrupo leerán las conclusiones de su trabajo, el Psicólogo precisará, aclarar o corregir las aportaciones de cada equipo. Es dar a conocer las Fases biológicas de la enfermedad, sintomatología general y criterios para diferenciar entre la sintomatología de la enfermedad y la	Ninguno	60 min.



			causada por otras razones, repercusiones psicológicas del proceso físico,		
Determinar cuales son los temas que el grupo no a confrontado.	Reflexionarán sobre el tema y su condición.	FASE 11 Devolución de la información	El psicólogo señalará aquellos puntos que el grupo no ha enfrentado de manera directa, aquellos que ha encarado fácilmente.	Ninguno	10 min.
<b>Objetivo</b>	<b>Propósito</b>	<b>Tema</b>	<b>Actividad</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>
<b>TERCERA SESIÓN</b>					
Originar un clima de aceptación de si mismo y de quién le rodee.	Aumentar el nivel de conocimiento entre los miembros del grupo y tener la certeza de la imagen que damos a los demás y los afectos que provocamos	FASE 12 Bombardeo positivo	El coordinador presenta la técnica afirmando lo difícil que resulta para las personas dar y recibir afecto. Se elige a una persona al azar y el resto de los miembros del grupo le han de expresar los sentimientos positivos que sienten por ella. Otras personas van a convertirse sucesivamente en el foco de atención de los demás, hasta que todos hayan recibido la opinión de resto del grupo.	Ninguno	50 min.
Ampliar la información vista en las anteriores sesiones.		FASE 13 Cuidados que debe tener una persona con el VIH/SIDA	La sesión dará inicio invitando a los participantes a que evoquen lo sucedido en la reunión anterior. Es importante observar qué puntos se han fijado con mayor profundidad y firmeza; cuáles necesitan ser reafirmados y cómo ha recibido el grupo la información.	Ninguno	20 min.
Ampliar la	Dar información	FASE 13	Retomando el material anterior sobre las	Pizarrón	20 min.

información vista en las anteriores sesiones.	básica sobre los cuidados que se deben tener	Lluvia de preguntas	fases de la enfermedad, se motivará al grupo para que exprese qué se puede hacer frente a cada uno de los síntomas de la enfermedad. Toda participación deberá anotarse para formar un mosaico de síntomas-precauciones.	o papel bond y plumones	
Exploración de interés Sociales	Buscar sus propios interés	FASE 15 Búsqueda de respuestas	De acuerdo con los cuatro subtemas: "Cuidados físicos, psicológicos, familiares-sociales y legales", el grupo se dividirá según los intereses de cada uno de los participantes. Los equipos organizaran su trabajo bajo la siguiente guía de discusión: Ordenar progresivamente de mayor a menor importando las formas de cuidado, Especificar en cada una qué aspectos se deben considerar para tomar decisiones al respecto y Enlistar aquellas instituciones que puedan brindar cualquier tipo de apoyo.	Hojas blancas y lápices	40 min
Estableces los cuidados primarios	Aclarar dudas, especificar y corregir si es necesario.	FASE 16 Exposición de la plenaria	Cada equipo expondrá en plenaria su trabajo, y el psicólogo precisarán en caso necesario los siguientes cuidados: Físicos-Aseo, Psicológicos-estrés, Familiares- sociales; y legales.	Ninguno	50 min
Desarrollar el tema con base al conocimiento previo del grupo.	Partiendo de su propio conocimiento encontrar las respuestas	FASE 17 Búsqueda de las respuestas	Una vez agotadas las aportaciones grupales, se dividirá al grupo en seis equipos, solicitando que cada uno de ellos escoja un listado de preguntas y comentarios para trabajar.	Hojas y lápices.	30 min

Determinar cuales son los temas que el grupo no ha confrontado.	Reflexionaran sobre el tema y su condición.	FASE 18 Devolución de la información	El psicólogo señalara aquellos puntos que el grupo no ha enfrentado de manera directa, aquellos que ha encarado fácilmente.	Ninguno	10 min
Cierre de la tercer sesión	Conclusiones	FASE 19 Devolución de información	El psicólogo devolverá la información al grupo, señalando posibles significados que den sentido al haberse detenido con mayor o menor profundidad ante determinados temas, haciendo notar los elementos más relevantes de cada uno en la sesión.	Ninguno	10 min
<b>Objetivo</b>	<b>Propósito</b>	<b>Tema</b>	<b>Actividad</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>
<b>CUARTA SESIÓN</b>					
potenciar la cohesión grupal a través de la comunicación	Mejorar los hábitos de escucha	FASE 20 Contar historias	El grupo es colocado en círculo, se le pide a un miembro del grupo que empiece a contar una historia inventada. Tras la primera intervención, siguiendo un orden (de derecha a izquierda) cada miembro del grupo irá completando la historia. Se enfatiza que es importante que la historia contenga coherencia.	Ninguno	40 min
Ampliar la información vista en la anterior sesión.	Introducir al siguiente tema	FASE 21 Tratamiento	La sesión se iniciará como las anteriores, recordando lo sucedido, a fin de aclarar y puntualizar aquellos aspectos que persisten sin fijación.	ninguno	20 min
Conocer tratamientos filmológicos y alternativos para	Profundizar sobre los tratamientos que se conocen	FASE 22 Lluvia de preguntas	Se pedirá a los participantes que enumeren todos los tratamientos que conozcan, sean alopáticos o de cualquier otro tipo. A continuación se solicitará que	Pizarrón o papel bond y plumones	30 min

el VIH/SIDA			definan someramente la lógica fundamental que anima a cada conjunto.		
Profundizar como funcionan los tratamientos alternativos para el VIH/SIDA	Jugando a ser medico	FASE 23 Búsqueda de preguntas	Se dividirá al grupo en equipos de trabajo de acuerdo con las distintas opciones, para llenar el siguiente formato: Alopática, homeopática, naturista, macrobiótica, acupuntura, hidroterapia, tradicional, etc.	Hojas blancas y lápices	45 min
Análisis de los resultados de la sesión anterior.		FASE 24 Exposición en plenaria	Cada representante de equipo expondrá frente al grupo los resultados de su trabajo. El psicólogo precisará la información resultante del trabajo grupal.	Hojas blancas y lápices	45 min.
Determinar cuales son los temas que el grupo no ha confrontado.	Reflexionaran sobre el tema y su condición.	FASE 25 Devolución de la información.	El psicólogo señalará aquellos puntos que el grupo no ha enfrentado de manera directa, aquellos que ha encarado fácilmente.	Ninguno	10 min.
Desarrollar el tema con base al conocimiento previo del grupo.	Partiendo de su propio conocimiento encontrar las respuestas.	FASE 26 Búsqueda de las respuestas.	Una vez agotadas las aportaciones grupales, se dividirá al grupo en seis equipos, solicitando que cada uno de ellos escoja un listado de preguntas y comentarios para trabajar.	Hojas y lápices.	30 min.
Cierre de la sesión cuatro y solución de dudas.		FASE 27 Devolución de información.	El psicólogo devuelve la información al grupo, señalando los temas más recurrentes de la sesión y el significado de ello, así como los obstáculos que se han presentado.	Ninguno	10 min.

---

<b>Objetivo</b>	<b>Propósito</b>	<b>Tema</b>	<b>Actividad</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>
<b>QUINTA SESIÓN</b>					
Potenciar la cooperación en grupo y favorecer la comunicación interactiva	Comunicación e integración grupal	FASE 28 Poema en grupo	Se sitúa alrededor de la pizarra. Se les pide que entre todos deban escribir un poema. El psicólogo les informa que todos los miembros del grupo han de tomar parte en la composición, pero no pueden hablar entre sí, tan sólo escribir en la pizarra. La técnica concluye con	Pizarrón o papel bond y plumones	50 min.

			unas valoraciones generales.		
Desarrollar conciencia sobre los cuidados de sexo seguro	Sensibilizar al grupo sobre las consecuencias de no tener sexo seguro	FASE 29 Sexo seguro	Se iniciará la sesión como las anteriores	Ninguno	20 min.
Disminuir la tensión y los mitos que se generen en torno al tema	Generar un ambiente de confianza y libertad	FASE 30 Lluvia de preguntas	Se invitará a los participantes a que formulen todas sus dudas en torno a lo que es el sexo seguro. Se estará atento a la actitud grupal frente al tema, ya que es probable que haya cierta resistencia profunda en pensar la alternativa de continuar con una vida sexual activa.	Pizarrón o papel bond y plumones	20 min.
Resolver mitos y leyendas	Generar trabajo en equipos	FASE 31 Búsqueda de respuestas	Se formarán grupos al azar y se trabajaran las preguntas, dudas y mitos que hayan surgido.	Hojas blancas y lápices.	20 min.
Dirigir el tema y contener las emociones expuestas	Permitir la libre expresión de cada uno de los integrantes	FASE 32 Exposición en plenaria	Cada representante de equipo expondrá frente al grupo los resultados de su trabajo. El psicólogo precisará la información resultante del trabajo grupal.	Ninguno	35 min.
Enfrentar aquellos puntos que el grupo no ha enfrentado de manera directa.	Observar el comportamiento del grupo y si es necesario contener las emociones surgidas por el tema.	FASE 33 Devolución de la información	El psicólogo señalará aquellos puntos que el grupo no ha enfrentado de manera directa, aquellos que ha encarado fácilmente. El psicólogo devuelve la información al grupo, señalando los temas más recurrentes de la sesión como son: ¿Qué es la sexualidad?, ¿Conviene a una persona que vive con VIH continuar su vida sexual activa?, ¿Qué	Ninguno	50 min.

			cuidados son importantes observar?, ¿Cuál es la lógica fundamental del sexo seguro?, ¿Cómo ha cambiado su relación con la sexualidad a partir de saber su seropositividad? Y ¿Cuáles son las técnicas básicas del sexo seguro?		
Contención de los aspectos psicológicos que se hayan destacado.	Cierre de los temas	FASE 34	Contener y solucionar los obstáculos que se presentaron, las ansiedades que se manifestaron grupalmente y el posible cambio de los mismos. Canalización terapéutica (médica y/o psicológica individual) de aquellos participantes que lo requieran.	Ninguno	30 min.
Reproducción de los temas vistos con familiares	Reproducción de información	FASE 35	Invitar a los participantes a promover entre sus conocidos y familiares la información vista.	Abierto a lo que propongan los participantes del grupo.	30 min.
Desarrollar el tema con base al conocimiento previo del grupo.	Partiendo de su propio conocimiento encontrar las respuestas	FASE 36 Búsqueda de las respuestas	Una vez agotadas las aportaciones grupales, se dividirá al grupo en seis equipos, solicitando que cada uno de ellos escoja un listado de preguntas y comentarios para trabajar.	Hojas y lápices.	30 min.
Determinar cuales son los temas que el grupo no ha confrontado.	Reflexionarán sobre el tema y su condición.	FASE 37 Devolución de la información	El psicólogo señalará aquellos puntos que el grupo no ha enfrentado de manera directa, aquellos que ha encarado fácilmente.	Ninguno	10 min.
Finalizar la primer	Cierre de la	FASE 38	Puntualizar los temas que se abordaron	Pizarrón	

etapa del grupo	quinta sesión.		con dificultad y proponer nuevos temas de intereses para los participantes.	y marcador	
-----------------	----------------	--	-----------------------------------------------------------------------------	------------	--

Objetivo	Propósito	Tema	Actividad	Material	Tiempo
<b>SEXTA SESION</b>					



Hacer conscientes a los participantes que poseen estereotipos y prejuicios	Reflexionar sobre la forma de adquisición de los estereotipos y sus funciones	FASE 39 El refugio subterráneo	El facilitador les proporcionará una hoja donde en la cual se encuentra una situación hipotética (se debe presentar como si fuera una situación real). Se les informa que ha existido un desastre nuclear y en el único refugio que esta abierto sólo quedan cinco lugares, y en puerta queriendo entrar están 10 personas. Ellos tienen que elegir a las 5 que se salvarán, teniendo que escribir en una hoja las razones por las que han elegido a esas 5 personas y como rechazaron al resto. Una vez que han realizado la tarea, el facilitador les preguntará a cada uno de los participantes y se realizaran los comentarios oportunos sobre los prejuicios y estereotipos que poseen.	Relación de aspirantes al refugio	50 min.
Comprobar los estereotipos que se asocian automáticamente a personas con VIH/SIDA	Reflexionar sobre la exclusión social	FASE 40 Generando cambios	El facilitador confrontará el tema de la exclusión social, generando sensibilización y conciencia no solo de forma individual sino que los participantes puedan generar cambios en su entorno familiar y social.	Ninguno	60 min.
Que los participantes puedan reflexionar sobre los estereotipos		FASE 41	Hacerles comprender a los adolescentes, cómo en el lenguaje se perpetúa el racismo y la exclusión social.	Ninguno	1 hora.

Desarrollar el tema con base al conocimiento previo del grupo.	Partiendo de su propio conocimiento encontrar las respuestas	FASE 42 Búsqueda de las respuestas	Una vez agotadas las aportaciones grupales, se dividirá al grupo en seis equipos, solicitando que cada uno de ellos escoja un listado de preguntas y comentarios para trabajar.	Hojas y lápices.	30 min.
Determinar cuales son los temas que el grupo no ha confrontado.	Reflexionaran sobre el tema y su condición.	FASE 43 Devolución de la información	El psicólogo señalará aquellos puntos que el grupo no ha enfrentado de manera directa, aquellos que ha encarado fácilmente.	Ninguno	10 min.
Generar discusión y conclusiones sobre los temas vistos	Cierre de sesión	FASE 44	El facilitador comenzará la discusión sobre los temas vistos, generando conciencia ahora sobre la nueva condición de salud con la que están viviendo. Contener las emociones que posiblemente salgan y si es necesario hacer diagnóstico y canalización.	Ninguno	50 min.

Objetivo	Propósito	Tema	Actividad	Material	Tiempo
<b>SEPTIMA SESION</b>					
Exponer un tema desde distintos puntos de vista para favorecer la discusión entre los adolescentes.	Motivar la participación	FASE 45 Mesa redonda	Se trata de una discusión llevada a cabo por expertos. Los expertos tienen que aportar su visión sobre el tema desde su punto de vista, estando dispuestos a contestar las dudas de los adolescentes en un debate posterior. El facilitador finalizará la sesión haciendo un resumen integrando de las principales ideas que se han expuesto. Solicitar apoyo a instituciones que trabajen con esta problemática social como lo es el VIH/SIDA, Puede ser a Fundación Mexicana Contra la lucha del SIDA A.C., Casa de la Sal A.C., etc., solicitar el apoyo de expertos en este caso Médicos y Personal en contacto con pacientes terminales.	El que solicite el Experto invitado	90 min.
Exponer un tema desde distintos puntos de vista para favorecer la discusión entre los adolescentes.	Motivar la participación	FASE 46 Mesa redonda	Se trata de una discusión llevada a cabo por expertos. Los expertos tienen que aportar su visión sobre el tema desde su punto de vista, estando dispuestos a contestar las dudas de los adolescentes en un debate posterior. El facilitador finalizara la sesión haciendo un resumen integrando de las principales ideas que se han expuesto.	El que solicite el Experto invitado	90 min.

			Solicitar apoyo a instituciones que trabajen con esta problemática social como lo es el VIH/SIDA, Puede ser a Fundación Mexicana Contra la lucha del SIDA A.C., Casa de la Sal A.C., etc., solicitar el apoyo de expertos en este caso a un Sexólogo y aun Terapeuta experto en el tema de la sexualidad.		
Exponer un tema desde distintos puntos de vista para favorecer la discusión entre los adolescentes.	Motivar la participación	FASE 47 Mesa redonda	Se trata de una discusión llevada a cabo por expertos. Los expertos tienen que aportar su visión sobre el tema desde su punto de vista, estando dispuestos a contestar las dudas de los adolescentes en un debate posterior. El facilitador finalizará la sesión haciendo un resumen integrando de las principales ideas que se han expuesto. Solicitar apoyo a instituciones que trabajen con esta problemática social como lo es el VIH/SIDA, Puede ser a Fundación Mexicana Contra la lucha del SIDA A.C., Casa de la Sal A.C., etc., solicitar el apoyo de expertos en este caso a un Tanatólogo y Terapeutas que puedan contener y solucionar los obstáculos que se presentaron, las ansiedades que se manifestaron grupalmente y el posible cambio de los mismos. Canalización terapéutica	El que solicite el Experto invitado	90 min.

Desarrollar el tema con base al conocimiento previo del grupo.	Partiendo de su propio conocimiento encontrar las respuestas	FASE 48 Búsqueda de las respuestas	Una vez agotadas las aportaciones grupales, se dividirá al grupo en seis equipos, solicitando que cada uno de ellos escoja un listado de preguntas y comentarios para trabajar.	Hojas y lápices.	30 min.
Determinar cuales son los temas que el grupo no ha confrontado.	Reflexionaran sobre el tema y su condición.	FASE 49 Devolución de la información	El psicólogo señalará aquellos puntos que el grupo no ha enfrentado de manera directa, aquellos que ha encarado fácilmente.	Ninguno	10 min.
Apertura de inquietudes	Cierre de la quinta sesión.	FASE 50	Puntualizar los temas que se abordaron con dificultad y proponer nuevos temas de intereses para los participantes.	Pizarrón y marcador	

---

Objetivo	Propósito	Tema	Actividad	Material	Tiempo
<b>OCTAVA SESION</b>					
Motivar al adolescente propiciando y	Concientizar al adolescente sobre el camino	FASE 51 Sensorama "Instantes"	El facilitador llevará al grupo a una vivencia sensorial que les permitirá reflexionar sobre su nueva condición,	El que soliciten en el	

reflexionar sobre los instantes que aún hay por vivir	que aun le queda por recorrer		dando pauta a tener esperanza de realizar aquellas metas, proyectos y sueños. Se invitará por lo menos tres expertos que pueden contener y solucionar los obstáculos que se presenten	Sensorama	
Retomar la experiencia sensorial que se vivió.	Buscar y generar el cambio en sus vidas	FASE 52	El facilitador puntualizará en los proyectos de vida, motivando y reflexionando que a pesar de su nueva condición pueden ser capaces de realizar cualquier cosa, siempre y cuando tengan los cuidados necesarios y una toma de decisión responsable.	Ninguno	50 min.
Resolver las dudas y abortar el tema de mayor interés para los adolescentes	Solucionar dudas y abrir un debate	FASE 53 Tema de interés	El facilitador comenzará resolviendo las dudas que surgieron de la última vez que se reunieron y abriendo un debate sobre el tema de mayor interés del grupo.		50 min.
Desarrollar un resumen de todas las sesiones asistidas.	Puntualizando en los temas mas fuertes que se hayan observado	FASE 54	El facilitador comenzará con una dinámica de integración grupal de su elección; dando pauta a abordar los temas que generaron resistencia y aquellos que generaron cambios, con el propósito de concientizar a los adolescentes que son capaces de confrontar diferentes procesos de su vida como es el social, cultural, psicológico, biológico y religioso.		60 min.
Desarrollar el tema con base al	Partiendo de su propio	FASE 55 Búsqueda de	Una vez agotadas las aportaciones grupales, se dividirá al grupo en seis	Hojas y lápices.	30 min.

conocimiento previo del grupo.	conocimiento encontrar las respuestas	las respuestas	equipos, solicitando que cada uno de ellos escoja un listado de preguntas y comentarios para trabajar.		
Determinar cuales son los temas que el grupo no ha confrontado.	Reflexionaran sobre el tema y su condición.	FASE 56 Devolución de la información	El psicólogo señalará aquellos puntos que el grupo no ha enfrentado de manera directa, aquellos que ha encarado fácilmente.	Ninguno	10 min.
Finalizar las sesiones	Cierre de todos temas vistos	FASE 57	En esta sesión el adolescente tiene las herramientas para que se le facilite el proceso adaptativo psicosocial, el facilitador hará un cierre del grupo resaltando los puntos mas importantes que haya observado durante todo el proceso del grupo de auto-apoyo. Se harán las evaluaciones y diagnóstico para las canalizaciones que sean necesarias.		90 min.



## 5.5 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se analizó e investigó el trabajo grupal que existe en México para adolescentes portadores de VIH, encontrado que el miedo ante la pandemia, la ignorancia que la rodea y el círculo social puede ser muy cruel ante esta situación, que los padres y/o tutores que acuden a Organizaciones gubernamentales, Casa de la Sal A.C., etc., para pedir ayuda deciden que sea anónima, por lo cual no existe un trabajo de grupo para adolescentes.

Encontrando que el trabajo grupal que existe en estas instituciones se orienta al tratamiento e intervención para adultos exclusivamente, estos son grupos de autoayuda y grupos de apoyo, con diferentes enfoques psicológicos; proporciona herramientas al grupo para tener un proceso adaptativo.

Gracia (1997) señala que los grupos de autoayuda han crecido y desarrollado por sí solos, sin mucha ayuda o guía profesional, han creado su propia cultura, sus propias tradiciones y su propia forma de hacer las cosas, por lo que es importante saber que los grupos en los que participan las personas con VIH/sida, en México se reúnen de 2 a 4 veces al mes, las sesiones tiene una duración de 1 hora, 2 horas, 3 horas y en algunos casos el tiempo es indefinido, siendo primordialmente de 2 horas. En su mayoría son dirigidos por un profesional que participa en el grupo, siendo en su mayoría Psicólogos y en algunos casos hay un equipo de trabajo integrado por 2 o 4 profesionales (Psicólogo, Trabajador Social, Enfermera y Médico), sin embargo sólo son para adultos.

Es cierto que los grupos de autoayuda han crecido en adultos, sin embargo falta trabajo de sensibilización en la sociedad mexicana, el trabajo que se hace en algunas instituciones (Fundasida, Casa de la sal, Conasida) para personas que viven o conviven con VIH/sida, sigue siendo insuficiente puesto que se sigue incrementando la población, demandando más atención y redes de contención; hacen falta programas dedicados a adolescentes pues la prevención y sensibilización son insuficientes para las necesidades que tienen.

El sector Salud (IMSS, ISSSTE) solo puede ofrecer canalizaciones terapéuticas, información a través de conferencias, trípticos, elaboración de carteles solo cuando es el día internacional de lucha contra el sida

Por lo que ubicando una necesidad de apoyo psicológico, se resalta que la propuesta de tratamiento, tiene bases teórico-prácticas actuales; además de mantener un apoyo de tratamiento médico y con la finalidad de llevar a los (as) adolescentes a la reconstrucción de una calidad de vida.

Esta Investigación aporta a su vez información confiable para ser retomada en otras investigaciones que pretendan abordar la temática aquí expuesta o bien algunas otras relaciones y al mismo tiempo enriquezcan y beneficien mutuamente; de poder vincular el estudio del adolescente portador de VIH/sida en el campo de su autoconcepción y desarrollo personal dentro de un proceso lleno de cambios, lo cual lleva a mayores alcances a la propia intervención psicológica en el ámbito grupal ya que permite al psicólogo realizar su función con una visión más cercana a su objeto de estudio.

Se demostró que el hecho de contactar con personas que comparten un mismo problema o condición, significa que no es “especial” o que los problemas no son debidos a algún tipo de fracaso personal, puesto que otras personas también experimentan esos sucesos estresantes y las reacciones emocionales a estos acontecimientos (el grupo contrarresta así los sentimientos de soledad y de sentirse único), (Gottlieb, 1983, citado en Gracia, 1997).

Es por ello que en este trabajo se investigó y se analizaron los recursos con los cuales cuentan los adolescentes portadores de VIH/sida, la propuesta de instrumentar un modelo de intervención en la modalidad de autoapoyo se fundamenta en el Enfoque Centrado en la Persona de Carl Rogers el cual le proporciona al Psicólogo tener herramientas para aplicar y que le faciliten al adolescente afrontar el proceso adaptativo psicosocial.

Éste trabajo surge del interés por crear una alternativa de atención grupal para adolescentes que viven con VIH, pensando en que experimentan el estigma social que involucra. A partir de lo anterior, se buscó un marco teórico que diera sustento y respaldo a una alternativa de intervención y que aportara herramientas al psicólogo en general para la intervención psicológica a través de un Enfoque Centrado en la Persona.

Considero esto, se eligió como marco teórico al Enfoque Centrado en la Persona propuesto por Carl Rogers, ya que dentro de éste se atiende como principal punto, el desarrollo potencial de las personas al considerar al individuo capaz de promover su propio enriquecimiento personal a partir del reconocimiento de sus habilidades y experiencias poco exploradas o desconocidas.

Dentro del Enfoque Centrado en la Persona se crea un ambiente de seguridad psicológica que parte de la vivencia y práctica de tres actitudes suficientes y necesarias; la empatía, la congruencia y la aceptación positiva incondicional de quien funge como facilitador, las cuales se creen indispensables y básicas para el desarrollo de este trabajo al plantear la posibilidad de organizar una metodología con un ambiente favorable para el encuentro de un grupo de personas que en su cotidianidad vive un ambiente de rechazo y discriminación desde el estigma por vivir con VIH/sida.

En la adolescencia, se tiene un patrón de comportamiento impredecible, falta de juicio que viene con la edad, por lo común no pueden apreciar las consecuencias adversas de sus actos.

Para los jóvenes, los riesgos de presentar el VIH/sida puede ser difícil de comprender. Como el VIH/sida tiene un largo periodo de incubación, el comportamiento arriesgado no tiene inmediatamente consecuencias manifiestas. Al mismo tiempo, para una persona joven los costos sociales de prevenir la infección por VIH/sida, inclusive la pérdida de la relación, de confianza y la pérdida de aceptación por parte de los compañeros puede ser un precio demasiado alto que pagar para la mayoría de los adolescentes. Además, muchos jóvenes no están enterados de que se entiende por comportamiento sexual arriesgado. Aún si reconocen el riesgo de contraer el VIH/sida, muchos creen que ellos mismos son invulnerables.

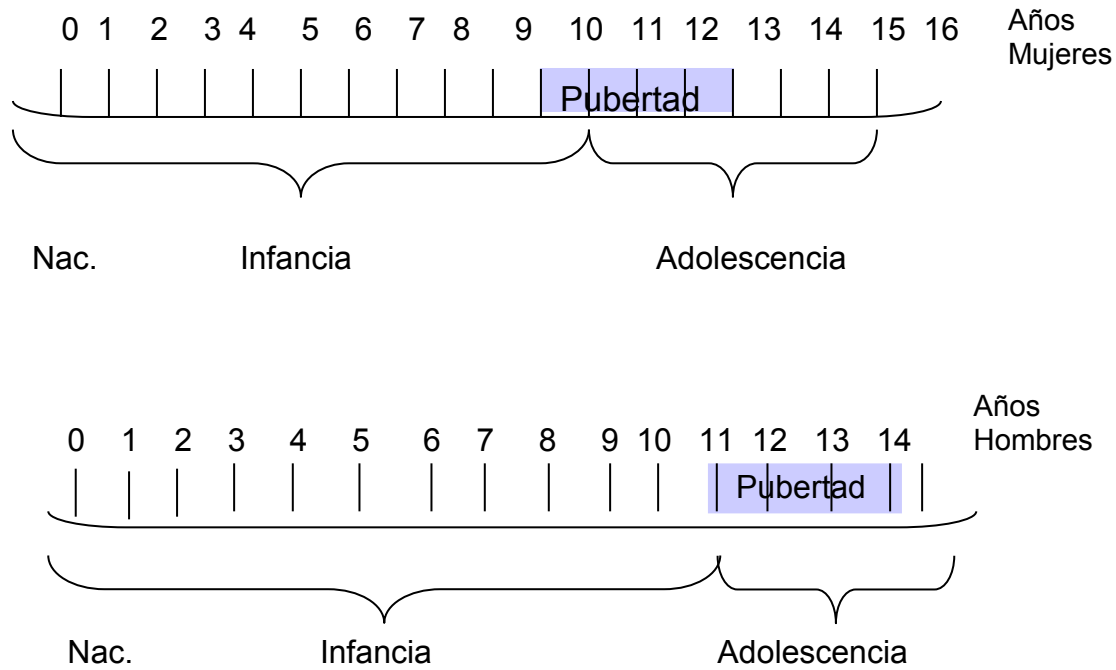
Por otra parte en nuestra cultura la muerte es sinónimo de desgracia, de pérdida irremediable, de equivocación, de accidente, de castigo. A pesar de que sabemos que llegará para todos los seres vivos insistimos en separarla de la existencia como si esta fuese una excepción, algo que no nos va a ocurrir, algo que no es parte de la vida. Sin embargo, esta concepción de la muerte, separada de la vida no es universal. No en todas las culturas ni en todos los tiempos la muerte ha estado unida a connotaciones negativas, si nos remontamos a nuestros orígenes, a los pueblos paleolíticos por ejemplo, sus entierros, dan cuenta de otra concepción, que nos permite hablar de tránsitos, de integración, de ciclos: vida muerte vida. Se han encontrado tumbas circulares, teñidas de ocre rojo, con presencia de conchas del molusco cauri, cuya forma es similar a los genitales femeninos y que ciertos expertos han llamado “el portal a través del cual la criatura entra al mundo”, estos vestigios han permitido develar una visión de la muerte como retorno a la fuente de vida, lo que podríamos denominar el viaje inverso para volver a nacer y perpetuar los ciclos de la vida. Además, los cursos o programas sobre educación sexual son un avance trascendente para la formación integral de los adolescentes, en los cuales no solo se brinde información orientada a la prevención de embarazos o de enfermedades de transmisión sexual, sino también vayan encaminados a la formación de valores positivos sobre una vida sexual segura y responsable.

En México el trabajo con adolescentes en Organizaciones como: CONASIDA, Casa de la Sal, FUNDASIDA, entre otras, se lucha por conseguir orientar a jóvenes, adultos, parejas y familias para prevenir el VIH/sida y también el trabajo con aquellos que son cero positivos, sin embargo no existe un trabajo específico o un grupo de auto apoyo para adolescentes, pues en la sociedad se ve la exclusión a personas que revelan ser seropositivo. Identificar las redes de contención que tienen los adolescentes portadores de VIH/sida.

La aportación de esta investigación es dar al psicólogo general una herramienta para el trabajo con adolescentes portadores de VIH, en la modalidad de grupos de auto-apoyo a través de un modelo humanista; trabajando el aquí y ahora. Además de realizar trabajo de sensibilización en las instituciones públicas y privadas como carteles, trípticos, pláticas donde se les informe sobre la infección crónico-degenerativa del VIH/sida, donde los mitos desaparezcan y no darle pauta a la exclusión social, por ignorancia o miedo al contagio. La información que se brinde debe estar actualizada en todo momento.

Anexos 1:

Figura 1.<sup>1</sup>



Nota: La pubertad abarca el fin de la infancia y el comienzo de la adolescencia

---

<sup>1</sup>Hurlock B. Elizabeth (1989) “Psicología de la Adolescencia”

Tabla 1.

<b><u>ETS</u></b>	<b><u>SINTOMAS</u></b>	<b><u>MUJERES</u></b>	<b><u>HOMBRES</u></b>	<b><u>TRANSMISIÓN</u></b>	<b><u>SIN TRATAMIENTO</u></b>
<b>GONORREA</b>	Aparece entre 2 y 21 días después de tener relaciones sexuales. La mayoría de las mujeres y hombres no presentan síntomas aún cuando tengan la enfermedad.	Flujo vaginal espeso, amarillo o blanco. Ardor o dolor al orinar o al defecar. Un dolor más intenso que de costumbre durante la menstruación. Cólicos y dolor en la parte baja del abdomen.	Una secreción espesa, amarilla o blanca, que sale del pene. Ardor o dolor al orinar o al defecar.	Durante las relaciones sexuales, ya sea por la vagina o por el recto, o mientras se practica el sexo oral (chupar el pene, la vagina o el ano) con alguien que tiene gonorrea.	La infección se vuelve cada vez más grave. Se puede afectar el corazón o puede producir enfermedades de la piel, artritis o ceguera. La madre puede contagiar a su bebé durante el parto.

<b>HERPES</b>	Aparecen entre 2 y 30 días después de tener relaciones sexuales. Síntomas parecidos a los de la gripe. Pequeñas lesiones o ampollas dolorosas en los órganos sexuales y en las nalgas.	Las ampollas duran de 1 a 3 semanas y estas vuelven a aparecer.	Las ampollas duran de 1 a 3 semanas y estas vuelven a aparecer.	Durante las relaciones sexuales, ya sea por la vagina o por el recto, o mientras se practica el sexo oral (chupar el pene, la vagina o el ano) con alguien que tiene herpes, aunque tenga síntomas que no se noten.	El herpes no tiene cura. La infección inicial dará paso a un estado latente con episodios periódicos. Una madre que tiene herpes puede contagiar a su bebé durante el parto, causándole daño neurológico o la muerte.
<b>SIFILIS</b>	Los primeros síntomas aparecen entre 1 y 2 semanas después de tener relaciones sexuales. Una llaga o úlcera de color rojiza-café en la boca o en los órganos sexuales que no es dolorosa. Una úlcera dura de 1 a 5 semanas. Esta desaparece pero la sífilis permanece.	Los síntomas aparecen de 6 semanas a 6 meses después de que brote la úlcera. Un salpullido en cualquier parte del cuerpo. El salpullido y los síntomas de gripe desaparecen pero la sífilis permanece.	Los síntomas aparecen de 6 semanas a 6 meses después de que brote la úlcera. Un salpullido en cualquier parte del cuerpo. El salpullido y los síntomas de gripe desaparecen pero la sífilis permanece.	Durante las relaciones sexuales, ya sea por la vagina o por el recto, o mientras se practica el sexo oral (chupar el pene, la vagina o el ano) con alguien que tiene Sífilis.	El sífilis no tiene cura. Se puede afectar el corazón, el cerebro, producir ceguera o la muerte. Una madre que tiene sífilis puede contagiar a su bebé durante el parto. Esto podría resultar en una serie de defectos congénitos en el bebé o la muerte.
<b>INFECCIÓN CLAMIDIAL</b>	Aparecen entre 7 y 21 días después de tener relaciones	Flujo vaginal abundante Sangrado vaginal	Una secreción blanca que fluye del pese	Durante las relaciones sexuales, ya sea	La infección se puede volver cada vez más grave. Se

	sexuales.	entre una y otra menstruación. Ardor o dolor al orinar Dolor en el abdomen, a veces con fiebre y náusea	Ardor o dolor al orinar	por la vagina o por el recto, o mientras se practica el sexo oral (chupar el pene, la vagina o el ano) con alguien que tiene la infección clamidial	pueden dañar los órganos reproductores. Tanto los hombres como las mujeres corren el riesgo de ser infértiles. Una madre que tiene la infección clamidial puede contagiar a su bebé durante el parto.
<b>VERRUGAS GENITALES</b>	Aparecen entre 1 y 6 meses después de tener relaciones sexuales	Pequeñas verrugas en los órganos sexuales y el recto que no desaparecen. Ardor o rasquiña alrededor de los órganos sexuales.	Pequeñas verrugas en los órganos sexuales y el recto que no desaparecen. Ardor o rasquiña alrededor de los órganos sexuales	Durante las relaciones sexuales, ya sea por la vagina o por el recto, o mientras se practica el sexo oral (chupar el pene, la vagina o el ano) con alguien que tiene verrugas genitales.	Salen más verrugas y es más difícil hacer que desaparezcan. Pueden producir condiciones que a la larga pueden resultar en cáncer. Una madre con verrugas genitales puede contagiar a su bebé durante el parto.



<p><b>VIH/SIDA</b> (virus de inmunodeficiencia humana / Síndrome de inmunodeficiencia adquirida)</p>	<p>La mayoría de las personas infectadas con el VIH no tienen ningún síntoma. Los síntomas aparecen varios meses o varios años después de haber contraído la infección. Ganglios inflamados por más de tres meses. Fiebres o escalofríos inexplicables y persistentes.</p>	<p>Presenta los mismos síntomas que un hombre. La madre puede transmitírselo a su bebé, durante la gestación en la matriz, durante el parto o aún durante la lactancia.</p>	<p>Diarrea persistente Pérdida de peso inexplicable y prolongada. Tos seca persistente con dificultades respiratorias. Manchas anormales en la piel, rojas o moradas, que no desaparecen Una capa espesa y blanca en la lengua Propensión a las hemorragias.</p>	<p>Durante las relaciones sexuales, ya sea por la vagina o por el recto, o mientras se practica el sexo oral, con alguien que esté infectado con el virus del SIDA (aunque no tenga síntomas). Al compartir jeringas usadas al inyectarse Mediante transfusiones de sangre infectada o de productos sanguíneos infectados.</p>	<p>Hay medicamentos que pueden disminuir los síntomas o el dolor, pero, no hay cura. La persona infectada les puede transmitir el VIH a otros. Casi todos los que están infectados con el VIH mueren años después de contraer la infección.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abrego L. y col. (2002). **Guía para la atención Psicológica de personas que viven con el VIH/SIDA**. México. CONASIDA
2. Ándalo P. (2004). **El SIDA como estigma social**. Conasida.
3. Aguilar, M. A. (2000). **Musicoterapia transpersonal: Alternativa para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH**. Tesis de Licenciatura. ENEP Iztacala.
4. American Psychiatric Association (2002) **Guía clínica para el tratamiento de los pacientes con VIH/SIDA**. México, ArsMedica
5. Atienza Martha (1987). **Estrategias en Psicoterapia Gestáltica**. Argentina, Nueva Visión Buenos Aires.
6. Bartlett G. Jhon, M. D., Finkbeiner K. Ann (1996). **Guía para vivir con VIH y SIDA**. México, Diana
7. Berryman C. Julia (1998). **Psicología del desarrollo**. México, El manual moderno
8. Carovano K. & Ramos M. M. (1991). **A través del espejo: el papel del consejero en la prevención del SIDA**. Washington, DC., AIDSCOM.
9. Canto Ortiz Jesús M. (2002). **Dinámica de Grupos: Aspectos técnicos, ámbitos de intervención y fundamentos teóricos**. México, Ediciones ALJIBE.
10. Conasida (2000) **Guía para la Atención Psicológica de personas que viven con el VIH/SIDA**. México, Printed. ISBN: 968811246-1.
11. Cassuto Jill-Patrice (1991). **Manual de SIDA e Infección por VIH**. Barcelona, Masson.
12. Cottrell L. Nield L. & Perkins K. **Effective interviewing and counseling of the adolescent patient**. Education Journals
13. Craig J. G. (2001). **Desarrollo Psicológico**. México, Prentice Hall
14. Corey Gerald (1995) **Teoría y practica de la Terapia Grupal**. Bilbao, Desclée de Brouwer.
15. Del Río Eduardo (1994). **El amor en los tiempos de SIDA**. México, Grijalva.
16. Durham D. Jerry & Cohen L. Felisa (1992). **Pacientes con Sida. Cuidados de enfermería**. México, El manual moderno.
17. Elkaim Mony & otros (1989). **Las Prácticas de la Terapia de red**. Barcelona, Gedisa.

18. Erikson, Erik (2000). **El ciclo vital completado**. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. ISBN 84-493-0939-5.
19. Fundación Mexicana para la lucha contra el sida, A.C. (FUNDASIDA)
20. Fundación Mexicana para la planeación familiar, A.C. (MEXFAM).
21. GesellArnold (2001). **El adolescente de 15 y 16 años**. México, Paidós.
22. González Núñez José de Jesús (1999). **Psicoterapia de Grupos: Teoría y Técnica a partir de diferentes escuelas Psicológicas**. México, El Manual Moderno.
23. González N. J J, Monroy V. A & Kupfrman S. E. (1978). **Dinámica de Grupos: Técnica y tácticas**. México, Editorial Concepto.
24. Gracia F. E. (1997). **Grupos de Autoayuda y Enfermedades que amenazan la vida de la persona, cáncer y sida**. Revista de Psicología de la salud. 9 (2).
25. Gracia F. E. (1997). **El apoyo en la intervención comunitaria**. México, Paidós.
26. Harold I. Kaplan & Sadock J. Benjamin (1998). **Terapia de Grupo**. Madrid, 3a edición, Panamericana.
27. Harman S. F. (1991). **La dirección de grupos**. México, Noriega.
28. Huarte de Ardevín Angeles (2005). **Adolescencia y Personalidad**. México, Trillas
29. Hurlock B. Elizabeth (1989 4<sup>ta</sup>, edición). **Psicología de la Adolescencia**. México, Paidós.
30. Horrocks E. John (1994). **Psicología de la Adolescencia**. México, Trillas.
31. Kübler-Ross Elizabeth (2006). **Sobre la muerte y los moribundos**. México, Printed. ISBN: 968-5958-75-0.
32. La Casa de la Sal, A.C.
33. Luft J. (1978). **Introducción a la dinámica de grupos: los pequeños grupos y su rol en la práctica social y educativa**. Barcelona, Heder.
34. Mackinney J. Paul y col. (1984). **Psicología del desarrollo**. México, Manual Moderno
35. McCary (1996). **Sexualidad Humana de McCary**. México, Manual Moderno.
36. Martínez A. Álvaro (1990). **La conjura del SIDA**. Caracas, Nueva visión.
37. Martínez Migélez Miguel (1999). **La psicología Humanista**. México, Trillas
38. Miller David (1993). **Viviendo con Sida y VIH**. 2<sup>a</sup> edición. México, Manual moderno.
39. Miller D. Weber J. & Green J. (1994). **Atención de pacientes de Sida**. México, Manual moderno.
40. Moreno J. M. (2001). **Psicología de la marginación Social**. México, Aljibe.

41. Moraleda Mariano (1999). **Psicología del desarrollo**. México, Marcombo
42. Núñez, A., Trueba, P. et al (2000). **Manual de Capacitación: Modelo de Intervención en llamadas Suicidas**. ACERCATEL. (Documento no publicado).
43. Rice F. Philip (1997) .**Desarrollo Humano**. México, Prentice-Hall
44. Rodríguez de la Rosa M. E. (2003) **Propuesta de intervención psicológica en jóvenes hijas e hijos de mujeres que viven con VIH-SIDA desde un enfoque centrado en la persona**. Tesis de Licenciatura en Psicología ENEP Iztacala.
45. Romo J., Salido F. (1997). **Manejo del paciente con HIV**. México, Manual moderno.
46. Rosenzweig R. Mark, Leiman I. Arnold (1992). **Psicología fisiológica**. México, McGrawHill
47. Rogers Carl (1987). **El camino del ser**. Barcelona, Editores Kairós
48. Rogers Carl (2004). **Grupos de Encuentro**. Madrid, Amorrortu editores. (Undécima reimpresión).
49. Sampieri H. R. y col. (2003). **Metodología de la investigación**. México, McGrawHill
50. Sanchez R. D., MeaveHdz. A. (1990). **La práctica y el mexicano**. México, Herrero.
51. Slaikeu A. Karl (1998). **Manual de Intervención en Crisis**. México: El manual moderno
52. Papalia E. Diana, Wendkos O. Sally & Duskin F. Rut (2005) **Desarrollo Humano**. México, McGrawHill.
53. Quitmann, H. (1992). **Psicología Humanística**. España, Herder.
54. Quitmann Helmut (1989). **Psicología Humanista**. México, Editorial Herder.
55. Valvidia P. Mario & Condeza D. I. Ma Isabel (2006). **Psiquiatría del Adolescente**. Santiago, Chile. Mediterráneo Ltda. ISBN: 956-220-259-3.
56. Quijada, L. M. (1999). **El manejo psicológico en niños que viven con VIH o SIDA. Una propuesta de intervención**. Tesis de Licenciatura. Universidad Iberoamericana.
57. Rogers, C. (1979). **Grupos de encuentro**. Buenos Aires, Amorrortu
58. Rogers, C. (1980). **El poder de la persona**. México, Manual Moderno. Pp. 99-129
59. Rogers, C. (1984a). **Orientación Psicológica y psicoterapia**. Madrid, Narcea.
60. Rogers, C. (1984a). Fundamentos de un enfoque Centrado en la Persona. Conferencia pronunciada en la Universidad Autónoma de Madrid (3 de Abril de 1978). En **Orientación y psicoterapia**. España, Narcea.
61. Rogers, C. (1997). **Psicoterapia centrada en el cliente**. España, Paidós.

62. Rogers, C. & Kinget, M (1971a). **Psicoterapia y relaciones humanas**. México, Alfaguara. Tomo I.
63. Víctor G. D. (1994). **Sida síndrome de inmunodeficiencia adquirida**. México, Manual moderno.
64. Victor G. D. (1994). **SIDA**. México, Manual moderno.
65. Volberding S. (1994). **Manejo médico del Sida**. México, McGrawHill.

#### PAGINAS DE INTERNET

- [www.psiconet.org/rogers](http://www.psiconet.org/rogers)
- [www.psicomundo.com.mx](http://www.psicomundo.com.mx)
- [www.respyn.vanl.mx/IV/4/ensayos/vih-adole.htm](http://www.respyn.vanl.mx/IV/4/ensayos/vih-adole.htm)
- [www.mexico.org/vihsida.html](http://www.mexico.org/vihsida.html)

#### FOLLETOS

- Fundación Mexicana para la lucha contra el Sida, A. C. Información básica de VIH/sida.
- La Casa de la Sal, A. C. VIH/SIDA

#### PERIODICOS

- Letras S, Salud, Sexualidad, Sida. Precios de medicamentos anti sida, cuestion urgente. Número 142, mayo 8, 2008. Pag. 2.
- El Nacional (sep. 1991). Sociedad y SIDA. Núm. 12