

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EL GRADO DE VACIO EXISTENCIAL EN PERSONAS CON VIH/SIDA
ATENDIDAS EN LA ASOCIACION DE PREVENCION Y AYUDA A ENFERMOS
DE SIDA (APAES, SOLIDARIDAD).

Informe Final de Investigación
presentado al Honorable Consejo Directivo
de la Escuela de Ciencias Psicológicas

por

LUCIA INDIRA GRANIZO MENDEZ
MARIA ELIZABETH PEREZ

Previo a obtener el título de:
PSICOLOGAS

En el grado académico de:
LICENCIATURA

Guatemala, octubre de 1997.

56)
4

TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Abraham Cortez Mejia
D I R E C T O R

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
S E C R E T A R I A

Licenciada Loris Pérez Singer de Salguero
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Ciudad Universitaria, Zona 12
9004, 4700085, ext. 490-1
0002, 4707219, fax 4700014
USACPSK@guat.gm
LA, CENTRO AMÉRICA

cc: Control Académico
CIEPs.
archivo

REG. 520-96

CODIPs. 967-97

DE ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE
INVESTIGACION

Octubre 15 de 1997

Señoritas Estudiantes
Lucía Indira Granizo Méndez
María Elizabeth Pérez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señoritas Estudiantes

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DECIMO TERCERO (13o.) del Acta TREINTA Y SEIS NOVENTA Y SIETE (36-97) de Consejo Directivo, de fecha 08 de octubre del año en curso, que copiado literalmente dice:

"DECIMO TERCERO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "EL GRADO DE VACIO EXISTENCIAL EN PERSONAS CON VIH/SIDA ATENDIDAS EN LA ASOCIACION DE PREVENCION Y AYUDA A ENFERMOS DE SIDA (APAES, SOLIDARIDAD)", de la Carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

LUCIA INDIRA GRANIZO MENDEZ

CARNET No. 88-16595

MARIA ELIZABETH PEREZ

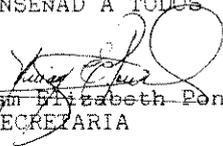
CARNET No. 91-18815

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Mireya Gularte y revisado por la Licenciada Mayra Friné Luna de Alvarez.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESION del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


Licenciada Mireya Elizabeth Ponce
SECRETARIA



/Rosy



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
del Universidad, Zona 12
124700000, ext. 480-1
02-4781219, fax: 4780014
SACPSK@eduq1
CENTRO AMERICA

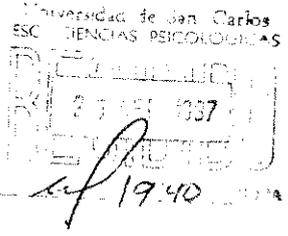
CIEPs. 40-97

REG. 520 -96

[Signature]
30-9-97

Guatemala, 22 de septiembre de 1997.

INFORME FINAL



SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EDIFICIO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Mayra
Friné Luna de Alvarez, ha procedido a la revisión y aprobación del
INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado:

**"EL GRADO DE VACIO EXISTENCIAL EN PERSONAS CON VIH/SIDA ATENDIDAS EN
LA ASOCIACION DE PREVENCION Y AYUDA A ENFERMOS DE SIDA
(APAES, SOLIDARIDAD)"**

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

NOMBRE

LUCIA INDIRA GRANIZO MENDEZ
MARIA ELIZABETH PEREZ

CARNE No.

88-16595
91-18815

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes,
para obtener **ORDEN DE IMPRESION.**

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

[Signature]
LICDA. EDITH REYES DE MALDONADO
COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA



ERDM/edr

c.c. Docente Revisor
Archivo



ESCUELA DE
PSICOLOGIAS
ed Universidad, Zona 17
4, 4700095, ext 4093
2, 4707219, fax 4700914
ACPSIC@edu.gt
CENTRO AMERICA

Guatemala,
22 de septiembre de 1997.

Licenciada
EDITH RIOS DE MALDONADO, COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
EDIFICIO

LICENCIADA RIOS DE MALDONADO:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedi
do a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado:

"EL GRADO DE VACIO EXISTENCIAL EN PERSONAS CON VIH/SIDA
ATENDIDAS EN LA ASOCIACION DE PREVENICION Y AYUDA
A ENFERMOS DE SIDA (APAES, SOLIDARIDAD)"

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

NOMBRE:

CARNE No.

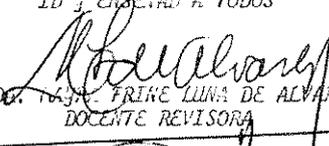
LUCIA INDERA GRANIZO MENDEZ
MARIA ELIZABETH PEREZ

88-16595
91-18815

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos estableci
dos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito DICTA IEN
FAVORABLE, y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"


LICDA. FRIEDA LUNA DE ALVAREZ
DOCENTE REVISORA



MFLDA/edr

c.c. Docente Revisora
Archivo

QUE SAN CARLOS

GUATEMALA



ESCUELA DE
PSICOLÓGICAS
Universidad, Zona 12
Tel. 4780095, ext. 490-1
02 4787218, fax 4780014
SACPSIC@redug.
CENTRO AMÉRICA

Guatemala,
10 de Septiembre de 1997

Licenciada
Edith Ríos de Maldonado
Centro de Investigaciones Psicológicas
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio M-5

Licenciada Ríos:

Por este medio informo que he revisado el Informe Final de Investigación titulado: "EL GRADO DE VACIO EXISTENCIAL EN PERSONAS CON VIH/SIDA ATENDIDAS EN LA ASOCIACION DE PREVENCION Y AYUDA A ENFERMOS DE SIDA (APAES - SOLIDARIDAD), el cual ha sido presentado por las estudiantes: LUCIA INDIRA GRANIZO MENDEZ; CARNET No. 88-16595 y MARIA ELIZABETH PEREZ; CARNET No. 91-18815 de la Carrera de Licenciatura en Psicología.

En mi calidad de Asesor del Proyecto, solicito sea autorizado para continuar con los trámites correspondientes.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licda.


~~ROSA WIRYÁ~~
ASESOR

GULARTE

Licda. R. Wiryá Gularte
PSICOLOGA
Colegiada 2,028



ESUELA DE
AS PSICOLOGICAS

da. Universitaria, zona 12
1-4, 4760985, ext. 490-1
102, 4757219, fax. 4769914
A, CENTROAMERICA

cc.: Control Acad.
CIEPs.
archivo

REG. 520-96

CODIPs. 584-97

APROBACION DE PROYECTO DE
INVESTIGACION Y NOMBRAMIENTO DE ASESOR

Junio 19 de 1997

ñoritas Estudiantes
ucia Indira Granizo Méndez
ria Elizabeth Pérez
scuela de Ciencias Psicológicas
ificio

ñoritas Estudiantes

ara su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a
stades el Punto DECIMO SEGUNDO (12o.) del Acta DIECINUEVE
VENTA Y SIETE (19-97) de Consejo Directivo, de fecha 4 de
unio del año en curso, que copiado literalmente dice:

DECIMO SEGUNDO: El Consejo Directivo conoce el expediente que
ontiene el Proyecto de Investigación titulado: "EL GRADO DE
ACIO EXISTENCIAL EN PERSONAS CON VIH/SIDA ATENDIDAS EN LA
SOCIACION DE PREVENCION Y AYUDA A ENFERMOS DE SIDA (APAES,
OLIDARIDAD", de la carrera: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA.
laborado por:

UCIA INDIRA GRANIZO MENDEZ

CARNET No. 88-16595

ARIA ELIZABETH PEREZ

CARNET No. 91-18815

l Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia
satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de
investigaciones en Psicología -CIEPs., resuelve aprobarlo y
nominar como asesor a la Licenciada Mireya Gularte."

ntentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS



Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA



APAES
SOLIDARIDAD

ASOCIACION DE PREVENCION Y AYUDA A ENFERMOS DEL SINDROM
DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA

Guatemala, 3 de septiembre de 1997.

LICENCIADA
EDITH RIOS DE MALDONADO
DIRECTORA DEL DEPTO. DE INVESTIGACION
ESCUELA DE C. C. PSICOLOGICAS
PRESENTE

Licenciada De Maldonado

Por medio del presente hago constar que las estudiantes:

LUCIA INDIRA GRANIZO MENDEZ
MARIA ELIZABETH PEREZ

Han prestado servicio psicológico voluntario en nuestra institución desde el mes de marzo/96 a la fecha. La señorita Granizo Méndez actualmente se encuentra laborando en esta institución, atendiendo a pacientes con VIH/SIDA. Su labor ha sido de gran beneficio para los pacientes y sus familiares, por lo que no tengo ningún inconveniente en extender el presente, para el uso que a las interesadas convenga.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,



Julio César Cáceres
Director AI

Agradecemos a:

**Licenciada Mayra Luna
Licenciada Mireya Gularte
Licenciada Edith Ríos de Maldonado
Señor Mario Andrade
Personal de APAES Solidaridad**

***En especial a:
Las personas con VIH/SIDA, quienes fueron
la esencia de la investigación.***

Padrinos:

**Licda. Mayra Luna
Dr. Pedro Andrino Herrera
Dr. Arturo Zepeda Aldana
M.A. Edgar Larios Ovando**

Dedicatoria y Agradecimiento

Con cariño, a todas aquellas personas que contribuyeron,
a la realización de ésta investigación.

Dios mío, no tener más que dos manos,
y un solo corazón, para la vida.
Quisiera dar a todos los humanos,
la piadosa ternura en mí escondida.

Como espera a la luz, la noche negra,
hay mucha gente que un amor reclama.
¿Qué vale mi alegría si no alegra,
mi bien, si su semilla no derrama?

¿Cuántas almas que aguardan taciturnas,
la voz que las despierte de su pena,
y cuantos corazones que son urnas
que se abrirán a una mano buena?

Pedro Miguel Obligado

PROLOGO

El hombre pretendida perfección dentro de la naturaleza, se ha visto influido por el acomodamiento de su interioridad. Dependiendo de cómo ese "yo" en el transcurso de la vida asimila cada una de las experiencias a que es sometido por su entorno, así será la diversidad de formas como podrá afrontar los embates de la vida.

Fue uno de los propósitos de la investigación incursionar en una de las experiencias más duras o posiblemente más difíciles por las que pueda atravesar una persona, al sobrellevar el estigma social y las consecuencias físicas que comprenden su integridad total, cuando se infecta con el virus de inmunodeficiencia humana VIH. Algunos posiblemente aún no se han repuesto de la sacudida y es aquí donde la investigación toma su curso para intentar comprobar la efectividad del aporte psicoterapéutico del psicólogo en la sociedad guatemalteca al tratar desde el punto de vista logoterapéutico esa integridad resquebrajada del hombre cargando sobre sus espaldas, la muerte; que paso a paso, día a día, se aproxima para fundirse en el proceso final del crecimiento.

La frustración existencial, el vacío existencial y la falta de sentido o significado vuelcan sobre el individuo toda su energía sin compasión; conocidos, analizados y vivenciados por Viktor E. Frankl, estos conceptos encuentran a través de su experiencia otros conceptos como lo son los valores que en su justa aplicación pueden lograr que una persona retome su sentido de vida considerando la voluntad de sentido. Cabe perfectamente acá el pensamiento de Nietzsche: "Cuando hay un por qué, siempre se encontrará un cómo".

Sirva éste ejemplo y otros por venir para demostrar que falta mucho por hacer y que además la psicología juega un papel determinante en la vida de una persona. Son precisamente estos trabajos de personas jóvenes que con fines investigativos dan su aporte para seguir por el mundo buscando un sentido a sus vidas.

Edgar Larios Ovando.

CAPITULO I

INTRODUCCION

Desde tiempos remotos filósofos, historiadores y líderes religiosos se han preguntado él por qué de la naturaleza humana. De ahí surgieron diversas teorías que trataban de explicar la esencia del hombre; con el tiempo dichos estudios fueron evolucionando hasta que de la filosofía y de la fisiología, se originó una nueva ciencia, la psicología, dedicándose en su inicio al análisis de la conducta humana y los procesos mentales.

Durante un largo período la psicología fue determinista, debido a la influencia de las ciencias que la originaron; enfocaba a la persona como dependiente de causas y efectos, eso la condujo a un reduccionismo que limitaba su visión de los problemas y necesidades del ser humano.

Afortunadamente se ha transformado y en la actualidad posee diversas corrientes, cada una con sus propias teorías y técnicas.

Algunas como las de tipo existencial – humanista, las cuales se basan en el absoluto respeto hacia el ser humano, su libertad, responsabilidad y dignidad, entre ellas se encuentra la Logoterapia, que permite un estudio integral del hombre es decir, en lo biológico, psicológico, sociológico y noológico (espiritual no religioso).

La Logoterapia o Tercera Escuela Vienesa de Psicoterapia fue fundada por Viktor Emil Frankl, psiquiatra vienes, a partir de su experiencia en los campos de concentración durante la segunda guerra mundial.

Su teoría se basa en la categoría de valores que posee el ser humano, los cuales le permiten encontrar significado a su propia existencia. La Logoterapia ayuda a la persona a descubrir a través de sus valores creadores, vivenciales y de actitud su razón para vivir evitando así caer en la frustración y el vacío existencial.

Son varias las causas que pueden conducir a dicho vacío, entre ellas que el hombre ya no es guiado por los instintos ni tampoco por las tradiciones que en cierta época le indicaban qué hacer, incluso en la actualidad se rechaza los principios morales y religiosos que le ayudaban a ocupar y organizar su vida adecuadamente.

Otra causa son las situaciones límite que la persona debe enfrentar, como el sufrimiento físico o emocional ejemplo: enfermedades incurables u otros peligros de muerte, pérdidas de: libertad, de un ser querido (por separación o muerte), falta de solvencia económica, etc.

La crisis socioeconómica que ha vivido Guatemala durante años, por diversas razones, entre ellas la mala distribución y utilización de los recursos, no ha permitido dar la debida

importancia a aspectos básicos como salud, educación, vivienda, etc. Por tal motivo en el área de salud se ha practicado la medicina curativa y se ha dejado la atención preventiva en un segundo plano. Siendo una de las consecuencias la propagación de enfermedades que podrían ser controladas solo mediante la prevención como en el caso del SIDA.

El contraer el VIH y desarrollar el SIDA es una situación límite debido a que para contrarrestar sus efectos en cierta medida, es necesario someterse a tratamientos médicos de precios elevados que muchas personas no pueden costear. El no poder recibir tratamiento físico aumenta la incertidumbre y carga emocional de los enfermos contribuyendo a un estado anímico vulnerable.

El VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) es el virus que destruye el sistema de defensa del organismo que con el tiempo puede causar el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es decir una combinación de enfermedades que con el tiempo causan la muerte ya que no existe un medicamento específico que lo cure. El sufrimiento que afronta durante el proceso de la enfermedad es inevitable por lo que podría conducirte a una frustración existencial o pérdida de sentido de vida.

Este informe presenta los resultados obtenidos de la evaluación aplicada a las personas con VIH/SIDA, en APAES Solidaridad sobre el grado de vacío existencial y los propósitos que tienen para seguir viviendo. Así como los logros alcanzados mediante el tratamiento logoterapéutico para ayudarles a descubrir su sentido de vida mediante el estímulo de sus valores.

La Logoterapia, llenó los requisitos para fundamentar esta investigación, porque se dedica a solucionar los problemas psicológicos, es decir, de origen espiritual no religioso, tales como: neurosis noógena, sociógena frustración y vacío existencial. Y con esto permitió y ayudó a comprender a las personas enfermas, que por su misma naturaleza humana, aún en medio de su difícil situación siguen en busca de una razón para vivir y poseen libertad interior para elegir la actitud que deben asumir.

La persona no solo se realiza a través del trabajo sino también por medio del sufrimiento, el arte, amor, una causa o persona. Pero cuando no lo logra su búsqueda se ve frustrada y cae en el vacío existencial, en ello influye el medio, el tiempo y las condiciones de vida en que el hombre se desarrolla.

Podemos ubicar a la Logoterapia dentro de la línea del pensamiento Fenomenológico - Existencial, el primero, porque se centra en la observación objetiva y sistemática de los hechos. La Fenomenología pilar de la Logoterapia, indica que todo hombre tiene impulsos morales; tiene noción de lo que es bueno o malo. Para ella el hombre es responsable de responder a los dictados de su conciencia. La persona tiene capacidad para elegir (en este caso el paciente) y tiene algo sobre qué elegir; a ésta capacidad apela la Logoterapia en el tratamiento, específicamente para responder al cumplimiento de un sentido concreto, que es el sentido de su vida. De hecho cuando

el hombre no responde a su conciencia, sufre una crisis de valores, frustración existencial que puede derivar en neurosis noógena.

La Logoterapia es Existencial porque enfatiza en la libertad del hombre, observa la existencia humana como gobernada por una voluntad de sentido y no por la voluntad de placer.

Las áreas del conocimiento en que se ubica el objeto de estudio son la filosófica, natural, social y del pensamiento.

Area Filosófica: analiza las ideas, la naturaleza y existencia humana con un enfoque de causa y efecto. Se ocupa de los hechos acontecidos con relación al hombre y la evolución del pensamiento. El hombre siempre ha buscado tener una explicación de la existencia del mundo, de él mismo y de los fenómenos que lo rodean.

Area Natural: se encarga del estudio del organismo humano y su funcionamiento de los cuales depende en parte el comportamiento de la persona. (La Logoterapia es integral).

Esta área es importante por la necesidad de comprender a las personas enfermas con que se realizó la investigación (en su padecimiento físico, tomando en cuenta sus malestares y como estos influyen en su estado de ánimo).

Area Social: que estudia el comportamiento colectivo, la relación entre los individuos, la influencia que puede tener el grupo sobre la persona individual, y todos los problemas que a ello se refieran.

Area del Pensamiento: se ocupa del comportamiento, de los procesos y fenómenos mentales, su desarrollo y los problemas relacionados. Ayuda a conocer y comprender a la persona de forma integral.

Las disciplinas con las que se relaciona el problema objeto de investigación son: sociología, medicina, psicología general, psicopatología y filosofía.

Con la sociología porque esta se encarga de estudiar el comportamiento de los seres humanos en conjunto; con la medicina porque las personas que fueron tratadas en esta investigación sufren de una enfermedad física; con la psicología general porque es la que nos permite comprender la conducta del ser humano y todos sus fenómenos psíquicos; con la psicopatología porque ésta estudia los problemas o alteraciones mentales como por ejemplo la neurosis; y con la filosofía porque ella siempre se ha encargado de lo relacionado con la existencia humana.

Hay problemas afines al problema que nos ocupa, debido a que poseen ciertas características en común, la discriminación a personas con enfermedades incurables como cáncer y otros, el alto índice de defunciones, debido a la falta de recursos económicos de las personas con enfermedades que requieren tratamientos costosos; la ignorancia y analfabetismo que no permiten que la población practique la medicina preventiva y por último uno de los más graves, que es la pérdida de valores espirituales y morales que conducen a las personas al conformismo o

al totalitarismo y de allí gran cantidad de consecuencias negativas como: vicios, prostitución masculina y femenina, delincuencia, etc.

Debido a ésta crisis socioeconómica moral y espiritual en nuestra sociedad, ha proliferado de manera alarmante la evasión de la realidad de cada persona, provocando problemas como: desintegración familiar, infidelidad, promiscuidad, relaciones sexogenitales en adolescentes, alcoholismo, drogadicción, prostitución femenina y masculina, abuso sexual de menores, niños de la calle, etc., a consecuencia de los cuales se aumenta el riesgo de contraer diversas enfermedades entre ellas el VIH/SIDA con sus respectivas consecuencias emocionales.

Guatemala aunque ha logrado conservar en cierta medida su identidad y su cultura, sus valores morales y espirituales, no ha escapado al fenómeno social que exige que las personas otorguen mayor importancia a lo material, posición económica, a las comodidades y placeres, lo que provoca el descuido de lo espiritual y por ende mayor propensión a la pérdida de sentido. Las enfermedades mortales son una de las situaciones límite en cuanto al proceso salud - enfermedad que ponen a prueba la razón de vida del individuo, como en el caso de los pacientes con VIH/SIDA atendidos en APAES Solidaridad. Es por eso que el fin de esta investigación fue evaluar el grado de vacío existencial en dichos pacientes y los propósitos que tienen para seguir viviendo. La corriente más adecuada para fundamentarla fue la Logoterapia, porque está dedicada al estudio de los problemas psicológicos, es decir de origen espiritual no religioso, tales como neurosis noógena, sociógenas, frustración, vacío existencial, etc.

El principal objetivo del estudio fue contribuir a la difusión de la necesidad del tratamiento psicológico en personas con enfermedades mortales. Y determinar la importancia de la Logoterapia como técnica psicoterapéutica en personas específicamente con VIH/SIDA.

MARCO CONCEPTUAL

1.1. PSICOTERAPIA

Psicoterapia: "(psyché = espíritu + therapeía = tratamiento) nombre dado por Bemheim a la sugestión aplicada metódicamente para el tratamiento de las enfermedades. Por lo general se emplea con el sentido de recursos de tipo psicológico en el tratamiento de trastornos mentales o somáticos."¹

Otra definición dice que es el conjunto de métodos y técnicas aplicables a la psicopatología para restablecer la salud mental; en donde los síntomas mentales pueden ser atenuados o el comportamiento desordenado puede ser controlado, mediante una relación estructurada y progresiva entre un psicoterapeuta entrenado y un paciente.

La psicoterapia tiene sus raíces en el psicoanálisis y en la psicología del individuo, principalmente en nuestro medio la mayor influencia sigue siendo el psicoanálisis sin embargo se practica muchas técnicas pertenecientes a otras corrientes.

Para su mejor comprensión se ha clasificado a las psicoterapias en 3 grandes grupos:

- a.) Psicoterapias Encubridoras de los conflictos: son las que refuerzan al yo o superficiales, entre ellas se puede mencionar: pedagógicas (correctoras del yo), por dominio del organismo, sugestivas o estimulantes o de sostén puro (apoyo del yo), humanista.
- b.) Psicoterapias intermedias: entre ellas se encuentra las no interpretativas, la No Directiva de Rogers, Análisis Existencial de Daseanalyset, Logoterapia de Frankl, Hipnosis fraccionada de Kretschmer, Ensueño Vigil de Desoille, Existencialismo, la Fenomenológica, la Cognitiva, el Conductismo y la Gestalt.
- c.) Psicoterapias Expresivo - Comprensivas: (descubridoras de los conflictos o profundas) Catártica Simple (Hipnoanálisis y Narcoanálisis), Interpretación de material consciente actual, Interpretación de material consciente e inconsciente (infantil y actual) Análisis de la relación transferencial y de la contratransferencia, Psicoterapias analíticas, Individuales y de Grupo de inspiración Freudiana, Psicoterapia Analítica de Jung, Psicoterapia Adleriana, Psicodrama de Moreno, Psicoanálisis (puro u ortodoxo).² La psicoterapia es comparable a "una ecuación con dos incógnitas. Toda psicoterapia, en efecto, debe contar con dos factores variables

¹ Merani, Alberto. DICCIONARIO DE PSICOLOGIA. (México: Grijalbo 1.979). Págs. 136

² DOCUMENTO DE TÉCNICAS DE PSICOTERAPIA. (Guatemala: USAC 1995). Págs. 1-5

desconocidos, que no cabe someter a ningún cálculo: la individualidad del paciente y la personalidad del médico" ³ de acuerdo a estas dos debe escogerse el tratamiento que se adapte a dichas variables; en cuanto al paciente se debe tomar en cuenta no solo su individualidad sino la situación que experimenta. Es preciso no guiarse por un esquema, sino individualizar e improvisar de acuerdo a sus necesidades.

Por su clasificación y por sus características en el presente estudio se utilizó como base la Logoterapia, como Psicoterapia intermedia que necesita el presente y el futuro y que tiene sus orígenes en Europa, cuya historia se presenta a continuación.

1.2 LOGOTERAPIA

La Logoterapia o Tercera Escuela Vienesa de Psicoterapia tuvo su origen en la experiencia vivida por Viktor Frankl en los campos de concentración de Auschwitz, Alemania, durante la segunda guerra mundial, en donde para sobrevivir se necesitaba una razón que permitiera día a día encontrar un sentido al sufrimiento, como decía Nietzsche: *quien tiene un por qué para vivir, puede soportar casi cualquier cómo*. Por lo general ésta razón la constituyen necesidades superiores como el amor, los ideales, el deseo de autorealización, etc. En el caso de Viktor Frankl, fue el deseo de ayudar a los demás, a través de su profesión y la idea de concluir su obra, esto lo alentaba y permitía que aún en medio del dolor y de la probabilidad de morir en cualquier momento, tuviera la esperanza de un futuro mejor. Observaba a diario como sus compañeros de cautiverio eran torturados o asesinados, padeció hambre, frío y tantas veces estuvo a punto del exterminio. ¿Cómo entonces pudo él aceptar que la vida fuera digna de vivirla? "Las palabras del Dr. Frankl tienen un tono profundamente honesto, pues se basan en experiencias demasiado hondas para ser falsas". ⁴

"La descripción que hace Frankl de la mezcla de emociones y apatía que se agolpaban en la mente es impresionante. Lo primero que acude en nuestro auxilio es una curiosidad, fría y despegada, por nuestro propio destino. A continuación, y con toda rapidez, se urden las estrategias para salvar lo que resta de vida, aún cuando las oportunidades de sobrevivir sean mínimas. El hambre, la humillación y la sorda cólera ante la injusticia se hacen tolerables a través de las imágenes entrañables de las personas amadas, de la religión, de un tenaz sentido del humor, e incluso de un vislumbrar la belleza estimulante de la naturaleza: un árbol, una puesta de sol.

Pero estos momentos de alivio no determinan la voluntad de vivir, si es que no contribuyen a aumentar en el prisionero la noción de lo insensato de su sufrimiento. Y es en este punto en donde encontramos el tema central del existencialismo: vivir es sufrir; sobrevivir es

³ Frankl, Viktor E. EL HOMBRE DOLIENTE. (España: Herder 1994). Pág. 213

⁴ Frankl, Viktor E. EL HOMBRE EN BUSCA DE SENTIDO. (España: Herder 1992). Pag. 7

hallarle sentido al sufrimiento. Si la vida tiene algún objeto, éste no puede ser otro que el de sufrir y morir. Pero nadie puede decirle a nadie en qué consiste este objeto: cada uno debe hallarlo por sí mismo y aceptar la responsabilidad que su repuesta le dicta. Si triunfa en el empeño, seguirá desarrollándose a pesar de todas las indignidades. Los prisioneros (con los cuales convivió Frankl) no eran más que hombres normales y corrientes, pero algunos de ellos al elegir ser dignos de sufrimiento atestiguan la capacidad humana para elevarse por encima de su aparente destino.

Como psicoterapeuta que es, el autor quiere saber cómo se puede ayudar al hombre a alcanzar esta capacidad, tan diferenciadoramente humana, por otra parte. ¿Cómo puede uno despertar en un paciente el sentimiento de que tiene la responsabilidad de vivir, por muy adversas que se presenten las circunstancias? De aquí que para ayudar al paciente un terapeuta deba conocer los principios fundamentales y las 10 tesis sobre la persona según la Logoterapia.

1.2.1. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LOGOTERAPIA

- a) El hombre posee 3 dimensiones física, psicológica y espiritual, entendiendo por esta los valores, sentido y significado de la existencia.
- b) La principal motivación en la vida del ser humano no es la búsqueda de placer, ni de poder, sino de sentido.
- c) La persona humana debe ser comprendida de forma integral como un todo, unir lo físico, psicológico y lo espiritual.
- d) El sentido de la vida no se puede dar, ni crear, sino solo descubrir por medio de la conciencia, es decir la capacidad de descubrir el sentido único y particular de cada situación.

1.2.2. TESIS SOBRE LA PERSONA SEGÚN LA LOGOTERAPIA:

"Siempre que nos referimos a la persona la asociamos, involuntariamente a otro concepto, que se entrecruza con el concepto de persona: el concepto de individuo.

1.2. 2.1. La persona es un individuo, la persona es algo que no admite partición, no se puede subdividir, escindir, porque es una unidad. Ni siquiera en la llamada esquizofrenia, la locura disociativa, se llega realmente a una división de la persona. Esto indica que se debe comprender a cada persona de forma integral y como un ser único.

1.2. 2.2 La persona es indivisible e insumable: quiero decir que no solamente no se puede partir sino tampoco se puede agregar, y esto porque no es sólo unidad sino que es también una totalidad. A nadie se le puede obligar a aprender porque todos aún en circunstancias adversas somos libres de elegir la actitud que deseamos para afrontar la realidad.

⁵ Op. Cit. Pág. 8-9

1.2. 2.3 Cada persona es absolutamente un ser nuevo. Si bien se forma con la participación de sus padres, esto no quiere decir que al nacer e independizarse, físicamente les reste algo; en el campo espiritual también es independiente, su espíritu, es su espíritu y no el de sus padres.

1.2. 2.4 La persona es espiritual. Por su carácter la persona espiritual (estrictamente en el sentido de los valores y el sentido de la existencia, no en el campo religioso) se halla en contraposición heurística y facultativa con el organismo psicofísico".⁶

Es decir, que el cuerpo durante la vida, sirve de vehículo al espíritu (su valor es material o utilitario), son diferentes pero están íntimamente unidos. "El concepto opuesto al de valor utilitario es el concepto de dignidad; pero la dignidad pertenece sólo a la persona, le corresponde naturalmente, independientemente de toda utilidad social o vital. Quien sabe de la dignidad incondicional de cada persona, también tiene absoluto respeto ante la persona humana, aún ante el enfermo, también ante el incurable, y ante el insano irreversible.

(Esto hace comprender que no se puede despreciar ni faltar el respeto a ningún ser humano fueren cuales fueren las condiciones físicas y mentales del individuo).

1.2. 2.5 La persona es existencial ser hombre es ante todo, y como siempre vuelvo a decir ser profunda y finalmente responsable. Con eso también se significa que es más que meramente libre: en la responsabilidad se incluye él para qué de la libertad humana aquello para lo que el hombre es libre, en favor de qué o en contra de qué se decide. Por ejemplo cuando una persona pierde a un ser querido en ella está la libertad de abandonarse en la depresión o de seguir viviendo, después de atravesar por una fase de duelo normal. Los hechos negativos lejos de ser un obstáculo, pueden llegar a ser un motivo de superación.

1.2. 2.6 La persona yoica, no responde al ello, no se halla bajo su dictadura. La persona, no puede derivarse del ello por lo instintivo, ni dinámica ni genéticamente; el concepto del yo instintivo hay que rechazarlo por ser completamente contradictorio. Con todo, la persona - también ella - es así mismo inconsciente y precisamente es allí donde tiene sus raíces lo espiritual. Al inconsciente espiritual le concierne la fe inconsciente, la religiosidad inconsciente, como innata relación inconsciente, y a menudo reprimida, del hombre con la trascendencia. Pero a la fe en Dios y a Dios mismo no se me arrastra, sino que yo debo decidirme por él o contra él; la religiosidad es del yo o no existe en absoluto.

(A este respecto el terapeuta debe respetar el pensamiento del paciente, no debe interferir en los ideales, creencias o religión que profese el paciente porque en algunos casos estos pueden servirte de apoyo o motivación para superar sus problemas).

⁶ Frankl, Viktor E. LA VOLUNTAD DE SENTIDO. (España: Herder 1994). Págs 106-115

1.2. 2.7 La persona no es solo unidad y totalidad en sí misma sino que la persona brinda unidad y totalidad: ella representa la unidad físico - psíquico - espiritual y la totalidad representada por la criatura hombre.

1.2. 2.8 La persona es dinámica: justamente por su capacidad de distanciarse y apartarse de lo psicofísico es que se manifiesta lo espiritual. Existir significa salirse de sí mismo y enfrentarse consigo mismo, y eso lo hace la persona espiritual en cuanto se enfrenta como persona espiritual a sí misma como organismo psicofísico. (Esto sucede cuando la persona se hace consciente de su trascendencia, cuando comprende que su existencia va más allá de sí mismo).

1.2. 2.9 El animal no es persona puesto que no es capaz de trascenderse y enfrentarse a sí mismo. La ciencia ha descubierto que el animal puede pensar pero no razonar, en cambio el hombre sí, lo cual le hace descubrir el sentido de una situación dada.

1.2. 2.10 La persona no se comprende a sí misma sino desde el punto de vista de la trascendencia. Más que eso: el hombre es tal, sólo en la medida en que se comprende desde la trascendencia, también es sólo persona en la medida en que la trascendencia lo hace persona: resuena y reverbera en él la llamada de la trascendencia. Esta llamada de la trascendencia lo recibe en la consciencia".⁷

La trascendencia es un sentido oculto al hombre, que debe aprender a descubrir y aceptar, a pesar del sufrimiento que pueda provocar el enfrentarse a su propia realidad, como en el caso de las personas con VIH/SIDA, la comprensión de sí mismo, de sus limitaciones, de quién es y hacia dónde va, le permitirá trascender.

Esto es un verdadero reto para el terapeuta que trabaja con personas con VIH/SIDA ya que debe hacer consciencia de que la vida puede terminar en cualquier momento pero que a pesar de lo difícil de las circunstancias la existencia sigue teniendo un sentido que debe aprender a descubrir a través del dolor, esto le ayudará a valorarse mejor como ser humano.

Ya que el ser humano ante la amenaza del sufrimiento (físico o psicológico) o la posibilidad de morir, reacciona de diversas formas, tal como refiere Frankl por su experiencia. Cada persona busca su propia manera de solventar la situación y si no puede eliminar el sufrimiento entonces trata de escapar de él; en los campos de concentración, algunos optaban por la indiferencia, se abandonaban, buscaban escapar, trataban de suicidarse, se refugiaban en el espiritismo o en las pocas diversiones a las que tenían acceso, todo con el fin de aliviar el dolor moral que sentían. Una de las mejores maneras de sublimar el sufrimiento era el arte a través del canto y la poesía. En Guatemala este fenómeno se ha vuelto característico; después de una

⁷ Op. Cit. 106-115

situación difícil surgen los comentarios sarcásticos o de humor negro como expresión de las ideas y sentimientos de las personas respecto a algo irremediable.

De lo experimentado surge la pregunta por el sentido de vida, a esto Frankl responde " Lo que de verdad necesitamos es un cambio radical en nuestra actitud hacia la vida. Tenemos que aprender por nosotros mismos y después, enseñar a los desesperados que en realidad no importa que no esperemos nada de la vida, sino la vida espera algo de nosotros. Tenemos que dejar de hacernos preguntas sobre el significado de la vida (es decir, no buscar culpa ni culpables de la situación que se está viviendo) y, en vez de ello, pensar en nosotros como en seres a quienes la vida les inquiriera continua e incesantemente. Nuestra contestación tiene que estar hecha no de palabras ni tampoco de meditación, sino de una conducta y una actuación rectas. En última instancia, vivir significa asumir la responsabilidad de encontrar la respuesta correcta a los problemas que ello plantea y cumplir las tareas que la vida asigna continuamente a cada individuo".⁸

Una persona que está consciente de su sentido de sufrimiento asume una actitud de valentía ante el dolor viéndolo como una tarea más que realizar en la vida, es como tratar de conquistar una meta luchando por no dejarse vencer. No basta con aislarse de los demás para sobreponerse al dolor como muchos pacientes con VIH/SIDA refieren; no comprenden que su responsabilidad ante el sufrimiento no les impide compartirlo con quienes le rodean, pues una carga entre dos es menos pesada. Además siempre hay algo que les espera, un ser querido que les necesita, una obra sin terminar, una meta sin alcanzar etc. Luego de haber mencionado las bases fundamentales de la Logoterapia es necesario presentar su terminología ya que sirvió de base para el tratamiento aplicado a los pacientes.

Logoterapia: (Logos = estudio o tratado de, Therapeia = propósito, significado o sentido). Corriente que se ocupa del ser humano y su búsqueda del sentido propio de su vida a través de sus valores noológicos. Su esencia como terapia es el tratamiento de las enfermedades existenciales.

Sentido de vida: es el valor que posee la existencia humana. Propósito o meta en la vida del hombre, valor que tiene un hecho, una acción o una situación. Es lo concreto del sentido en un momento determinado. El sentido de vida debe descubrirse pero no puede inventarse; cuando el hombre no es capaz de descubrirlo, ni tampoco de imaginarlo, entonces lo inventa para huir del complejo de vacuidad o bien construye un contrasentido o un sentido subjetivo que lo conduce al enajenamiento especialmente en el provocado por las drogas.

Para encontrar sentido a la existencia a través de la categoría de valores es necesario contar con la voluntad de sentido, que es el deseo de búsqueda del propio sentido. "El psicoanálisis nos ha dado a conocer la voluntad de placer, a partir de la cual podemos concebir el principio de placer. La psicología individual nos ha familiarizado con la voluntad de poder, bajo la

⁸ Frankl, Viktor E. EL HOMBRE EN BUSCA DE SENTIDO. (España: Herder 1994). Pág. 79

forma de tendencia al prestigio. Pero en el ser humano tiene raíces más profundas lo que he designado como voluntad de sentido: su esfuerzo por el mejor cumplimiento posible del sentido de su existencia. En razón de su voluntad de sentido, el hombre está referido a la búsqueda de un sentido y a su cumplimiento, pero también está referido al encuentro con otro ser humano, al que amar bajo la forma de un tú. Estas dos cosas el cumplimiento y el encuentro, son las que proporcionan al hombre el fundamento de la felicidad y del placer. Pero en los neuróticos esta tendencia primaria queda como desviada hacia una tendencia directa a la felicidad, a la voluntad de placer. El placer se convierte en contenido y objeto único de la atención. Pero, pierde de vista el fundamento del placer, y ya no puede obtenerse el efecto placer".⁹ En conclusión la voluntad de sentido se puede entender como el esfuerzo del hombre para cumplir de la mejor manera posible su sentido de vida, a través de la categoría de valores.

"Cuántas veces nos hemos encontrado con un paciente que nos dice que su vida no tiene sentido alguno, ya que su actividad carece de cualquier valor superior. A estos pacientes hay que hacerles comprender ante todo que, en última instancia es indiferente el puesto que una persona ocupe en la vida profesional y el trabajo que efectúe, lo que importa, fundamentalmente, es como trabaja y si ocupa o no realmente el lugar en que se halla situado. No es, pues, la mayor o menor magnitud de su radio de acción lo que importa, sino solamente que llene o no el círculo de sus deberes".¹⁰ La cita anterior nos hace comprender la importancia de los valores en el ser humano; para Frankl son categorías universales sobre el sentido, independientes de cada situación, son constantes, existiendo tres categorías, los creadores, los vivenciales y los de actitud. Los valores creadores son aquellos que implican una acción, (dar origen a algo, Ej. : una tarea, estudio, trabajo, etc.) Los valores vivenciales son los que se dan con relación a la acogida que el ser humano da al universo, en su entrega a la naturaleza, la belleza o el arte. Y los valores de actitud que se refieren a la actitud que la persona adopta ante una situación irremisible, aquí figuran el valor y dignidad ante el sufrimiento. Con estos valores es como se puede situar al paciente ante su pasado como fuente de satisfacción, que le permita reconciliarse con sí mismo y con el universo. Cuando una persona no posee los valores necesarios que le permitan descubrir su sentido de vida puede llegar a la frustración, al vacío existencial o a una neurosis noógena.

Frustración Existencial:

También llamado complejo de vacuidad, es el sentimiento de carencia de sentido de la propia existencia, puede desembocar en una neurosis noógena que pertenece no al área psicológica sino al núcleo espiritual (no religioso), una espiritualidad humana no divina de la personalidad. La causa de este tipo de neurosis es el conflicto existente entre principios morales

⁹ Frankl, Viktor E. LA VOLUNTAD DE SENTIDO. (España: Herder 1994), Pág. 111

¹⁰ Frankl, Viktor E. PSICOANÁLISIS Y EXISTENCIALISMO. (México: Fondo de Cultura Económico 1987), Pág. 87

distintos. Comprende toda clase de problemas espirituales, como la aspiración a una existencia significativa o la frustración de este deseo.

En algunos casos, las personas que buscan ayuda no necesitan ningún tipo de psicoterapia, sino orientación y apoyo para poder resolver sus conflictos, en cierta medida saludable, dentro de la Logoterapia el conflicto es considerado como un mecanismo de la persona para mantener el equilibrio mental.

Así como los conflictos, el sufrimiento no siempre es patológico, a veces debe considerarse como un logro nacido de la frustración existencial, que no es patológica ni patógena, es en realidad una angustia espiritual y no una enfermedad mental. En este caso la Logoterapia le ayudará a encontrar ese sentido oculto en su inconsciente, por medio de un proceso hasta aquí semejante al psicoanálisis, pero con la comprensión del ser, más allá de los instintos y necesidades de adaptación al ambiente y la sociedad.

El equilibrio en que se basa la salud mental presenta cierto grado de tensión entre lo que se es y lo que se debería ser. La búsqueda constante de sentido es la mejor higiene mental, quien tiene una razón para vivir, puede superar cualquier obstáculo.

Vacío Existencial:

Vacío interior considerado como la neurosis colectiva de la época. Antiguamente el hombre contaba con instintos que le indicaran lo que debía hacer, luego a través de la historia creó tradiciones que lo orientaran, elementos que ha perdido hasta el punto de no saber lo que quiere, en su lugar ahora se encuentran el conformismo y el totalitarismo. Es decir, desea hacer lo que otras personas hacen o hace lo que otras personas quieren que haga. Todo esto lo conduce al vacío existencial que se manifiesta principalmente por un estado de tedio que puede traducirse en desesperación y llegar incluso al suicidio.

Neurosis Noógena:

"Nace de los conflictos entre principios morales distintos; en otras palabras, de los conflictos morales o, expresándonos en términos más generales, de los problemas espirituales, entre los que la frustración existencial suele desempeñar una función importante".¹¹

"Al contrario de la neurosis en sentido estricto, que presenta, por definición, una enfermedad psicógena, la neurosis noógena no se debe a complejos y conflictos en el sentido tradicional, sino a conflictos de conciencia, a colisiones de valores y, last but not least, a una frustración existencial que algunas veces puede expresarse bajo la forma desintomatologíaneurótica".¹² "Quede, pues, bien en claro, que lo patógeno no es la frustración existencial y que no toda enfermedad neurótica es noógena".¹³

¹¹ Frankl, Viktor E. EL HOMBRE EN BUSCA DE SENTIDO. (España: Herder 1992), Pág. 101

¹² Frankl, Viktor E. ANTE EL VACÍO EXISTENCIAL. (España: Herder 1994), Págs. 11-12

¹³ Ibid Pág. 103

La neurosis se puede detectar por falta de interés en casi todas las actividades que la persona antes realizaba con gusto. Se queja casi todo el tiempo de aburrimiento, es pesimista, sufre insatisfacción en su trabajo, se siente frustrada ante su vocación y puede presentar angustia noógena, etc.

Libertad y Responsabilidad:

Como se mencionó en la tesis número nueve sobre la persona, ésta es única y diferente de los demás seres vivos debido a su capacidad de decidir sobre sus acciones, por lo tanto es libre y está llamada a utilizar su libertad con responsabilidad.

"La conciencia natural nos dice que somos libres. Pero esta conciencia natural, la evidencia de este hecho originario de nuestra libertad, puede oscurecerse. El hombre es esencialmente un ser que trasciende las necesidades; rara vez algo trasciende las posibilidades de un ser humano; pero el hombre rebasa siempre las necesidades. El hombre está siempre referido a las necesidades, pero en una referencia libre.

La necesidad y la libertad no se encuentran en el mismo plano. En ese estrato donde se haya la dependencia de ser humano no puede constatarse nunca su autonomía. La libertad es esencialmente libertad frente a algo: libertad de algo y libertad para algo. (Si no me dejo guiar por los instintos, sino por los valores, tengo también libertad para decir no a las exigencias éticas: me dejo guiar).

El hombre posee, pues, siempre la libertad; sólo que a veces abdica de ella: abdica libremente. No siempre es consciente de su propia libertad; pero la libertad puede y debe hacerse consciente. Es el objetivo que persigue el análisis existencial como análisis de la existencia en la dimensión de la libertad y la responsabilidad; y es misión de esa forma psicoterapéutica de análisis existencial que es la Logoterapia "el apelar a la libertad después de hacerla consciente".¹⁴

Pero para explicar con mayor claridad la diferencia entre Análisis Existencial y Logoterapia es necesario mencionar y hacer una comparación de sus características, pero antes se debe explicar que es humanista por el valor que le da al hombre y porque respeta su libertad y responsabilidad. Es Fenomenológica porque se centra en la observación objetiva y sistemática de los hechos. Mientras que el análisis existencial supone reflexión sobre la libertad y responsabilidad, la Logoterapia lo hace en el sentido de vida y los valores. El primero afirma en el ser humano poder realizar algo, la segunda en el deber.

Ambos forman una psicoterapia, orientada en lo espiritual, dividida en dos partes, la Logoterapia que parte desde lo espiritual y el análisis sobre lo espiritual.

El análisis existencial es una corriente investigadora, abierta, que colabora, autoevalúa, y sirve para la evolución propia. La Logoterapia no es lógica, no persuade, es un análisis no de la existencia sino de cara a la existencia.

¹⁴ Frankl, Viktor E. LA VOLUNTAD DE SENTIDO. (España: Herder 1994). Págs. 31-163

"Debemos declarar al hombre no sólo como un ser libre, sino como un ser responsable, responsable de realizar las posibilidades pasajeras, de cumplir el sentido de su vida personal y de sus situaciones concretas y de perpetuarlas así mediante esta realización; realizar algo significa salvar de la caducidad lo transitorio y perecedero, integrándolo en el pasado: guardarlo y protegerlo.

Ser hombre significa decidir siempre lo que he de hacer de mí mismo, y esto a su vez significa asumir la responsabilidad de eso que he hecho de mí mismo. De todo esto se sigue que el que juzga o condena a alguien por lo que ha recibido en lo biológico (herencia, también la nacionalidad), en lo psicológico (educación y formación) y en lo sociológico (hechos sociales y económicos), y no por lo que ha hecho con esos elementos, comete una injusticia con él".¹⁵ De la libertad asumida con responsabilidad nace la capacidad para convertir el sufrimiento en un valor de actitud.

El sentido del sufrimiento: (Sentido del dolor)

La vida del hombre no se colma solamente creando y gozando, sino también sufriendo (valor de actitud) pues conduce hacia la madurez, aún en el propio fracaso el hombre puede encontrar un sentido adoptando una actitud de valor y dignidad. Tomando su sufrimiento como punto de partida para comprender y ayudar a otros. El sufrir salvaguarda al ser humano de caer en la apatía y en la rigidez mortal del alma.

El sentido de la muerte:

"Cuantas veces se nos dice que la muerte hace problemático el sentido de la vida total, que en última instancia todo carece de sentido, puesto que la muerte vendrá a la postre a destruirlo todo. Si el hombre jamás muriera, demoraría cada uno de sus actos hasta ser interminable, no se interesaría en ejecutarlos en el ahora, no le preocuparía el tiempo. En cambio viviendo como vivimos en presencia de la muerte como el límite infranqueable de nuestro futuro y la inexorable limitación de todas nuestras posibilidades, nos vemos obligados a aprovechar el tiempo de vida limitado de que disponemos. La finitud, la temporalidad, no sólo es una característica esencial de la vida humana, sino que es además un factor constitutivo del sentido mismo de la vida".¹⁶

Es así como en el caso de las personas con VIH/SIDA la posibilidad de cercanía a la muerte no debe ser razón para dejar de luchar sino por el contrario enfocarlo como la única oportunidad que queda para realizar aquello que siempre se deseó o que falta por hacer, en relación así mismo o a los seres amados.

¹⁵ Op. Cit.

¹⁶ Frankl, Viktor E. PSICOANÁLISIS Y EXISTENCIALISMO. (México: Fondo de Cultura Económico 1987), Pág. 117

El sentido del amor:

Se puede empezar por decir que el amor no es ningún mérito sino una gracia. Es algo que abre el espíritu al mundo en su plenitud y proporciona una riqueza interior que trasciende. "El amor constituye la única manera de aprehender a otro ser humano en lo más profundo de su responsabilidad. Nadie puede ser totalmente conocedor de la esencia de otro ser humano si no le ama. Por el acto espiritual del amor se es capaz de ver los trazos y rasgos esenciales en la persona amada; y lo que es más, ver también sus potencias: lo que todavía no se ha revelado, lo que ha de mostrarse. Todavía más, mediante su amor, la persona que ama posibilita al amado a que manifieste sus potencias. Al hacerte consciente de lo que puede ser y de lo que puede llegar a ser, logra que esas potencias se conviertan en realidad. En Logoterapia, el amor no se interpreta como un epifenómeno de los impulsos e instintos sexuales en el sentido de lo que se denomina sublimación. El amor es un fenómeno tan primario como pueda ser el sexo".¹⁷ Esto se menciona debido a que el VIH/SIDA afecta tanto a personas solteras, como a personas con pareja.

A continuación se hace referencia a la autorealización y a la autotranscendencia debido a que el amor es el aspecto más importante en la realización de los valores.

Autorealización:

Para muchas personas es lo primero en la jerarquía de valores, pero en Logoterapia no se concibe como tal, pues quien toma como fin último su autorealización no logra ser feliz, entre más trata de alcanzarla, más se le escapa. Esta se da solo en la medida en que se realice el sentido de vida y como parte de la autotranscendencia. Por ejemplo: cuando una persona ama y sirve a otra, en la medida en que el ser amado sea feliz, quien le sirve, también lo será. La autorealización entonces es una consecuencia y no un fin.

Autotranscendencia:

Es la capacidad que posee todo ser humano de trascenderse a sí mismo, después de descubrir el sentido de su vida y comprometerse a cumplirlo. "Toda la realidad humana se caracteriza, en efecto, por su autotranscendencia, esto es por la orientación hacia algo que no es el hombre mismo hacia algo o hacia alguien, más no hacia sí mismo, al menos no primariamente hacia sí mismo. Yo solo puedo ser plenamente hombre y realizar mi individualidad en la medida en que me trasciendo a mí mismo de cara a algo o alguien que está en el mundo. Lo que debo tener presente, pues, es a alguien, y no mi autorealización. Es más: debo regalarme a mí mismo, postergarme, olvidarme, debo pasarme por alto como el ojo debe pasarse por alto para poder ver algo del mundo".¹⁸

¹⁷ Frankl, Viktor E. EL HOMBRE DOLIENTE. (España: Herder 1994). Pág. 65

¹⁸ Frankl, Viktor E. EL HOMBRE DOLIENTE. (España: Herder 1994). Pág. 65

Suprasentido:

"Este sentido último excede y sobrepasa, necesariamente, la capacidad intelectual del hombre; en Logoterapia empleamos para este contexto el término Suprasentido. Lo que se le pide al hombre no es, como predicán muchos filósofos existenciales, que soporte la insensatez de la vida, sino más bien que asuma racionalmente su propia capacidad para aprehender toda sensatez incondicional de esa vida".¹⁹ Lo que se persigue con esto es que el paciente aprenda a reconocer y respetar sus limitaciones para no aumentar su sufrimiento con ideas ilógicas.

Espiritualismo:

Término con el cual se designa la dimensión noética. Es algo único y específico del hombre. Esta esfera comprende los valores, sentido de vida y su significado. Por ello se considera al ser humano como integral, ya que comprende cuerpo, mente y alma.

1.2.4. ALGUNAS TÉCNICAS DE LOGOTERAPIA

1.2.4.1. Logoterapia como Terapia Específica para Neurosis Noógenas:

Frankl afirma que estas deben ser tratadas adecuadamente desde su raíz, por eso se necesita una parte que inicie desde lo espiritual (Logoterapia) y otra que oriente hacia lo espiritual (Análisis Existencial) Por Análisis Existencial Frankl entiende método psicoterapéutico que ayuda a descubrir factores de sentido y posibilidades de valores en la vida. La Logoterapia como técnica se basa en lo siguiente:

- a.) El conflicto de valores con una sintomatología que puede incluir angustia, depresión, trastornos fisiológicos, etc.
- b.) La terapia debe partir desde lo espiritual.
- c.) Motivar a la persona para que cumpla responsablemente con el sentido de su existencia.
- d.) La persona debe descubrir por sí misma el sentido de su vida.
- e.) El terapeuta no debe imponer sus ideas o valores al paciente.
- f.) La técnica utilizada dentro de la Logoterapia para el tratamiento de neurosis noógeas es el análisis existencial.
- g.) No debe excluirse la posibilidad de conflictos psicógenos.
- h.) Considerar todo conflicto humano como originado exclusivamente en lo espiritual, equivale a un pensamiento generalizador y reduccionista.

1.2.4.2 Logoterapia como Terapia Inespecífica de Neurosis Psicógenas:

Para este tratamiento se debe aclarar que la Logoterapia es solo un complemento que no excluye el uso de la psicoterapia tradicional.

¹⁹ Frankl, Viktor E. EL HOMBRE EN BUSCA DE SENTIDO. (España: Herder 1992). Pág. 115

"Para entender lo que sucede cuando se utiliza esta técnica, tomemos como punto de partida una condición que suele darse en los individuos neuróticos, a saber: la ansiedad anticipatoria. Es característico de ese temor el producir precisamente aquello que el paciente teme. Por Ej. : una persona que teme ponerse colorada cuando entra en una gran sala y se encuentra con mucha gente, se ruboriza sin la menor duda, efecto conocido como ansiedad anticipatoria. En este sentido podría extrapolarse el dicho: "el deseo es el padre del pensamiento, el miedo es la madre del suceso".²⁰

En pacientes con otras enfermedades distintas al SIDA se ha demostrado que cuando la persona sufre de ansiedad, aumenta su sintomatología, con mayor razón en pacientes que sufren de enfermedades en las que disminuyen las defensas del organismo.

Además como se mencionó anteriormente, el hecho de que una persona sufra de una crisis existencial, no significa que no pueda tener algún desorden puramente psicógeno.

Frankl considera como principales actitudes de una persona neurótica la hiperreflexión y la hiperintención. La primera consiste en la atención exagerada que una persona concede a algo o alguien. Ideas casi obsesivas, excesiva autoobservación. Y la segunda es deseo exagerado de lograr algo, pero eso mismo hace que se frustre. Es un problema que nace de la ansiedad anticipatoria de no poder hacer algo muy deseado. Ejemplo, en pacientes con VIH/SIDA el deseo de tener buena salud y seguir viviendo.

Para tratar estos problemas usa las técnicas: derreflexión e intención paradójica respectivamente, basadas en el autodistanciamiento y en la autotrascendencia.

Intención Paradójica:

Técnica que consiste en sugerir a la persona que realice lo contrario de lo que teme hacer por Ej. : si una persona teme sudar frente a los demás se le pide que sude lo más que pueda y la misma intención de conseguirlo hará que el efecto se elimine. Se ha comprobado en muchas otras situaciones difíciles para la persona que le producen miedo o vergüenza. En una de sus obras Frankl refiere el caso de una señora de 48 años que parecía de temblores al punto que era incapaz de sostener un vaso con agua sin derramar el contenido tampoco podía escribir ni tener un libro abierto en las manos hasta que se le sugirió que temblara intencionalmente, lo más rápido posible; al principio la señora se resistió pues no creía que tal ejercicio solucionara su problema, cansada de practicarlo se dirigió a la cocina y se sirvió una taza de café, se la bebió sin derramar una gota. Desde entonces ha podido controlar su problema.

Logodrama :

Técnica que consiste en utilizar la imaginación para transformar la situación que se está viviendo y así poder comprender y apreciar su realidad de mejor forma, guiada por medio del

²⁰ Frankl, Viktor E. EL HOMBRE EN BUSCA DE SENTIDO. (España: Herder 1994). Pág. 101

diálogo terapéutico; puede aplicarse individual o colectivamente. Se menciona esta técnica porque fue aplicada a los pacientes una adaptación del mismo que lo necesitaron en forma individual.

Derreflexión:

Técnica "en la cual los pacientes en lugar de observarse a así mismos tratan de olvidarse de sí mismos (autoolvido). Pero tal olvido de sí mismo no podrá producirse si antes los pacientes no hacen entrega de sí mismos (autoentrega)".²¹ "Esto no es posible finalmente, si no es mediante un cambio en la orientación del paciente hacia su vocación específica y su misión en la vida".²²

1.3. TERAPIA DE APOYO

Esta terapia se utilizó como forma de abordaje de los pacientes por la facilidad que proporciona mediante la aplicación de sus tres pilares, ventilación, tranquilización y persuasión. La ventilación consiste en permitir al paciente que exprese libremente su problemática, haciéndole sentir escuchado. En un ambiente de confianza se le hace comprender que debe tener serenidad para poder enfrentar su situación. La persuasión se utiliza para convencer a la persona de que ella misma es capaz de encontrar soluciones adecuadas que le permitirán superar él su sufrimiento.

"Está fundada en la atención y la comprensión. La persona que desea este género de psicoterapia va una o dos veces por semana al terapeuta y mantiene con él conversaciones generalmente establecidas sobre la no directividad. En realidad son posibles todas las variantes y todo depende de la naturaleza del psicoterapeuta".²³ Los psicólogos han aprendido a conocer el funcionamiento de la persona, de manera que sabe en que casos es aplicable esta terapia, por ejemplo cuando un paciente se encuentra en peligro de suicidio debido a una depresión. No es una entidad separada, el nombre que recibe es porque al igual que en otras terapias se le da mayor énfasis a un elemento, que en este caso es el apoyo. Debe ser como las demás, individualizada y basada en la comprensión del paciente específico, sus objetivos son limitados, proporciona apoyo por parte de una figura de autoridad, durante un período de enfermedad, confusión o descompensación temporal, uno de sus objetivos es la restauración o refuerzo de las defensas o de la capacidad integradora dañada. "Proporciona un período de aceptación y de dependencia a un paciente que tiene una extrema necesidad de ayuda para enfrentarse con su

²¹ Frankl, Viktor E. LA VOLUNTAD DE SENTIDO. (España: Herder 1994). Págs. 245-246

²² Frankl, Viktor E. EL HOMBRE EN BUSCA DE SENTIDO. (España: Herder 1992). Pág. 123

²³ Howard, George NO MAS DEPRESION. (Argentina: Lumen 1989). Pág. 49

culpabilidad, vergüenza, o su ansiedad, para enfrentarse a las frustraciones o presiones externas demasiado fuertes para poder manejarlas él mismo.”²⁴

Esta terapia es recomendable en los casos siguientes:

- a) Personas relativamente maduras pero con importantes presiones ambientales.
- b) Personas con ajuste más o menos satisfactorio pero con periodos pasajeros de tensión, confusión o indecisión.
- c) Personas muy responsables pero que se encuentran en momentos que exigen más allá de sus posibilidades psicológicas.
- d) Personas extremadamente resistentes a terapias expresivas o terapias de insight.
- e) Personas que no sienten necesidad de un cambio fundamental, o solo están interesadas en un ajuste más cómodo.

1.3.2. TÉCNICAS DE TERAPIA DE APOYO

Utiliza entre otras las siguientes: una dirección calurosa, cordial y enérgica, gratifica necesidades de dependencia sin provocar vergüenza, apoya el desarrollo de una legítima independencia, estimula la práctica de aficiones y sublimaciones placenteras no destructivas, sugiere descanso y diversiones adecuadas, anulación de la tensión excesiva externa, hospitalización en caso necesario, medicación para aliviar los síntomas, proporciona guía y consejo, hace que el paciente se sienta protegido, seguro, aceptado, alentado, menos ansioso y menos solo.

El mayor riesgo es la posibilidad de fomentar regresión y una dependencia exagerada. Una de las herramientas más útiles es la verbalización de las emociones fuertes no expresadas, que puede producir un alivio considerado; el relato de estas no es para comprender el material inconsciente del paciente, sino que comprenda su problema actual.

Cuando el tratamiento con terapia de apoyo es prolongado, algunos también le llaman terapia de relación, solo que esta es con implicaciones más profundas; se busca que el paciente tenga una experiencia más amplia y que obtenga algo más que la satisfacción de sus sentimientos de seguridad y confianza. “La psicoterapia de apoyo sirve para suprimir y disminuir la angustia. Para lograrlo se tranquiliza al paciente diciéndole que todo se podrá resolver, se modifica su ambiente social.

Esta terapéutica puede ser prolongada o breve, según la naturaleza de los problemas del paciente. En contraste con los tratamientos no directivos y genéticos, no se intenta producir insight, aunque el terapeuta reconozca las defensas resistentes, o mude al paciente del medio que

²⁴ Kaplan, Harold E. y Benjamín Sadok COMPENDIO DE PSIQUIATRÍA. (España: Salvat 1987). Págs. 618-619

le angustia".²⁵ Algunos piensan que este tipo de tratamiento es el más adecuado para quienes pueden continuar con sus actividades diarias, aunque sienten gran necesidad de ayuda, reconocen que sus síntomas son de origen psicológico y están dispuestos a cooperar con su tratamiento.

Se ve al paciente una o dos veces por semana, se anima a la persona a acciones específicas que pueden resolver la situación de conflicto.

"El terapeuta da consejo concreto y detallado a cerca de cómo lograr los deseos del paciente. Predice cual será la conducta futura del enfermo con base en lo que este ha hecho en el pasado, y ensaya las reacciones de dicho paciente en una tarea que le provoca angustia.

En muchos aspectos, las técnicas supresoras de la angustia son similares a las que muchos autores utilizan para intervenir en la crisis".²⁶

1. 4 EL SIDA Y SU HISTORIA

Para poder comprender el problema que nos ocupa es necesario presentar una breve reseña histórica de la enfermedad, en cuanto a su presencia internacional y nacional. "En 1977-1978 se presentaron los primeros casos de SIDA ocurridos probablemente en Estados Unidos, Haití y Africa. En 1979 en Europa se observa por primera vez en africanos el Sarcoma de Caposi (especie de cáncer) y otras infecciones raras. En 1981 las infecciones se dan en homosexuales masculinos y se sospecha el vínculo con la transmisión sexual. En 1982 comienzan los primeros esfuerzos educacionales en USA, por parte de grupos de hombres homosexuales. Para los años 1982-83 se relaciona el SIDA con las transfusiones de sangre, uso de drogas por vía intravenosa e infección congénita, y en el año 86 varios gobiernos inician campañas de divulgación".²⁷

Según el estudio realizado por Rosa Baldizón en el año 1992, Guatemala contaba ya con un total de 50,000 casos de infectados con VIH y 300 personas con SIDA. Pero tan importantes son las cantidades como conocer más sobre la enfermedad.

1.4.1. DEFINICIÓN

"SIDA es la sigla que representa las siguientes palabras: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Síndrome es un conjunto de síntomas y condiciones que no son suficientemente específicos como para ser denominados enfermedad. Una enfermedad cuya causa se desconoce. Una enfermedad de causas múltiples. Inmunodeficiencia: nuestro cuerpo cuenta con un sistema de defensa (Sistema Inmunológico)

diseñado para combatir gérmenes extraños. Inmunodeficiencia es la incapacidad de este sistema de defensa para cumplir su cometido.

²⁵ Kolb, Lawrence PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA. (México: Prensa Médica Mexicana 1992). Pág. 887

²⁶ Ibid. Pág. 888

²⁷ Population Reports. SIDA. UNA CRISIS DE SALUD PUBLICA. (USA: Population Reports 1993). Pág. 12

adquirida: se dice que la inmunodeficiencia es adquirida dado que no es ni congénita (de nacimiento) ni debida aun desarrollo defectuoso del individuo. Se produce de un modo específico, en este caso por la presencia de un virus.

1.4.2. Condiciones para la Transmisión:

Para que el virus pueda transmitirse deben existir las siguientes condiciones:

- 1) Una persona tiene que estar infectada con el virus para poder transmitirlo.
- 2) Debe existir una cantidad mínima del virus para que una persona se infecte.
- 3) El virus debe penetrar dentro del organismo humano de tal forma que llegue al torrente sanguíneo".²⁸

1.4.3. Formas de Transmisión:

1. Las relaciones sexuales en todo ser humano (heterosexuales, homosexuales y bisexuales) constituyen la vía principal de transmisión, con sus variantes, genital, oral, anal. También por inseminación artificial.
2. De la madre al hijo durante el embarazo o parto o probablemente durante la lactancia.
3. Por transfusiones de sangre de todo tipo incluyendo la del factor 8 necesario en el tratamiento de hemofílicos o por el uso de agujas o jeringas contaminadas.

Para detectar la presencia del virus en la sangre se utilizan pruebas como: "Prueba del Anticuerpo del SIDA, que es un análisis de sangre para detectar la presencia de anticuerpos del VIH, no indica si una tiene SIDA o no. ¿Pero Qué es un anticuerpo? Nuestro cuerpo crea anticuerpos cuando una partícula extraña como el VIH penetra en él. Generalmente los anticuerpos destruyen al invasor. Por alguna razón que todavía se desconoce, en el caso del VIH no logran hacerlo, lo único que consiguen es marcar su presencia en el cuerpo pero no pueden eliminarlo.

¿Cuánto tiempo se tardan en desarrollar los anticuerpos? La mayoría de la gente desarrolla anticuerpos en un periodo que va de dos a doce semanas a partir del momento de la infección. En raros casos, hay personas que desarrollan anticuerpos recién a los seis meses después de infectarse. Para estar seguro de obtener un resultado preciso se debe esperar por lo menos ocho semanas para hacerse la prueba, contando a partir de la última vez que estuvo en una situación en la que se cree haber corrido riesgo de infección con el VIH. En caso de obtenerse un resultado positivo es prudente hacerse otra prueba a los seis meses para asegurarse de la exactitud del resultado obtenido. ¿Qué significa un resultado positivo? Que la sangre fue sometida a cuatro análisis: tres con la prueba ELISA y una vez con una prueba confirmatoria (o la IFA o la WESTERN BLOT) Que la persona es portadora del VIH. Que esa persona debe

²⁸ AIDS Fundación. MANUAL DE APOYO PRACTICO. (USA: San Francisco AIDS Fundación 1996), Págs. 1-20

considerarse capaz de transmitir el virus y debe tomar las precauciones necesarias para no infectar a otros".²⁹ Es necesario porque han habido algunas personas infectadas que aún no presentaban síntomas y por no creer en las indicaciones médicas infectaron a sus parejas.

1. 4.4. Factores que indican el desarrollo del SIDA:

La duración y frecuencia de determinados síntomas sin explicación aparente, tales como: fatiga, fiebre, escalofríos, sudores nocturnos (exagerados), pérdida de peso, nódulos linfáticos con edema (ganglios), manchas rosadas, moradas o marrones, manchas blancas en la boca, diarrea persistente, tos seca y permanente, estos síntomas son propios de la infección primaria. Pocas son las personas que conocen las definiciones antes mencionadas por lo que debe existir una educación sobre el problema y sus consecuencias.

1.4.5. Educación sobre el SIDA:

Al igual que el cáncer, la hepatitis B, el EVO y otras más, el SIDA es mortal; no se dispone aún de un tratamiento que elimine definitivamente el virus. Aunque, en cada una de estas enfermedades el intervalo entre diagnóstico y muerte varía mucho dependiendo de las condiciones de vida del enfermo y de su organismo. La única forma de prevenir el SIDA es educando en forma individual y colectiva, a través de los medios de comunicación para que toda la población sea informada, sin importar género, preferencia sexual, edad, religión, escolaridad y nivel socioeconómico, haciendo énfasis en que estos pacientes deben ser tratados sin ningún prejuicio ya que siguen siendo seres humanos, como el resto de la población.

1.4.6. Los Derechos Humanos son de todos:

"En todo el mundo hay mucha gente infectada a quienes, son negados sus derechos humanos. A algunos se les pone en cuarentena, en prisión o se les obliga a hacerse la prueba o se les niega la entrada a países. También se les ha negado el acceso a vivienda, empleo, educación, o no han recibido cuidados y tratamiento además no se ha guardado la debida confidencialidad sobre detalles de su condición. El respeto, la promoción y la protección de los derechos humanos son inseparables de los esfuerzos para prevenir la infección y brindar el cuidado necesario a las personas infectadas".³⁰ A la violación de los derechos de estas personas se suman las múltiples limitaciones económicas de las instituciones que los atienden, lo cual obstaculiza el desarrollo de mejores programas y con ello el bienestar de los pacientes.

1.4.7. Instituciones que brindan atención a personas con VIH/SIDA en Guatemala:

²⁹ Loc. Cit. Pág. 16

³⁰ Population Reports. EL SIDA UNA CRISIS DE SALUD PUBLICA. (USA: Population Reports 1993). Pág. 1

Además de los programas educativos y de derechos humanos se necesita atención psicológica; pocas son las instituciones que cuentan con este servicio, el cual es indispensable para las personas que sufren de enfermedades mortales, como el SIDA. En Guatemala algunas instituciones son: AGPCS (Asociación Guatemalteca para la prevención y control del SIDA), Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional del SIDA, COEPSIDA (Comité de Educadores en prevención del SIDA -MINEDUC -), Hospital Antituberculoso San Vicente, AGES (Asociación Guatemalteca de Educación Sexual y Desarrollo Humano), OASIS (Organización de Apoyo a una Sexualidad Integral frente al SIDA), Fundación Preventiva del SIDA FERNANDO ITURBIDE, SURCO, Comunidades Responsables Frente al SIDA (CRESIDA), IDEI (Instituto de Educación Integral para la Salud y el Desarrollo), Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas (AGMM).

APAES, Solidaridad (Asociación de Prevención y Apoyo a Enfermos con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), es una organización no gubernamental financiada por organismos internacionales y donaciones de personas particulares, para el desarrollo y mantenimiento de 3 Programas Básicos:

- a) Programa de Educación: dedicado específicamente a la prevención primaria del VIH/SIDA a través de Talleres de Capacitación, dirigido a las autoridades y personal docente de: Centros Educativos Públicos y Privados, charlas informativas a los alumnos de los mismos. Estos con la finalidad de que los niños se conviertan en multiplicadores del mensaje en sus hogares. En coordinación con las autoridades del Ministerio de Educación Pública se encargan de realizar un seguimiento de éste proceso.
- b) Programa de Nutrición: está dedicado a la orientación alimenticia de las personas con VIH/SIDA, proporcionándoles atención individual y a familiares o encargados de las personas infectadas, además de brindarles en la medida de lo posible víveres y vitaminas de acuerdo con sus necesidades.
- c) Programa de Apoyo: es el último en haber sido implementado de manera oficial. En sus inicios era ejecutado por personas voluntarias que empíricamente se dedicaban a escuchar y prestar ayuda emocional. A fines del año 1995 se contrató al primer psicólogo para coordinar las actividades. Siendo en la actualidad la única institución privada, no lucrativa que cuenta con éste servicio. Consiste en: 1) Información sobre el VIH/SIDA a personas infectadas, a sus familiares o encargados y público en general. 2) Atención psicológica individual, familiar y grupal. 3) Visitas a hospitales, centros de rehabilitación y domiciliarias. 4) Brinda medicamentos a personas infectadas de escasos recursos económicos. 5) Tiene a su cargo la realización de: - Talleres de Capacitación a profesionales que trabajan en éste campo. - Talleres Holísticos a privados y privadas de libertad de los centros penales. - Talleres a pacientes y personas interesadas sobre el proceso y tratamiento de la enfermedad. - Cursos de Terapia Ocupacional y Recreativa.

1.4.8. Problemas Psicológicos como consecuencia de la enfermedad:

Son muchas las molestias y problemas que las personas con VIH/SIDA deben afrontar por lo que se hace necesario explicarlas para la comprensión y tratamiento de los pacientes.

Estas enfermedades producen frustración y problemas generales como conflictos familiares, crisis de personalidad, y de la propia existencia y otros específicos como baja autoestima, falta de aceptación de su realidad, miedo a la muerte, etc. Es una ruptura de la vida habitual, limita la libertad personal en todas las áreas, incluso al estar hospitalizado se sufre del fenómeno de despersonalización debido al recargo de trabajo o la insensibilidad de algunos profesionales que ven al enfermo como un número o como un diagnóstico más. Por la dificultad de adaptación que representan los cambios de la enfermedad, hacen que la misma se convierta en el lenguaje más expresivo y proyectivo del ser humano, como dice el refrán popular: A una persona sólo se le conoce realmente en su lecho de enfermo.

Esto se ha confirmado al escuchar como, pacientes con cáncer han referido la aceptación de su sufrimiento dependiendo del grado de autorealización que han tenido, es por eso que se relaciona la personalidad y salud mental con la enfermedad en general. Así también algunos pacientes con VIH/SIDA refieren que desde el momento en que se enteraron de su diagnóstico el cambio en su vida ha sido radical, para unos negativamente y para otros de forma positiva porque les ha permitido reforzar el sentido de su existencia encontrando valor a su sufrimiento.

Algunas personas con VIH/SIDA sienten que su situación es injusta expresando la común interrogante de la fase de negación: ¿Por qué a mí?. Mientras que otros están conscientes de haber propiciado su contagio, al no tomar en cuenta las medidas preventivas divulgadas públicamente; a estas últimas personas se les facilita mucho más aceptar su situación.

No se puede pasar desapercibida la unión entre cuerpo y mente como explica Mounier: "No puedo pensar sin ser y no puedo ser sin mi cuerpo: por su medio yo estoy expuesto a mí mismo, al mundo, a los demás y escapo a la soledad".³¹ Esto vuelve a confirmar que los pacientes con enfermedades terminales necesitan atención psicológica para poder sobrellevar su situación sin desatender lo corporal ya que la enfermedad interfiere en todo el ser por ejemplo: en los proyectos, aspiraciones, afectos, en lo económico y en la forma de ver el pasado. Todo esto debe ahora tener un nuevo enfoque de acuerdo a la enfermedad cuidando de no caer en el pesimismo, sino en medio del sufrimiento encontrar el valor de su existencia.

Merece especial mención el problema de la marginación social a que son sometidos los limitados físicos o las personas con enfermedades contagiosas como el VIH/SIDA a quienes se les aísla por miedo al contagio debido a la ignorancia en cuanto a las formas de transmisión. Las consecuencias del rechazo aumenta en aquellos pacientes que buscan dentro de sí mismos una razón que concuerde o justifique su sentimiento de culpa, enfocando la enfermedad como un

³¹ Colombero, Giuseppe. LA ENFERMEDAD TIEMPO PARA LA VALENTIA. (Colombia: San Pablo 1993). Págs. 13-16

castigo, todas estas actitudes y sentimientos son importantes para comprender mejor el duelo anticipado del paciente, explicado posteriormente por las fases de Elizabeth Kübler Ross, ya que la comprensión de las mismas hará más efectivo el tratamiento.

Cuando la persona que sufre no logra obtener ayuda psicológica ni el apoyo de quienes le rodean, agiganta sus temores, aumenta su nivel de ansiedad o de angustia y para algunos esto puede tener un desenlace fatal porque al no encontrar una salida, pueden recurrir al suicidio. Esta situación se presenta principalmente en personas con enfermedades de gravedad, debido a que muchas personas no saben como tratarlos.

Posteriormente a la terapia de apoyo la persona con VIH/SIDA necesita una orientación más profunda y práctica que les permita aprovechar al máximo el tiempo de vida con dignidad y respeto de los demás. Lo cuál se puede alcanzar por medio de la Logoterapia de Viktor Frankl.

1.4.9. Actitudes hacia la muerte:

Debido a que el SIDA se asocia con la idea de una muerte inminente, durante el proceso de la enfermedad, las personas pueden presentar reacciones que se comprenden mejor mediante la clasificación de Elizabeth Kübler Ross, quien propone cinco fases:

- a. Negación: que consiste en la incapacidad de la persona para reconocer y aceptar la enfermedad por Ej. : cuando una persona ha pasado por las dos primeras pruebas de VIH aún espera que el tercer resultado sea negativo o cree que se ha cometido un error en su diagnóstico.
- b. Ira o Cólera: es cuando la persona trata de descargar su sufrimiento y de dirigir su agresividad hacia los demás, tomando como blanco a las personas que están más cerca de él (familiares, amigos o personal de salud). Ej. : cuando en una pareja ambos están infectados y buscan culparse el uno al otro en frecuentes discusiones que pueden variar desde la agresión verbal hasta el maltrato físico. Otros dicen al terapeuta: no deseo hablar con usted, porque no me puede ayudar en nada.
- c. Regateo o Contrato: aquí todavía se evade la realidad, busca la forma de encontrar solución a su enfermedad aunque los médicos le hayan desahuciado. Algunos se aferran a cuestiones religiosas pero imponiendo sus condiciones. Ej. Sé que soy VIH positivo pero sé que Dios no dejará que se me desarrolle la enfermedad por lo menos hasta que termine mis estudios. Si Dios me hace el favor de curarme voy a dejar la mala vida.
- d. Depresión: la persona empieza a tomar consciencia de su situación, lo que produce decepción, frustración, llanto y tristeza que pueden ser leves, moderadas o severas. En esta etapa el enfermo del VIH/SIDA deja de luchar por su vida, abandona el tratamiento, se expone a peligros innecesarios como, ingerir alimentos contaminados, dejando de comer, descuidando su higiene y arreglo personal, se aísla, disminuye su actividad y puede sufrir

trastornos del sueño y desesperación. Ej.: yo ya estoy muerto, para qué luchar. No me dan deseos de levantarme de la cama, pienso y repienso antes de hacerlo. El mayor peligro en esta fase es la posibilidad de suicidio, cuando la depresión es grave.

- e. Aceptación: en esta fase ya se tiene plena consciencia de la enfermedad, no hay resentimientos, se ha logrado la reconciliación consigo mismo y con los demás, no es simplemente conformismo, están de acuerdo con su futuro inmediato. Ej.: Viví lo suficiente, hice lo que tenía que hacer ya me puedo morir. Ya viví, no busqué la enfermedad, ella llegó a mi casa.

Estas etapas no siempre ocurren en el mismo orden, ni tienen la misma duración, varían de acuerdo a la situación y personalidad de cada individuo, se pueden dar en forma alterna o simultáneamente. En algunos casos no se presentan todas y la persona puede llegar a la fase terminal sin haber aceptado la enfermedad. Una de las fases que puede prolongarse durante toda la enfermedad es la depresión. Existe una relación entre los niveles de depresión y la actitud hacia la muerte, ya que la misma depresión obliga a buscar una salida, por lo que la idea de quitarse la vida puede convertirse en una obsesión, que puede llevarse a cabo mental o físicamente. El suicidio puede enfocarse como un escape o como un castigo que la misma persona busca por sentirse incapaz de solucionar sus problemas o como una liberación del dolor. Esto hace que las personas que sufren de una depresión severa estén en constante riesgo y necesiten de apoyo emocional especial.

Del Paciente:

En general la concepción de muerte que se tiene actualmente en la cultura occidental corresponde a ideas nefastas de destrucción, finalización de la vida, pérdida, se asocia con abandono, soledad y fracaso. Las cuales afectan de forma más directa a las personas con enfermedades mortales.

La muerte cercana es algo que la persona con SIDA en la mayoría de los casos nunca se había imaginado, debido a los avances de la medicina mantiene la esperanza de encontrar algún medicamento que pueda curarlo definitivamente incluyendo la medicina alternativa (naturismo). Otras personas se aferran también al aspecto religioso confiando en que sanarán milagrosamente.

Otras actitudes hacia la muerte por parte del enfermo son: tratar de retrasar el momento de la muerte a través de medicamentos u otros medios que le permitan sobrevivir y la otra acelerarlo; con frecuencia se exponen a situaciones peligrosas como práctica de vicios (alcoholismo, drogadicción, tabaquismo, etc.) Lo cual será expuesto en el capítulo 3 de éste trabajo.

ASGOS DE PERSONALIDAD MAS FRECUENTES DEL PACIENTE INFECTADO CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA O CON EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA). Presentado por Ada Lucrecia Medina Patzan y José Luis Juárez Mayén, en 1996. Trata sobre el perfil de personalidad de estas personas medido a través del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) realizado en 20 pacientes, y presentaron los resultados de la terapia de apoyo aplicada a los mismos. Concluyendo en lo siguiente: Encontraron que los mecanismos de defensa psicológicos ayudaban a los pacientes a sobreponerse a la angustia provocada por la enfermedad. El realizar una investigación con personas infectadas, desde el aspecto psicológico es una tarea ardua, que requiere paciencia, perseverancia y previo a esto desarrollar en el psicólogo un proceso de humanización, que también lo cuestione acerca de su propia existencia con lo cual podrá afrontar los diferentes estados emocionales de los pacientes hasta lograr la empatía.

Los anteriores estudios difieren de la presente investigación no solo por las poblaciones abordadas sino por los métodos terapéuticos aplicados, así como la profundización en el tratamiento psicológico de los pacientes. Los elementos comunes fueron, la base teórica de logoterapia, en la mayoría, las fases del duelo anticipado de Elizabeth Kübler Ross y la terapia de apoyo. En algunas investigaciones se utilizó Logoterapia pero no en pacientes con VIH/SIDA y en otras sí los abordaron pero solo para investigar su personalidad o dar un tratamiento breve y superficial.

Fue este el primer trabajo que utilizó Logoterapia en personas con VIH/SIDA, intentando dar un tratamiento profundo, que ayudara verdaderamente a reencontrar un sentido de vida, a pesar de las condiciones críticas que provoca la enfermedad.

El primer paso fue la entrevista abierta, se motivó al paciente para que expusiera su problemática libre y voluntariamente después con ayuda de los 3 pilares de la terapia de apoyo, posteriormente se empezó a aplicar la guía de valores; procedimiento que ocupó la 1ª. 2ª. Y en ocasiones hasta la 3ª sesión, intercalando las preguntas en la conversación adecuándolas a las necesidades del paciente. Fue de uso exclusivo de las investigadoras, el objetivo de su utilización fue la evaluación inicial de los pacientes, como detección de necesidades y medio de diagnóstico sobre el vacío existencial y otros problemas noógenos. Fue creada por las investigadoras, consta de 3 partes cada una de acuerdo a las categorías de valores existenciales, distribuidas así: valores creativos = 7 preguntas, valores vivenciales = 9 preguntas y valores de actitud 8 preguntas, mismas que se formularon a cada uno de los pacientes. (Ver anexo No. 1)

De acuerdo a las respuestas dadas en ésta guía, se estableció la presencia de vacío existencial en un 76% de las personas con VIH/SIDA antes del tratamiento y un 24% no tenían conciencia de los valores existenciales ni tenían bien definidos sus propósitos de vida.

A través del diálogo se realizó el examen mental, generalmente en la 1ª. Sesión, (por escrito) instrumento que sirvió para evaluar el estado de las funciones cerebrales de cada paciente. Se realizó basándose en el siguiente esquema: Aspecto General y Conducta; Sensorio (memoria remota, reciente e inmediata. Ideación e inteligencia, atención y concentración, orientación en persona espacio y tiempo, cálculo matemático); Contenido del pensamiento (ideas que el paciente tenga respecto a su situación); Autocognición y juicio (que conocimiento tiene el paciente sobre su enfermedad y realidad personal y familiar, nivel de aceptación y como enfrenta los problemas de la vida diaria); Lenguaje (la forma como se expresa, vocabulario, tono de voz, ritmo al hablar, etc.) Estado de Animo (como se encuentra en el momento de la entrevista e interrogarlo sobre su estado de ánimo en general). En todas las sesiones se logró observar los cambios que presentaba cada paciente y se anotaba su evolución. (Observación Sistemática) Esto se realizó con el fin de conocer todos los cambios que pudieran suscitarse en cada paciente, de acuerdo con su enfermedad y con el tratamiento. La historia clínica se utilizó para conocer mejor al paciente en cuanto a los problemas emocionales que pudiera presentar. Para recabar la información necesaria se conversó con cada paciente en forma individual, sin hacer anotaciones en el momento de la entrevista para no distraerlo.

Se tomaron en cuenta los siguientes elementos: Datos Generales, Motivo de Consulta, Queja Principal, Historia de la enfermedad, Esfera Personal, Esfera Familiar, Esfera Escolar, Esfera Laboral, Esfera Social, Esfera Sexual, Personalidad Premorbida, Análisis de Síntomas y Signos e Interpretación, Impresión Clínica, Pronóstico (Ver anexo No. 2) De acuerdo a las posibilidades los datos básicos de la historia, se investigaron en las dos primeras sesiones y se complementaron en las reuniones posteriores, la información restante se obtuvo de forma espontánea debido a la confianza establecida. Las técnicas logoterapéuticas aplicadas ya en esta fase del tratamiento fueron: la derreflexión y la intención paradójica para los problemas de

ANTECEDENTES

Acerca del SIDA Y LOGOTERAPIA, en la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, se han realizado diversos estudios entre los cuales sobresalen:

PROPOSICION DE UN PLAN DE HIGIENE MENTAL SOBRE EL SIDA, PARA ADOLESCENTES ESCOLARES CON REFERENCIA AL ESTUDIO DE ACTITUDES. Realizado por Lucenda Rodríguez y Eloisa Abdulia Barneond, Gomar, Carlos Eugenio. En 1992.

El contenido general de ésta investigación fue la sexualidad, higiene mental, VIH/SIDA, adolescencia y la falta de información que en esta etapa poseen las personas sobre los temas anteriores. Presentaron como conclusión principal que: no existe un plan específico y métodos adecuados en el ámbito nacional para informar y hacer consciencia en la población sobre la enfermedad y prácticas sexuales.

TERAPIA DE APOYO COMO TRANSICION A LA LOGOTERAPIA. Realizado por María del Rosario Sim Delgado de Velásquez en marzo de 1992. Este fue uno de los primeros estudios que logró comprobar la certeza y eficacia del tratamiento Logoterapéutico. Fue iniciado por medio de Terapia de Apoyo, para abordar problemas existenciales provocados por situaciones límite en el campo de la salud. En este caso específico, en el tratamiento aplicado a las madres de niños con hidrocefalia atendidos en el IGSS. Los resultados obtenidos fueron satisfactorios porque a través de los grupos de autoayuda las madres lograron disminuir su ansiedad, frustración, miedo a la pérdida de sus hijos, al rechazo de los mismos y disminuir los problemas que ésta situación había provocado en sus hogares.

PERSONAS CON SIDA Y EL TEMOR A MORIR. Realizado por Rosa Orfelinda Baldizón Tobar y Nivea Mazariegos en 1993. Hicieron un amplio análisis sobre las causas, efectos y consecuencias de la enfermedad, concluyendo en que: las personas con VIH/SIDA, no mueren por la enfermedad, sino por el impacto del diagnóstico y la presión social. Hicieron énfasis en la necesidad de preparar al paciente antes y después del diagnóstico.

EL VACIO EXISTENCIAL EN LA MUJER GUATEMALTECA DE LOS 30 A LOS 45 AÑOS. Estudio presentado por Magnolia Esmeralda Rodas de Villatoro, en noviembre de 1993. El cual trata sobre la realidad de la mujer en cuanto a los aspectos: socioeconómico, cultural y psicofísico, es decir, presentan un análisis integral de la persona, sus problemas existenciales, las causas que los provocan y las consecuencias de los mismos. Siendo las consecuencias principales: el fenómeno de vacío existencial no estuvo presente de manera significativa en la muestra evaluada. Se tuvo conocimiento que no hubo suficiente honestidad en el momento de la prueba lo que resta confiabilidad a los resultados. El fenómeno de vacío existencial se presentó en un 8% de la

muestra. Los resultados del PIL y cuestionario inicial demostraron que el factor determinante que minimizó la presencia de vacío existencial, fue lo espiritual (creer en Dios). La clase más afectada fu la media baja, y en especial las personas que no concluyeron sus estudios en la universidad.

EFFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA CON VIH (+) SIDA. Realizado por Silvia Marina Linares De León y Dinora Elizabeth Ochoa Mazariegos, en octubre de 1995. Trata sobre la aplicación de la Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia de Bellak y Siegel (con resultados a corto plazo). Es similar a la terapia de apoyo pero más específica y encaminada a la resolución de un solo problema. Trabajo en el cual concluyeron en la efectividad de ésta terapia en el tratamiento de personas con VIH/SIDA.

PROPUESTA DE ATENCION PSICOLOGICA PREVENTIVA Y DE TRATAMIENTO A POBLACION EN RIEGO O CONTAGIADA DEL VIRUS DEL SIDA. Informe Final de EPS. Realizado por Jorge Geovanni Meléndez Mollinedo en 1,995. Explica detalladamente las formas de transmisión del VIH, el desarrollo de cada etapa del SIDA así como de las pruebas para detectar la presencia del virus, profundizando en las implicaciones psicosociales de la enfermedad (emocionales, laborales y sexuales). Concluyendo que la prevención de contraer el VIH es más que proporcionar información, es en realidad modificar actitudes y conductas, tarea que corresponde especialmente a los psicólogos, de acuerdo con la cultura de la población meta.

La atención a personas con reincidencia en prácticas de riesgo de infección por VIH debe orientarse a la autocomprensión de su comportamiento durante un proceso más largo. Es necesario mayor número de personas capacitadas para atender a población infectada. Los principios logoterapeúticos fueron efectivos, la terapia de apoyo también, y lo más particular de este trabajo que fue la aplicación del método de Simontón. El autor considera indispensable la atención a las familias de los pacientes.

LA PRESENCIA DEL VACIO EXISTENCIAL EN ESTUDIANTES DEL TERCER AÑO DE TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA Y ORIENTACION VOCACIONAL Y LABORAL DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA. Realizado por Julio Emilio Burbano Ordoñez y Carmen Alicia Solís Cardona en 1,996. El cual presenta un enfoque con base filosófica y espiritual (no religioso). Trata sobre las motivaciones e intereses existenciales de los estudiantes. Concluyendo en que rechazan la hipótesis de trabajo porque menos del 10% de la muestra experimentan el vacío existencial, el 15% no tienen propósitos o metas de vida definidas y el 3% evidencias la presencia de vacío. Los resultados no pueden generalizarse, solo pude mencionarse que los estudiantes de carreras técnicas están menos propensos a sufrir crisis existenciales.

hiperreflexión e hiperintención, por ejemplo: en casos de insomnio, falta de apetito, inseguridad e indecisión. El último de los instrumentos aplicados fue el test PIL (Purpose in life o prueba de propósitos de vida), cuyos autores son Dr. James C. Crumbaugh y Leonardo T. Maholick, es una medición psicométrica. Fue el más adecuado para medir el grado de vacío existencial en las personas, así como las motivaciones que le hacían seguir viviendo, con la finalidad de evaluar la eficacia del tratamiento Logoterapéutico. Consiste en 3 partes: la primera parte es estructurada, consta de 20 ítems, en las instrucciones se pide que la persona marque con un círculo el número que se acerque más a la verdad, a cerca de sí mismo. La escala tiene dos límites opuestos, de un extremo al otro. Si la persona no sabe que contestar o está confusa deberá encerrar en círculo el número que está en el centro, sobre la palabra neutra. En la parte B se presenta una serie de 13 frases para completar con los pensamientos inmediatos que a la persona se le ocurra.

En la parte C se solicita que la persona escriba un párrafo en el cual describa sus metas y ambiciones y en que medida los ha alcanzado.

Técnicas de Análisis Estadístico de Datos:

Se llevó a cabo un análisis e interpretación de los resultados obtenidos mediante el análisis cualitativo, así como el análisis cuantitativo mediante técnicas de estadística descriptiva en aspectos como cuadros y gráficas que ilustran los resultados obtenidos después del tratamiento, los que se presentan en el capítulo 3. Los únicos cálculos realizados fueron los porcentajes de los resultados obtenidos de las dos pruebas aplicadas, el procedimiento fue a través de una regla de tres simple.



CAPITULO III

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

INTRODUCCION

En total se realizaron 120 sesiones, cada una, con duración de 1 ó 2 horas. A cada persona se le atendió un promedio de 7 sesiones, con un máximo de 12 en los casos más constantes. Las citas presentaban un intervalo de 8, 15 ó 22 días de acuerdo con el tratamiento nutricional. Por lo tanto los pacientes asistieron un promedio en tiempo de cuatro a cinco meses de tratamiento psicológico cada uno.

ANALISIS FINAL

El siguiente análisis se realizó con base a los resultados registrados después del tratamiento Logoterapéutico aplicado a las 17 personas con VIH/SIDA que conformaron la muestra, atendidas en APAES Solidaridad, durante 1996. Se presenta en orden de acuerdo al procedimiento utilizado con los instrumentos y técnicas. Antes de esto es necesario mencionar que durante las entrevistas se pudo confirmar algunos elementos en común en los relatos:

Cambio de ánimo desde que se enteraron del diagnóstico, trastornos del sueño, trastornos del apetito, disminución del apetito sexual, tristeza, falta de interés en sus actividades cotidianas, aburrimiento, desesperación, cierto grado de conformismo, preocupación y culpa por haber infectado a sus familiares u otras personas, incertidumbre o miedo a las posibles enfermedades, miedo al rechazo familiar y de las demás personas, minusvalía, ansiedad por falta de recursos económicos, angustia, ideas de suicidio, miedo al sufrimiento, apatía, agresividad, falta de metas claras.

La observación sistemática permitió registrar los cambios sufridos por el paciente desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el final del proceso de investigación, por ejemplo: casi al final del tratamiento, varios pacientes lograron reincorporarse de nuevo a sus actividades laborales, después de una larga ausencia, a veces ocasionada por la depresión (ver detalles al final de cada caso). Al inicio del tratamiento la mayoría presentó un estado de crisis emocional, debido al miedo a la muerte, no por el hecho en sí, sino por el sufrimiento que ésta representaba, tanto para la persona como para sus seres queridos. En ese período de crisis casi todos buscaron orientación y ayuda que les permitiera aclarar sus inquietudes y descargar su angustia; las entrevistas abiertas fueron una respuesta a estas necesidades, especialmente con la utilización de la terapia de apoyo, que tuvo gran aceptación debido a que facilitó la ventilación de los problemas, verbalizando las emociones fuertes no expresadas, lo que les produjo alivio considerable, a lo que los pacientes

comentaban generalmente a las terapeutas: "a usted le he dicho cosas que nadie más sabe de mí"; se dio la tranquilización, es decir, la disminución de la ansiedad y la persuasión en cuanto al cambio de actitud para enfrentar de forma positiva el desarrollo de la enfermedad, como consecuencia de ésta se logró reforzar la voluntad para abandonar las adicciones. Los pacientes manifestaron su satisfacción ante el ambiente de confianza, comprensión y apertura hacia ellos, lo que provocó que experimentaran un sentimiento de libertad para expresarse.

Se estableció una relación cercana, debido a la frecuencia del servicio y a la atención individualizada con lo que percibieron el interés por cada uno de ellos. La terapia de apoyo fue de gran beneficio y sus objetivos fueron alcanzados; los pacientes lograron restaurar sus defensas, afrontar su culpabilidad, vergüenza o ansiedad, empezaron a encausar sus frustraciones y presiones externas que posteriormente fueron tratadas con la Logoterapia.

De las 9 técnicas mencionadas de terapia de apoyo en el marco conceptual fueron 7 las utilizadas a través del diálogo terapéutico:

- a) Dirección calurosa, cordial y enérgica, esto se logró mediante el lenguaje verbal y gestual del terapeuta.
- b) Gratificación de necesidades de dependencia sin provocar vergüenza, las terapeutas manifestaron aprobación ante las actitudes positivas, por cuando un paciente decidía dejar la prostitución con el fin de no seguir infectando.
- c) Apoyo en el desarrollo de una legítima independencia, en las personas con VIH/SIDA se reforzó la toma de decisiones por sí mismos.
- d) Estimulación de aficiones y sublimaciones placenteras no destructivas, se les sugirió continuar con las actividades deportivas, sociales o artísticas que acostumbraban, en la medida de lo posible.
- e) Sugerencia de descanso y diversiones adecuadas; se les indicó la realización de actividades al aire libre como: paseos, excursiones y otros.
- f) Anulación de tensiones excesivas externas. Se les señaló la necesidad de alejarse en lo posible de toda fuente de tensión como por ejemplo discusiones familiares, contacto con personas conflictivas, etc.
- g) Proporciona guía y consejo. El terapeuta hizo la función de espejo para reflejarles las soluciones que ellos mismos iban descubriendo.

Con las anteriores técnicas se logró que los pacientes se sintieran protegidos, seguros, aceptados, alentados, menos ansiosos y menos solos. Esos logros no se dieron simultáneamente en todos los pacientes, debido a las diferentes fases de duelo en que se encontraban, de acuerdo con la clasificación de Elizabeth Kübler Ross, tomando en cuenta que dichas fases no se pueden generalizar, debido a la duración de cada una y a la variabilidad en el orden en que se presentaron en cada caso; aunque todos experimentaron la negación al principio porque es la

reacción más común ante una situación negativa inesperada. En esta fase se les indujo a la reflexión sobre la realidad, haciendo uso en algunos casos de una adaptación del Logodrama en el cual por medio de la imaginación, los pacientes veían enfermos a sus seres queridos y eso les hacía reaccionar y encontrarle el valor a su sufrimiento. Al imaginarse sanos, llegaban a la conclusión que de todas maneras hubieran fallecido por sus adicciones y sin haber logrado resultados positivos en su vida.

Los pacientes que se encontraban en la fase de cólera hicieron de las personas más cercanas y del terapeuta el blanco de sus agresiones para encubrir sus sentimientos de culpa, incertidumbre y vergüenza; pero la principal agresión era contra ellos mismos manifestándolo en comentarios como: "yo me lo busque, me lo merezco, que me importa lo que me pase, para eso venimos al mundo para sufrir, ya para qué me cuido, nadie me entiende, usted que sabe, si me muero me llevo a otros, etc. En ese momento se hizo énfasis en la descarga emocional, el terapeuta guardó silencio con respeto y serenidad lo que derrotaba su actitud y les producía alivio.

Durante la etapa de regateo o contrato, se trató de hacer conciencia a los pacientes de su condición, para vivir de acuerdo a ella sin fomentaries falsas esperanzas ni conformismo. Se les motivó a realizar todas aquellas actividades que pudieran proporcionarles una mejor calidad de vida, reconociendo que la muerte no era un hecho inmediato.

Generalmente la depresión se presentó intercalada entre las demás fases, siempre ocurriendo una de mayor intensidad y duración, caracterizada por tristeza, trastornos del sueño, de la alimentación, disminución del apetito sexual, ideas, deseos e intentos de suicidio en forma directa e indirecta. Esas características aumentaron con la hiperreflexión e hiperintención las cuales nacen de la ansiedad anticipatoria.

Para todo lo anterior se utilizó agregado a la terapia de apoyo el poder, potencia y persuasión como herramientas del terapeuta y en algunos pacientes la derreflexión y la intención paradójica.

En los casos de hiperreflexión se utilizó la derreflexión, desviando su atención hacia otros aspectos de beneficio para su salud emocional, por ejemplo en lugar de obsesionarse con sus limitaciones físicas se les sugirió pensar en las consecuencias negativas que esto podía crear en las personas que los atendían.

Un ejemplo de hiperintención es el deseo exagerado de salud, lo que hace que las personas compulsivamente consuman indiscriminadamente toda clase de medicamentos sin prescripción médica, hecho que pone en riesgo su vida. Se canalizó su atención hacia otros aspectos importantes como, una dieta balanceada, ejercicio físico moderado, etc.

En las personas que padecían de insomnio se les ordenó que no durmieran como aplicación de la intención paradójica, en estos y otros casos los resultados fueron positivos, porque las personas lograron hacer lo que antes no podían.

En total el 70% de los pacientes llegaron a comprender y aceptar su realidad en cuanto a la enfermedad. Esta última etapa fue el resultado de la aplicación del tratamiento Logoterapéutico, cumpliendo con los objetivos de investigación ya que se logró divulgar la importancia de la atención psicológica especialmente en aquellas personas que padecen de enfermedades mortales.

Así como la utilidad de la Logoterapia en esos casos para descubrir y tratar el vacío existencial. Esto se demuestra con los resultados obtenidos en la presente investigación que a continuación se expone.

Resultados de la Prueba Inicial

Los resultados de las entrevistas preliminares, de acuerdo con la guía de valores utilizada revelaron la presencia de valores creativos, vivenciales y de actitud; aunque esto no significa que estuvieran conscientes de poseerlos, de las 17 personas solo 4 los reconocían. En todos predominaban los valores de actitud; algunas de las personas a través de la enfermedad aprendieron a valorar de mejor manera su vida. El sufrimiento a pesar de parecer un estímulo negativo produjo en la mayoría de personas un efecto positivo, fue un factor precipitante del crecimiento personal, produjo la revisión de vida a partir de la cual decidieron realizar cambios trascendentales como: cuidar de su salud física y mental, recibir ayuda para aceptar su realidad y afrontar de mejor forma las situaciones difíciles que provoca la enfermedad.

En segundo lugar sobresalieron los valores creativos, debido a la importancia que asignaban a su trabajo, para algunos el amor a éste era la razón principal para vivir (en algunos casos al perder el empleo tuvieron la necesidad de encausar hacia otros valores su sentido de vida). Dejando en último lugar los valores vivenciales, ya que la mayoría de personas entrevistadas no consideraron importante el amor a la naturaleza, ni valoraron sus experiencias pasadas, manifestaron que el sufrimiento anterior a la enfermedad ejerció influencia negativa en su desarrollo como personas. En nuestra cultura no se educa para apreciar el valor de la vida y por lo tanto la muerte no se afronta con naturalidad. Hasta que la persona se ve sometida a una situación límite, entonces se hace consciente de la importancia de la salud y la vida y siente injusto el no poder tener el tiempo necesario.

Trece de las 17 personas se encontraban en crisis existencial y presentaban frustración (con diferente intensidad). No habían logrado descubrir sus valores para encontrarle sentido a la vida.

TABLA NO. 1
Presencia de Valores Existenciales en
Personas con VIH/SIDA

VALORES	F	%
Creadores	12	71
Vivenciales	10	59
De actitud	17	100

Fuente: APAES SOLIDARIDAD, Guatemala. 1996.

Resultados de la Evaluación Final

Test PIL (Purpose in Life) Prueba de Propósitos de Vida

Por medio de la aplicación de éste test, se pudo comprobar que los resultados obtenidos con la Logoterapia fueron eficaces; se logró que las personas descubrieran ó reforzaran su sentido de vida, utilizando los mismos valores que presentaron en la evaluación inicial, de los cuales no estaban plenamente conscientes. El cambio principal observado en los pacientes entre la evaluación inicial y la final, fue la reafirmación de los valores de actitud, obtuvieron fortaleza al demostrarse a sí mismos su capacidad para transformar el sufrimiento en algo positivo, que elevó su autoestima, los motivó de nuevo a conquistar un lugar en la sociedad a pesar del rechazo de sus familiares, amigos o personas de su entorno. Realizaron un cambio drástico al dejar hábitos dañinos como prostitución, drogadicción, alcoholismo, y otros, en beneficio de su salud. Aceptaron sus limitaciones en cuanto a sus responsabilidades familiares, pero sin sentimiento de inutilidad. Hubo aumento en la presencia de los valores vivenciales y creativos respectivamente.

Algunas personas VIH positivas, pero que aún no desarrollaban la enfermedad, volvieron a sus antiguas ocupaciones y mejoraron sus relaciones familiares y de amistad renovando el afecto que los unía; aprendieron a usar su pasado como fuente de satisfacción y lograron comprender el sufrimiento vivido, hasta el punto de contar su experiencia para ayudar a otros con fines preventivos.

TABLA No. 2
Resultados del Test PIL
Posterior al Tratamiento Logoterapeutico

Escala	(f) Serie A	(f) Series A,B, y C	%
0 - 92	5	0	0
92 - 112	5	5	29
113 - 140	7	12	71
TOTAL	17	17	100

Fuente: APAES Solidaridad. Guatemala 1996.

Cifras de las que se puede deducir que 5 personas seguían con cierto grado de vacío existencial. Siete estaban en proceso de reafirmar su sentido de vida, y cinco estaban seguros de su sentido de vida y cinco estaban seguros de la razón de su existencia y tenían bien definidos sus propósitos, llegaron a una verdadera fase de aceptación de su realidad.

Sin embargo si se toma en cuenta lo expresado en las series B y C y los resultados de las evoluciones. La parte C del test PIL fue útil para complementar la información expresada por los pacientes en cuanto a sus metas y ambiciones y en que medida las habían alcanzado. La mayoría de personas modificaron sus objetivos para realizarlos a corto plazo, situándose en el aquí y en el ahora.

PRESENTACION DE CASOS

CASO 1

Paciente de sexo masculino de 26 años de edad, ladino, de nivel socioeconómico bajo. Originario de la ciudad capital, nació en mayo de 1971. Soltero, homosexual, desocupado. Profesa la religión evangélica. Estudió hasta 2do. básico. Referido por los médicos del Hospital General. Lo que más le molestaba era la falta de apoyo y afecto de la familia con que convivía.

Se infectó con una de sus parejas sexuales hace varios años. Él había escuchado hablar sobre el SIDA y cuando empezó a sentirse mal sospechó que podía ser eso. Acudió al hospital, le hicieron las pruebas y los resultados fueron positivos. En la actualidad se encuentra en la tercera fase de la enfermedad. Ha estado hospitalizado con frecuencia, recuperándose con dificultad a pesar de consumir todos los medicamentos posibles y alimentos que obtenía.

Fue hijo único, no conoció a su padre y su madre falleció cuando él tenía 3 años aproximadamente. Los vecinos lo cuidaron un tiempo y después una señora, dueña de un bar se hizo cargo de él. Cuando creció lo puso a trabajar y así al llegar los 11 ó 12 años lo obligó a la prostitución. De niño fue violado tres veces, a los 7 a los 9 y a los 12 años. A los 13 años decidió dejar el bar y buscar un trabajo. Aprendió a manejar máquina de coser industrial y con el sueldo que obtuvo de esto, logró sobrevivir sólo. Estuvo en instituciones de beneficencia y hogares de rehabilitación. De joven aprendió a fumar, beber y usar drogas. También volvió a la prostitución.

Ha estado en tratamiento con tres psicólogos diferentes, pero no le agrada la forma en que lo trataron, piensa que no lo comprendieron. Recuerda con tristeza que los hombres siempre lo han despreciado afirmando que "los hombres son malos", sin embargo le gustan. Nunca le atrajeron las mujeres. Su relación amorosa más duradera fue con un homosexual, el cual estaba enfermo de SIDA, pero no se lo dijo. Él se enteró hasta que su pareja falleció, hecho que le molestó, pues se sintió engañado. Lo que le hace vivir es el amor a la vida y así mismo.

Se queja constantemente de que nunca ha recibido amor ni comprensión. A la única persona que siempre recuerda con agrado es a un hombre que unas veces llama padre y otras veces abuelo. Él solía aconsejarlo y le dedicaba atención.

La última familia con la que convivió estaba formada por una pareja y su hija, una joven que era madre soltera. Con ella se sentía muy cómodo, hasta que hubo problemas porque él les contó que estaba infectado y lo echaron de la casa. El les explicó que no corrían peligro pero no comprendieron. Los últimos días que estuvo con ellos fueron tristes porque a cada momento le hacían desprecios, le tenían asco y le exigían dinero a pesar de saber que por su estado físico no podía trabajar.

Respecto a su vida escolar no tiene muchos recuerdos. Dijo que terminó la primaria cuando era niño y que estudio ya de joven en la jornada nocturna 1ro. y 2do. básico. No reprobó ningún grado ni materia. No continuó sus estudios porque perdió el interés. Con sus compañeras y maestros no tuvo problemas, pero con los varones si, porque se burlaban de él por ser homosexual.

En cuanto a su vida laboral, se dedicó, a la prostitución forzado por la persona con la que vivía. De adolescente trabajó en una maquila; allí se sentía incómodo desde el principio porque los varones lo despreciaban y se burlaban de él por ser homosexual. Después estuvo en varios empleos temporales, pero no especificó en que. Después regresó a la prostitución aunque ya no era de su agrado. Lo hizo por necesidad de dinero. Con sus compañeras de trabajo su relación fue agradable, se ayudaban económicamente.

Desde que recuerda fue muy amigable valiente y atrevido. Le gustan las fiestas, bailar y cantar. Y en la actualidad también asiste a actividades religiosas cada vez que puede. Uno de sus pasatiempos favoritos es conversar con las personas.

Respecto a su vida sexual indicó que el primer contacto sexogenital lo tuvo a los 7 años cuando fue víctima de una violación, hecho que se repitió a los 9 y a los 12 años. En el bar donde vivía fue forzado a todo tipo de prácticas sexuales como homosexual. Durante su juventud empezó a tener relaciones sexogenitales voluntarias. Se enamoró varias veces y convivió con algunas parejas temporalmente. No le gusta vestirse como mujer pero si maquillarse. Cree que él puede proporcionarle más placer a un hombre que una mujer. Rechaza a los bisexuales y afirma que "si no me hubieran desgraciado hubiera sido un buen hombre". Antes de la enfermedad el paciente era más alegre, confiado y positivo.

Durante el examen mental, vestía ropa sencilla y un poco sucia. Quiso dominar la conversación evadiendo las preguntas que se le formularon. Manifestó mucha resistencia.

No recordó hechos remotos de su historia sólo los recientes e inmediatos. Sus ideas fueron confusas, en algunos aspectos se contradijo todo el tiempo. Mintió varias veces. Prestó atención por periodos cortos. No logró concentrarse en los temas que él mismo elegía ni en los que se le sugerían. Supo responder adecuadamente a las preguntas: quién es, por qué está aquí, dónde vive, qué fecha es. Hizo cálculos numéricos sin dificultad. Sus pensamientos giran en torno a su soledad y la falta de un hogar. Sabe sobre su situación pero trata de evadir su realidad a través de mentiras. Cree que esta bien de salud a pesar de los malestares físicos.

Su lenguaje es común, utilizó muchos modismos. Habló con rapidez y fingió la voz para que pareciera femenina. Respecto a su estado de ánimo se puede decir que sufría depresión enmascarada crónica.

Evoluciones y Evaluación Diagnóstica: Se resistió al tratamiento al inicio, después fue colaborador aunque poco perseverante, mintió constantemente. En la evaluación inicial presentó vacío existencial.

Evaluación Final: de acuerdo a los resultados del PIL es una persona en proceso de reconocer sus valores existenciales.

CASO 2

Persona de sexo masculino de 22 años de edad. Ladino, originario de esta capital, de nivel socioeconómico medio. Con educación media completa. Soltero, de religión cristiana evangélica. De orientación homosexual. Sin trabajo.

Referido por el nutricionista de la asociación. Lo que más le preocupaba era tener que dejar solas a sus sobrinas al fallecer.

Se infectó con el VIH a través de un hombre mayor que abuso de él sexualmente, hace aproximadamente 3 años. Quedó muy lastimado por lo que estuvo en tratamiento médico largo tiempo. Por ese motivo le realizaron las pruebas de VIH y los resultados fueron positivos. Posteriormente empezó a perder el apetito, su peso disminuyó y sufrió de fiebres altas e infecciones frecuentes. Desde que empezó a asistir a la asociación trató de cuidar más su salud, con una mejor alimentación y aceptando todos los medicamentos que le indicaban. Dejó de asistir al tratamiento psicológico por las limitaciones propias de su enfermedad.

Fue el 6to. de 7 hermanos. Desde niño fue muy consentido por su mamá, ella lo sobreprotegia. Su papá por el contrario lo corregía con frecuencia. Pero en una ocasión lo golpeó fuertemente y su mamá intervino, tenía 7 años y a partir de esa fecha su padre no volvió a reprimirlo ni a dirigirle la palabra, excepto cuando era indispensable. Con sus hermanos varones casi no tuvieron comunicación, se relacionaba más con sus hermanas con las que se sentía identificado. Aunque con frecuencia discutía con ellas, las insultaba diciéndoles: "vulgares y cualquiera". Él creyó que tenía más valor que las demás personas. Nunca le interesaron las cosas espirituales. Su mayor aspiración era llegar a tener éxito económico para poder pertenecer a otro círculo social. Se avergonzaba de su familia por ser de clase media. Despreciaba a las personas que tenían menos dinero que él y no les hablaba.

Los últimos años vivió con sus padres, una hermana y dos sobrinas. Con su padre siguió el distanciamiento. Tuvo frecuentes discusiones con su madre y hermana por la forma como trataban a las niñas, a la menor la consentían demasiado y a la mayor le exigían con exageración. Hizo con ellas el papel de padre, las sostuvo económicamente. Las cuidó y les dio el afecto que necesitaban. Cuando ya no pudo ayudarles en los

aspectos mencionados, se sintió deprimido e inútil. En su familia todos sabían de su enfermedad.

Respecto a su vida escolar, su rendimiento académico fue satisfactorio, excepto durante la adolescencia, por lo que fue referido a un centro de servicio psicológico. No reprobó grados ni materias. No tuvo problemas con compañeros o maestros, su relación con ellos era adecuada. Tuvo oportunidad de continuar sus estudios universitarios pero prefirió seguir trabajando, pues su interés era tener tanto dinero como sus compañeros de colegio. Para aparentar ser como ellos, se acostumbró a mentirles todo el tiempo sobre su familia y el lugar donde vivía.

Trabajó desde la adolescencia para obtener dinero, a pesar de que sus padres costeaban todos sus gastos. Después de graduarse de nivel medio, ascendió de puesto en la misma empresa y sus ingresos aumentaron pero tuvo que renunciar por la enfermedad. Nunca tuvo problemas con sus compañeros, ni con sus jefes.

Tuvo pocos amigos porque no le gustaba relacionarse con las personas de su nivel, sino sólo con aquellos que tenían mucho dinero. No quiso comunicarse con sus vecinos o con sus familiares porque eran pobres. Si ellos intentaban hablarle los evadía o ignoraba. No le agradaban las reuniones sociales, ni religiosas, aunque de pequeño si asistía a las mismas obligado por sus padres. Durante las últimas etapas de su enfermedad volvió a asistir a la iglesia a donde iba su familia.

Respecto a su vida sexual, a los 13 años fue referido al psicólogo por bajo rendimiento escolar, problema que era causado por la incomodidad que estaba experimentando consigo mismo con relación a su preferencia sexual. Se percató de su gusto por las personas de su mismo sexo. Le agradaba ver sus cuerpos e imaginarlos desnudos. Asistió a una entrevista pero al ser interrogado sobre su vida sexual se sintió mal y no regresó más. Fue violado a los 20 años, por un hombre mayor, que era su vecino. Nunca tuvo relaciones sexogenitales voluntarias y no le atraían las mujeres; sin embargo durante su enfermedad afirmó que había descubierto que uno de sus mayores anhelos era ser padre de una o dos niñas como sus sobrinas.

Antes de la enfermedad era una persona muy tranquila, pero después se volvió inseguro triste y lloraba con facilidad. Tuvo trastornos del sueño.

Al momento de la entrevista vestía ropa sencilla pero limpia. Conversó con espontaneidad y cuando se le hacía alguna pregunta respondía con claridad.

Recordó hechos de su vida pasada, remota, reciente e inmediata sin dificultad. Coordinó sus ideas adecuadamente. Prestó atención durante largo tiempo. Respondió con certeza a las preguntas: quién es, por qué vino, dónde vive, qué, fecha es. Realizó cálculos numéricos sin problema. Sus pensamientos giraban en torno a la muerte y a sus sobrinas. Expresó amplia conciencia de su realidad. Supo responder a las preguntas

sobre que hacer en caso de emergencias. Manifestó dificultad para solucionar y sobreponerse a los problemas de la vida diaria, debido a su inseguridad y baja autoestima.

Su lenguaje fue sencillo y su tono de voz suave y pausado. Su ánimo estaba decaído, lloró varias veces.

Evoluciones y Evaluación Diagnóstica: Paciente depresivo, indeciso, hipersensible y dependiente, en todas las sesiones fue colaborador, sufría de vacío existencial.

Evaluación Final: En proceso de cambio, pero no terminó el tratamiento porque falleció.

CASO 3

Persona de sexo femenino de 40 años de edad, originaria del interior de la república. Con domicilio en Taxisco. Ladina de escasos recursos. Estudió hasta tercero primaria. Está empleada en una casa particular. Es de religión católica y vive unida con su pareja.

Fue referida por el nutricionista de la asociación. Lo que más le ha afectado es la tristeza por haber perdido su salud y la muerte de su hijo.

Se dio cuenta de su enfermedad a través de su hijo a quien le hicieron unos exámenes de sangre en el hospital cuando estuvo enfermo. Los médicos sospecharon y le hicieron la prueba del VIH; los resultados fueron positivos. Cree que fue infectada por el padre de su hijo, pero él no quiso hacerse la prueba. Se enteró de su diagnóstico a principio de 1996, lo que le causó tristeza y desesperación por su hijo y por ella.

Ella fue la primera de cuatro hermanos. Como su familia era muy pobre, tuvo que viajar a la capital para trabajar con una tía que tenía un comedor.

A los 17 años se unió con su primer pareja, relación que duró solo un año, ya que ella se supo que su marido era casado. Por ese motivo lo dejó y regresó a vivir con su tía porque no tuvo otro lugar a donde ir. Más tarde conoció a un señor de 65 años, quien insistía en que se unieran. A ella no le agradaba, sin embargo aceptó la propuesta y con él tuvo 8 hijos. El señor era alcohólico, no le daba dinero, la trataba mal y cuando bebía la sacaba de su casa, amenazándola con un machete. Además era mujeriego.

Cuando se cansó de la vida que llevaba, decidió irse de la casa sin sus hijos; entonces tenía 38 años de edad. Un año después conoció a un joven de 27 años con el cual se unió; tuvieron un hijo, pero nació enfermo y a los cuatro meses falleció. Hizo énfasis en la tristeza que le provoca el recordar cómo despreciaban a su hijo las personas que supieron de la enfermedad. Aún sus familiares no querían ni tocarlo. La única satisfacción que siente es que él haya muerto antes que ella, piensa que de lo contrario habría sufrido más.

Después que el niño falleció, ella regresó a pedir posada a la casa de su ex esposo, quien la recibió, la aceptó con la enfermedad y se hizo cargo de los gastos del

entierro de su hijo. El señor le contó a todos los vecinos sobre la enfermedad de ella; la mantiene económicamente aunque ya no tienen una relación marital.

Ya casi no tiene comunicación con sus hermanos debido a la distancia que los separa. La relación con 7 de sus hijos volvió a ser agradable, pero con la mayor no, ella no la acepta, le reclama sobre la enfermedad y no le permite que se acerque a su hijo, repetidas veces la ha sacado de la casa. Con los hijos mayores de su pareja no ha tenido problemas porque ellos no saben de su enfermedad. Ahora se dedica a atender a los niños pequeños y a hacer sus oficios cuando se siente con fuerza. Sus hijos son su razón para seguir viviendo. En cuanto a su vida escolar dijo que no continuó sus estudios por falta de recursos económicos.

Su historia laboral es corta, tuvo solamente dos empleos, uno con la tía atendiendo mesas, y el otro en oficios domésticos en una casa particular, donde no tuvo ningún problema, allí estuvo aproximadamente un año. Dejó este empleo debido a su enfermedad.

En lo social, ella considera que siempre le ha gustado compartir con todas las personas (hombres y mujeres) a pesar de ser llamada y reservada. Su actividad preferida es salir de paseo.

Su menarquia fue a los 14 años. Su vida sexual activa empezó a los 17 años cuando se unió con su primer esposo, con quien las relaciones eran placenteras, siempre quedaba satisfecha. Con su segunda pareja las relaciones no eran de su agrado. Y con el tercero sentía poca satisfacción. Desde hace dos años que no realiza el acto sexual. Antes de la enfermedad ella era más sociable y alegre.

La paciente en la entrevista tenía ropa sencilla, limpia, bien peinada y con los zapatos un poco sucios. Colaboró, fue sincera y abierta al conversar. Desde el inicio manifestó tristeza y preocupación. Recordó con claridad aspectos de la infancia, de la adolescencia y de su presente. Coordinó sus ideas adecuadamente. Prestó atención durante toda la plática. Supo responder: quién es, dónde vive, qué fecha es. Realizó cálculos numéricos sin dificultad. Le preocupa su hijo y no poder encontrar otro trabajo para mantenerlo. Esta consciente de su situación. Su lenguaje es sencillo. Manifestó mucha preocupación y tristeza.

Evoluciones y Evaluación Diagnóstica: Persona depresiva, que colaboró en todas las sesiones, fue sincera y constante. Presentó vacío existencial.

Evaluación Final: En proceso de cambio, había empezado a reconocer sus valores existenciales.

CASO 4

Persona de sexo masculino 54 años de edad, originario de Quetzaltenango, nació en 1942. Ladino de nivel socioeconómico bajo. Con educación primaria completa. Reside en esta capital. Ocupación, carpintero. Está separado de su esposa.

Fue referido por los médicos del Hospital General para recibir ayuda nutricional. En la primera cita con el nutricionista se le informó del servicio psicológico y él asistió voluntariamente. Lo único que le ha molestado es no poder trabajar formalmente debido a que no cuenta con los recursos económicos necesarios.

Fue infectado hace aproximadamente dos años, por las relaciones sexogenitales que tuvo con una compañera temporal. Se enteró de su problema cuando acudió al hospital por una enfermedad de la piel. Allí le hicieron las pruebas del VIH y los resultados fueron positivos. No quiso contarte a sus familiares para que no se preocuparan, excepto su hermano quien le ha brindado su apoyo en todo sentido. Todavía no ha desarrollado la enfermedad.

Desde pequeño fue trabajador y responsable. Aprendió buenos hábitos y tuvo una buena educación. Se casó muy joven y su matrimonio fracasó, su esposa era egoísta e interesada, por eso decidió dejarla. Después de eso se dedicó a su trabajo, no volvió a tener una relación formal con ninguna mujer. Siempre estuvo pendiente de sus hijos a quienes ama. Les dio estudio y los visitaba con frecuencia. Ahora todos son graduados y ya se casaron.

De sus demás familiares casi no habló, no existe mayor comunicación por que viven en diferentes lugares. Recuerda poco de Su infancia. De joven fue muy tranquilo, aprendió a fumar y a beber licor pero con medida.

Actualmente vive en la casa de su hermano y su familiar con ellos la relación es muy agradable con todos comparte y su comunicación es adecuada. Visita con frecuencia a sus hijos y nietos. Ellos le dicen que ha sido un buen padre y se sienten orgullosos de él.

Recuerda que de pequeño le gustaba ir a la escuela, en aquel tiempo la jornada era doble y los maestros se preocupaban de dar una buena educación. Le iba bien en todas las materias. No reprobó grados ni materias. Su relación con maestros y compañeros fue adecuada. En esa época aprendió el hábito de la lectura y empezó a escribir poesía, lo que ahora se ha convertido en su uno de sus pasatiempos preferidos. Su caligrafía y ortografía son adecuadas para su nivel escolar.

Ha trabajado desde niño pero sus empleos más importantes han sido dos, primero como barrendero en un hotel de prestigio en donde estuvo más de 10 años y el otro como carpintero. Al dejar el primer empleo reunió el suficiente dinero para independizarse. Compró su maquinaria y herramientas para establecer su taller, pero unos años más tarde lo cerró por problemas económicos. Su más grande deseo es volverlo a abrir.

Siempre ha sido muy educado, amigable y servicial. Tiene excelentes relaciones interpersonales con todas las personas con quienes convive. Entre sus pasatiempos favoritos se encuentran las actividades manuales, leer, salir de paseo, conversar y escribir poesía. Cree en Dios y le gusta recibir pláticas de todas las religiones. Tiene muchos amigos (mujeres y hombres) Indicó que siente un gran respeto por todo ser humano.

En cuanto a su vida sexual, su primera relación fue con su esposa. Después que se separó de ella tuvo varias parejas temporales. Con la última persona que estuvo el contacto sexual era frecuente; Ella tenía SIDA pero no se lo dijo. Su apetito sexual no ha cambiado pero Ahora prefiere evitar las relaciones y dedicarse más a cuidar su salud.

El paciente indicó que no ha tenido ningún cambio en su comportamiento desde que se enteró de su diagnóstico, porque se considera afortunado de la vida que ha llevado. Mantiene como siempre una actitud optimista ante cualquier problema.

Al momento de la conversación el paciente vestía ropa formal, un poco sucio. Su charla fue amena. Expresaba tranquilidad. Colaboró en responder todas las preguntas que se le formularon. Presentó dificultad para recordar hechos remotos y recientes de su vida. Coordinó adecuadamente la expresión de sus pensamientos. Sus ideas son coherentes con su realidad. Mantuvo la atención y la concentración. Respondió correctamente a las preguntas: quién, es, por qué vino, dónde vive, qué fecha es hoy. Hizo cálculos numéricos sin dificultad. Manifestó preocupación por su situación económica. Estaba consciente de su realidad y aceptaba su problema con responsabilidad. Su vocabulario era sencillo pero amplio. Su tono de voz era bajo. Hablaba con claridad y pausadamente. Su estado de ánimo era elevado, transmitía positivismo.

Evoluciones y Evaluación Diagnóstica: Colaborador, sereno, participativo, manifestó madurez emocional y no presentó vacío existencial.

Evaluación Final: Según el PIL tiene bien definidos sus propósitos de vida.

CASO 5

Persona de sexo masculino de 29 años de edad, guatemalteco, ladino de nivel socioeconómico medio. Soltero. Tiene estudios superiores. Reside en esta capital. Es joyero. No profesa ninguna religión. Referido por los médicos del Hospital General para que recibiera orientación nutricional. En su primera cita le explicaron de los beneficios del servicio psicológico y aceptó asistir. Como queja principal indicó que le preocupa el no saber qué hacer con su vida.

Adquirió el VIH hace 5 años aproximadamente por relaciones sexogenitales con prostitutas. Cuando dejó éste hábito, recapacitó sobre lo que había hecho y decidió hacerse la prueba porque ya se empezaba a sentirse mal de salud. En el hospital le hicieron los exámenes correspondientes y los resultados fueron positivos. Desde entonces

ha estado en control médico. No sabe en que etapa de la enfermedad se encuentra. Pero se ve sumamente delgado y demacrado, ha sufrido infecciones severas, disminuyó su peso y a veces le cuesta caminar por el edema y dolor en sus piernas y pies. Deseaba morir porque realmente no le encontraba ningún sentido a su vida.

Fue el segundo de dos hijos varones. De niño fue muy tranquilo. Vivió con sus padres y hermano hasta 23 años aproximadamente. Su padre falleció cuando él tenía 20 años. Siempre fue tímido y ansioso. No le agrada hablar en público. Su inseguridad a lo largo de su vida ha sido un obstáculo para alcanzar o realizar muchas de las cosas que anhelaba. Manifiesta que no se ha desenvuelto en la vida como él quería. Durante la adolescencia solía robar dinero de sus padres. Ellos tenían un negocio familiar en donde participaban los cuatro, y en una ocasión su hermano lo descubrió, a raíz de ese incidente la relación con su hermano no volvió a ser la misma. Antes era agradable, era con el único con el que había una buena comunicación. En su familia sucedía algo extraño, siempre estaban juntos, tanto en el negocio como en la casa pero no se atendían unos a otros. Sus padres no tenían vicios y les daban un buen ejemplo, pero no les expresaban interés o afecto. Nunca tuvo novias porque no le interesaba. Al llegar a la juventud conoció a una señora, madre soltera con dos hijos de quien se enamoró. Ambas familias se opusieron a esta relación porque la diferencia de edades era grande. Pero continuaron a escondidas y tenían relaciones sexuales con frecuencia; ella le enseñó a beber (licor), a fumar y a consumir drogas. Utilizaba marihuana, cocaína, crack y otras drogas. Cada vez que se veían terminaban insultándose y golpeándose. Eso sucedió durante ocho años. El no la mantenía económicamente, era ella quien le daba dinero para continuar con sus vicios. Ella se recuperó de sus adicciones pero él no, siguió en eso hasta abandonar sus estudios en la universidad, perdió su empleo y volvió a robar a su familia, sacaba los objetos de más valor y los vendía. Por eso lo echaron de la casa y por un tiempo vivió en la calle hasta el extremo de pedir limosna, tomar alcohol puro o mezclado con agua. Perdiendo el conocimiento y el control de sus acciones. No sentía interés por nada, a pesar de que su familia en repetidas ocasiones le suplicaron que cambiara. Esto sucedió hace cinco años. Posteriormente por la necesidad de alimentarse asistió a un grupo de alcohólicos anónimos porque un amigo le ofreció que a cambio de presentarse en las reuniones le daría dinero para comprar comida. Dos meses más tarde ya asistía voluntariamente "lo más fácil de controlar fue el licor pero las drogas no" incluso en la actualidad si le ofrecieran drogas cree que no podría resistir el deseo de consumirlas. Ya no consume cocaína, ni crack, pero sí marihuana ocasionalmente.

Cuando estuvo en el auge de su adicción, hace dos años, tenía relaciones sexuales con trabajadoras del sexo demasiado frecuentes, por lo que se consideraba

"lujurioso". Se sentía vacío, los únicos momentos de felicidad que recuerda era cuando estaba bajo los efectos de las drogas.

Actualmente vive con su mamá, su hermano, su cuñada y un sobrino. Desde que empezó a controlar sus adicciones la relación con sus familiares mejoró, lo volvieron a aceptar en la casa pero él se siente incomodo porque ya no tiene ahorros y como no se siente capaz de trabajar, no tiene ninguna entrada económica. Ellos se van todo el día a trabajar en el negocio familiar y él se queda sin hacer nada más que leer. Cada vez que hay oportunidad conversa con su mamá y siente deseos de expresarle su arrepentimiento por los sufrimientos que le ocasionó, así como su amor hacia ella y su familia pero no sabe como hacerlo.

Siempre fue estudiante sobresaliente. Le gustaban todas las materias pero en especial las matemáticas. Su relación con maestros y compañeros fue adecuada. En nivel medio fue elegido como el mejor estudiante de su promoción. En la universidad aprobó con facilidad los cursos correspondientes al cuarto grado de la licenciatura en matemáticas y a pesar de sus excelentes notas abandonó la carrera porque descubrió que no le daba ningún significado a Su vida. Aunque ya no asistió a la universidad, no dejó de estudiar, ha leído muchos libros sobre la materia y sobre mecánica.

Su primer empleo fue en el negocio familiar donde aprendió el oficio de joyero, allí ganaba bien pero para aumentar sus ingresos decidió buscar otro empleo y lo encontró. Todo lo que ganaba se lo gastaba en él, no daba dinero a su familia cuando empezó su rehabilitación su hermano le ofreció empleo de nuevo y después de un tiempo en el tratamiento psicológico aceptó. Su trabajo le agradaba y era la única fuente de satisfacción.

Ha sido siempre amable y condescendiente con las personas, tiene sentido de compañerismo. Antes asistía a reuniones sociales y religiosas (evangélicas) pero por complacer a su mamá, por eso las aborreció. A veces le gusta visitar iglesias católicas pero para admirar las pinturas que en ellas se exhiben. Tiene pocos amigos, ya que comprendió que, quienes lo inducían a los vicios no eran verdaderos amigos y que si incurrió en esa vida por necesidad de compañía y afecto, deseaba encontrar algo que llenara su espíritu. En el ambiente festivo se sentía bien porque le hacía olvidar su vacío, pero al pasar el efecto de las drogas volvía a quedar solo y desesperado. Antes no le interesaban las personas y su objetivo era llegar a poseer un nivel intelectual elevado. No creía en Dios, en valores morales, espirituales, religiosos o ideales sociales o políticos.

El paciente casi no quiso hablar de su esfera sexual, evadió varias preguntas, afirmando que no había mucho que contar. Resumió diciendo "solo he tenido una pareja formal y durante un tiempo fui lujurioso, pensaba únicamente en estar con las prostitutas".

Antes de la enfermedad era una persona despreocupada, no le interesaba más que lo material, pensaba que lo espiritual no valía la pena. Pero luego sintió que le vida era aburrida, tediosa y sin sentido. Pero desde que se inició en A.A. empezó a descubrir su necesidad de algo espiritual que le diera una razón para luchar por su vida.

Su aspecto general era limpio y arreglado. Fue educado, atento, y colaborador. Recordó su pasado remoto reciente e inmediato con claridad. Expresó sus pensamientos con coordinación. De acuerdo con su magnífico rendimiento académico, se deduce que su C. I. ha de ser mayor que el promedio. Prestó atención durante toda la entrevista. Respondió adecuadamente a las preguntas de orientación en espacio, tiempo y persona: dónde vive, qué fecha es, quien es. Hizo cálculos numéricos con exactitud

Lo que más le preocupaba era no poder encontrar sentido a su vida, esto coincide con la ansiedad que manifestó al hablar del tema. Estaba consciente de su situación y reconoció sin sentir culpa, su responsable de las consecuencias de sus actos en el pasado. Sabía que necesitaba ayuda y estuvo dispuesto a encontrar sus propias soluciones.

Su lenguaje fue amplio. Hablaba pausadamente. Explicó sus ideas con claridad. En cuanto a su estado anímico se le observó tranquilo.

Evoluciones y Evaluación Diagnóstica: Desde el inicio solicitó voluntariamente el tratamiento fue constante y abierto al cambio, estaba consciente de su vacío existencial y de la necesidad de recibir ayuda.

Evaluación Final: Logró retomar sus valores existenciales y morales.

CASO 6

Persona de sexo masculino de 28 años de edad, guatemalteco, nacido en marzo de 1969 en el departamento de San Marcos, ladino de escasos recursos. Es de religión católica y estudió hasta 6to. primaria. Es soltero. Su último empleo fue como bodeguero.

Referido por los médicos del Hospital General. Acudió a la asociación con la intención de recibir ayuda nutricional y psicológica. Su queja principal es el sentimiento de culpa y vergüenza por la forma como se infectó con el VIH.

El paciente indicó que por la presión de sus compañeros tuvo relaciones sexogenitales con una prostituta. Después se enteró que ella estaba enferma de SIDA. Un tiempo más tarde empezó a sufrir de altas fiebres y constantes afecciones respiratorias, por lo que decidió hacerse las pruebas. Los resultados fueron positivos para VIH. Al principio no creía que fuera cierto, pensaba que los médicos se habían equivocado, pero después se convenció y decidió comunicarlo a su familiar. Desde entonces ha sido hospitalizado varias veces por diferentes enfermedades. Ha perdido el apetito. Disminuyó de peso y se ve demacrado y sumamente delgado. La única que lo ha

apoyado incondicionalmente es su mamá, los demás ni siquiera lo han visitado cuando ha estado en el hospital, le han dicho que les da lástima y asco.

Recuerda que desde niño fue maltratado por su padre, lo insultaba y golpeaba sin razón, lo despreciaba y no le daba dinero para los útiles de la escuela, a los otros dos hermanos no los trataba tan mal. Por ser el mayor no lo dejaban jugar, el padre quería que no estudiara sino que se dedicara a trabajar. La comunicación era solo con la madre, quien siempre ha tenido miedo a su esposo por su carácter. El papá es 15 años mayor que la mamá, quien fue su segunda esposa. Esto afectaba pues por esa razón el señor decía que con ellos no tenían ninguna obligación económica. Con los hermanos la relación era superficial. Por su timidez tenía pocos amigos. No tuvo novias y desde que aprendió a ir con las prostitutas le interesaba cada vez menos tener una pareja formal.

Estudió hasta sexto grado de primaria. Tuvo gran dificultad para el estudio, reprobó varios cursos y grados porque sentía que no entendía lo que le explicaban y casi todo se le olvidaba. Nunca dispuso de los recursos necesarios para estudiar adecuadamente porque los padres no le ayudaban. Cada vez que pedía algo al papá él lo agredía. Después de varios años de haber dejado de estudiar, la madre trabajó como modista y le ofreció costearle los estudios aunque sea en la nocturna pero él ya no quiso, había perdido el interés, prefirió trabajar.

Actualmente vive con sus padres, una hermana y una prima. El hermano ya se fue de la casa, vive con su pareja y un hijo, a quienes el paciente no conoce, pues su hermano siempre llega solo y ebrio. Cada vez que llega es motivo de disgusto. A veces le ofrece dinero para sus medicinas pero a él no le gusta aceptarlo porque cree que su hermano lo necesita más para su familia. El hermano tampoco se graduó, es músico y trabaja en un centro nocturno. Su hermana sí terminó sus estudios de nivel medio y consiguió un trabajo formal, con el cual mantenía a la familia ya que el papá no da dinero. Pero por los cambios de vivienda tuvo que renunciar a su empleo y desde entonces la situación en el hogar se volvió insostenible porque a cada momento el papá quería golpearlos y sacarlos de la casa por no aportar dinero. Su padre desde que se jubiló se volvió más agresivo y violento. La mamá prefiere que todos sufran y no que el señor la abandone. Les dice que deben tener paciencia. Por todo lo anterior el paciente se mantiene tenso e incómodo.

En cuanto a su vida social, el paciente siempre ha sido educado, amable y servicial con todas las personas aunque bastante tímido y callado. Casi no asiste a reuniones sociales prefiere estar solo en su habitación. Va a la iglesia pero ocasionalmente. Antes su pasatiempo preferido era dibujar y pintar pero eso le aburría. Ahora le gusta más ver TV o descansar. Disfruta de las conversaciones amenas con su madre.

Ha tenido varios empleos informales que fue dejando por la necesidad de ganar más dinero. El último fue en una fábrica como bodeguero. Renunció porque ya no era capaz de levantar cargas pesadas, cuando lo hacía sentía que se desmayaba, además tenía que estar pidiendo permiso con frecuencia para ir al hospital y no quería que supieran sobre su enfermedad.

Sobre su historia sexual mencionó que sus padres no le hablaron nada del tema, que todo lo aprendió con sus compañeros. Ellos le enseñaron a masturbarse y llegó a practicarlo tanto que se producía irritación y sangrados frecuentes. Por eso mismo trató de evitarlo, pero fue difícil controlarlo. A los 18 años sus compañeros lo presionaron para que se iniciara con una prostituta en las relaciones sexogenitales. Él aceptó porque ellos y su padre siempre le habían dicho que parecía homosexual y para demostrarles que no era así, fue. Le dio mucho miedo pero después que la mujer le explicó pudo disfrutarlo. Desde entonces asistió con suma frecuencia, hasta que se enfermó.

Antes de la enfermedad era indiferente ante los problemas, rara vez se preocupaba por algo, pero a partir del desarrollo de su enfermedad ha sentido un cambio brusco en su comportamiento. Ahora se mantiene tenso, deprimido e irritable, ya no le dan ganas de hacer nada.

Al momento de la entrevista vestía ropa sencilla y limpia. Se veía muy demacrado y delgado. Al principio manifestó ansiedad pero después se tranquilizó y conversó detenidamente.

Recordó bien los hechos de su infancia, adolescencia y juventud, así como las situaciones del presente. Expresó sus ideas coordinadamente. Mantuvo la atención y concentración durante toda la entrevista. Supo responder: quién es, dónde vive y qué fecha es. Hizo cálculos numéricos sin dificultad. Le preocupaba no tener dinero para ayudar a su familia el mal trato de su papá y la situación de su hermano que por su promiscuidad corre el riesgo de ser infectado con el VIH. Estaba consciente de su realidad pero no deseaba morir. Estaba tratando de sobreponerse a sus problemas de la mejor forma posible. Utilizó un vocabulario común. Habló pausadamente. Al inicio de la charla expresó tristeza y preocupación, pero al concluir dijo sentirse más tranquilo.

Evoluciones y Evaluación Diagnóstica: Paciente ansioso, inseguro, tímido, con sentimiento de culpa, pero dispuesto a recibir ayuda, presentó vacío existencial.

Evaluación Final: En proceso de cambio en cuanto al descubrimiento de sus valores.

CASO 7

Persona de sexo masculino de 30 años de edad, guatemalteco, nacido en esta capital en 1966. Lacinio de nivel socioeconómico medio. Estudió hasta primero básico, es soltero y profesa la religión católica. Trabaja en una organización benéfica.

Buscó ayuda psicológica voluntariamente debido el malestar emocional que le provocó la enfermedad. Lo que más le molesta es la tristeza, ansiedad y trastornos del sueño.

No sabe con certeza como contrajo el VIH pero cree que fue durante la relación más formal que ha tenido. Por la sospecha que tenía se realizó las pruebas correspondientes y los resultados fueron positivos. Desde entonces ha cuidado bien su salud y el desarrollo de la enfermedad ha sido bastante lento.

Cuando era pequeño su padre lo abandonó, su primer padrastro no lo quería y con su segundo padrastro la situación fue peor porque era alcohólico y los golpeaba. A los 7 años el paciente fue víctima de abuso sexual por lo que fue más despreciado por su familia, recuerda con tristeza que su mamá con frecuencia le decía "patojo maldito, ojalá nunca hubieras nacido". Con sus hermanos casi no se relacionaba porque prefería jugar de muñecas con sus hermanas. Ellos eran hijos de sus dos padrastros, eran dos varones y dos mujeres. Cuando él tenía 9 años su mamá atacó a su padrastro con un cuchillo y las heridas fueron tan graves que quedó inconsciente y su madre fue condenada a dos años de cárcel. Durante ese tiempo ellos permanecieron solos; algunos vecinos les regalaban alimentos. Pero uno de sus hermanas se enfermó y como no tenían para las medicinas falleció. En una ocasión en que no tenían nada que comer, él decidió ir al parque en donde se inició en la prostitución por necesidad. Eso sucedió hasta que su mamá regresó. Después él encontró un empleo, allí ascendió de puesto rápidamente por su dedicación. Después al dejar el estudio soñó asistir con frecuencia a discotecas con sus amigos, fue así como aprendió muchas cosas sobre el sexo y se sintió más cómodo con ser homosexual. Tuvo varios novios y pero con ellas algunas novias estuvo sin haberse enamorado, sólo por interés, porque lo trataban bien. Siempre se sintió atraído por los hombres. En su edad adulta convivió con tres parejas y le gustaba ser fiel. La última relación fue la más seria, se enamoró y es la persona a quien más ha amado, pero también representa la mayor decepción porque la otra persona no fue fiel, de modo que el paciente se sintió utilizado como un objeto sexual. Debido a eso la relación se rompió y un tiempo el paciente se volvió promiscuo. Pero después se reconcilió con su antigua pareja.

Actualmente vive sólo, pero cada vez que está enfermo y no tiene quien lo cuide va a la casa de su mamá, pero solamente por necesidad ya que no le agrada el ambiente que ahí se vive. Su mamá, es egoísta, posesiva, a veces sobreprotectora, agresiva y dominante. "Quiere más a los perros que a sus hijos". Con frecuencia discuten con ella porque cambia de pareja cada poco tiempo y siempre elige hombres mucho más jóvenes que ella, que no trabajan, que son alcohólicos o con otros vicios. Ellos han dado tan mal ejemplo a los hijos menores, que el paciente se molesta y les reclama, pues él se ha

preocupado por ayudantes, aconsejarlos y darles dinero para que estudien y lleven una vida sana. Con los demás familiares no tiene relación. A pesar de todos los problemas el paciente afirma que siente por ellos un gran afecto, especialmente por su hermano menor por que con él ha hecho el papel de padre.

Estudió párvulos, primaria y primero básico. No quiso continuar sus estudios porque no le agradaba ninguna materia. Las tareas se las hacían las novias que tenía. Por eso decidió dejarlo y trabajar. Además tenía necesidad del dinero.

Tuvo varios empleos en donde recibía un salario muy bajo. Dejaba los empleos por necesidad de ganar más dinero, para ayudar a su familia y ser independiente. Siempre le ha molestado recibir ordenes y a veces tenía problemas con sus jefes por esa razón. Prefiere el trabajo individual y no colectivo. Trabajó durante un tiempo en centros nocturnos como bartender, pero lo dejó para no desvelarse tanto y cuidar más su salud. Su último empleo ha sido en una organización benéfica, lo que le produce mucha satisfacción.

Fue un niño un poco tímido, de adolescentes y joven, aprendió a desenvolverse mejor. Ahora de adulto es amable, pero se enoja con facilidad. Tiene amigos hombres y mujeres, de diferentes edades y nivel socioeconómico, aunque casi siempre las relaciones han sido superficiales porque desconfía de las personas. Le gusta participar en fiestas y demos reuniones sociales. No soporta que las personas lo dominen o lo engañen. Desde que supo que está infectado con frecuencia sufre de depresión y prefiere aislarse de las personas.

Su primer contacto sexogenital fue a los 7 años cuando fue víctima de abuso físico. Posteriormente a los 11 cuando se inició en la prostitución, por necesidad. De adulto ha tenido muchas parejas sexuales, principalmente durante el tiempo que fue promiscuo. Ha convivido formalmente con 4 personas. Pero ha permanecido más tiempo con la última persona. Siempre ha disfrutado de las relaciones sexuales. Aunque le agrada vestirse como hombre durante las relaciones íntimas le gusta desempeñar el papel de mujer. Actualmente continúa con una vida sexual activa, solo que con protección.

La enfermedad no ha producido mayor cambio en él. Lo único que se ha enfatizado es su deseo de aislarse cuando se siente triste.

Al momento de la entrevista vestía ropa formal, limpia y elegante. Conversó con tranquilidad, respondió con espontaneidad todas las preguntas que se le formularon.

Los recuerdos de su pasado fueron claros, tanto remotos, como recientes e inmediatos. Expresó sus ideas coordinadamente. Respondió con certeza las cuestiones sobre su orientación: quién es, dónde vive y qué fecha es. Hizo cálculos numéricos sin dificultad. Expresó preocupación por su hermano menor y miedo a la muerte. Conoce su situación y enfrenta su realidad con responsabilidad. Utiliza la lógica para resolver los

problemas de la vida diaria. Su vocabulario es sencillo y común. Habla con voz firme y clara. Su estado de ánimo es muy variable, generalmente se ve pensativo y con la mirada perdida. Cuando habla de su pasado no puede evitar el llanto.

Evoluciones y Evaluación Diagnóstica: Persona desconfiada, con miedo a los cambios que pudiera experimentar durante el tratamiento, colaborador. Desde el inicio estaba tratando de definir sus propósitos de vida.

Evaluación Final: Se logró reforzar su sentido de vida

CASO 8

Persona de sexo masculino, de 46 años de edad, guatemalteco, nació en Santa Catarina Pinula en agosto de 1950, con domicilio en el mismo lugar. Estudió hasta sexto primaria. Es ladino, de nivel socioeconómico bajo. De religión católica. Es albañil, casado.

Fue referido por al servicio psicológico por su estado anímico de tristeza. Lo que más le molesta es la desesperación y tristeza por la enfermedad.

Dos años atrás se enteró que tenía SIDA, cree que contrajo el virus por sus visitas constantes a las trabajadoras del sexo. Hace un año y meses se enfermó, tenía diarrea, fiebre y tos. Fue examinado por un médico particular y después de varias pruebas le diagnosticaron SIDA. Su organismo se ha deteriorado progresivamente. Pero ha tratado de recuperarse con una buena alimentación y los medicamentos que le han indicado. Sabe que la enfermedad es mortal.

Tiene 8 hermanos, 5 varones y 3 mujeres. Él es el segundo. No recuerda haber padecido antes de enfermedades graves. Se casó a los 24 años. Su esposa tenía 21. Han llevado una vida tranquila y feliz.

Actualmente vive con su esposa y sus hijos. El mayor de 22 años, y el menor de 4. Con todos posee una adecuada relación. Ellos lo respetan al igual que su esposa. Todavía mantiene comunicación con sus hermanos y con su mamá. Es una familia muy unida, el cariño y la ayuda son mutuos. Todos saben de su enfermedad y lo visitan con frecuencia. La única que no lo sabe es la mamá pero están de acuerdo en no decirle, pues por su avanzada edad la noticia le afectaría mucho. El hermano que lo acompañó a su primer cita en la asociación se veía triste y desconsolado.

Su vida escolar empezó a los 8 años de edad, en escuela pública. Le gustaba estudiar, pero solo llegó a sexto primaria por motivos económicos.

Antes de enfermarse trabajaba en construcción, oficio en el que se inició desde muy pequeño.

Se lleva bien con sus vecinos, respeta a todas las personas y atribuye su buena relación con los que le rodean a que él es muy reservado. Le agrada compartir con

personas de ambos sexos, aunque por su trabajo la mayoría son hombres. Su tiempo libre lo ocupa en terminar de construir la casa en la que habita con su familia, es una persona que respeta normas y obedece lo que le indican.

Empezó su vida sexual activa a los 15 años, en los prostíbulos. Asistía cada 8 días, hábito que no dejó hasta unos meses antes de enfermarse. Sus relaciones siempre han sido placenteras. Hace más de un año que no tiene relaciones con su esposa, (a lo que ella no concedió importancia) debido a la debilidad que le produjo la enfermedad y por temor a contagiarla. Ella sabe sobre el SIDA y lo apoya.

Antes de la enfermedad disfrutaba de todas sus actividades. Sentía estar cerca de Dios, tenía fuerzas y ánimo para emprender todo lo que deseaba.

Su aspecto era demacrado, delgado y pálido. Su ropa era sencilla y limpia. Fue comunicativo pero lento en su conversación. Estuvo triste a lo largo de la entrevista y lloró. Recordó fechas remotas, situaciones recientes e inmediatas. Se encontraba bien orientado en espacio, tiempo y persona. Realizó varias operaciones matemáticas correctamente. Se mostró atento durante toda la entrevista. Sus pensamientos giran entorno a la preocupación de estar lejos de Dios, y de lo grave de su enfermedad. Está consciente de su situación. Su lenguaje fue sencillo, claro y lento. Respecto a su estado de ánimo, estaba perturbado y triste en especial al hablar de sus hijos por el poco tiempo que le queda para compartir con ellos, en ese momento lloró.

Evoluciones y Evaluación Diagnóstica: Paciente depresivo, con temor a la muerte, por la separación que representa de sus seres queridos. Estuvo en crisis existencial temporal debido a las circunstancias, pero sin vacío existencial.

Evaluación Final: Con propósitos bien definidos en su vida.

CASO 9

Persona de sexo masculino de 44 años de edad. Guatemalteco, nacido en noviembre de 1952. Estudió hasta sexto primaria. De religión evangélica. Está separado de su esposa. Referido por el nutricionista de la asociación. Con orientación heterosexual. Se dedica a la mecánica.

A principios del año 96 estuvo muy enfermo varios meses, no podía ni levantarse de la cama por la debilidad. Consultó con un doctor particular por una prueba de diabetes y así fue como se enteró que tenía SIDA. Cree que fue infectado en una casa de citas. Ahora sigue en control en el Hospital General y siente que se está recuperando.

Fue el segundo de cuatro hijos. Tiene hermanos varones y una mujer. Recuerda que su niñez no fue agradable sufría debido a que su padre era alcohólico. Su padre discutía constantemente con su mamá, él era irresponsable y nunca se preocupó por ellos. Su madre era quien trabajaba para mantenerlos, ella lavaba y planchaba ropa ajena. De

adolescente se pasaba mucho tiempo con sus amigos, tocando guitarra y bebiendo o fumando marihuana. Cuando era joven trabajó para ayudarla. Se unió cuando tenía 25 años con una persona que lo abandonó a los 2 años de haber empezado. Ella se llevó todas sus pertenencias y le dejó a su hija recién nacida. Desde que su pareja lo dejó visitó con más frecuencia la casa de citas.

En la actualidad vive con sus papás y con su hija. Siempre ha sido responsable y se ha preocupado por el bienestar de la niña, pero debido a su enfermedad ya no puede trabajar para mantenerla. En la actualidad es su padre quien aporta lo necesario para sobrevivir, situación que le provoca mucha pena. Durante un tiempo hubo rivalidad con uno de sus hermanos debido a que él se oponía a que mantuvieran económicamente al paciente ya que no comprendía lo de la enfermedad. La relación es agradable con todos.

Estudió párvulos y después ingresó a una escuela pública. Salió de sexto primaria a los 16 años. Le gustaba estudiar y deseaba continuar, pero por falta de recursos económicos no lo logró. Recuerda que la relación con sus maestros y compañeros siempre fue agradable.

Su historia laboral empezó en 1969 cuando su papá lo colocó en un taller de mecánica estuvo solo un año.

En 1977 regresó al taller de mecánica y luego se cambió a otro taller de reparación de carros en donde permaneció varios años. Después decidió trabajar por su cuenta. Y en la actualidad no ha tenido un trabajo fijo debido a su enfermedad.

En cuanto a su desenvolvimiento social, siempre ha tenido amigos especialmente varones con los que solía jugar. Antes acostumbraba tocar guitarra, actividad que disfrutaba mucho. Y desde que participa en la religión evangélica se ha vuelto más comunicativo, porque allí aprendió que debe hablar de Dios a las personas.

A los 17 años empezó a visitar las casas de citas, fue allí donde tuvo su primera relación sexogenital. Iba cada 8 días, aún cuando vivía con su esposa. Ha ido tantas veces a esos lugares que no pudo ni hacer un cálculo. Siempre obtuvo satisfacción personal. No ha tenido relaciones desde que se enteró de su enfermedad. Ha padecido de diferentes enfermedades de transmisión sexual varias veces.

Antes de saber sobre la enfermedad, no se preocupaba por su vida, ahora sí. Es más comunicativo y está tratando de cambiar su conducta, por lo que le pide a Dios que le dé tiempo.

Su aspecto general era adecuado, su ropa limpia. Se veía delgado y demacrado. Su cabello y dientes se veían sucios. Fue muy colaborador. Recuerda con detalle toda clase de hechos de su vida pasada. Se encuentra orientado adecuadamente en cuanto a tiempo, espacio y persona. Hizo cálculos numéricos sin dificultad. Mantuvo la atención y concentración durante largo tiempo. Sus pensamientos giran en torno a la preocupación

por su hija y el tiempo que vivirá para verla crecer. Está consciente de su estado y acepta su enfermedad, su comportamiento es coherente con sus ideas. Su lenguaje fue claro y sencillo, su voz firme y habló detalladamente. Respecto a su estado de ánimo se veía tranquilo, sólo por momentos demostró tristeza y ansiedad, pero al finalizar la sesión se veía con mucho ánimo.

Evoluciones y Evaluación Diagnóstica: Paciente extrovertido, espontáneo, resistente al cambio, tranquilo, con inseguridad respecto a sus propósitos de vida.

Evaluación Final: En proceso de cambio para reforzar su sentido de vida.

CASO 10

Persona de sexo masculino de 26 años de edad. Guatemalteco, nacido en Jutiapa en noviembre de 1969. Ladino de escasos recursos económicos. Estudió hasta sexto primaria. Es maquilador. Se encuentra separado de su pareja. De religión católica.

Referido por el nutricionista de la asociación. Indicó como preocupación principal decirle a sus padres sobre su enfermedad.

Cree que fue infectado mediante relaciones sexogenitales con hombres. Hace aproximadamente dos años empezó a padecer de fiebres y decaimiento pero no le dio importancia. A principio del año 96 se sometió a las pruebas de VIH y los resultados fueron positivos.

Es hermano de 2 varones y 4 mujeres. Cuando era pequeño su familia se trasladó a la capital y él se quedó con su abuela materna. Ahí estuvo hasta que terminó sus estudios de primaria, luego se vino a la casa de sus padres porque su abuela ya no podía hacerse cargo de él, por su edad y por problemas económicos. El tiempo que paso con ella fue muy agradable, acostumbraba ir con sus amigos a jugar al río. Uno de los hechos más relevantes de su vida fue el abuso sexual del que fue víctima a los 16 años, siendo el atacante un hombre de 45 años que era amigo de su familia, dos años más tarde tuvo una novia a quien quiso mucho y con quien ya tenía planes para casarse pero debido a la experiencia anterior cada vez que querían tener relaciones sexuales él no se sentía capaz de concretarlas; eso hizo que ella tomara la decisión de dejarlo. Al estar sólo se dio cuenta de que se había enamorado de un compañero de habitación; en una ocasión creyó que era correspondido y de una vez se pasó a la cama de su amigo y trató de seducirlo, pero fue rechazado, aunque el amigo nunca dejó de darle su apoyo y buenos consejos. Después de esto su agresor volvió a buscarlo e insistió tanto que terminó por aceptarlo. Vivió con él un tiempo considerable, pero la relación se rompió, porque su pareja era muy posesivo y celoso. A pesar de su confusión hubiera preferido ser hombre, según indicó. Se arrepiente de haber sido homosexual y travesti. Piensa que no pudo realizarse como hombre, formando un hogar y teniendo hijos.

Actualmente vive sólo debido a que su padre no acepta su preferencia sexual. La relación con sus padres y hermanos es inadecuada, no se comunican. No cuenta con apoyo emocional ni económico. El único que sabe de su enfermedad es su hermano mayor, quien le prometió no contarlo.

Fue a la escuela a la edad de 8 años. Le gustaban las clases. Se llevaba mejor con las niñas que con los varones porque ellos lo molestaban mucho. No pudo continuar sus estudios por falta de recursos.

Empezó a trabajar a los 17 años como albañil. Ha estado también en algunas fábricas y maquilas. Su último empleo fue como travestí y cantante en centros nocturnos. Pero afirmó que no le gustaba que lo vieran en la calle vestido como mujer y que en ningún momento lo hizo con el fin de ejercer la prostitución.

De niño era un poco tímido. Tenía mejor relación con las niñas que con los varones, pero de adolescente le gustaba compartir con personas de ambos sexos. Ahora de adulto ha aprendido a ser más sociable. La mayoría de sus amigos son homosexuales de más o menos la misma edad. Le gusta mucho la música, salir de paseo y una de sus actividades predilectas era imitar a mujeres cantantes.

Su primer contacto sexogenital fue cuando tenía 16 años de edad, a la cual fue forzado. Dos años después empezó a tener relaciones frecuentes y voluntarias con la misma persona que lo había agredido. En lapso de tiempo entre la violación y la unión con su pareja trató de tener relaciones sexogenitales con una mujer pero nunca pudo concluir las. Ha tenido tres parejas (hombres) pero solo temporales. Sufrió de varias enfermedades de transmisión sexual. Desde que se enteró de la enfermedad dejó de tener relaciones por miedo de infectar a otras personas. Antes de la enfermedad era más activo y alegre.

El paciente al momento de la entrevista vestía ropa sencilla y limpia. Fue muy expresivo, con frecuencia usó ademanes para conversar. Fue cordial y atento. Recordó hechos pasados con claridad. Mostró inteligencia es promedio. Se encontraba bien orientado en espacio, tiempo y persona. Hizo cálculos numéricos sin dificultad. Su mayor preocupación era cómo decirle a sus padres sobre su enfermedad, por miedo a que lo rechazaran. Estaba consciente de su realidad y conocía las posibles consecuencias de la enfermedad, pero deseaba seguir viviendo. Su vocabulario fue sencillo pero con frecuencia mencionaba algunos términos técnicos que no supo utilizar adecuadamente. Respecto a su estado de ánimo al inicio de la entrevista estaba triste pero al concluir estaba más tranquilo.

Evoluciones y Evaluación Diagnóstica: Presentó angustia, baja autoestima y culpabilidad, no se aceptaba a sí mismo, fue colaborador y deseaba cambiar. Con vacío existencial.

Evaluación Final: Descubrió sus propósitos de vida.

Persona de sexo masculino de 42 años de edad, guatemalteco, nacido en el interior de la república en agosto de 1952. Ladino de escasos recursos económicos. Conserje. De religión católica. Con residencia en esta capital. Estudió hasta tercero primaria. Bisexual.

Fue referido al servicio psicológico por el nutricionista de la asociación. Lo que más le ha molestado es la tristeza.

Hace aproximadamente 4 años estuvo fuera del país y estando allá se dio cuenta de que estaba perdiendo mucho peso (de 180 a 85 Lbs.). Después de varias evaluaciones el médico le explicó que esto se debía a la diabetes. A fines de 1994 retornó al país y consultó con un especialista ya que se siguió sintiendo mal. Además tenía herpes, pero eso no lo dijo al doctor. Le indicaron que debía hacerse un examen de sangre. Así detectaron que estaba infectado con VIH, pero la noticia del diagnóstico no le afectó. No tiene idea de cómo se contaminó. "Es algo inexplicable".

Fue el mayor de dos hijos, con su hermana la relación siempre fue adecuada. De pequeño fue muy sano, le gustaba jugar con varones y mujeres por igual. A los 13 años se percató de que era bisexual. Tuvo dos uniones formales con mujeres, la primera fue a los 17 años relación que mantuvo durante 2 años aproximadamente. A los 19 años se unió a un hombre, relación que duró un año. Él lo amaba pero su pareja lo abandonó. Sufrió y lloró mucho por él. Después tuvo varias parejas pero solo temporales. No le agrada coquetear, aunque le gustan tanto hombres, como mujeres. Realmente no sabe qué es pero así se siente bien. Piensa solamente en el presente y esto le ha ayudado mucho para vivir tranquilo y en paz. Comentó que le agrada más comportarse como hombre y que lo traten como tal, las mujeres le satisfacen más y le hacen falta. Su salud física y mental son estables.

Ha tenido varios hijos pero no se comunica con ellos ni con sus ex esposas. Es responsable sólo de él mismo. Sus padres fallecieron hace mucho tiempo.

Asistió a la escuela de su comunidad, estudió hasta tercero primaria y su relación con maestros y compañeros fue adecuada. No recuerda más sobre su vida escolar.

Empezó a trabajar desde muy joven, aprendió varios oficios. Su último empleo fue como conserje. La relación que ha tenido con sus compañeros de labores y sus jefes ha sido adecuada. Es responsable, puntual y respetuoso.

Siempre ha sido muy sociable, alegre, risueño y optimista. Le gusta conversar. Participa de reuniones sociales y religiosas.

Su primera relación sexogenital fue a los 13 años. Su preferencia es bisexual. Siempre le ha gustado satisfacer a sus parejas. Cuando tiene relaciones con hombres le gusta hacer el papel de mujer. Le agrada realizar todo tipo de practicas sexuales. Siente

mayor placer con mujeres que con hombres. La enfermedad no ha cambiado su forma de ser. Sigue viviendo con optimismo y tranquilidad.

Es una persona que cuida mucho su presentación. Se veía limpio y su ropa era formal. Su plática fue amena y espontánea. Recordó con exactitud hechos de su pasado remoto, reciente e inmediato. Coordinó sus ideas. Prestó atención y se concentró en cada tema sugerido. Se encontraba orientado adecuadamente en persona, espacio y tiempo. Realizó cálculos numéricos sin dificultad. Sus pensamientos eran positivos, tenía la firme determinación de vivir bien y con tranquilidad el tiempo que le resta. Sabía sobre su enfermedad pero esto no le causaba inestabilidad, ya que siempre le ha dado mayor importancia al presente y no al pasado ni al futuro. Su lenguaje fue fluido, claro y sencillo. Su estado de ánimo elevado.

Evoluciones y Evaluación Diagnóstica: Paciente tranquilo, optimista, vivía el presente, con deseos de superación, colaborador, dinámico, sin vacío existencial.

Evaluación Final: Con seguridad en su sentido de vida.

CASO 12

Persona de sexo masculino de 22 años de edad. Guatemalteco, ladino, nacido en esta ciudad en febrero de 1975. De escasos recursos económicos. Soltero. Perito Contador. De religión católica. Heterosexual.

Fue referido por el nutricionista de la asociación debido a la tristeza y desconsuelo, que le produjo el enterarse de su diagnóstico. Se sentía desesperado, sin saber que hacer.

Se infectó por las trabajadoras del sexo. Hace dos años se enteró que era VIH (+) a través de unas pruebas de sangre que le hicieron en el IGSS. En 1996 le realizaron otras evaluaciones por el dolor de cabeza tan fuerte que padecía. Los resultados evidenciaron una masa en el lado derecho de la cabeza y que ya se le había empezado a desarrollar el SIDA. Desde entonces ha sufrido de agotamiento, diarrea y otros malestares.

Fue el mayor de dos hijos. Antes de infectarse fue una persona sana a pesar de ser alcohólico; hábito que inició en la adolescencia y que le ocasionó muchos problemas, cada vez bebía con mayor frecuencia, hasta quedar en la calle inconsciente. Esto molestaba demasiado a su mamá. Pero a pesar de todo y con gran sacrificio logró terminar sus estudios; hecho que representa el mayor éxito de su vida. Por otro lado considera que su mayor fracaso es haber contraído la enfermedad que ha frustrado su deseo de formar un hogar y ser padre. Ya tenía planes para su boda, pero no quiso continuarlos debido a la enfermedad, su novia no lo sabe. Y él teme haberla infectado.

En la actualidad vive con su mamá y su hermano, con quienes tiene una adecuada relación. Su padre los abandonó cuando él era muy pequeño. Antes la relación con su hermano era problemática, discutían y se golpeaban con frecuencia, pero desde que se enteraron de la enfermedad todo cambió. Ahora su hermano lo atiende y lo ayuda en todo, aunque a su mamá le sigue dando disgustos debido a que llega tarde a la casa y bebe demasiado.

Empezó su vida escolar a los 6 años en una escuela pública. Fue un estudiante regular y no tiene malos recuerdos de esa época. Siempre mantuvo una relación agradable con profesores y compañeros.

Inició su historia laboral como aprendiz de carpintería, donde permaneció varios años. Tuvo otros empleos temporales y el último fue como vendedor en una agencia, pero le fue mal porque no le pagaron lo acordado.

Le gusta compartir y relacionarse con quienes le rodean, pero más con hombres que con mujeres. Antes sus pasatiempos favoritos eran jugar fútbol e ir a los bares o cantinas.

Su primera relación sexogenital fue a los 15 o 16 años, en un bar al que lo llevaron sus amigos. Le agradó tanto, que cada vez asistía con más regularidad, cada 2 o 3 días. Con su novia siempre ha tenido relaciones, aún después de enterarse de su enfermedad. Pero esto ha disminuido últimamente por el miedo de contagiarla. Antes de la enfermedad era irresponsable, con hábitos nocivos a su salud, era alegre y sociable.

Al inicio de la entrevista manifestó ansiedad, tristeza, cólera y aflicción. Su aspecto general era adecuado. Su ropa limpia y con ropa formal. No presentó ningún problema en cuanto a su memoria remota, reciente e inmediata, ya que describió hechos y fechas de su pasado con claridad. Coordinó sus ideas correctamente. Prestó atención a la conversación y se concentraba en cada tema. Estaba orientado en espacio tiempo y persona ya que respondió correctamente a todas las preguntas formuladas. Sus pensamientos eran de minusvalía y frustración, por lo grave de su enfermedad. Sabe que hacer para cuidar su salud. Su lenguaje es común aunque en ocasiones utiliza palabras extrañas. Su estado de ánimo cambió durante la entrevista, después de desahogarse y llorar quedó más tranquilo.

Evoluciones y Evaluación Diagnóstica: Mostraba sentimientos de culpa, depresión, angustia, frustración sobre su vida futura. Tenía vacío existencial.

Evaluación Final: Al término de la investigación se encontraba en proceso de encontrar sus valores.

CASO 13

Persona de sexo masculino de 31 años de edad, nacido en la ciudad capital en julio de 1965. Ladino de nivel socioeconómico medio. De religión católica. Con estudios universitarios técnicos. Trabajaba como oficinista. Bisexual.

Fue referido por los médicos del hospital donde lo atendieron, para control nutricional y psicológico. Su principal preocupación era sentirse inútil, menos que los demás y con deseos de morir.

Empezó a tener problemas de salud en 1995, tenía tos, fiebres y diarreas constantes, por ese motivo estuvo en el IGSS y después en el Sanatorio Antituberculoso durante 2 meses.

Ahí le hicieron pruebas de sangre para determinar si estaba infectado con VIH. Los resultados fueron positivos y a partir de entonces su vida cambió drásticamente. Pensó que todo había terminado. La enfermedad se le desarrolló rápidamente, bajó de peso con exageración, sufre de problemas estomacales y de la piel, la comida le provoca náusea. En cuanto a quien le transmitió el virus, no sabe con seguridad, pero cree que posiblemente fueron las trabajadoras del sexo.

Fue el 6to. de 11 hijos. Recuerda que desde pequeño fue "enfermizo", constantemente tenía catarros, tos, etc. Su infancia fue agradable. Durante la adolescencia empezó a darse cuenta que los hombres le atraían tanto como las mujeres. En este período de su vida se enamoró de 2 hombres, a quienes nunca declaró sus sentimientos y tuvo 2 novias, pero con ellas no quiso formalizar. A los 22 años se unió a su única pareja masculina, con quien duró 4 años. Por la infidelidad de la otra persona, se separaron, por lo que decidió regresar a vivir con su mamá, su hermana y sobrinos. El mayor éxito de su vida fue graduarse del diversificado. Lo único que lamenta es haber tomado un camino equivocado.

Con su mamá posee una relación adecuada, al igual que con su hermana y sus sobrinos. Con los demás familiares tiene poca comunicación. Antes de enfermarse él sostenía económicamente a sus sobrinos. Les dio estudios y uno de sus mayores deseos fue ver a su sobrino graduarse de nivel medio pero la enfermedad ya no se lo permitió, eso le producía gran tristeza.

Empezó su vida escolar a los 8 años de edad. Su relación con los maestros era adecuada, pero con sus compañeros no. Tenía más comunicación con hombres. Siempre estuvo en lugares públicos. Él solo decidió que carrera seguir. Fue un estudiante sobresaliente.

En su infancia prefirió los amigos varones, en la adolescencia cambió un poco. Y durante la juventud aprendió a tener amistades de todo tipo y condición socioeconómica,

aceptarlas tal como eran y a convivir con ellas. Sus actividades preferidas eran las fiestas y salir de paseo.

Trabajó por vez primera a los 19 años como cajero de un supermercado. Después de graduarse obtuvo una plaza en una institución pública como oficinista. Al principio la relación con sus compañeros de trabajo era agradable pero cuando se enteraron, que a él le gustaban los hombres, lo molestaban y se burlaban de él, sin embargo esto no le afectaba, dejó su empleo únicamente por la enfermedad.

Su primer contacto sexogenital fue a los 21 años de edad. Visitaba prostíbulos con mucha frecuencia; esto le satisfacía pero siempre sentía la necesidad de experimentar con personas de su mismo sexo, por lo que buscó parejas hombres. Después se arrepintió de haber sido promiscuo. Antes de enfermarse era una persona indiferente a casi todo lo único que le interesaba era su familia, era muy activo y también promiscuo.

En el momento de la entrevista, vestía formal y se veía limpio. Mostró ansiedad pero a pesar de ello colaboró. No presentó ningún problema en cuanto a su memoria remota, reciente e inmediata. Recordó hechos importantes de su vida. Sus ideas fueron coordinadas. Se mantuvo atento y se concentró en la conversación. Sabía quién es, cuál es su nombre, dónde se encuentra, y la hora de la entrevista. Hizo cálculos sin dificultad. Le preocupaba la situación económica de sus sobrinos. Sabe que está enfermo, está consciente de sus necesidades y de acuerdo a ello toma sus decisiones, por ejemplo la de jubilarse. Presentó un vocabulario muy extenso, articuló pausadamente. Su estado de ánimo era de intranquilidad por su situación.

Evoluciones y Evaluación Diagnóstica: Con depresión, durante un tiempo presentó resistencia al tratamiento, era inseguro, se sentía inútil, frustrado y culpable, con vacío existencial. Evaluación Final: Recuperó sus propósitos de vida.

CASO 14

Persona de sexo femenino, de 24 años de edad. Ladina, nacida en esta ciudad en 1973. De escasos recursos económicos. Terminó sus estudios a nivel medio. Es viuda. De religión católica. Trabajaba en una oficina. Heterosexual.

Fue referida por el médico del Hospital General. Su principal preocupación es el futuro de su hija, ya que ella y su hijo menor están infectados con VIH.

Se enteró de que estaba infectada de VIH por la muerte de su esposo, quien sabía de su padecimiento pero no le contó, hasta después de su fallecimiento. A la fecha de la finalización del tratamiento psicológico la paciente no había presentado ninguna manifestación del desarrollo de la enfermedad, El niño tuvo que ser hospitalizado.

Fue la primera de dos hijas de matrimonio. Tuvo una infancia agradable, a pesar de la rivalidad con su hermana; su mamá lo consentía demasiado a la menor, en cambio a

ella la obligaba a hacer el oficio y le exigía resultados sobresalientes en el estudio. No padeció enfermedades graves. Durante la adolescencia tuvo varios novios pero su mamá no los aceptó, tampoco a su esposo, que era una gran persona. El la apoyo cuando falleció su papá, en ese tiempo eran novios, más sin embargo él se encargó de ayudarla en todos los trámites. Los tres años de matrimonio fueron la época más feliz de su vida. Fue difícil aceptar la muerte de su esposo y comprender la causa, ya que él nunca se comportó mal con ella. No lo culpa ni le guarda rencor por haberlos infectado a ella y a su hijo.

Después de la muerte de su esposo volvió a vivir con su mamá, pero ella al principio no la comprendía, le reprochaba que su hubiera casado con esa persona, debido a que ella sabe de la enfermedad. La situación es incomoda pero no tiene otro lugar a donde ir. Le pide a su mamá que no lo acuse porque eso le parece injusto.

Ingreso a la escuela a la edad de 8 años. Siempre fue buena estudiante, la relación con profesores y compañeros fue adecuada. Se graduó a nivel medio. Cursaron la misma carrera con su esposo.

Siempre fue sociable. Le agradaban muchas actividades recreativas pero su mamá no la dejaba salir.

Su primer contacto sexogenital fue con su esposo con quien tenían relaciones frecuentemente. Siempre fueron placenteras. No tuvo ningún aborto. El esposo fue su única pareja. Como parte de su personalidad premórbida, se puede decir que la paciente no experimentó ningún cambio por la enfermedad.

Al momento de la entrevista, se veía limpia y arreglada. Colaboró, relatando espontáneamente su problema. Recordó hechos de su vida pasada con toda claridad, situaciones remotas recientes e inmediatas. Tiene una inteligencia promedio. Coordinó sus ideas correctamente.

Prestó atención durante toda la sesión. Respondió adecuadamente a las preguntas sobre su orientación en persona, espacio y tiempo. Realizó cálculos matemáticos sin dificultad. Sus pensamientos son sobre el futuro de sus hijos. Está consciente de su problema, sabe cuales son las consecuencias de la enfermedad y lo acepta. No teme a la muerte.

Su lenguaje fue sencillo pero muy fluido y extensor su estado de ánimo cambio después de la entrevista porque al principio refirió sentir tristeza y desesperación por la situación económica que está viviendo, al final manifestó tranquilidad.

Evoluciones y Evaluación Diagnóstica: En proceso de duelo por la pérdida de su esposo, depresión moderada, frustrada y con incertidumbre por la situación de sus hijos. En crisis existencial.

Evaluación Final: Se afirmó su sentido de vida, retomando sus valores existenciales y morales.

CASO 15

Persona de sexo femenino de 54 años de edad. Nacida en la ciudad capital en 1933. Ladina, de escasos recursos económicos. Viuda. Se dedicaba a los oficios domésticos. De religión católica. Estudió hasta cuarto primaria.

Fue referida por los médicos del hospital donde la atendieron. No presentó ninguna queja; aceptó el tratamiento psicológico voluntariamente sólo como un medio de higiene mental.

Fue infectada por su esposo hace 5 años. Se enteraron debido a que su esposo enfermó de tuberculosis y fue referido al Sanatorio San Vicente en donde le detectaron el SIDA. El le informó de la situación y fue sometida a las pruebas correspondientes. Después de la primera impresión los resultados no le afectaron emocionalmente, no culpó a su esposo, consideraba que ya estaba juzgado por Dios. El nunca supo que enfermedad padecía.

Ella es portadora sana, no ha desarrollado la enfermedad. Su alimentación era completa. La única molestia fue en la piel. Asiste a todas las actividades relacionadas con el cuidado de su salud.

De niña sólo padeció enfermedades comunes. Creció con su papá, porque su mamá falleció cuando ella tenía 3 años de edad. La relación con sus hermanos fue adecuada aunque ella ya era mayor. Durante la adolescencia se hizo cargo de la casa, (oficios, atender a su padre y hermanos, etc.). A los 19 años se fue de la casa con su primer esposo, fue un matrimonio feliz, tuvieron 4 hijos, pero después de varios años él falleció por una obstrucción pulmonar. Posteriormente se unió a su segundo esposo, su relación era adecuada, tuvieron un hijo y vivieron juntos sólo tres años porque él falleció de SIDA.

Actualmente vive con 3 de sus hijos, porque los dos mayores viven con la abuela paterna. Es responsable de su hogar, cuida y alimenta a sus niños. La relación con ellos y con la familia de su esposo es adecuada. Ellos saben de su enfermedad y la apoyan en todo. Con sus hermanas tiene poca comunicación porque viven muy lejos. No piensa contarles sobre su problema, pues teme que desconfíen de ella.

Se considera una persona sociable. Cuando era pequeña sólo hablaba con mujeres porque su papa era muy delicado. De adulta ha seguido con la misma conducta porque los hombres la molestan. Le gusta conversar.

No asistió a la escuela, no sabe por qué razón su padre no la inscribió.

Buscó su primer trabajo después que falleció su primer esposo; este fue en oficios domésticos. Su segundo trabajo ha sido como cocinera, en el cual se relaciona adecuadamente con sus compañeras.

Inició su vida sexogenital a los 19 años con su primer esposo. Tuvo dos parejas sexuales. Con su segundo esposo tuvo relaciones, año 3 meses antes de su fallecimiento. Sentía satisfacción, pero a veces accedía solo para complacer a su esposo. No presentó cambios debidos a la enfermedad.

Se presentó a la entrevista con ropa limpia. Su aspecto general denotaba cuidado de su persona. Su comportamiento fue adecuado y tranquilo. Recordó sin dificultad su pasado, remoto, reciente e inmediato. Sus ideas fueron coherentes. Comentó sobre su creatividad en la realización de actividades manuales. Se mostró atenta y cordial. Puso atención. Estaba orientada en espacio, tiempo y persona. Presentó cierto grado de dificultad para efectuar cálculos matemáticos. Sus ideas reflejaron serenidad. Piensa en continuar su vida de la mejor manera. Está consciente de los riesgos y consecuencias de la enfermedad. Su lenguaje fue sencillo, habló en voz baja y a un ritmo lento. Su estado anímico era de aceptación y sin sentimientos de culpa.

Evoluciones y Evaluación Diagnóstica: Paciente colaboradora desde el inicio, expresiva, entusiasta, constante, optimista y participativa. Sin vacío existencial.

Evaluación Final: Mantuvo con firmeza y bien definidos sus propósitos de vida.

CASO 16

Persona de sexo femenino de 24 años de edad, nacida en la ciudad capital en septiembre de 1973. De orientación homosexual. Católica, ladina, de nivel socioeconómico bajo. Con cuarto año de primaria. Trabajaba en maquila. Vive unida.

Fue referida por el Hospital General. Solicito ayuda por sentirse inútil, desesperada y triste por su enfermedad.

En febrero del año 95 le diagnosticaron que era VIH positivo. La hermana la llevó al doctor por estar padeciendo de tos constante y dolor de pulmones. Cree haberse infectado por medio de agujas que intercambiaba en la cárcel de mujeres para tatuarse e inyectarse drogas. A causa de la enfermedad ha padecido de fiebres constantes, problemas en la piel e infecciones de las vías respiratorias. Hubo un tiempo en que bajo de peso y ha estado en cama varias veces. A la fecha de la última sesión psicológica se estaba recuperando.

Fue una niña sana. Es la única hija del segundo matrimonio de su padre. Su infancia y su adolescencia las recuerda con tristeza y pena por el abandono en que vivió. El papá era alcohólico y violento, con frecuencia golpeaba a su esposa y la amenazaba con quitarle a la niña. Por eso ella se fue dejando a su hija a los 19 días de nacida. El

padre se volvió a casar y la madrastra la trataba muy mal. La agredía verbal y físicamente, sólo la utilizó para niñera de sus hijos. "Llegó a tener las manos hinchadas por tanto golpe que recibía". Durante el día la mantenía sucia y desarreglada, cuando calculaba que su esposo estaba por llegar la cambiaba y limpiaba. Casi siempre se quejaba de ella con el papá para que la golpeará. A los 13 años se fue de la casa con un grupo de amigos, quienes le enseñaron a drogarse y robar. Dormía en la calle o en hoteles. Estuvo en la correccional de menores por robo, durante 3 meses aproximadamente. "Allí molestaba a las patojas, las enamoraba", por ese motivo la separaron del grupo. Su hermana la sacó de ese lugar. Un tiempo después volvió a la calle y en ocasiones ni siquiera tenía conciencia de lo que hacía por los efectos de la droga. Volvió a participar en un robo y paso de la correccional a la cárcel de mujeres, por que ya tenía la mayoría de edad. En ese lugar algunas mujeres quisieron abusar de ella sexualmente; aprendió a inyectarse drogas y a tatuarse. Estuvo allí durante 6 meses. Un abogado de este centro le ofreció sus servicios gratuitos a cambio de favores personales. Ella aceptó y al salir de la cárcel se vio obligada a asistir a una cita con el abogado, en la cual la embriago y la violó, quedando embarazada.

Por su orientación homosexual, rechazó y aborreció desde el principio a su hija, pero cuando nació aprendió a quererla. El padre de su niña le pagaba la vivienda y alimentación; durante varios meses insistió en pedirle que fuera su esposa. Dos meses después del nacimiento de la niña, él decidió llevarse a su hija por temor a que ella no pudiera cuidarla por sus adicciones. Después de esto ella regresó con su hermanastra mayor ayudándole a cuidar a sus sobrinos. Hace 5 años conoció a su pareja en el trabajo y a los dos meses de conocerla se fue a vivir con ella, quien le daba una atención especial. Al poco tiempo la abandonó debido al sentimiento de culpa, pues su pareja le había ayudado y ella respondió con agresividad, debido a que aumentó su consumo de drogas. Durante el tiempo que salió del país aprendió a consumir crack. Cuando regresó, buscó a su pareja y se volvieron a unir. Posteriormente fue dejando los vicios para no hacerse daño ella ni a su pareja. No ha dejado de buscar a su hija y también le agradecería poder conocer a su verdadera madre. No habla padecido enfermedades graves. Su apetito y sueño a sido regular. Ha consumido alcohol, cigarrillos, pegamento, thiner, marihuana, drogas inyectadas y crack.

Considera que el hecho más desagradable de su vida ha sido la concepción de su hija por ser fruto de una violación, pero principalmente porque sintiéndose como un hombre repudiaba sus cambios físicos. Piensa que encontrar y vivir con su pareja ha sido lo mejor que le ha sucedido.

En la actualidad vive con su pareja quien tiene dos hijos de su unión anterior. La paciente no aporta dinero, lo que la frustra y la hace sentir inútil. Ayuda en los oficios

domésticos. Su relación con los niños y con su pareja es adecuada. Con su padre y hermanastros tiene muy poca comunicación excepto con la mayor con quien tiene una estrecha relación, debido a que siempre la ha comprendido en todos sus problemas.

Inició su vida escolar a los 7 años. Curso primer grado en una escuela de segundo a cuarto en otra, debido al cambio de vivienda. No le gustaba estudiar. Se escapaba de las clases. Recuerda a las maestras de 2do. y 3ro. por buenas personas. A la de 4to. no porque la golpeaba. Dejó los estudios cuando escapó de su casa, luego intentó estudiar en la noche pero sólo aprendió más vicios. Jamás obtuvo buenas notas. Entre sus compañeros prefería estar con los varones.

Desde pequeña le gusto compartir y jugar con varones. Fue sociable, prefería amistades de la misma edad. Le gustaban los juegos bruscos, detestaba las muñecas y vestir como niña, esto le causó muchos problemas con sus familiares. A pesar de que la golpeaban para obligarla a comportarse como niña ella no lo aceptaba. Sus amigos eran de escasos recursos. De adolescentes su grupo de amistades no cambio. Sus distracciones eran hacer cosas prohibidas. Le agradaba sentir emociones fuertes como robar, drogarse, etc.

Solo tuvo dos empleos formales, el primero con su hermana, como niñera, por temporadas. El segundo en una maquila a los 19 años. Mantuvo buena relación con las personas con quienes trabajó. Entre los 13 y 19 años se mantuvo con el dinero obtenido de los objetos robados que vendía.

Su primer contacto sexogenital fue a los 12 años con una niña de 11 años. Tuvo varias novias, pero sin contacto genital. A los 18 años fue violada pero por estar ebria en aquel momento no recuerda nada. Tuvo un embarazo y un parto, ningún aborto. Con su pareja actual tenia relaciones sexogenitales con frecuencia, pero después de enterarse de su enfermedad fueron cada mes. No comentó más de su vida íntima.

Antes de su enfermedad ella era descuidada y no le daba importancia a la vida. Trataba de evadir su realidad. "Sólo de esa forma se sentía feliz".

Al momento de la entrevista se veía limpia y arreglada. Cooperó durante la entrevista, bastante comunicativa aunque un poco ansiosa y triste. Pudo relatar hechos importantes de su pasado. Sus ideas tenían concordancia. Su orientación era adecuada en cuanto a espacio, tiempo y persona. Presentó problema para hacer cálculos numéricos.

Pensaba que era infeliz viviendo sin drogas y una de sus mayores preocupaciones era no haber conocido a su mamá. Sabe de la gravedad de la enfermedad y siente temor de las posibles consecuencias. Su lenguaje fue sencillo pero con modismos populares y propios del ambiente social en que se desenvuelve. Respecto a su estado de ánimo expresó tristeza, llanto, desesperación y culpa.

Evoluciones y Evaluación Diagnóstica: Tímida, insegura, colaboradora, honesta, pero inconforme consigo misma, pasiva, perseverante. Con vacío existencial.

Evaluación Final: Logró restablecer sus propósitos de vida.

CASO 17

Persona de 38 años de edad, sexo masculino, nació en Chiquimula en 1,959. Es católico, con escolaridad de primero básico, ladino, de escasos recursos, trabaja en prostitución. Vive separado de su pareja.

Fue referido de un hospital nacional a la institución para control nutricional. Refirió sentirse desesperado por la enfermedad ya que no puede trabajar como antes.

Hace dos años se enteró que era VIH por exámenes que le realizaron en hospital ya que se enfermaba constantemente de infecciones. No sabe quien lo infecto. A consecuencia de la enfermedad ha bajado de peso, su piel y aspecto físico se han deteriorado por las constantes infecciones, padece de tos frecuente.

Es el primero de 8 hermanos, recuerda que fue un niño sano. A los 13 años decidió irse de la casa usando como pretexto los golpes que la mamá le había dado un día antes. Deseaba que no le regañaran y prohibieran su forma de comportarse. Se fue durante 6 años a México, se regresó huyendo por agredir físicamente a su pareja; al venir llegó a la casa de sus padres. La mamá lo recibió bien, pero el papá no. Ellos años después se separaron. Jamás tuvo novias porque no le gustaban las mujeres, tuvo tres parejas hombres pero siempre lo abandonaron, dejándolo en la calle económicamente. En la actualidad vive con la mamá.

Desde los trece años ha consumido cigarrillos, licor, marihuana y otra clase de drogas que no específicos vicios que no ha dejado en la actualidad. Ha ingresado 38 veces a la cárcel por ser homosexual y consumir drogas; la última vez fue en 1987 y salió tres años y medio después.

Vive solo con la mamá, él le ayuda en los oficios del hogar ya que en el aspecto económico colabora cuando puede debido a la enfermedad. Con sus hermanos tiene poca relación, ellos no lo aceptan por los problemas de identidad sexual, les da "vergüenza" que sea así, a pesar de eso él los visita de vez en cuando; con sus tíos la situación no varía. A su papá no lo ve desde hace varios meses.

Ingresó a la escuela a los 7 años, recuerda con agrado la escuela. En cuarto y en quinto grado fue abanderado, pero conforme creció le pareció aburrida; por lo que al llegar a primero básico se retiró sin terminar el ciclo escolar. Mantuvo una relación adecuada con sus compañeros y maestros.

Desde los trece años ha trabajado en la prostitución y no conoce otro tipo de empleo para obtener dinero. Le agrada su trabajo y por eso lo hace.

Desde niño le gustaba estar y compartir más con las mujeres a los 10 años aproximadamente se empezó a dar cuenta de la atracción que sentía por los niños y adolescentes

de su genero. En la actualidad sus amistades son homosexuales en su mayoría. Le gusta salir por las noches, oír música y hacer los trabajos de casa.

A los 11 años tuvo su primer contacto sexogenital con un hombre mayor, dice que en esa oportunidad no hubo penetración. A partir de los 13 años inició su vida activa. Ha tenido todo tipo de practicas sexuales. Estuvo unido tres veces pero en dichas oportunidades lo dejaron, situación que le afecto demasiado. Las relaciones le producen placer. La enfermedad no produjo cambios en su personalidad.

El día de la entrevista se observó poco cuidado en su aspecto personal y limpieza. Fue colaborador. Recordó hechos de su vida sin dificultad. Sus ideas concuerdan con su realidad. Prestó atención. Se encontraba ubicado adecuadamente en persona, espacio y tiempo. Presentó dificultad para hacer operaciones matemáticas. Piensa en continuar con sus actividades diarias como de costumbre, reconoce las limitaciones físicas que ha adquirido a través de la enfermedad y está consciente de los cuidados que debe tener aunque no los cumple en su totalidad. Habló con claridad pero demasiado lento, utilizó palabras propias de su entorno. Manifestó incomodidad y desesperación debido a las consecuencias de la enfermedad.

Evoluciones y Evaluación Diagnóstica: Paciente un poco distraído e indiferente por los efectos de la drogadicción, inconforme consigo mismo. Con vacío existencial.

Evaluación Final: No logró recuperar sus valores debido a la poca receptividad que tenía durante las sesiones, ya que su estado de consciencia siempre estaba alterado por las drogas.

CAPITULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

El tratamiento psicológico fue efectivo, se logró realizar los objetivos planteados al inicio de la investigación. Sirvió en gran medida para la rehabilitación física de las personas con VIH/SIDA; como consecuencia de la mejoría emocional lograron aceptar el tratamiento médico y nutricional.

Se demostró la eficacia de la Logoterapia en personas con VIH/SIDA, en los que aún no desarrollaban la enfermedad, volvieron a sus antiguas ocupaciones y mejoraron sus relaciones familiares y de amistad renovando el afecto que los unía; aprendieron a usar su pasado como fuente de satisfacción y lograron comprender el sufrimiento vivido, hasta el punto de contar su experiencia como un testimonio para ayudar a otros con fines preventivos. Y en la mayoría de personas con SIDA se llegó a alcanzar la fase de aceptación.

El cambio principal observado en los pacientes entre la evaluación inicial y la final, fue la reafirmación de los valores de actitud, obtuvieron fortaleza al demostrarse a sí mismos su capacidad para transformar el sufrimiento en algo positivo, que elevó su autoestima, los motivó de nuevo a conquistar un lugar en la sociedad a pesar del rechazo de sus familiares, amigos o personas de su entorno.

Los valores existenciales, creadores y de actitud prevalecen en la mayoría de personas con VIH/SIDA, por el afecto que los une a sus seres queridos y el amor a su trabajo o habilidad artística. Los de actitud estaban presentes en todas las personas, los creadores en un 71% y los vivenciales en un 59%.

La parte C del test PIL fue útil para complementar la información expresada por los pacientes en cuanto a sus metas y ambiciones y en que medida las habían alcanzado. La mayoría de personas modificaron sus objetivos para realizarlos a corto plazo, situándose en el aquí y en el ahora.

Doce de las 17 personas evaluadas recuperaron el deseo de seguir luchando por su vida y valorar cada momento de la misma. De los 5 restantes se considera estaban iniciando un proceso de cambio al finalizar el tiempo de la investigación por lo que no se pudo corroborar su mejoría.

La terapia de apoyo como transición a la Logoterapia es eficaz por el ambiente de confianza y libertad que proporciona.

En algunas personas el estar infectados con VIH o padecer SIDA, provocó un efecto positivo, al recuperar su sentido de vida, debido a que dejaron alcoholismo, prostitución, etc. Se responsabilizaron de su núcleo familiar y tomaron las precauciones necesarias para evitar contagiar a otros.

La carga emocional que afrontan las personas con VIH/SIDA es mucho mayor que en cualquier otra enfermedad, debido al rechazo social del que son objeto, y el miedo a lo desconocido.

Las personas con VIH/SIDA que cuentan con apoyo familiar pueden superar con menor dificultad la crisis provocada por la enfermedad.

Es importante que el paciente en fase terminal permanezca en la medida de lo posible en su hogar, para conservar su privacidad y principalmente su estabilidad emocional.

La mayoría de personas con VIH/SIDA que tienen hogares integrados, aunque sufran algún grado de vacío existencial logran recuperar o reforzar su sentido de vida y encontrar el sentido del sufrimiento.

Las personas que alcanzaron sus metas o propósitos o han tenido un hogar estable mantienen un sentido de vida a pesar de la enfermedad.

El creer en la existencia de Dios fue de beneficio para los pacientes porque les proporcionaba fortaleza espiritual y emocional.

Las personas que sufren de vacío existencial se dejan morir con facilidad. Se abandonan a la enfermedad.

Las personas que se infectaron con VIH durante la juventud fueron más vulnerables a los problemas existenciales por dos razones: aún no tenían propósitos bien definidos para su vida o quedaron frustrados por no haber alcanzado sus metas. Por ejemplo: no terminar sus estudios, no poder continuar con su empleo o no lograron formar un hogar estable.

El tratamiento individual es de gran beneficio, aunque con ello no se descarta el tratamiento grupal y familiar como complemento.

El diálogo terapéutico con base en reflexiones y cuestionamientos fue una de las herramientas más útiles en el tratamiento.

El momento más oportuno para empezar el tratamiento psicológico en las personas con VIH/SIDA, es cuando se le comunica el diagnóstico debido a que el trato en los hospitales e instituciones públicas es deficiente y se necesita de atención profesional para preparar a la persona a que reciba esta noticia. La cual provoca diversas reacciones, siendo las principales: shock, negación, desesperación, tristeza, depresión, decepción, angustia, ansiedad, miedo, sentimientos de impotencia o incapacidad, cólera, culpabilidad, ideas, deseos e intentos de suicidio. Además cuando el tratamiento se aplica desde el inicio, el proceso de duelo anticipado (que se presenta en la mayoría de los pacientes) se atraviesa con menor dificultad.

Una inadecuada comunicación del diagnóstico produce en el paciente mayor inseguridad y sentimiento de frustración, ya no le encuentra sentido a nada. En ese momento siente que todos sus planes son destruidos especialmente con lo relacionado a la familia. Esto conduce al suicidio.

Para los terapeutas que trabajan con este tipo de pacientes es necesario que se sometan a psicoterapia para poder mantener su higiene mental, ya que esta labor exige concentración, serenidad en todo momento y apertura.

RECOMENDACIONES

Por la eficacia comprobada en el estudio de casos de personas con VIH/SIDA, se recomienda a la Escuela de C.C. Psicológicas, implementar un estudio profundo de la teoría y técnicas logoterapéuticas y fomentar la aplicación de las mismas.

A las instituciones que trabajan con personas con VIH/SIDA se sugiere: a) Capacitar a su personal para que proporcionen una adecuada atención. Especialmente a quienes corresponde la difícil tarea de comunicar a los afectados su diagnóstico, para evitar en alguna medida las consecuencias y reacciones indeseables. b) Fomentar en los pacientes de VIH/SIDA las prácticas preventivas necesarias, para disminuir al máximo el riesgo de contagiar a sus parejas, familiares y personas en genera.

A las organizaciones dedicadas a la lucha contra el SIDA se les recomienda promover campañas de concientización e información dirigidas directamente a personas jóvenes, sobre las situaciones de riesgo de contraer el VIH y también sobre cómo los valores morales y espirituales pueden evitar que se expongan a dicho riesgo. A los ya infectados se les debe persuadir para que continúen en la medida de lo posible con las actividades que benefician su salud tanto física como mental, entre ellas: el estudio, el trabajo y cualquier clase de arte.

Hacer consciencia en la población guatemalteca del sufrimiento emocional que produce el rechazo social en las personas infectadas.

A los orientadores o consejeros o terapeutas que atienden a pacientes con SIDA se les sugiere: a) acompañarlos constantemente en especial en los momentos más críticos de su salud física, para evitar que por soledad o depresión se abandonen a la enfermedad. b) Aumentar la atención durante la etapa terminal y proceso de muerte (agonía) para poderles facilitar ese momento.

A las familias en general se recomienda fomentar la transmisión de valores espirituales y morales para evitar las crisis emocionales y existenciales disminuir algunos problemas sociales como prostitución, drogadicción, etc.

Se recomienda a la Escuela de Ciencias Psicológicas la profundización en la enseñanza aprendizaje de los tests sobre valores existenciales y su aplicación especialmente para aquellos estudiantes que realizan practicas con orientación clínica.

A los investigadores que trabajen con problemas similares se les sugiere que si aplican el tratamiento Logoterapeutico sea durante un período prolongado y constante para lograr mayor

eficacia. Así como iniciarlo con terapia de apoyo, ya que proporciona un marco de confianza y libertad adecuado.

Es necesario que la población guatemalteca aprenda reconocer la importancia de la higiene mental la cual se complementa a través de un tratamiento psicológico preventivo que evite prácticas irresponsables y evasivas de la realidad que ponen en riesgo su salud física y mental.

A los familiares o personas responsables de los pacientes, se recomienda buscar información sobre la enfermedad y hacer consciencia de la importancia del tratamiento psicológico tanto para el paciente como para la familia. Ellos merecen respeto y ser tratados como cualquier persona, con los mismos derechos y responsabilidades.

A las instituciones educativas, religiosas y a la familia guatemalteca, se recomienda hacer consciencia del valor de la vida y como parte de ella el fenómeno natural que es la muerte. Educar a las personas sobre el proceso vida y muerte. Por lo que es importante vivir a plenitud cada instante de la existencia.

BIBLIOGRAFIA

1. **Baldizón, Rosa O. y Nivea O. Mazariegos.** PERSONAS CON SIDA Y EL TEMOR A MORIR. Tesis de Licenciatura, Esc. De Psicología, USAC. Guatemala, 1993.
2. **Bobadilla, Francisco E. y Otros.** RELACION ENTRE NIVELES DE DEPRESION Y ACTITUDES HACIA LA MUERTE. Tesis de Lic. Esc. De Psicología, USAC. Guatemala, 1982.
3. **Buckman, Robert.** QUE DECIR, COMO DECIRLO?. DIALOGANDO CON EL PACIENTE TERMINAL. Edit. Kimpres. Colombia. 1993.
4. **Burbano Ordoñez, Julio Emilio y Sois Cardona, Carmen Alicia.** LA TERAPIA DEL VACIO EXISTENCIAL EN ESTUDIANTES DEL TERCER AÑO DE TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA Y ORUIENTACION VOCACIONAL Y LABORAL DE LA ESCUELA DE CIAENCIAS PSICOLOGICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DER GUATEMALA. Tesis de Psicología. USAC. Guatemala. 1996.
5. **Colombero, Giuseppe.** LA ENFERMEDAD TIEMPO PARA LA VALENTIA. Edit. San Pablo. Colombia. 1993.
6. **Fabry, Joseph.** LA BUSQUEDA DE SIGNIFICADO. Editorial Fondo de Cultura Económica. México. 1997.
7. **Faena, Luz Aída y Rosalina González.** CONIUMENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE RIESGO DEL ADOLESCENTE EN RELACION AL SIDA. Tesis, USAC. Guatemala, 1992
8. **Frankl, Viktor.** ANTE EL VACIO EXISTENCIAL. 7a. edición. Editorial Herder. España. 1994.
9. **Frankl, Viktor E.** EL HOMBRE DOLIENTE. 3era. Edición. Editorial Herder. España. 1994.
10. **Frankl, Viktor E.** EL HOMBRE EN BUSCA DE SENTIDO. 14a. edición. Editorial Herder. España. 1992.

11. Frankl, Viktor E. LA VOLUNTAD DE SENTIDO. 3era. Edición. Edit. Herder. España. 1994.
12. Frankl, Viktor E. LA PSICOTERAPIA AL ALCANCE DE TODOS. 6ta. Edición. Editorial Herder. España. 1995.
13. Frankl, Viktor. LA IDEA PSICOLOGICA DEL HOMBRE. Edit. Riaip, S. A. España. 1986.
14. Frankl, Viktor E. PSICOANALISIS Y EXISTENCIALISMO. 2a. edición en español. Edit. Fondo de Cultura Económica. México. 1987.
15. Frankl, Viktor E. PSICOTERAPIA Y HUMANISMO. 2a. edición. Editorial Fondo de Cultura Económica. México. 1984.
16. Fromm, Erich. EL CORAZON DEL HOMBRE. 2a. edición. Edit. Fondo de Cultura Económica. México. 1990.
17. Horney, Karen. LA PERSONALIDAD NEUROTICA DE NUESTRO TIEMPO. Ediciones Paidós. España. 1984. Pág. 211-228.
18. Howard, George. NO MAS DEPRESION. Edit. Lumen. Argentina. 1989.
19. Irala, Narciso. CONTROL CEREBRAL Y EMOCIONAL. 105 edición. Ediciones Mensajero. Bilbao, España. 1982.
20. Kaplan, Harold. Y. - Sadock, Benjamín COMPENDIO DE PSIQUIATRIA. Editorial Salvat. España. 1975.
21. Kolb, Lawrence C. MANUAL DE PSIQUIATRIA MODERNA. 9a. edición. Editorial Prensa Médica Mexicana. México. 1990.
22. Kübler Ross, Elizabeth. LA MUERTE Y LOS MORIBUNDOS. Edit. Grijalbo. México. 1990.
23. Linares, Silvia y Dinora Ochoa. EFFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA EN PACIENTES CON VIH/POSITIVO SIDA. Tesis, USAC. Guatemala. 1995.
24. Medina Patzán, Ada Lucrecia y José Luis Juárez Mayén. RASGOS DE PERSONALIDAD MAS FRECUENTES DEL PACIENTE INFECTADO CON EL VIRUS DEL

VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA O CON EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA). Tesis, USAC. Guatemala. 1996.

25. Meléndez Mollinedo, Jorge Giovanni. PROPUESTA DE ATENCION PSICOLOGICA PREVENTIVA Y DE TRATAMIENTO A POBLACION EN RIESGO O CONTAGIADA DEL VIRUS DEL SIDA. Informe Final de EPS. USAC. Guatemala 1995.
26. Merani, Alberto. DICCIONARIO DE PSICOLOGIA. Edít. Grijalbo. México. 1980.
27. Populations Reports. EL SIDA UNA CRISIS DE SALUD PUBLICA. Págs. 2-43.
28. Rodas de Villatoro, Magnolia Esmeralda. EL VACIO EXISTENCIAL EN LA MUJER GUATEMALTECA DE LOS 30 A LOS 45 AÑOS. Tesis Esc. de C.C. Psicológicas. USAC. Guatemala 1993.
29. San Francisco AIDS Fundation. MANUAL DE APOYO PRACTICO. USA.
30. Sannuti, A. y otros. LA FAMILIA DONDE NACE LA SOCIEDAD. Editorial Ciudad Nueva. Argentina. 1994.
31. Schaeffer, Francis. RETORNO A LA LIBERTAD Y A LA DIGNIDAD. Ediciones Evangélicas Europeas. España. 1973.
32. Sim Delgado de Velásquez, María del Rosario. TERAPIA DE APOYO COMO TRANSICION A LA LOGOTERAPIA. Tesis. Esc. de C.C. Psicológicas. USAC. Guatemala 1992.

UNIVERSIDAD DE LA GUATEMALA
Biblioteca Central

GUIA PARA USO DEL TERAPEUTA SOBRE CATEGORIA DE VALORES
(SEGUN LA LOGOTERAPIA)

PARA IDENTIFICAR LOS VALORES CREADORES

1. ¿Le agrada su trabajo, si/no por qué?
2. ¿Qué trabajo le gustaría realizar, si respondió no a la pregunta anterior y por qué?
3. ¿Qué piensa del arte y actividades relacionadas con él?
4. ¿Qué grado de satisfacción le proporciona el arte (como observador o al practicarlo)?
5. ¿Es su actividad artística o su empleo suficiente motivación para seguir viviendo y por qué?
6. ¿Coinciden sus habilidades artísticas con su trabajo actual?
7. ¿Qué hace en su tiempo libre o qué le gustaría hacer, que no haya hecho antes? (deporte, arte, etc.)

PARA IDENTIFICAR LOS VALORES VIVENCIALES

1. ¿Qué piensa y siente respecto a la naturaleza? (amor por mascotas, plantas, etc.)
2. ¿Le gustaría tener alguna actividad relacionada con plantas o mascotas o cualquier otro elemento de la naturaleza?
3. ¿El amor por la naturaleza le motiva a seguir viviendo?
4. ¿Qué opinión tiene sobre las experiencias positivas que ha vivido?
5. ¿Qué opinión tiene sobre las experiencias negativas que ha vivido y cómo considera que han influido en su presente?
6. ¿Considera haber alcanzado sus metas y propósitos, es decir haberse realizado en la vida, si/no por qué?
7. ¿Cree usted que ser responsable de sus actos en el presente puede repercutir en su futuro?
8. ¿Ha sido capaz de utilizar adecuadamente sus experiencias, si/no por qué?
9. ¿Qué le proporciona mayor satisfacción en su vida?

PARA IDENTIFICAR LOS VALORES DE ACTITUD

1. ¿Qué opina sobre el amor? (filial, fraternal, de pareja, materno o paterno)
2. ¿Qué opina sobre el amor a los ideales, valores morales o religiosos?
3. ¿Qué significa el sufrimiento para usted?
4. ¿Qué actitud adopta ante el sufrimiento? (evasión, cólera, conformismo, negación, depresión, desesperación) (paciencia, comprensión, aceptación, utilizarlo como estímulo positivo para superación personal)
5. ¿Vale la pena tener paciencia ante el sufrimiento, si/no por qué?
6. ¿Tiene sentido sacrificarse por algo o alguien?
7. ¿Es posible para usted superar el dolor físico o emocional?
8. ¿Es el afecto en su vida suficiente razón para seguir viviendo? (por usted mismo, por los demás y el que recibe de las personas que le rodean)

FICHA CLINICA

DATOS GENERALES

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Lugar y fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Tel.: _____ Escolaridad: _____ Religión: _____

Ocupación: _____ Estado civil: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Queja principal: _____

HISTORIA DEL PROBLEMA

HISTORIA PERSONAL

Fué un niño/a deseado ? (por qué) _____

Enfermedades del embarazo: _____

Medicamentos ingeridos durante el embarazo: _____

No. de embarazo: _____ Tiempo de embarazo: _____ Tipo de parto: _____

Si fué inducido por qué ? _____

Uso de forceps: _____ Anoxia: _____ Cianosis: _____

No. de abortos y causas: _____

Peso al nacer (del niño) _____ Lactancia si/no y hasta que edad: _____

Control de esfínteres a que edad ? (micción y defecación): _____

A que edad empezó a hablar: _____ A que edad empezó a caminar: _____

HISTORIA FAMILIAR

Datos Familiares

Nombre de la Madre: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Nombre del Padre: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____

de Hnos.: _____ Lugar que ocupa (Px): _____ Con quién

vive actualmente: _____

Es un hogar integrado, sí/no por qué? _____

de hijos: _____ Edades: _____

Nivel de comunicación familiar: _____

Relación con sus padres: _____

Relación con sus Hnos.: _____

Relación con su pareja: _____

Relación con sus hijos: _____

Relación con otros familiares: _____

Antecedentes de patologías familiares: _____

Cuál es su nivel económico: _____

Religión de sus familiares: _____

HISTORIA ESCOLAR

A que edad empezó a estudiar? _____ En que tipo de establecimiento? _____

Cómo fué el primer día de clases? _____

Cómo era su conducta en clase? _____

Cómo fué la relación con los maestros? _____

Enfermedades padecidas durante la niñez: _____

Hospitalizaciones : _____

Otros cambios de vida significativos: _____

Edad Adulta

Embarazos: _____ Partos: _____ Abortos: _____ Causas: _____

Medicamentos ingeridos (y con qué frecuencia): _____

Antecedentes Médicos del Px.: _____

Hereditarios: _____

Congénitos: _____

Traumáticos: _____

Cómo fué la relación con los compañeros de clase ? _____

Qué amigos prefería, hombres o mujeres y por qué ? _____

Rendimiento escolar ? (problemas de aprendizaje, repitencia) _____

En qué actividades participaba ? _____

Por qué eligió su carrera ? _____

Si interrumpió sus estudios, por qué razón ? _____

HISTORIA SOCIAL

Prefiere estar solo o acompañado y por qué: _____

Principales amistades (sus características): _____

Cómo es su relación con sus vecinos (u otras personas): _____

En qué emplea su tiempo libre ? _____

Le gustan los animales sí/no, cuáles y por qué ? _____

Qué cosas le agradan y cuáles no ? _____

Le gusta ser líder sí/no por qué ? _____

RASGOS ANTISOCIALES:

Acepta normas _____ Respeta autoridad _____ Destructor _____

Roba objetos o dinero ? _____ Lenguaje obsceno ? _____

DESAJUSTES OCACIONALES DE LA PERSONALIDAD:

Enojado: _____

Miedos: _____

Inseguridad: _____ Culpa: _____ Negativismo: _____

_____ Celos: _____

HISTORIA LABORAL

A qué edad empezó a trabajar y por qué ? _____

Cómo ha sido la relación con sus patronos ? _____

Relación con sus compañeros de trabajo ? _____

Relación con sus subalternos ? _____

Le satisface su trabajo sí/no por qué ? _____

Alguna vez le han suspendido sí/no por qué ? _____

Responsabilidades laborales: _____

Puestos que ha desempeñado: _____

Cada cada tiempo ha cambiado de trabajo y por qué? _____

Exitos y fracasos en su trabajo: _____

HISTORIA SEXUAL

Primera menstruación: _____ Primera relación sexogenital: _____ Preferencia sexual: _____ Cada cuanto tiene relaciones sexuales: _____

Cuántas parejas sexuales ha tenido: _____ Cada cuanto cambia de pareja sexual: _____

_____ Frecuenta varias personas a la vez (del mismo o de diferente sexo): _____ Grado de satisfacción sexual (y con que sexo obtiene mayor placer): _____

Cómo son sus relaciones (vaginales, anales, orales, Etc): _____ Abortos y razones por las que abortó: _____

_____ Si planifica su familia, por qué? _____

_____ Enfermedades venereas: _____

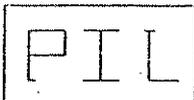
PERSONALIDAD PREMORBIDA

(Incluya versiones del Px. familia y otros)

NOMBRE _____ FECHA _____

EDAD _____ SEXO _____ GRADO _____ CARRERA _____

James C. Crumbaugh, Ph.D.
Veterans Administration Hospital
Gulfport, Mississippi



Leonard T. Maholick, M.D.
The Bradley Center, Inc.
Columbus, Georgia

PARTE A

Conteste el número que se acerque más a la verdad, acerca de sí mismo. Se debe notar que la escala tiene dos límites opuestos, de un extremo al otro. Si usted contesta "neutro" significa que usted no puede juzgar. Use "neutro" lo menos posible. Ponga un círculo alrededor del número.

1. Generalmente yo estoy
1 2 3 4 5 6 7
totalmente (neutro) entusiasmado
aburrido
2. La vida me parece
7 6 5 4 3 2 1
siempre (neutro) completamente
emocionante rutinaria
3. Para mi vida
1 2 3 4 5 6 7
no tengo (neutro) tengo metas muy
ninguna meta fija bien delineadas
4. Mi existencia privada
1 2 3 4 5 6 7
no tiene (neutro) tiene mucho
significado significado
5. Cada día es
7 6 5 4 3 2 1
constantemente (neutro) exactamente
nuevo idéntico

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
Biblioteca Central

6. Si pudiera escoger usted preferiría
 1 nunca haber nacido 2 3 4 (neutro) 5 6 7 vivir 9 veces más una vida idéntica a esta
7. Después de retirarme, me gustaría
 7 hacer algunas cosas que me han interesado 6 5 (neutro) 4 3 2 1 haraganear
8. En alcanzar las metas de la vida
 1 yo no he progresado nada 2 3 4 (neutro) 5 6 7 he alcanzado suficiente para satisfacerme completamente
9. Mi vida es
 1 vacía, desesperada 2 3 4 (neutro) 5 6 7 relleno de cosas buenas
10. Si muriera hoy, consideraría que mi vida
 7 valió la pena 6 5 4 (neutro) 3 2 1 nada valió la pena
11. Al pensar en mi vida, yo pienso
 1 ¿por qué existo? 2 3 4 (neutro) 5 6 7 sé por qué existo
12. Al considerar el mundo en relación con mi vida, el mundo
 1 me confunde completamente 2 3 4 (neutro) 5 6 7 tiene significado para mi vida
13. Yo soy
 1 no responsable 2 3 4 (neutro) 5 6 7 muy responsable
14. En cuanto al libre albedrío, creo que el hombre es
 7 absolutamente libre para elegir 6 5 4 (neutro) 3 2 1 completamente limitado por herencia y ambiente

PART B

Termine cada frase. Trabaje rápido. Escriba lo primero que se le ocurre.

1. Más que nada, yo quieroo _____
2. Mi vida es _____
3. Espero que _____
4. He logrado _____
5. Mi gol más alto, a que aspiro más _____
6. Lo más desesperanzado _____
7. Mi único propósito en esta vida _____
8. Me aburro _____
9. La muerte es _____
10. Yo estoy logrando _____
11. La enfermedad y el sufrimiento pueden ser _____
12. Para mi, toda la vida es _____
13. El Pensar de suicidio _____

PART C

Escriba un párrafo, describiendo en detalle sus propósitos, metas y ambiciones en esta vida. ¿ Está progresando hacia sus metas? ¿ Ha progresado mucho?

INDICE GENERAL

PRESENTACION

PROLOGO

CAPITULO I

INTRODUCCION	1
1. MARCO TEORICO	9
1.1. PSICOTERAPIA	
1.2. LOGOTERAPIA	2
1.2.1. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LOGOTERAPIA	10
1.2.2. TESIS SOBRE LA PERSONA SEGÚN LOGOTERAPIA	
1.2.3. ALGUNOS CONCEPTOS DE LOGOTERAPIA	13
1.2.4. ALGUNAS TECNICAS DE LOGOTERAPIA	19
1.2.4.1. LOGOTERAPIA COMO TERAPIA ESPECIFICA PARA NEUROSIS NOOGENA	
1.2.4.2. LOGOTERAPIA COMO TERAPIA INESPECIFICA DE NUEROSIS PSICOGENA	
1.3. TERAPIA DE APOYO	21
1.3.1. DEFINICION	
1.3.2. TECNICAS DE TERAPIA DE APOYO	22
1.4. EL VIH/SIDA Y SU HISTORIA	23
1.4.1. DEFINICION DE VIH/SIDA	
1.4.2. CONDICIONES DE TRANSMISION	24
1.4.3. FORMAS DE TRANSMISION	
1.4.4. FACTORES QUE INDICAN EL DESARROLLO DEL SIDA	25
1.4.5. EDUCACION SOBRE SIDA	
1.4.6. LOS DERECHOS HUMANOS SON DE TODOS	
1.4.7. INSTITUCIONES QUE ATIENDEN A PERSONAS CON VIH/SIDA EN GUATEMALA	
1.4.8. PROBLEMAS PSICOLOGICOS Y LA ENFERMEDAD	27
1.4.9. EL PACIENTE Y SUS ACTITUDES HACIA LA MUERTE	29
1.5. ANTECEDENTES	30

CAPITULO II

2. TECNICAS E INSTRUMENTOS	33
2.1 TECNICAS	
2.1.1. TECNICAS DE MUESTREO	
2.1.2. CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA	
2.1.3. TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS	35
2.1.4. OBSERVACION SISTEMATICA	
2.1.5. ENTREVISTA ABIERTA	
2.1.6. EXAMEN MENTAL	
2.2. INSTRUMENTOS	

- 2.2.1. GUIA DE VALORES
- 2.2.2. HISTORIA CLINICA
- 2.2.3. TEST PIL
- 2.2.4. PLAN DE TRATAMIENTO GENERAL
- 2.2.5. TECNICA DE ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS

CAPITULO III

- 3. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS 36
- 3.1. INTRODUCCION
- 3.2. ANALISIS FINAL
- 3.3. RESULTADOS PRUEBA INICIAL 39
- 3.4. RESULTADOS DE EVALUACION FINAL 40
- 3.5. PRESENTACION DE CASOS 42

CAPITULO IV

- 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 74
- 4.1. CONCLUSIONES
- 4.2 RECOMENDACIONES
- 4.3 BIBLIOGRAFIA
- 4.4. ANEXOS
- 4.4.1. GUIA PARA USO DEL TERAPEUTA SOBRE CATEGORIA DE VALORES
- 4.4.2. FICHA CLINICA
- 4.4.4. TEST PIL

PROVINCE OF SANTIAGO DE LOS CABALLEROS
Bibliotecas Cent.

