Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas

PROBLEMAS PSICOLOGICOS DE PERSONAS QUE PADECEN VIH/SIDA

Eficacia de un Programa de Psicoterapia de Grupo para Disminuir Crisis Existencial y Aumentar Responsabilidad ante la enfermedad en personas que padecen VIH/SIDA

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

Por

SANDRA PATRICIA ALVAREZ CASTILLO

Previo a optar el titulo de:

PSICOLOGA

En el Grado Académico de:

LICENCIADA

Guatemala, Octubre de 1999.

TRIBUNAL EXAMINADOR

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

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

Licenciada María Ileana Godoy Calzia
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS

TEMALA

LA DE
ICOLOGICAS
Universitaria, Zona 12
4760985, ext. 490-1
4767219, fax 4769914
PSIC@usac.gt
ENTRO AMERICA

cc: Control Académico
CIEPs.
archivo

REG. 708-98

CODIPs. 1216-99

DE ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE INVESTIGACION

Octubre 25 de 1999

Señorita Estudiante
Sandra Carola Alvarez Castillo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto SEPTIMO (7o.) del Acta CINCUENTA Y NUEVE (59-99) de Consejo Directivo, de fecha 21 de octubre del año en curso, que copiado literalmente dice:

"SEPTIMO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "PROBLEMAS PSICOLOGICOS DE PERSONAS QUE PADECEN VIH/SIDA", de la Carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

SANDRA PATRICIA ALVAREZ CASTILLO CARNET No. 93-10814

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Doctor Guillermo Enrique Meneses Recinos y revisado por el Licenciado Carlos Enrique Orantes Troccoli.

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 "

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA

/Rosy

" 25 ANIVERSARIO DE FUNDACION "

AD DE SAN CARLOS
UATEMALA

CUELA DE
S PSICOLOGICAS
udad Universitaria. Zona12
4, 4760985. ext. 490-1
992, 4767119. fax 4769914
SACPSIC@edu.gt
A. CENTRO AMERICA

181099

CIEPs. 146/99
REG. 708/98

Guatemala, 12 de octubre de 1999.

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLOGICAS
RECIBIDO
13 OCT. 1999

INFORME FINAL

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Carlos E. Orantes T., ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado:

"PROBLEMAS PSICOLOGICOS DE PERSONAS QUE PADECEN VIH/SIDA"
Eficacia de un programa de Psicoterapia de Grupo para disminuir la crisis existencial y aumentar la responsabilidad ante la enfermedad, en personas que padecen VIH/SIDA

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

ESTUDIANTE:	CARNE No.
SANDRA PATRICIA ALVAREZ CASTILLO	93-10814

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

LICDA. EDITH RIOS DE MALDONADO
COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA

c.c. Revisor/a
Archivo

ERDM/edr

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES
COORDINADORA
CIEPs.
USAC

" 25 ANIVERSARIO DE FUNDACION "

SAN CARLOS
MALA

A DE
COLOGICAS
Universitaria, Zona12
60983, ext. 490-1
67219, fax 4769914
SIC@cdn.gt
NTRO AMERICA

CIEPs. 147/99

Guatemala, 12 de octubre de 1999

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLOGICAS
RECIBIDO
13 OCT. 1999
HORA

LICENCIADA
EDITH RIOS DE MALDONADO, COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA

LICENCIADA RIOS DE MALDONADO:

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

"PROBLEMAS PSICOLOGICOS DE PERSONAS QUE PADECEN VIH/SIDA"
Eficacia de un programa de Psicoterapia de Grupo para disminuir la crisis existencial y aumentar la responsabilidad ante al enfermedad, en personas que padecen VIH/SIDA

CARRERA: **LICENCIATURA EN PSICOLOGIA**

ESTUDIANTE: CARNE No.

SANDRA PATRICIA ALVAREZ CASTILLO **93-10814**

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE**, y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

LIC. CARLOS E. ORANTES T.
DOCENTE REVISOR

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
DOCENTE REVISORIA
USAC

c.c.: Archivo
Docente Revisora

CEOT/edr

" 25 ANIVERSARIO DE FUNDACION "

Guatemala, septiembre de 1999.

Licenciada
Edith Ríos de Maldonado
Area de Investigación
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Licenciada de Maldonado:

Por este medio informo a usted, que he tenido a la vista el trabajo de Tesis de la estudiante **Sandra Patricia Alvarez Castillo** Titulado *"Eficacia de un Programa de Psicoterapia de Grupo para Disminuir Crisis Existencial y Aumentar Responsabilidad ante la enfermedad en personas que padecen VIH/SIDA"*.

En vista de lo anterior, doy mi aprobación al mismo, trasladándolo a la oficina a su cargo para que se de el trámite correspondiente.

Sin otro particular me suscribo.

Atentamente,

DIRECCION GENERAL DE REGULACION VIGILANCIA Y CONTROL DE LA SALUD
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL
GUATEMALA, C.A.

Dr. Guillermo Meneses
ASESOR

DE
LOGICAS
ersitaria, Zona 12
985, ext. 490-1
219, fax 4769914
@edu.gt
O AMERICA

cc.: Control Acad.
CIEPs.
archivo

REG. 708-98

CODIPs. 890-98

APROBACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION Y NOMBRAMIENTO DE ASESOR

Noviembre 16 de 1997

eñorita Estudiante
ndra Patricia Alvarez Castillo
scuela de Ciencias Psicológicas
lificio

eñorita Estudiante

ara su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes l Punto DECIMO SEXTO (16o.) del Acta CUARENTA NOVENTA Y OCHO (40-8) de Consejo Directivo, de fecha 27 de octubre del año en curso, ue copiado literalmente dice:

DECIMO SEXTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que ontiene el Proyecto de Investigación titulado: "PROBLEMAS SICOLOGICOS EN PERSONAS CON VIH/SIDA: EFICACIA DE UN PROGRAMA DE SICOTERAPIA DE GRUPO PARA DISMINUIR LA CRISIS EXISTENCIAL Y UMENTAR LA RESPONSABILIDAD ANTE LA ENFERMEDAD, EN PERSONAS QUE ADECEN VIH/SIDA", de la carrera: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, laborado por:

ANDRA PATRICIA ALVAREZ CASTILLO CARNET No. 93-10814

l Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia atisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de nvestigaciones en Psicología -CIEPs., resuelve aprobarlo y nombrar omo asesor al Doctor Guillermo Enrique Meses Recinos."

tentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CONSEJO DIRECTIVO
USAC

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA

Rosy

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

ES
RIDAD

Guatemala, 08 de septiembre de 1999

Licenciada
Edith Ríos de Maldonado
Coordinadora Area de Investigación
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Estimada Licda. de Maldonado:

Por este medio me dirijo a usted, para notificarle que la Señorita **Sandra Patricia Alvarez Castillo**, realizó su trabajo de Tesis titulado "Eficacia de un Programa de Psicoterapia de Grupo para disminuir Crisis Existencial y aumentar la Responsabilidad ante la enfermedad en personas que padecen de VIH/SIDA" en esta Institución, en el periodo comprendido de enero a mayo del presente año.

Sin otro particular, me suscribo de usted,

Atentamente,

Mario Roberto Andrade
Director
APAES/SOLIDARIDAD

APAES DIRECCION SOLIDARIDAD

2a. avenida 11-40, zona 1. Guatemala, Guatemala, C.A. Apartado Postal 1636.
Telefax: (502) 232 7649 - 220 7235

ACTO QUE DEDICO

A DIOS NUESTRO SEÑOR: Creador y dador de vida, que con su infinito poder ha iluminado el camino de mi vida, guiándome a ser cada día mejor.

A LA VIRGEN DE LA PIEDAD: Madre y amiga, que me ha protegido estando siempre a mi lado dándome fuerzas para alcanzar mis objetivos.

A MIS PADRES: Oliverio Alvarez Pineda y Marta Lily Castillo Boteo, por su amor, cuidados y esfuerzos para que yo pudiera alcanzar mis metas; en especial a mi Madre, ejemplo de mujer luchadora que siempre ha estado a mi lado brindándome todo su apoyo.

A MIS HERMANOS: Wanda, Mynor y Amarilis, gracias por su ayuda y su amor, que mi triunfo sea un ejemplo para ustedes.

A MIS TIOS: Leticia, Alfredo y Sonia con cariño y respeto, en especial a mi tía Sandra, infinitas gracias por su apoyo incondicional, comprensión y ejemplo. Que Dios la bendiga.

A MI NOVIO: Luis Felipe Oliva Torres, por estar a mi lado en todo momento apoyándome y motivándome, gracias amor.

A MIS PRIMOS: Wendy, Zulma, Heidy, Alexander, Ronald, Eduardo y Luis Alfredo, con mucho cariño.

A MIS AMIGOS: En especial a Edgar, Jorge, Norma, Brenda y Mynor, ustedes vieron iniciar mi sueño y ahora ven culminarlo, gracias por su amistad incondicional.

TESIS QUE DEDICO

A todas las personas que padecen la enfermedad del VIH/SIDA, motivándolos para que luchen por la vida, pues siempre existe un hálito de esperanza para todos.

Este trabajo está dedicado especialmente, a todos los pacientes portadores del VIH/SIDA que aceptaron colaborar conmigo para que este trabajo pudiera realizarse; algunos de ellos ya se encuentran ante la presencia de Dios Todopoderoso, elevo una plegaria por el eterno descanso de sus almas; y una plegaria también, para las personas que aún se encuentran luchando con nosotros.

Gracias por su colaboración, amistad y por tantas cosas lindas que ustedes compartieron conmigo.

Que Dios los bendiga, siempre estarán en mi mente y en mi corazón.

CAPITTULO I

INTRODUCCION

El Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH que es el causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, se ha convertido en un problema de características Psicobiosociales, dejando de ser un problema de tratamiento bioclínico únicamente. Como es del conocimiento general, esta pandemia (como ha sido denominada debido a su magnitud) se extiende a una velocidad alarmante a nivel mundial.

Esta situación fue la que motivo la realización del presente trabajo de investigación; una de sus finalidades es colaborar de alguna manera con los portadores del VIH/SIDA, con referencia a los niveles de ansiedad y depresión, así como la responsabilidad que manifiestan las personas ante esta enfermedad, proponiendo métodos y técnicas adecuadas al tratamiento de este problema; con la finalidad de lograr la disminución de estas entidades psicopatológicas y a la vez aumentar la responsabilidad individual y social que ellos presentan.

Es evidente que actualmente la sociedad guatemalteca se encuentra en crisis, influida tanto por factores internos como externos, los cuales son muchos y variados; uno de estos factores es el VIH/SIDA que ha tenido un impacto negativo muy fuerte no solo en nuestro país sino a nivel mundial. No obstante, para un país tercermundista con la economía estancada como el nuestro, la situación se torna mas difícil; si se considera que un porcentaje muy elevado de la población guatemalteca afeetada se encuentra entre las edades de 25 a 39 años, etapa en la cual una persona es económicamente activa.

Este estudio lleva por título "Eficacia de un Programa de Psicoterapia de Grupo para Disminuir la Crisis Existencial y Aumentar la Responsabilidad en personas que producen VIH/SIDA, enmarcándose dentro de la problemática social; en el campo de la salud mental, específicamente en el área de psicología clínica y social. Se relaciona con la psicología ya que se refiere explícitamente al tratamiento de la ansiedad y depresión y el aumento de la responsabilidad.

Este problema guarda relación con problemas afines, siendo uno de ellos el jurídico; ya que no existen leyes destinadas a la protección especifica de personas con VIH/SIDA; por tal motivo, en muchas ocasiones estas personas son discriminadas, violando los derechos humanos que como tal les corresponden y pasando sobre toda base legal y jurídica destinada a la protección de las personas, solo por el hecho de ser portadores del VIH/SIDA. Hasta el momento, el Gobierno de Guatemala ha impulsado únicamente leyes en las que se estipula la creación de la Comisión Nacional para la Vigilancia y Control del VIH/SIDA, la declaración del VIH como un problema de Urgencia Nacional y la Ley de Bancos de Sangre, pero ninguna dirigida a velar por la integridad tanto física como psíquica de estas personas..

Otro problema es el de índole social, en vista de que por falta de información y atención muchas personas han muerto dejando en la horfandad a sus hijos, en muchos de los casos con una condición económica precaria y con el agravante de que algunos de ellos están relacionados con el virus.

Con la realización del presente trabajo, se cumple con uno de los objetivos propuestos por la Universidad de San Carlos y la Escuela de Ciencias Psicológicas, que se refiere a la contribución en el conocimiento de los problemas nacionales, con el fin de proporcionar posibles soluciones.

OBJETIVOS

GENERALES:

- Establecer la efectividad de un programa de psicoterapia de grupo para ayudar a disminuir la depresión y angustia y aumentar la responsabilidad ante la enfermedad, en personas que padecen VIH/SIDA.

ESPECIFICOS:

- Identificar y describir las manifestaciones de conflictos psicológicos en personas que padecen VIH/SIDA.

- Sistematizar métodos, técnicas y procedimientos psicoterapéuticos aplicados a personas con VIH/SIDA.

- Disminuir la depresión y angustia y aumentar la responsabilidad en personas con VIH/SIDA.

MARCO TEORICO

1- HISTORIA SOBRE EL ORIGEN DEL SIDA:

En los Angeles California, Estados Unidos, durante el otoño de 1980 se presentó una infección que llamó mucho la atención de los médicos. Un joven si causa justificada presentaba un descenso brutal de su capacidad defensiva. Tras varias infecciones presentó un cuadro de obstrucción intestinal, provocado por un tumor y falleció al añadírsele una pulmonía. En poco tiempo se presentaron casos similares en San Francisco y Nueva York, todos los casos tenían una característica similar, el descenso del sistema inmunológico, lo cual alertó a los científicos al convencerse que estaban frente a una nueva enfermedad. Fue entonces donde apareció un trabajo descrito como: "Comunicación de una Nueva Inmunodeficiencia Celular Adquirida (mayo 1981), publicado en la revista England Journal of Medicine, que se constituye en el primer medio científico que dio la voz de alarma acerca de la enfermedad, posteriormente denominada SIDA"[1].

La mayoría de las teorías acerca de esta enfermedad carecen de sustentación científica, como la que sustenta que fue traída del Africa, otra que indica que el virus se desarrolló de una relación sexual de una hombre con un mono, y algunas otras. Sin embargo, existe una teoría que puede ser la más cercana a la lógica, y es la que sostiene que el virus que la produce tuvo su creación en un laboratorio de manipulación genética.

Lo reporta Eduardo del Río más conocido como Rius, en su libro "EL AMOR EN LOS TIEMPOS DEL SIDA", en el cual aparecen algunos estractos de una entrevista realizada al profesor Segal, Biólogo Alemán que sostiene que el origen del SIDA no es en Africa como suele decirse, sino en Estados Unidos.

---

[1] Lucena Rodríguez, Eloisa Abdulia y otros. PROPOSICION DE UN PLAN DE HIGIENE MENTAL SOBRE SIDA, PARA ADOLESCENTES CON REFERENCIA AL ESTUDIO DE ACTITUDES . 1992 Pág. 28.

Según el Profesor Segal, el virus se desarrolló en un laboratorio de manipulación genética llamado P-4, situado en Fort Detrik en los Estados Unidos. Fue en ese laboratorio donde fueron aislados los primeros astronautas, después de su regreso de la luna. Este laboratorio fue inaugurado oficialmente en 1957.

Según se cree, para finales de 1977 las primeras manipulaciones genéticas estarían ya a disposición, una publicación del Congreso Estadounidense indicaba la realización de experimentos en seres humanos, voluntarios y algunos prisioneros de condenas muy largas a quienes se les indicaba que si sobrevivían al experimento serían puestos en libertad, unos murieron y otros fueron puestos en libertad.

El SIDA se inicia con una fase similar a una infección,, y en la mayoría de los casos no se presenta nada durante muchos años, lo cual indica que si las personas de ensayo solo enfermaban levemente y durante meses no pasaba nada eran puestas en libertad según el acuerdo.

"En sí el SIDA es una enfermedad relativamente nueva, que presenta un reto a los científicos, quienes la han descrito con diferentes nombres, entre ellos: el mal del siglo, bomba de tiempo, etc., debido al riesgo y consecuencias letales que presenta para la humanidad. El VIH ataca primordialmente las células sanguíneas llamadas Linfocitos T (glóbulos blancos), cuya misión es formar anticuerpos contra los gérmenes patógenos; el virus en cuestión, bloquea los mecanismos de defensa, para impedir al organismo la identificación de los agentes agresores, y no permite que ponga en marcha la acción defensiva. Así mismo, el retrovirus HIV-III, productor del SIDA, contiene en su gen, transcriptas genética de célula sana, en este caso T4 humana".[2]

[2] Ibid. Págs. 29-36

2- EL SIDA EN GUATEMALA:

En Guatemala aparece el primer caso de SIDA en junio de 1984 en un hombre procedente de los Estados Unidos de Norteamérica, "a partir de 1986 aparecen en nuestro país casos reportados con un incremento sostenido, en este mismo año, en el mundo 71 paises han declarado 29,000 casos estimándose que en el año 1992 existían de 5 a 10 millones de personas infectadas con VIH y más de 350,000 casos de SIDA, con una tendencia acelerada hacia su extensión en la heterosexualidad".[3] De junio de 1984 hasta diciembre de 1997 se reportaron 2,284 casos de SIDA de los cuales, el 79.0% son hombres y el 21.0% mujeres, sólo en el año 1997 se reportaron 649 casos de los cuales el 75.5% son hombres y el 24.5% mujeres.

Sin embargo, en el año 1997 existió una disminución de casos reportados, comparado con el año 1996 en el que se reportaron 835 casos. Según estadísticas, evaluando las incidencias por grupo etario, se observa una mayor incidencia en las personas comprendidas de los 15 a los 19 años de edad.

La vías de transmisión más frecuentes de la infección acumulado de 1984 a diciembre de 1997 son: sexual 2,146 infectados que equivale a un 94.0%, transfusional 76, un 3.3% y madre-hijo 62, un 2.7%.[4]

---

[3] Pérez Faena, Luz Aida y otro, CONOCIMIENTOS, ACTITUTES Y PRACTICAS DE RIESGO DEL ADOLESCENTE CON RELACION AL SIDA, (tesis) 1992 Pág. 24.

2.1 ACUERDOS LEGALES EMITIDOS SOBRE EL SIDA

En nuestro país se han emitido algunos acuerdo gubernamentales en relación al VIH/SIDA, el primero fue emitido el 23 de diciembre de 1987 acuerdo Gubernativo No.1197-87 en el cual se creo la Comisión Nacional para la Vigilancia y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (CONAVISIDA), y el 10 de octubre de 1990 el Ministerio de Salud Pública emitió el acuerdo No.s/p-M 38-90, que aprueba el Reglamento General de CONAVISIDA. "Por otra parte, el Congreso de la República emitió el decreto 27-95, Ley de Bancos de Sangre y Servicio Transfusional, y el 2 de agosto de 1995, mediante el decreto 54-95, declara al SIDA como un problema de -Urgencia Nacional-".[5]

El Código de Salud en su articulo 62 referente a enfermedades de Transmisión Sexual y Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida nos señala: El Ministerio de Salud es responsable de formular, evaluar y supervisar acciones dirigidas al control de las enfermedades de transmisión sexual. Dada la magnitud, trascendencia y otras características epidemiológicas de las Enfermedades de Transmisión Sexual, (ETS) y del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (VIH/SIDA), el Ministerio de Salud apoyara el desarrollo especifico de programas de educación, detección, prevención, y control de ETS, VIH/SIDA, con la participación de diversos sectores.

---

[4] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de SIDA, 1997.
[5] Comisión Pro-Convención sobre los Derechos del Niño -PRODEN-, ENTRE EL OLVIDO Y LA ESPERANZA, 1996 Pág.185.

2.2 ORGANIZACIONES QUE AYUDAN A PERSONAS CON VIH/SIDA EN GUATEMALA.

En Guatemala existen diversas organizaciones cuyo objetivo principal es ayudar a las personas que padecen VIH/SIDA, entre ellas se mencionan las siguientes:

Asociación Guatemalteca para la prevención y control del SIDA (AGPCS), conformada por profesionales altruistas que dedican su tiempo a la educación de pacientes con VIH/SIDA y a grupos interesados en conocer sobre esta enfermedad.

Asociación para la Prevención y Apoyo a Enfermos con SIDA (Solidaridad), trabaja proporcionando atención nutricional, farmacológica, educativa y ahora psicológica a los portadores del VIH-positivo, bajo las limitaciones que afrontan este tipo de instituciones en nuestro país.[6]

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de SIDA.

Comité de Educadores en Prevención del SIDA MINEDUC (COEPSIDA).

Hospital Antituberculoso San Vicente.

Asociación Guatemalteca de Educación Sexual y Desarrollo Humano (AGES).

Organización de Apoyo a una Sexualidad Integral frente al SIDA (OASIS).

Fundación Preventiva del SIDA Fernando Iturbide.

Comunicadores Responsables Frente al SIDA (SURCO, CRESIDA).

Instituto de Educación Integral para la salud y el Desarrollo (IDEI).

Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas (AGMM).[7]

2.3 CONSECUENCIAS SOCIOECONOMICAS PARA GUATEMALA.

Las relaciones heterosexuales en la mujer y en el hombre se han convertido de igual riesgo que las homosexuales, en el caso de la mujer existe un 3% de probabilidad de contagio mientras que en el hombre existe un 1% de riesgo de contagio, una tercera parte de los niños que nacen de madres infectadas ya nacen con el VIH y el 80% de ellos muere antes de los dos años de vida.

Las estadísticas de transmisión del VIH en Guatemala en heterosexuales es de 73.1% homosexuales 22.4%, sanguíneos 7.0% y perinatal 1.7%.

El estudio en Guatemala según sector laboral se define de la siguiente manera: Servicios (policías, servicio doméstico, etc.) 42%, jornaleros 23%, oficinistas 11%, comerciantes 9%, profesionales 8%, agricultores 5% y transportistas 2%. En el año 1995 se estimó que para el año 2000 habrán de 41,000 a 82,000 personas infectadas; las versiones más recientes indican que en el 2000 existirán 100,000 personas infectadas en el país.

Según informe del año 1995 las muertes semanales por causa específica del SIDA, en el año 1990 morirá una persona semanal, en 1995 treinta personas semanales y se estima que para el año 2000 morirán 85 personas semanales. El 50% de las personas con SIDA, padecen tuberculosis la cual para el año 2000 aumentará un 18%.

El contagio y padecimiento de la enfermedad afectará en un porcentaje bastante alto al sector empresarial debido al aumento del ausentismo, costo de reclutamiento, y costos de capacitación, así como la disminución del poder adquisitivo, baja de la moral del empleado

---

[6] Linares de León, Silvia Marina y otro. EFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA EN PACIENTES CON VIH/SIDA. (tesis) 1995 Pág. 7-10.

[7] Granizo Méndez, Lucia Indira y otro. EL GRADO DE VACIO EXISTENCIAL EN PERSONAS CON VIH/SIDA ATENDIDAS EN LA ASOCIACION PARA LA PREVENCION Y APOYO A ENFERMOS DE SIDA (tesis) 1997 Pág. 26.

y pérdida de relaciones interpersonales que dificultarán el desarrollo y la superación laboral.

Se estima que el 60% de la vida productiva por persona se perderá, lo cual asciende a un pérdida individual aproximada de Q152,000.00 quetzales y una pérdida de 1,220 millones a nivel del país.[8]

3- CARACTERISTICAS DE LA ENFERMEDAD DEL SIDA.

SIDA, es la sigla que representa las siguientes palabras:
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

SINDROME: Es un conjunto de enfermedades.
INMUNODEFICIENCIA: Quiere decir que el organismo tiene pocas defensas contra las agresiones virales.
ADQUIRIDA: Que es un mal que no se hereda sino que se contagia de otros.[9]

3.1 EL VIRUS DEL SIDA:

Si bien este virus ha recibido distintos nombres desde que fue detectado en 1984, el nombre utilizado más comúnmente es simplemente "El virus del SIDA" (VIH), que en inglés es "HIV". VIH ataca al sistema inmunológico, impidiendo que funcione normalmente. Por eso, el sistema es incapaz de eliminar tanto el VIH como a cualquier otra partícula extraña al sistema. Hasta la fecha no ha surgido ningún tratamiento que logre destruir el virus dentro del cuerpo humano.

---

[8] Panel Foro USAC, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 1997.
[9] Merani Alberto, DICCIONARIO DE PSICOLOGIA, 1984 Págs. 6,90,150.

.2 ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL VIH.

Al introducirse el virus en el organismo humano se produce la debilitación y lestrucción del sistema Inmunológico, lo cual permite que se desarrollen una serie de nfermedades inmusuales en el organismo.

Se diagnostica el SIDA al producirse una de estas enfermedades junto con una rueba indicando la presencia de VIH en el cuerpo, las enfermedades más comunes son: Neumonía, Neumocistis Carini ("PCP" en inglés) y Sarcoma de Kaposi ("KS" en inglés).

3.3 TRANSMISION:

El VIH se puede transmitir de una persona a otra a través del contacto directo con la sangre, el semen o las secreciones vaginales de una persona infectada.

3.4 REQUISITOS DE TRANSMISION:

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.

Por transmisión sexual: El conocer un poco de anatomía humana ayuda a entender cómo se produce la transmisión dentro del cuerpo. Los tejidos del recto y de la vagina pueden desgarrarse durante una relación sexual, permitiendo el intercambio de sangre, semen o fluido vaginal. Por otra parte, el virus podría entrar por el orificio de la uretra o por cualquier corte o abrasion que hubiera en el pene.

La sangre y el semen contienen la concentración más alta de VIH. Las secreciones vaginales contienen una concentración del virus más baja que la de la sangre o el semen.

La orina de una persona infectada contiene una concentración del virus menor que la presente en la sangre, semen o secreciones vaginales. Del mismo modo, la materia fecal puede contener cierta cantidad de sangre. Si durante una relación sexual con una persona infectada, materia fecal u orina logran llegar al torrente sanguíneo se puede producir la infección con el virus.

3.5 VIAS DE TRANSMISION NO SEXUAL.

Se puede transmitir VIH por diversas vías no sexuales:

Agujas y Jeringas: Al compartir agujas o jeringas, sin limpiarlas adecuadamente, se transmite VIH de la sangre de una persona a la de otra. Esta es una manera muy eficaz de transmisión.

Transfusiones de Sangre: VIH se puede transmitir a través de una transfusión de sangre infectada.

Hemofilia: La hemofilia es una enfermedad genética que impide la coagulación de la sangre. Para aliviar ese problema, se suministra un producto coagulante, denominado "Factor VIII", que se obtiene de la sangre de varios donantes. Muchos hemofílicos se han infectado de esta forma, debido a que el Factor VIII que recibieron contenía el virus.

Otros productos derivados de la sangre: Las transfusiones de plasma, de plateletas o de glóbulos rojos pueden transmitir el virus. Debido a los análisis que se efectúan hoy en día, esto ya no debería ocurrir. No se cree que otros productos sanguíneos, como la gama globulina o la vacuna de la hepatitis B, puedan transmitir VIH.

Una mujer infectada le puede pasar el virus a su bebé, ya sea durante el embarazo o durante el parto, también se cree que se transmite a través de la leche materna.

3.6 COMO NO SE TRANSMITE:

Es importante tener en cuenta que el VIH es muy frágil y muere rápidamente al salir del cuerpo humano. El SIDA no se transmite a través del contacto diario casual. No hay que preocuparse por usar un retrete, el teléfono o transporte público. Tampoco es posible transmitir el virus al toser o estornudar. Aun en el caso de estar conviviendo con una persona con SIDA, respirando el mismo aire y compartiendo vasos, cubiertos y otros utensilios, no existiría la más mínima posibilidad de infectarse, al menos que sangre, semen o fluido vaginal de esa persona lograse entrar en el torrente sanguíneo de la otra persona. Tampoco se transmite por picadura de insectos, donaciones de sangre, piscinas y jacuzzis, preparación de comida y saliva muy raras veces se ha detectado VIH en la saliva de personas infectadas y en estos casos, ha sido en una concentración ínfima, demasiada baja como para producir infección.

3.7 LOS COFACTORES: FACTORES INDEPENDIENTES DE LA TRANSMISION:

Estos cofactores son los siguientes: El tabaco, Tensión nerviosa, otras enfermedades, el alcohol y las drogas, deficiencia genética, embarazo, cansancio, y falta de ejercicio. Todos estos cofactores influyen de alguna manera en el organismo, ya que en el caso del consumo de drogas, alcohol y el fumar altera el funcionamiento del organismo, en caso del embarazo, cuando una mujer está embarazada se produce una disminución en el funcionamiento de su sistema inmunológico, el cansancio y falta de ejercicio son factores que pueden dar un acceso más efectivo a la infección. Repetidas Infecciones con VIH, la reinfección aumenta la concentración de virus en el cuerpo, lo que puede provocar que el virus se replique más rápidamente y aumentar la posibilidad de infectarse con más de una variedad del virus.

3.8 SINTOMAS.

Los síntomas del SIDA son los mismos que los síntomas de muchas otras enfermedades. Esto significa que ninguno de ellos es exclusivo del SIDA. Los factores determinantes para establecer si están relacionados con el SIDA son: 1)su duración, 2) su frecuencia, y 3) si pudiera tener otra explicación,

Los siguiente son síntomas que podrían indicar la presencia del SIDA en el organismo: Fatiga, Fiebre, escalofríos y sudores nocturnos, pérdida de peso inexplicable pérdida equivalente al 10% del peso total del cuerpo, nódulos linfáticos hinchados (ganglios) por más de dos meses, manchas rosadas, moradas o marrones, manchas blancas en la boca, diarrea persistente, tos seca y persistente.

3.9 PRUEBAS CLINICAS NECESARIAS PARA DIAGNOSTICAS VIH.

Para diagnosticar a una persona como portadora del VIH, es necesario la realización de algunas pruebas, actualmente se cuenta con la prueba llamada ELISA que se realiza en los hospitales nacionales y en algunas clínicas privadas del país, las confirmatorias que son IFA Y WESTERN BLOT que actualmente sólo se realizan en los Estados Unidos.[10]

3.10 TRATAMIENTOS.

Existen algunos medicamentos, también llamados antivirales indicados para evitar que el virus siga propagándose en el organismo de la persona infectada, podemos mencionar algunos medicamentos tales como: El Retrovir o AZT, Hivid y Videx y un medicamento más reciente llamado Retonavir que es antiviral, cabe señalar que estos medicamentos son de muy alto costo y poco accesibles para la mayoría de las personas infectadas ya que las dosis que deben tomar son bastante altas. El uso de estos medicamentos requiere un control médico para que ellos indiquen cuando es el momento de

[10] Proyecto Chanti. Loc. Cit. Págs. 1- 9

comenzar a utilizarlos, ya que a pesar de la utilidad de estos medicamentos pueden producir efectos dañinos a las personas que los toman, dentro de estos efectos podemos mencionar: anemia, náuseas, pérdida de apetito, insomnio y complicaciones pulmonares

Además de los antivirales se encuentran una serie de medicamentos que pueden combatir algunas infecciones oportunistas que constantemente atacan al paciente con VIH/SIDA, dentro de las que se pueden mencionar: Tuberculosis, infecciones del sistema nerviosos central como toxoplasmosis, meningitis, histoplasmosis y algún tipo de infecciones como candidiasis, neumocistis carini, infecciones del sistema digestivo, etc.[11]

4- ETAPAS DE LA ENFERMEDAD DEL SIDA.

4.1ETAPAS CLINICAS:

Las etapas clínicas de la infección se han clasificado por el Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (US CDC) en cuatro grupos generalmente:
1) Infección aguda y desarrollo de anticuerpos, 2) Estado asintomático del portador, 3) Linfoadinopatía persistente generalizada y 4) Enfermedades asociadas a la infección por VIH o SIDA propiamente dicho.

4.2- ETAPAS PSICOLOGICAS:

Las etapas psicológicas que se presentan en estos pacientes según la Dra. Kluver Ross son: 1) Negación, 2) Ira, 3) Depresión, 4)Negociación y 5)Aceptación.[12]

---

[11] Asociación Para la Prevención y Apoyo a Pacientes de SIDA, PROGRAMA DE APOYO, PROYECTO DE SALUD MATERNO INFANTIL, 1996 Págs. 6-7
[12] Ardila, Ruben, SIDA Y PSICOLOGIA, AVANCES EN PSICOLOGIA CLINICA LATINOAMERICANA, 1995 Págs. 15, 16 y 17

5- LA SOCIEDAD Y LA FAMILIA ANTE EL SIDA.

En nuestro país son pocas las organizaciones que se encargan del cuidado de pacientes con SIDA, lo cual limita grandemente el acceso de profesionales a la población y viceversa por la situación económica de los pacientes, además de las limitaciones económicas, el paciente con VIH sufre en muchos casos el rechazo familiar y social, sus oportunidades de desarrollo personal y de trabajo se cierran. "Paradójicamente, el SIDA ha permitido observar las debilidades, ha dejado ver que la sociedad esta llena de prejuicios y temores, ha planteado nuevas y difíciles reflexiones acerca del sentido de la vida; sus repercusiones han llegado a todas las instituciones: la familia, la escuela, las comunidades, las empresas, el gobierno, etc., ha evocado temores e inhibiciones profundas que tocan las raíces de la conducta humana.

Tal vez uno de los aspectos de mayor impacto es el relacionado con la familia y las personas cercanas al individuo seropositivo. Se ha visto personas abandonadas, alejadas de su casa, familias conformadas por padres egoístas, preocupados por las apariencias sociales, pero, también se ha visto familias unidas que brindan el apoyo y comprensión que una persona necesita para sobrellevar la infección. El apoyo social comienza por el grupo familiar, por el diálogo abierto, franco, honesto y sincero. Por el respeto al otro y a sí mismo, por la aceptación de las diferencias."[13]

6- EXISTENCIALISMO

6.1 CRISIS EXISTENCIAL Y PROCESO PSICOFISIOLOGICO DE LA MUERTE.

Una persona que padece SIDA sabe que ha contraído una enfermedad que tarde o temprano le causará la muerte, esto produce que el paciente manifieste anticipadamente una serie de síntomas que pueden abatirlo. Las personas con esta clase de enfermedad temen muchas cosas como: " Pérdida de autonomía, desfiguramiento, ser un lastre, transformarse

[13] Ibid. Págs. 91-92

hasta resultar repulsivo, encarar lo desconocido, temor a ser abandonados, dolor, quedarse sin poder respirar, entre otros".[14]

6.2 EL SENTIDO DE LA VIDA.

"La responsabilidad significa siempre responsabilidad ante un deber. Ahora bien, los deberes de un hombre sólo pueden ser interpretados partiendo de un "sentido", del sentido concreto de una vida humana."[15]

Es importante que una persona adopte una actitud positiva y emprendedora ante una situación como el estar afectado con el VIH, aceptar su realidad con valor y dignidad y afrontar su destino, ya que en ultima instancia lo más importante no es lo que le está sucediendo sino como afrontarlo, como sobrellevar esta situación.

Encontrar el sentido de su existencia, saber que si está vivo, su vida tiene un porque y quiza una situación como padecer del SIDA, el sufrimiento que causa el saber que la vida puede terminar en cualquier momento es la oportunidad de encontrar el sentido de su existencia.

" La vida del hombre conserva su sentido hasta el aliento final, hasta que exhala el último suspiro. Mientras el hombre conserva la conciencia, sigue siendo responsable frente a los valores de la vida, aunque éstos sean solamente los que llamamos de actitud. Mientras el hombre es un ser-consciente, es también un ser-responsable."[16]

---

[14] Baldizon Tobar, Rosa Orfelia, PERSONAS CON SIDA Y EL TEMOR A MORIR (tesis) 1993 Págs. 15-17.
[15] Frankl, Viktor PSICOANALISIS Y EXISTENCIALISMO, 1970 Pág. 38
[16] Ibid. Pág. 60

6.3 EL SENTIDO DEL SUFRIMIENTO.

Una situación límite como lo es el padecer del VIH/SIDA, puede ser el momento para brindar a las personas seropositivas la oportunidad de encontrar el verdadero sentido de su propia existencia, enfrentar su sufrimiento y adoptar actitudes de dignidad, respeto y superación ante la vida. "La capacidad de sufrimiento no es, en definitiva, otra cosa que la capacidad de realizar lo que yo llamo valores de actitud. En efecto no es solo la creación (correspondiente a la capacidad de trabajo) la que puede dar sentido a la existencia, ni es sólo la vivencia, el encuentro y el amor lo que puede hacer que la vida tenga sentido, sino también el sufrimiento. Más aún, en este último caso no se trata sólo de una posibilidad cualquiera, sino de la posibilidad de realizar el valor supremo, de la ocasión de cumplir el más profundo de los sentidos".[17]

6.4 LA VOLUNTAD DEL SENTIDO.

Se ha mencionado que el conflicto en el ser humano se debe a ciertos complejos, como el de inferioridad o el de edipo, sin embargo, se ha comprobado que cuando en el ser humano se presentan alguna clase de conflictos, esto tienen raíces más profundas "lo que se ha designado como la voluntad del sentido: su esfuerzo por el mejor cumplimiento posible del sentido de su existencia".[18]

6.5 LA FRUSTRACION EXISTENCIAL.

"No existe, tan solo la frustración sexual, la frustración del instinto sexual, o, dicho en términos más generales, de la voluntad de placer, sino que se da también lo que en la logoterapia se llama Frustración Existencial, es decir, un sentido de falta de sentido de la propia existencia".

---

[17] Frankl, Viktor ANTE EL VACIO EXISTENCIAL 1987 Págs. 93,94.

Cuando el ser humano se ve ante una situación de crisis o una situación límite en su vida, como lo es el padecer de una enfermedad mortal como el VIH/SIDA, es cuando empieza a dar el verdadero valor a la existencia, en algunos casos, se puede presentar un sentimiento de satisfacción por haber logrado realizar sus metas, anhelos, etc. sin embargo, en la mayoría de los casos se pueden presentar sentimientos de frustración, ira, impotencia, entre otras, provocados en este caso por diversos motivos, como el no poder educar a sus hijos, el no poder realizar algunas metas propuestas, etc. No obstante, como lo menciona Viktor Frankl, la ocasión puede ser la oportunidad de encontrar el verdadero sentido de su existencia humana.

7- PSICOTERAPIA DE GRUPO.

Es un método para tratar conscientemente y en el marco de una ciencia empírica las relaciones interpersonales y los problemas psíquicos de los individuos de un grupo. En la definición se incluyen, por consiguiente, los siguientes factores:

A- La psicoterapia de grupo es una metodología clínica desarrollada consciente y sistemáticamente.

B- Emprende el tratamiento de varios individuos dentro de un grupo.

C- Consiste en el tratamiento de los problemas psíquicos y sociales de los miembros del grupo; de sus dolencias somáticas sólo se ocupa en la medida en que son psicógenas.

D- Es un método fundado en investigaciones empíricas y que se practica en un marco empírico.

---

[18] Ibid Pág. 81

Hay muchas variante, pero las operaciones esenciales son en todos los casos las mismas. El instrumental teórico está centrado en el grupo, esto es, es interactivo e interpersonal. De ahí las primeras definiciones de Psicoterapia de Grupo:

A- Es un principio fundamental de la psicoterapia de grupo que todo individuo pueda actuar como agente terapéutico respecto a otro individuo, y todo grupo respecto a otro grupo.

B- La psicoterapia de grupo es un método de psicoterapia que aspira a lograr la más favorable agrupación terapéutica de los miembros. Procura una reagrupación de los miembros, cuando es necesaria para poner de acuerdo la constelación del grupo con las motivaciones e inclinaciones espontáneas de los miembros.

Es importante mencionar la diferencia entre "terapia" y "psicoterapia de grupo", en el primer caso, se aplica sin un plan científico y sin consentimiento explícito de los participante; contrario a ello, la psicoterapia de grupo se emplea sólo cuando el objetivo es la salud mental de grupo y cuando se obtiene este objetivo mediante el análisis, diagnóstico y pronóstico.

En la psicoterapia de grupo no existe un número estricto en la magnitud del grupo, lo importante es la capacidad de interrelación que muestren los individuos para ingresar al grupo. No debe existir en ninguna circunstancia preferencia terapéutica a uno u otro paciente.

Es importante que el grupo se componga de forma mixta con personas de diferente sexo, edad, raza etc. Esto contribuye a que los miembros conozcan la forma de vida de otras personas que no son de su misma edad, religión, situación socioeconómica, etc. Es en forma de una sociedad en miniatura.[19]

[19] J.L. Moreno PSICOTERAPIA DE GRUPO Y PSICODRAMA, 1979 Pág. 79

8- ANSIEDAD.

Uno de los trastornos que sufren los pacientes con VIH/SIDA es la Ansiedad, y ésta es catalogada como: " Una tensión aprensiva, o una inquietud que se produce cuando el individuo siente como inminente un peligro aunque éste sea impreciso o de origen desconocido. Es un estado emocional muy similar al miedo, con la diferencia de que este último obedece a un peligro que resulta muy claro para la conciencia y que generalmente es externo".[20]

Existe una variedad de síntomas externos que pueden ser manifestaciones de Ansiedad, normalmente la persona se siente tensa, agitada, nerviosa, asustada, etc. La ansiedad se presenta de manera leve en algunas circunstancias de la vida cotidiana, debido a el acelerado crecimiento y desarrollo poblacional; sin embargo, la Ansiedad manifestada por pacientes portadores del VIH/SIDA, es catalogada como Ansiedad Patológica o Neurótica, en vista de que "se experimenta caracterizada por una sensación de profunda debilidad y dependencia, al grado de que el individuo no puede ya seguir adelante".[21]

"También se observan muchas diferencias: el nivel de ansiedad puede ser más o menos alto según la persona y variar según el momento, además, hay que tener en cuenta la capacidad individual de resistencia. Algunas personas parecen vivir en forma satisfactoria aunque estén sujetas a una considerable ansiedad, mientras que otras se desploman cuando sufren una ansiedad aparentemente leve. Las manifestaciones subjetivas y la presencia de la ansiedad, al igual que su intensidad, a veces escapan a la observación exterior.

Un dato importante que fácilmente puede notarse examinando los síntomas, es que la ansiedad patológica se presenta como un fenómeno múltiple: involucra a todo el organismo en sus aspectos psicológico, social y somático.

---

[20] Psicología y Vida, 1995, Pág. 522.
[21] Ibid. Pág. 523

Los síntomas psicológicos son los siguientes:

- Estado de alarma
- Inquietud e irritabilidad
- Trastornos del sueño,, insomnio y sueños angustiosos
- Trastornos de la atención y la concentración
- Trastornos de la capacidad de juicio
- Trastornos de la coordinación motora.

Los síntomas sociales o referentes a la relación del sujeto con el ambiente son, fundamentalmente:

- Empeoramiento de las relaciones del sujeto con los demás
- Deterioro de la capacidad de amar y de sentir afecto, pérdida del interés en la sexualidad.

Por último, los síntomas somáticos o corporales se enumeran a continuación:

- Tensión muscular
- Temblores más o menos notorios
- Sudoración profusa
- Palpitaciones, opresión o dolor en el pecho
- Disnea (dificultad para respitar), opresión o dolor del tórax"[22].

[22] Op. Cit. Pág.. 523.

9- DEPRESION.

Muy frecuentemente se encuentra en pacientes con VIH/SIDA la Depresión como resultado del shock que sufren los pacientes al enterarse del padecimiento y debido a diversas reacciones tanto familiares como sociales, éste es un factor muy complejo, pero se puede definir el término Depresión como: Un estado anímico en el cual se experimenta tristeza, abatimiento y melancolía .

Sin embargo, existen situaciones en los que este padecimiento puede ser controlado con facilidad, sin embargo, "no siempre se resuelve tan fácilmente ese estado y a menudo desemboca en una verdadera enfermedad emocional, en una auténtica neurosis. En este caso, tiene lugar una condición estable y patológica, con abatimiento del estado de ánimo y con un sufrimiento que no es proporcional al motivo que aparentemente lo provocó. La personalidad del deprimido está formada por un cierto número de rasgos que, según su grado, pueden dar logar a una simple predisposición o a una verdadera neurosis; la persona expone una larga serie de síntomas físicos: un cansancio profuso y continuo, una sensación de frío, dolores imprecisos y falta de apetito.

A lo anterior hay que añadir el síntoma más frecuente (p5% de los casos), resistente a los fármacos e indicativo de cierta gravedad: las alteraciones del sueño, con una tendencia a despertar prematuramente y con dificultad para volver a dormir".[23]

CRITERIOS BASICOS PARA UN PROGRAMA DE PSICOTERAPIA DE GRUPO, PARA DISMINUIR LA CRISIS EXISTENCIAL Y AUMENTAR LA RESPONSABILIDAD ANTE LA ENFERMEDAD EN PERSONAS QUE PADECEN VIH/SIDA.

PROGRAMA DE PSICOTERAPIA DE GRUPO:

Es un tratamiento grupal sistematizado directivo y grupal fundamentado en la corriente existencialista que permite a través de métodos, técnicas y procedimientos diseñados sobre la base de la psicoterapia de grupo de J. L. Moreno, y los factores curativos en psicoterapia de grupo de I. D. Yalom, disminuir los conflictos psicológicos en personas VIH positivas ante el temor a la muerte y aumentar la responsabilidad en el autocuidado.

LINEAMIENTOS BASICOS DEL MODELO:

El programa descrito a continuación, se propone la disminución de los conflictos psicológicos derivados de una situación de crisis emocional como respuesta a una enfermedad mortal como lo es el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Este modelo comprende las características centrales del proceso de Psicoterapia de Grupo. Pretende integrar en el proceso terapéutico la función del grupo en distintas fases de psicoterapia.

El programa contiene entonces, lineamientos generales y parámetros de acción terapéutica, tomando como base la Psicoterapia de Grupo de J. L. Moreno y los Factores Curativos en Psicoterapia de Grupo de I. D. Yalom, dando un enfoque existencial situando al grupo en el aquí y el ahora para orientarlo y ayudarle a encontrar el valor y un sentido a su existencia.

---

[23] Op. Cit. Pags. 536 y 537.

"El hombre existencialmente frustrado no conoce nada con lo que poder llenar lo que yo llamo vacío existencial". *(Frankl, Viktor 1987).*

Este programa se realizará en dos etapas, de manera individual con el propósito de obtener mayor información del paciente y establecer una interacción dinámica terapeuta-paciente y en grupo, durante el proceso puramente de la Psicoterapia grupal.

PSICOTERAPIA DE GRUPO:

Es un método para tratar conscientemente y en el marco de una ciencia empírica las relaciones interpersonales y los problemas psíquicos de los individuos de un grupo, basado en la aceptación, respeto, igualdad y comprensión. *(J.L. Moreno 1979).*

Es importante indicar que la ayuda proviene del proceso de interacción que se da en el grupo, el cual debe ser considerado como el principal recurso ya que a través del mismo, los miembros del grupo deben compartir experiencias, intercambiar ideas, sugerencias y soluciones, compartir información, entre otras, acciones que permitan establecer y fortalecer relaciones entre sí.

De acuerdo al concepto que varios investigadores sociales aportan, el proceso de un grupo debe partir de una situación en la que se presenta un tipo particular de composición del grupo, es decir, con personas que presentan problemas y necesidades psicosociales semejantes, debido a que generalmente estas situaciones provocan tensión en el contexto del medio donde se desenvuelven las personas, es necesario entonces, que el proceso en el trabajo de grupo se desarrolle con el tiempo y la oportunidad adecuados para lograr sus objetivos.

La dinámica de grupo activa la capacidad de los participantes para ayudarse mutuamente, ejercitar un control recíproco, facilitar el reconocimiento de sentimientos o reacciones ocultas o no descubiertas, aliviar sensaciones de aislamiento social, facilitar una estimación a través del desarrollo del poder colectivo de grupo.

CARACTERISTICAS DEL GRUPO SUJETO AL PROCESO:

De acuerdo a las peculiaridades y objetivos del grupo, las características pueden variar, para este propósito específico, podemos mencionar las siguientes:

Los miembros del grupo deben conocer el propósito y objetivos del trabajo de grupo, y deben comprometerse a asistir a un mínimo del total de sesiones (las cuales pueden variar de acuerdo a los objetivos y criterios de trabajo que se establezcan), con el fin de asegurar la estructura del grupo.

El trabajo deberá realizarse en forma de grupo abierto, para evitar la disminución del número de participantes y la obstrucción del trabajo.

En este caso, se trabajará con un grupo de personas infectadas con el VIH/SIDA que son atendidas en la Asociación para la Prevención y Ayuda a Enfermos de SIDA APAES-SOLIDARIDAD.

El número de participantes debe oscilar entre 15 y 20 personas y el número de sesiones grupales entre 10 y 12 y dos sesiones individuales para obtener mayor información personal de los participantes y la aplicación de una prueba psicológica que nos permita evaluar ansiedad y depresión, en este caso se usarán los test de Zung y Hamilton.

La duración de cada sesión será de 90 minutos aproximadamente, puede extenderse o reducirse según se estime conveniente en el desarrollo de la Psicoterapia de Grupo.

Al final de cada sesión, deberá realizarse un resumen de la misma, puede hacerse de acuerdo al trabajo realizado en cada sesión o de acuerdo a cada tema tratado, considerando que un mismo tema puede ser tratado en más de una sesión. Este resumen puede realizarlo el terapeuta solo o con ayuda del grupo, éste servirá como hilo conductor entre las distintas reuniones, con el fin de dar seguimiento a los temas. El resumen debe ser leído al inicio de la siguiente reunión , como apertura del encuentro de grupo.

Se sugiere la utilización de algunas técnicas o dinámicas con fines terapéuticos y para disminuir situaciones de stress, pueden considerarse algunas que se describirán en el desarrollo de este programa.

PROPOSITOS DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO:

- Configurar una situación y un espacio de grupo, que proporcione a las personas afectadas con el VIH/SIDA la seguridad de no estar solos y poder comunicarse con personas que se encuentran en una situación similar a la suya, para coadyuvar a la aceptación del proceso de la enfermedad a través del intercambio de experiencias.

- Establecer la empatía recíproca, la cual comienza con la discusión paulatina de sus problemas inmediatos y actuales. El aquí y el ahora, la vida real, pasa a primer plano. Cuando sea necesario, se discuten los conflictos pasados, pero solo en la medida en que se despliegan a partir de los problemas actuales.

- Realizar, mediante la discusión de grupo, la búsqueda, planeación y adopción de nuevas actitudes y/o comportamientos que ayuden a la disminución de los conflictos psicológicos.

- Que los miembros del grupo tomen sentido de sí mismos, de su propia existencia, del proceso en que cada persona se encuentra, de su momento, de la responsabilidad que tiene para consigo mismo y para con la sociedad.

- Que actúen libremente y sin inhibiciones y que se conduzcan con toda libertad.

-La interacción del grupo, en el curso de las sesiones terapéuticas va aumentando la integración psíquica del mismo a través de la interrelación de los miembros, lo cual permite que crezca la cohesión de grupo.

Para el desarrollo de la psicoterapia de grupo es necesario, la presencia de un terapeuta debidamente capacitado para este trabajo.

El terapeuta cumple con varias funciones, en ocasiones un protagonista participante, nunca un puro observador es una combinación de tres funciones: La del terapeuta, la del investigador y la del co-paciente.

Se sugiere evaluar la posibilidad de contar con un co-terapeuta o un apuntador, quién no va a someterse al proceso de psicoterapia, su función será exclusivamente de observador y apuntador del trabajo.

Es recomendable y de suma importancia que el grupo sienta confianza y afinidad con el co-terapeuta para garantizar el trabajo terapéutico y mantener las emociones, actitudes y comportamientos reales y espontáneos sin que sufran alteración alguna.

ESQUEMA DEL GRUPO:

1- OBJETIVOS:

- Facilitar a los integrantes del grupo una base clara y honesta de lo que se pretende en el trabajo, para aceptar o rechazar su participación en el grupo.

- Identificar los conflictos psicológicos más relevantes y que se presentan con mayor frecuencia en pacientes con VIH/SIDA.

- Lograr la inserción de todas las personas al trabajo de grupo, mediante el planteamiento de situaciones y emociones similares.

- Situar al grupo en el aquí y el ahora, para que cada uno de los miembros enfrenten su realidad y se busquen alternativas para mejorar su situación existencial y mantener una actitud positiva ante la enfermedad.

- Inducir al grupo un aprendizaje integral que les permita conocer y aceptar la responsabilidad que cada uno de ellos tiene, así como la actitud ética y humana que deben adoptar para evitar infectar a otras personas y la re-infección a ellos mismos.

- Orientarlos a la búsqueda de acciones que les permita ser agentes de salud en la comunidad y propiciar su proyección social para evitar la infección del VIH/SIDA.

Los objetivos pueden ampliarse o modificarse, según las necesidades que presente el grupo sujeto a psicoterapia, para tal efecto, el terapeuta debe mantener una actitud abierta a la evaluación de estas necesidades.

2- FORMACION DEL GRUPO.

Para ello, el terapeuta debe establecer cuales son las necesidades, tensiones, temores, actitudes y experiencias que presumiblemente caracterizan al grupo.

Debe considerarse algunos factores, tales como:

- Que exista por parte de los miembros del grupo la distinción de problemas comunes.
- Verificar que los problemas son los mismos y que el tipo de ayuda o apoyo necesarios en cada persona es el mismo.
- Reconocer las áreas de diversidad que se dan en el grupo, esto puede referirse a lo que es aceptable como deseable para el grupo.

En esta fase pueden intercalarse juegos o dinámicas que ayuden a realizar las actividades de manera menos tensa, ya que ésta es la reunión en la que el grupo se conoce y se integra como tal, puede considerarse en este caso la siguiente:

3- EL PAPEL DEL TERAPEUTA:

El terapeuta, de acuerdo a su status profesional tiene una función especial. Su primer cuidado debe ser la productividad terapéutica y la estabilidad del grupo.

Será estimado en más o menos como profesional por el paciente en función de su trabajo y habilidad.

Dado que el terapeuta tiene que desempeñar dos papeles a la vez, es la persona más vulnerable del grupo*(J.L.Moreno, 1979).*

El terapeuta no debe tener ninguna clase de prejuicio, en especial, a lo que se refiere a preferencia sexuales, debe saber escuchar y tener una sensibilidad especial para

identificar y comprender los sentimientos del grupo.

Además de lo anterior, debe cumplir con las siguientes actividades:

- Clarificación de necesidades comunes, interacción de estímulos en el grupo (dinámicas, juegos, etc.).

- Favorecer la identificación recíproca, búsqueda de afinidad, focalización sobre recursos del grupo, resultados y problemas comunes que van emergiendo, orientar la comunicación e interacción del grupo.

- Evaluar y transmitir al grupo los logros obtenidos, con el fin de valorar el trabajo y motivar al grupo a continuar con el mismo.

Es importante que el terapeuta mantenga una actitud positiva, abierta, sincera, de aceptación, comprensión y respeto hacia cada uno de los miembros del grupo. No debe en ningún momento mostrar más o menos afecto o atención por ningún miembro en particular.

- *PRIMERA REUNION:*

Puede considerarse la primera reunión de forma separada al resto, debido a que en ella se deben llevar a cabo tareas que pueden ser muy determinantes en el proceso de psicoterapia de grupo y que no se efectuarán en ninguna otra, con excepción de que se integre un nuevo miembro al grupo, en este caso, debe realizarse una presentación del nuevo miembro al grupo en forma breve, al igual que una pequeña reseña del trabajo realizado y de los objetivos y normas del grupo.

En la primera reunión se realiza:

- Breve y clara presentación del terapeuta.

- Autopresentación de los miembros del grupo (puede realizarse mediante alguna dinámica , esto ayuda a disminuir el stress).
- Evaluación de necesidades y problemas sentidos.
- Reseña de los objetivos propuestos.
- Identificación de problemas y motivaciones.

Es importante señalar que si bien la relación del grupo con el terapeuta es muy importante a lo largo de todo el proceso, es de suma importancia en la primera reunión. La disponibilidad del terapeuta de escuchar, demostrar de forma afectiva actitudes de aceptación, comprensión y respeto sirve no solo para establecer su relación con los miembros del grupo, sino también, para influir en las normas de comportamiento que se establecerán en el grupo.

DINAMICA:

POR CANCIONES:

Objetivo: Profundizar una primera presentación.

Pasos:

1- Se pide a cada uno pensar en el título (o primera estrofa) de una canción que le guste. Con ella se va a presentar al grupo y va a decir por qué la escogió.

2- Cada persona va diciendo su nombre y el título escogido. Se pide que mientras tanto cada cual se vaya fijando y viendo cual le llamó la atención.

3- Quienes desean, van preguntando: Quiero preguntar a NN. por qué se presentó con... me gustaría saber qué significa para NN. "Flores Negras"...
El animador va tomando nota de los "por qué", pues allí aparecen normalmente los intereses y los valores del grupo. Procura, además, que nadie se quede sin hablar.

4- El animador lee o sintetiza en el tablero el cuadro de valores.

5- Resonancia Grupal: Cómo nos sentimos al presentarnos y cómo vemos al grupo?.

5- FASE OPERATIVA:

En el transcurso del trabajo de la psicoterapia de grupo deben tomarse en cuenta la situación emocional, las necesidades, los recursos, las actitudes, sentimientos y conductas de cada una de las personas que acuden en busca de ayuda al grupo con el fin de superar o por lo menos disminuir sus conflictos personales.

El conocimiento y entendimiento de dichas situaciones, ayudan al terapeuta a conocer mejor al grupo, a estar preparado en un momento de crisis emocional y poder realizar de manera más exacta su trabajo en el proceso de la psicoterapia, teniendo una visión clara y objetiva del grupo.

Es importante que se eviten situaciones de marginación, aislamiento o roles muy marcados dentro del grupo, como en el caso de personas que nunca hablan, o por el contrario, personas que siempre quieren participar y ser el centro de atención. El terapeuta debe estar atento a estas situaciones y si se presentan, encaminar al grupo enmarcándolo a un mismo número de participación a cada miembro.

Si durante el proceso psicoterapéutico existen situaciones difíciles de manejar por el terapeuta, ya sea porque le es difícil conducir determinada situación o por algún impacto emocional muy fuerte, es aconsejable y conveniente que se auxilie con el co-terapeuta o con otro terapeuta que le ayude a salir del conflicto.

Cada una de las sesiones puede realizarse de manera diferente, según lo permita el grupo y el terapeuta lo considere conveniente, pueden utilizarse dinámicas, dramatizaciones, etc., siempre y cuando estos métodos no alteren los objetivos previstos para el trabajo.

A NIVEL INDIVIDUAL

6- ENTREVISTAS INDIVIDUALES

PRIMERA ENTREVISTA

Esta se realizará con cada uno de los miembros del grupo.

Objetivos:

- Establecer raport y un nivel de confianza y sinceridad entre terapeuta y paciente.
- Establecer el motivo de consulta
- Realizar el examen mental
- Conocer la historia personal y familiar del paciente
- Evaluar la situación emocional del paciente
- Lograr su inserción en el grupo.

SEGUNDA ENTREVISTA

Se realizará en la siguiente sesión de forma individual, en la misma, se aplicará una entrevista estructurada para evaluar responsabilidad y una prueba psicológica para establecer la magnitud de los conflictos psíquicos

Objetivos:

- Establecer el grado de responsabilidad con que las personas enfrentan la enfermedad, tanto individual como socialmente.
- Evaluar si tiene una visión realista y clara de la responsabilidad que debe tener.
- Establecer cuales son los conflictos psicológicos más relevantes en las personas que padecen VIH/SIDA.
- Evaluar la magnitud de dichos conflictos psicológicos.

A NIVEL GRUPAL

7- FASES DEL TRABAJO DE PSICOTERAPIA DE GRUPO:

A- COHESION DE GRUPO.

El establecimiento de relaciones estrechas interpersonales se convierten en el centro de interés de los participantes.

Pertenecer al grupo y ser aceptado por este, revelar cosas embarazosas acerca de sí mismo y aún ser aceptado por el grupo, ya no sentirse solo *(I.D. Yalom y Colaboradores, Estudio Inédito)* son algunos factores que ayudan a la cohesión de grupo, es importante valorar la estructura del grupo para lograr el establecimiento de las relaciones.

Es necesario que todos los participantes sirvan de testigos de los acontecimientos que les ha tocado vivir a partir del momento en que se enteraron que padecían VIH/SIDA y que sepan que no están solos, por lo tanto, no se trata solo de una secuencia cronológica sino de una secuencia emocional, lo que para él y para el grupo significa lo que les está sucediendo.

DINAMICA:

SOBRE CON TIRAS

Objetivo: Mostrar el sentido de colaboración y la verdadera política, la cual debe llevar al bien común.

Pasos:

1- A cada grupo se le entrega un sobre con tirar, se les pide trabajar para encontrar el objetivo, durante el tiempo que necesiten.

2- Normalmente al principio cada grupo se centra en sus "tiras". Después trata de colaborar con los otros hasta que ven la necesidad de organizarse.

3- Una vez formadas las "tiras", se hace el F.B.: Cómo se sintieron?, Cuándo cayeron en cuenta de la necesidad de los otros?, Cómo se organizaron?, qué enseñó esto acerca de la sociedad?.

Variante: Poner varios observadores para un mejor Feed Back, especialmente sobre liderazgo.

Material: Se escriben tantas "tiras" como cuantos grupos se organizaron, con esta frase.

En el grupo	todos somos	importantes	nuestro	aporte es	indispen-sable.

Luego se parten, de diferentes formas.

Para despistar más, los bordes se colorean con colores distintos en cada caso; se mezclan todas las fichas y se echan 6 pedazos en cada uno de los sobres destinados a los diferentes grupos.

B- UNIVERSALIDAD:

En este punto de la psicoterapia se debe enfocar el trabajo a que cada miembro sepa y comprenda que no es el único con este problema, debe mostrarse las similitudes que existen entre cada miembro.

Aprender que no es el único que tiene este tipo de problema, advertir que estaba tan bien como otros, advertir que otros tienen pensamientos "malos" como él y el saber que no es muy diferente a los demás *(I.D. Yalom y colaboradores, estudio inédito).* son sentimientos que ayudan a los integrantes del grupo a comparar la magnitud de síntomas y problemas entre sí y darse cuenta que no son los únicos, ayuda además, a que se de una integración e identificación de grupo más profunda, lo cual es un factor psicoterapéutico muy importante.

Ver el entorno de su universo y darse cuenta que no es una persona con un único problema en el mundo da al paciente más seguridad y confianza en sí mismo.

B- ALTRUISMO

El grupo es un buen lugar para estimular la atención y el amor al prójimo, implica entonces, la clarificación del trabajo sobre otras personas.

Ayudar a otros proporciona más respeto a sí mismo, darle preferencia a las necesidades de los otros, dar algo de sí mismo a otros, ayudar a las otras personas y ser importante en sus vidas. *(I.D. Yalom y colaboradores, estudio inédito).*

Esta clase de sentimientos y actitudes positivas proporcionan en el grupo un sentido de servicio y responsabilidad social, lo cual ayuda al paciente a disminuir sentimientos de culpa y a elevar su autoestimación.

Debe estimularse entonces en este momento del trabajo de grupo, el amor hacia sus semejantes, el sentido de servicio y el alto grado de responsabilidad que debe asumirse ante una situación como el ser portador del VIH/SIDA.

DINAMICA:

PALABRA IMPACTANTE.

Objetivo: Hacer a las personas reflexionar y si es posible interiorizar.

Pasos:

1- Previamente escribir en varias partes o poner afiches con una palabra o verbo: "piense"... "comparta"... "ame"...

2- Formar subgrupos motivados para que se reflexione lo más posible y digan el significado del verbo o palabra escogidos.

3- Plenaria: Cada subgrupo expone. Hacer una síntesis.

4- Se puede añadir un paso ulterior de interiorización: Cómo pienso yo? Qué cosas comparto y con quién? etc.

POR CUALIDADES

Objetivo: Decir las cualidades a las personas.

Pasos:

1- Motivación: Para una mayor integración grupal será provechoso el que cada miembro del grupo procure conocer y hacer resaltar las cualidades de sus compañeros.

2- En una papeleta cada uno escribe el nombre de una de las personas del grupo (lo ha sacado a la suerte). Al lado del nombre escribe una cualidad bien característica de la persona. Se colocan en la pared estas papeletas y por turno van pasando de modo que cada persona debe añadir alguna cualidad a la escrita en cada uno, o si le encuentra la misma subrayarla.

3- Resonancia: El coordinador hará resaltar si somos propensos a ser el "lado bueno" de los demás o no.

Variante: Si el grupo es muy numeroso podrá subdividirse en grupos más reducidos.

Material: Una hoja con el nombre de cada persona. Cinta adhesiva para pegar en la pared las hojas.

D- COMPRENSION DE SI MISMO

Descubrirse a sí mismos promueve un cambio porque alienta a los individuos a reconocer, integrar y dar libre expresión a partes antes desconocidas de sí mismo, el conocimiento de sí mismo permite un sentimiento de dominio.

Debe alentarse al grupo a descubrirse y comprenderse a sí mismo y motivar la explotación a algunos deseos, intereses y aptitudes antes desconocidas. ***(I.D. Yalom y colaboradores, estudio inédito).***

Finalmente puede realizarse una evaluación de los factores descubiertos y encontrarles un auge positivo que motive un cambio de actitudes y mejoras emocionales, así como autoestima alta, aceptación de sí mismo entre otros.

DINAMICAS

QUIEN SOY

Objetivos: Conocimiento personal

Pasos:

1- "La vida merece vivirse, pero sólo viven los que luchan; los que saben quiénes son, lo que quieren ser. Te invitamos a que reflexiones con la mayor seriedad".

2- Se entrega para el trabajo personal esta hoja.

Quién soy yo: Escribe cómo crees que eres tú: enumera todos tus valores, cualidades y habilidades, y tus antivalores y defectos. (espacio).

Qué quiero ser: Escribe qué pretendes en la vida, cuáles son tus metas, tus ilusiones, tus objetivos. (espacio).

Cómo actúo para llegar a ser lo que quiero ser: indica largamente cómo actúas y cómo te comportas en:

a) tus estudios;
b) tu trabajo;
c) con tu familia;
d) en las fiestas y tiempo libre.

3- Una vez concluida la reflexión personal, se juntarán con los demás confidentes para comunicarse su radiografía, tratando de comprenderse y ayudarse.

4- Resonancia: Cómo se sintieron descubriéndose y después comunicándose.

Material: Hoja con las preguntas.

QUIEN SOY YO (II)

Objetivos y pasos (similares a la anterior).

Motivación: Las experiencias agradables o desagradables determinan bastante nuestra vida, pero a través de una reflexión sobre ellas podemos encontrar caminos de superación y de comprensión de nosotros mismos.

Material:

MI VIDA

a. Dibuje en una línea (con todos los rasgos, ángulos, curvas y altibajos que quiera) lo que piensa que ha sido su vida.

b. Describa cuatro experiencias agradables o positivas que usted cree marcaron su vida: ordénelas por orden de importancia.

a. c.

b. d.

c. Describa cuatro experiencias desagradables o negativas que usted piensa han influido también en su vida: ordénelas por orden de importancia.

a. c.

b. d.

d. Después de ver un poco su realidad vivida, qué diagnóstico haría de usted mismo? se gusta a sí mismo?.

e. Qué aspecto de su personalidad le parece que debe tratar de reforzar como remedio, medicina, para el diagnóstico que se ha hecho?

E- FACTORES EXISTENCIALES.

Este es un punto muy importante al igual que los anteriores, sin embargo, tiene quizá un grado mayor en el proceso de la psicoterapia de grupo, ya que se trata de encontrar

el verdadero sentido de su existencia, se debe encaminar al grupo a que encuentre el verdadero sentido de su propia existencia.

Existen algunos factores que pueden ayudar o servir de guía para encaminar al grupo a este punto, estos factores fueron evaluados por I.D. Yalom y Colaboradores en un estudio realizado a un grupo de personas en psicoterapia de grupo, los cuales pueden ser de gran utilidad en el desarrollo de este trabajo:

- Reconocer que la vida a veces es injusta.
- Reconocer que en última instancia no se puede librar de algunas penas de la vida ni de la muerte.
- Reconocer que no importa que tan íntimamente se relacione con otras personas, aún debe enfrentar solo la vida.
- Enfrentar los problemas básicos de la vida y la muerte para poder vivir la vida más sinceramente.

- Saber que se debe tomar una responsabilidad definitiva por la manera en que se vive.

Como se puede observar, el guiar al grupo a reconocer y aceptar estos aspectos puede darnos un resultado terapéutico muy favorable, desde luego, no se trata de incistir en la aceptación de estos puntos, sino de motivar al grupo a meditar sobre ellos.

Este proceso debe encaminarse a la aceptación de sí mismo como persona individual, que el grupo se de cuenta de su situación existencial y se produzca un resurgimiento ante la vida para enfrentala digna y responsablemente.

F- CATARSIS.

En este momento, se trata de dejar salir los sentimientos, de producir una descarga terapéuticamente benéfica de las emociones almacenadas, relacionadas con los conflictos psicológicos.

Dejar que las cosas salgan de sí mismo, expresar sentimientos negativos o positivos, poder decir lo que molesta, son algunos puntos que ayudan a reducir la tensión emocional al producirse una desensibilización. *(Lawrence C. Kolb 1992).*

Este método tiene un efecto benéfico que consiste en revivir y posiblemente resolver los aspectos emocionales de una situación de stress. *(I.D. Yalom y colaboradores estudio inédito).*

La expresión de las emociones fomenta el desarrollo de la cohesión, la intensidad de la expresión es muy relativa y debe apreciarse desde la perspectiva del mundo de las experiencias de cada miembro.

Las experiencias de grupos con problemas como el padecer de una enfermedad mortal, el VIH/SIDA, implican una serie de procesos emocionales internos, catárticos y elaborativos, produciendo a nivel de Salud Mental un efecto inmediato en su dimensión emocional.

8- RECURSOS EN RELACION AL GRUPO

-RECURSOS TECNICOS EN LA PSICOTERAPIA DE GRUPO:

Es necesario que el terapeuta este con el grupo desde el inicio hasta el final de la psicoterapia (en algunos casos, sólo está en la parte de formación del grupo), es recomendable que se cuente con un co-terapeuta quién fungirá únicamente como

observador, de igual manera, él debe permanecer en el trabajo de grupo desde el inicio hasta el final.

-RECURSOS DE INTERRELACION:

- Mantenimiento del Grupo: Esto se refiere al apoyo y comprensión que se da entre los miembros del grupo, este mantenimiento surge del enrriquecimiento, intercambio y reconocimiento de experiencia.

- Aprendizaje Interpersonal: Saber el tipo de impresión que se causa a otros.

- Universalidad: La generalización de los problemas o situaciones generalizadas ayudan a la liberación de sí mismo.

- Poder Colectivo: El grupo se convierte en un recurso de poder colectivo a partir de la dinámica generada por el proceso de grupo tanto íntimamente como en relación al contexto en el que se desenvuelven.

9-COMO PRESENTAR LA OPCION DE PSICOTERAPIA DE GRUPO.

No se trata de convencer a las personas a toda costa de su bien, se trata más bien de motivar que de persuadir.

El primer paso es aclarar los objetivos y el contenido previsto que se abordará en el trabajo de grupo, en los términos más concretos posibles. Es posible que las personas a partir de ese momento muestren interés o aversión al proceso de psicoterapia de grupo.

El psicoterapeuta tiene que ser sensible a los sentimientos y emociones que están en la base de estas actitudes, la actitud que debe asumir es de ayudar a la persona a expresar esos sentimientos.

Al ofrecer el trabajo con el grupo es importante que el psicoterapeuta tenga en cuenta los recursos de autoayuda que tienen las personas y respetar sus decisiones y autonomía.

Sin embargo, debe aclarar el papel activo que tendrá en el grupo, partiendo de que cada miembro del grupo ha tenido muchas experiencias con respecto al VIH/SIDA y que seguramente tiene mucho que aportar al grupo.

10- INGRESO AL GRUPO.

En la fase de proyectación del grupo, el terapeuta tiene que definir claramente:

- Como contactará a las personas que puedan participar.
- La organización mínima que facilitará el proceso de psicoterapia de grupo.
- Los contactos que deberán establecerse con las personas que posiblemente intervendrán, como por ejemplo: el co-terapeuta, alguna organización que preste esta clase de ayuda, etc.

EL INGRESO AL GRUPO DEBE ESTABLECERSE MEDIANTE:

- La aplicación de los objetivos.
- La aclaración del procedimiento y procesos en relación a la asistencia que se presta, aclarando el papel del terapeuta desde su perspectiva global.
- Aclarando los requisitos necesarios para integrarse al proceso de psicoterapia de grupo.

11- EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL TRABAJO DE PSICOTERAPIA DE GRUPO.

El papel de la familia en este caso será pasivo, ya que el propósito del mismo es trabajar directa y exclusivamente con las personas infectadas con el VIH/SIDA.

Sin embargo, es muy importante en el proceso psicológico del paciente, es conveniente establecer si la familia sabe o no del padecimiento del paciente, si es apoyado o no.

De ser necesario debe realizarse una reunión familiar con el propósito de conocer los sentimientos, emociones y/o conflictos que esta situación ha ocasionado en el núcleo familiar y de ser posible, brindar asesoría respecto a las características de la enfermedad.

Es importante hacer hincapié en este punto, ya que cualquiera que sea la situación familiar debe contarse con la autorización previa del paciente.

12- CONCLUSION DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO.

La conclusión del trabajo de psicoterapia de grupo debe estar previamente establecida, sin embargo, se debe considerar que el finalizar el trabajo puede ocasionar algún inconveniente relacionado con la separación del grupo, debe tomarse en cuenta estas situaciones y si es necesario puede extenderse un poco más (una o dos sesiones) para evitar alguna clase de conflictos y ayudar a eliminar el temor a la separación.

El propósito de la conclusión del trabajo, es ayudar a los miembros del grupo a separarse de éste hacia su propia autonomía.

13- EVALUACION DEL TRABAJO DE PSCOTERAPIA DE GRUPO.

La evaluación del trabajo pretende establecer el alcance de los objetivos y los cambios producidos en el grupo desde el inicio de la psicoterapia.

Con fines evaluativos, se aplicará la misma prueba psicológica aplicada antes del inicio de la psicoterapia, para verificar de forma más objetiva la eficacia de la misma.

La evaluación final se realizará de manera cualitativa ya que el propósito de la psicoterapia no es establecer el número de personas que aceptan someterse a esta clase de tratamientos o algún otro factor medible estadísticamente, sino, establecer la eficacia de los tratamientos psicológicos como la psicoterapia de grupo, en las personas infectadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -SIDA-

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE PSICOTERAPIA DE GRUPO PARA DISMINUIR CRISIS EXISTENCIAL Y AUMENTAR LA RESPONSABILIDAD ANTE LA ENFERMEDAD EN PERSONAS QUE PADECEN VIH/SIDA.

El virus de Inmunodeficiencia Humana VIH, es el causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA; el cual puede definirse como el conjunto de síntomas que no son específicos como para ser denominados enfermedad, los cuales aparecen por una incapacidad del sistema de defensas en el organismo, la cual ha sido adquirida puesto que no se debe a un desarrollo defectuoso o congénito.

El virus que produce el SIDA ha adquirido distintos nombres desde su detección, el más comúnmente utilizado es: "El Virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH". El VIH ataca el sistema inmunológico impidiendo que funcione normalmente. Por esto, el sistema es incapaz de eliminar tanto el VIH como cualquier otra partícula extraña al sistema, hasta la fecha no existe tratamiento alguno que logre destruir el virus dentro del organismo humano.[24] De acuerdo a lo anterior se hará referencia a la enfermedad como VIH/SIDA.

Esta investigación pretende establecer la situación emocional, real-existencial que viven las personas infectadas con el VIH/SIDA y la responsabilidad social e individual con que asumen la enfermedad. Además, se pretende que las personas objeto de estudio se conviertan de alguna forma en promotores de salud.

El presente estudio se sitúa en el área de la Psicología Clínica, debido a que para lograr los objetivos del trabajo se aplicará un programa de Psicoterapia de Grupo, dándole un enfoque fenomenológico- existencial, situando al individuo en el aquí y el ahora.

[24] Proyecto Chanti, Manual de Apoyo Práctico 1990.

Existen muchas terapia existenciales como la Psicoterapia Centrada en el Cliente de Carl Rogers e incluso podemos mencionar el cristianismo existencial de Marleau Ponty y Marsell, Sin embargo, por una preferencia personal se dará un enfoque a la forma de la terapia existencial de Viktor E. Frankl, por considerarse que es una de las más adecuadas para este tipo de trabajo, debido que la misma fue concebida dentro de un marco de situaciones difíciles; "Límites" como les llama su autor, y el SIDA es una situación que coloca a una persona en el límite de su propia existencia.

Según Viktor Frankl en su concepto del Sentido del Sufrimiento el mismo es una crisis y una oportunidad a la vez, si una persona logra crecer mediante el sufrimiento, ésta resurgirá con mayor fuerza y al mismo tiempo habrá superado una crisis o situación difícil en su existencia.

PREMISAS

* El desconocimiento del origen de la enfermedad por parte de las personas y la poca divulgación que se ha dado a la misma desde su detección, permitiendo con ello su expansión en el mundo.

* Existe en Guatemala un desconocimiento de las formas reales de contagio de la enfermedad del SIDA.

* La práctica irresponsable de las personas en sus relaciones sexogenitales ha ocasionado un crecimiento acelerado de la enfermedad, siendo ésta la forma más común de contagio.

* En el momento en que las personas se enteran del padecimiento del VIH/SIDA, tienden a adelantar el proceso psicofisiológico de la muerte, acelerando el aparecimiento de síntomas y la muerte misma.

* El desconocimiento del proceso de la enfermedad y sus etapas, provocan en las personas seropositivas un estado psicológico alterado, provocando una serie de conflictos psicológicos.

* Existe poca aceptación por parte de las personas que padecen VIH/SIDA a ser tratados mediante psicoterapia.

HIPOTESIS

La aplicación de un programa de Psicoterapia de Grupo es eficaz para la disminución de la Angustia y Depresión y aumentar la responsabilidad individual y social en personas que padecen VIH/SIDA.

VARIABLES

PROGRAMA DE PSICOTERAPIA DE GRUPO:

Sistematización de un tratamiento grupal, mediante la utilización de técnicas y estableciendo los métodos y procedimientos adecuados, para la disminución de los conflictos psicológicos.

DISMINUCION DE CRISIS EXISTENCIAL Y AUMENTO DE LA RESPONSABILIDAD ANTE LA ENFERMEDAD DEL SIDA:

Disminución de los conflictos psicológicos actuales, centrando al individuo en el aquí y el ahora para que pueda asumir éticamente las acciones hacia sí mismo y hacia los demás, ante los padecimientos de la enfermedad del VIH/SIDA

CAPITULO II
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 TECNICAS.

2.1. 1. TECNICAS DE MUESTREO.

Se tomo una muestra aleatoria de personal infectado por el virus del VIH/SIDA, los requisitos para formar parte de esta muestra fueron: ser portadores del virus, de 18 años de edad en adelante sin importar sexo, religión, situación socioeconómica, estado civil, etc.

Para obtenerla, se realizaron reuniones con autoridades de la institución, así como pacientes asistentes a la misma, a fin de contar con la aprobación y el consentimiento de cada uno de las partes involucradas.

Posteriormente se selecciono a través de una prueba de intereses a los 15 participantes.

Se realizaron con dichas muestras dos evaluaciones, la primera al inicio del programa y la segunda tres meses después, con el objetivo de evaluar los índices de ansiedad y depresión así como el grado de responsabilidad que presentaban los pacientes tanto al inicio como al final del programa.

2.1.2. TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS.

La presente investigación se realizó en la Asociación para la Prevención y Apoyo a Pacientes con SIDA, (APAES-Solidaridad), ubicada en la 2av. 11-40 zona 1.

Para recolectar los datos necesarios se procedió a aplicar las escalas de ansiedad y depresión, del Dr. Willian W. K. Zung así como una entrevista estructurada para medir el grado de responsabilidad, previa aplicación de la historia clínica (sexo, edad, estado civil, relación familiar, escolaridad, procedencia, actitud familiar ante la enfermedad, ocupación, etc.). Para ello se entrevisto a cada uno de los integrantes de la muestra objeto de estudio de manera individual, con el propósito de facilitar la adecuada comprensión de instrucciones y aplicación del Test, así como un conocimiento más amplio sobre los pacientes.

Posteriormente se utilizaron las mismas pruebas, a manera de un Post-Test tres meses después, lo cual permitió establecer los resultados del programa de Psicoterapia de grupo.

2.1.3. TECNICAS Y ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS.

El análisis estadístico se realizo a través de la interpretación de los datos obtenidos, mediante un análisis cuantitativo y cualitativo, basado en los parámetros y manifestaciones de ansiedad y depresión , al igual que de el grado de responsabilidad presentado por los pacientes; por medio tanto de puntuaciones obtenidas, como de análisis comparativo de las pruebas.

Se utilizo la técnica de porcentajes, en base a un análisis descriptivo e interpretativo, por las frecuencias obtenidas y diferencias entre medios de ambas aplicaciones

Con el propósito de representar los datos de manera sencilla é ilustrada, se utilizaron una serie de gráficas y cuadros que se encuentran más adelante.

2.2 INSTRUMENTOS.

Los instrumentos utilizados para recabar la información necesaria, fueron:

HISTORIA CLINICA, la misma fué utilizada para obtener los datos generales y el rol social de cada paciente, consistente en los siguientes ítems.

- Datos generales: lo cual permite identificar al paciente de manera global.
- Historia del problema actual: nos proporciona una síntesis sobre el problema desde su inicio hasta el momento de la aplicación.
- Historia Personal: permite explorar desde su niñez hasta la actualidad.
- Historia Familiar: permite conocer el papel que juega el paciente dentro de su familia y la actitud de la misma ante el padecimiento y sus consecuencias.
- Historia de Estudio Escolar: Permite conocer el comportamiento del paciente en sus distintas facetas hasta la actualidad.
- Historia Laboral: Permite conocer su relación y estabilidad laboral así como los intereses, logros y metas.
- Antecedentes del Paciente: Permite conocer los padecimientos y acontecimientos desde un punto de vista Psicofísico.

ENTREVISTA ESTRUCTURADA: Consiste en 10 Items, los cuales están orientados a evaluar el grado de responsabilidad social e individual que presentan los pacientes infectados con el VIH/SIDA, se establece mediante un análisis comparativo.

ESCALAS DE ANSIEDAD Y DEPRECION DEL Dr. Willian W. K. Zung: Constan de 20 Items cada una, con características de cuadros ansióliticos y depresivos.

Constan de cuatro posibles respuesta

Ansiedad: nunca o casi nunca, a veces, con bastante frecuencia, siempre casi siempre.

Depresión: muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo y continuamente. Se debe marcar una sola respuesta de las cuatro. Se califican mediante una clave específica para cada una, otorgándole un punteo bruto, el cual se relaciona con un índice porcentual que mediante una escala marca los niveles de ansiedad y depresión, de la siguiente manera.

Menos de 45 dentro del rango normal o ninguna ansiedad y/o depresión presente.

De 45 a 59: presencia de ansiedad y/o depresión mínima o moderada.

De 60 a 74: presencia de ansiedad y/o depresión

De 75 o más: presencia de la más extrema ansiedad y/o depresión

Estas escalas están destinadas a medir la presencia de síntomas que pueden tener importancia clínica

CAPITULO III

Presentación, análisis e interpretación de resultados.

Para fundamentar el planteamiento teórico de la investigación, se realizo un trabajo de campo, el cual consistió en la aplicación de la escala de ansiedad (E. A. A.) y depresión (E. A. M. D) del Dr., Willian W. K. Zung a pacientes portadores del V.I.H/SIDA, con el propósito de determinar los índices de ansiedad y depresión presentados por los pacientes, la entrevista estructurada que permitió la evaluación del grado de responsabilidad presentada por ellos, y posteriormente se aplicó el programa de Psicoterapia del Grupo que tubo una duración de 12 sesiones una semanales. Se concluyó el programa, con la reaplicacion de los Test del Dr. Willian W. K. Zung de ansiedad y depresión y la entrevista estructurada.

Por medio de las aplicaciones de estos Test, se obtuvieron los datos que se presentan en los cuadros y gráficas siguientes:

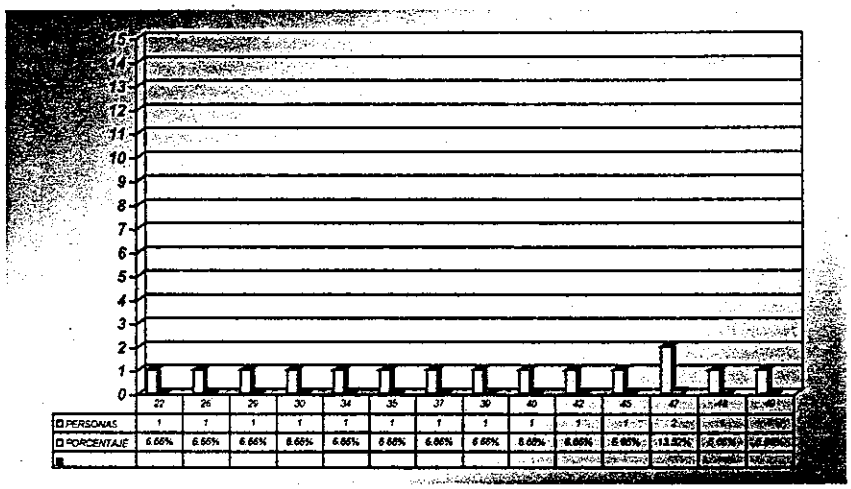
CUADRO "A"

DESCRIPCION DE LA MUESTRA OBJETO DE ESTUDIO SEGÚN EDAD

Edad	# de Pacientes	%
22	1	6.66
26	1	6.66
29	1	6.66
30	1	6.66
34	1	6.66
35	1	6.66
37	1	6.66
39	1	6.66
40	1	6.66
42	1	6.66
45	1	6.66
47	2	13.32
48	1	6.66
49	1	6.66
TOTALES	15	100%

GRAFICA "A"

DESCRIPCION DE LA MUESTRA OBJETO DE ESTUDIO SEGÚN EDAD



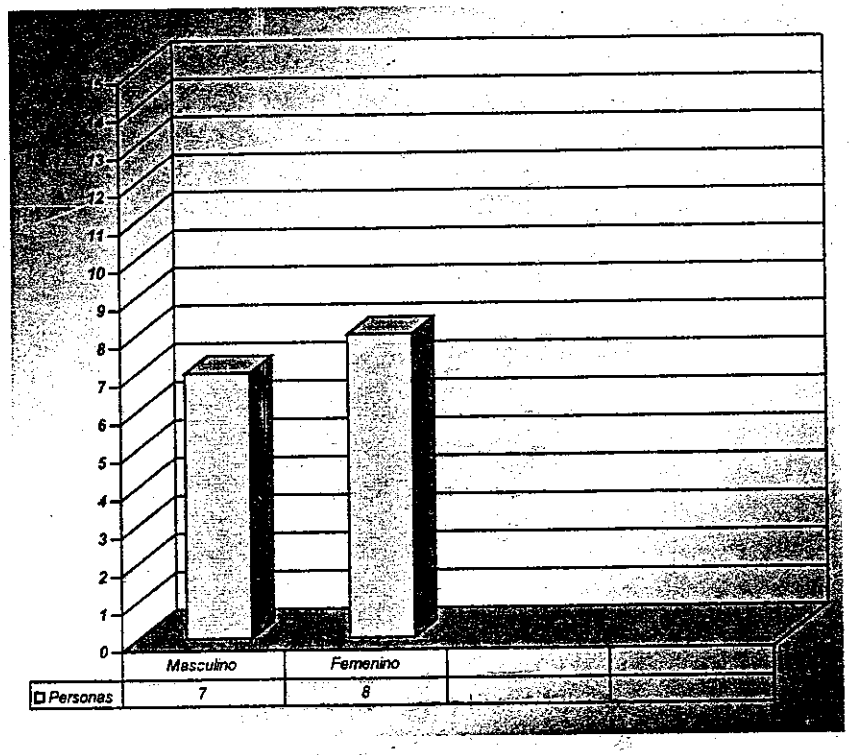
En el cuadro y gráfica "A"; se puede observar que la incidencia de la enfermedad no escatima edad, si no que puede presentarse independiente a ella.

Se observo que los pacientes comprendidos entre las edades de 22 a 48 años presentaron un nivel de ansiedad severo y un grado de depresión moderada, incluso en algunos casos no existente, mientras que en el paciente de 49 años mostró una ansiedad extrema y ningún grado de depresión. Se considera que esto se debe a la diversidad de factores endógenos y exógenos en los cuales el pacientes se ve inmerso, provocando con ello niveles medios a extremos de estas Psicopatologias.

CUADRO "B"
DESCRIPCION DE LA MUESTRA OBJETO DE ESTUDIO SEGÚN SEXO

SEXO	# PACIENTES	PORCENTAJE
Masculino Femenino	7 8	47% 53%
TOTAL	15	100%

GRAFICA "B"
DESCRIPCION DE LA MUESTRA OBJETO DE ESTUDIO SEGÚN SEXO



De acuerdo al Cuadro y Gráfica anterior. Podemos observar que en la muestra objeto de estudio el sexo femenino tiene mayor representación con un 53% mientras que el sexo masculino representa un 47%.

De acuerdo a la estadísticas de incidencias de la enfermedad en el país, el mayor porcentaje de infecciones se manifiesta en los hombres, sin embargo, como se puede observar en los resultados, las mujeres son quienes buscan con mayor frecuencia y facilidad algún tipo de ayuda, esto se debe en la mayoría de los casos, a que son madres y una de sus motivaciones mas fuertes para luchar por su vida lo constituyen sus hijos

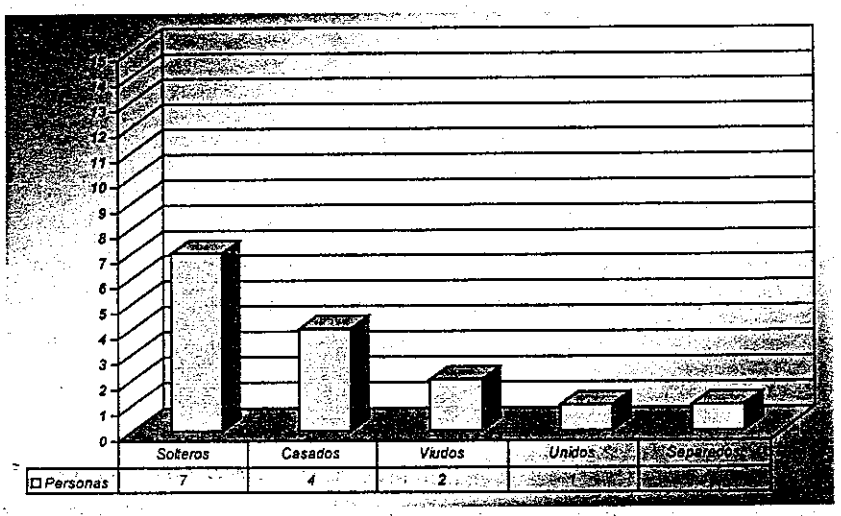
CUADRO "C"

DESCRIPCION DE LA MUESTRA OBJETO DE ESTUDIO SEGÚN ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	# PACIENTES	PORCENTAJE
Solteros	7	47%
Viudos	2	13%
Unidos	1	7%
Separados	1	7%
TOTAL	15	100%

GRAFICA "C"

DESCRIPCION DE LA MUESTRA OBJETO DE ESTUDIO SEGÚN ESTADO CIVIL



Se puede observar en el Cuadro y Gráfica anterior que el mayor porcentaje de pacientes de la muestra objeto de estudio lo constituyen las personas solteras con un 47% , mientras que en segundo lugar encontramos a los pacientes casados que representan un 26% dentro de la muestra, luego se encuentran los pacientes viudos con un 13% y por ultimo los pacientes unidos y separados que representan un 7% cada uno.

Sin embargo, en los cuadros y gráficas posteriores se podrá observar que los índices de ansiedad y depresión entre cada uno de los grupos de pacientes divididos de acuerdo a su estado civil, no muestran una diferencia significativa en lo que a sintomatologia se refiere.

Como se indico anteriormente, el mayor porcentaje lo representan los pacientes solteros, se considera de acuerdo al análisis respectivo, que se produce mayor incidencia de infección en persona solteras debido a que la necesidad innata que tiene todo ser humano de cariño, comprensión y apoyo entre otras, es lo que propicia el cambio o búsqueda de pareja constantemente.

Por otro lado encontramos al grupo de personas que pese al diagnostico positivo continúan casados, en algunos casos el paciente ha sido infectado por su pareja y aun así continua con ella y, en otros casos el paciente a infectado a su pareja. No obstante, a ello, han decidido apoyarse y continúan juntos, en uno de los casos la pareja estaba ya separada y al enterarse del diagnostico disidieron unirse nuevamente con el fin de apoyarse mutuamente. Los casos anteriores son una muestra de la nobleza que existe en cada persona.

En el caso de personas viudas, que es un porcentaje menor, su estado civil en el momento de la psicoterapia se debió a que sus parejas ya fallecieron a causa del V.I.H/SIDA y , en uno de los casos, el paciente se entero del padecimiento hasta después que le notificaron la causa de la muerte de su pareja. Sin embargo, la falta de la pareja no ha obstaculizado que los pacientes busquen ayuda.

Al final observamos en un porcentaje mínimo al grupo de pacientes unidos que pese al diagnostico conviven en pareja sin estar casados, en contraposición al paciente con estado civil separado, quien se queda solo cuando su pareja se entero del diagnostico y decidió separarse del él.

Sin embargo como se podrá verificar en las gráficas anteriores, la mayoría de pacientes reflejaron una disminución en comparación a los índices de ansiedad o depresión que reflejaron al inicio del programa.

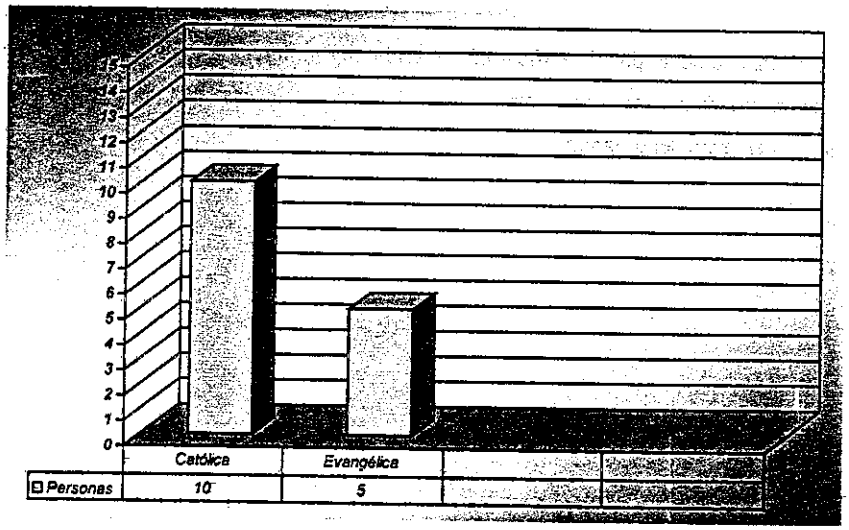
CUADRO "D"

DESCRIPCION DE LA MUESTRA OBJETO DE ESTUDIO SEGÚN RELIGION

RELIGION	# PACIENTES	PORCENTAJE
Católica Evangélica	10 5	67% 33%
TOTAL	15	100%

GRAFICA "D"

DESCRIPCION DE LA MUESTRA OBJETO DE ESTUDIO SEGÚN RELIGION



En el Cuadro y Gráfica anterior, podemos observar que el mayor porcentaje de pacientes practican la religión Católica, con un 67% del total de la muestra objeto de estudio, mientras que el 33% de dicha población practica la religión Evangélica.

Se pudo observar en la muestra objeto de estudio, que independientemente de la religión que se practique, los pacientes se acercan mucho mas a Dios al enterarse del padecimiento esto ha producido en ellos una reducción del Temor a la muerte, ha ayudado también, a bajar los índices en hechos de suicidios.

Tanto los hombres como las mujeres practican de manera mas frecuente la religión, lo cual se considera como un aspecto muy positivo en el manejo de este padecimiento.

Un aspecto muy importante es, que la institución donde se realizo el estudio no interviene ni influye en la religión de los pacientes que asisten a la misma, existe la libertad de culto y es evidente que esto constituye a que asistan cantidad y novedad de personas.

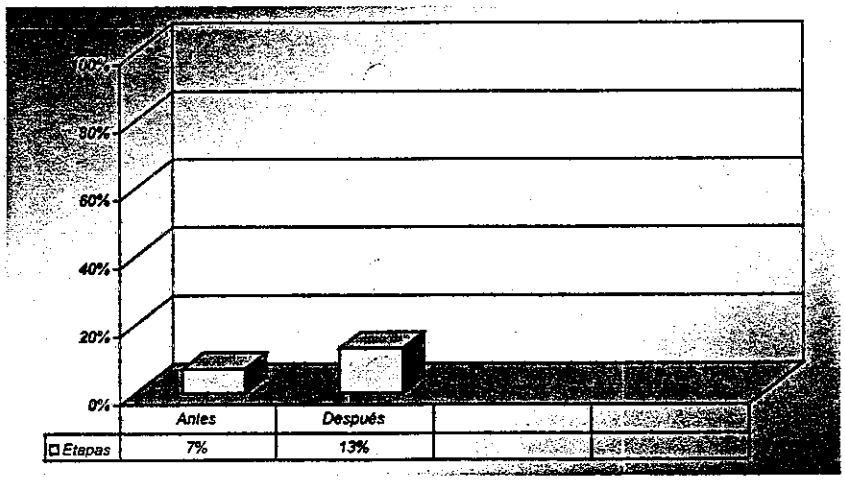
CUADRO "E-1"

Comparación de resultados obtenidos por los pacientes, antes y después del programa de Psicoterapia de grupo, con niveles de ansiedad extrema en la escala de ansiedad del Dr. W. K. Zung.

PUNTAJE OBTENIDO	# PACIENTES ANTES	# PACIENTES DESPUÉS
76	1	0
80	0	1
75	0	1
TOTAL	1	2

GRAFICA "E-1"

Comparación de porcentajes obtenidos por los pacientes, antes y después del programa de Psicoterapia de grupo, con niveles de ansiedad extremos, en la escala de Dr. W. K. Zung.



Como se observa en el Cuadro y Gráfica anteriores en lo que se refiere a los niveles de ansiedad extrema manifestada por los pacientes, antes de la Psicoterapia de grupo un 7% la manifestó, mientras que después de la misma aumento a un 13%.

Existen muchos factores que pueden intervenir en el resultado de la Psicoterapia, uno de ellos fue en este caso específicamente el fallecimiento de un paciente cercano a causa de la misma enfermedad unos días antes de concluir el programa de Psicoterapia de grupo, sin embargo como se puede observa en el cuadro, el paciente que al inicio manifestó ansiedad extrema al final habrá ya superado esta etapa, situándose en un nivel de ansiedad inferior.

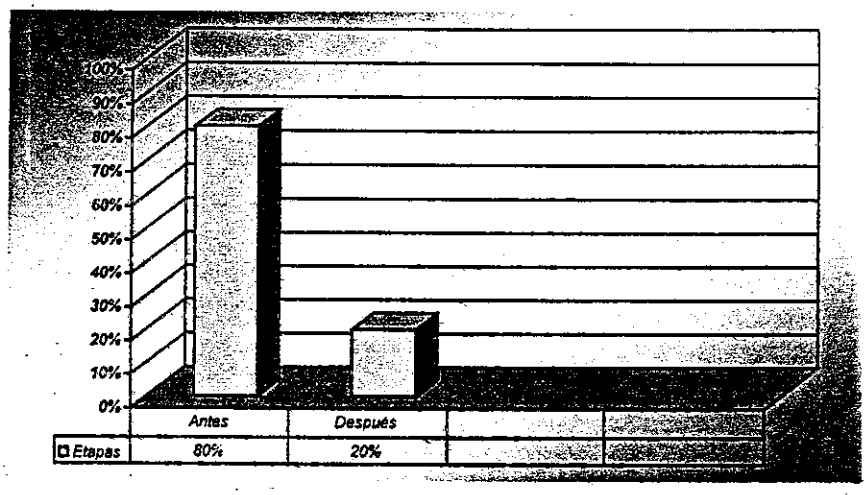
CUADRO "E-2"

Comparación de resultados obtenidos por los pacientes antes y después del programa de Psicoterapia de grupo, con niveles de ansiedad de marcados a severos, en la escala del Dr. W. K. Zung.

PUNTAJE OBTENIDO	# PACIENTES ANTES	# PACIENTES DESPUÉS
74	1	0
71	2	0
69	2	0
68	1	1
66	3	0
65	1	1
64	1	0
60	1	1
TOTAL	12	3

GRAFICA "E-2"

Comparación de porcentajes obtenidos por los pacientes antes y después del programa de Psicoterapia de grupo, con niveles de Ansiedad de marcados a severos en la escala del Dr. W.K. Zung.



De acuerdo al Cuadro y Gráfica anteriores se puede observar que en lo referente al nivel de ansiedad de marcada a severa los pacientes presentaron una significativa disminución del nivel de ansiedad ya que antes de la aplicación del programa de Psicoterapia grupal el resultado obtenido fue del 80% de pacientes que presentaban un nivel de marcada a severa, mientras que al final del programa solo un 20% de la muestra manifestó este nivel situando un nivel ansiolitico inferior.

Estos resultados fueron evidentes en las actitudes y comportamientos referidos en el transcurso del programa por los pacientes, se pudo observar mayor participación, mejoras en el estado emocional y una disminución en los sentimientos de culpa que manejan con mucha frecuencia las personas con este padecimiento.

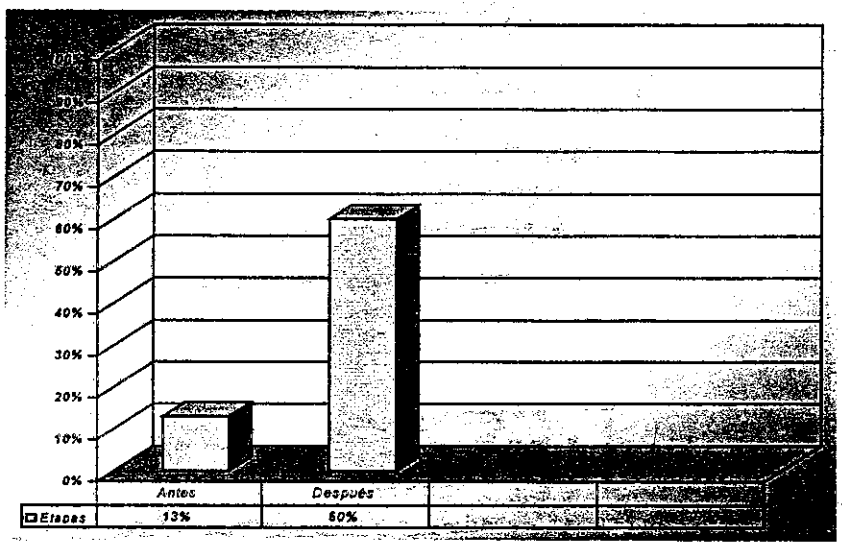
CUADRO "E-3"

Comparación de resultados obtenidos por los pacientes, antes y después del programa de Psicoterapia de grupo con niveles de ansiedad de mínimo a moderados, escala del Dr. W.K. Zung.

PUNTAJE OBTENIDO	# PACIENTES ANTES	# PACIENTES DESPUÉS
51	1	0
56	1	1
54	0	2
48	0	1
45	0	3
50	0	1
55	0	1
TOTAL	2	9

GRAFICA "E-3"

Comparación de porcentajes obtenidos por los pacientes, antes y después del programa de Psicoterapia de grupo, con niveles de ansiedad de mínimos a moderados. En la escala del Dr. W. K. Zung.



Según los resultados de el Cuadro y Gráfica anterior en la que al nivel de ansiedad de mínima a moderada se refiere, se puede observar un significativo aumento, ya que antes de someterse al programa de Psicoterapia en grupo la muestra arrojo un 13% de pacientes con este grado de ansiedad , mientras que al finalizar, un 60% de la muestra manifestaba un grado de ansiedad a este nivel.

Sin embargo estos resultados son positivos, ya que si observamos el cuadro y gráfica E-2 existió una disminución significativa en el nivel de ansiedad de marcado a severa en contraposición de los presentes resultados, esto nos indica que la mayoría de pacientes que manifestaron una disminución de su estado ansioso, se situaron en el nivel inferior inmediata

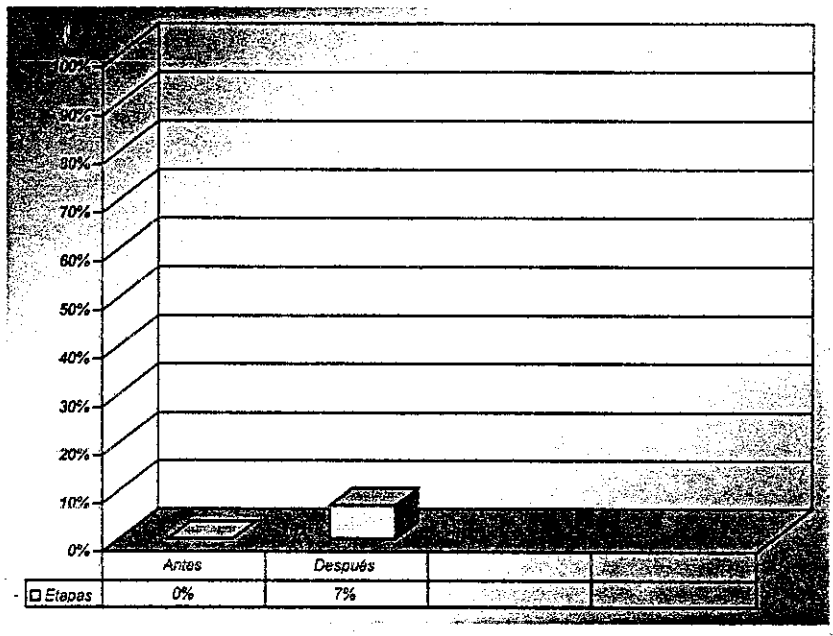
CUADRO "E-4"

Comparación de resultados obtenidos por los pacientes, antes y después del programa de Psicoterapia de grupo sin niveles de ansiedad. En la escala de el Dr. W. K. Zung.

PUNTAJE OBTENIDO	# PACIENTES ANTES	# PACIENTES DESPUÉS
31	0	1
TOTAL	0	1

GRAFICA "E-4"

Comparación de porcentajes obtenidos por los pacientes, antes y después del programa de Psicoterapia de grupo, sin niveles de ansiedad. En la escala del Dr. W. K. Zung.



Según los resultados del Cuadro y Gráfica anterior en lo que a la ausencia de ansiedad se refiere, se puede observar que antes de someterse al programa de Psicoterapia de grupo ningún paciente manifestó ausencia de ansiedad, todos presentaban algún grado de ansiedad, mientras que al final del programa un 7% de la muestra objeto de estudio no presento ningún grado de ansiedad.

Aunque el resultado anterior no sea altamente significativo, se considera como positivo dentro de los resultados del trabajo.

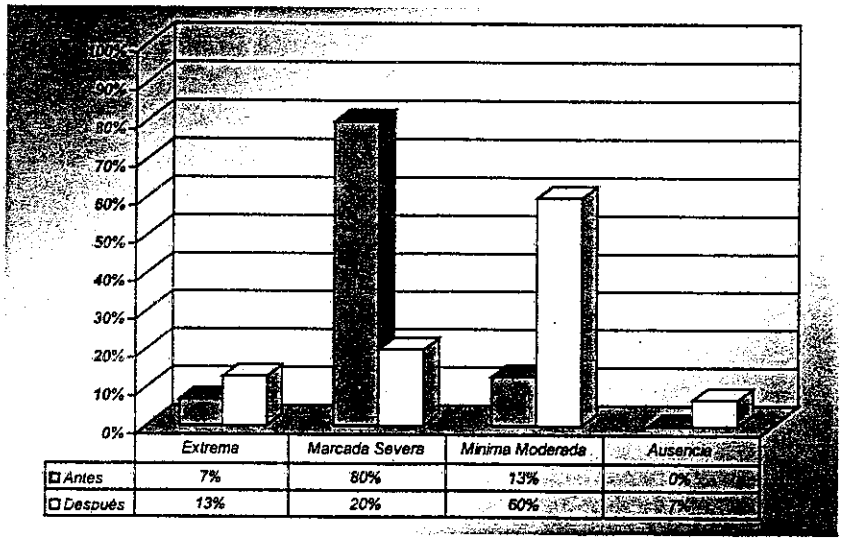
CUADRO "E"

Comparación general de resultados obtenidos por 15 pacientes portadores del VIH/SIDA, antes y después de someterse al programa de Psicoterapia de grupo con duración de 3 meses en los diferentes niveles de ansiedad, según la escala del Dr. W. K. Zung

NIVELES	ANSIEDAD	
	ANTES	DESPUES
Extrema	7%	13%
Marcado- Severa	80%	20%
Mínima - Moderada	13%	60%
Ausencia	0%	7%
TOTAL	100%	100%

GRAFICA "E"

Comparación general de porcentajes obtenidos por 15 pacientes portadores del VIH/SIDA, antes y después de someterse al programa de Psicoterapia de grupo, con duración de 3 meses en los diferentes niveles de ansiedad según escala del Dr. W. K. Zung.



Como se puede observar en el Cuadro y Gráfica anterior, en los cuales se manifiestan los resultados generales obtenidos por la nuestra objeto de estudio, en lo que a los diferentes niveles de ansiedad, se refiere, (según la escala del Dr. W. K. Zung) los cuales fueron evaluados antes y después de someterse a un programa de Psicoterapia grupal, de evidencia que existió una disminución significativa en los diferentes niveles que están catalogados de una ansiedad extrema a la total ausencia de ansiedad, ya que antes de someterse al programa, la mayoría de la muerta se encontraba entre ansiedad extrema y de máxima a severa y al finalizar el mismo, se evidencio que un alto porcentaje se encontraba ya en los niveles mas bajos de ansiedad, e incluso un pequeño porcentaje no manifestó ningún nivel de ansiedad.

No obstante, deben de considerarse la variedad de factores endógenos y Exógenos que intervienes en esta clase de procesos, tales como la Influencia Social, que incluye rechazos, discriminaciones, la muerte de algún miembro del grupo o conocido, entre otros. La misma personalidad de los pacientes, que en algunos casos es depresiva por naturaleza y, al haberse infectado con el VIH este aspecto es predominante en su comportamiento, otro aspecto muy importante a tomar en cuenta, es la diversidad de enfermedades "oportunistas" a las que los pacientes están sujetos, que, con todos los factores anteriores ejercen una gran influencia en el estado de animo de ellos.

Por lo anterior, se considera que los resultados obtenidos son muy positivos en el trabajo realizado.

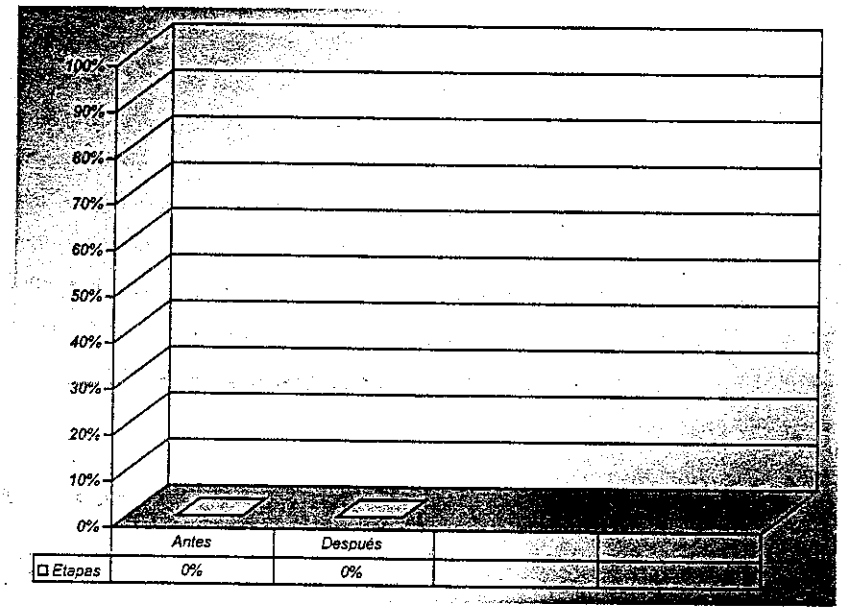
CUADRO "F-1"

Comparación de resultados obtenidos por los pacientes, antes y después del programa de Psicoterapia grupal con niveles de depresión extremos. En la escala del Dr. W. K. Zung.

PUNTAJE OBTENIDO	# PACIENTES ANTES	# PACIENTES DESPUÉS
0	0	0
TOTAL	0	0

GRAFICA "F-1"

Comparación de porcentajes obtenidos por los pacientes, antes y después del programa de Psicoterapia de grupo, con niveles de depresión extremos. En la escala del Dr. W. K.



De acuerdo al Cuadro y Gráfica anterior, podemos observar que ningún paciente de la muestra objeto de estudio presento depresión extrema ni antes ni después de someterse al programa de Psicoterapia grupal.

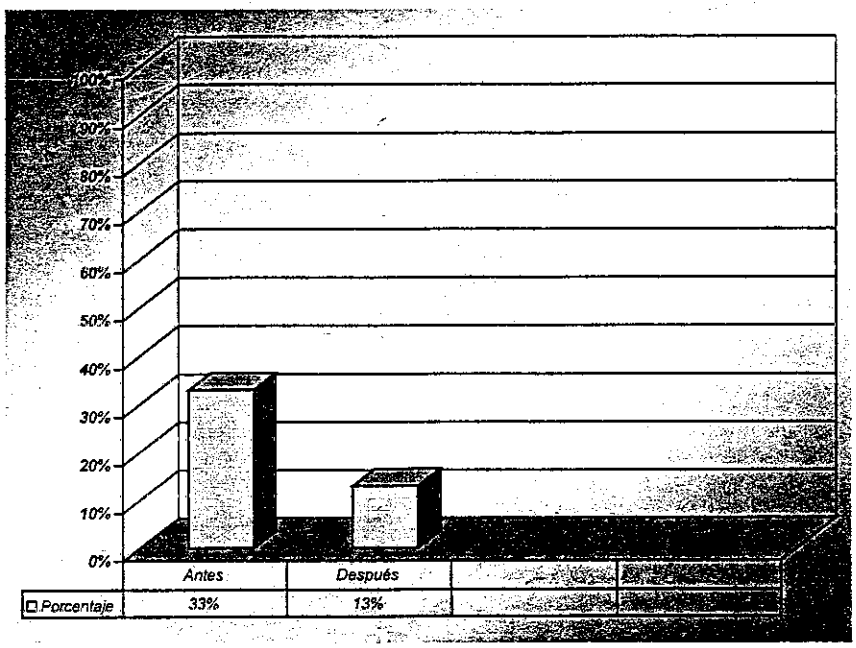
CUADRO "F-2"

Comparación de resultados obtenidos por los pacientes antes y después del programa de Psicoterapia grupal, con niveles de depresión de marcados a severos. En la escala del Dr. W. K. Zung

PUNTAJE OBTENIDO	# PACIENTES ANTES	# PACIENTES DESPUÉS
66	1	1
64	2	1
61	2	0
TOTAL	5	2

GRAFICA "F-2"

Comparación de porcentajes obtenidos por los pacientes, antes y después del programa de Psicoterapia grupal, con niveles de depresión de marcados a severos. En la escala del Dr. W. K. Zung.



De acuerdo a los resultados del Cuadro y Gráfica Anteriores, se puede observar que existió una disminución significativa en los niveles de depresión de marcados a severos, ya que al inicio del programa un 33% presentaba este nivel de depresión mientras que al finalizar el mismo , solo un 13% manifestó este grado de ansiedad.

Se considera que esta disminución es positiva, ya que como se observa en la gráfica F-3 existió un aumento en el nivel de depresión mínimo esto nos indica, que los pacientes que antes de someterse al programa de Psicoterapia grupal se encontraban en un nivel depresivo mas alto, al finalizar el programa se encontraban en los niveles inferiores de depresión, no obstante, a la variedad de factores presipitantes a los que se ven sometidos constantemente.

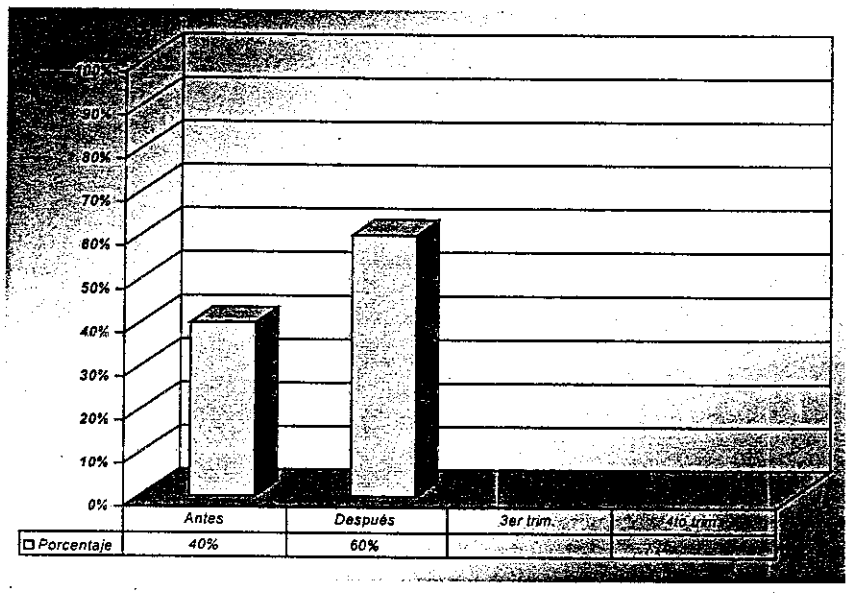
CUADRO "F-3"

Comparación de resultados obtenidos por los pacientes, antes y después del programa de Psicoterapia grupal, con niveles de depresión de mínimos a moderados. En la escala del Dr. W. K. Zung.

PUNTAJE OBTENIDO	# PACIENTES ANTES	# PACIENTES DESPUÉS
59	2	3
58	0	1
56	1	0
54	0	1
51	0	1
50	1	1
49	1	1
48	1	1
TOTALES	6	9

GRAFICA "F-3"

Comparación de porcentajes obtenidos por los pacientes, antes y después del programa de Psicoterapia grupal, con niveles de depresión de mínimos a moderados. En la escala del Dr. W. K. Zung.



Según los resultados de las Gráficas anteriores, se puede establecer que existió un aumento en el nivel de depresión que va de mínimo a moderado, antes de someterse al programa, un 40% de la muestra objeto de estudio presentaba este nivel, mientras que al finalizar el mismo un 60% de la muestra estaba en este nivel de depresión.

No obstante, este resultado es considerado como positivo debido a que esto indica que los pacientes que ya no presentaron depresión severa se encontraban al final del programa en el nivel inmediato inferior, se produjo una baja en la depresión aunque la posibilidad de un aumento debido a los factores endógenos y exógenos que intervienen en estos procesos

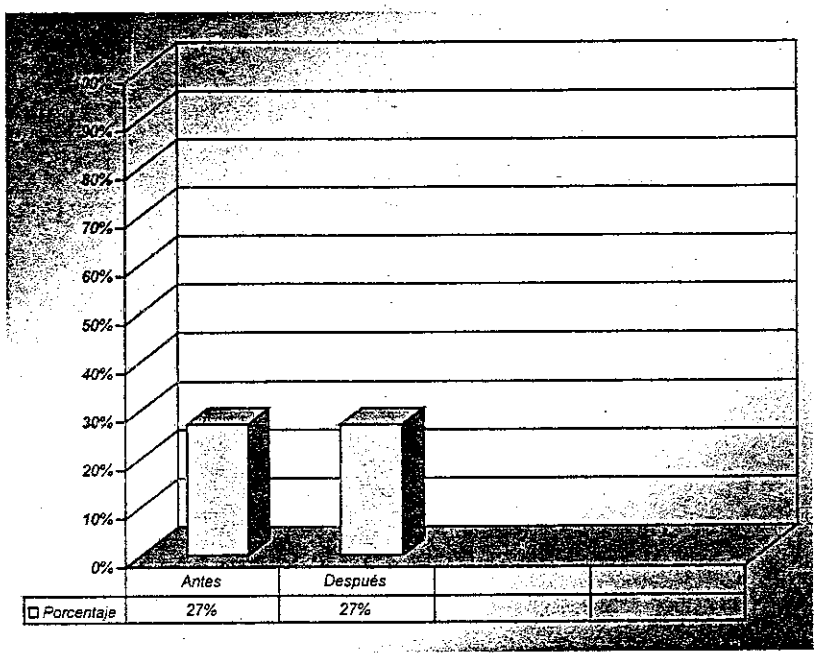
CUADRO "F-4"

Comparación de resultados obtenidos por los pacientes, antes y después del programa de Psicoterapia grupal sin niveles de depresión. En la escala del Dr. W. K. Zung.

PUNTAJE OBTENIDO	# PACIENTES ANTES	# PACIENTES DESPUES
56	0	1
44	3	2
41	1	1
TOTALES	4	4

GRAFICA "F-4"

Comparación de porcentaje obtenidos por los pacientes antes y después del programa de sicoterapia grupal sin niveles de depresión. En la escala del Dr. W. K. Zung.



Como se observan en las gráficas anteriores, en donde se describen los porcentajes de los resultados arrojados por la muestra objeto de estudio en lo que a la ausencia de depresión se refiere, podemos encontrar que no existió variación en el resultado ya que tanto antes como después del programa de Psicoterapia grupal un 27% de la muestra no presentó ningún nivel de depresión.

Es necesario mencionar que solo 3 de los 4 pacientes que al inicio no manifestaron depresión se mantuvieron en ese nivel y uno de ellos aumento el nivel debido al fallecimiento de un paciente muy cercano a causa de la misma enfermedad, mientras que un paciente que se encontraba un nivel depresivo superior disminuyo la misma hasta el grado de no presentar ya depresión.

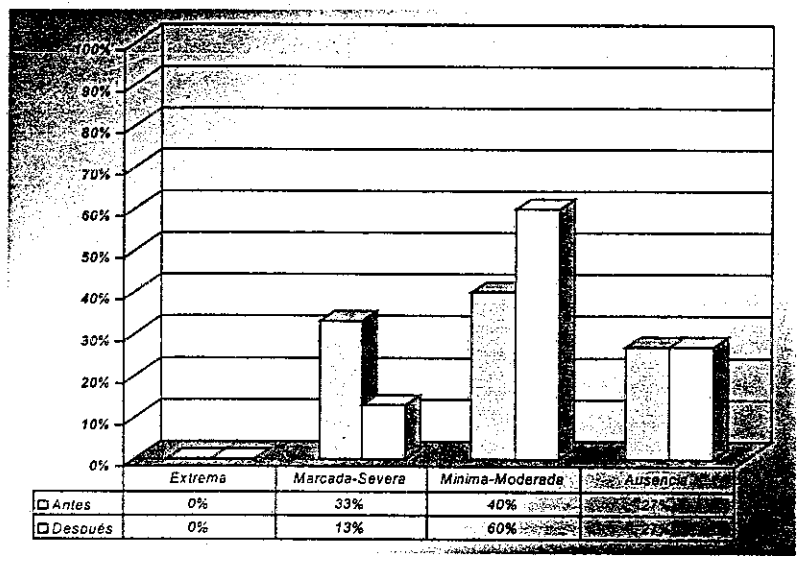
CUADRO "F"

Comparación general de resultados obtenidos por 15 pacientes portadores del VIH/SIDA, antes y después de someterse al programa de Psicoterapia grupal, con duración de tres meses, en los diferentes niveles de depresión, según la escala del Dr. W. K. Zung.

DEPRESION		
NIVELES	ANTES	DESPUÉS
Extrema	0%	0%
Marcada-Severa	33%	13%
Mínima - Moderada	40%	60%
Ausencia	27%	27%
TOTALES	100%	100%

GRAFICA "F"

Comparación general de resultados obtenidos por 15 pacientes portadores del VIH/SIDA, antes y después de someterse al programa de Psicoterapia grupal, con duración de tres meses, en los diferentes niveles de depresión, según la escala del Dr. W. K. Zung



De acuerdo a los resultados del Cuadro y Gráfica anteriores, en los cuales se puede observar los resultados generales comparativos arrojados por la muestra objeto de estudio en lo que a los diferentes niveles de depresión se refiere,(según la escala del Dr. W. K. Zung) la cual fue evaluada antes y después de someterse al programa de Psicoterapia grupal, se observa que existió diminución en los diferentes niveles depresivos manifestados antes del programa.

Los resultados son positivos, ya que aunque la variación y disminución no es muy altas, debido a que deben considerarse también, una serie de factores que, directa o indirectamente intervienen en esta clase de procesos Psicoterapéuticos, tales como los quebrantos de salud serios que constantemente sufren los pacientes, el rechazo social y familiar en algunos casos, el decremento económico entre otros. Sin embargo los resultados fueron positivos para el trabajo realizado.

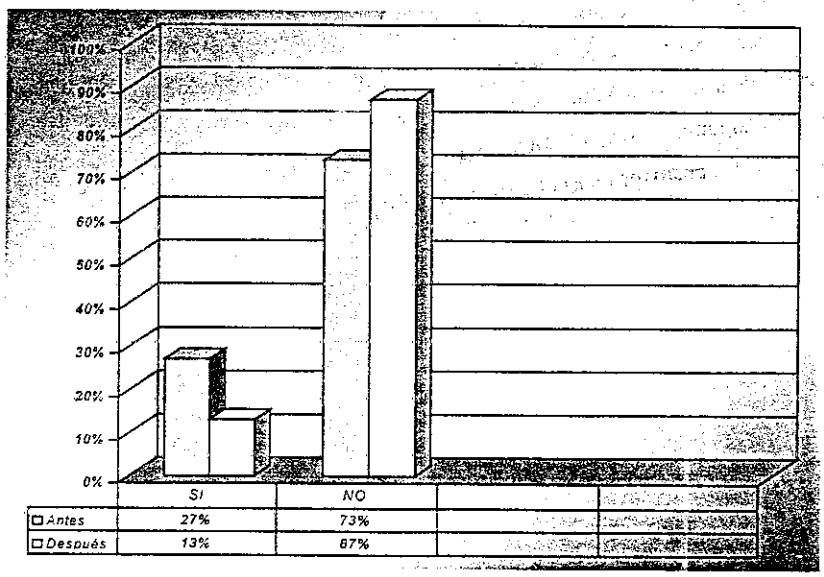
CUADRO "G-1"

Resultados comparativos obtenidos por los pacientes, en relación al grado de responsabilidad que presentan ante el padecimiento del VIH/SIDA respecto a la pregunta:

¿Actualmente mantiene usted relaciones sexogenitales?

RESPUESTA	# PACIENTES ANTES	%	# PACIENTES DESPUES	%
SI	4	27	2	13
NO	11	73	13	87
TOTALES	15	100	15	100

GRAFICA "G-1"



En los resultados del Cuadro y Gráfica anteriores, se evidencia que el comportamiento de los pacientes en relación con la responsabilidad que debe tenerse en la practica de relaciones sexogenitales aumento, como se puede observar, antes de que los pacientes se sometieran al programa de Psicoterapia grupal un 27% acepto el mantenerlas, mientras que al final del mismo solo un 13% de los pacientes practicaban relaciones sexogenitales.

Es necesario mencionar los aspectos que influyen en que una persona portadora del VIH/SIDA mantenga o no relaciones sexogenitales, los mas relevantes son El temor de infestar a otra persona, la insatisfacción en las relaciones sexogenitales y el tener o no pareja.

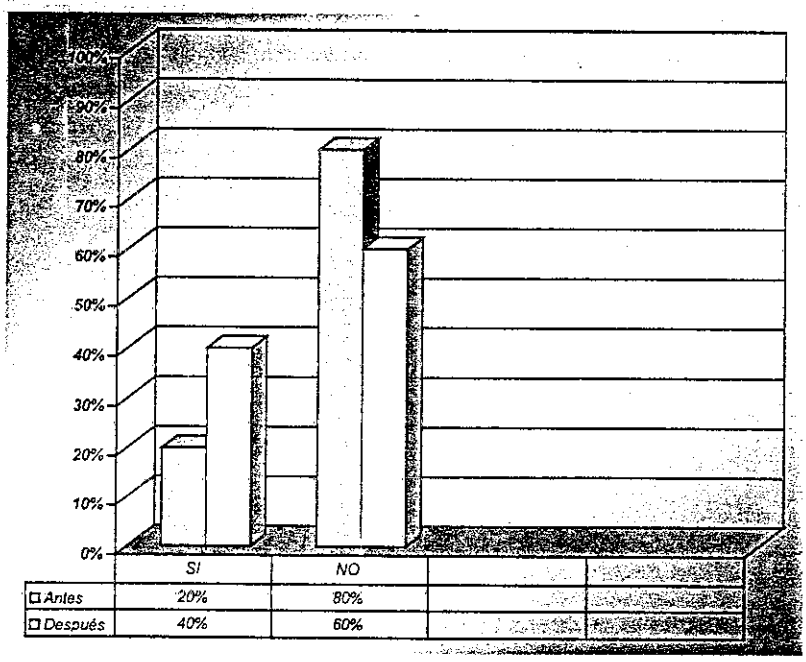
CUADRO "G-2"

Resultados comparativos de puntos obtenidos por lo pacientes, en realacion al grado de responsabilidad que presentan ante el padecimiento de VIH/SIDA, respecto a la pregunta:

¿Daría usted a conocer su enfermedad a la o las parejas con las que sostuvo relaciones sexogenitales previo al diagnostico?

RESPUESTA	# PACIENTES ANTES	%	# PACIENTES DESPUÉS	%
SI	3	20%	6	40%
NO	12	80%	9	60%
TOTALES	15	100	15	100

GRAFICA "G-2"



En el Cuadro y Gráfica anterior, se puede observar que el comportamiento de los pacientes con relación a dar o no a conocer se enfermedad a las personas con quienes sostuvo relaciones previo al diagnostico, aumento significativamente, como se puede observar antes de someterse al programa de Psicoterapia grupal un 20% de la muestra manifestó que si diese a conocer su enfermedad, mientras que al finalizar el mismo un 40% indico que daría a conocer su diagnostico.

Sin embargo, un alto porcentaje siguió manteniendo su postura a no dar a conocer su diagnostico, es importante indicar que existen muchos factores tanto endogenos y exógenos que contribuyen a mantener esta postura entre los cuales podemos mencionar el temor al rechazo, la posibilidad de que el paciente se haya infectado de otra manera y no mediante las relaciones sexogenitales lo que podría indicar que sus parejas no estén infectadas. Por otro parte encontramos que algunos aspectos que contribuyen a dar a conocer su diagnostico son: El evitar que estas personas infecten a otras y el sentirse más tranquilos consigo mismos.

+

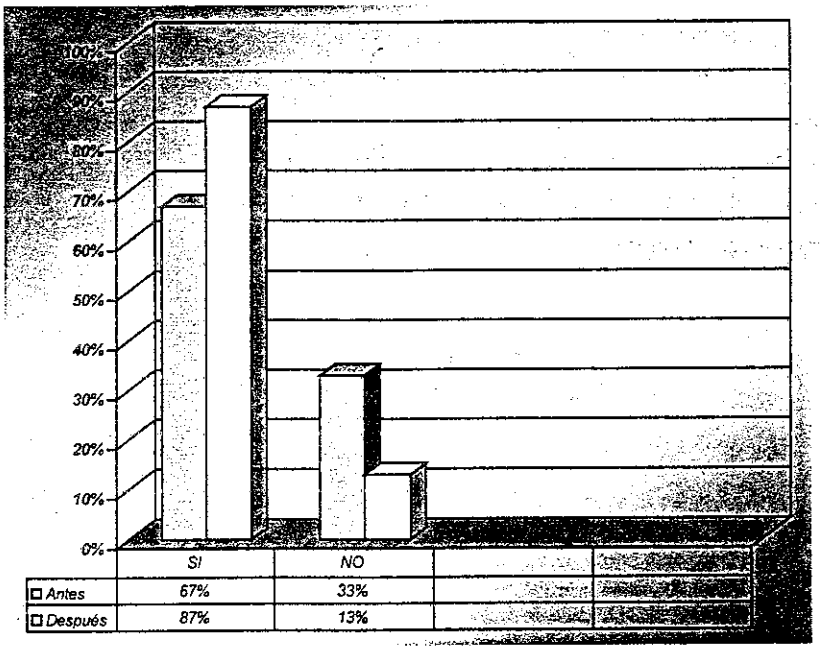
CUADRO "G-3"

Resultados comparativos de punteos obtenidos por los pacientes, en relación al grado de responsabilidad que prestan ante el padecimiento del VIH/SIDA, respecto a la pregunta;

¿Considera usted que una persona con VIH/SIDA, debe comunicarle a su pareja de su enfermedad, previo a tener una relación sexogenital?

RESPUESTA	# PACIENTES	%	# PACIENTES	%
	ANTES		DESPUES	
SI	10	67%	13	87%
NO	5	33%	2	13%
TOTALES	15	100	15	100

GRAFICA "G-3"



Como se evidencia en el Cuadro y Gráfica anteriores, el comportamiento de los pacientes en referencia a dar a conocer su diagnostico a su pareja previo a mantener una relación sexogenital, aumenta positivamente, como se observa, antes de someterse al programa de Psicoterapia grupal un 67% indicaba que si daría a conocer su situación mientras que al final del mismo un 87% habían asumido ya esta postura.

Es importante mencionar, que el que los pacientes decidan dar o no a conocer su situación a su pareja depende de varios factores positivos y negativos para el estado emocional del paciente; algunos de estos factores son: el evitar que se contagie la otra persona, el deseo de no hacer daño a otra persona, la sinceridad y comunicación que debe existir entre pareja. En contraposición se encuentra la creencia del paciente de que la otra persona también puede estar infectada, restándole importancia a la comunicación que debe existir para evitar mas infecciones.

Sin embargo, los resultados se consideran positivos para el trabajo ya que el aumento de responsabilidad era uno de los objetivos del mismo.

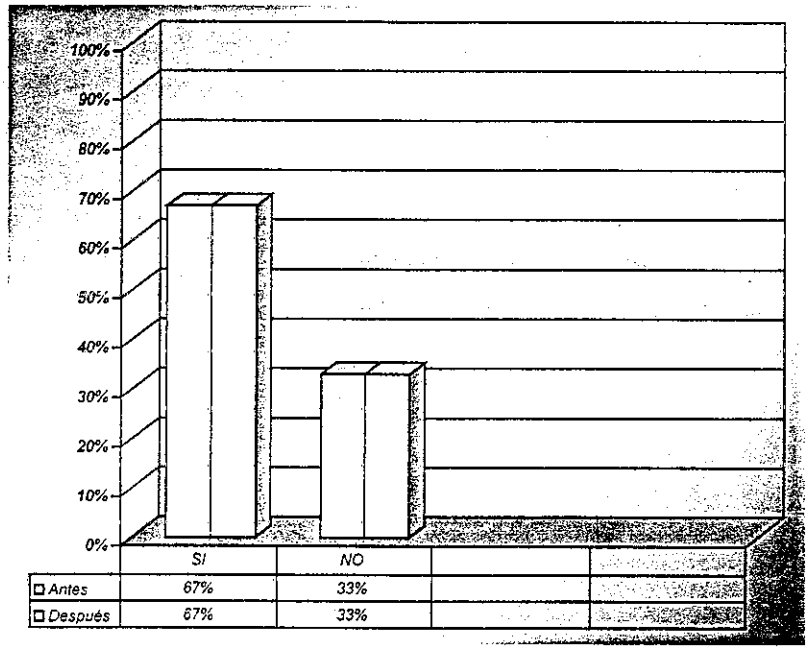
CUADRO "G-4"

Resultados comparativos de punteos obtenidos por los pacientes, en relación al grado de responsabilidad que presentan ante el padecimiento del VIH/SIDA, respecto a la pregunta;

¿Considera usted que una persona infectada con el VIH/SIDA, debe evitar las relaciones sexogenitales?

RESPUESTA	# PACIENTES	%	# PACIENTES	%
	ANTES		DESPUES	
SI	10	67%	10	67%
NO	5	33%	5	33%
TOTALES	15	100	15	100

GRAFICA "G-4"



Se puede observar en el Cuadro y Gráfica anteriores, que se mantuvo la posición de los pacientes en cuanto a evitar o no la relaciones sexogenitales, dado que, tanto antes como después del programa de Psicoterapia grupal el porcentaje de personas que opinaban que se debían evitar las relaciones sexogenitales era del 67% en contraposición a un 33% de la muestra que opinaba que no debían evitarse.

Deben considerarse los factores influyentes en este aspecto, ya que las relaciones sexogenitales son concebidas desde dos perspectivas diferentes. Algunas personas interpretan las relaciones sexogenitales desde el punto de vista puramente físico de satisfacción, mientras que otras lo perciben dentro del aspecto sentimental y de entrega.

Los aspectos que mayor influencia tiene en que las personas deciden el evitar o no las relaciones son: la idea de que el tener precaución los sitúa en el lugar de cualquier otra persona, el miedo de infectar a otras personas, la concepción de que es un acto bello que llena al ser humano y el tener pareja y verse de alguna manera obligado a tener relaciones sexogenitales.

Se observo, que la mayoría de los miembros de la muestra objeto de estudio, se sentían satisfechos en cuanto a su actitud y comportamiento frente a este cuentionamiento.

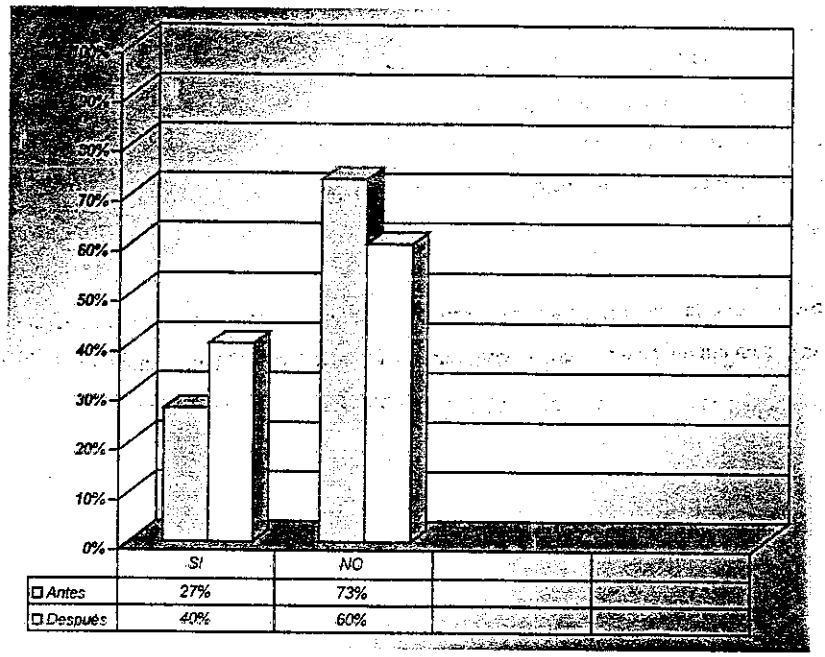
CUADRO "G-5"

Resultados comparativos de punteos obtenidos por los pacientes en relación al grado de responsabilidad que presentan ante el padecimiento del VIH/SIDA, respecto a la pregunta:

¿Estima usted conveniente que las personas con VIH/SIDA practiquen las relaciones sexogenitales sin penetración y sin intercambio de fluidos?

RESPUESTA	# PACIENTES ANTES	%	# PACIENTES DESPUES	%
SI	4	27%	6	40%
NO	11	73%	9	60%
TOTALES	15	100	15	100

GRAFICA "G-5"



De acuerdo al Cuadro y Gráfica anteriores, se puede establecer que el comportamiento de los pacientes en relación con que si se debe o no practicar relaciones sexogenitales sin penetración y sin intercambio de fluidos aumentó positivamente, ya que antes de someterse al programa de Psicoterapia grupal solamente un 37% opinaba que sí y, al final del mismo se aumento a un 40% esto nos indica obviamente que el numero de personas que están de acuerdo a que se practiquen esta clase de relaciones aumentó.

Existen algunos aspectos que influyen en esta clase de conductas sexuales, entre los que podemos mencionar: el no poder evitar la penetración e intercambio de fluidos, la idea de insatisfacción ante esta clase de relaciones, el temor a contagiar a otra persona, la cultura y los factores de crianza también juegan un papel importante, en lo que a conductas sexuales se refiere.

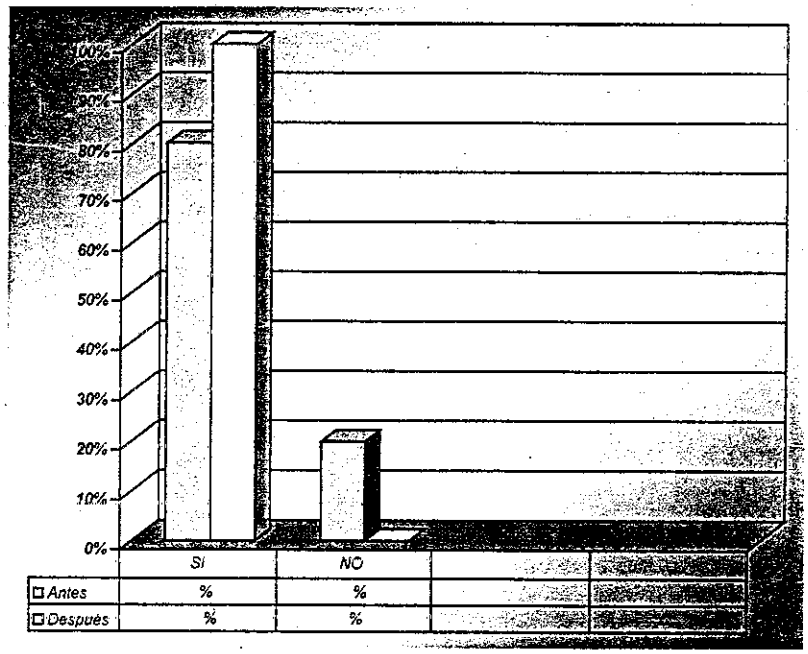
CUADRO G-6"

Resultados comparativos de punteos obtenidos por los pacientes, en relación al grado de responsabilidad que presenta ante el padecimiento del VIH/SIDA, respecto a la pregunta:

¿Ha disminuido usted el numero de parejas sexuales y la frecuencia de sus relaciones?

RESPUESTA	# PACIENTES ANTES	%	# PACIENTES DESPUES	%
SI	12	80%	15	100%
NO	3	20%	0	0%
TOTALES	15	100	15	100

GRAFICA "G-6"



Como se puede observar en el Cuadro y Gráfica anteriores, es evidente que la conducta de los pacientes con referencia a la disminución de parejas y frecuencia de sus relaciones presentó un aumento significativo, ya que antes de someterse al programa de Psicoterapia grupal un 80% de la muestra objeto de estudio respondió favorablemente, mientras que al final del programa el 100% había asumido una actitud positiva frente a este cuestionamiento.

No obstante, merecen ser mencionados los factores mas importantes que tienen influencia en estas actitudes tal es el caso de el temor al rechazo y el temor al contagio a otras personas. Se considera que el aumento de responsabilidad ante esta situación es sumamente importante, tanto para las personas a nivel individual como para la sociedad en general, debido a que se disminuye el riesgo de contagio a otras personas y el recontagio a los pacientes.

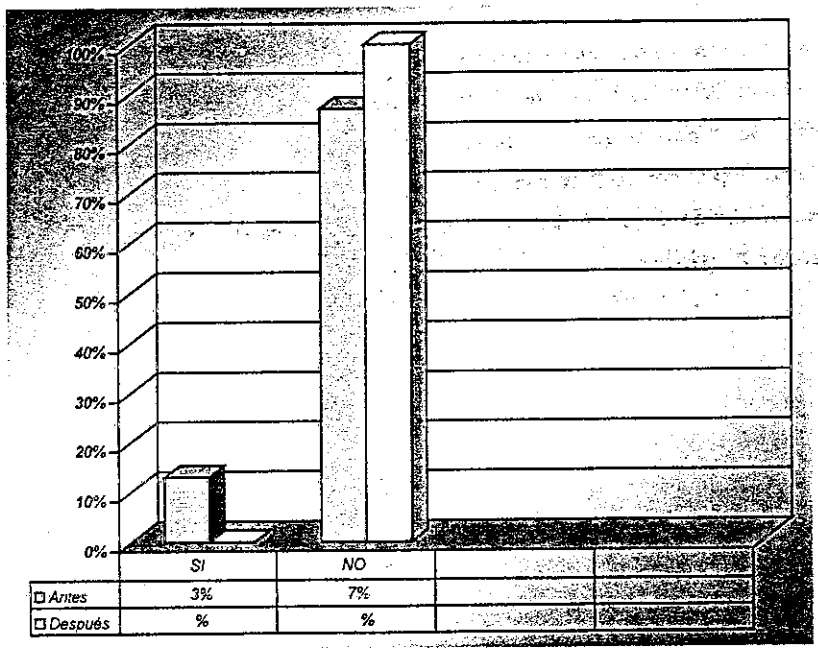
CUADRO "G-7"

Resultados comparativos de punteos obtenidos por los pacientes, en relación al grado de responsabilidad que presentan ante la enfermedad del VIH/SIDA, respecto a la pregunta:

¿Ha aumentado usted él numero de parejas y la frecuencia de sus relaciones?

RESPUESTA	# PACIENTES	%	# PACIENTES	%
	ANTES		DESPUÉS	
SI	2	13%	0	0%
NO	13	87%	15	100%
TOTALES	15	100	15	100

GRAFICA "G-7"



Según el Cuadro y Gráfica anteriores, se puede observar que existió un aumento de responsabilidad en lo que al aumento del numero de parejas sexuales se refiere, antes de someterse al programa de Psicoterapia grupal, el 13% de la muestra indico haber aumentado el numero de parejas, mientras que al finalizar el mismo el 100% de la muestra manifestó la disminución del numero de parejas y la frecuencia de sus relaciones.

Este es un factor muy positivo dentro e la situación de pacientes con VIH/SIDA, debido a que contribuye a que no se propague la infección. Uno de los factores que más influyen sobre esta actitud es el cuidado que los pacientes tienen con su propia salud.

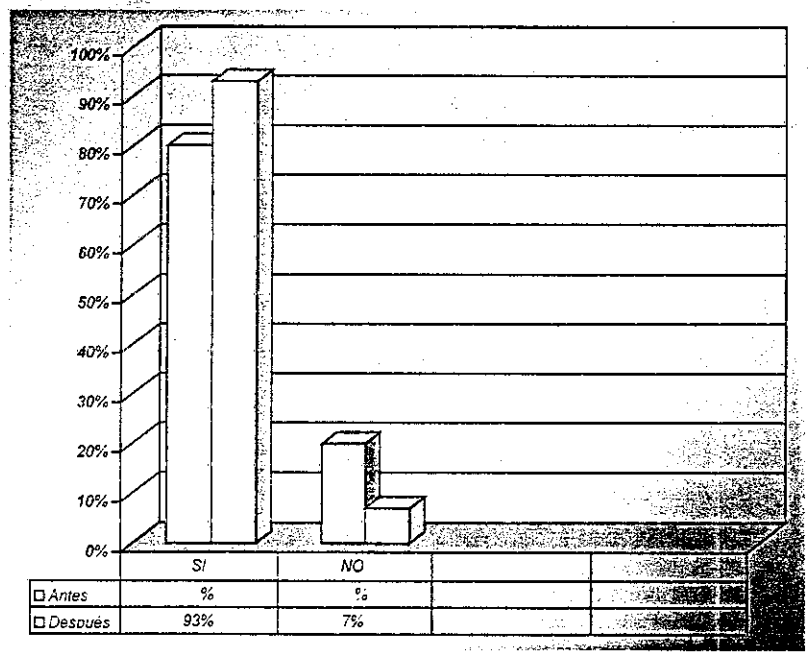
CUADRO "G-8"

Resultados comparativos de punteos obtenidos por los pacientes, con relación al grado de responsabilidad que presentan ante el padecimiento de VIH/SIDA, respecto a la pregunta:

¿H investigado usted sobre los riesgos de infección y reinfeccion que se corren en las relaciones sexogenitales?

RESPUESTA	# PACIENTES ANTES	%	# PACIENTES DESPUES	%
SI	12	80%	14	93%
NO	3	20%	1	7%
TOTALES	15	100	15	100

GRAFICA "G-8"



De acuerdo a los resultados del Cuadro y Gráfica anteriores, se puede observar que existió un aumento en el interés por investigar sobre los riegos de infección y reinfeccion que corren los pacientes. Antes de someterse al programa de Psicoterapia grupal, un 80% de la muestra manifestó haber investigado, mientras que al final un 93% de la muestra se había preocupado por investigar.

Definitivamente este resultado es beneficioso no solo para los pacientes, sino también para la sociedad, debido a que si existe interés en los pacientes por investigar sobre los riegos que se corren ante las relaciones sexuales esto trae como consecuencia, una disminución en el riesgo de infectar a otras personas y de reinfectarse ellos mismos, ya que como se sabe, no existe solo una variedad de virus sino, que con el tiempo ha ido mutando y, el paciente corre el riesgo de adquirir dos a mas clases de virus, lo cual pondría en gran peligro su integridad física acelerando el proceso de la etapa sintomática.

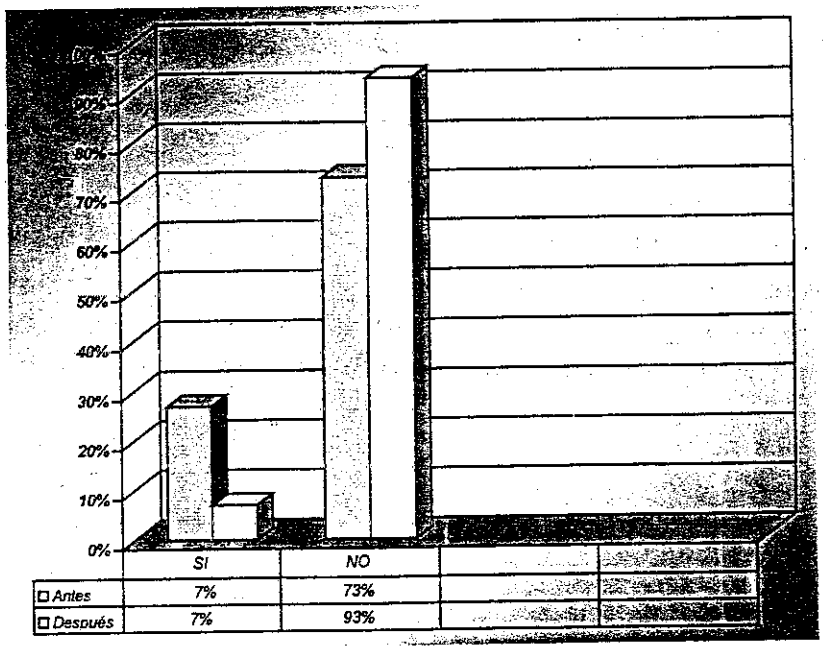
CUADRO "G-9"

Resultados comparativos de punteos obtenidos por los pacientes, en relación al grado de responsabilidad que presentan ante el padecimiento del VIH/SIDA, respecto a la pregunta:

¿Si una persona aun sabiendo que es usted portador del VIH/SIDA, acepta tener una relación sexogenital y le pide que la realicen sin protección, aceptaría hacerlo?

RESPUESTA	# PACIENTES	%	# PACIENTES	%
	ANTES		DESPUÉS	
SI	4	27%	1	7%
NO	11	73%	14	93%
TOTALES	15	100	15	100

GRAFICA "G-9"



De acuerdo a los resultados del Cuadro y Gráfica anteriores, se puede observar que ante el planteamiento, antes de someterse al programa de Psicoterapia grupal un 27% de la muestra objeto de estudio respondió que si aceptase, mientras al final del programa solo un 7% mantenía esta posición.

Es importante hacer notar que en algunas ocasiones las pacientes se ven ante esta situación y, sin embargo u porcentaje muy elevado de la muestra indicó que no aceptaría esta situación, esta actitud garantiza que no se infecte a otras personas y que los pacientes no corran riesgos de reinfección.

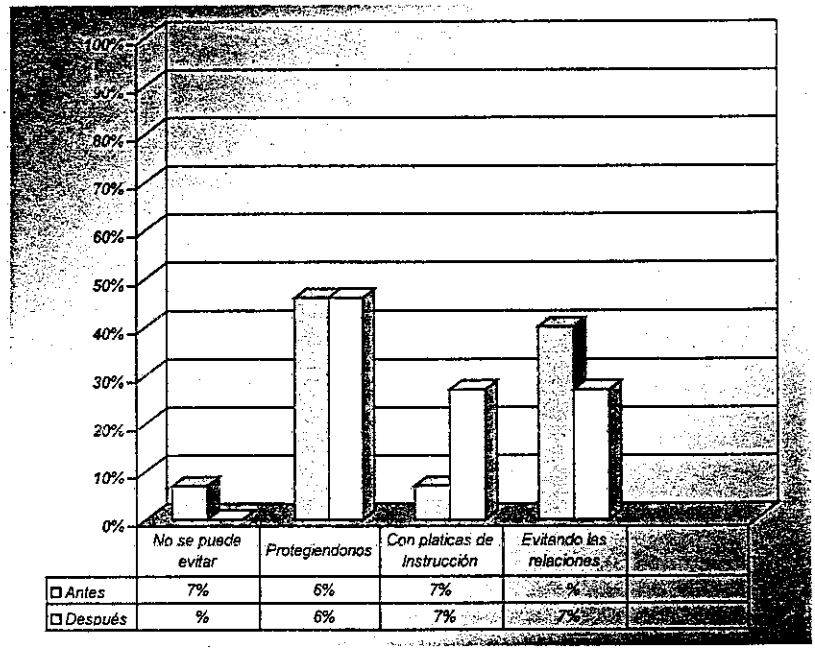
CUADRO "G-10"

Resultados comparativos de punteos obtenidos por los pacientes, en relación al grado de responsabilidad que presentan ante el padecimiento del VIH/SIDA, respecto a la pregunta:

¿Cómo cree usted que puede evitarse la infección del VIH/SIDA en las relaciones sexogenitales?

RESPUESTA	# PACIENTES	%	# PACIENTES	%
	ANTES		DESPUES	
No se puede evitar	1	7%	0	0%
Protegiendonos	7	46%	7	46%
Con platicas de Instrucción	1	7%	4	27%
Evitando las relaciones	6	40%	4	27%
TOTALES	**15**	**100**	**15**	**100**

GRAFICA "G-10"



De acuerdo a los resultados del Cuadro y Gráfica anteriores, en relación al planteamiento, se puede observar que al inicio un 7% de la muestra opinaba que no se podían evitar el contagio de la infección y el resto de la muestra o sea el 83% restante encontraba alguna solución para evitar el contagio. Al final del programa el 100% de la muestra se sitúa en alguna alternativa que evitara el contagio en las relaciones sexuales.

Los resultados anteriores son una muestra de la actitud que pueden asumir las personas que padecen el VIH/SIDA y , también son una ayuda y orientación para el resto de la población, que puede ve4r en este resultado que al difundirse las formas de protección brindar orientación respecto a las formas de contagio se puede evitar que la enfermedad se propague.

Resultados cualitativos del programa de Psicoterapia de grupo, para disminuir ansiedad y depresión y aumentar la responsabilidad ante la enfermedad en pacientes con VIH/SIDA.

En el transcurso de la psicoterapia de grupo, la cual tubo una duración de tres mese; se produjeron una serie de acontecimientos positivos en lo que a la integración del grupo se refiere, se produjo la catarsis grupal, lo que constituyo a que en el grupo se trabajara por ayudar a otras personas, se dio un mejor conocimiento de si mismos, el grupo tuvo la oportunidad de situarse y evaluar su momento real y existencial; además, fue notoria la disminución de los sentimientos de culpa, aumento de su autoestima y la toma de conciencia ante la enfermedad.

No obstante también se produjeron algunos acontecimientos extremos internos que se produjeron y que en alguna medida influyen positivamente en el proceso de la Psicoterapia grupal.

A continuación se enumeran algunos acontecimientos que se consideran importantes mencionar:

1. Se observo mayor unión en el grupo.

2. Se facilito la comunicación grupal, se observo que fue mucho mas fácil el intercambio de experiencias vividas por cada uno de los pacientes.

3. Apoyo mutuo y búsqueda de soluciones a problemas individuales y del grupo mismo.

De igual manera merecen ser mencionados los acontecimientos que influyeron negativamente en el trabajo de grupo tales como:
El fallecimiento de Paola (nombre ficticio) una niña de 12 años que era atendida en la Institución donde se realizo el presente trabajo, y quien junto a su madre asistía en

Ocasiones al grupo; sin embargo, el grupo lo asimilo y supero esa perdida ayudando y apoyando a la madre de la niña.
Otro aspecto negativo fue el que en el transcurso de la Psicoterapia, varios de los miembros del grupo sufrieron quebrantos de salud serios.

A pesar de esta serie de situaciones, los resultados del trabajo de Psicoterapia grupal fueron exitosos, ya que como puede observarse en los cuadros y gráficas é interpretaciones presentados anteriormente, los pacientes presentaron en algún grado disminución de ansiedad y depresión, razón por la cual la hipótesis de investigación es aprobada, comprobándose que el programa de Psicoterapia de grupo es efectivo para disminuir ansiedad y depresión y aumentar la responsabilidad ante la enfermedad, en pacientes con VIH/SIDA.

CAPITULO IV
CONCLUCIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUCIONES:

1. De acuerdo a los resultados obtenidos, se concluye que el programa de Psicoterapia de Grupo es efectivo para disminuir Ansiedad y Depresión y a la vez aumentar la responsabilidad en pacientes con VIH/SIDA.

2. Que existe una eminente necesidad de crear programas de atención directa a pacientes con VIH/SIDA, debido a que se manifiestan claramente una serie de alteraciones psicológicas que merecen ser atendidas profesionalmente.

3. Que a pesar de que las estadísticas nacionales evidencian una mayor incidencia de la infección en el hombre, los resultados del programa reflejan que las mujeres son las que con mayor frecuencia buscan ayuda profesional.

4. La enfermedad del siglo (como es conocida) va en aumento y nuestro país no es la excepción; a pesar de esto, no existen suficientes programas de prevención, educación y especialmente atención a pacientes con el VIH/SIDA, lo que contribuye a que cada día en Guatemala existan nuevos casos.

5. Se concluye que la Ansiedad y Depresión son factores presipitantes que aceleran la difusión del sistema inmunologico, y, por ende al aparecimiento de la sitomatológia física, con lo que se disminuye considerablemente el tiempo promedio de vida de los pacientes.

6. Que no existe una descentralización de los pocos recursos asignados para la atención de pacientes con VIH/SIDA, por lo que e la mayoría de los casos la población del interior de la república padece y muere, sin saber que era portador y transmisor del virus.

7. Que en la mayoría de los casos, la enfermedad se ha generalizado en las personas heterosexuales, afectado directamente a los hogares guatemaltecos, lo cual influye a la desintegración familiar por diferentes motivos, tales como: el divorcio, la viudez y el abandono y la huerfandad. Por tan motivo la enfermedad pasa de ser un problema de tratamiento clínico a un problema Psicosocial serio.

RECOMENDACIONES:

1. Que la Universidad de San Carlos de Guatemala a través de la Escuela de Ciencias Psicológicas, impulse programas de beneficio, para educar, prevenir y brindar tratamiento a todas las personas que los requieran a través de grupos de practicantes debidamente capacitados y supervisados, resultando en ellos la vacación de servicio y ética profesional.

2. Que se creen programas de capacitación de productividad dirigidos a pacientes con VIH/SIDA, para con ello mejorar la calidad de vida de estas personas, a la vez que se eleva su autoestima, se crean sentimientos de autosuficiencia.

3. Que las organizaciones dedicadas a velar por los derechos de la mujer, impulsen programas dirigidos a amas de casa, madres y esposas, con la finalidad de educar, prevenir y concientizar a través de ellas a las familiar guatemaltecas.

4. Que el Gobierno de Guatemala a través del Ministerio de Educación, incluya en el pensum de estudio, de primaria, básicos, y diversificados, una materia de educación sexual, enfocando específicamente el problema del VIH/SIDA, con el propósito de evitar que la enfermedad se extienda día a día.

5. Que el Gobierno de Guatemala a través del Ministerio de Salud, cree, tanto en los hospitales públicos como en los privados encargados de entregar diagnósticos de VIH/SIDA positivos, métodos y procedimientos destinados a disminuir en alguna medida el Shock emocional que sufren las personas al recibir su resultado, método que deben ser aplicados por personas debidamente capacitados para ese propósito.

6. Que el Gobierno a través de los departamentos encargados de la educación, prevención y divulgación, incorpore programas serios de orientación sexual con el fin de formar multiplicadores regionales multilingues, a fin de lograr una cobertura a nivel nacional, disminuyendo con ello los niveles de infección y reinfeccion, así como la mortandad debido a la enfermedad.

CENTRO DE ORIENTACION UNIVERSITARIA

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR

ESCALA PARA LA AUTO-MEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG

NOMBRE: _____

EDAD: _____ FECHA: _____

	ITEMS	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE	
1.	Me siento abatido y melancólico.					
2.	En la mañana me siento mejor.					
3.	Tengo accesos de llanto o deseos de llorar					
4.	Me cuesta trabajo dormirme en la noche.					
5.	Como igual que antes solía hacerlo.					
6.	Todavía disfruto de las relaciones sexuales.					
7.	Noto que estoy perdiendo peso.					
8.	Tengo molestias de constipación.					
9.	El corazón me late más aprisa que de costumbre.					
10.	Me canso sin hacer nada.					
11.	Tengo la mente tan clara como antes.					
12.	Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.					
13.	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.					
14.	Tengo esperanza en el futuro.					
15.	Estoy más irritable de los usual.					
16.	Me resulta fácil tomar decisiones.					
17.	Siento que soy útil y necesario.					
18.	Mi vida tiene bastante interés.					
19.	Creo que les haría un favor a los demás muriéndome					
20.	Todavía disfruto con las mismas cosas.					
					TOTAL	

CENTRO DE ORIENTACION UNIVERSITARIA

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR

ESCALA PARA LA AUTOVALORACIÓN DE LA ANSIEDAD DE ZUNG

NOMBRE: _____

EDAD: _____ FECHA: _____

	ITEMS	Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuenca	Siempre o casi siempre	Puntos
1.	Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre.					
2	Me siento atemorizado sin motivo					
3.	Me altero o me angustio fácilmente.					
4	Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos.					
5.	Creo que todo está bien y que no va a pasar nada malo.					
6	Me tiemblan los brazos y las piernas.					
7.	Sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda.					
8.	Me siento débil y me canso fácilmente.					
9.	Me siento tranquilo y me es fácil estarme quieto.					
10.	Siento que el corazón me late aprisa.					
11	Sufro mareos					
12.	Me desmayo o siento que voy a desmayarme.					
13.	Puedo respirar fácilmente.					
14	Se me duermen y me hormiguean los dedos de las manos y de los pies.					
15.	Sufro dolores de estómago o indigestión.					
16.	Tengo que orinar con mucha frecuencia.					
17	Generalmente tengo las manos secas y calientes.					
18.	La cara se me pone caliente y roja.					
19.	Me duermo fácilmente y descanso bien por la noche.					
20.	Tengo pesadillas.					

Puntuación 1

6- Ha disminuido usted el número de parejas sexuales y la frecuencia de sus relaciones?

SI_____ NO_____

Porqué? _____

_____

7- Ha aumentado usted el número de parejas sexuales y la frecuencia de sus relaciones?

SI_____ NO_____

Porqué?_____

_____

8- Ha investigado usted sobre los riesgos de infección y re-infección que se corren en las relaciones sexuales?

SI_____ NO_____

Porqué?_____

_____

9- Si una persona aún sabiendo que es usted portador del VIH, acepta tener una relación sexual y le pide que la realicen sin protección, aceptaría hacerlo?

SI_____ NO_____

Porqué?_____

_____

10- Como cree usted que puede evitarse la infección contagio del VIH/SIDA en las relaciones sexuales?

_____

_____

_____

_____

ENTREVISTA

A continuación se le presentan una serie de preguntas, por favor, responda a ellas con la mayor sinceridad posible y con la certeza de que sus respuestas se mantendrán en estricta confidencialidad, sin importar cuales sean.

NOMBRE:_____FECHA:_____

1- Actualmente mantiene usted relaciones sexogenitales?.

SI ____ NO_____

Porqué?_____
_____

2- Daría usted a conocer su enfermedad a la o las parejas con las que sostuvo relaciones sexuales previo al diagnóstico?

SI _____ NO_____

Porqué? _____
_____

3- Considera usted que una persona con VIH/SIDA debe comunicarle a su pareja de su enfermedad, previo a tener una realción sexual?

SI _____ NO_____

Porqué?_____
_____

4- Considera usted que una persona infectada con el VIH/SIDA debe evitar las relaciones sexuales?

SI _____ NO_____

Porqué?_____
_____

5- Estima usted conveniente que las personas con VIH/SIDA practiquen las relaciones sexuales sin penetración y sin intercambio de fluidos?

SI _____ NO_____

Porqué? _____
_____

DIAGNOSTICO:_____

_____

_____

_____

_____

TRATAMIENTO:_____

_____

_____

_____

Elaborado por:_____

Fecha de aplicación:_____

HISTORIA LABORAL:

ANTECEDENTES DEL PACIENTE:

-PadecimientosFísicos :

-Padecimientos Psíquicos:

-Acontecimientos Traumáticos :

-Ayudas que ha recibido:

EXAMEN MENTAL:

HISTORIA FAMILIAR:

Relación con el Padre: _____

Relación con la Madre _____

Relación con los hermanos _____

Actitud de la familia ante el padecimiento del paciente: _____

HISTORIA ESCOLAR:

HISTORIA CLINICA

Nombre:_____

Edad:_____ Sexo:_____

Fecha de nacimiento:_____

Lugar de Nacimiento:_____

Dirección:_____

Número de teléfono:_____

Escolaridad:_____ Religión:_____

Nombre del Padre:_____ Edad:_____

Nombre de la Madre: _____ Edad:_____

Motivo de Consulta:_____

Historia del problema actual:_____

HISTORIA PERSONAL:

Niñez:_____

Adolescencia_____

Adultoz _____

ANEXOS

12- Londoño, S. J. Alejandro, 112 DINAMICAS, sexta edición, coedición Indo-América Press Service, Casa dela Juventud Chapinero, Bogotá, Colombia , 1986.

13- Lucena Rodríguez, Eloisa Abdulia y Barneond Gomar, Carlos Eugenio **PROPOSICION DE UN PLAN DE HIGIENE MENTAL SOBRE EL SIDA. PARA ADOLESCENTES CON PREFERENCIA AL ESTUDIO DEACTITUDES**, Tesis Escuela de Ciencias Psicológicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1,992.

14- Merani, Alberto L. **DICCIONARIO DE PSICOLOGIA**, cuarta edición Barcelona, Buenos Aires-México, D.F. Ediciones Grijalbo, S.A. 1,994.

15- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Panel Foro **CONSECUENCIAS SOCIOECONOMICAS DEL SIDA EN GUATEMALA**, impartido en la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala 1997.

16- Pérez Faena, Luz Aida y Santizo, Rosalina Gonzélez (de), **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE RIESGO DEL ADOLESCENTE EN RELACION AL SIDA**, Tesis, Escuela de Ciencias Psicológicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1992.

17- Programa Nacional de SIDA, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, **PORCENTAJES Y ESTADISTICAS DEL SIDA EN GUATEMALA**, 1997.

18- Proyecto Schanti, **MANUAL DE APOYO PRACTICO** 1990.

19- **PSICOLOGIA Y VIDA**, traducción de Italiano, Editorial Reader´s Diges, México, S.A de C.V. 5ta. Reimpresión de la 1era. Edición, 1995.

BIBLIOGRAFIA

1- Ardila, Rubén, **SIDA Y PSICOLOGIA, AVANCES ENPSICOLOGIA CLINICA LATINOAMERICANA**, volumen 13 1.995

2- Asociación para la Prevención y Apoyo a Enfermos de SIDA, **PROGRAMA DE APOYO, PROYECTO DE SALUD MATERNO INFANTIL** , 1996.

3- Baldizón Tobar, Rosa Ofelia, **PERSONAS CON SIDA Y EL TEMOR A MORIR.** Tesis Escuela de Ciencias Psicológicas, Universidad de San carlos de Guatemala, 1993.

4- Comisión Pro-Convención sobre los derechos del niño -PRODEN- **ENTRE EL OLVIDO Y LA ESPERANZA.** Editorial Higsa Gala, Guatemala, 1,996.

5- Frankl, Viktor E. **ANTE EL VACIO EXISTENCIAL**, Barcelo Editorial Herder 1987.

6- Frankl, Viktor E. **PSICOANALISIS Y EXISTENCIALISMO**. Fondo de Cultura Económica México. D.F. 1970.

7- Granizo Méndez, Lucía Indira, Pérez, Marí Elizabeth **EL GRADO DE VACIO EXISTENCIAL EN PERSONAS CON VIH/SIDA, ATENDIDAS EN LA ASOCIACION DE PREVENCION Y AYUDA A ENFERMOS DE SIDA (SOLIDARIDAD).** Tesis, Escuela de Ciencias Psicológicas, Universidad de San Carlos de Guatemala. 1997.

8- H.H. de Canales, E. L. de Alvarado, E.B. Pineda **METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION (Manual para el desarrollo de personal de salud)**, Organización Panamericana de la Salud, OMS, 1986, Segunda reimpresión 1,989.

9- I. D. Yallom, J. Tinklenberg y M. Gilula, **CURATIV FACTORS IN GROUP THERAPY.** Estudio Inédito.

10- J. L. Moreno. **PSICOTERAPIA DE GRUPO Y PSICODRAMA**, Segunda reimpresión de la primera en español, Fondo de Cultura Económica. México D.F. 1970.

11- Kolb C. Lawrence, **PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA**, sexta edición en español de la novena en inglés, México Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V. 1,992.

INDICE GENERAL

_OS:

INTRODUCCION ——— 6

1.1 Marco Teórico, Programa de Psicoterapia de grupo 9
1.2 Planteamiento del Problema ——— 54
1.3 Formulación de Hipótesis ——— 56

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 Técnicas ——— 59
2.2 Instrumentos ——— 61

I. RESENTACION, ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS ——— 62

V. CONCLUCIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUCIONES ——— 114
RECOMENDACIONES ——— 116

BIBLIOGRAFIA ——— 117

ANEXOS ——— 119