

GUÍA PARA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA

DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA

UI
N390
998
. 2



CONASIDA



México - Salud 2000

**GUÍA PARA LA
ATENCIÓN PSICOLÓGICA
DE PERSONAS
QUE VIVEN CON EL
VIH/SIDA**

SEGUNDA EDICIÓN

RC644
.A26G8
1998

Segunda Edición, 1998

CONASIDA

CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA

Calzada de Tlalpan No. 4585-2o piso

Col. Toriello Guerra

México, D.F. C.P.14050

Impreso y hecho en México

Printed and made in Mexico

**Guía para la Atención Psicológica
de Personas que Viven con el VIH/SIDA
ISBN 968811246-1**

Portada:

"MUJER SALIENDO DEL PSICOANALISTA", REMEDIOS VARO, 1961

Para la reproducción parcial o total de esta guía,
será necesario contar con la autorización por escrito
de la Coordinación General del CONASIDA.

Para citas breves bastará con mencionar la fuente.

**GUÍA PARA LA
ATENCIÓN PSICOLÓGICA
DE PERSONAS
QUE VIVEN CON EL
VIH/SIDA
SEGUNDA EDICION**

AUTORES:

Psic. Leticia Abrego
Psic. Laura E. de Caso
Psic. Patricia García
Psic. Sergio Hernández
Psic. Alma López
Psic. Nazareno Malagón
Psic. Arturo Méndez
Psic. Gumerinda Mendoza
T.S. Anette Morales
Psic. Tiberio Moreno
Enf. Lourdes Muñoz
Psic. Víctor Ortiz
Psic. Sonia Rodríguez
Psic. Beatriz Sierra
Psic. Patricia Tovar
Psic. Claudia Valencia

DIRECCIÓN EDITORIAL:

Dra. Patricia Uribe Zúñiga

SUPERVISIÓN TÉCNICA:

Lic. en Psic. Luisa Irma Galli
Dra. Griselda Hernández Tepichin
Dra. Blanca Rico Galindo

COORDINACIÓN EDITORIAL:

Lic. José García Frías

DISEÑO EDITORIAL Y PORTADA:

Marisela Calderón Pérez

AGRADECIMIENTOS:

A la **Organización Mundial de la Salud** por el financiamiento otorgado para la impresión de la primera edición de esta guía, que constó de 4,500 ejemplares.

Al **Dr. Avelino Galtán González** por sus sugerencias y comentarios de la guía.

**CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN
Y CONTROL DEL SIDA CONASIDA**

PRESIDENTE:

Dr. Juan Ramón de la Fuente
SECRETARIO DE SALUD

COORDINADOR DEL GRUPO TÉCNICO INTERINSTITUCIONAL:

Dr. Roberto Tapia Conyer
**SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y CONTROL
DE ENFERMEDADES**

COORDINADORA GENERAL:

Dra. Patricia Uribe Zúñiga
COORDINADORA GENERAL DEL CONASIDA

VOCALES:

Lic. Miguel Limón Rojas

Secretario de Educación Pública

Gral. Div. DEM Enrique Cervantes Aguirre

Secretario de la Defensa Nacional

Alm. CGDEMN José Ramón Lorenzo Franco

Secretario de Marina

Lic. Mireille Roccatti Velázquez

Presidenta de la Comisión Nacional
de Derechos Humanos

Ing. Cuauhtémoc Cárdenas Solórzano

Jefe de Gobierno del Distrito Federal

Lic. Genaro Borrego Estrada

Director General de Instituto Mexicano
del Seguro Social

Lic. Socorro Díaz Palacios

Director General del Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales de los
Trabajadores del Estado

Lic. Mario Fuentes Alcalá

Director General del Sistema Nacional
para el Desarrollo Integral de la Familia

Sr. Carlos Tello Macías

Director General del Instituto
Nacional Indigenista

Dr. Victor Manuel Vázquez Zárate

Gerente de Servicios Médicos
de Petróleos Mexicanos

COMITÉS

ASPECTOS CLÍNICOS

DR. SAMUEL PONCE DE LEÓN ROSALES

ASPECTOS SOCIALES

DRA. GRACIELA HIERRO PEREZCASTRO

ASPECTOS JURÍDICOS

DR. MARCO A. STEFANO SAHAGÚN

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

DR. MAURICIO HERNÁNDEZ ÁVILA

BANCOS DE SANGRE

DRA. MA. SOLEDAD CÓRDOVA CABALLERO

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	9
2. IMPACTO PSICOSOCIAL DEL SIDA	11
2.1 Impacto del VIH/SIDA en la Identidad	11
2.2 Impacto del VIH/SIDA en la Sexualidad	12
3. PRUEBA DE DETECCIÓN DEL VIH: MODELO DE ASESORÍA PARA LA POBLACIÓN QUE CONSULTA	15
3.1 Primera Entrevista: Modelo de Atención Psicológica para la Primera Consulta	15
3.2 Primera Entrevista con una Persona que Llega con un Resultado Positivo	27
3.3 Segunda Entrevista: Esquema General de una Entrega de Resultado	36
3.3.1 Recomendaciones para Entregar un Resultado Positivo	40
3.3.2 Recomendaciones para Entregar un Resultado Negativo	46
4. ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO	49
4.1 Descompensaciones y Manifestaciones Psicológicas en las Personas con el VIH/SIDA	49
4.1.1 La Familia y el Enfermo	52
4.2 Modelos de Acompañamiento Psicológico para las Personas con el VIH/SIDA	53
4.2.1 Luchar Contra el SIDA: Un Trabajo Grupal	54
4.2.2 Grupos de Información para Personas Seropositivas	59

5. IMPACTO QUE PRODUCE EN EL PERSONAL DE SALUD TRABAJAR CON PACIENTES CON EL VIH/SIDA	75
--	-----------

5.1 Alertas para el Trabajador de la Salud	75
---	-----------

6. TALLERES DE PREVENCIÓN Y APOYO	77
--	-----------

6.1 Taller de Sexo Seguro	77
----------------------------------	-----------

6.2 Taller de Buen Morir	91
---------------------------------	-----------

Anexo I	101
----------------	------------

Anexo II	105
-----------------	------------

Anexo III	106
------------------	------------

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad la magnitud y la tendencia esperada de la epidemia del SIDA son tales, que el personal de salud en algún momento de su ejercicio profesional, se verá atendiendo a alguna persona portadora del VIH o con el SIDA.

Con mayor frecuencia el médico, trabajador social, enfermera o psicólogo se encuentra ante una persona a la que juzga necesario practicarle los análisis sanguíneos para la detección de anticuerpos contra el VIH o se ve ante la situación de tener que entregar un resultado positivo del VIH a alguna persona y/o familia, sin contar con el entrenamiento y los conocimientos necesarios para dar la asesoría adecuada antes de la prueba o bien para reducir el impacto emocional y psicosocial que provoca el ser informado de un resultado positivo.

Recibir la notificación de algo que pone en peligro la integridad física, sin lugar a dudas representa un impacto a la estabilidad emocional de cualquier ser humano, más aun si la enfermedad de que se trata es incurable. Si a ésto se suma que la enfermedad, por su medio de transmisión, involucra la intimidad sexual de cada individuo, y que las personas afectadas están injustamente sujetas a estigmatización y marginación social, la descompensación emocional provocada es mayor.

Ante una crisis o estrés psicosocial, las reacciones del individuo pueden oscilar desde el ajuste con angustia, propia de cualquier proceso adaptativo, hasta problemas de mayor gravedad que incluso requieran de atención psicológica y/o psiquiátrica específica. Pero hay muchas cosas que cualquier profesionista o trabajador de la salud puede hacer para reducir el impacto y no provocar mayor daño a la persona que sufre.

La presente guía intenta poner a la disposición de cualquier profesionista o persona capacitada, los elementos básicos y puntos de apoyo del acompañamiento psicológico para asesorar la realización de una prueba de detección serológica del VIH y la entrega de sus resultados, ya sean positivos o negativos. Asimismo, describe las descompensaciones y manifestaciones psicológicas más frecuentes en la población afectada por el VIH/SIDA. Esto reviste singular

importancia, puesto que dependiendo de la comprensión que el personal de salud pueda tener sobre este proceso, se favorecerá la adaptación funcional del paciente, mejorando así su calidad de vida.

Esta guía presenta los modelos que han sido probados en los centros de información del CONASIDA para brindar asesoría antes y después de la realización de la prueba de detección del VIH, así como el acompañamiento psicológico y talleres de apoyo para las personas afectadas por el VIH/SIDA.

Estos modelos son el producto de la experiencia laboral del equipo de psicología en población con prácticas de riesgo o ya afectada, y pueden ser aplicados principalmente en centros de información y centros de salud donde se atiendan pacientes con enfermedades sexualmente transmisibles, mujeres embarazadas, así como centros de atención o clínicas de diagnóstico donde se atienda a población con prácticas de riesgo; pero pueden ser modificados de acuerdo con las características de cada situación y a las necesidades de las instituciones o profesionistas. Por otro lado, se ofrecen algunas alternativas de apoyo para las personas con riesgo de adquirir la infección o que ya viven con el VIH/SIDA, basadas fundamentalmente en la información y que no requieren de personal altamente especializado para su replicación, como son: los grupos de información y los talleres de sexo seguro y de buen morir.

La intención del CONASIDA es compartir su experiencia con todos aquellos que, sin ser necesariamente psicólogos, psiquiatras, psicoterapeutas o psicoanalistas, día a día atienden a personas en riesgo o afectadas por el VIH/SIDA. Esta guía ofrece algunos elementos útiles que pueden servir como herramientas para reducir el impacto emocional de la notificación, sin pretender fincar un modelo rígido que acartone y dificulte la atención de los pacientes sino procurando mejorarla.

Finalmente, se esbozan algunos lineamientos para el apoyo psicológico grupal de las personas afectadas, existiendo diferentes modelos y experiencias en este tipo de trabajos en grupos gubernamentales de varios países. La intervención grupal se fundamenta en factores de diversa índole, como son: la optimización del servicio, a fin de llegar a un mayor número de personas en menos tiempo, y el conocimiento psicológico de que un individuo está en mejores condiciones de superar el temor y menosprecio que siente, al saber que otros como él se enfrentan a dificultades similares.

2. IMPACTO PSICOSOCIAL DEL SIDA

2.1 Impacto del VIH/SIDA en la Identidad

La identidad es el concepto o representación mental que un individuo tiene de sí mismo (esto es, su cuerpo y su mente). Todas las experiencias de un individuo en el ambiente en que se desenvuelve conforman su identidad; pero la identidad está definida por diversos factores que se extienden más allá del individuo, como son los sociales, históricos, culturales, familiares, etcétera.

La identidad se mantiene a través del tiempo, es decir, un individuo adulto, a pesar de ser distinto al que era cuando tenía tres años, es el mismo individuo; y sus aspiraciones e ideales, aun cuando los alcance en un futuro, son ya parte de su identidad.

Desde el momento en que a una persona se le informa que se encuentra infectada por el VIH, que tiene el SIDA o cualquier otra enfermedad mortal, ésto basta para que todo el edificio de la identidad, construido afanosamente durante años, sufra cambios. La posibilidad de desarrollar el SIDA o la posibilidad de la muerte, nos hace forzosamente ser otros.

Uno ya no será más aquél o aquélla, ahora será seropositivo (a), un enfermo de SIDA o el que oculta o el que sufre o el que busca... pero en cada caso, nunca se vuelve a ser el mismo.

Si alguien se entera de una situación o hecho que cambiará su vida entera, lo mejor que puede hacer es integrar esta nueva experiencia en su nueva identidad, evitando rechazarse, odiarse o tener lástima de sí mismo.

Estar infectado por el VIH/SIDA puede ser una gran oportunidad para vivir la vida de otra manera; de golpe uno se da cuenta que no ha vivido lo que quería ni como quería, de que faltan muchas cosas por hacer, de que se ha vivido en función de otros y es tiempo de tomar las riendas de la propia vida, asumiendo una voluntad de vivir y dar dirección consciente a los propios actos.

La manera en que se realicen los ajustes para enfrentar esta nueva situación, dependerá de la historia personal previa de cada individuo; de su estabilidad emocional, de la postura que asuma el individuo afectado y de la actitud y conducta de familiares, amigos, así como del personal médico y paramédico. Por otro lado, es fundamental para estos individuos que la sociedad los apoye y cambie su identidad.

El SIDA y el concomitante descubrimiento del VIH hacen necesario un cambio en las modalidades de relaciones interpersonales, y por tanto en la identidad global del ser humano; todos necesitamos en cierto sentido modificar nuestra identidad (aunque no estemos infectados por el VIH), para poder adaptarnos al desafío implícito de esta terrible epidemia; y este proceso ya se inició, fundamentalmente, con la labor de organismos gubernamentales y no gubernamentales que luchan contra el SIDA, los cuales han favorecido un cambio en la identidad/conciencia del individuo y de la sociedad.

2.2 Impacto del VIH/SIDA en la Sexualidad

Es preciso eliminar la idea de que la sexualidad sólo está en los órganos genitales y que éstos sólo funcionan para el orgasmo o eyaculación. Pensar que la sexualidad se reduce a la genitalidad, empobrece la sexualidad.

Se propone partir de una idea más amplia: vivir la sexualidad como expresión de la fuerza de la vida, cuyas formas de manifestación cotidiana son muy diversas. En este sentido podemos decir que caminar, respirar, trabajar, comer, son actos cargados de fuerza erótica. Por tanto, la genitalidad es una de tantas formas en que podemos realizar esta fuerza de vida.

Para desarrollar un trabajo más adecuado frente al paciente, se proponen los siguientes puntos:

- **Partir de un respeto fundamental ante cualquier postura, opinión, elección u orientación sexual.**
- **No imponer en los otros la propia concepción de sexualidad.**
- **No emitir juicios.**
- **Respetar el derecho de que cualquier persona puede ejercer su sexualidad, si así lo decide, pero de manera consciente.**
- **Aceptar que la sexualidad se expresa más allá de la genitalidad.**

Al trabajar con personas con prácticas de riesgo o ya infectadas por el VIH se considera pertinente reflexionar en torno a los siguientes subtemas de la sexualidad:

a. Orgasmo. Hablar de orgasmo o eyaculación, implica cuestionar el empobrecimiento con que vivimos la sexualidad, reducida a genitalidad y esta al orgasmo; creemos que sólo vivimos plenamente nuestra sexualidad cuando los genitales están involucrados.

Es como creer que sólo se tiene estómago cuando se está realizando la digestión. La sexualidad, como expresión de fuerza vital, de erotismo, está ahí todo el tiempo; es algo mucho más que el orgasmo/eyaculación. Aunque el orgasmo es la descarga bioquímico-energética y psicológica máxima, no es la única expresión de la misma.

b. Genitalidad. Expresamos nuestra sexualidad de acuerdo con nuestros valores sociales, morales y culturales, según los cuales hay partes prohibidas de nuestro cuerpo; en general no hablamos de los genitales ni de algunas secreciones y excreciones corporales, más que para hacer chistes o reír.

No se trata ahora de hablar únicamente de los genitales, sino de reconocerlos, asumirlos e integrarlos con toda naturalidad dentro de nuestro esquema corporal.

c. Sexualidad. Todos hemos recibido una educación sexual informal y a veces formal. No obstante, raras veces se habla de genitalidad, directamente de la sexualidad o se cuestionan los roles sociales establecidos de acuerdo con el género de cada persona.

Generalmente recibimos información muy deformada sobre sexualidad, debido a que proviene de amigos, revistas no científicas, películas pornográficas, etcétera. Sin embargo, con la aparición del SIDA, hemos empezado a hablar de sexualidad y nos damos cuenta de lo poco que sabemos de ella; de lo poco que la hemos experimentado realmente.

La sexualidad es una fuerza que se manifiesta en todo lo que nos rodea. Aunque en los animales se reduzca sólo a la genitalidad, también se experimentan; incluso existe en otras formas de vida.

Conviene aclarar que masculino no es igual a varón; ni femenino es igual a mujer. En cada varón aparece la sexualidad conformada por estos dos polos; de la misma manera, en cada mujer lo masculino y lo femenino conforman su sexualidad.

Cada uno de nosotros experimenta facetas femeninas y masculinas, sin importar la orientación sexual. Cuando lo masculino y lo femenino están en armonía, podemos tener una sexualidad armónica y compartir con otra persona todo un mundo de experiencias y aprendizajes.

Por el contrario, por más hetero, homo o bisexual que una persona sea, si su masculinidad y femineidad no están armonizados, es muy difícil que tenga relaciones de cualquier tipo con otras personas.

El SIDA no es la interrupción de la sexualidad, ni de nuestro aprendizaje como seres humanos, sino que forma parte integral de nuestro crecimiento, si así estamos dispuestos a transformarlo.

En términos de sexualidad, el SIDA ha venido a abrirnos los ojos en cuanto al error que ha sido negar una parte de nuestro ser individual y social; ha fortalecido nuestra solidaridad y capacidad de amar, aunque también ha sacudido nuestros miedos e individualismo.

d. Erotismo. No hay acto de nuestra vida que no sea manifestación de la fuerza del amor (Eros). En un sentido amplio, para recuperar el erotismo hay que aprender a expresar la sexualidad, más allá de la genitalidad, puesto que existen diferentes formas de sentir y compartir plenamente una relación. Esto es una invitación al amor, a la comunicación y al entendimiento de nuestro cuerpo.

3. PRUEBA DE DETECCIÓN DEL VIH: MODELO DE ASESORÍA PARA LA POBLACIÓN QUE CONSULTA

3.1 Primera Entrevista: Modelo de Atención Psicológica para la Primera Consulta

El objetivo de la primera entrevista es obtener información suficiente que permita valorar si una persona ha estado expuesta a un posible contagio del VIH y por lo tanto, amerita la prueba, o sólo requiere información que aclare sus dudas.

Cuando se les pregunta el motivo de consulta general, se reciben respuestas que pueden oscilar desde racionalizaciones como: "por responsabilidad", "por curiosidad", "todos se la deberían hacer", hasta situaciones específicas donde se ha estado expuesto a riesgo.

El primer tipo de respuesta es un indicador de que la persona desea ocultar información, por lo que es conveniente aclararle, en ese momento, que la información que proporcione será confidencial y anónima, y que es necesario conocer más a fondo sus motivos para que se le pueda orientar y ayudar.

Además de los motivos que externe se le debe preguntar sobre otras situaciones de posible riesgo. Si de inicio ya dio algunos datos referentes a estos riesgos es importante explorarlos, en función de los últimos seis años, ya que de haber adquirido este virus antes de dicho tiempo es muy probable que ya presente sintomatología. De ser así, explore más esta sintomatología (desde cuándo, con qué frecuencia, qué lo provoca, etcétera) para posteriormente cotejarla con los factores (o prácticas) de riesgo que le refiera el paciente.

Los **factores (o prácticas) de riesgo** se pueden explorar en los siguientes aspectos:

- Prácticas sexuales: en qué situaciones utilizó condón; si no lo hizo, cuál fue la razón.
- Las personas con las que se ha relacionado sexualmente: han sido parejas estables, amistades, encuentros casuales. Las prácticas

han sido vaginales, anales u orales. En caso de mantener prácticas homosexuales, predomina el rol activo o pasivo, con o sin condón. Si ha presentado alguna enfermedad de transmisión sexual. Factores sanguíneos: si le han transfundido sangre; en dónde, por qué motivo. Si se ha realizado algún tatuaje, acupuntura, si usa drogas por vía intravenosa.

Ante la necesidad de manejar cuidadosamente las entrevistas previas a la entrega de un resultado de detección del VIH, será de gran eficacia seguir los pasos que se indican a continuación, teniendo en cuenta que el orden que se propone no es rígido; parte fundamental de su correcto manejo es la flexibilidad y criterio con que el personal de salud conduzca la sesión.

Esta es una guía para conducir la experiencia y no un formulario.

1. Presentación

Habitualmente se menosprecia el momento de la presentación entre dos personas; queda como mero formalismo social. Sin embargo, es de fundamental importancia, ya que es el principio del manejo de identidad, tanto del paciente y del entrevistador, como del centro de salud.

Las primeras impresiones, aunque puedan ser erróneas, resultan duraderas, así que conviene poner especial atención al inicio de esta identidad compartida, en la que el paciente y el profesional comienzan a existir uno frente al otro.

Se considera que los momentos importantes de la presentación son:

Recepción

Es conveniente que el personal de salud reciba al paciente en la entrada del centro de información o en la recepción de la clínica, o cuando menos, en la puerta del consultorio. Considerando que es el primer contacto con el paciente, hay que sostener un tono de cordial bienvenida, porque las actitudes de este tipo pueden ayudarlo a disminuir la ansiedad desde el principio.

Es importante señalar que esta actitud debe ser asumida también por el personal que se encuentre en la recepción, ya que es la primera impresión que el paciente tendrá del centro de salud.

Nombre - identificación

Es el entrevistador quien primero debe presentarse. En caso de que el paciente no dé su nombre, conviene preguntarle cómo desea ser llamado, a fin de facilitar un manejo personalizado de la sesión. Cabe aclarar que muchos pacientes prefieren el seudónimo.

Explicación del servicio que se brinda

- **Anónimo:** no se proporciona el nombre o cualquier dato que permita la identificación o localización del paciente, aunque se solicite un nombre de pila (falso o no) para personalizar el servicio.
- **Confidencial:** toda información pedida tiene el objetivo de mejorar el servicio. Su manejo es estrictamente confidencial.
- **Voluntario:** una vez recibida la información, es el paciente quien decide hacerse o no la prueba. No por el hecho de estar en el centro está obligado a tomarse la muestra.

Demanda (reconocimiento de la demanda del paciente)

La demanda es todo aquello que el paciente espera y desea recibir como ayuda.

En sentido estricto, la demanda psicológica está constituida por todo aquello que se manifiesta como el "motivo" de consulta.

Esta demanda tiene dos aspectos, uno **latente** y otro **manifiesto**.

En la consulta se expresan argumentos objetivos y angustia verbalizada, éstos son elementos de lo manifiesto.

Junto con este aspecto está lo latente, que aunque no se exprese con claridad está presente. Es todo aquello que en lo profundo motiva al paciente a solicitar la consulta.

Será siempre conveniente escuchar la demanda psicológica, ya que no todos los pacientes tienen claro qué es lo que están solicitando. A veces, detrás del interés por la prueba, pueden estar latentes los deseos de resolver o confrontar un problema.

El reconocimiento de la demanda significa la aclaración de ésta entre el profesional de salud y el paciente, por lo cual será necesario mantener una actitud de atención alerta y permanente desde la demanda hasta la atención.

Cómo abordar la demanda

Desde la recepción es necesario plantear preguntas, como "¿en qué podemos servirle?", ya que representa una forma de dar la bienvenida a quien consulta y facilita la verbalización de la demanda.

Convendrá hablar en plural, como una forma de remitirnos al equipo de trabajo con quien contará el paciente.

Es recomendable evitar preguntas que involucren en forma directa al paciente como: "¿qué necesita?", "¿qué problemas tiene?". Son abruptas y elevan la ansiedad.

Se facilitará el abordaje, si cada profesional de salud se ubica desde la posibilidad de apoyo que se puede brindar como equipo o como centro de salud, en lugar de dirigirse inquiriendo directamente al paciente.

2. Manejo de información

Una vez que se ha establecido la identidad y la demanda, el tema se aborda a través de dos niveles: manifiesto y latente (en adelante se escribirá M para el primer caso y en cursivas L para el segundo). Se considera que los momentos importantes de esta fase son:

a. Nivel de información del paciente

M) Se invita al paciente a que verbalice el conocimiento que tiene del virus, enfermedad, etcétera, para valorar el nivel informativo y no repetirle la información.

L) Mientras el paciente verbaliza la información, el profesional debe sondear el tipo de mecanismos defensivos, características de personalidad y relaciones afectivas que el paciente exprese en sus palabras y preguntarle sobre los cambios que éste ha observado antes y después de la autopercepción de riesgo.

Es preciso considerar que los mecanismos presentes revelan con mayor claridad la relación del paciente con sus sentimientos, ya que se encuentra en una situación extraordinaria que lo lleva a romper con los comportamientos habituales, permitiendo el flujo a la conciencia de aspectos inconscientes.

Cualquier elaboración que el profesional de salud haga en ese sentido, debe ser considerada como mera hipótesis en constante comprobación. Resulta peligroso encasillar, de entrada, la posible personalidad de un paciente. Debemos darnos tiempo.

b. El profesional de salud completa la información

M) Una vez que el paciente termina de exponer su información, se le completará, a fin de resolver dudas, ampliando y comparando información, contrastándola con la desinformación para facilitar que el paciente seleccione, aclare y maneje datos certeros.

Conviene que el profesional indague la fuente de donde se obtuvo la información, para que, en caso de resultar útil y pertinente, pueda recomendarse la referencia a otros pacientes.

Los puntos que se consideran de fundamental importancia para ser aclarados, son:

Formas de transmisión del VIH:

- Sexual (intercambio de líquidos corporales, tales como semen, sangre o fluidos vaginales)
- Sanguínea
- Perinatal

Formas de prevención:

- Uso del condón, sexo seguro
- No intercambiar líquidos corporales
- No compartir jeringas
- No compartir instrumentos punzocortantes

¿Qué es el período de ventana?

Periodo de 2 a 3 meses, a partir de la infección. Es el tiempo que el cuerpo tarda en producir anticuerpos contra el VIH, posteriormente, las pruebas pueden detectar la presencia o no de dichos anticuerpos en el suero sanguíneo.

Seguimiento serológico

Sólo está recomendado cuando la pareja sexual tenga el VIH y/o tenga prácticas de riesgo; en accidentes del personal de salud, en personas con frecuentes prácticas de riesgo sin prevención; en personas con resultados previos, dudosos o indeterminados, o en casos que puedan estar dentro del período de ventana. Se insistirá en la conveniencia de repetir la prueba a los 3 meses y en la importancia de la prevención como única forma de evitar la infección.

Fases de la enfermedad

- I. INFECCIÓN AGUDA: infección, período de ventana.
- II. FASE DE LATENCIA: seropositividad, portador asintomático o portador sano.
- III. COMPLEJO RELACIONADO CON SIDA O CRS
- IV. SIDA

Significado de un resultado positivo y negativo

Resultado **negativo**, significa que la persona no ha estado en contacto con el virus, o que no ha sido infectada por el VIH. También puede significar que el individuo se encuentra en el período de ventana, si se realiza la prueba antes del tiempo recomendado. Pero un resultado negativo no significa que sea inmune al virus; nadie lo es, y de exponerse a él se tienen todas las probabilidades de adquirirlo.

En el caso de una constante exposición al riesgo, es de fundamental importancia realizar un seguimiento del paciente y recomendar la prevención como una forma de mantenerse negativo.

Resultado **positivo**, significa que la persona tiene anticuerpos contra el VIH, y por lo tanto, ha adquirido el virus. No significa que tenga el SIDA. Sin embargo aunque no tenga síntomas, esa persona ya puede infectar a otra.

Cuando el resultado es **indeterminado** se debe incrementar la atención y cuidado para el paciente, a fin de sostener un estrecho seguimiento; pero de ninguna manera se podrá dar como resultado negativo o positivo. Es preciso corroborar el diagnóstico con una nueva prueba, antes de notificarlo al paciente.

Recomendaciones de acuerdo con el resultado:

NEGATIVO

- **Adoptar medidas de prevención, como el uso del condón o prácticas de sexo seguro**
- **Asistir a talleres de prevención**
- **Evitar prácticas de riesgo**

POSITIVO

- **No infectar**
- **No reinfectarse**
- **Alimentación, descanso**
- **Suspensión o disminución de alcohol, droga y tabaco**
- **Acudir periódicamente al médico**
- **Evitar el estrés y la depresión**

Existen varias medidas de prevención

Sexo seguro: basado en evitar el intercambio de líquidos corporales (semen, fluidos vaginales y sangre).

Se propone el ejercicio de una sexualidad más allá de la genitalidad, revalorando diversos juegos eróticos sin riesgo: caricias, masturbación mutua, frote de piel sana, eyaculación sobre piel sana (es decir, sin heridas), etcétera.

Sexo protegido: en el caso de tener relaciones sexuales con penetración (por boca, vagina o ano) el uso de métodos de barrera, como el condón o los diques dentales, disminuyen de manera importante el riesgo.

Uso del condón

- Sólo se recomiendan condones de látex para prevenir la infección por el VIH/SIDA.
- Debe existir colchoncillo de aire en el paquete.
- Revisar la fecha de manufactura (MFG) o de expiración (EXP). Los condones tienen un periodo de duración de aproximadamente 5 años; sin embargo, conviene usarlos antes de ese tiempo.
- Se debe abrir el empaque con las yemas de los dedos, evitando romperlo con las uñas, dientes o anillos prominentes.
- Se debe checar la dirección en que se desenrolla.
- Se recomienda, para aumentar la sensibilidad, colocar una gota de lubricante soluble en agua por dentro del condón.
- Colocarlo en el pene erecto (retrayendo el prepucio hacia atrás en caso de no haber circuncisión) antes del primer contacto con vagina, boca o ano.
- Oprimir la punta del condón para eliminar cualquier burbuja de aire que lo pueda romper.
- Desenrollarlo hasta la base del pene y alisarlo, a fin de evitar las burbujas de aire.
- Lubricarlo únicamente con lubricantes solubles al agua, nunca con base de aceite.
- En caso de que se rompa el condón es preciso salirse de inmediato y colocar otro.
- Después de la eyaculación, salirse sosteniendo el condón en la base del pene.
- Sólo se usa un condón por penetración.

L) La forma de completar la información dependerá de la percepción del profesional, en relación con la posible reacción del paciente. Es decir, la forma de dar información es la prueba de nuestras hipótesis respecto de la personalidad de quien nos está consultando. La forma de completar información ayudará a descubrir aspectos personales y temores del paciente, lo que será nuestro material para apoyarlo en el enfrentamiento con el resultado de la prueba.

Se busca que la información permita al paciente disminuir la psicopatología que lo afecte, así como obtener datos para saber cómo manejar una segunda entrevista.

c. Detectar la escena en que el usuario se expone a prácticas de riesgo

Conviene reflexionar junto con el usuario en la importancia de detectar en qué tipo de situaciones son en las que con más facilidad se expone al riesgo.

Cada caso es diferente, así que podemos ayudarlo poniendo algunos ejemplos generales: "Supongamos: yo me pongo en riesgo cada vez que he bebido alcohol o cada vez que mi pareja es físicamente irresistible, o cuando me siento solo o por venganza... ¿en tu caso, detectas en qué tipo de situaciones te expones a las prácticas de riesgo?

"Es importante detectarlas para que cuando se vuelvan a dar, en lo futuro, como ya sabes que son esas ocasiones en que te pones en riesgo, podrás prevenirlas a tiempo.

"Si por ejemplo, alguien se pone en riesgo cuando ingiere alcohol y le acaban de hablar sus amistades para ir a una fiesta, ese es el preciso momento de tomar los condones y protegerse. No necesariamente va a buscar relaciones sexuales, pero como ya sabe que esa es su escena de riesgo puede prevenirse".

d. El profesional de la salud reflexiona sobre la vida y la muerte

M) El profesional señalará las consecuencias psicosociales del SIDA. Las frases siguientes son una aproximación, que según el caso, podrán usarse o no, de acuerdo con el interlocutor que se tenga. El objetivo de esta reflexión es poder llevar a relativizar sus mecanismos conocidos y sus actitudes en respuesta a la vida y la muerte.

- Estimular el deseo de vivir y luchar contra los estigmas.
- La marginación y los estigmas no sólo se dan, también se aceptan.
- Reconocer y asumir la sexualidad con responsabilidad y conciencia.
- Asumir la existencia conformada por los polos vida - muerte. No se puede aceptar la vida y negar la muerte; o se aceptan ambos, o se niegan ambos, porque forman una unidad.
- Aceptar la muerte como parte de la existencia y como ineludible momento por el que pasaremos todos.
- La idea de que la muerte significa necesariamente un proceso doloroso y triste.

- La optimización del tiempo rescatando los valores fundamentales de la existencia de cada quien.
- La realización de los anhelos personales, sea cual sea el resultado de la prueba.
- Vivir el aquí y ahora como método de vida y no estar buscando la razón del "por qué se infectó", "cómo y cuándo morirá".

L) A través de este discurso el profesional de la salud buscará "tender una red" de contención para el paciente, a fin de que la experiencia sea transformada en un aprendizaje que favorezca los procesos adaptativos que se requieren y su relación con la vida.

En caso de que la prueba resulte positiva, este aspecto, elaborado ya durante la entrevista, ayuda a conducir al paciente a través de la experiencia.

Partimos del supuesto de que no conviene ofrecer el tratamiento psicoterapéutico tradicional, sino conducir al paciente de una manera directa para que optimice su tiempo. La forma concreta en que esto se asuma estará determinada por las condiciones específicas del paciente.

e. Dudas

M) El profesional invita al paciente a expresar sus dudas, en cuanto a todo lo mencionado durante la sesión.

L) Este momento permite ubicar posibles resistencias del paciente, como negar, olvidar, deformar, contradecir y completar el cuadro de valores desde los que enfrenta el mundo, pues permite prever sus puntos débiles, en caso de recibir un resultado positivo. Asimismo, permite indicarle lo significativo de los datos que refiere; más aún si el paciente tendió a actuar como si no ocurriera nada. Teniendo datos significativos es más fácil indicarle que está negando la situación. Contrariamente, si estuviera muy angustiado y los datos no fueran significativos, hay que hacérselo ver, sin que esto indique que se le asegura un resultado negativo.

f. Decisión

M) Una vez dada la información, el paciente tiene ya los elementos para tomar la decisión de hacerse o no la prueba. Este es el momento

para preguntar "¿qué haría usted, en caso de que su resultado fuera negativo?", "¿qué, si fuera positivo?".

L) Es preciso evaluar la seguridad del paciente. En caso de tratarse de una persona con prácticas de alto riesgo y poca seguridad personal, se le sugerirá la conveniencia de hacerse la prueba como una manera de saber a qué atenerse, tomar decisiones y modificar sus conductas riesgosas, independientemente de que el resultado de la prueba sea positivo o negativo, a fin de alargar el período asintomático, por ejemplo, evitando la reinfección.

Es pertinente reafirmar que un resultado negativo no implica estar libre de infección ni inmunidad al virus.

En caso de tratarse de una persona con bajo riesgo, sondear cuál es su vínculo con la sexualidad.

En ambos casos es importante señalar la posibilidad de la seroconversión, incluso durante la espera de los resultados, si la persona tiene prácticas de alto riesgo.

Preguntar cómo enfrentaría los resultados permite conocer las posibles transformaciones que la experiencia generaría en mecanismos defensivos, estructuras de personalidad y en las relaciones afectivas del paciente.

Es importante considerar la modificación de las relaciones del paciente con su mundo afectivo, pues aunque es difícil que cambie, la confrontación directa con la posibilidad de la muerte suele producir efectos muy profundos en el individuo. Esta característica particulariza y condiciona totalmente el trabajo con este tipo de pacientes, por lo que las propuestas psicológicas deben sujetarse a esta variante.

3. Evaluación emocional

M) Una vez que el paciente ha tomado la decisión de practicarse la prueba, es preciso preguntarle cómo se siente después de lo hablado.

L) Esto permite valorar los efectos de la entrevista, en términos de disminución de emociones, como la ansiedad, miedos y fantasías, así como la claridad con que se ha recibido la información.

Según la pertinencia de cada caso, el profesional reforzará los puntos que considere necesarios. Generalmente se escuchan estas respuestas: "lo tomaría con resignación", "me suicidaría", "me alejaría de mi familia", "me atendería médicamente", "ayudaría a personas infectadas", etcétera. Este tipo de respuestas nos dan un indicador de su conciencia de riesgo, así como del manejo de su angustia.

4. Aplicación de la encuesta

En varios centros de información y atención del VIH/SIDA o en clínicas u hospitales del Sector Salud, se aplican encuestas con el objetivo de recabar información que es valiosa para diseñar intervenciones educativas o saber hacia dónde dirigir las acciones posteriores para el control y prevención del problema. Esta información siempre deberá ser obtenida de manera voluntaria, confidencial y de ser posible anónima.

M) Se invita al paciente a llenar la encuesta, recordándole el anonimato y la confidencialidad de la información. Conviene sensibilizar al paciente acerca de la importancia de sus respuestas.

L) Conviene estar atento a cualquier comentario, ya que puede precisar las hipótesis en torno a mecanismos defensivos y estructuras de personalidad.

5. Cierre de la sesión

El cierre se realizará precisándole al paciente la última información (conviene que en este momento se le entregue la folletería pertinente):

- Importancia de la clave de identificación, como única forma de identificar su expediente.
- A continuación le será tomada la muestra de sangre en el laboratorio.

Ψ

NOTA: Es preciso aclarar que los resultados no deben informarse telefónicamente, ni a otra persona que no sea el interesado, salvo en caso de que éste no pueda acudir a recogerlo por fuerza mayor. Se requiere de carta poder e identificación para entregar el resultado a otra persona.

- Conviene enfatizarle al paciente que puede acudir a consulta, si durante la espera de los resultados los niveles de ansiedad le resultan intolerables.

6. Informe

Será de fundamental importancia que el profesional de la salud elabore un informe posterior a la entrevista. Este consistirá en la información psicológica referida a rasgos de personalidad; si el paciente está consciente de su riesgo, qué sentimientos presenta (angustia, llanto, indiferencia, confusión, miedo, agresión). Si existió congruencia entre lo que dice y lo que hace, si sus respuestas fueron agresivas, si las reprimió, si se sintió culpable, si mostró depresión. Todo este material será útil para la entrega del resultado o para una segunda entrevista.

3.2 Primera Entrevista con una Persona que Llega con un Resultado Positivo

En ocasiones hay pacientes que llegan al centro con un resultado positivo previo en pruebas de detección del VIH, y por tanto no han recibido la asesoría pre-post prueba.

Se considera que este tipo de pacientes conforman un grupo peculiar por el comportamiento que puedan presentar, cuyo manejo conviene ser atendido con mayor detenimiento.

Las siguientes observaciones son algunas pautas de trabajo que permiten facilitar el apoyo y orientación a la persona que vive con el VIH.

Ser contenedor de las emociones y reducir la angustia del paciente

Conviene que el profesional de la salud esté convencido de las alternativas que propondrá al paciente. Esto implica dominar la información de lo que es el VIH y saber que seguramente se enfrentará a la angustia, el enojo o depresión del paciente.

Ante esta realidad, su trabajo estará dirigido a modificar las ideas, preocupaciones o emociones negativas del paciente en otras de carácter positivo y útil, que lo apoyen y reduzcan su angustia.

Tipos de pacientes

Se pueden clasificar en dos grandes grupos:

- Quienes previamente han recorrido todo tipo de instituciones y profesionistas.
- Quienes desconocen todo lo relativo a su situación (sea por negación o por ignorancia) y no han tenido seguimiento con instituciones de salud.

Características comunes en estos pacientes

a. Crisis por "otros" motivos

Es común que lleguen en estado de crisis, cuyas causas aparentes son diferentes o sin relación directa con la seropositividad.

Muchas veces estas crisis son motivadas por la partida de un ser querido, la pérdida del trabajo, un cambio de domicilio, etcétera.

Estas situaciones funcionan como detonadores de la angustia e impulsan al paciente a buscar ayuda.

Para los pacientes que ya han consultado a diferentes profesionales y aún niegan interiormente su seropositividad, será posible pensar que tienen niveles más elevados de psicopatología, aunque puede darse que por lo mismo estén cercanos a reconocer su situación.

b. Negación a largo plazo

En ocasiones, aun cuando se ha recibido una asesoría médico-psicológica, es probable que no se pueda enfrentar la crisis de la seropositividad, por lo que se desarrolla un periodo de negación prolongado en el que el paciente mantiene sin cambiar sus hábitos de vida, entre los que están aquellos que perjudican su salud o la de otros con relación a él.

c. Tendencias destructivas y autodestructivas exacerbadas

Producto de la negación, pueden provocarse cambios extremos en el ánimo del paciente, pudiendo pasar rápidamente de un estado depresivo a la sensación de omnipotencia e incluso de agresividad.

Es común que aparezcan tendencias destructivas que se manifiestan en agredir a otros, romper cosas, mantener relaciones sexuales sin protección, etcétera, así como autodestructivas como aumentar la ingesta de alcohol o enervantes, tener accidentes corporales, impactos, golpes, fracturas; cambio excesivo del ritmo natural del cuerpo como el descanso, la alimentación, etcétera.

d. Principio de realidad debilitado

El paciente se halla confuso, no sabe con claridad qué hacer en su actual situación de vida. No sabe con qué cuenta, ni en qué orden, por lo que muchas veces se propone hacer cosas que están fuera de sus posibilidades o espera que otros hagan por él aquello que también está fuera de su alcance.

Para que estos pacientes puedan discernir y para reforzar su principio de realidad tan debilitado, será necesario señalarles las emociones negativas que estén sintiendo (por ejemplo, que se le ve deprimido o que está agrediendo su entorno); ésto le permitirá reflexionar y darse cuenta que es necesario ampliar la conciencia con que se vive.

El papel del trabajador de la salud es **sugerir** ideas, alternativas desde una lógica que rompa la confusión para facilitarle el discernimiento y la toma de sus decisiones propias.

e. Necesidad de información

La información adquiere más peso en la medida en que se logra superar la ignorancia/bloqueo. Al hablar de información incluimos el cambio de actitudes y prácticas, pues la información no basta para realizar cambios.

Características frecuentes en pacientes de largo recorrido

- Exigen al personal que los atiende la solución de su problemática. Son excesivamente demandantes.
- Poco conciliadores o comprensivos (se tornan intolerantes).
- Parcialidad en la información que tienen.
- Dan excesiva atención a los resultados de diferentes análisis (conteo de linfocitos, etcétera).
- Desconfían mucho de quienes los rodean.
- Tienden a desafiar a otras personas, en especial al personal de salud.
- Tienden a culpar de su situación a otros.

Características en pacientes con nula información

- a. Su nivel de confianza es adecuado.
- b. Son colaboradores.
- c. Están desconcertados frente a qué hacer o qué no hacer.
- d. Asimilan lentamente la información a causa del bloqueo.
- e. Depositán en el personal que los asiste, la posibilidad de obtener información y orientación.

Objetivo de las sesiones:

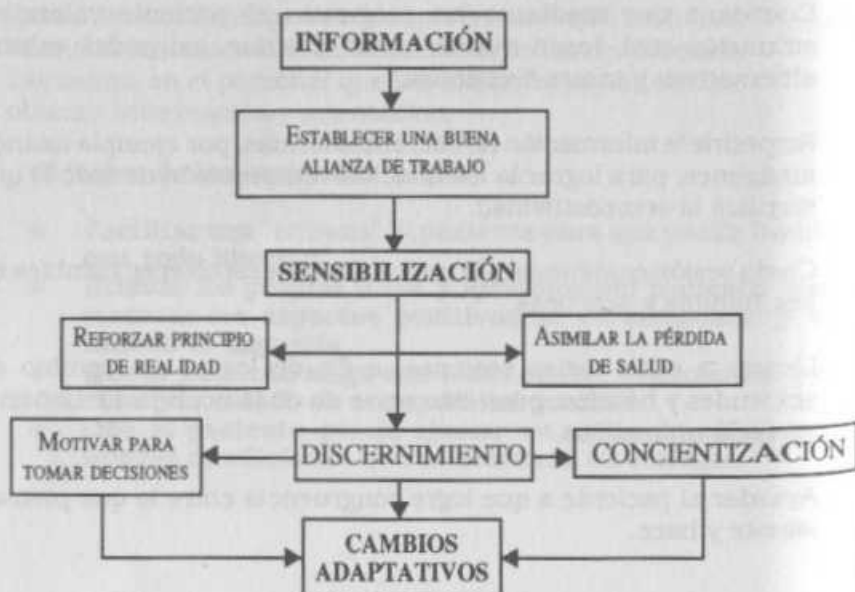
- **Facilitar una "tribuna" al paciente para que pueda hablar con toda libertad.**
- **Utilizar las propias ideas y ejemplos del paciente para rescatar los aspectos positivos de su situación y así reducir la angustia.**
- **Que el paciente salga con ideas claras, consciente y en el mayor estado de tranquilidad posible.**
- **Que el paciente pueda ajustar su estilo de vida a las nuevas condiciones que le demanda su realidad.**

Principios metodológicos

- a. A través del discurso y/o comportamiento, detectar en el paciente cuándo, cómo y por qué muestra angustia, se niega, se enoja o se deprime.
- b. Con las ideas anteriores hacerle comentarios para que se dé cuenta de su situación e incremente su principio de realidad.
- c. No dar soluciones, sino dejar que el paciente plantee sus propias alternativas.
- d. La esperanza es importante, pero debe emplearse en su justa posibilidad, ya que de otra manera impedirá al paciente asumir su situación con responsabilidad y conciencia.
- e. No fomentar emociones negativas que se darán de todos modos.
- f. No juzgar al paciente, ni adoptar actitudes paternalistas, como son los regaños. Es mejor establecer una relación empática, a través del "te comprendo".
- g. Valorar las condiciones reales, tanto internas como externas.
- h. Conviene que mediante las preguntas el paciente valore su situación real, tanto interior como exterior; así podrá valorar alternativas y tomar decisiones.
- i. Repetirle la información de diferentes formas, por ejemplo usando imágenes, para lograr la asimilación-comprensión de todo lo que implica la seropositividad.
- j. Cada sesión contemplará la importancia de establecer cambios en los hábitos y prácticas.
- k. Llevar a cabo varias sesiones, a fin de lograr un cambio de actitudes y hábitos, pues esto no se da de la noche a la mañana; es todo un proceso.
- l. Ayudar al paciente a que logre congruencia entre lo que piensa, siente y hace.

- m. Tratar los temas directa y naturalmente, sobre todo de sexualidad.
- n. Proponer que la persona elabore un plan mínimo de trabajo, con objetivos a corto plazo, en el que pueda calendarizar los cambios paulatinos que considere necesario llevar a cabo.
- o. Llevar un diario del proceso, en el cual se registre por escrito el plan y su realización.
- p. Destacar la importancia de ser constante en el diario, resaltando la sistematización.
- q. Proponerse tiempos para cumplir las metas, de manera que el paciente pueda detectar los avances de su trabajo médico-psicológico; esto lo motivará para continuar cambiando hábitos.
- r. Fijar la atención en aquello que sí se desea y no "pelearse" con lo que no se desea, sino simplemente no hacerle caso.

**PROPUESTA DE TRABAJO CON PACIENTES
QUE LLEGAN CON UN RESULTADO POSITIVO PREVIO**



Estructura general de la sesión

Apertura

- A. **Presentación:** se sugiere que el especialista se presente con el paciente con su nombre verdadero y que respete la decisión del paciente de no dar el propio.

Es importante generar un nivel óptimo de confianza desde el inicio de la entrevista.

Es recomendable dejar que la persona inicie el diálogo y marque la dirección de la entrevista; por su parte el profesional de la salud mantendrá la sesión dentro de los límites pertinentes, como son: no desviarse demasiado del tema, aprovechar el tiempo de la sesión y evitar que el paciente se confunda en cuanto a la ayuda que está recibiendo.

- B. **Consigna:** la pregunta "¿en qué podemos servirle?" suele funcionar bien como consigna para introducir la sesión. Se recomienda hablar en plural ("podemos"), para hacer sentir al paciente que cuenta con un equipo para brindarle apoyo. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que la ayuda real depende en mucho de la que el propio paciente esté dispuesto a darse; es decir, en qué medida emplea los instrumentos que están a su alcance.

Del mismo modo conviene tener presente que las decisiones quedan en manos del paciente, pues a nadie, ni al profesional de la salud, le corresponderá asumir la responsabilidad del paciente.

Conviene señalarle claramente que el profesional de la salud simplemente lo acompañará a reflexionar sobre sus inquietudes y alternativas y que la responsabilidad y las decisiones están en sus manos.

Desarrollo

Después de la apertura, los siguientes puntos pueden aparecer en diferente orden durante la sesión. Esta es una mera guía para ubicar de alguna forma el desarrollo. Sin embargo, no es necesario cumplirlos todos, ni en este orden, excepto la reflexión, que se considera un punto específico para este tipo de pacientes.

- A.** Sondear qué quiere (qué demanda el paciente). Dentro de la escucha silenciosa del profesional de la salud, es importante interrogarse sobre qué es lo que le está preocupando realmente al paciente.

Para esto, será conveniente que el profesional se pregunte: ¿cuál es la situación del paciente, qué lo angustia, qué ha pensado, cuáles son sus temas repetidos?

- B.** Ubicar niveles de información. Muchas veces la desinformación y la falta de claridad en las ideas causa más angustia aún; por eso es necesario invitar al paciente a que platique lo que sabe de la enfermedad, de las pruebas de detección o mecanismos de transmisión.

- C.** Completar información. Es muy frecuente que al saber más detalles acerca de algo preocupante, nos tranquilicemos, por lo que se sugiere que esta información que se completa, sea intencionalmente tranquilizadora, sobre todo en casos de elevada ansiedad.

- D.** Equilibrar posturas. Esto significa que ante el alto cúmulo de ideas negativas que angustian al paciente se pueda equilibrar con su opuesto, ya que no existe lo negativo sin lo positivo.

En este sentido será importante orientar al paciente a reflexionar sobre otros aspectos positivos de su existencia, por ejemplo: subrayar la experiencia de vida, la madurez, el conocimiento que ésta le ha abierto sobre las personas que ama y lo aman, etcétera.

Serán necesarias las condiciones de vida del paciente, para utilizar como ejemplo aquellas partes positivas de su historia personal.

Equilibrar quiere decir que el dolor, físico y psicológico, siga un proceso que, en el movimiento, cambie y pase. Equilibrar también es reconocer que este dolor enseña a vivir, si no nos fascinamos o peleamos con él.

Reflexión

- A.** Mente disparada. La mente se dispara con variados pensamientos, lo que hace que el paciente se sienta impedido a correr con la misma velocidad.

Un diagnóstico de seropositividad suele provocar que la mente se dispare por laberintos negativos, sin posibilidad de conexiones positivas.

- B.** Peregrinaje. En consecuencia, el paciente corre como de un lugar a otro, de un médico a otro, de una institución a otra, de una disciplina médica a otra, tras sus propios pensamientos.
- C.** Falta de ubicación por la seropositividad. En estos casos, aferrados a la esperanza de encontrar alguna cura física, se disponen a buscarla a toda costa.

Toda persona requiere de un centro de atención. Sucede que por no ubicarse en la realidad de la seropositividad, tratará de hacerlo en cualquier otra situación.

Mediante estas conductas, que aparecen irracionales u obsesivas, lo que están haciendo es tratar de enfrentar sin enfrentar, están tratando de reconocer la seropositividad de una forma menos dolorosa.

- D.** Claridad para diferenciar el origen del malestar. Es muy frecuente que el malestar psicológico sea confundido con el generado a nivel físico, ya que se puede tener dominio en las emociones y los pensamientos sobre el virus; es importante que el paciente aprenda a establecer la diferencia entre ambos malestares, a fin de que la mente no agrande y se regodee en una situación física.
- E.** Optimizar. Conforme el paciente vaya reconociendo más y más aspectos de su realidad, se dará la oportunidad de aprovechar sus condiciones de vida y sus capacidades personales.

Cierre

Conviene dejar abierta la posibilidad de posteriores entrevistas (incluso formalizar una próxima cita), a fin de acompañar al paciente a asumir su situación, e induciendo mediante ideas positivas cómo mejorar dentro de ella.

3.3 Segunda entrevista: Esquema General de una Entrega de Resultado

La siguiente es una estructura general que servirá de orientación para organizar y sostener una sesión de entrega de resultado. Contiene los puntos importantes a tratar.

Se deberá ajustar al momento concreto del paciente, por lo que se podrá cambiar el orden, omitir o agregar temas. Es pertinente que esta entrega se maneje con flexibilidad y responda a las necesidades del paciente y su personalidad.

• Recepción

La recepcionista o el profesional que realizó la primera entrevista, conducirá al paciente hasta el consultorio.

• Evaluación del tiempo transcurrido

M) Luego de saludarlo cordialmente, debe invitar al paciente a sentarse y preguntarle:

- ¿Cómo se ha sentido desde que nos vimos la última vez?
- ¿Qué ha pensado en torno a esto?
- ¿Qué pensamientos ha tenido durante estas dos últimas semanas?
- ¿Qué ha pensado en torno a la sesión del día de hoy?

L) Las preguntas anteriores sirven para comprobar las hipótesis generadas en la sesión pasada y durante los días de espera, ya que a veces es conveniente que el profesional haya trabajado este caso durante el tiempo transcurrido, así como explorar el estado anímico de

los días anteriores. Sondear el estado emocional presente como indicador, sobre todo de la autopercepción de riesgo y la relación con su conducta sexual.

• Reafirmación de la información general de la primera entrevista

M) Preguntar al paciente si tiene alguna duda sobre la información anterior, precisando los puntos que sean necesarios y aclarando las dudas, además de sondear el conocimiento adquirido en torno a prevención y vías de transmisión.

Este diálogo persigue disminuir la tensión, aprovechar el impulso que da la ansiedad y lograr una mejor entrega de resultado.

L) Se podrá indagar la precisión y profundidad con que ha quedado fijada la información de la primera entrevista.

Es común que al inicio de la sesión surja un estado de tensión generado por la "espera", tanto para el paciente como para el trabajador de la salud.

Conviene aprovechar esta ansiedad, ya que la tensión psicológica es fuente de cambios en las actitudes; y en este caso, independientemente del resultado serológico, será oportuno movilizar un cambio de actitudes frente a las conductas sexuales y la sexualidad en general. Precisamente el diálogo inicial tiene el objetivo de permitir al trabajador de la salud controlar la ansiedad para optimizarla.

• Adecuación de la información con el resultado

M) Realizar una introducción recordando el significado del resultado que vaya a entregar, ya sea positivo o negativo.

a. Si el resultado es VIH negativo, habrá que precisar toda aquella información pertinente para la prevención de la infección por VIH:

- Sexo seguro y uso del condón como alternativas para evitar la infección; conviene sondear su opinión frente a estos aspectos.
- Señalar que un resultado negativo no significa que el virus jamás entrará al cuerpo, ya que cualquiera que se exponga a él, tendrá toda probabilidad de adquirirlo.
- Señalar el "período de ventana", es decir que si la infección es reciente la prueba puede ser negativa y conviene repetir el estudio en tres meses.

b. Si el resultado es VIH positivo, la información que importa resaltar será: que un resultado positivo no significa tener SIDA.

- Los cuidados que se deben seguir: alimentación, ejercicio, descanso, evitar alcohol, tabaco, drogas, estrés y depresión.
- Evitar toda situación que lleve a la reinfección.
- Recurrir al médico y al acompañamiento psicológico.
- Uso del condón y estrategias de sexo seguro.

L) Preparar al paciente para recibir el resultado de la prueba serológica.

- *Explorar el estado de ánimo, impresiones y significado profundo del resultado que se esté por entregar.*
- *Ajustar las respuestas o intervenciones a la personalidad del paciente, tratando de reconocer el nivel óptimo de ansiedad.*
- *Informar con claridad los servicios del Centro de Salud que estén a su disposición.*

• Reflexión-cuestionamiento

M) De acuerdo con el resultado que se entregará.

A. VIH - (NEGATIVO):

- Hablar de la posibilidad de dirigir conscientemente la propia vida, evitando quedar determinado por los eventos "azarosos" creados por nuestros descuidos, falta de atención, desinformación o desinterés.
- Una sexualidad riesgosa, no sólo es una actitud frente a la seropositividad sino frente a la vida.
- Dado que se busca incrementar el impacto que la experiencia está teniendo en el paciente, en aras de que sea altamente formativa y preventiva de la seroconversión, es pertinente que se reflexione nuevamente.
- Recordar si se ha pasado por situaciones de alto riesgo, como no aceptar usar el condón cuando se estuvo bebido, o nunca haberlo usado.

Como cierre de la reflexión es oportuno recordar que se tiene la oportunidad de seguir seronegativo, si se realizan prácticas de prevención, como sexo seguro o uso del condón.

B. VIH + (POSITIVO):

Hablar de la posibilidad de dirigir conscientemente la propia vida, a pesar de cualquier situación, por más fuerte e impactante que sea.

Valorar la pertinencia de compartir el resultado con quien pueda ser útil: médico (por el tipo de medicamentos que se deban recetar o no recetar); dentista y demás profesionales que puedan entrar en contacto con la sangre; pareja sexual (para evitar contacto sexuales sin el condón).

L) En una entrega negativa se buscará aprovechar el estado emocional del paciente para lograr una internalización más profunda del mensaje.

En una entrega positiva se observará si el paciente ya está preparado para recibir el resultado.

Entrega de resultado

La entrega de resultado variará de acuerdo con el tipo de resultado. En los apartados 3.3.1 y 3.3.2 se especifican las metodologías a seguir para cada caso.

• Despedida

M) Durante una entrega negativa es de fundamental importancia garantizar si la claridad y comprensión de la información permiten establecer un compromiso profundo con respecto a la prevención, para evitar tanto la propia seroconversión como la de gente cercana, ya que al compartir información se puede evitar una infección. Conviene reiterar la invitación a informarse y adoptar medidas de prevención.

Al paciente seropositivo se le dará el tiempo que requiera para poder enfrentarse con la calle. Recuértese que a partir del momento de la entrega, la vida del paciente no volverá a ser la misma. Por más autopercepción de riesgo que el paciente haya tenido desde el inicio, la certeza de la seropositividad es otra cosa. Incluso, convendrá dejarlo solo unos minutos.

Al finalizar una sesión de entrega de resultado positivo convendrá hacer cita para un próximo encuentro, en el que se elaborará un plan

de trabajo para el paciente, de acuerdo con lo que sea mejor a su situación; grupos de información o grupos de apoyo terapéutico. Para concretar el futuro encuentro es conveniente cerrar la sesión con la idea de que aún hay mucho por hacer.

Para ambos resultados es conveniente que se aproveche el momento para la entrega de folletos de información o material que se considere pertinente.

3.3.1 Recomendaciones para Entregar un Resultado Positivo

Para comunicar a una persona su resultado positivo se requiere comprender la situación y conocer las posibles reacciones anímicas ante la noticia.

Si bien no se puede hablar de un método específico para comunicar este resultado, será importante tener en cuenta lo siguiente:

En lo que se refiere al personal de salud, será importante comunicar este resultado con confianza y seguridad, sin caer en la indiferencia.

No mostrarse compadecido o sobreprotector, pues cualquiera de estas dos actitudes pueden sentirse como agresivas.

En general, los pacientes que reciben este resultado sienten necesidad de hablar, inclusive algunos tratan de negarlo, ya que les resulta doloroso; verbalizar la angustia sirve para asimilar la realidad.

Siempre es fundamental que quien entregue el resultado sea el mismo profesional que realizó la primera entrevista. Esto permite una mayor confianza y comprensión por ambas partes.

Para mayor seguridad en el manejo de la situación será necesario que el profesional haya tomado en cuenta la información obtenida en la primera entrevista, lo cual facilita reconocer algunos rasgos de personalidad del paciente: agresivo, amistoso, indiferente, impulsivo, irritable, sonriente ante la angustia, etcétera. Además, contará con la información de las expectativas ante la posibilidad de resultar seropositivo, de su conciencia de riesgo o si durante la primera

entrevista estuvo negando la realidad. Tomar en cuenta estas características observadas desde la primera entrevista permite estimar el tipo de reacción que el paciente experimentará, pero además constituye un material que brinda las expresiones verbales que llevan a hacerle sentir un apoyo.

Cuando se informa un resultado positivo, por lo general, el paciente reacciona con las siguientes expresiones:

- "¡No es posible!"
- "¡El resultado está equivocado!"
- "¿Ya lo checó bien?"
- "¡Dígame que no es cierto!"
- "¡Me está engañando!"

Es posible también que estas expresiones inmediatas vayan cargadas de enojo o agresión: ante esto el profesional no debe tomarlo en lo personal y es conveniente permitir la expresión de estos sentimientos. Cuando la angustia haya disminuido será momento de retomar las observaciones en cuanto a cualquier información equivocada o dudosa que esté afectando al paciente y es probable que requiera saber qué hacer a partir de ese momento.

Dese tiempo para aclarar todo tipo de dudas del paciente, pues toda información confusa aumentará la depresión. Sin embargo, no dé consejos que impliquen falsas promesas, pues es doloroso y resulta mejor saber guardar silencio y esperar las preguntas del paciente.

Si las fantasías del paciente se dirigen a añorar una fórmula mágica que lo libere del virus, permítale fantasear en tanto represente una forma de elaborar la depresión y no aislarse totalmente de la realidad.

Es conveniente que el profesional que entregue un resultado positivo lo haga desde una perspectiva amorosa, sin prejuicios o concepciones anquilosadas de vida y muerte. Es importante que haya reflexionado personalmente sobre su propia concepción de vida-muerte y lo maneje con pertinencia para poder apoyar al paciente en la realización de cambios. En este sentido, es importante que el profesional de salud se pregunte:

"¿Cómo reaccionaría yo si recibiera tal resultado?"

- "Ponerse en los zapatos del otro" es la sabia y antigua reflexión que resume la consideración y respeto por la vida. Técnicamente ésta podría ser una forma de entablar la relación profesional-paciente (empatía).
- Si cada uno de nosotros concientiza la propia posibilidad de adquirir el VIH, que además es real, facilitará la adopción de la postura adecuada para lograr un encuentro humano significativo y profundo.

"¿Qué estoy buscando en un trabajo de esta naturaleza?"

- Ya sea por motivación monetaria, prestigio social que valora el servicio desinteresado, la postura sexo-política o religiosa, el desarrollo profesional, etcétera, cualquiera que sea la respuesta será útil en la medida en que permita ubicar con claridad en qué aspectos hay peligro de autosabotear el trabajo.

"¿A qué tipo de persona entregaré el resultado?"

- Especialmente para los profesionales de la salud mental es pertinente que hayan explorado, en entrevista previa, las características de personalidad recurrentes del paciente, a fin de que (a manera de hipótesis) puedan brindar determinada forma a la entrega que facilite la integración afectiva más factible en el paciente.
- Para los otros profesionales de la salud será importante recurrir a la propia sensibilidad e intuición, considerando que un resultado de tal naturaleza puede convertirse en el gran motor interior que facilite a la persona la optimización de su tiempo y energías; la idea central es que el paciente aún tiene mucho por realizar, tanto en su cuidado, como en la optimización de su tiempo.

"¿Cómo le entregaré su resultado?"

Se debe aclarar que la seropositividad no es sinónimo de muerte, que su duración depende de varios factores. También que el tiempo puede optimizarse viviendo el "aquí y ahora", lo cual puede resultar una buena opción de vida. Se tratará de sondear en la primera entrevista

el significado simbólico que tiene la seropositividad para el paciente. Aunque cada caso es una experiencia diferente, los siguientes puntos deben tomarse en cuenta:

- Dado que es un momento decisivo en la vida del paciente, debe tratarse de encontrar un equilibrio entre la brevedad (ser directos, sin rodeos) y preparar al paciente dándole el tiempo que necesite, no ser abruptos ni quedar paralizados por el propio miedo a la muerte.
- Si se ha tenido la oportunidad de una entrevista previa luego de las formalidades profesionales, iniciar la entrega recordando aquella información dada en cuanto a los cuidados que debe seguir una persona que vive con el VIH y todo lo mencionado en torno a la seropositividad.
- Asegurarse de que la información básica ha sido comprendida con claridad, precisando aquellos puntos dudosos.

Considere que después de la entrega del resultado muy probablemente cualquier cosa que se mencione ya no sea registrada por el paciente. Este *impasse* puede durar horas o días.

Es conveniente facilitarles la información básica sobre cuidados, higiene, sexo seguro, alimentación, apoyos, análisis y tratamientos, así como nombres de instituciones y grupos civiles que lo pueden apoyar de manera que, luego del *impasse*, sepan para qué, a dónde y cómo recurrir. La información disminuye la angustia causada por la fantasía y la ignorancia.

- No entregar el resultado de manera depresiva. Si bien no es motivo para festejar, tampoco hay que inducir al paciente a un estado emocional negativo. Este punto es de vital importancia, ya que entre los trabajadores de la salud, muy comunmente se expresa en forma de aparente indiferencia, lo que es una depresión endurecida.
- Finalmente, ya que se trata de optimizar el tiempo, no se niega la existencia del dolor y la tristeza, pero es preciso no regodearse en ellos ni abordar el resultado como algo adverso totalmente, ya que trataremos de abrir perspectivas.

- No entregar el resultado con frialdad, lástima o miedo, sino con toda la comprensión que se pueda, ya que es una forma de solidaridad, de acompañamiento y encuentro humano.
- Las reacciones suelen ser diversas. Es muy importante permitir que el paciente pueda vivir el impacto de la manera más adecuada para él, en un clima de confianza. En este sentido, también el tiempo de la entrega durará lo que el paciente necesite. Algunas entrevistas se extienden varias horas.
- A pesar de que inmediatamente después de conocer el resultado, los pacientes se encuentran bloqueados, es preciso responder a todas sus dudas en torno a la infección y dejar para otra sesión aquellas de tipo existencial: qué sucederá con la pareja, familia, el trabajo, con quién compartir el resultado, pues los impactos fuertes suelen originar decisiones precipitadas.
- El psicólogo puede establecer una cita posterior con el paciente; quien no lo sea, debe canalizar al paciente con personas capacitadas en el área de la salud mental.

En cada caso, lo importante es ofrecer opciones, pero respetar la decisión del paciente; no todos requieren o aceptan determinados apoyos, ni todos los apoyos funcionan o son necesarios para todos los pacientes.

Este es el punto crítico: respetar al paciente, no estigmatizarlo, marginarlo o rehuirle; comprenderlo o no, pero respetar su postura frente a la vida; ésta es la regla de oro.

Conviene analizar o preguntarle si su estado emocional es adecuado como para dar por terminada la sesión.

Es conveniente escribir la experiencia después de la sesión. Esto es una forma, no sólo de elaborarla (en el sentido psicológico del término), sino de rescatar y sistematizar el propio aprendizaje en beneficio de los pacientes. Cada entrega enseña algo nuevo y amplía la comprensión de la labor a desempeñar.

Recomendaciones para quien recibe un resultado

Es muy común que desde el momento en que se decide hacerse la prueba para la detección del VIH, la mente genere un gran estado de intranquilidad, angustia, depresión, fantasías. Quizás se debe a la costumbre de imaginar lo peor para no sufrir tanto cuando el momento llegue.

Las siguientes consideraciones pueden ser útiles en un proceso como este, a fin de que el profesional pueda ubicar al paciente en la mejor actitud posible:

- El SIDA, de ser una enfermedad física, se ha convertido en una enfermedad social y moral.
- La infección por VIH/SIDA ha sido rodeada de estigma y amarillismo, por lo que no se ha asimilado socialmente, como ha sucedido con el cáncer, diabetes e incluso algunas enfermedades de transmisión sexual.
- En realidad, un resultado positivo puede ser una gran oportunidad para vivir intensamente, poner nuestra vida en orden y optimizar el tiempo-vida, aprovechándolo para nuestro crecimiento.
- No hay marco moral, social, legal o ético que pueda abarcar totalmente la complejidad del ser humano. Frente a esto, convendría deshacerse de todo tipo de prejuicios.
- Pensamientos del tipo "si salgo positivo van a decir que..." o "se van a dar cuenta de que soy homosexual o promiscuo", no conducen a nada productivo.
- Más vale un período de vida intenso, que noventa años de estupidez; tanto la persona VIH negativa como la VIH positiva tienen la vida por delante y la posibilidad de cuidar su salud.
- La posibilidad de que el resultado sea positivo nos tira por los suelos todo aquello que siempre hemos pensado incuestionable; en otras palabras, nos pone cara a cara con el eterno problema del ser humano: la vida y la muerte.

- Sin embargo, la seropositividad nos obliga a ser más reales. Tener conciencia de nuestra muerte nos hace abandonar la idea de que "es el otro quien puede morir y no nosotros".
- Durante la espera del resultado, aproveche el tiempo realizando aquello que es importante para su vida, antes de que la mente se dispare por laberintos de los que después es difícil salir.
- Es fundamental recordar que un resultado positivo no significa que se tenga el SIDA. Tampoco es seguro que se desarrollará la enfermedad.
- La aparición de síntomas y la progresión de la enfermedad depende de los cuidados con que se viva la seropositividad y la actitud con la cual se continúe viviendo; de ahí que sea recomendable buscar apoyo profesional, médico y psicológico, o bien de la pareja, familia, amigos, etcétera.
- Si socialmente se considerara a la muerte como un acontecimiento festivo y placentero, muchos de nosotros desearíamos estar muriendo una y otra vez. Pero hemos aprendido en la mayor parte de las culturas un condicionamiento en el cual la muerte aparece como algo terriblemente doloroso y resulta difícil aceptarla como parte integral de la existencia.
- El dolor enseña, la enfermedad nos vuelve sinceros, un mal colectivo despierta nuestra solidaridad, la amenaza de muerte nos permite valorar intensamente cada momento porque nos abrimos a ver la vida y a vivirla en toda su intensidad.
- Si de todas formas todos vamos hacia la muerte, no hay tiempo que perder. La existencia nos aguarda a cada momento con los brazos abiertos para mostrarnos quiénes somos y qué podemos hacer.

3.3.2 Recomendaciones para Entregar un Resultado Negativo

Cómo entregar un resultado negativo

Se sugiere que se haga de manera directa, justo en el momento en que la ansiedad del paciente sea óptima (ni muy impaciente, ni muy depresivo).

Convendrá resaltar que ahora que posee la información para mantenerse seronegativo, su salud está en sus manos:

"En una mano tiene su resultado seronegativo y en la otra tiene la información para mantenerse así". Del mismo modo, puede plantearse el compromiso de transmitir a otros la información recibida.

Recomendaciones generales

- Si la persona no tiene ninguna práctica de riesgo no es necesario realizar seguimiento.
- En caso de existir la posibilidad de estar en periodo de ventana, conviene esperar de dos a tres meses después de la última práctica de riesgo y repetir la prueba de detección del VIH para confirmar el resultado. Con esto se podrá tener mayor certeza del resultado.
- Si la situación del paciente así lo requiere (parejas múltiples, uso esporádico de medidas de autoprotección, pareja sexual de persona con el SIDA), convendrá realizar seguimiento cada tres a seis meses durante un periodo de 2 años.

Resulta de fundamental importancia tratar de entablar una relación de empatía y comunicación clara; de ello depende la profundidad y el alcance del mensaje preventivo.

Es importante mencionar que su resultado negativo no siempre significa que la pareja sexual no esté infectada.

Ya que es muy común que durante la entrega de un resultado negativo la reacción sea cercana a la euforia, es el momento adecuado para intervenir, señalando que este resultado es producto de los cuidados del paciente y/o de la suerte de no haberse infectado, aunque siempre cabe la posibilidad de que se encuentre en un periodo de ventana. Con este cuestionamiento se busca aumentar la necesidad de información del paciente, que será resuelta en la medida de lo posible durante la sesión, aunque conviene generar expectativas, en cuanto a la actitud y necesidad de prevención.

4. ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO

4.1 Descompensaciones y Manifestaciones Psicológicas en las Personas con el VIH/SIDA

La experiencia desarrollada mediante estrategias individuales y/o grupales en la atención psicológica a enfermos seropositivos, o con el SIDA, demuestra que los padecimientos psíquicos y descompensaciones emocionales reconocen diferentes aspectos, que a continuación se detallan:

1. Impacto ante la notificación

Este momento produce ansiedad y sentimientos de angustia, que se manifiestan por agitación, nerviosismo, molestias físicas, alteraciones en el sueño, trastornos cognitivos, cambios de ánimo y pérdida del impulso sexual. Otros pacientes experimentan depresión, la cual se manifiesta por un vacío emocional acompañado de sentimientos de inutilidad y culpa, predominando pensamientos suicidas y disminución de la autoestima.

La negación también puede ser un mecanismo de esta etapa y se manifiesta por negar el hecho y sostener que su vida no se ve afectada de ningún modo.

2. Vida sexual

La conciencia de la seropositividad produce angustia traducida en no saber qué sucederá con la vida sexual.

Este aspecto se acompaña con sentimientos de ira por haberse infectado, por la posibilidad de haber podido infectar a otros y porque se vive una perspectiva de vida sexual restringida.

También es frecuente que se experimente temor a reanudar la vida sexual.

La frustración, como una reacción esperada, se produce por todos los cambios que se requieren ante la nueva situación y las limitaciones que ésta impone en la expresión de la sexualidad.

3. Expectativas de vida

Frente a la dimensión del desarrollo de la enfermedad se experimenta temor a los malestares físicos o a la invalidez que genere dependencia.

Otra reacción esperada puede ser la negación que dificulta el reconocer las limitaciones que la infección por el VIH o el SIDA pudiese originar.

Es de esperar también que aparezca angustia al sentir que todos lo rechazan.

La depresión se demuestra cuando se añora todo lo que ya no se puede hacer.

4. Tratamientos

En los tratamientos los pacientes reaccionan con demanda excesiva responsabilizando al gobierno y otras instituciones porque no dan una solución definitiva. Se molestan con sus familias porque no los ayudan, aunque no sea así.

La ansiedad origina que busquen alternativas de tratamiento, aunque éstas sean contradictorias entre sí.

La angustia les hace sentir que todo está en su contra y que cualquier alternativa médica es inalcanzable.

La ambivalencia hace que por momentos, piensen que se les está atendiendo en forma adecuada y, en otros, sostienen todo lo contrario.

5. Notificación a la familia

Al mismo tiempo que desean informar a la familia su seropositividad, temen hacerlo y manifiestan sentirse culpables.

Temen ser rechazados. Experimentan malestar por hacer sufrir a sus seres queridos; les puede afectar excesivamente cualquier evento familiar.

Cuando algún paciente experimenta fuertes sentimientos de enojo, puede generarse la notificación en un momento no propicio y que se utilice como chantaje.

6. Relación de pareja

La ansiedad, la angustia y la depresión se traducen en los siguientes sentimientos respecto a la pareja: no saben si comunicarle o no el resultado, sienten miedo al rechazo y se deprimen al pensar que no podrán concluir proyectos. Desean estar en pareja y, al mismo tiempo, piensan que es mejor separarse. Generalmente uno de los dos demanda en forma excesiva la atención del otro. El sentimiento de culpa es dominante, cuando uno está sano y el otro no.

7. Medidas de salud general

Frente a su salud, mientras disminuyen la ansiedad y la angustia, los pacientes reaccionan como frente a un pacto, por el cual comienzan a mantener todos sus cuidados en forma rigurosa, sienten que con ello todo tiene que ir bien y se muestran incluso obsesivos.

Sin embargo, también experimentan ambivalencia respecto a estas medidas.

No están seguros de que valga la pena cuidar su salud y en otros momentos viven las precauciones en forma integrada y natural.

Junto con esto pueden manifestar enojo al reconocer una serie de limitaciones.

8. Muerte

Se experimenta angustia ante el fin próximo. La depresión da lugar a que el paciente empiece a hablar de todo lo que se ha perdido o se puede perder. También lo deprime el dolor de la familia; siente enojo e impotencia por no poder cambiar el final. Aunque habrá quien, mediante la negación comience a hablar de la muerte, lo notorio es que no se involucra a sí mismo, es hablar de la muerte en general.

La asimilación se demuestra más que por las palabras, por los actos. El paciente que ha asimilado la posibilidad de su muerte se conduce en forma más serena, puede abordar temas sobre su sepelio o testamento serenamente y la muerte es percibida como algo inevitable.

4.1.1 La familia y el Enfermo

Toda situación desconocida puede causar miedo, dolor, tristeza, incertidumbre. Lo importante es no ocultar estos sentimientos sino vivirlos; no permitir que nos manejen, que nos destruyan, sino aprender de ellos.

Cada ser humano vive, experimenta y asume los procesos de la vida de maneras muy diversas.

Desde el momento en que a alguien se le informa que es portador del VIH, surgen cambios en su comportamiento.

Negar lo que se está viviendo es una actitud para defenderse de la realidad, con el fin de no sentirse atacado.

Los pacientes pueden reaccionar de la siguiente manera:

- Niegan que les esté sucediendo a ellos.
- Sienten que el mundo se ha terminado.
- Creen que el tiempo está contado y no hay nada que hacer.
- Dicen que no les importa lo que pasa.
- No quieren hablar del asunto.
- A veces se exponen al riesgo de reinfectarse.
- Evitan el acercamiento con familiares y amigos.

La familia será testigo del proceso que seguirá su curso, por lo cual, además del cuerpo también los sentimientos del enfermo y la familia necesitarán de la ayuda especializada de médicos, trabajadores sociales, enfermeras, sacerdotes, psicólogos, amigos, etcétera.

Cuando el paciente pase de una etapa asintomática a una sintomática, todo lo que antes había sido imaginado se convierte en un hecho real que no sólo lo alarma a él sino a la familia, como anuncio de un final inevitable. Este momento se experimenta con tristeza por el dolor que la familia vivirá y por el deterioro físico paulatino que se nota en el enfermo.

En ocasiones no querrá ver ni escuchar a nadie. Posiblemente llegue a pensar que nadie comprende su situación, que la enfermedad es un castigo que merece por su mala conducta, generando sentimientos de culpa o coraje contra sí mismo.

Negarse a recibir afecto que lo conforte, no significa que realmente no lo quiera.

El miedo ante la muerte puede ser un sentimiento permanente y amenazante. Posiblemente llegue a querer hablar de su muerte, situación que puede causar angustia a la familia; sin embargo el facilitarle esta expresión será de importancia fundamental para preparar la despedida entre el enfermo y su familia.

Aunque el apoyo familiar es importante, aceptar esta situación, en la familia, también produce desajustes, sentimientos ambiguos y ausencia de algunos miembros. Hay familias que callan y no hacen comentarios entre sí.

En estos casos, generalmente el dolor del paciente es vivido intensamente por la familia y creen que el silencio ayuda al enfermo; sin embargo, hablar permitirá compartir y canalizar emociones que están guardadas y que son fuente de inseguridad y desajustes entre los miembros de la familia.

La familia también requiere de apoyo psicológico, sobre todo en las siguientes situaciones:

- Cuando la angustia no es controlable.
- Cuando la situación que viven impide el desarrollo de las actividades cotidianas de los miembros.
- Cuando no se logra proporcionar la atmósfera de confianza que el paciente necesita.
- Cuando no se ha aceptado la enfermedad.
- Cuando los miembros de la familia consideran que la situación es injusta.
- Cuando necesitan hablar con alguien y no lo hacen.

4.2 Modelos de Acompañamiento Psicológico para Personas con el VIH/SIDA

En el acompañamiento psicológico de esta guía se contemplan modelos grupales de intervención, que han sido probados en los centros de información del CONASIDA.

La fundamentación de la intervención grupal obedece a factores de diversa índole:

El primero se refiere al objetivo de optimizar el servicio a fin de llegar a un mayor número de personas en menos tiempo.

El segundo se motiva en los aspectos psicosociales y de conocimiento psicológico; un individuo está en mejores condiciones de superar el temor, el menosprecio al compartir con otros como él dificultades similares y comprender que no está solo. En un grupo se desarrollan sentimientos de solidaridad e identificación entre sus miembros.

Un grupo no es un conjunto de individuos en sentido estático, sino que es un conjunto dinámico, porque dentro de él se entretajan un sinnúmero de redes de interacción y sentimientos.

Hay empatía o no; se reconocen aspectos que no nos gustan en nosotros mismos, o envidiamos aquello que nos gustaría tener o ser.

Los grupos pueden ser cohesivos y trabajar para un fin o bien común o pueden prevalecer las tendencias hostiles que obstaculicen o detengan el crecimiento de sus miembros.

Por lo tanto, es fundamental el manejo adecuado de estas fuerzas y el esclarecimiento de las dificultades y logros por un profesional bien entrenado.

Al leer esta guía no se terminará siendo psicoterapeuta grupal, ya que se requiere de especialización y entrenamiento. Lo que sí se pretende es dar un marco de referencia y consulta para saber cómo y cuándo canalizar a los pacientes hacia aquellos espacios de tratamiento que les puedan ayudar a adaptarse a su nueva condición de seropositivos o pacientes con el SIDA, sin altos costos para su salud mental.

4.2.1 Luchar Contra el SIDA: un Trabajo Grupal

A lo largo del trabajo con diversos grupos, ya sea de población en general o de personal abocado a la lucha contra el SIDA, hemos encontrado algunos puntos claves que facilitan el acercamiento a los núcleos fundamentales de la problemática. Hay que considerar que

la lucha contra el SIDA es una tarea compleja por la cantidad de dimensiones y facetas que implica; además, toda persona que se involucra se ve tocada y trastocada en aspectos tan íntimos y a la vez tan simbólicos como la sexualidad, la vida y la muerte.

He aquí una sistematización de estas ideas, adaptables a cualquier situación grupal.

1. Educarnos es ayudarnos a aprender de nosotros mismos

Educar es ayudar a una persona para que descubra lo que lleva dentro y pueda aprender de sí misma. Por eso, la educación es un proceso en el que los involucrados, educador y educando, están aprendiendo.

La lucha contra el SIDA en sí misma resulta un proceso altamente educativo en la medida en que los involucrados mantienen una actitud de apertura hacia el aprendizaje que pueden hallar en sí y en las otras personas.

2. Un educador comprende y aprende al educar

Comprender es no descartar, sino encontrar en qué parte y cómo funciona algo. Si uno piensa que algo no sirve es porque no lo ha comprendido. Si ya entendimos para qué sirven las cosas y las podemos utilizar adecuadamente es porque ya aprendimos. La tarea del educador es ayudar al grupo o a la persona en este proceso.

Con mucha frecuencia se presentan discusiones desde diferentes posturas y los grupos de trabajo suelen invertir demasiado tiempo en esto; a veces llegan a perderse e incluso a desintegrarse.

La idea de que nada es desperdiciable ayuda a mantener una dirección clara; toda postura es válida y tiene un papel que cumplir. La astucia del grupo se desarrolla en la medida en que aprende a discernir cuándo y cómo una idea, trabajo o acción es útil.

3. Una situación se da siempre rodeada de otras situaciones que permiten comprenderla mejor

Nada se da de manera aislada. Toda explicación parcial es incompleta. Buscar varios significados a una situación facilitará su comprensión.

Si el grupo asume la idea de que los "problemas" del proceso son una materia prima para el crecimiento y la investigación, el trabajo puede desarrollarse con un mayor nivel de conciencia, alejándose de explicaciones simplistas y superficiales que poco hacen por la madurez del grupo y la realización de la tarea.

4. Después de planear las cosas, simplemente hay que hacerlas

Para todo hay un momento. La planeación es un momento importante, pero sólo una parte de todo el proceso en el que nos hacemos una idea de por dónde sería mejor conducir las cosas. La realización es caminar en la dirección planeada, con algunas rectificaciones, pero sin mayor recriminación porque las cosas no salen exactamente como se pensó, o sin mayor ansiedad por alcanzar la meta. Sobre todo al trabajar con temas como la muerte o la sexualidad, es común que los temores aparezcan bajo el disfraz de "justificados" argumentos que evalúan exageradamente el cumplimiento de lo planeado. En este sentido es que se apela a una mayor flexibilidad y al desarrollo de la capacidad de realizar el trabajo aquí y ahora.

5. Los problemas son de todos, por tanto, las soluciones las hacemos todos

A fin de evitar el individualismo mal entendido es importante considerar que el grupo es como un barco, donde solamente se avanza cuando todos reman. Si no hay un acuerdo de hacia dónde y cómo vamos, el avance será difícil o inexistente. Aun estando de acuerdo, la realización siempre lleva la sorpresa de lo inesperado, de lo "no planeado"; en ese caso, sólo la comprensión permite aprovechar esa sorpresa para que lejos de obstaculizar el avance, lo favorezca.

Se deben priorizar los intereses del trabajo por sobre los intereses y posturas personales. A veces resulta difícil captar la idea, ya que vivimos en una sociedad que nos condiciona profundamente hacia el culto a la personalidad y al individualismo.

Sin embargo, el trabajo en SIDA requiere que el individuo salga de sus propias fronteras y limitaciones, para que tenga capacidad de percibir las necesidades del otro (pareja, familia, asistentes al grupo o conferencia, etcétera).

6. La mejor forma de criticar es dar alternativas

No se vale nada más criticar, esto no ayuda al trabajo y sólo es una postura cómoda desde la que hablamos pero no actuamos, pensamos pero no decimos. Es mejor la crítica constructiva, con propuestas, pues resulta creativo y favorece el crecimiento grupal. Abrirse y compartir con los otros es la mejor forma de construir.

Este punto resulta útil, sobre todo para quienes se sienten confrontados en algún momento a cosas difíciles de superar. El esfuerzo al tratar de dar alternativas permite transformar ese mal momento en crecimiento grupal.

7. Siempre hay una mejor forma de hacer las cosas

Cuando repetimos algo una y otra vez es muy fácil conformarse o hacer las cosas mecánicamente. Para evitar este empobrecimiento conviene experimentar nuevas y mejores formas (incluso insólitas) de hacer las cosas. Realizar las cosas cada vez mejor es hacerlas de una manera más completa e integral.

Generalmente, cuando los grupos de trabajo ya tienen algún tiempo de duración se corre el peligro de que se "oxiden" y aparezcan actitudes mecánicas que poco a poco van deteriorando la calidad tanto del trabajo como del crecimiento de los participantes. Para evitar el anquilosamiento conviene que el equipo de trabajo esté dispuesto y busque eventuales cambios, desde la organización del espacio y la distribución de tareas, hasta los roles y hábitos sociales.

8. Para lograr un buen proceso hay que hacerlo con equilibrio dinámico

Para que se dé un movimiento se necesitan dos fuerzas que se opongan y terminen por producirlo. Si ambas tienen la misma magnitud muy probablemente se dé el reposo. Tanto el movimiento como el reposo son pasajeros, se suceden uno al otro, como el día a la noche. Después de la tormenta viene la calma, así como la calma presagia la tormenta, en toda cosa "buena" hay algo "malo", en todo lo "malo" hay algo "bueno".

Saber esto facilita la comprensión de los procesos grupales y del aprendizaje; siempre hay dos fuerzas actuando y produciendo una tercera. Por ejemplo: alguien quiere actuar, pero tiene miedo y se paraliza; otro entiende, pero no quiere hacer nada y se va, etcétera. Tomando en cuenta a los opuestos es más fácil saber cuál es el siguiente momento del proceso. Si aplicamos esta danza de los opuestos al trabajo del grupo sabremos a cada paso cuál es el siguiente punto a tocar de acuerdo con la situación, en vez de realizarlo mecánicamente. Nunca debe quedarse con una explicación a medias, hay que tratar siempre de considerar la otra parte, el opuesto, lo que no se dijo. Así es más fácil trabajar en equilibrio y es importante saber que el equilibrio es algo que cambia.

9. Cada quien hace lo mejor que puede; si no hace otra cosa es porque no tiene elementos

Esta frase implica comprender a otras personas y en vez de exigirles una respuesta que no pueden dar, facilitarles este proceso. Es muy frecuente escuchar críticas sobre la actitud o el proceder de alguna persona, olvidando que de acuerdo con sus valores seguramente ha realizado lo que entendía como lo mejor. Esta idea resulta de gran ayuda en especial durante el proceso grupal, ya que si el grupo logra comprenderla, el trabajo no se desviará hacia los problemas personales o diferencias de opinión, sino que mantendrá su rumbo hacia la realización de la tarea.

10. La unión de un grupo se hace cuidando las coincidencias y orquestando las diferencias

Es conveniente mantener un equilibrio dinámico entre la unidad y la diversidad. Para experimentar realmente qué es la unidad, conviene comprender, por una parte, que las diferencias entre las personas son útiles y tienen mucho más sentido de lo que pensamos; que cada quien tiene su momento, que las cosas cambian y que el estar de acuerdo es valioso aunque no es la única forma de seguir juntos. El corazón no es el cerebro, pero si falta uno de los dos, la persona no puede vivir.

11. Saber escuchar

A todos nos sucede durante un diálogo que, no bien empieza a hablar el otro, ya estamos pensando qué contestar. No te engañes con tu

propio discurso, pon toda tu atención en lo que te digan y te pregunten. A veces nos apresuramos para hablar y es mejor pensar antes lo que vas a decir. La paciencia y el respeto son los mejores compañeros.

12. En vez de juicios y prejuicios, análisis

Una cosa es comprender y otra juzgar. Cuando juzgamos no vemos más allá de nuestros prejuicios, incluso a sabiendas de que algunos o muchos de ellos ya no sirven. Se puede aceptar a una persona aunque no nos parezca lo que hace; si la comprendemos podemos trabajar con ella (informándola, apoyándola, recibiendo y dando).

Analizar es comprender el funcionamiento de las partes, las relaciones entre sí, los objetivos, las razones, etcétera.

13. Respetuoso sentido del humor

Conforme se comprenden más las cosas se les puede ubicar mejor en su justa dimensión y es más fácil mantener el sentido del humor. Siempre hay motivo para una buena carcajada y esto nos permite disfrutar la realización de la tarea.

Nada hay tan importante, ni las ideas, ni las personas, ni las situaciones, como para dejar de sonreír. En cuanto asumimos un gesto de gravedad estamos asumiendo una (falsa) importancia personal que no lleva a ninguna parte.

4.2.2 Grupos de Información para Personas Seropositivas

Introducción

La presente propuesta surge como alternativa para aquellos pacientes de los centros de atención, cuyo resultado haya sido positivo y no deseen participar en grupos psicoterapéuticos.

Este modelo de atención está diseñado como una alternativa de duración breve: cuatro sesiones de 90 minutos cada una.

La información será proporcionada por personal médico y psicoterapeutas, de acuerdo con el tema.

- **Objetivo:** Proporcionar información a pacientes seropositivos sobre la seropositividad y sus cuidados.
- **Objetivos particulares:** Dar a los pacientes la información básica en cuanto a los cuidados que permitan alargar el período asintomático. Proporcionar los elementos racionales (información) que sin conformar un trabajo psicoterapéutico, permitan disminuir estados de angustia y depresión.

Metodología

Puesto que se trata de una breve intervención de cuatro sesiones, se buscará dar información que penetre a nivel psicológico lo más profundamente posible. Es decir "dar psicológicamente la información".

Este es un modelo que se acerca al autogestivo, aunque guiado por personal capacitado. La posibilidad de la dinámica grupal es el mejor antidepresivo porque lleva a la acción. La información se anima entre todos, se discute y se rechaza el rol pasivo que constituye el solamente recibir información.

Se propone que los participantes discutan colectivamente sus dudas y de la misma manera encuentren las respuestas que se precisan y las aclaren con el apoyo de los conductores.

Se organiza el trabajo de cada sesión bajo el siguiente modelo:

- a. Lluvia de preguntas en torno al tema.
- b. Búsqueda de respuestas mediante equipos de trabajo.
- c. Exposición en plenaria de los resultados de cada grupo.
- d. Reflexión (devolución de información) conducida por el psicólogo.
- e. Puntualización sobre la temática que se esté trabajando, conducida por el responsable del tema (médico o psicólogo).

A continuación se describen cada una de las fases con tiempos estimados de duración y propuestas de criterios para evaluar si la fase está funcionando o no:

1. Lluvia de preguntas en torno tema

Presentación del tema e invitación a que los participantes expresen sus dudas. Se recomienda realizarlo en plenaria y que todas las aportaciones sean escritas en un pizarrón, rotafolios, etcétera, a fin de exponerlas a la vista de todos.

Esta primera sesión sirve para la presentación de los participantes y para invitarlos a que expresen sus expectativas respecto al grupo, sus necesidades de información, sus dudas, etcétera, a fin de integrarlas dentro de los temas que se revisarán.

En sesiones posteriores conviene evocar lo sucedido en la sesión anterior para evaluar el grado de fijación/penetración alcanzado y conocer qué puntos es preciso reforzar.

- Tiempo estimado: 20'
- Tiempo acumulado: 20'
- Criterios de evaluación:
 - Número de preguntas
 - "Resonancia" que provocan en el grupo

2. Búsqueda de respuestas mediante equipos de trabajo

Una vez que se cuenta con un listado de preguntas, el coordinador puede agruparlas por temas para facilitar el trabajo.

Conviene que el auditorio sea agrupado al azar, por números impares, es decir grupos de tres o cinco personas, según sea el número de integrantes. Cada grupo elegirá a su representante y el bloque de preguntas que más le interese a fin de proponer sus propias respuestas, de acuerdo con sus conocimientos.

No importa si queda algún bloque de preguntas sin elegir, o si alguno es elegido más de una vez. Es responsabilidad de los conductores llevar al grupo a la búsqueda de respuestas.

Será imprescindible brindar material bibliográfico adecuado con el tema de cada sesión para facilitar la consulta, el diálogo y las respuestas a sus preguntas.

Es importante tratar de que el grupo logre sus propias respuestas de acuerdo con sus conocimientos, pues este es el resorte terapéutico más fuerte dentro de esta propuesta.

Con esto se busca un conocimiento mínimo pero auténtico de las propias capacidades.

Resulta más terapéutico despertar la conciencia activa que saturar de información que satisface la demanda de "saber", sin acercarse demasiado al tema.

- Tiempo estimado: 20'
- Tiempo acumulado: 40'
- Criterios de evaluación:
 - Minutos utilizados para organizarse
 - Relación entre respuestas "propias" y respuestas "consultadas"

3. Exposición en plenaria de los resultados de cada equipo

Una vez que los participantes agoten la discusión de sus respuestas, posturas y creencias, se compartirán en plenaria las respuestas, pero sobre todo importa que reflexionen sobre el proceso del pequeño grupo de trabajo:

"¿Desde dónde han hablado?"

En este sentido será importante saber cuáles son las características de cada grupo, cuáles son los valores que expresan, sus opiniones frente al tema, cómo determina esta escala de valores la elección de los temas con que han estado trabajando.

Para esto se pedirá que cada representante exponga frente al grupo el proceso de su equipo. Cuando hayan hablado todos los representantes, el coordinador planteará los cuestionamientos anteriores a fin de ser trabajados en plenaria.

- Tiempo estimado: 20'
- Tiempo acumulado: 60'

- Criterios de evaluación:
- Niveles de cuestionamiento del propio discurso
- Apertura frente a diferentes posturas
- Disposición al cambio

4. Reflexión (devolución de información) conducida por el psicólogo

Con el material vertido por el grupo, el psicólogo señalará, sin remitirse al nivel personal -ya que no es una intervención terapéutica ni hay tiempo para cerrar dimensiones que se abran-, cuáles son los aspectos más sobresalientes de la relación que este grupo en particular mantiene con la enfermedad; qué connotaciones psicológicas parece tener y sugerir, y como cierre de esta fase, planteará que todo es posible y del mismo modo se podría pensar una cosa que es su opuesto.

La idea de esta fase es cuestionar y aportar elementos para la ruptura de condicionamientos y valores que puedan interferir en el proceso del paciente; facilitarle la decantación de los aspectos de su problemática para que pueda valorarla con menos estigma, marginación, etcétera, preparándolo para una recepción profunda y certera de la fase de la sesión.

- Tiempo estimado: 10'
- Tiempo acumulado: 70'
- Criterios de evaluación:
- Niveles de cuestionamiento percibidos por el grupo
- Tendencias discursivas sobre el eje presente-pasado

5. Puntualización sobre la temática que se está trabajando, conducida por el responsable del tema (médico o psicólogo)

La fase más importante es confirmar aquellos puntos del trabajo grupal que correspondan a lo aceptado científicamente a nivel nacional e internacional. Sin embargo, será conveniente no estigmatizar o negar aquellas posiciones de los asistentes que manifiesten alguna preferencia por medicina alternativa. Se debe partir de un total respeto a estas opiniones.

Es función de los coordinadores hacer un resumen sistemático de las aportaciones del grupo, resumen donde irán complementando y precisando la información y respuestas que el grupo haya elaborado.

Es importante que esta fase se maneje con amplitud, que no se transmita la sensación de que se ha dicho la verdad última, a fin de no eliminar en los pacientes las actividades de búsqueda y todos los beneficios de crecimiento que les puedan reportar.

Al terminar esta fase se hará el cierre de cada sesión.

- Tiempo estimado: 20'
- Tiempo acumulado: 90'
- Criterios de evaluación:
 - Contraste con el número y tipo de preguntas de la fase I
 - Niveles de ansiedad-depresión

Temas que se proponen para las sesiones:

I. Fases del padecimiento o proceso de la enfermedad:

- Qué significa el SIDA y la seropositividad.
- Fases de la infección.

II. Cuidados que debe tener una persona seropositiva:

- Cuidados físicos (alimentación, ejercicio, hábitos, etcétera).
- Cuidados psicológicos (convivencia con la enfermedad, aprendizaje en la optimización del tiempo, apego al "aquí y ahora", etcétera).
- Aspectos sociales (a quién y cómo decirle, convivencia, trabajo, familia, legales, etcétera).

III. Tratamiento:

- Alternativas médicas: alopática, exámenes de laboratorio y medicamentos.
- Tratamientos alternativos.
- Alternativas psicológicas: psicoterapia.

IV. Sexo seguro:

- Aspectos generales del ejercicio de la sexualidad.
- Prácticas de sexo seguro.
- Uso del condón.
- Negociación con la pareja.

Guía de actividades

PRIMERA SESIÓN: FASES DEL PADECIMIENTO

Presentación

En esta primera sesión conviene aprovechar la "presentación" de los participantes para abrir el tema. La presentación deberá motivarse invitándolos a expresar sus expectativas en cuanto al trabajo que desarrollarán. Conocer las expectativas grupales es sumamente útil para los coordinadores, porque orientan sobre la forma y contenido a desarrollar para el grupo en concreto, logrando así el conocimiento de sus necesidades.

Una vez que los participantes han mencionado sus expectativas, el psicólogo indicará las "reglas del juego" (encuadre), bajo el que se sugiere trabajar:

- **Duración aproximada de las sesiones:** 2:30 hrs.
- **Tema de cada sesión.**
- **Metodología de trabajo:** participación grupal. Sólo en la medida en que el grupo participe se logrará un funcionamiento adecuado.
- **El grupo depende del grupo, no de los coordinadores.**
- **Confidencialidad:** lo que suceda dentro del grupo no saldrá del grupo mismo. Un grupo se fortalece mientras más códigos grupales maneje de manera exclusiva.
- **Anonimato:** la necesidad de dar un nombre corresponde a requisitos grupales y de comunicación, pero no están obligados a dar sus verdaderos nombres.
- **Respeto:** se evitará calificar como correcto-incorrecto o emitir juicios de valor sobre las posturas de otra persona. Todas las opiniones

serán válidas. También es válido que no se logre un acuerdo grupal para diferentes concepciones.

- **Comunicación:** el valor más grande que un grupo de tan poca duración puede construir es una comunicación fluida, abierta, sin tapujos y directa.

A. Lluvia de preguntas

Una vez que el grupo tenga claro el encuadre con el que trabajará, el psicólogo pasa a la primera fase de la sesión invitándolos a formular todas las preguntas que tengan en torno al tema "Fases del Padecimiento", bajo la siguiente consigna:

"No queremos aburriros hablando de cosas que a lo mejor ustedes ya conocen, así que sería bueno saber, a través de preguntas, qué temas son los más inquietantes, qué sería importante conocer o checar en cuanto al tema de hoy: 'Proceso de la enfermedad'".

Cuando un grupo inicia un proceso suele suceder que haya cierta resistencia. En caso de ser así conviene plantear, sin tono persecutorio, preguntas tales como:

- Revisemos un poco los conocimientos que tenemos en torno al tema ¿Estamos seguros de tener clara toda la información?
- De los comentarios que a veces nos llegan ¿No hay información contradictoria?
- ¿Sabemos distinguir entre síntomas de otro origen y síntomas causados por el VIH?

Los comentarios del grupo deberán ser organizados por el médico de acuerdo con las diferentes fases de la enfermedad.

Mientras el psicólogo conduce la participación del grupo, el médico colocará los comentarios y preguntas dentro de los seis listados que se tengan de acuerdo con la fase a la que pertenezcan, a fin de agilizar el trabajo grupal.

Conviene tener en cuenta que el grupo puede llegar a vertir aspectos no sólo médicos, sino también psicológicos, sociales o de otra índole.

Dentro de esta sesión sólo se tratarán las facetas médica y psicológica; cualquier otra aportación (legal, familiar, social, etcétera) quedará anotada para la sesión 2 ó la 3.

Tiempo: 30'

B. Búsqueda de respuestas

Una vez agotadas las aportaciones grupales, se dividirá al grupo en seis equipos, solicitando que cada uno de ellos escoja un listado de preguntas y comentarios para trabajar.

Aunque lo ideal es conformar seis equipos de trabajo cuyo número de miembros sea impar, y que todas las fases sean escogidas una sola vez. Es preferible dejar al grupo en libertad de cambiar estas condiciones. Este hecho resultará revelador de la relación grupal con las implicaciones de esa fase.

Tiempo: 30'

C. Exposición en plenaria

D. Puntualización de la temática

Los representantes de cada subgrupo leerán en plenaria las conclusiones de su trabajo. El médico irá inteviniendo para precisar, aclarar o corregir las aportaciones de cada equipo.

La información pertinente para este momento de la sesión es la siguiente:

Información médica

Fases biológicas de la enfermedad, sintomatología general y criterios para diferenciar entre la sintomatología de la enfermedad y la causada por otras razones, repercusiones psicológicas del proceso físico, y las fases psicológicas de la enfermedad.

El psicólogo tomará nota del tipo de participación, a fin de aportar elementos que faciliten asumir con mayor profundidad la información durante la siguiente fase.

Tiempo: 60'

E. Devolución de la información

El psicólogo señala aquellos puntos que el grupo no ha enfrentado de manera directa, aquellos que ha encarado fácilmente, etcétera. Resumirá la dinámica grupal de ese día.

Tiempo: 10'

SEGUNDA SESIÓN: CUIDADOS QUE DEBE TENER UNA PERSONA CON EL VIH/SIDA

La sesión dará inicio invitando a los participantes a que evoquen lo sucedido en la reunión anterior. Es importante observar qué puntos se han fijado con mayor profundidad y firmeza; cuáles necesitan ser reafirmados y cómo ha recibido el grupo la información.

Tiempo: 20'

A. Lluvia de preguntas

Retomando el material del día anterior sobre las fases de la enfermedad, el coordinador motivará al grupo para que exprese qué se puede hacer frente a cada uno de los síntomas de la enfermedad.

Toda participación deberá anotarse en el rotafolios para formar un mosaico de síntomas-precauciones.

Es importante aclarar que los "cuidados", tema de esta sesión, se consideran diferentes de "los tratamientos", tema de la siguiente sesión.

Tiempo 30'

B. Búsqueda de respuestas

De acuerdo con los cuatro subtemas: "Cuidados físicos, psicológicos, familiares-sociales y legales", el grupo se dividirá según los intereses de cada uno de los participantes.

Los cuatro equipos organizarán su trabajo bajo la siguiente guía de discusión:

- Ordenar progresivamente de mayor a menor importancia las formas de cuidado (tiempo 10').
- Especificar en cada una qué aspectos se deben considerar para tomar decisiones al respecto (tiempo 20').
- Enlistar aquellas instituciones que puedan brindar cualquier tipo de apoyo (tiempo 10').

Tiempo: 40'

C. Exposición en plenaria

D. Puntualización de la temática

Cada equipo expondrá en plenaria su trabajo, y los coordinadores precisarán en caso necesario los siguientes cuidados:

Físicos-Aseo

- Hábitat
- Hábitos
- Revisiones médicas
- Alimentación
- Descanso
- Ejercicio
- Alcohol-droga-tabaco
- Medicación-automedicación
- Análisis (cuáles y dónde)

Psicológicos-estrés

- Depresión
- Cambio de actitudes y perspectivas
- Importancia del "aquí y ahora"
- Apoyos psicoterapéuticos

Familiares y sociales

- Cómo saber con quién compartir
- Pros y contras del compartir con la familia
- Pros y contras del compartir con amigos, compañeros de trabajo, sociedad
- Grupos de apoyo

Legales

- Derechos humanos
- Violaciones más comunes contra personas que viven con el VIH/SIDA
- Asesoría jurídica

Los participantes recibirán un listado de las instituciones y personas que puedan brindar algún tipo de apoyo (área en que podrían apoyar, nombre, dirección, teléfono, horario y persona a quién dirigirse).

Tiempo: 50'

E. Devolución de información

El psicólogo devolverá la información al grupo, señalando posibles significados que den sentido al haberse detenido con mayor o menor profundidad ante determinado tema, haciendo notar los elementos más relevantes de cada uno en la sesión.

Tiempo: 10'

TERCERA SESIÓN: TRATAMIENTOS

La sesión se iniciará como las anteriores, recordando lo sucedido, a fin de aclarar y puntualizar aquellos aspectos que persistan sin fijación.

Tiempo: 20'

A. Lluvia de preguntas

Se pedirá a los participantes que enumeren todos los tratamientos que conozcan, sean alopáticos o de cualquier otro tipo.

Los coordinadores los escribirán agrupándolos en la medida de lo posible en conjuntos definidos de acuerdo con el tipo: alopáticos, homeopáticos u otras opciones alternativas.

A continuación se solicitará que definan someramente la lógica fundamental que anima a cada conjunto.

Tiempo: 30'

B. Búsqueda de respuestas

Se dividirá al grupo en equipos de trabajo de acuerdo con las distintas opciones, para llenar el siguiente formato:

Ejemplo. - Escuela de medicina: alopática, homeopática, naturista, macrobiótica, acupuntura, hidroterapia, tradicional, etcétera.

Fundamento o principio del tipo de medicina: alópata, homeópata, acupuntura, etcétera.

- Tratamiento I: AZT (zidovudina).
 - Dosis: 200 mgr. cada 8 hrs.
 - Efecto principal: antiviral.
 - Efectos secundarios: anemia (baja de glóbulos rojos), leucopenia (baja de glóbulos blancos).
 - Observaciones: requiere control médico.
 - Precio: costoso.
 - Lugar donde se consigue: farmacias especializadas.
 - Nivel en que se encuentra su investigación: aprobado.
 - Resultados observados en pacientes: x, y, z ...
- Tratamiento II: *idem*
- Tratamiento III: *idem*

Tiempo :45'

C. Exposición en plenaria

D. Puntualización de la temática

Cada representante de equipo expondrá frente al grupo los resultados de su trabajo. Los coordinadores precisarán la información resultante del trabajo grupal.

Tiempo: 45'

E. Devolución de información

El psicólogo devuelve la información al grupo, señalando los temas más recurrentes de la sesión y el significado de ello, así como los obstáculos que se han presentado.

Tiempo 10'

CUARTA SESIÓN: SEXO SEGURO

Se iniciará la sesión como las anteriores.

Tiempo: 20'

A. Lluvia de preguntas

Se invitará a los participantes a que formulen todas sus dudas en torno a lo que es el sexo seguro.

Convendrá "leer" la actitud grupal frente al tema, ya que es probable que haya cierta reticencia profunda en pensar la alternativa de continuar con una vida sexual activa.

Tiempo: 20'

B. Búsqueda de respuestas

C. Exposición en plenaria

D. Puntualización de la información

E. Devolución de información

Se sugiere que en esta sesión se trabaje en plenaria, por ser la última sesión. Si el grupo requiere mantener los subgrupos se podrá acceder al modelo seguido en las sesiones anteriores.

Tópicos sugeridos para tratar en esta sesión:

- ¿Qué es la sexualidad?
- ¿Conviene a una persona que vive con el VIH continuar su vida sexual activa?
- ¿Qué cuidados son importantes observar?
- ¿Cuál es la lógica fundamental del sexo seguro?
- ¿Cómo ha cambiado su relación con la sexualidad a partir de saber su seropositividad?
- ¿Cuáles son las técnicas básicas del sexo seguro?

- Ψ
- ¿Cómo se usa el condón?
 - ¿Cuáles son las estrategias más comunes para convencer a una pareja sexual reticente a usar condón?

Tiempo: 60'

Evaluación final del grupo de información

Se invitará al grupo a llenar un pequeño cuestionario individual de evaluación cuantitativa en el que calificarán de 1 a 10 diversos aspectos del taller. Una vez terminado se les motivará a verbalizar su experiencia durante las cuatro sesiones. Los coordinadores tomarán nota de esta información cualitativa para su posterior análisis en relación con la evaluación cuantitativa.

Tiempo: 25'

Cierre del grupo

Cierre de todos aquellos aspectos psicológicos que se hayan destacado en el grupo; es decir, los obstáculos que se presentaron, las ansiedades que se manifestaron grupalmente y el posible cambio de los mismos.

Canalización terapéutica (médica y/o psicológica) de aquellos participantes que lo requirieran.

Invitación a que los mismos participantes promuevan entre sus conocidos el siguiente grupo de información (dar fecha, horario y lugar, si lo hubiera).

Agradecimientos.

Tiempo: 25'

5. IMPACTO QUE PRODUCE EN EL PERSONAL DE SALUD TRABAJAR CON PACIENTES CON EL VIH/SIDA

5.1 Alertas para el Trabajador de la Salud

La naturaleza misma de este tipo de trabajo suele provocar crisis de diversa intensidad en quienes lo realizamos. A continuación se indican algunas consideraciones para orientar mejor al trabajador de la salud.

- Todos los que trabajamos contra el SIDA estamos expuestos a un constante cuestionamiento de tres temas fundamentales: vida-muerte-sexualidad. A veces el cuestionamiento puede llegar a ser muy fuerte.
- Reconocer las propias emociones que surgen frente al trabajo y los pacientes.
- Es frecuente sentirse impotente ante una situación avasalladora.
- También son muy frecuentes los cambios emocionales.
- Conviene aceptar el propio dolor, miedo, angustia, impotencia; es decir, no reprimirlo ni exacerbarlo, sino simplemente vivirlo.
- Cuidarse de no caer en extremos de frialdad o excesiva calidez.
- El trabajador de la salud pasa por los mismos procesos psicológicos que los pacientes. La negación (imposibilidad de aceptar una situación tal cual es) también es un proceso que se da en los trabajadores de la salud.
- A veces los pacientes le atribuyen al personal de salud características de personas conocidas y/o familiares, e incluso los tratan como a ellos. Este mecanismo también puede darse en el profesional con respecto al paciente.

Cuidado, la atención se vuelve deficiente cuando se pierde la objetividad.

- Si un trabajador de la salud padece de homofobia (rechazo hacia personas homosexuales) experimenta sentimientos de rechazo o intolerancia contra las personas afectadas o

con prácticas de riesgo, no se recomienda que desarrolle este tipo de trabajo.

- Los pacientes requieren que los trabajadores de la salud que los atienden se muestren optimistas.
- Hay que evitar emitir juicios, a fin de optimizar nuestro papel como trabajadores de la salud.
- Dado que constantemente se escuchan historias de la vida personal -muchas veces se tocan dimensiones íntimas como la sexualidad-, hay peligro de que en el personal de salud se movilicen fantasías y partes no asumidas de la personalidad y puedan generar problemas (por ejemplo, aprovechar las sesiones para resolver su propia problemática, en vez de ayudar al paciente).
- Por lo anterior, es importante contar con un psicopsupervisor o grupo de compañeros que realicen el mismo trabajo a fin de elaborar y compartir periódicamente los propios sentimientos.
- Observar estricta confidencialidad y anonimato (los grupos de apoyo entre trabajadores de la salud no manejan nombres de pacientes).
- Reconocer límites. Discernir hasta dónde podemos brindar ayuda psicológica al paciente, de acuerdo con nuestra función (medicina, enfermería, trabajo social, etcétera).
- Discernir cuándo es conveniente que el paciente cuente con la atención especializada de un psicólogo o psiquiatra.
- Buscar asesoría y apoyo de otros profesionales a fin de lograr una atención integral.
- Reconocer el límite y las posibilidades de nuestras capacidades y recursos y del lugar donde trabajamos.
- Mecanizarse es muy fácil; a fuerza de repetir la experiencia, el trabajo se llega a hacer de manera mecánica y rígida. Un trabajo realizado de esta manera sirve muy poco.
- Es posible que con el paso del tiempo aparezca un aplanamiento emocional en el trabajador; esto es un proceso esperado como resultado del desgaste y la defensa.
- Conviene valorar el compromiso y lo que uno está dispuesto a dar en este trabajo, a fin de tomar decisiones.

6.1 Taller de Sexo Seguro

El taller de Sexo Seguro cubre la necesidad de informar y prevenir en tiempos del SIDA.

Es una de las estrategias preventivas que resulta eficaz para informar a la población con prácticas de riesgo, con el objeto de lograr un conocimiento vivencial y una mayor responsabilidad frente a la propia sexualidad.

También reviste la importancia de su implementación a nivel grupal, por lo que se informa a más personas al mismo tiempo, ampliando el alcance didáctico y posibilitando un efecto multiplicador de la experiencia preventiva.

Existen diferentes modelos de talleres para grupos específicos, así como material de apoyo (videos, diaporamas), elaborados por el CONASIDA y grupos no gubernamentales.

A continuación se describe únicamente la estructura general y fundamentos de este instrumento, así como sugerencias para su ejecución.

- I. Consideraciones para el instructor**
- II. Preparando la sesión**
- III. La sesión**

- Presentación (15')
- Dinámica de introducción (15')
- Rompecabezas: fases de la enfermedad (45')
- Recolección de firmas (45')
- Sexo... seguro (45')
- Tiro al blanco (60')
- Uso del condón (15')
- Cierre de sesión

I. Consideraciones para el instructor

Para coordinar el trabajo de un grupo sobre el tema de sexo seguro es importante que se tengan en mente los siguientes puntos:

a. Respeto

Es de fundamental importancia que el coordinador de la sesión sea capaz de dejar de lado su propia concepción de sexualidad a fin de facilitar que el grupo exprese con toda confianza y libertad su propia postura. En este sentido, la regla consiste en no utilizar juicios ni prejuicios durante el trabajo. Por el contrario, es preciso partir de un respeto fundamental ante cualquier opinión. Dicho respeto es conveniente tanto entre el coordinador y el grupo como entre el grupo mismo.

b. Necesidad de información en tiempos del SIDA

El sentido de la sesión es facilitar información a fin de que las personas puedan continuar ejerciendo su sexualidad, pero de manera responsable y consciente. Es de gran utilidad introducir el tema dentro de la discusión grupal a través de la pregunta ¿Qué sentido tiene la sexualidad?, ya que es una de las más grandes fuentes de autoconocimiento y una forma de entrar en profunda relación con el otro. En tiempos del SIDA es preciso ejercer la sexualidad con responsabilidad y conciencia para no transformarla en una experiencia dolorosa o angustiante y riesgosa.

c. Concepción amplia de la sexualidad

d. Dejar que sea el grupo quien lleve la sesión

El coordinador es meramente un facilitador. Su presencia no debe tener mayor peso en la dinámica grupal que la de facilitar el trabajo. De hecho un manejo de "figura ausente" es lo más indicado. Esto quiere decir que el coordinador simplemente plantea las reglas del juego, que son: no enjuiciar las opiniones de los compañeros, respetar el turno de participación, hablar con el nivel de lenguaje que a cada uno le es familiar, hacer aportaciones que realmente ayuden al trabajo del grupo.

Una vez que el grupo las acepta y asume el trabajo, conviene dejarlo realizar el trabajo mientras el coordinador cuida que dichas reglas se lleven a cabo y marca los pasos hacia las diferentes fases de la sesión.

e. Importancia de cuidar el ritmo de la sesión

Dada la naturaleza del tema es frecuente que algún(os) participante(s) explore(n) demasiado un determinado punto. El coordinador debe centrar con cuidado pero con firmeza el tema a fin de evitar dispersiones o alargar innecesariamente la reunión; en otros términos, buscar un equilibrio entre la participación y la optimización del tiempo.

f. Importancia de llevar a cabo esta guía

El verdadero objetivo de la sesión no se logra con el simple hecho de realizarla y ya, sino que forma parte de una serie de esfuerzos de muchas personas e instituciones y está dentro de un programa amplio de lucha contra el SIDA. Por esto es de fundamental importancia efectuar la sesión como se propone en esta guía a fin de llevarlo a sus últimas consecuencias; la reflexión profunda, el cuestionamiento de la propia postura frente a la sexualidad, el valorar la pertinencia de las prácticas sexuales de riesgo y, finalmente, la toma de decisiones hacia prácticas de nulo o bajo riesgo.

g. Conozca usted antes las dinámicas y materiales y mida sus propias impresiones

Antes de trabajar con el grupo, conozca el material que empleará.

Practique con anterioridad, entre amigos, las dinámicas sugeridas; con todos estos materiales, observe cuáles son sus propias reacciones, qué sentimientos y pensamientos le provoca, qué tan clara le resulta la información y qué situaciones cree que podrían darse en el grupo.

Tome nota de su propia reacción y analícela. En caso de que piense usted que es muy probable que frente al grupo se dé alguna "escena temida" (situaciones que incomodan a los coordinadores), usted ha encontrado un punto de su persona sobre el cual debe estar atento para que no interfiera durante la conducción del trabajo.

h. Tenga en mente la estructura de la sesión y de cada ejercicio

Recuerde que la sesión está dividida en diferentes momentos y tiempos, como ya se indicó al principio de este capítulo.

II. Preparando la sesión

Los siguientes puntos deben ser considerados como sugerencias para provocar condiciones ideales en el funcionamiento grupal. En caso de no poder cumplirlos en su totalidad, conviene hacer los ajustes necesarios, incluso durante la misma sesión; por ejemplo, si el espacio donde se va a realizar la sesión no cuenta con las condiciones ideales, tratar de apegarse lo más posible a ellas. Considere que un cambio puede tener consecuencias no previstas en otras áreas.

a. Los participantes

Conviene no mezclar extremos demasiado lejanos: gente muy joven con gente muy grande, niveles socioeconómicos muy dispares, personas con diferentes opciones sexuales, escolaridades diversas, etcétera. En la medida de lo posible, una cierta homogeneidad entre los participantes facilita la sesión.

En caso de no poder garantizarlo hay que tener cuidado en la integración de los participantes; en posibles contradicciones dictadas por su postura de clase o formación académica, etcétera, a fin de convertir estas diferencias en elementos que ayuden al trabajo en vez de sabotearlo. La participación debe ser voluntaria.

b. El lugar

Buena disposición del espacio. El impacto que pueda lograr una sesión depende en primera instancia de las condiciones de visibilidad y audición del local, de la distribución de los lugares y del equipo, de manera que todo el mundo pueda oír y ver bien. Importa también que no haya presencia de fuentes luminosas o sonoras extrañas a la sesión que puedan distraer a los participantes.

Que el lugar predisponga a la participación e integración del grupo. Por ejemplo, un auditorio frena a la gente para integrarse y participar, dado que el espacio los condiciona a permanecer pasivos.

Preparar un cartel con las reglas de la sesión (adelante se detallan).

Contar con pizarrón u hojas de rotafolio o cualquier espacio donde se pueda escribir, de manera que todos los participantes puedan leer.

c. La cita

En la invitación a participar en la reunión debe aclararse que la sesión dura aproximadamente dos horas y media, a fin de que la gente pueda distribuir sus tiempos.

Conviene confirmar con una semana de anticipación que se contará con el lugar elegido para realizar la sesión. Una vez confirmado es importante ratificar a los participantes el sitio, día y hora.

La cita deberá ser fijada con media hora de anticipación al inicio de la sesión, dando margen a que el grupo se complete y favoreciendo un momento inicial de informalidad donde los participantes puedan dialogar. El coordinador puede motivar este diálogo informal a través del sentido del humor.

Por otra parte, en caso de no conocer a los asistentes, el coordinador puede sondear el tipo de grupo con el que trabajará.

III. La sesión

a. Recepción de los participantes (30')

Es recomendable manejar un tono informal y cordial, pero respetuoso; considerando que la temática a tratar no siempre resulta fácil para la gente y menos dentro de un ambiente tenso o demasiado formal.

Para facilitar la dinámica, conviene que los participantes conozcan su nombre de pila (no necesariamente el nombre verdadero), ya que un manejo personalizado de la sesión resulta de mayor impacto. Una sesión puede tener una asistencia tan numerosa que al coordinador le resulte difícil retener de memoria todos los nombres. Esto puede solucionarse con pequeñas etiquetas adheribles a la camisa o tarjetas sobre la mesa, etcétera, donde pueda escribirse el nombre.

b. Apertura de la sesión (10')

Una vez que el tiempo de espera para completar el grupo se ha cumplido, se procede a dar inicio a través de la siguiente consigna:

Instructor: "El propósito de esta reunión es hablar sobre una alternativa para ejercer nuestra sexualidad llamada **Sexo Seguro**."

"Durante esta sesión de aproximadamente dos horas y media, siéntanse en confianza de expresar libremente sus opiniones, posturas o ideas."

"Para facilitar el trabajo, les propongo que manejemos las siguientes reglas de la sesión".

(Mostrar cartel con las reglas escritas)

- Toda opinión es bienvenida
- No enjuiciar las opiniones de los compañeros
- Respetar el turno de participación
- Hablar con el nivel de lenguaje que a cada quien le sea familiar
- Hacer aportaciones que realmente ayuden al trabajo del grupo

Es importante no perder de vista el manejo del sentido del humor, ya que esto marca un tono especialmente cálido, y por tanto de apertura y confianza.

Si el grupo tiene alguna duda o propuesta sobre las reglas, hay que aclararlas o modificarlas, según sea el caso.

1. Presentación (15')

Una vez que el grupo esté completo se procederá a la presentación del(los) coordinador(es) de la sesión, haciendo un breve esbozo del programa de trabajo del día:

Instructor: "Vamos a tener una serie de dinámicas para acercarnos un poco a la comprensión del 'sexo seguro'. Después de estos ejercicios con los que esperamos generar muchas dudas e inquietudes

en ustedes, encontraremos respuestas a algunas de nuestras preguntas e ideas nuevas para vivir una sexualidad más completa, plena y satisfactoria, sin riesgo de contraer enfermedades".

2. Dinámica de introducción (15')

A fin de contar con elementos suficientes para detectar los puntos que más interesan al grupo y saber desde qué perspectiva están ubicando tanto la sexualidad como el sexo seguro, se procederá a realizar un "tiroteo" de preguntas con la siguiente consigna:

Instructor: "Ya que han quedado claras las reglas, vamos a hacer un pequeño juego. La idea es formar dos equipos para hacer un tiroteo de preguntas sobre sexualidad".

(Formación de dos equipos al azar)

Queda a juicio del coordinador el número de preguntas que cada equipo realizará; se recomiendan alrededor de 20. Es importante que todos los participantes formulen por lo menos una pregunta.

Instructor: "Cada equipo 'disparará' una pregunta al equipo contrario, respetando el turno. Por ejemplo, el equipo A (o si se prefiere, que los participantes se pongan un nombre) disparará una pregunta contra el equipo B; luego el B contestará con otra pregunta y así sucesivamente.

"Cuando el equipo A reciba un 'disparo' tomará nota de cuál fue la pregunta. Del mismo modo lo hará el equipo B.

"Todos los miembros del equipo deberán hacer por lo menos una pregunta sobre algún aspecto de la sexualidad que les inquiete. No se vale 'soplar'; cada quien deberá formular su o sus dudas sobre la sexualidad.

"Recuerden que un tiroteo es una bala tras otra, así que no deben tardarse".

"¿Alguna pregunta?"

Una vez aclaradas las dudas sobre la dinámica, se procede a iniciar el "tiroteo".

El coordinador toma nota de los aspectos básicos que preocupan al grupo.

Es fundamental el manejo respetuoso del sentido del humor.

Al final, se contará con dos listados de preguntas. Durante la sesión se irán dando respuestas de acuerdo con el material. En caso de utilizar esta dinámica de presentación es importante retomar ambos listados al final de la sesión para checar que no haya quedado pregunta sin respuesta o, en su defecto, resolver aquellas incógnitas que queden en el aire.

3. Rompecabezas: fases de la enfermedad (43')

Una vez que el grupo ha terminado de presentarse:

Instructor: "Ahora vamos a continuar con otro ejercicio en el que nos vamos a numerar del uno al..."

El número dependerá de los equipos que se formen, y esto a su vez dependerá del total de participantes. Distribuir a todos los numerados con 1 en una zona del salón, por separado todos aquellos con el número 2, etcétera. Repartir un rompecabezas por equipo.

En estos carteles aparecen los números romanos del I al IV que se refieren a las fases de la enfermedad. En las tarjetas aparecen diversos síntomas. Cuando los síntomas aparecen con su nombre médico, entre paréntesis hay una pequeña explicación y a veces el nombre común que utilizamos para nombrar esa enfermedad. La idea es que los equipos se pongan de acuerdo respecto a qué síntomas corresponden y a qué fase.

Tienen quince minutos para trabajar.

En caso de no haber dudas sobre el ejercicio, se dará inicio al trabajo.

Una vez que los equipos han terminado, en plenaria se contrastan las diferentes colocaciones de los síntomas, llegando a un cuadro general del siguiente tipo:

Los carteles a elaborar, como encabezados del rompecabezas son:

- I. Infección aguda
- II. Portador asintomático
- III. Linfadenopatía generalizada persistente
- IV. SIDA

Las tarjetas a elaborar con los síntomas son:

- Sarcoma de Kaposi (cáncer en la piel)
- Tuberculosis diseminada
- Neumonía por *P. carinii*
- Candidiasis (algodoncillo en la boca)
- Herpes zoster
- Convulsiones (ataques)
- Adelgazamiento súbito
- Ganglios inflamados
- Diarreas persistentes
- Fiebres
- Sudoraciones nocturnas
- Pérdida de apetito
- Manchas en la piel
- Tos persistente y falta de aire

En conclusión, las tres primeras enfermedades son muy características del SIDA, pero el resto de los síntomas pueden ser provocados por diversos agentes, de modo que un diagnóstico o autodiagnóstico del SIDA sin pruebas de laboratorio suele ser muy aventurado.

Por otra parte, importa dejar claro que no es lo mismo ser seropositivo que haber desarrollado el SIDA o alguna otra enfermedad relacionada y que indica inmunodeficiencia.

Ronda de preguntas y dudas.

4. Recolección de Firmas (45')

Instructor: "Ahora les voy a pedir no enseñen el papelito que les voy a dar a cada uno. Es personal, así que nadie más que ustedes lo tiene que leer".

Distribución de los papeles para recolectar firmas.
Tres de ellos dicen: "Siga las instrucciones C".

Tres dicen: "No siga las instrucciones". Sólo hay un papel que dice: "Siga las instrucciones. Gracias".

El resto de papeles dice: "Siga las instrucciones".

Ya que cada quien tiene su papel distribuido al azar...

Instructor: "Ahora por favor en cuanto les diga 'empezamos' tienen que pedirle a tres personas que escriban su nombre en el papel de ustedes. Cada uno de nosotros deberá tener en su papel tres nombres de tres personas; en cuanto tengan regresen a sus asientos por favor.

"¿Dudas? (aclarar la dinámica en caso de haber dudas). Empezamos".

Una vez que los participantes han regresado a sus asientos:

Instructor: "¿Alguien tiene un papel que dice 'gracias'? De pie, por favor".

"¿Alguien le firmó al compañero(a) o recibió una firma de él(ella)? De pie, por favor".

"¿Alguien intercambió firmas con estas personas? De pie, por favor". Así continúa hasta que, generalmente, todo el grupo está de pie.

Instructor: "¿Alguien tiene escrito en su papel 'No siga las instrucciones'? ¿y por qué las siguieron? ¿Por qué hicieron caso de buscar firmas si ustedes no tenían que seguir las instrucciones?".

Anotar en un lugar visible los argumentos de por qué aceptaron participar en el juego (usualmente es: porque me dio pena, porque no entendí, porque se me hizo "mala onda", etcétera).

Instructor: "Bien, en este juego las firmas significan relaciones sexuales".

Dejar tiempo para que el grupo reaccione, ría, etcétera.

Instructor: "Pero además, el compañero(a) cuyo papel dice 'gracias' significa que es portador(a) asintomático(a) del VIH".

Dejar tiempo para que el grupo reaccione.

Instructor: "En este momento, todos los que estamos de pie somos portadores del VIH, somos seropositivos o portadores asintomáticos".

Dejar tiempo para las reacciones.

Instructor: "¿Alguien tiene en su papel una C? La C significa que ellos tres usaron condón y pueden tomar asiento. El resto que estamos de pie, somos portadores del VIH".

Conforme se vaya desarrollando este ejercicio es importante retomar lo siguiente:

- Las personas con "no siga las instrucciones":

Muchas veces hemos escuchado cómo una persona con el VIH dice que se infectó por... (leer/rescatar los discursos anotados, ahora en el contexto de que esos son los argumentos que nos llevan a aceptar un sexo no protegido y a infectarnos)

- La persona con "gracias" (pidiéndole que se comprometa con el ejercicio fingiendo como si fuera real):

¿Qué sentimientos y pensamientos pasan por él?
¿Cómo se sintió al saber su seropositividad?
¿Qué va a pasar con sus planes?
¿Con quién va a compartir el resultado?
Etcétera.

- Las personas con "siga las instrucciones":
¿Qué piensan del compañero que tiene el VIH?
¿Qué más significaría ese VIH? (estigma)
¿Qué va a hacer cada uno con su vida?
¿Van a compartir su "resultado" con su familia, hijos, pareja, en el trabajo?
En cada caso ¿Qué reacción creen que tendrán las otras personas?

Las personas con C: ¿Qué sintieron al saber que el condón las había protegido del contagio?

En la medida en que la fortaleza del grupo lo permita, se puede profundizar el análisis.

Cerrar el ejercicio con una breve reflexión en cuanto a la similitud del ejercicio con la forma en que se ha extendido la pandemia.

5. Sexo... Seguro

Instructor: "Bueno, justo para no llevarnos ninguna sorpresa como la que nos plantea el ejercicio, vamos a hablar de **Sexo Seguro**".

La idea central es:

"Sexo Seguro" = nulo riesgo, no penetración ni intercambio de fluidos sexuales.

"Sexo protegido" = bajo riesgo, penetración con condón.

Instructor: "¿Qué prácticas de nulo riesgo conocen?"

"¿Cuáles son las formas más locas, divertidas o atrevidas de tener una relación sin penetración?"

El instructor las anotará en una hoja de rotafolio o pizarrón, sometiéndolas a discusión del grupo.

Instructor: "¿Cuáles son las formas más locas, hermosas y amorosas de tener una relación con penetración y condón?"

Enumerarlas y someterlas a discusión del grupo.

Instructor: "¿Cómo te sientes al practicar sexo de manera segura?"

"¿Cómo te sientes al practicar el sexo de manera no segura?"

"¿Es fácil hacer el 'Sexo Seguro'?"

"¿Por qué?"

Conviene tener a la mano estas frases para favorecer la discusión:

- **El sexo también es imaginación.**
- **Dar placer y recibirlo es el equilibrio del enamorado.**
- **Hay que aprender a ejercer la sexualidad de otra manera.**
- **El sexo seguro favorece la comunicación y la ternura con la pareja.**

- El placer está en todos los sentidos.
- Si tu pareja no quiere usar condón, simplemente di que no.
- Cada quien es responsable de lo que hace y de con quién se relaciona.
- Los genitales no son las únicas partes sexuales del cuerpo, también lo son la piel, los senos, las orejas, el ombligo, etcétera.

Concluir motivando al grupo para experimentar las diversas formas de "Sexo Seguro" como son: acariciar, abrazar, frotar cuerpo con cuerpo, dar masaje con aceites o cremas, besar el cuerpo, observar o ser observado mientras te acaricias, usar juguetes sexuales (sin compartirlos), masturbarse individual o mutuamente, eyacular sobre piel sana, o introducir los dedos en el ano, usando guantes de látex.

Nota: para población de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se cuenta con material audiovisual de apoyo para poder llevar a cabo esta parte del taller. El video se titula: "Sexo Seguro" y va acompañado de una guía para su manejo.

6. Tiro al Blanco

Material utilizado:

- Los "blancos" son círculos concéntricos de fieltro, cosidos uno sobre otro. El mayor tiene un diámetro de 1 metro; los siguientes son de 80, 60 y 40 cms. de diámetro, respectivamente. Las tarjetas-tiro son pequeñas justo para que quepa la frase, de letra grande a fin de facilitar la lectura.
- Tarjetas con prácticas de bajo-alto riesgo.

Instructor: "Vamos a formar tres equipos para jugar tiro al blanco.

"Cada grupo tendrá su propio tiro al blanco. Los tiros son las frases que están en las tarjetas que les voy a distribuir".

"Cada blanco consiste en 4 círculos concéntricos, el interno es para prácticas de alto riesgo, el que sigue para prácticas de mediano riesgo, el siguiente para prácticas de bajo riesgo y el de afuera para prácticas de nulo riesgo".

"Distribúyanse las tarjetas entre los miembros de cada equipo".

Ψ

"Tienen 15 minutos para que cada quien coloque por turno sus tarjetas en alguno de los círculos y explique por qué razón la elige como práctica de nulo, bajo, mediano o alto riesgo".

Al terminar se compararán los resultados de los diferentes equipos.

Listado de prácticas escritas en cada una de las tarjetas o tiras:

- Pinchazo de aguja contaminada con sangre con VIH.
- Tener relaciones sexuales con trabajador(a) sexual.
- Besar la piel.
- Eyaculación sobre piel sana, es decir sin heridas.
- Coito anal con condón.
- Sexo oral con condón.
- Tener relaciones sexuales con trabajador(a) sexual con condón.
- Abstinencia sexual.
- Monogamia mutua.
- Tener relaciones sexuales con un médico.
- Dar respiración boca a boca a persona infectada por el VIH.
- Comer en el mismo plato que un paciente con SIDA.
- Ir al dentista.
- Realizar "Sexo Seguro" con hombre con SIDA.
- Recibir un beso en la boca de un paciente con SIDA.
- Manejar con guantes a paciente sangrando.
- Tomar alcohol todos los días.
- Usar *poppers*.
- Tener relaciones sexuales con un licenciado en leyes.
- Ir al sanitario y usarlo después de un paciente con SIDA.
- "Chivo en precipicio".
- Tener relaciones sexuales con un obrero.
- Ser picado por mosquito que salió del cuarto del paciente con SIDA.
- Tener relaciones sexuales con un desconocido.
- Tener múltiples parejas sexuales.
- Usar "sexy-pack" para el "beso negro".
- Introducir puño por el ano.
- Consumir drogas.

7. Uso del condón

En esta fase final de la sesión, el punto clave es garantizar que los participantes comprendan la concepción de sexualidad, las técnicas

de "Sexo Seguro" y la técnica para usar correctamente el condón. El coordinador demostrará, con ayuda de un dildo o pene de madera, la técnica para usar bien el condón (ver páginas 21 y 22).

8. Cierre de sesión (10')

- El coordinador resume los puntos fundamentales de la sesión.
- El coordinador agradece la presencia de los asistentes.
- En caso de existir la posibilidad de futura sesión con otro grupo se avisa, a fin de que los participantes puedan invitar a quien esté interesado en informarse sobre "Sexo Seguro".

6.2 Taller de Buen Morir

¿Cómo hablarle a alguien enfermo, en el lecho de muerte? ¿Qué palabras de consuelo utilizar? ¿Qué sabemos realmente del estado y de las necesidades de quien está en el trance de la partida? ¿Qué podemos hacer, si es que hay algo que hacer? o, tal vez, todo se reduce a nuestra necesidad de ser buenos, de acompañarnos, de demostrar nuestra solidaridad, para así hacernos merecedores del título de "humanos".

Pareciera imposible saber qué necesita el otro, sobre todo en un momento como el de la trascendencia. Pareciera cierto también que la gran confrontación que nos provoca es disfrazada de "apoyo" hacia el otro como no queriendo sentir plenamente que algún día todos y cada uno de nosotros llegaremos al mismo momento.

I. Introducción

Este taller está diseñado para un grupo de 15 a 20 participantes con VIH/SIDA. Su duración varía entre 4 y 5:30 horas, más una hora para la preparación del lugar.

El objetivo del taller es ofrecer un espacio en el que los participantes puedan aproximarse de una forma vivencial al tema de la muerte. El diseño ha sido realizado teniendo en mente las condiciones especiales que se generan en una persona ante la seropositividad y el SIDA. Se considera que un buen manejo de este modelo se dará en la medida en que el coordinador lo asimile a su forma de trabajo y no lo tome al pie de la letra ni mecanice su práctica.

En algunos casos será conveniente contar con el apoyo de otra persona para la organización y realización del taller; una vez que el coordinador maneje adecuadamente el taller podrá prescindir de este apoyo.

Al final de este capítulo aparecen una serie de anexos y lecturas que apoyan este taller.

II. Programa de trabajo

1. Preparación para el sitio
2. Recepción de los participantes (15')
3. Ejercicio I: Ceguera (10 a 15')
4. Ejercicio II: El Mensaje (20 a 30')
5. Ejercicio III: La Palabra (15')
6. Ejercicio IV: El Umbral (15')
7. Análisis: antes y después (30')
8. Compartir (60')
9. Fin de sesión (30')
10. Anexos

Prerrequisitos para el taller

- a. Dos semanas antes, solicitar que los participantes redacten un máximo de una cuartilla sobre cómo creen que será su muerte.

La carta se entregará al coordinador una semana antes del día del taller. Se pide que inicialmente describan la escena y en una segunda parte que describan cómo se sentirían durante ese momento de muerte. Es preciso aclarar que no se trata de escribir la muerte ideal (la pregunta no es cómo les gustaría, sino cómo creen que sucederá en realidad).

- b. Conviene que los participantes tengan, en la medida de lo posible, semejanza en nivel socioeconómico, orientación sexual, mecanismo de infección, edad, escolaridad, etcétera. Esto no es indispensable, pero suele agilizar la dinámica de la sesión.
- c. Aclarar que pasarán un tiempo acostados boca arriba, dado que se realizará un ejercicio de relajación profunda y que ésta suele producir una ligera baja de temperatura, por lo que se recomienda que lleven cojines o una manta ligera durante esa parte de la sesión.

1. Preparación del sitio (60')

Se requiere de una casa habitación libre de interrupciones, con poco ruido y varias habitaciones.

Dado que se usará el espacio, conviene tener claro qué áreas no podrán ser utilizadas, para aclarar a los participantes cuál es la limitación del área de trabajo.

Los espacios se dividirán en: área de relajación, área de espera y salones de ejercicios.

El área de relajación deberá estar vacía y limpia. El área de espera y salones de ejercicios pueden quedarse como estén en el hábitat.

Se sugiere llegar una hora antes del inicio oficial del taller.

Las frases clave, ya en sus sobres numerados, serán pegadas y escondidas en sitios estratégicos. El número de sobres adjudicados a cada número dependerá del número de participantes.

Cada salón de ejercicios contará con una grabadora y cassettes de música estruendosa (*Heavy Metal, Rock*, etcétera). Igual para el área de espera. El área de relajación contará con música muy relajante.

2. Recepción de los participantes (15')

Conviene iniciar la sesión con puntualidad.

Los participantes son recibidos en el área de relajación.

Luego de la bienvenida, dirán el nombre con que desean ser llamados durante la sesión, ya que se pretende guardar las indicaciones de confidencialidad y anonimato.

El coordinador explica las dinámicas a seguir:

- a. Iniciando la sesión, solamente podrán hablar cuando se indique. De lo contrario deberán permanecer en silencio absoluto.
- b. Asignación de una tarjeta con un número para cada participante.
- c. Hay un número de mensajes guardados en sobres

- (uno por sobre) para cada número (el total de frases sugeridas es de 80, por lo que, dividiéndolas entre el número de participantes se sabrá cuántas corresponden a cada uno. Se anexan las frases en las páginas (101-105).
- d. Cada persona tiene que encontrar el número de sobres que le corresponde a su número. Los sobres se encuentran escondidos en los salones de ejercicios, área de espera y área de relajación.
 - e. Es importante indicar cuáles son las áreas restringidas. En una de ellas conviene que los participantes depositen sus pertenencias durante el taller.
 - f. Habrá tres rondas de búsqueda:

- La primera con ojos cerrados. Se debe señalar la importancia de que mantengan los ojos cerrados, en la medida en que se comprometan con su ejercicio. En esta ronda simplemente caminarán por el espacio, conociéndolo por el tacto y el oído; inclusive si se topan con algún compañero(a).
- La segunda, indicada por el primer toque de campana, señala que ya se pueden abrir los ojos y comenzar a buscar los sobres escondidos. Solamente pueden tomar los sobres en que aparezca el número que les ha sido asignado: es un momento de búsqueda estrictamente individual. Si alguien encuentra sobres que no le corresponden, deberá dejarlos en donde están, sin hacer seña alguna. Si alguien encuentra la totalidad de sobres que le corresponden puede tomar asiento en el área de espera.
- La tercera búsqueda, indicada por el segundo toque de campana, será la ronda donde se podrán ayudar unos a otros para completar la cantidad de sobres que les ha sido asignada.

Aunque no pueden hablar, pueden mostrar la tarjeta con el número que les ha sido asignado o indicar con señas dónde han visto sobres con el número del compañero(a). De igual forma, conforme vayan completando sus sobres, pasarán a sentarse al área de espera.

- g. Una vez que el grupo esté completo en el área de espera recibirán nuevas indicaciones.

- h. El coordinador aclara las dudas que pueda haber en torno a las instrucciones.
- i. Una vez que el grupo ha comprendido con precisión, se inicia la dinámica. Es preciso hacer hincapié en los ojos cerrados y en el silencio.

3. Ejercicio I. "Ceguera" (10' a 15')

Los participantes cierran los ojos y recorren los diferentes espacios.

El coordinador enciende una a una todas las grabadoras con música estridente (incluso la música tranquilizante del área de relajación). El volumen debe ser elevado.

El coordinador recorre los espacios a fin de evitar accidentes o contratiempos entre los participantes. En caso de que alguien rompa la regla de silencio o de ojos cerrados, el coordinador le recordará en voz baja la importancia de guardarlas.

El tiempo de este ejercicio es muy variado. Se recomienda manejarlo entre 10 y 15 minutos.

4. Ejercicio II. "El mensaje" (20' a 30')

Al tocar por primera vez la campana, el coordinador debe cerciorarse que todos los participantes la hayan escuchado (ronda de 10 a 20 minutos).

El segundo toque de campana queda sujeto a la cantidad de participantes que hayan encontrado sus sobres. A veces los encuentran muy pronto, en otras se tardan demasiado. En cada caso los tiempos quedan sujetos a la sensibilidad del coordinador. Se sugiere un máximo de 20 minutos entre el primer y segundo toque de campana.

La tercera ronda, en la que unos a otros se ayudan a encontrar sus sobres, suele ser más breve que la anterior, de modo que se sugieren 10 minutos.

Durante esta ronda, poco a poco el coordinador apaga las grabadoras, excepto la de la música tranquilizante, que será la última música que se escuche, antes de pasar al siguiente ejercicio.

5. Ejercicio III. "La palabra" (15')

Una vez que el grupo se ha reunido en el área de espera, sentados en círculo, el coordinador pedirá que lean en silencio sus frases.

Propone llevar a cabo un diálogo en el que las únicas palabras que podrán decir será la lectura de sus frases; que iniciará cualquiera del grupo que leerá aquellas frases que considere pertinente para principiar el diálogo; a continuación otro leerá alguna de sus frases que considere venga bien como continuación de la que acaban de leer y así sucesivamente.

Al terminar de "dialogar" con sus frases, el coordinador pedirá que escojan aquella con la que más se han identificado.

El resto las guardarán. Cada participante leerá en voz alta "su frase".

6. Ejercicio IV. "El umbral" (15')

El coordinador hará una reflexión sobre los siguientes temas:

- Las cosas suceden por algo.
- No es casual que estemos aquí y ahora, de esta manera.
- Cada frase, aunque nos haya tocado por azar, quiere decirnos algo en nuestro justo momento y situación.
- Hemos caminado mucho para llegar hasta hoy, aquí y ahora.
- Resumamos en una sola palabra todo el camino que hemos recorrido para llegar a este momento.

Conforme cada quien encuentre "su palabra", se pone de pie, la dice al grupo lentamente y, despidiéndose, pasa al área de relajación para recostarse boca arriba, en círculos con la cabeza hacia adentro y los pies hacia afuera, sin que los cuerpos se toquen.

Si alguien necesita almohadas o algún tipo de abrigo, pueden disponer de ellos. Importa resaltar el momento en que con la mayor lentitud posible irán despidiéndose hacia el área de relajación. Poner la atención en el mundo emocional.

7. Ejercicio V. "Del otro lado" (60' a 120')

Una vez que el grupo entero ha pasado al área de relajación, el coordinador pide que cierren los ojos y no los abran hasta que se les indique; inicia el toque de tambor, suave, espaciado y a bajo volumen. Se mantendrá durante todo el ejercicio, excepto cuando se indique; la idea es marcar un ritmo dentro de la relajación y como fondo las palabras del coordinador.

A diferencia de las frases anteriores, se recomienda seguir con mayor fidelidad las siguientes consignas con voz cada vez más suave y tranquilizante.

Probablemente sea preciso eliminar algunas, repetir otras, cambiar el orden, e incluso crear nuevas consignas de acuerdo con el grupo frente al que se esté trabajando.

Las consignas que se recomiendan utilizar son las siguientes:

- Has buscado y encontrado. La única compañía que estuvo contigo durante toda la búsqueda fuiste tú mismo. Aun si no encontraste todo, estuviste contigo, igual que ahora. Tu mejor compañía eres tú.
- Durante este viaje que estamos por iniciar, todo el tiempo recuerda que tu mejor compañía eres tú. Confía en ti abandónate en ti.
- Vamos a colocar suavemente nuestra atención en las fosas nasales (en lo sucesivo, cada punto y aparte significa un silencio).
- Poco a poco sentimos con mayor precisión la entrada y salida del aire.
- La atención se concentra en las fosas nasales.
- Sin ningún esfuerzo de tu parte, el cuerpo comienza a relajarse más y más.
- A entrar en un estado de bienestar, de comodidad... a gusto.
- Como si pudieras ver tu cuero cabelludo, por el simple hecho de observarlo, se relaja.
- Igual sucede con tu frente, sin esfuerzo de tu parte, al observarla mentalmente, se relaja.
- El entrecejo se suelta, se relaja.
- Los músculos de los ojos... los párpados, la nariz.

Nota: un buen indicador global del estado de relajación está dado por el movimiento del globo ocular: a mayor relajación, menor movimiento.

- Simplemente al observar tu mandíbula se relaja; no hay ningún esfuerzo de tu parte.
- Sólo observas y tu cuerpo se relaja.
- Tu cuello.
- Vas bajando lentamente... del cuello a los hombros sientes como se afloja y descansan los brazos, las manos.
- Tu cuerpo empieza a entrar en un estado de relajación cada vez más y más profundo.
- El pecho libera cualquier tensión; tú observas cómo se relaja.
- Tu respiración se está haciendo más tranquila.

Nota: generalmente a esta altura del ejercicio han pasado 10 minutos y la gente suele estar ya relajada, con los ojos tranquilos.

- El abdomen, el bajo vientre.
- La pelvis, los genitales, los glúteos.
- Cada vez más y más relajado, más y más profundo.
- Los músculos descansan.
- Las rodillas, las pantorrillas, los tobillos... descansan.
- Tus pies descansan.
- Todo el cuerpo descansa.
(Silencio largo: 10 a 20 segundos)
- Ahora vas a localizar mentalmente el ombligo. Lo sientes.
- Te das cuenta dónde está.
- Sientes dentro como una pequeña fibra luminosa.
- En tu ombligo una fibra luminosa.
- Muy lentamente esta fibrilla va a ir ascendiendo... poco a poco.
- Comienza a salir de tu cuerpo.
- Sientes cómo se va alejando... lentamente más y más hasta salir de esta habitación y cruzar el techo.
- Cada vez más y más, poco a poco, comienza a ascender por el aire.
- Sientes cómo va subiendo.
- Confías, porque estás contigo mismo, observando.

- La fibra asciende hasta cruzar las capas de la atmósfera (Silencios cada vez más largos. El tambor continúa rítmico y suave)
- Contemplas cómo... sube y sube...lentamente más y más. (Silencio largo)
- Ahora, la fibra continuará ascendiendo cada vez más.
- Durante los próximos minutos te quedarás contigo en tu intimidad; al escuchar de nuevo el tambor, la fibra comenzará lentamente el viaje de regreso.
- Te dejo contigo durante unos momentos.
- Eres el mejor compañero de tu viaje.

Nota: el tambor subirá un poco de volumen para luego, durante un minuto, ir disminuyendo el volumen y ritmo hasta desaparecer.

El tiempo de relajación profunda dependerá del grupo.

Suele darse de 20 a 120 minutos. Un buen indicador de cuando comienza el "regreso" está dado por los movimientos corporales y cualquier otra manifestación de ruptura o salida de la profundidad que se dé en el grupo.

Una vez decidido el regreso, el tambor comienza a sonar muy suave, casi imperceptible, y muy espaciado. Se sugieren cinco minutos para alcanzar un volumen y ritmo audible, pero suave.

El coordinador retoma la palabra:

- Lentamente la fibra ha comenzado a regresar.
- Cada vez más cerca.
- Con suavidad regresa más y más.
- Pero ahora la fibra está más luminosa, más brillante.
- Poco a poco, más cerca.
- Regresa.
- Va cruzando de regreso la atmósfera.
- La fibra tiene una luz alegre.
- Continúa regresando más y más.
- Despacio.
- Sientes cómo llega hasta la habitación.
- Conforme va entrando por el ombligo, tu cuerpo se llena de esa alegría, de esa luz brillante.

Nota: el tambor incrementa su volumen y ritmo, sin llegar jamás a ser molesto.

- Ahora sientes el peso de tu cuerpo sobre el piso.
- Tu cuerpo está lleno de esa luz brillante.
- Poco a poco mueves los dedos de las manos.
- De los pies.
- Comienzas a mover otras partes de tu cuerpo.
- Los brazos.
- La cabeza.

Nota: el tambor sigue incrementando volumen y ritmo. Es preciso tocarlo cerca de aquellas personas que aún no hayan movido su cuerpo.

El coordinador adopta ahora un tono de voz más cotidiano, de mayor volumen y con silencios más cortos.

- Vamos, desperezamos nuestros cuerpos.
- Nos estiramos, como cuando despertamos en las mañanas.
- Nos movemos todos.

Nota: continuar con consignas semejantes, hasta que los participantes den señas de haber "regresado" totalmente.

- Antes de abrir los ojos, vamos a escuchar algo que podría ser una buena guía (el coordinador lee "los derechos del ser"; se anexan en la página 105).
- Ahora que estamos todos aquí, antes de abrir los ojos, sientes la presencia de tus compañeros.
- Pueden moverse, cambiar de posición y cuando lo deseen, pueden abrir los ojos y muy lentamente, incorporarse.

Nota: el tambor cesa.

8. Análisis: antes y después (30')

Una vez que todos se han incorporado, el coordinador indica que ya se puede hablar. Se dejan algunos momentos para reacciones espontáneas.

Dado que este es el momento de verbalizar la experiencia, conviene iniciar el diálogo con la pregunta ¿Cuál es el diseño de los ejercicios realizados?

Generalmente los grupos equiparan el diseño con la idea de "maqueta de la vida" en la que asocian los diferentes ejercicios con experiencias personales.

Ya que la reflexión dependerá del grupo, es preciso estar al tanto para "devolver información".

9. Compartir (60')

Un segundo momento de análisis está dado por la lectura de sus escritos sobre la propia muerte. Cada participante leerá su carta verbalizando qué encuentra en ella después de los ejercicios (ideas nuevas, cambios, confirmaciones, etcétera).

10. Fin de sesión (30')

El coordinador resume o pide a alguien que resuma los puntos más importantes que el grupo ha puesto en la mesa de trabajo.

El coordinador reparte entre los asistentes una copia del poema de León Felipe (página 106), agradeciendo la participación.

ANEXO I

Frases para el ejercicio II. "El mensaje":

1. Vivimos heridos de muerte.
2. Todos llevamos adentro una calaca.
3. Si la vida es un acto de amor, entonces la muerte es el orgasmo
4. ¿Para qué tanta angustia, prisa, dolor y tristeza, si finalmente para todos habrá una tumba?
5. Más vale un período intenso de vida que 90 años de estupidez.
6. Soy lo que siento, pienso, digo y hago.
7. Cuando decido es cuando más persona soy.
8. Con virus o sin virus, lo que se tiene por delante es la vida.
9. En la muerte y en el orgasmo me suelto y entonces soy.
10. Soy lo que no cambia en ningún tiempo ni lugar.

11. La vida es el camino de los engaños, en el que una a una se le van quitando al hombre las ilusiones hasta dejarlo preparado para la verdad.
12. Por buscar el amor he llegado a donde estoy.
13. La muerte existe porque me apegó a la vida.
14. La sensación de perder cosas aparece porque me aferro a ellas.
15. Si puedes ver a los hombres de otro modo te darás cuenta de que no hay manera de cambiarles nada. Las cosas no cambian: uno cambia la forma de verlas.
16. No hay nada fuera de lugar en el universo.
17. La muerte es la gran liberación.
18. Para de verdad vivir hay que soltarse; para morir... también.
19. El nacimiento y la muerte son un proceso natural. El sufrimiento es una creación social.
20. Lo único que me llevará será la intensidad con que vivi.
21. Nada está pendiente en el mundo. Nada está terminado; pero nada está sin resolver.
22. Aparte de angustiarte y perder el tiempo ¿Qué otra cosa sabes hacer?
23. Cada uno de nosotros es cien por ciento responsable de cada una de nuestras experiencias.
24. Cada idea que pensamos está creando nuestro futuro.
25. El punto de poder está siempre en el momento actual.
26. Mi perspectiva del mundo no puede ser definitiva porque sólo es una interpretación. Lo que llamamos realidad no son sino descripciones del mundo.
27. Es inútil desperdiciar la vida en un solo camino. Ningún camino lleva a ninguna parte; pero hay caminos con o sin corazón.
28. Todo lo que pienses del mundo son sólo ideas y una idea se puede cambiar.
29. Al hablarnos a nosotros mismos escogemos nuestros caminos. Repitiendo la misma conversación interna una y otra vez, repetimos las mismas referencias una y otra vez... hasta el día en que morimos.
30. Sólo la idea de la muerte da al hombre el desapego suficiente para que sea incapaz de abandonarse a nada. Sólo la idea de la muerte da al hombre el desapego suficiente para que no pueda negarse a nada.
31. Cuando realmente no tienes ningún control, las fuerzas de tu vida te agarran con entera libertad y entonces todo funciona.
32. El que sabe que su muerte lo anda cazando, sabe que no le dará tiempo de nada, así que prueba, sin ansias, todo de todo.

33. Si podemos permitir que el sufrimiento y el dolor entren en nuestras vidas y nos convierta en seres profundos y compasivos, habremos aprendido uno de los más grandes y nobles secretos de la vida en la tierra.
34. Lo que le damos al mundo es lo que el mundo nos regresa.
35. El universo nos apoya totalmente en cada idea que optamos por pensar y en la cual creemos.
36. Si no supiera las cosas que sé ¿Acaso las creería ciertas?
37. El que corre tras una sombra sólo se aleja de la luz.
38. Más vale encender una luz que pelearse con la obscuridad.
39. Cada cuerpo llega a su destino por su propio peso.
40. Después de andar por donde andaste ¿A dónde querías llegar?
41. No existe el otro, sólo existe el uno enfrentado al eterno descubrimiento de sí mismo.
42. Aquello que es, es un cascarón que flota en la infinitud de aquello que no es.
43. Si hacemos "lo mismo" es por no saber "lo otro", al conocer "lo otro" tememos perder "lo mismo".
44. Se llama "humano" a quien adquiere los datos necesarios para conservar sin daño al lobo y al cordero que le fueron condenados a su cuidado.
45. Todo es uno, todo se mueve, todo bajo el menor esfuerzo.
46. La muerte sólo puede ser enfrentada cuando un ser amado muere.
47. Sin amor, la muerte no te da las llaves de la existencia. Con amor te entrega la llave de todo lo que existe.
48. Nunca pidas más... lo que hay es suficiente.
49. La separación tiene su propia belleza, así como el encuentro, la separación tiene su propia poesía; sólo hay que aprender su lenguaje y vivirla en su profundidad, entonces, de la tristeza misma surge una nueva dicha.
50. Si vives siete años o setenta años ¿Qué importa...? de todos modos tienes que morir.
51. Si vives posponiendo todo, en el momento de la muerte sólo tendrás en tus manos ignorancia y nada más.
52. No mueras con la pregunta... muere con la respuesta.
53. La muerte trae a la superficie tu personalidad esencial.
54. El último pensamiento de un hombre agonizante es la característica de toda su vida, de toda su religión, de toda su filosofía.
55. Simplemente deja que la muerte se te aproxime inmediatamente, tus convicciones superficiales e intelectuales desaparecerán.

56. El clima mismo de la muerte de pronto quita todas tus máscaras, de pronto te hace consciente de que estás solo y que todas tus relaciones fueron decepciones, maneras de olvidar tu soledad, de crear de alguna manera una familia en la que sientas que no estás solo.
57. A la hora de la muerte, el asunto más importante para la mayoría de la gente que no es consciente va a ser el sexo, porque sexo y muerte son dos caras de la misma moneda.
58. Cuando el mundo está muriendo la mayoría de la gente inconsciente que ha venido reprimiendo su sexualidad pensará sólo en sexo.
59. Si han vivido una vida sin inhibiciones, natural, cada momento dando todo de su parte, entonces quizás simplemente observarán la muerte.
60. La gente inconsciente simplemente se aterrorizará ante la muerte y comenzarán a hacer cosas que nunca han hecho. Han estado controlándose a sí mismos y ahora no existe motivo para controlar, no hay necesidad.
61. En la muerte te agarras demasiado; no dejes que ocurra, cierras todas las puertas, todas las ventanas. La codicia por la vida está en el momento máximo.
62. Mientras escuches, quédate en silencio para que tu mente no se cubra de pensamientos.
63. Durante la muerte no soy el cuerpo físico (ese enfermo que está muriendo) tampoco soy el cuerpo psicológico (ese sano que se preocupa). Soy el que encima de los dos cuerpos, observa... soy pura libertad y conciencia.
64. Relajate, quedate en silencio. Ve a tu centro y quedate ahí, no lo dejes, no importa lo que le pase al cuerpo físico. Solamente sé un observador. Deja que suceda, no interfieras. Recuerda, recuerda, recuerda que sólo eres un observador; ésta es tu verdadera naturaleza.
65. La paz y la felicidad no son lugares a los que se llega, sino estados de conciencia.
66. Averigua lo que eres y sé; no sea que al morir descubras que no has vivido.
67. La muerte es un remolino; la muerte es el rostro de un amigo; la muerte es una nube brillante en el horizonte; la muerte es el susurro del viento en tus oídos; la muerte no es nada. Es la nada. Está aquí pero no está aquí.
68. En el tiempo lo único que hay es tiempo.
69. La experiencia es sólo el comienzo del conocimiento. Necesaria, pero no suficiente.

70. Afligirse por lo que no se tiene es desperdiciar lo que sí se tiene.
71. Para mí sólo recorrer los caminos que tienen corazón, cualquier camino que tenga corazón. Por ahí yo recorro y la única prueba que vale es atravesar todo su largo. Y por ahí yo recorro, mirando, mirando, sin aliento.
72. La vida es la gran oportunidad de aprender el conocimiento en pos de la conciencia.
73. Vivir es trabajar para los demás ¡Qué importa lo que queda atrás si la vida comienza todos los días!
74. Una vida verdadera es aquella que se vive con la certeza nítida de estar viviéndola.
75. Sólo los fantasmas se revuelcan en el pasado explicándose a sí mismos con descripciones basadas en sus vidas pasadas.
76. Eres lo que exiges ser hoy día, no lo que antes elegiste ser.
77. Al saber que no puedes poner barreras contra la muerte, sólo tienes una cosa que te respalda: el poder de tus decisiones.
78. La muerte no era nada todo el tiempo. Nada. Nada. Era un puntito perdido, pero entra en ti con fuerza incontrolable y te expande, te aplanas y te extiende por todo el cielo y la tierra y más allá. Y eres como una niebla de cristales diminutos, yéndose, yéndose.
79. La esencia de la grandeza radica en optar por la propia realización aun en circunstancias en las que otros optan por la demencia.
80. En la naturaleza no hay premios, ni castigos, ni culpas; sólo hay consecuencias ¿Qué consecuencias quieres tener? Causalas ya.

ANEXO II

Fin de relajación profunda

Derechos del ser

- I. Derecho de existir
- II. Derecho de experimentar
- III. Derecho de ser tal como eres
- IV. Derecho de necesitar
- V. Derecho de tocar
- VI. Derecho de ser sano y feliz
- VII. Derecho de crear
- VIII. Derecho de intimar
- IX. Derecho de ser libre
- X. Derecho de amar

Atrévete a ser libre
Carlos de León. Ed. Edamex

ANEXO III

Cierre de sesiones

Poesía de León Felipe

*Ser en la vida romero,
romero solo que cruza siempre
por caminos nuevos.*

*Ser en la vida romero,
sin más oficio, sin otro nombre
y sin pueblo.*

*Ser en la vida romero,
romero..., sólo romero.*

*Que no hagan callo las cosas
ni en el alma ni en el cuerpo,
pasar por todo una vez,
una vez solo y ligero,
ligero, siempre ligero.*

León Felipe