

Aproximación al Enfoque Cognitivo Conductual: UNA EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN

MsC. Kenly Chacón Sandí*

INTRODUCCIÓN

El presente artículo contiene la sistematización de un proceso terapéutico individual en el que se aplicaron los principios del enfoque Cognitivo Conductual.

El problema de intervención estuvo relacionado con la inestabilidad psicosocial ocasionada por el conocimiento del diagnóstico de una enfermedad y su respectivo tratamiento médico, donde la depresión se constituye como el principal síntoma de tal disfunción.

Para entender teórica y metodológicamente la intervención, se presenta, en un primer momento, el marco de referencia sobre el problema y el enfoque terapéutico utilizado. Posteriormente, la descripción de la situación individual objeto de intervención, las características del proceso de intervención y el desarrollo de las sesiones terapéuticas. Por último, se presenta la evaluación del proceso y la reflexión final.

1- REFERENCIA TEÓRICA SOBRE EL PROBLEMA

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad que produce una disminución de la capacidad de respuesta del sistema inmunológico de la persona, dejándola expuesta a sufrir múltiples enfermedades que pueden causar la muerte.

Ha sido conocida como una enfermedad que paulatinamente va deteriorando el estado general de la persona hasta causarle la muerte. Pero no es hasta



mediados de los noventa que la concepción de mortalidad empieza cuando aparece un tratamiento médico que viene a transformar la sobrevivencia de las personas portadoras de VIH (Hospital México, Clínica de Atención Integral al Paciente Portador de VIH/SIDA, 1999).

A pesar de ello, la enfermedad y las personas que la padecen, continúan siendo estigmatizadas, discriminadas y rechazadas, pues siguen existiendo creencias de que el virus se transmite con facilidad y que está asociado con la homosexualidad y la muerte, dos grandes tabú en la actualidad. Estas connotaciones provocan que la enfermedad tenga repercusiones no solo a nivel físico sino también a nivel psíquico y social, limitando la existencia y calidad de vida de las personas portadoras y sus familias.

La forma en que la persona portadora y sus redes significativas reaccionen o actúen ante esta enfermedad, va a depender por tanto de la cultura, los valores, las tradiciones y las normas que practiquen y en las que se encuentran inmersos. Generalmente, este diagnóstico se asocia con una enfermedad imprevisible, devastadora y mortal, lo que conduce a una crisis emocional caracterizada por temores a la muerte, al deterioro físico, a la dependencia total y a múltiples pérdidas, así como a elevados niveles de ansiedad, depresión, rabia y desesperanza (Coats, en Güell, 1999).

Una de las emociones que más se repite en el proceso de enfrentamiento a la enfermedad es la depresión, una alteración cognoscitiva o dolor emocional caracterizado por la desesperanza, trastornos en el autoconcepto y un panorama negativo del pasado,

presente y futuro, a menudo relacionada también con síntomas físicos o somatizaciones.

Para entender la depresión es necesario considerar el conjunto de síntomas que la componen:

- Síntomas anímicos: sensación de abatimiento, irritabilidad, sentimiento de infelicidad y tristeza profunda.
- Síntomas motivacionales: hacen referencia a la apatía, el desinterés, inactividad y lentitud psicomotora.
- Síntomas cognitivos: negativismo, pérdida de la autoestima, tendencia a autoculpabilizarse de todo lo que ocurre, disminución en la capacidad de pensar o concentrarse y pensamientos concurrentes de muerte.
- Síntomas físicos: alteraciones en el sueño, pérdida del apetito, fatiga, disminución de actividad sexual, dolores de cabeza y de espalda.
- Síntomas interpersonales: pérdida de interés en relaciones sociales, aislamiento y como consecuencia deterioro en el ámbito familiar, laboral y comunal. (Schrodt en Shafii y Lee, 1992).

Generalmente las personas con cuadros depresivos utilizan un estilo explicativo negativo de los acontecimientos, lo que incrementa la indefensión y reduce la conducta de afrontamiento, es decir cuando sobreviene un acontecimiento vital negativo, es atribuido a causas internas, globales y constantes. Estas persistentes estimaciones negativas y erróneas llevan a un humor triste, una autoestima baja, culpabilidad, apatía, aislamiento, pérdida de motivaciones y deseos suicidas. (Schrodt en Shafii y Lee, 1992).

Todos estos pensamientos y sentimientos que la persona portadora de VIH, experimenta durante el transcurso de su enfermedad, definen la forma de actuar ante las manifestaciones físicas, psicológicas y sociales que provoca. De ahí la importancia de que estos pensamientos sean canalizados adecuadamente mediante una intervención profesional, que le permita a la persona realizar la conversión de los mismos o sustituirlos por aquellos que le permitan ajustarse a su situación actual y vivir satisfactoriamente en términos físicos, espirituales y psicosociales.

2- REFERENCIA TEÓRICA SOBRE EL ENFOQUE TERAPÉUTICO

Las características personales y sociales de las personas portadoras de VIH/SIDA, dirigen la intervención profesional hacia una de las áreas que más se ve

afectada y por lo tanto, determinante de la forma en que se enfrenta y supere la enfermedad: el área cognoscitiva. Los pensamientos, ideas y sentimientos con respecto a la enfermedad y los factores concomitantes, definirán las acciones, comportamientos y actitudes que se lleven a cabo para enfrentar las manifestaciones y cambios a las que ésta conlleva.

Es por ello que la intervención terapéutica con personas VIH, debe generar un proceso de reestructuración cognoscitiva, en el que los "pensamientos distorsionados" e "irracionales" sean modificados o sustituidos por otros que disminuyan la inestabilidad o confusión emocional, permitiéndole así tener una concepción menos fatalista del mundo y la vida, y propiciar los cambios necesarios para un estilo de vida más satisfactorio y saludable.

Albert Ellis, citado en Güell (1999), uno de los exponentes de la Terapia Cognoscitiva, fundamenta su teoría en un principio básico: factores A-B-C, donde A es el evento desencadenante, B, las creencias, actitudes aprendidas y pensamientos distorsionados y C, los sentimientos, emociones y conductas inadecuadas y a veces trastornos emocionales. (Güell, 1999).

Desde este punto de vista, la emoción humana es causada y controlada por el pensamiento; como la mayor parte de las emociones humanas resultan del pensar, la persona puede controlar sus sentimientos controlando sus pensamientos. Por lo tanto el terapeuta debe ayudar a las personas a comprender cómo crean sus propias reacciones emocionales y cómo pueden crear reacciones emocionales diferentes (Madrigal, 1998).

Por su parte Aaron Beck (citado en Güell, 1999) se refiere a esta terapia como una forma de tratar problemas psiquiátricos, en los que el efecto y la conducta de la persona, dependen de la forma en que se ha estructurado la realidad, es decir, los pensamientos están basados en actitudes o suposiciones (esquemas) formadas a través de la experiencia, esto da pie a la construcción de pensamientos automáticos que ante su recurrencia se vuelven deformados, al promover un diálogo interior dañino que provoca sentimientos ansiógenos.

Beck (según Madrigal, 1998) estableció cinco pasos básicos para la terapia cognitiva:

- Las personas aprenden primero a identificar las conexiones que hay con los pensamientos automáticos negativos, los cuales son disfuncionales.
- Se les enseña a identificar las conexiones que hay

entre los pensamientos negativos, las emociones que crean y sus propias acciones.

- Aprenden a examinar las pruebas a favor y en contra de sus pensamientos automáticos distorsionados.
- Sustituyen esos pensamientos negativos con interpretaciones más realistas.
- Se les enseña a identificar y cambiar las suposiciones inapropiadas que los predisponen a la distorsión de sus experiencias.

Las premisas teóricas del modelo cognoscitivo están sustentadas en la teoría de la personalidad, la cual destaca el papel del proceso cognoscitivo en la emoción y el comportamiento; la vulnerabilidad cognoscitiva, que consiste en el conjunto de sensibilidades que predisponen la aparición de problemas emocionales, y que tienen relación directa con los esquemas, creencias y pensamientos elaborados a través del proceso de socialización; y por último, en las distorsiones cognoscitivas, las cuales constituyen errores sistemáticos de razonamiento, asociados a la presencia de pensamientos automáticos, la causa del disturbio emocional son las personas y sus pensamientos, y no el suceso que acontece (Güell, 1999).

Las premisas epistemológicas de este enfoque se basan en la fenomenología y la corriente humanista existencial. Desde el punto de vista fenomenológico, las acciones de las personas adquieren significado particular para quienes las ejecutan y estas solo pueden ser interpretadas con referencia a las motivaciones de cada actor o actora. Para el existencialismo, el sujeto es "un ser en el mundo", existe y participa en el diseño de la estructura de relaciones significativas, el ser humano tiene la libertad de actuar y la responsabilidad de optar y elegir ante la vida; y el humanismo, se centra en la capacidad del ser humano para escoger, crear, interrelacionarse y buscar significados y valores, cree en la potencialidad de la persona y parte del aquí y del ahora (Güell, 1999).

Desde esta perspectiva, la terapia cognoscitiva percibe a la persona con un papel activo, con capacidad de construir y de elegir y de utilizar su potencialidad para manejar la adversidad del medio y transformar su propia realidad. Durante la terapia, no importa la causa, sino la experiencia inmediata y su ligamen con el contexto social, cobra validez la expresión de sentimientos y pensamientos en relación con su realidad (Güell, 1999).

3- CONVENIENCIA DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

Según Schrodtt (1992) las personas deprimidas presentan un "flujo rumiativo" generalizado de pensamientos distorsionados y negativos, y a los cuales Beck define como la "tríada cognitiva negativa de la depresión": opiniones negativas sobre uno mismo (inutilidad), el mundo (desamparo), y el futuro (desesperanza).

La terapia cognitiva se basa en la premisa de que el autoconocimiento de una persona y su forma de procesar la información con respecto a sí misma y el mundo, son los determinantes principales de su humor y su conducta. El modelo cognitivo subraya que cada acontecimiento objetivo se percibe y se procesa de forma muy singular y a veces idiosincrática. La interpretación cognitiva de los acontecimientos constituye una corriente de conciencia del individuo: pensamientos o imágenes visuales automáticos, los cuales ocurren rápidamente como reacción a las situaciones y con frecuencia sin estar sujetos a análisis sistemático y lógico (Schrodtt, 1992).

Según el mismo autor las distorsiones más comunes en la depresión incluyen la personalización ("Todo es culpa mía"), la generalización excesiva ("Nunca me sale nada bien"), la categorización absoluta ("No valgo nada"), y predicciones invariables ("Nunca tendré una relación satisfactoria"). Los pacientes deprimidos hacen deducciones arbitrarias o atienden selectivamente ciertos aspectos de su experiencia coherentes con los temas de insuficiencia personal, desesperanza e indefensión con respecto al futuro, se aumenta la importancia de acontecimientos negativos y se descalifican las experiencias positivas.

Estas distorsiones cognoscitivas generalmente son inconscientes, pero a la mayoría de las personas se les puede enseñar a reconocerlos. El terapeuta cognoscitivo enseña a la persona a identificar, verificar y modificar estos pensamientos automáticos negativos y las suposiciones depresógenas asociadas; la mejora de los síntomas depresivos se facilita cuando se logra mantener un estilo cognitivo más preciso y adaptativo (Schrodtt, 1992).

Los procedimientos cognoscitivos buscan la reestructuración sistemática de las cogniciones, es decir, la reorientación y el reajuste de creencias y actitudes arraigadas, de modo que sean más congruentes

con las exigencias de la realidad; en una primera fase del tratamiento, se ayuda a las personas a identificar las dificultades en su vida; en la fase intermedia, se le enseña al paciente a identificar problemas pero dirigidos a los procesos de cambio, experimentando y practicando varios métodos para transformar experiencias cognitivas, afectivas y conductuales; y en la etapa final de la terapia, la persona va consolidando lo que ha aprendido y se dirige hacia la terminación y la autosuficiencia (Yost y otros, 1991).

4- CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE LA PERSONA INTERVENIDA

Leo es una persona portadora de VIH, tiene 29 años, terminó la primaria, es soltero, heterosexual, de oficio cocinero, pero se encuentra desempleado, asegurado por el Estado, es referido a Trabajo Social para ser valorado como candidato a tratamiento antirretroviral.

Conforma grupo familiar con su madre, una hermana y el esposo de ésta, los ingresos económicos son insuficientes y se agudizan con el desempleo del paciente. Las relaciones familiares, aunque no son conflictivas, tampoco se constituyen como una red de apoyo significativa. El único familiar que conoce el diagnóstico de Leo es la madre.

Leo tiene antecedentes de drogadicción (marihuana, crack y cocaína), prácticas que inició desde los 11 años cuando por problemas familiares, principalmente la agresión física y emocional por parte de su padrastro, abandonó su hogar. Refiere que en los últimos cuatro meses solo consume marihuana y cerveza, y que la frecuencia y cantidad han disminuido considerablemente.

El diagnóstico de VIH le fue confirmado hace un año, pero el conocimiento del diagnóstico no fue motivo para modificar su estilo de vida, caracterizado por el uso de drogas, la promiscuidad y la irresponsabilidad, ya que como señala, este le permitía olvidarse de su situación (enfermedad), ignorarla o negarla, y experimentar períodos de tranquilidad. Este comportamiento, el cual se agudizó desde la fecha del diagnóstico, fue motivo para que lo despidieran del trabajo.

No es hasta su primera cita de control médico, un año después, en la cual el especialista le habla sobre su estado físico, las recomendaciones para mejorar su salud y la necesidad del tratamiento antirretroviral, que

el paciente toma conciencia de su situación y se enfrenta con el dilema de la vida o la muerte, lo que le ocasiona un estado de inestabilidad emocional y disfunción psicosocial.

En este estado de ansiedad, aparecen ideas suicidas, se siente *confundido, aburrido, no sabe qué le pasa, qué debe hacer, ni qué pensar, le incomoda la gente, no quiere socializar, no se preocupa por buscar un nuevo trabajo, nada le motiva*, perdió el sentido del humor; en ocasiones, siente la necesidad de escribir o dibujar, pero cuando termina de hacerlo, piensa que es *una tontería*, que nadie los apreciará y termina destrozándolos.

Tiene miedo de recurrir nuevamente al abuso incontrolado de las drogas, y le preocupa de sobremano no tener una pareja, así como las restricciones en su vida sexual. Le cuesta conciliar el sueño por las noches y ha perdido el apetito, tiene dolores de cabeza y se siente cansado, sin fuerzas físicas.

Leo es una persona en alto riesgo social, su vulnerabilidad a las drogas y el estado de angustia y depresión en el que se encuentra, le impide analizar y aceptar su situación, para realizar los cambios que propiciarán un estilo de vida saludable y por consiguiente un funcionamiento satisfactorio consigo mismo y su entorno.

5- CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

Tipo de intervención: Individual.

Duración: Siete sesiones distribuidas en tres meses.

Problema Inicial: Estado depresivo ocasionado por el conocimiento del diagnóstico de una enfermedad y su respectivo tratamiento médico.

Objetivos Terapéuticos:

- Facilitar la identificación de los pensamientos distorsionados sobre sí mismo.
- Evidenciar la relación de los pensamientos negativos con sus propias emociones y acciones.
- Confrontar los pensamientos distorsionados con hechos y reemplazarlos por otros más ajustados a la realidad.
- Estimular la construcción del diálogo interno negativo y la reconstrucción del diálogo interno positivo.
- Promover pensamientos y conductas que fomenten un estilo de vida saludable.

Metas:

- Fortalecimiento de los recursos internos para la toma de decisiones con respecto al auto cuidado y a un estilo de vida saludable.
- Comprensión y aceptación de la enfermedad y el tratamiento.
- Estabilidad emocional.

Técnicas:

- **Sonsacamiento:** elaboración de preguntas para sonsacar de la persona la experiencia y sus propios significados.
- **Apoyo/reaseguramiento:** creación de una atmósfera que le permita a la persona explorar sentimientos y pensamientos amenazantes pero que su vez los aliente a la acción.
- **Interpretación/reflejo:** enfocar los elementos subjetivos de lo que la persona dice con el fin de ayudarlos a esclarecer sus sentimientos y hacerlos experimentar o pensar con más claridad acerca de lo que dicen.
- **Confrontación:** invitación para que la persona considere algunas dimensiones de su ser que le están impidiendo comportamientos positivos o cambios de actitud.

Instrumentos de registro: Instrumento de valoración social para tratamiento antirretroviral, fórmula de intervenciones sociales, fórmula de evolución y planes.

Indicadores de cambio: Con el fin de evaluar los cambios durante y al final de la terapia se elaboraron los siguientes indicadores:

	PENSAMIENTOS	SENTIMIENTOS	CONDUCTAS
Previa a la terapia	-El VIH es una enfermedad mortal. -Hay rechazo social. -Es un cambio de vida negativo. -Implica deterioro físico, pérdidas y dependencia.	-Ansiedad. -Desesperanza. -Confusión. -Culpa. -Pesimismo. -Miedo. -Inutilidad. -Autodesprecio.	-Aislamiento. -Humor triste y llanto. -Apatía. -Uso de drogas y alcohol. -Descuido personal. -Insomnio, anorexia y cefalea.

Final de la terapia	-VIH como enfermedad crónica. -El cambio de vida puede ser positivo. -El tratamiento es para controlar la enfermedad y mejorar la salud. -No hay motivos para el rechazo social. -La vida continúa. -La enfermedad controlada no causa deterioro físico ni invalidez.	-Esperanza. -Buena salud. -Buen humor. -Autoestima elevada. -Motivación.	-Metas y planes futuros. -Dejar el consumo de drogas y alcohol. -Aceptarse y apreciarse. -Compartir y disfrutar con la familia y otro tipo de amistades. -Trabajar, hacer uso de habilidades, hacer ejercicio físico. -Descansar, meditar y alimentarse.
---------------------	--	--	---

6- DESARROLLO DE LAS SESIONES TERAPÉUTICAS

A continuación, se describe y analizan los principales contenidos de cada una de las sesiones. Para facilitar el registro y reconstrucción del proceso terapéutico se utilizaron siete cuadros, uno por sesión, los cuales están conformados por:

- **Marco situacional:** Contiene el resumen de la descripción que hace el paciente sobre su condición personal, al momento del inicio de la sesión (sentimientos, pensamientos y acciones previos a la sesión).
- **Acciones terapéuticas:** Son los objetivos terapéuticos planteados para la sesión y las acciones realizadas en el desarrollo de la misma.
Resultados: Contiene los cambios que la terapeuta percibe en el paciente, así como los manifestados por él mismo.
- **Evaluación:** Es el análisis de la sesión, y en algunos casos, dudas o percepciones personales de la terapeuta.

SESION N°1			
MARCO SITUACIONAL	ACCIONES TERAP.	RESULTADOS	Evaluación
<p>Leo es una persona portadora de VIH, tiene 29 años, actualmente está sin trabajo, es asegurado por el Estado. Vive con su madre, una hermana y el cuñado. Los ingresos económicos del grupo familiar son insuficientes, pero no tienen condiciones de pobreza extrema.</p> <p>Ninguna persona del grupo familiar conoce el diagnóstico de Leo, su mamá lo sospecha.</p> <p>El paciente es adicto a la cocaína y la marihuana y tiene problemas para aceptar su enfermedad.</p> <p>Se percibe ansioso, preocupado y con poco conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento.</p>	<p>-Aplicación del instrumento de valoración social para tratamiento antirretroviral.</p> <p>-Entrevista inicial.</p> <p>-Se trabaja en la relación Trabajador Social-cliente.</p>	<p>-Paciente expresó sin reservas su condición socioeconómica, familiar y emocional.</p> <p>-Se logró empatía.</p> <p>-Paciente aceptó asistir a una próxima cita.</p>	<p>Esta fue una sesión inicial que permitió conocer algunos elementos personales y ambientales del paciente, y que son necesarios profundizar y determinar si tiene condiciones para una adecuada adherencia al tratamiento.</p> <p>Además se hace necesario dar seguimiento a su condición emocional y a su problema de adicción.</p>

SESION N°2			
MARCO SITUACIONAL	ACCIONES TERAP.	RESULTADOS	Evaluación
<p>Paciente refiere que conoce el diagnóstico desde hace un año, pero es hasta ahora, cuando el médico le habla del tratamiento y los requerimientos para obtenerlo, que hace conciencia de la enfermedad y se enfrenta con el dilema de "vivir o morir".</p> <p>El paciente está en un período de confusión mental y emocional, con depresión e incluso ha tenido ideas suicidas.</p> <p>La ingesta de drogas ha disminuido considerablemente pero continúa consumiendo, sobre todo, los fines de semana.</p>	<p>-Se profundiza en el estado emocional del paciente.</p> <p>-Se empiezan a identificar pensamientos automáticos y distorsionados.</p> <p>-Se confrontan pensamientos distorsionados con la realidad.</p>	<p>-Paciente reconoce que ha tenido un estilo de vida poco saludable.</p> <p>-Paciente se considera "amable y buen amigo".</p> <p>-Paciente acepta ayuda terapéutica.</p> <p>-Se establece empatía.</p>	<p>En esta sesión, se empezaron a identificar pensamientos distorsionados, producto de la inestabilidad emocional que le produjo hacer conciencia de su enfermedad y su estilo de vida.</p> <p>Estas características son las que justificaron la necesidad de una terapia cognitiva conductual, como medio para que el paciente modifique sus pensamientos y por consiguiente sus acciones, todo dirigido a propiciar un estilo de vida saludable.</p>

SESION N°4			
MARCO SITUACIONAL	ACCIONES TERAP.	RESULTADOS	Evaluación
<p>Paciente refiere que se siente peor que la semana pasada, desorientado, descontrolado, que solo piensa "estúpideces".</p> <p>Las personas con las que se relaciona lo desorientan aún más.</p> <p>Siente que le hace falta algo, no encuentra personas con quien hablar, se está confundiendo más de la cuenta.</p> <p>Intentó usar drogas el fin de semana, pero no pudo y eso le molesta, cree que el estar dejándolas lo tiene descontrolado.</p> <p>Piensa en suicidarse pero lo detiene la mamá.</p> <p>Se siente loco y piensa que la enfermedad es estúpida.</p> <p>Refiere que ahora se siente diferente.</p> <p>Tiene deseos de hacer deportes, estudiar dibujo y pintura.</p>	<p>-Definición del contrato terapéutico (objetivos, expectativas, metodología y tiempo).</p> <p>-Se estimula la expresión de sentimientos sobre sí mismo.</p> <p>-Se facilita un proceso de concientización de pensamientos, distorsionados y la influencia negativa de estos en su vida.</p>	<p>-Admite que ve a sus amigos drogadictos tontos.</p> <p>-Reconoce que suicidarse no le solucionará nada.</p> <p>-Quiere quitarse los pensamientos malos de la cabeza.</p> <p>-Quiere continuar con la terapia y define como principal objetivo: sentirse mejor.</p> <p>-Reconoce que antes vivía una alegría falsa y que ahora se quiere un poco más.</p> <p>-Admite que debe alejarse de sus amigos</p> <p>Reconoce que no debe tener pensamientos que lo hagan sentir mal.</p>	<p>Esta sesión se basó en la expresión de sentimientos y pensamientos.</p> <p>La terapeuta dirigió tales expresiones hacia el reconocimiento de los pensamientos distorsionados.</p> <p>Se cumplió con el objetivo de la revisión personal, así como de la identificación de pensamientos y sentimientos.</p>

SESION N°4			
MARCO SITUACIONAL	ACCIONES TERAP.	RESULTADOS	Evaluación
<p>Paciente refiere que ha estado mejor que la semana pasada, más tranquilo, que no le da mucha importancia a lo que piensa.</p> <p>Salió el fin de semana con amigos con los que disfrutó, a pesar de que usó drogas.</p> <p>Refiere que la llamada de la ex novia lo "desorientó".</p> <p>Acordarse del pasado le duele y le da cólera que ahora no sea igual que antes.</p> <p>Paciente quiere mantenerse ocupado para no pensar en sus problemas.</p> <p>Quiere hacer "cosas" para ayudarle a la gente.</p>	<p>-Se estimula la expresión de sentimientos y pensamientos.</p> <p>-Se confrontan estos sentimientos y pensamientos con las conductas que asume.</p> <p>-Se inicia el tema de los pensamientos distorsionados y el diálogo interno negativo.</p>	<p>-Se refiere a la enfermedad como una enfermedad crónica.</p> <p>-Manifiesta que se siente más tranquilo.</p> <p>-"El VIH es una enfermedad psicológica la debe controlar uno mismo".</p> <p>-Reconoce que no aprovecha todas las habilidades y capacidades que tiene.</p>	<p>En esta sesión, fue necesario confrontar constantemente los pensamientos distorsionados con la realidad.</p> <p>En la sesión hubo que dedicarle tiempo a un tema que no se había contemplado como parte de la terapia, pero el paciente necesitaba expresar sus sentimientos sobre ello (antigua novia).</p>

SESION N°5			
MARCO SITUACIONAL	ACCIONES TERAP.	RESULTADOS	Evaluación
<p>Paciente refiere que ha estado bien, que los "pensamientos raros" son menos y que los ha dejado pasar. Refiere que ha estado más tranquilo. Menciona que tiene envidia de los amigos, por la forma en cómo ellos "gozan". Refiere que consume mucho menos drogas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Se explora la percepción que tiene el paciente sobre el VIH, el tratamiento y la vida. -Se abordan algunos mitos sobre la enfermedad. -Se confrontan los pensamientos con la realidad. -Se fortalecen los logros alcanzados hasta el momento. 	<ul style="list-style-type: none"> -Acepta que estar ocupado le ayuda a despejarse. Está ayudándole a la mamá en sastrería. -Reconoce que ahora se está preocupando por la familia. -Tiene planes para fin de año: viajar a zona sur a visitar a unos amigos. -Le encuentra sentido y le da satisfacción las cosas que hace: coser, las labores del hogar, pintar la casa de un amigo. -Manifiesta que ya es hora de un cambio. -Paciente permite a la terapeuta leer sus escritos. 	<p>El abordaje acerca de los pensamientos de la enfermedad fue difícil, el paciente utilizó el "no sé" y no quiso expresarse a través de otros medios.</p> <p>Fue necesario utilizar diferentes mecanismos de "sonsacamiento" para que expresara lo que se señaló.</p>

SESION N°6			
MARCO SITUACIONAL	ACCIONES TERAP.	RESULTADOS	Evaluación
<p>Paciente ha estado más consciente de la enfermedad que padece. Se ha enfrentado a circunstancias que le han provocado reflexionar sobre su enfermedad, sus amigos y sus actos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Se profundiza en sus pensamientos acerca de los límites que debe construir y cumplir (toma de decisiones para continuar con su vida). -Se enfatiza en el presente y en la responsabilidad de construir el futuro. 	<ul style="list-style-type: none"> -Paciente acepta que debe cambiar y que quiere vivir. -Refiere que la terapia le ha ayudado a sentirse mejor y a hacer cosas diferentes. -Está compartiendo con un grupo de jóvenes cristianos, muchos de ellos drogadictos o alcohólicos en proceso de rehabilitación. -En este grupo conoció a una joven que le gusta y con la que quiere mantener una relación diferente a las que ha tenido anteriormente -Se compara con otras personas VIH. -Ahora entiende como se sienten las personas VIH, a las que antes ignoraba. 	<p>En esta sesión el paciente manifestó muchos cambios, lo que permite asegurar que la terapia está siendo efectiva, situación que el mismo paciente reconoce y manifiesta.</p> <p>Durante esta sesión el rol de la terapeuta fue más directivo, ya que se debía dirigir la "energía" hacia el tema del cambio y la toma de decisiones relacionadas con un estilo de vida saludable.</p>

SESION N°6			
MARCO SITUACIONAL	ACCIONES TERAP.	RESULTADOS	Evaluación
<p>Refiere que está más tranquilo.</p> <p>No consumió drogas el fin de semana, está motivado y orgulloso por haberlo hecho.</p> <p>Ha disfrutado de las actividades en familia y se da cuenta de lo importante que es para él.</p> <p>Está deseoso de irse a "pasear", ya que considera que eso lo despejará y lo hará sentirse mejor.</p> <p>Se va para zona sur o El Salvador los últimos días de este mes.</p>	<p>-Se enfatiza en el presente y en el futuro.</p> <p>-Se fortalecer la toma de decisiones.</p> <p>-Devolución de los resultados de la terapia.</p>	<p>-Está disfrutando de la familia y de otras actividades diferentes a las que usualmente hacía.</p> <p>-Acepta que los amigos que tenía antes no le "convienen".</p> <p>-Reconoce que está tomando decisiones.</p> <p>-Se considera a sí mismo como una persona diferente.</p>	<p>En esta sesión las acciones estuvieron dirigidas hacia el reconocimiento de la responsabilidad para tomar decisiones racionales, en concordancia con un estilo de vida saludable.</p> <p>Aunque esta fue la última sesión de una primera etapa de la terapia, se lograron cambios a los cuales se les debe dar seguimiento y fortalecer cuando regrese de sus vacaciones y retome la terapia.</p>

7- ANÁLISIS DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

La enfermedad por VIH trasciende la dimensión física, el significado que le ha asignado la sociedad provoca que las personas que la padecen vean afectados todos los ámbitos de su vida personal y social, y esto no solo por la discriminación de la que son objeto sino también por el autorechazo, producto de sus propios pensamientos y sentimientos, los cuales son el resultado de los valores, las normas y la cultura en la que se desarrollan.

Leo no es la excepción a este patrón, su depresión e inestabilidad emocional son muestra de la dificultad y el conflicto interno para aceptar su enfermedad, ya que como señala Coats (en Güell 1999), este diagnóstico se asocia con una enfermedad devastadora y mortal, provocando una crisis emocional caracterizada por ansiedad, depresión, rabia y desesperanza.

El proceso de inestabilidad psicosocial de Leo desde que conoció el diagnóstico ha estado marcado por la depresión y la confusión con respecto a sus acciones. En un primer momento, cuando Leo conoció el diagnóstico entró en una etapa de "shock" o negación que le hizo olvidarse o más bien no pensar en su enfermedad, siguió viviendo y actuando de la misma forma en que lo había hecho por años.

No es hasta un año después que Leo ante las indicaciones del médico se vuelve a enfrentar con su realidad, pero ya no la niega sino que entra en las etapas de cólera, regateo y depresión, a las que se refiere Elizabeth Kübler-Ross (en Quesada, 1991) o en el período de transición definido por Klein (en Güell, 1999). El período de transición en Leo es fácilmente percibido al inicio de la terapia donde expresa abiertamente sus pensamientos y sentimientos con respecto a lo que experimenta, como él mismo señala, se siente confundido, no sabe qué hacer, se aísla no quiere socializar, no tiene ninguna motivación para vivir, no come, no duerme y tiene ideas suicidas.

Según Schrodtt (en Shafii y Lee, 1992) estas expresiones o manifestaciones caracterizadas por la desesperanza, los trastornos en el autoconcepto, el panorama negativo del presente y del futuro y los síntomas físicos o somatizaciones, son indicadores de depresión, los cuales van formando un estilo explicativo negativo de los acontecimientos que produce indefensión e incapacita a la persona para afrontar el problema. Es esta incapacidad y bloqueo mental para la búsqueda de alternativas o respuestas a su situación, lo que produce en Leo la necesidad de ayuda y acepta continuar con el proceso terapéutico.

Durante la terapia, es posible profundizar en la dimensión psicosocial de Leo y poder establecer la

relación existente entre las manifestaciones cognitivas acerca del VIH y su estado emocional. Ser VIH significó en el paciente sentimientos de pérdida no solo por la pérdida de su salud sino por el estilo de vida que llevaba, es decir, no tener responsabilidades, no tomar decisiones relevantes para su vida, drogas, promiscuidad, fiestas, etc., lo que concuerda con lo señalado por Coats (en Güell, 1999), acerca de que el VIH conduce a una crisis emocional caracterizada por temores a la muerte, al deterioro físico, a la dependencia y a múltiples pérdidas.

El área cognoscitiva de Leo, es decir sus pensamientos con respecto a la enfermedad y los cambios a los que ésta conlleva, producían sentimientos y actitudes que obstaculizaban su funcionamiento interno y externo, y por lo tanto contribuían a deteriorar su estado emocional. Es decir para Leo la enfermedad implicaba ser rechazado por su deterioro físico pero sobre todo un cambio rotundo en su estilo de vida, un cambio al que le había asignado un significado negativo. Expresiones como "me molesta no poder usar drogas", "dejar las drogas me tiene más descontrolado", "la gente me ve con ojos diferentes", el tratamiento antirretroviral es un tratamiento muy duro porque hay que tomar muchas pastillas", son ejemplos de pensamientos automáticos basados en actitudes o esquemas formados a través de la experiencia y que se vuelven pensamientos deformados o distorsionados al promover un diálogo interior dañino que provoca ansiedad. (Beck, en Güell, 1999).

Como los pensamientos distorsionados sobre la enfermedad y el estilo de vida que ésta implica para seguir viviendo, estaban provocando en Leo sentimientos depresógenos (teoría del A-B-C de Albert Ellis), la terapia para este trastorno debía estar dirigida hacia la identificación de los pensamientos negativos, la relación de éstos con sus propias emociones y acciones, y la sustitución de pensamientos distorsionados por interpretaciones más realistas.

Es por ello que, con el fin de facilitar la estabilidad mental y emocional del paciente, la toma de decisiones sobre la modificación de conductas de riesgo y la capacidad para el autocuidado y un estilo de vida saludable, se aplicaron los principios de la Terapia Cognitivo Conductual, lineamientos que permitieron en una primera fase del proceso, observar y experimentar cambios significativos en relación con los objetivos planteados.

8- EVALUACIÓN

Cumplimiento de objetivos:

Aunque la terapia Cognitivo Conductual requiere de aproximadamente veinte sesiones para alcanzar los objetivos planteados y observar cambios definitivos, las siete sesiones terapéuticas que se desarrollaron, permitieron al paciente replantear y analizar su situación e iniciar algunos cambios, los cuales, debieron ser fortalecidos con intervenciones subsecuentes.

En esta primera etapa de la terapia, el paciente pudo identificar algunos pensamientos distorsionados sobre sí mismo y la enfermedad, así como relacionarlos con sus propias emociones y acciones, pero, aunque se confrontaron constantemente con la realidad, estos logros no garantizaron la deconstrucción total de diálogo interno negativo.

Aunque hubo avances en la reconstrucción del diálogo interno positivo (pensamientos y conductas dirigidas hacia el fomento de un estilo de vida saludable) el paciente requirió de mayor fortalecimiento y empoderamiento para tomar las decisiones que marcarían el cambio en su modo de vida.

Valoración de las técnicas:

Durante el proceso terapéutico fueron de vital importancia las técnicas utilizadas para que el paciente reconociera cuáles eran sus pensamientos distorsionados y la relación de éstos con sus sentimientos, emociones y actitudes, la técnica más utilizada para este fin fue el sonsacamiento, es decir, se hacían preguntas para llegar, poco a poco, de los relatos generales a los pensamientos automáticos, todo con el fin de que él mismo reconociera sus propios pensamientos.

La técnica del confrontamiento fue utilizada durante todo el proceso, esto permitió que el paciente reconociera y se convenciera de la existencia del diálogo interno negativo y su efecto en sus emociones y actitudes.

Una de las formas más eficaces para que el paciente conociera y aceptara la estructuración de sus ideas fue haciendo uso de la pizarra, ya que en esta se construía con dibujos o palabras la relación: evento desencadenante, pensamientos, ya fueran estos negativos o positivos, y emociones y actitudes. De esta forma el paciente además de expresarse podía observar su

propia construcción de la situación, lo que pudo tener un efecto más significativo al quedar plasmado en una imagen mental.

No fue posible utilizar técnicas como el dibujo, la lectura o el "colage", dadas las características personales del paciente, principalmente por su dificultad para concentrarse y su preferencia por hablar, más que utilizar otras formas para expresarse durante la terapia.

Relación terapéutica:

La relación terapéutica estuvo desde un principio caracterizada por la empatía, esto permitió que el paciente continuara asistiendo a la terapia y expresara sin dificultad su historia, experiencias y sentimientos. La confianza fue cada vez mayor con el avance de las sesiones, al punto de que el paciente permitió que la terapeuta leyera sus escritos y viera sus dibujos. El contacto físico, un beso en la mejilla en el momento del encuentro y la despedida de cada sesión, dio al paciente seguridad, confianza y credibilidad, aspectos que contribuyeron a fortalecer su autoestima y a eliminar algunos pensamientos distorsionados relacionados con su enfermedad y el rechazo social.

Limitaciones del proceso:

La única limitación del proceso terapéutico desarrollado hasta el momento es que el paciente suspendió temporalmente su asistencia al Hospital, pues tomó la decisión de hacer un viaje fuera de la Meseta Central.

Siguiente fase:

El proceso terapéutico fue suspendido temporalmente pero este debió continuar. La siguiente fase implicó seguir trabajando con los objetivos terapéuticos, principalmente aquellos relacionados con la sustitución de pensamientos distorsionados por otros más ajustados con la realidad y con la reconstrucción del diálogo interno positivo.

La continuidad de la intervención terapéutica permitió validar los pensamientos sustituidos, fortalecer la toma de decisiones y monitorear el cumplimiento de las acciones en torno al fomento del estilo de vida que garantizó su adherencia al tratamiento antirretroviral.

Aprendizaje profesional:

La aplicación del enfoque cognitivo conductual permitió reconocer la importancia e implicancia de ésta en la forma en que sentimos y actuamos, la re-

lación de nuestros actos con nuestros pensamientos remiten a la posibilidad de cambiar nuestra vida si se cambian los pensamientos que nos producen dolores emocionales.

Este es un enfoque que permite abordar la integralidad de la persona, ya que, cuando la terapia se centra en el reconocimiento de los pensamientos distorsionados sobre el evento precipitante, hace una revisión sobre las ideas, valores y creencias que ha asumido a través de su experiencia con respecto al evento, pero al mismo tiempo, una exploración general sobre su manera de concebir el mundo y por consiguiente de la forma en que está viviendo.

La focalización de este enfoque en los pensamientos distorsionados hace que el proceso terapéutico lleve un orden y no se disperse en otros elementos que podrían complicar, limitar o impedir que el proceso terapéutico logre los cambios que la persona requiere para mejorar su existencia, es decir, este enfoque permite el abordaje de situaciones complicadas o difíciles, donde existen diversos síntomas que producen disfunción individual o social.

La filosofía de este enfoque con respecto al cambio es positiva, pues al reconocer los pensamientos distorsionados y confrontarlos con la realidad, hace que la persona pueda cambiarlos y sustituirlos por pensamientos positivos que regirán su vida acorde con lo que espera y desea para sí misma.

Con la aplicación de este enfoque se obtienen cambios rápidos y significativos, lo cual refleja su utilidad y efectividad para el tratamiento de situaciones de alto riesgo donde la persona tiene una percepción equivocada del mundo y de sí mismo, tales como la depresión, independientemente de cual sea su detonante, la violencia doméstica, el conocimiento de un diagnóstico o tratamiento médico, una discapacidad, o el cambio a determinada etapa de la vida (adolescencia, menopausia, jubilación o vejez).

9. BIBLIOGRAFIA

Chacón, Kenly. (1999). **Problemas Sociales Del Paciente Portador De Vih/Sida**. Trabajo Social, Hospital México.

Güell, Ana Josefina. (1999). Experiencia Terapéutica Grupal Para Personas VIH/Sida Homosexuales. Un Aporte Desde La Perspectiva Cognoscitiva. Informe De Sistematización De La Residencia Práctica, Maestría En Trabajo Social, U.C.R.

Quesada, Lisbeth. (1991). **Módulo Educativo Sobre El Duelo, La Muerte Y Su Proceso**. Cuadernos De Gerontología N°7. Caja Costarricense De Seguro Social.

Schrodt, Randolph. (1992). **Terapia Cognitiva De La Depresión**. En Shafii, Mohammad Y Lee, Sharon: *Depresión En Niños Y Adolescentes: Clínica, Evaluación Y Tratamiento*. Martínez Roca, Libros Universitarios Y Profesionales.

Yost, Elizabeth Y Otros. (1991). **Terapia Cognoscitiva De Grupo**. Editorial Limusa, S.A. México.