

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento de Psicología, Educación y Salud
Maestría en Psicoterapia



EL PROCESO DE DUELO EN LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PSICOTERAPEUTAS

TRABAJO para obtener el **GRADO** de
MAESTRA EN PSICOTERAPIA

Presenta: **LAURA FERNANDA NÚÑEZ HUANTE**

Asesor **LUIS FELIPE GÓMEZ LÓPEZ**

Tlaquepaque, Jalisco. Noviembre de 2018.

Tabla de Contenido

Introducción	5
El problema: el proceso de duelo de personas que viven con VIH	7
El VIH en México y el mundo	8
Perspectivas del proceso de duelo	12
La atención emocional del paciente con VIH y SIDA	18
La manifestación del duelo en pacientes con VIH en Guadalajara	23
Objetivo	27
Preguntas de investigación	27
Marco Teórico: El proceso psicoterapéutico del duelo	28
Etapas del duelo.....	29
El papel de la psicoterapia en el duelo.....	32
Enfoques psicoterapéuticos que abordan el proceso de duelo	35
Psicoanálisis	35
Humanismo.....	37
Terapia Sistémica	40
Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)	41
Marco ético	44
Método: investigación interpretativa básica.....	47
Selección de los participantes	49
Recopilación de la información.....	50
Estructuración de la agenda o plan de trabajo	53
Análisis e interpretación de la información recopilada.....	54
El proceso de duelo de personas que viven con VIH desde la perspectiva de los psicoterapeutas. 56	
1. Las Psicoterapeutas.....	57
1.3 Requisitos para atender a personas que viven con VIH	64
2. Proceso de duelo.....	71
2.1 Desencadenante del duelo	72

2.2 Diferencias en el proceso de duelo	73
2.3 Influencia de la representación social en el proceso de duelo	74
2.4 Sentimiento de culpa en el proceso de duelo.....	77
2.5 Vengatividad	78
3. El proceso psicoterapéutico del duelo	80
3.1 Dificultades en el proceso psicoterapéutico	80
4. Impacto del trabajo de duelo en las psicoterapeutas	86
Conclusiones.....	89
Referencias bibliográficas:	92
Anexos.....	96
Tabla 1	96
Tabla 2	97

Introducción

Todas las personas han experimentado pérdidas a lo largo de su vida, desde dejar el pañal, alejarse de los padres por primera vez, mudar de dientes, pasar de la niñez a la adolescencia, mudarse de casa, etc. Sin embargo, existen pérdidas que, dependiendo del caso, del contexto y de la persona, pueden resultar difíciles de enfrentar, como la muerte de algún ser querido, el rompimiento de una relación amorosa, la pérdida de salud, entre otras. Cuando una persona experimenta alguna de estas situaciones puede llegar a sentir una inmensa tristeza, sufrimiento, ansiedad, entre otras emociones dolorosas. Este proceso al que se le denomina duelo, consiste en *“una reacción emocional causada por una pérdida”* (Romero, 2013).

El duelo es un proceso normal que implica la adaptación a la pérdida sufrida, no obstante, cada persona puede tener una reacción diferente ante una pérdida similar, por ello cada proceso de duelo varía. Estas variaciones dependerán del tipo de pérdida que vivió la persona, de la forma en que se ha adaptado a otras pérdidas, del contexto en el que vive, el apoyo que recibe por parte de sus seres queridos y conocidos, así como de su situación sentimental y económica.

Uno de los motivos más comunes por los cuales una persona vive un proceso de duelo es debido a la pérdida de salud, ya que no sólo implica un cambio en su estilo de vida, sino que también, dependiendo de la enfermedad, puede llegar a causar la muerte de la persona. Además, este tipo de duelo suele pasar desapercibido para quien se relaciona con la persona enferma, incluso para sus cuidadores.

En el caso de quienes viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) el proceso de duelo puede llegar a resultar muy difícil, pues es una enfermedad que está rodeada de estigmas sociales y culturales debido a su condición de enfermedad de transmisión sexual y a un síndrome que puede llegar a causar la muerte de la persona, el SIDA. Por ende, la situación emocional de quienes viven con este virus es más desfavorable que el de alguien que vive con alguna otra enfermedad.

Tanto en México como en la ciudad de Guadalajara existen varias instituciones que ofrecen apoyo psicoterapéutico para las personas que viven con esta enfermedad; no obstante, se tiene poca información acerca del tratamiento psicoterapéutico que se utiliza

para atenderlas, de los enfoques psicoterapéuticos empleados, de la visión que tiene cada psicoterapeuta sobre el problema, de la preparación y características personales requeridas y del efecto que tiene en los psicoterapeutas el trabajar con las personas que viven esta situación.

Por lo antes expuesto, esta investigación tuvo como objetivo generar conocimiento acerca del proceso psicoterapéutico de personas que acaban de ser diagnosticadas con el virus de inmunodeficiencia humana y están pasando por un proceso de duelo.

Para conocer más acerca del proceso psicoterapéutico que viven las personas con VIH que atraviesan un duelo se recopiló información documental acerca del contexto actual que tiene la enfermedad en México y el mundo; del proceso de duelo, sus fases y elementos; de la psicoterapia y de los aspectos éticos que implica llevar a cabo una investigación de ésta índole.

La pregunta central de la investigación es ¿cómo es el proceso psicoterapéutico del duelo en pacientes que se han enterado que tienen VIH?, para responder esta pregunta de investigación se utilizó el método interpretativo básico dentro del paradigma cualitativo. Este es un método de análisis descriptivo e interpretativo; que inició cuando la recopilación de información, para lo cual se utilizó como instrumento la entrevista a profundidad, realizada a cuatro psicoterapeutas expertas en atender a personas que viven con VIH. Estas entrevistadas brindaron información importante para la comprensión del proceso psicoterapéutico del duelo que vive ésta población, como las técnicas que suelen utilizar para atender a este tipo de consultantes, los requisitos que deben de cumplir para llevar a cabo este tipo de psicoterapia, las diferencias que encuentran entre cada caso, las dificultades que suelen tener al atender este proceso, el impacto que ha tenido en ellas la atención a estos consultantes, así como algunos relatos de las experiencias que han vivido al tratar con esta población.

En la parte medular del trabajo se exponen los hallazgos encontrados a partir de esta investigación como las diferencias y similitudes entre cada enfoque utilizado por las psicoterapeutas, la desencadenante del proceso de duelo de quienes viven con VIH, las diferencias del proceso de duelo que vive cada consultante, la influencia que tiene la representación social en el proceso de duelo, el papel de la culpa y las dificultades que se presentan al momento de acompañar a estos consultantes. También se presentan las

conclusiones a las cuales se llegó después de recopilar los resultados y la importancia que tiene la investigación en el campo de la psicoterapia.

El problema: el proceso de duelo de personas que viven con VIH

El duelo es un proceso de adaptación a las pérdidas por el cual han pasado todas las personas en algún momento de su vida, comenzando por la infancia cuando se tiene que dejar los pañales, los biberones, los chupones, etc. Sin embargo, cada una de las personas pasa por este proceso de forma diferente, dependiendo de su personalidad, de su historia de vida, de sus estrategias de enfrentar las situaciones que se le presentan, de la importancia que le dé a la pérdida, del apego que sienta hacia el objeto, sujeto o situación que perdió y del momento o etapa de su vida en la cual se encuentre.

La complejidad del proceso de duelo está relacionada con el tamaño que tiene la pérdida. Según García-Viniegras et al. (2013) el duelo es un *“período de crisis que puede dar lugar a complicaciones psiquiátricas y a alteraciones físicas”* (pág. 123) las cuales pueden aparecer o agravarse durante el duelo o surgir *“como descompensación de una enfermedad crónica previa”* (pág.23). En el caso de quienes atraviesan un diagnóstico de una enfermedad como el VIH el duelo es un suceso que toma importancia ya que la persona no sólo presenta una pérdida de salud, sino que se encuentra con una enfermedad atravesada por muchos estigmas, con una connotación sexual y que, además, suele ser asociada con la muerte. Romero (2013) comenta que, a pesar de que el duelo es un proceso natural y necesario por el que todos los seres humanos han pasado en algún momento, esto no significa que no sea un proceso doloroso, afirma que *“[...] para algunos se puede complicar y llegar a vulnerar seriamente la salud e integridad de la persona que lo sufre”* (pág. 378).

“Una de las características de nuestra cultura es que persigue la ausencia del dolor” (Poch, 2014, pág. 16), esto se debe a que los seres humanos buscan, por todos los medios posibles, evitar aquellas situaciones que puedan llegar a causar cualquier tipo de insatisfacción, sea de forma física (como en el caso de las enfermedades, las heridas y demás tipos de padecimientos) o de forma emocional, evitando aquellas emociones que producen sufrimiento o tachándolas de *“malas”* y despreciables, lo que tiene como consecuencia que miles de individuos sean incapaces de procesar la tragedia, el dolor y las pérdidas en su entorno o en su persona. Poch (2014) menciona que lograr enfrentarse a

los problemas que se presentan en la vida cotidiana es una capacidad muy importante para el ser humano:

La tragedia hace surgir fuerzas insospechadas en algunas personas. Para algunos, por más devorador que sea, el sufrimiento que derrumba permite volver a crecer. Para otras, todo es destrucción. En su vacío interior sopla el viento de la rebelión y la amargura. La pérdida los alcanza como una injusticia personal o una traición de la vida. Es muy serio no encontrarle ya sentido a nada (pág. 18).

El VIH en México y el mundo

Según el manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica del VIH- SIDA, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un virus de la familia de los antirretrovirales, *“causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)”* (2012, pág. 9) y cuya característica principal es que presenta un *“periodo de incubación prolongado que desemboca en enfermedad después de varios años”* (Subsecretaría de prevención y promoción de la salud, 2012) causando, que este virus se propague por el cuerpo, matando a varias de sus células.

Dicho virus puede ser contraído a través de transfusiones sanguíneas, la leche materna, el semen y los fluidos vaginales. Es transmitido mediante actos sexuales riesgosos, es decir sin protección (los cuales pueden llevarse a cabo de forma anal, oral o vaginal).

Así mismo, el manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica del VIH-SIDA, señala como personas en riesgo de contraer dicho virus a aquellas que mantienen prácticas sexuales riesgosas, es decir sin usar preservativos; a los compañeros sexuales de personas que viven con VIH/SIDA o que utilizan drogas intravenosas y comparten agujas que pueden estar infectadas y a quienes se exponen a actividades riesgosas que no son de índole sexual, tal como el utilizar agujas o jeringas infectadas, a las personas que hayan tenido transfusiones de sangre con material no esterilizado o sangre contaminada o a hijos de mujeres que contrajeron este virus antes o durante su embarazo.

Usdin (2002) menciona que no se sabe realmente cuando fue que surgió el VIH pero que *“los científicos especulan, basándose en el tiempo que se necesita para que se produzcan*

cambios genéticos, que el virus debe de haber estado entre nosotros durante muchos años” (pág. 18). También, comenta que dicho virus “pasó al hombre de una especie de mono africano a principios del siglo XX, [...] la conclusión de que este es el origen del SIDA se basa en las similitudes entre las formas de los virus humanos y de los monos, además de en la geografía común que comparten las cepas víricas humanas y las de los monos” (ibíd. Pág. 19).

A principios de los años ochenta, empezaron a surgir casos de homosexuales que presentaban enfermedades raras o que sólo solían presentarse en personas de la tercera edad como el cáncer conocido como sarcoma de Kaposi o una neumonía conocida como *pneumocytis carinii* (Usdin, 2002, pág. 23) por lo cual “[...] como sólo había aparecido en varones homosexuales, se pensaba que la enfermedad no era contagiosa” (pág. 23). Sin embargo, más adelante, empezaron a surgir casos de adictos a drogas por vía intravenosa que presentaban los mismos síntomas que los homosexuales. Según Usdin, estos hechos causaron el estigma de relacionar el virus de inmunodeficiencia humana con las personas homosexuales y con los drogadictos. “Sólo se empezó a temer que el SIDA podría ser el resultado de algo infeccioso cuando se identificó en pacientes hemofílicos que habían recibido transfusiones de sangre [...] La noticia se propagó rápidamente y después llegó la histeria colectiva” (Usdin, 2002, pág. 24). Usdin afirma que:

Hacia 1986, el SIDA ya había aflorado en todas las regiones del planeta y el mundo buscaba con avidez un chivo expiatorio. Empezaban a imponerse el estigma y la discriminación, que brindaron un copioso festín para la homofobia y la xenofobia, ya que, primero los homosexuales y después los africanos, fueron los más afectados. Salieron a la luz historias de personas que habían sido desalojadas de sus casas, de sus trabajos y condenadas al ostracismo por sus comunidades cuando dijeron que eran seropositivas (pág. 25).

Un componente primordial para la propagación del VIH en el mundo durante las décadas de 1980 y 1990 fue la pobreza:

Las situaciones de pobreza se traducen en una escasa nutrición y exposición a otras enfermedades que con frecuencia se convierten en crónicas. Esto pone en una situación comprometida al sistema inmune y reduce la capacidad del organismo

para combatir el VIH. [...] la pobreza también repercute en el curso de la enfermedad de los seropositivos” (Usdin, 2002, pág. 54).

Debido a que no cuentan con las mismas oportunidades con las que contaría una persona que tiene recursos económicos, como por ejemplo una buena nutrición que reforzará su sistema inmune, una mejor higiene que evite que aparezcan enfermedades oportunistas y, en consecuencia, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida; además del acceso a los tratamientos antirretrovirales, los cuales frenarían la propagación del virus.

El comercio sexual es uno de los factores causado por la pobreza que influye en gran medida en la difusión del VIH, ya que, al tener pocos ingresos, las mujeres se han visto obligadas a prostituirse para conseguir una mayor cantidad de dinero, la mayoría de las veces sin hacer uso de preservativos que impidan la transmisión del virus. También la migración es otro factor que influye en la propagación del VIH, pues los migrantes pueden llegar a contagiarse de este y propagarlo en sus ciudades de origen, en su destino o en aquellos lugares por los que pasen (Usdin, 2002). Hernández (2010) menciona que:

El VIH/ SIDA guarda una estrecha relación no sólo con los sistemas de salubridad de cada país, sino con el nivel de desarrollo, la pobreza, la educación, la desigualdad y el respeto a los derechos humanos. [...] los estigmas de la gente que padece VIH han hecho que el virus y la enfermedad estén íntimamente ligados con la discriminación. La inmensa mayoría de pacientes con VIH/ SIDA son discriminados en ambientes sociales, laborales, sanitarios y habitacionales (pág. 37).

Según la ONUSIDA (2016), a finales del año 2015:

- 36,9 millones de personas en el mundo vivían con VIH de los cuales 17,1 millones no sabían que estaban infectados.
- 1,1 millones de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA.
- 2,1 millones de personas contrajeron la infección por el VIH en todo el mundo.
- Las muertes relacionadas con el SIDA han disminuido en un 45% desde las máximas registradas en 2005.
- Los casos de nuevas infecciones en niños han descendido en un 50% desde 2010.

- Desde el 2010 no ha habido reducciones en nuevas infecciones por el VIH en adultos.

“Desde la aparición del VIH/SIDA en México y hasta 1990, el tratamiento de los pacientes se limitaba al manejo de las infecciones oportunistas” (Hernández, 2010, pág. 52), no existían instituciones que brindaran medicamentos para frenar la propagación del virus ni mucho menos que les brindaran el apoyo psicológico que necesitaban. En los años siguientes, fueron surgiendo poco a poco instituciones que se encargaron de recopilar información y proveer a la población de los tratamientos necesarios para combatir esta enfermedad. Hernández Romano (2010) afirma que:

Con el surgimiento del primer caso de VIH/SIDA en México, el país se sumó a la preocupación que el VIH provocó en el mundo entero desde sus inicios. Pocos años después de la detección del virus en México, la Secretaría de Salud creó un comité destinado a estudiar el tema (Pág. 54).

Según el registro nacional de casos de SIDA realizado durante el segundo trimestre del año 2016, los primeros casos de VIH en México se registraron en 1983, y a partir de los dos siguientes años los casos notificados de esta enfermedad fueron aumentando hasta llegar a su punto máximo en el 2004, año en el que se notificaron 22,011 casos de los cuales 8,384 fueron nuevos diagnósticos. Los siguientes años el número de casos notificados volvió a reducirse, hasta el año 2008 en el cual volvieron a aumentar hasta alcanzar una cifra mayor a 12 mil que fue reduciéndose hasta llegar a 3,343 en el 2016. Por otro lado, los casos diagnosticados fueron reduciéndose desde el año 2000, en el cual hubo 8,700 casos, hasta llegar a 2,138 casos en el segundo trimestre del año 2016.

Igualmente, este registro menciona que más del 50% de los casos de personas que han sido diagnosticadas con este virus en el periodo de 1983-2016 han sido hombres, siendo 115,133 casos en comparación con los 33,171 casos de mujeres diagnosticadas con el virus. En total, serían 184,304 casos en los 32 estados de la república, contando a los extranjeros que viven en el país. Por lo tanto, el 84.2% de los casos de SIDA y el 81.7% de los casos de VIH en México son hombres (Tabla1 Anexos).

Las edades en las que suelen darse estos diagnósticos van desde que la persona tiene unos cuantos meses de edad hasta después de los 65 años, siendo la mayoría

diagnosticados entre los 30 y los 34 años, en el caso de los hombres y entre los 35 y los 39 años en las mujeres (Tabla2 Anexos)

Los estados de la República Mexicana con la mayor tasa de casos nuevos de SIDA (por cada 100,000 habitantes) diagnosticados en el segundo trimestre del 2016 son: Campeche (14.1), Tlaxcala (5.0), Morelos (4.6), Colima (4.3) y Yucatán (3.9). Mientras que los estados con la mayor tasa de casos nuevos de VIH (por cada 100,000 habitantes) diagnosticados son: Yucatán (8.2), Campeche (7.4), Quintana Roo (4.8), Tabasco (4.7) y Colima (4.1) (Tabla

Respecto a las vías de transmisión, el registro sugiere que la vía de transmisión sanguínea ha ido bajando a lo largo del tiempo, llegando a no mostrarse casos en el año 1999 y siguiendo con este porcentaje hasta el año 2004, en el cual se presentó un caso de transmisión por esta vía; sin embargo, después de dicho año no se han vuelto a presentar casos de contagio por esta vía de transmisión. Por otro lado, los casos de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana por vía sexual no han tenido tanta suerte, ya que el número de casos no se ha ido reduciendo de forma constante, aunque tampoco ha habido un gran incremento. En el año 2005 se registraron 6,501 casos, en el 2014 se redujo a 5,066 pero, el siguiente año, aumentó a 5,406. Por último, la vía de transmisión perinatal ha ido descendiendo ya que en el 2005 se presentaron 159 casos, en el 2010 fueron 111 casos y en el 2015, 52 casos (Subsecretaría de prevención y promoción de la salud, 2012).

Así, es posible afirmar que la mayoría de los casos de transmisión de VIH en México se han dado mediante las relaciones de índole sexual, siendo un 94.5% de los casos desde 1983 hasta junio del 2016. En la mayoría de los casos de VIH que surgieron debido a transmisión sexual en el 2016, las personas tenían entre 25-29, siendo 429 de los 2,057 casos de ese año.

Perspectivas del proceso de duelo

El duelo es un proceso que surge a raíz de una pérdida. A lo largo del tiempo este proceso ha sido investigado para tener un mayor conocimiento del mismo, de cómo afecta a diferentes individuos, de las similitudes entre casos y de cómo es posible ayudar a una persona que está sufriendo a causa de este. Existen varios estudios que abordan el proceso de duelo, algunos se centran en los sujetos que pasan por este proceso, otros en la situación que desencadenó el duelo, también hay unos que se basan en las fases que se

viven hasta lograr resolver el duelo, entre otros. Además, cada estudio tiene una perspectiva diferente; si bien la mayoría se fundamenta en algún enfoque psicológico, también hay algunos que tienen enfoques biológicos o sociales. No obstante, algo que comparten la mayoría de los artículos, es que suelen abordar al duelo de un sujeto como consecuencia de la pérdida de un ser querido.

Algunos documentos están centrados en los cuidados que debe de tener la persona que está pasando por el proceso de duelo, sobre todo si se trata de un duelo patológico, debido a que cada vez es más común que un proceso de duelo se complique, hasta el punto en que la persona pueda llegar a presentar conductas de riesgo (como adicciones, autolesiones o suicidio), esto como consecuencia de la poca o nula atención que recibe durante su proceso. Por ello, García-Viniegras et al. (2014) afirma que *"toda persona que ha sufrido una pérdida significativa tiene derecho a recibir respetuosa y digna atención a sus sufrimientos, haciendo realidad el principio de justicia"* (pág.128). Así mismo, menciona que *"debe tenerse siempre presente que, sin dolor, sin tristeza, no hay resolución posible del duelo"* y que este debe de ser *"algo que hace la propia persona y no algo que alguien pueda hacer por ella"* (pág.128). La persona tiene que afrontarse a ese proceso por su parte, sin sentir la necesidad de tener que superarlo con rapidez, sino haciéndolo a su propio tiempo, aceptando sus sentimientos y teniendo sus redes de apoyo; que, si bien no van a enfrentar el duelo por ella, sí la ayudarán a no sentirse aislada y sola. Para lograr esto, es necesario comprender que *"el acompañamiento y el manejo terapéutico del duelo exige de los profesionales preparación técnica, ética y una gran responsabilidad y autocuidado permanente para no dañar la dignidad del doliente y la propia vida del profesional"* (García-Viniegras et al., 2014, pág.128). El profesional debe de tener esto muy en cuenta para no cometer mala praxis y causar daño al cliente; así mismo, deberá de cuidar de su propia persona, asistiendo a terapia en caso de ser necesario. Cuando estos puntos son cumplidos el proceso terapéutico del duelo rendirá más frutos.

Para comprender mejor dicho proceso se entrevistó a una psicóloga que ha trabajado durante años con personas que viven con VIH y, por lo tanto, ha podido observar cómo viven el duelo. Esta psicóloga afirma que el vivir con VIH implica que el sujeto diagnosticado tenga que dejar de lado algunos aspectos de su vida que solía dar por hecho y que, en consecuencia, enfrenta el proceso de duelo:

Es un proceso de duelo en el sentido de todo lo que tienen que dejar, hábitos de vida, relaciones, de situaciones este... hasta de su misma identidad, es como un proceso de verte de otra manera, como un proceso de *“re significación”* porque cambian los significados, cambian las implicaciones, cambia como tú concibes al virus [...] va a tener que tener más cuidado en sus prácticas sexuales, va a tener que informar con quien tenga las prácticas sexuales también su condición, va a tener que hacer el duelo de muchas situaciones [...] Si vives con VIH ya no vas a poder cogerte a quién tú quieras, ya no vas a poder este...coger sin protección, ya no vas a poder comer ciertas cosas. Ya vas a tener que cuidarte de no enfermarte, de que tu carga (viral) esté bien, de checarte... (Ent.2 A).

En el caso de adquirir una enfermedad *“una actitud común [...] es la negación de su nombre”* (Poch, 2014, pág. 27) ya que se piensa que, al evitar hablar de ella, al negarla, esta dejará de existir, que ya no estará en el organismo. *“Yo tenía un paciente que se quedó como 11 años ahí, en la negación [...] él negaba el VIH, decía que no, que el VIH no era cierto [...] De hecho ya se murió. Pero...pero él estaba incluso ya en SIDA, ¿eh? Y no lo aceptaba. Decía que era una invención, que no existía”* (Ent.2 A).

Por otro lado, la persona puede tomar una actitud diferente en la que decide vivir cada momento como si fuera el último, aprovechar cada instante o, también, continuar con su vida cotidiana teniendo cuidado para no enfrentar una pérdida de salud. En algunas ocasiones las personas que recibieron un diagnóstico de VIH *“[...] cambian muchos hábitos, cambian muchas formas de concebir la vida”* *Hacen comentarios como “-Sí, yo tengo VIH, pero decido vivir- yo los he visto que más bien hacen como una pausa en su vida, re valoran...”* (Ent.2 A).

Ambas actitudes son indiscutiblemente opuestas, en el primer caso la persona enfrenta sentimientos de miedo, de culpa, de pérdida y no le es posible afrontar la situación, en el segundo caso, el sujeto intenta ver el lado bueno de su situación y enfrentarse de la mejor manera a su enfermedad. Por ello, es posible concluir que cada individuo enfrenta su realidad de una manera diferente y, mientras la segunda persona no se ve rebasada por la situación que atraviesa, el caso de la primera es muy distinto; ya que está pasando por un momento de duelo.

El duelo suele ser originado por una situación traumática que *“produce a la persona que la sufre una ruptura del edificio interno de creencias nucleares acerca de la vida y acerca de ella misma”* (Payás Puigarnau, 2010, pág. 41). Estos acontecimientos traumáticos pueden llegar a causar a la persona sentimientos intensos de temor, desesperanza, ansiedad y culpa. Romero (2013) afirma que *“la complicación del proceso del duelo, conlleva unas series de manifestaciones clínicas que vulneran y comprometen la salud física y emocional de las personas, y por ello, requieren ser atendidas por profesionales especialistas que puedan aliviar su sufrimiento consecuente”* (pág. 377).

Estas manifestaciones son conocidas como *“fases del duelo”* las cuales suelen presentarse en la mayoría de los casos de las personas que están pasando por este proceso, sin embargo, depende de cada persona la forma en que estas se manifiesten, además es posible que una persona pase por todas las fases, mientras que otra sólo viva una o dos (Meza et al., 2008).

Así mismo, existen diferentes tipos de duelo, los cuales se pueden categorizar en relación al tiempo que dure, el motivo de la pérdida y la actitud que presenta el sujeto que lo está viviendo. También expone cuáles son las ventajas de que la persona viva un duelo acompañado por un profesional y los objetivos que este último debe de tener para mejorar el proceso del sujeto. Y afirma que para que un proceso de duelo tenga resultados satisfactorios la persona debe de contar con el apoyo de sus seres cercanos, los cuales le permitirán adaptarse a su nueva situación de forma óptima.

Otro de los aspectos que es sumamente importante al tratar con personas con enfermedades crónicas es la entrega de malas noticias, ya que es una tarea de comunicación compleja que requiere de otras habilidades además de las verbales, como es el responder a la reacción emocional del paciente, involucrarlo en la toma de decisiones, manejar el estrés generado por las expectativas de cura del paciente, involucrar a los miembros de la familia en el proceso de salud-enfermedad, y el dilema de cómo dar esperanzas cuando la situación es poco prometedora (Herrera et. al, 2004). El incremento de las enfermedades crónicas y de los temas relacionados con la calidad de vida, sumado a la comprensión de la enfermedad desde un enfoque biopsicosocial, han aumentado la importancia de entender cómo la entrega de malas noticias afecta a los pacientes, a su familia/cuidadores y a los profesionales de la salud.

Las malas noticias pueden incluir la entrega de información respecto a la recurrencia de una enfermedad, propagación de una enfermedad, o la falla del tratamiento que impide la proliferación de la enfermedad, la presencia de efectos colaterales irreversibles, o resultados de test genéticos adversos. Herrera et. al (2004) afirman que la mala noticia puede tener diferentes significados para diferentes personas, como por ejemplo a un paciente al que se le dice que es VIH positivo, un hombre al que se le dice que su padre tiene Alzheimer, a un paciente que se le diagnostica un cáncer de pulmón, a una pareja que se le dice que no pueden tener hijos, entre otros. Dependiendo de diversos factores como las vivencias de la persona, sus creencias, el conocimiento que tenga de la enfermedad que padece y la forma en que se le comunique su diagnóstico.

Es sumamente importante que la persona que le haga saber su diagnóstico al paciente cuente con ciertas habilidades comunicacionales, como entregar la información de forma clara, resolver las dudas de la persona, persuadir al paciente para que este adopte las recomendaciones del médico, minimizar el estrés y la disconformidad del paciente, entre otros aspectos (Herrera et. al., 2004). Si el portador de malas noticias es empático y sabe cómo comunicarle al sujeto su diagnóstico, este se sentirá más tranquilo.

Para Celis y García (2014) el proceso de duelo *"implica reconocer y elaborar las pérdidas que se han experimentado a lo largo de la vida antes de la enfermedad, a partir del diagnóstico, durante y después del tratamiento, lo cual dependerá de las estrategias de afrontamiento de la persona"* (pág. 68). De igual manera, las autoras mencionan que la persona experimenta una serie de sentimientos como la culpa, el miedo, la ansiedad, la represión sexual y psicológica, así como la inhibición de la persona. Para que esta recobre la compostura será necesario que logre un equilibrio físico, psicológico y social. *"El duelo por pérdida corporal es un proceso cognitivo que supone afrontar y reestructurar los pensamientos sobre la imagen corporal, el sí mismo, la identidad y sobre el mundo en el que debe vivir la persona que ha sufrido la pérdida"* (German, 2004, citado por Celis y García, 2014, pág.68). Además, implican pérdidas secundarias, como son la relación de la persona con sus seres queridos, los roles que desempeña en la sociedad, autoestima, pérdida de su sexualidad, de su autoimagen, entre otras. Para superarlo, la persona necesitará pasar por un afrontamiento el cual implica que la persona se adapte a su situación actual para lograr tener la mejor calidad de vida posible. Si la persona tiene un afrontamiento inadecuado, podría llegar a aislarse, deprimirse, mantener

comportamiento hostil, alejarse de sus fuentes de apoyo y demás situaciones que podrían perjudicarlo.

Por otro lado, Estevens et al. (2014) menciona que para la sociedad actual la muerte es un proceso natural, sin embargo, dicho proceso suele ser reprimido por las personas, pasando a ser responsabilidad de las personas del ámbito de la salud. Sin embargo, muchos profesionistas de la salud no están totalmente preparados para brindar los servicios necesarios que requiere la persona en duelo. Una de las misiones que tienen los profesionales de la salud es ayudarle a la persona a encontrar un nuevo sentido de vida para afrontar el duelo por el que están pasando, teniendo en cuenta los factores de riesgo que puede llegar a enfrentar el sujeto en cuestión. También es necesario tener en cuenta que dependiendo del estado en el que se encuentre el paciente serán sus necesidades, puede ser una persona que se está enfrentando a un intenso sufrimiento o una persona que acaba de recibir un diagnóstico.

Así mismo, es posible que la persona no cuente con el apoyo de su familia o de una red de apoyo, puede que se esté enfrentando a sentimientos de culpa o que tenga un historial clínico que implique enfermedades mentales que puedan ser exacerbadas a causa del proceso de duelo. Por ello *“la decisión del médico de revelar o no el diagnóstico está determinado por varios factores tales como la edad, inteligencia, estabilidad emocional, personalidad, apoyo psicológico de amigos y familiares”* (Herrera, 2004).

El duelo suele llegar a complicarse si la persona no cuenta con las habilidades o el apoyo necesario para salir de la situación que provoca su duelo, en ese caso dicho proceso puede llegar a causarle problemas emocionales, psicológicos e incluso físicos que afectarían no sólo su salud, sino incluso su vida. La experiencia clínica demuestra que el duelo hace aumentar el abuso de psicofármacos, alcohol, tabaco y otros tóxicos. El duelo suele acompañarse de trastornos del sueño y se vincula de alguna forma a las causas de suicidio. El duelo complicado de carácter patológico incrementa el riesgo de muerte cardíaca súbita además de los suicidios. Algunos autores han estimado que *“alrededor del 20% de pacientes atendidos en hospitales psiquiátricos, tienen un duelo no resuelto”* (García et al., 2013, pág. 123)

Según García et. al. (2013) existen algunos factores que determinan que el duelo por el que está pasando un individuo sea patológico, estos factores incluyen que la persona

tenga un estilo de vida poco sano, en los cuales se presenta depresión, culpa, baja autoestima, que la persona evite situaciones, actividades o personas, negación, impulsos autodestructivos, consumo de sustancias adictivas (alcohol, drogas), comportamiento antisocial, fobias, entre otros.

En muchas ocasiones, cuando el duelo aparece no se le da la importancia debida y, dependiendo del caso, esto desemboca en que se convierta en un duelo patológico, en el que el individuo que lo vive siente un gran sufrimiento y no encuentra la forma de salir adelante. García et. al. (2013) menciona algunas de las actitudes que tiene una persona que presenta un duelo patológico, las cuales son: que la persona tenga cambios extremos en su estilo de vida, evitando ciertas actividades y personas, que la persona tenga un antecedente de trastornos psicológicos, como la depresión, baja autoestima, sentimiento de culpa, etc., que la persona “regrese” a alguna de las fases de duelo por la que haya pasado anteriormente, que aumente el consumo de alcohol, fármacos no recetados u otras sustancias adictivas, que se incrementen impulsos autodestructivos, se desarrollen fobias que no estaban presentes anteriormente, que la persona presente comportamiento antisocial o psicótico, entre otras (pág. 125). Así mismo, para que el duelo sea considerado como patológico, cualquiera de estos comportamientos debe de estar presente al menos por un lapso de seis meses.

La atención emocional del paciente con VIH y SIDA

Recibir el diagnóstico de una enfermedad puede ser difícil para cualquier persona pues supone enfrentarse a una pérdida importante: la pérdida de la salud; y a pesar de que la mayoría de las personas ha enfrentado esta pérdida en algún momento de su existencia, cuando se trata de una enfermedad que pone en peligro la vida la situación es mucho más grave. En el caso de recibir un diagnóstico de una enfermedad crónico-degenerativa, la persona pasaría por una pérdida de tipo intrapersonal, pues estaría perdiendo parte de sí misma (Campo, 2012).

En el caso en el cual la enfermedad no sólo pone en riesgo la vida del sujeto, sino que además conlleva un estigma social, es muy probable que la enfrente un proceso de duelo. *“Los procesos de duelo vividos por los pacientes crónicos, podrían girar alrededor de fantasías perturbadoras sobre la muerte, el contagio, el deterioro del cuerpo, y cargadas de imágenes culpabilizadoras y a veces provocadoras de sentimientos de vergüenza”*

(Campo, 2012, pág. 20). Esto implica que la persona no sólo se sienta angustiada por la pérdida de salud que supone su enfermedad, sino que también se preocupe por lo que los demás puedan llegar a pensar de ella al conocer su enfermedad, por el deterioro que esta involucra, por el miedo a contagiar a algún ser querido, entre otras; esto debido a que la perspectiva que tiene el sujeto de sí mismo surge a raíz de las representaciones que tienen los otros de él y de la manera en que se siente y es tratado dentro de los grupos sociales con los que interactúa. *“Ese cuerpo nominado como enfermo, sufre un rechazo social que sustituye a toda la historia personal detrás del sujeto, dejando en su lugar aquello que se denomina estigma”* (Campo, 2012, pág. 22). Dicho estigma puede causar que la persona decida aislarse para esconder su enfermedad de los demás, causando así un gran sufrimiento en el sujeto.

Como se mencionó anteriormente, el proceso de duelo implica una pérdida, la razón por la cual sufrir una pérdida es tan doloroso es debido a que es un suceso inesperado, *“no es algo que el sujeto elija, se le aparece sin esperarlo, sin desearlo”* (Campo, 2012, pág. 45). El sujeto se ve obligado a vivir con una enfermedad por el resto de sus días, se le impone una situación que no puede cambiar, debe renunciar a ciertos aspectos de su vida que antes daba por hecho, su salud pasa a ser el centro de su vida, ya que debe de tener cuidado en varios aspectos de su vida para evitar que el virus se propague por su cuerpo, como depender de medicamentos que deberá de cambiar conforme pase el tiempo para evitar que el VIH se acostumbre a los mismos, tendrá que asistir regularmente a chequeos y revisiones médicas y su vida sexual no volverá a ser igual. Campo (2012) afirma que *“el apego primordial de sí mismo y su posterior pérdida, da lugar al dolor de una separación subjetiva, que parece volverse objetiva, palpable, al sobrevivir bajo las circunstancias posteriores a la identificación de la enfermedad”* (pág. 48). Poco a poco la persona se va adaptando a su nueva situación, aprende a relacionarse con los otros de esta manera, a evitar situaciones de riesgo y a vivirse como una persona cero positiva.

Es importante mencionar que la pérdida del enfermo crónico no sólo involucra a su persona, al ser seres sociales los humanos estamos inmiscuidos en las relaciones con los otros, con la sociedad; por ello otra de las pérdidas que puede enfrentar una persona que vive con VIH es la relación con quienes lo rodean. El temor de la sociedad hacia quien padece una enfermedad crónica y presumiblemente contagiosa contribuye a que las relaciones que el sujeto mantenía con su entorno inmediato se fragmenten y modifiquen

(Campo, 2012). Por ello, la persona tiende a evitar hacer pública su condición como enfermo, guardando su diagnóstico para aquellas personas en las que más confía y que considera puedan comprender y apoyar su situación. Debido al estigma de este virus, dar a conocer su diagnóstico a cualquier persona implicaría que la persona, positiva o negativamente, adquiriera un rol específico dentro de la sociedad; es decir, que sea visto como el virus, como el enfermo y no como el individuo como tal.

Existen muchas enfermedades crónicas y estigmatizantes, sin embargo, vivir con el virus de inmunodeficiencia adquirida conlleva situaciones que otras enfermedades no. Desde sus orígenes, el VIH ha estado vinculado al sexo y al consumo de drogas, esto debido a que el virus es transmitido por medio de fluidos corporales como el semen y la sangre. Arellano (2008) afirma que *“esta distorsión de las formas de transmisión etiquetó con otro adjetivo a las personas enfermas, presentándolas como promiscuas, denigrando simultáneamente bajo el mismo principio a quienes parecían formar parte de las poblaciones vulnerables o en situación de riesgo”* (pág. 15). Por ende, las personas que viven con este virus sufren no sólo debido a su enfermedad, sino también a las historias creadas detrás de la misma, en consecuencia, la forma en que se ven así mismas puede llegar a distorsionarse. Le Breton (2002) afirma que esto es debido a que la persona hace una representación de sí misma a partir de su cultura y su contexto social, así como de su historia persona.

Otra de las consecuencias del rechazo social a esta enfermedad es que la mayoría de los sujetos con VIH *“viven cotidianamente en un silencioso pero dañino estigma interiorizado”* (Arellano, 2008, pág. 7), este rechazo contribuye a la culpa que el sujeto puede llegar a sentir durante el proceso de duelo, y al miedo que la persona sufre debido a la desinformación que se tiene sobre la enfermedad en su contexto social. Campo (2012) señala que *“las pérdidas sufridas por los pacientes han marcado el curso que han llevado los procesos de duelo”* (pág. 100), es decir que dependiendo de las pérdidas que tuvo la persona será la forma en la que el duelo se le presentará, si la persona tiene que renunciar a varios aspectos significativos de su vida antes del diagnóstico, el proceso de duelo podría ser más pesado; en cambio, si una persona tiene una red de apoyo es más probable que su duelo se complique en menor medida.

En México cada vez existen más organizaciones sociales que se dedican a brindar ayuda e información no sólo a las personas diagnosticadas con el virus de VIH o que padecen del

síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA), sino también a los amigos y familiares de los mismos. Arellano (2008) afirma que *“se han incrementado las campañas para sensibilizar e informar a la sociedad sobre los derechos humanos de las personas con VIH y se han realizado una cantidad impresionante de acciones en todo el país”* (pág.24). Esto conlleva a que las personas que viven con esta situación puedan adquirir ayuda de profesionales y, en consecuencia, que la persona pueda pasar por su proceso de duelo siendo acompañada y asistida.

Culturalmente esta enfermedad se ha convertido en un sinónimo de pérdida; Andrés comenta que por lo general las personas viven con una ilusión de su propia inmortalidad, pues no conciben la idea de que el mundo siga existiendo a pesar de que ellas ya no. La autora menciona que *“como parte de su reacción al duelo, algunos individuos en duelo presentan síntomas característicos de un episodio depresivo mayor o síndrome de estrés post-traumático”* (pág. 19). Así mismo, comenta que *“para la mayoría de las personas en duelo, el seguir adelante con su vida luego de los cambios dolorosos que conlleva una pérdida, es la tarea más complicada de alcanzar”* (pág. 24).

Los efectos que tiene el estigma social en las personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana, esto como consecuencia de las creencias que se tienen sobre el virus. Incluso, las propias personas que son diagnosticadas con VIH tienen ideas estigmatizantes de la enfermedad, lo cual implica que estas atraviesen por un proceso de duelo que, de no atenderse, podría transformarse en un duelo patológico:

Se ha podido observar que, por lo regular, cuando las personas son informadas de su seropositividad atraviesan distintas fases emocionales, que las sitúan y caracterizan como población *“vulnerable emocionalmente en riesgo”*; pasando de un estado de incredulidad, enojo, sentimientos hostiles hacia los demás, depresión y aislamiento hasta llegar a la búsqueda de atención especializada y redes de apoyo que les ayudan a reelaborar sus experiencias para afrontar su situación y resignificar su propia existencia. A partir de este momento, se puede comprender el mecanismo interpretativo de un *“antes”* y un *“después”* de que existiera la enfermedad (Delgadillo, 2007, pág.31).

“El tiempo transcurrido a partir de tener un diagnóstico positivo marca diferencias en la forma de afrontar la enfermedad y, particularmente, la fase emocional por la que

atraviesan” (Delgadillo, 2017, pág. 35). Mientras más tiempo haya pasado del diagnóstico, más tiempo tendrá la persona tratando de aceptar la nueva condición con la que vive, así como adaptándose a dicha situación. Otro aspecto que menciona Delgadillo (2007) es que, al pasar el tiempo el estigma *“adquiere ciertas transformaciones que mediatizan su impacto”* (pág. 35). Esto como consecuencia de la re-significación que ha tenido el sujeto a lo largo de su proceso de duelo, ya que el sujeto va elaborando las pérdidas vividas durante el mismo.

Existen diferentes variables que aumentan el nivel de ansiedad en la persona, como el hecho de vivir con una enfermedad incurable:

La adquisición del virus del VIH supone un grave impacto psicológico en la persona que lo padece y en su entorno derivado de tres hechos: la infección desemboca irreversiblemente en SIDA, afecta a una población joven y produce un progresivo deterioro físico (Gallar, 2002). Buendía (1991) señala que la ansiedad ante la muerte es experimentada por personas con diversas enfermedades, sobre todo por aquellas que en su etiología, característica y curso cuentan actualmente con escasas posibilidades de curación, como lo es el VIH/SIDA. El impacto emocional de un padecimiento puede estar regulado por variables como el soporte social (Cobb, 1976) o el tipo de afrontamiento, al tener ambos como objetivo minimizar o resolver los efectos de dicho estresor (Miaja y Moral, 2017, págs. 26-27).

En este estudio tanto las personas que viven con VIH como las que no, mostraron neutralidad respecto a la ansiedad ante la muerte, sin embargo; las personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana mostraban un mayor índice de ansiedad respecto a lo que antecede a la muerte, es decir, el sufrimiento que se pueda tener, dejar a seres queridos, entre otras variables. Mientras tanto, la población que no tiene VIH mostró neutralidad en este aspecto. Por lo tanto, es posible afirmar que las personas que viven con este virus no tienen miedo a morir, sino a los efectos que les puede causar el vivir con esta enfermedad, es decir, atraviesan un proceso de duelo debido a su pérdida de salud. Debido a la enfermedad con la que viven (el VIH) es más común que estos individuos atraviesen por el proceso de duelo, el estudio comentado anteriormente habla sobre un impacto emocional en la persona que vive con VIH y, a pesar de que no señala este impacto como un duelo, si menciona un aspecto estresor (la pérdida) y un

afrontamiento (el duelo), además de otros factores que implican dicho proceso (sufrimiento, ansiedad, deterioro, etc.).

La manifestación del duelo en pacientes con VIH en Guadalajara

Anteriormente se habló sobre el proceso de duelo y sobre el papel que ha tenido el virus de inmunodeficiencia humana a partir de su descubrimiento, tanto en el mundo entero como, específicamente, en la sociedad mexicana. En ambas partes es posible observar tanto características en común como contrastes. Lo mismo ocurre al comparar los casos de pacientes específicos en relación al proceso de duelo. Cada persona lo atraviesa de forma diferente, sin embargo, algo que suelen compartir es que todos tienen algún pensamiento al recibir un diagnóstico que les indica que el VIH se encuentra en su organismo.

Una de las primeras emociones que surgen durante el proceso de duelo es el miedo. En el caso de las personas diagnosticadas con VIH este miedo se puede deber a distintas circunstancias: miedo a la muerte, miedo a no tener los recursos necesarios para pagar los medicamentos y el tratamiento que impida que el virus avance por el organismo, miedo a compartir este diagnóstico, miedo a contagiar el virus, miedo a no saber cómo enfrentar esta situación; sin embargo, después del diagnóstico la persona recibe información que puede acabar con algunos de sus temores *“[...] se les explica que el medicamento es gratuito, que lo que ellos tienen que hacer es mantener su carga viral indetectable, en ese momento [...] se les da la esperanza de vida o ellos tienen la esperanza de que pueden vivir muchos años”* (Ent.2 A) o también puede llegar a confirmarlos o a crear nuevos miedos *“hay personas que su carga viral no está tan bien y pues ahí es donde les empieza a pegar distinto este proceso”* (Ent.2 A).

El miedo a la muerte y al cambio es un componente fundamental del duelo, ya que el miedo a lo desconocido, a no saber qué es lo que se tendrá que enfrentar una vez teniendo el diagnóstico, ese miedo al cambio, a salir de la rutina y, en consecuencia, a lo que ya se conoce es lo que suele causar que la persona viva un duelo.

Como se mencionó anteriormente vivir con VIH implica muchos cambios en la persona, ya que debe de tener un mayor cuidado con su salud por el resto de sus vidas, la persona entrevistada comentó al respecto lo siguiente:

Si tu carga viral se hace detectable pues es más probable que ataquen enfermedades oportunistas, que se llegue a la etapa del SIDA

o a otras etapas y que ahí si se vea muy afectada la persona y que tenga que hacer ciertos procesos de duelo de acuerdo a lo que va a dejar (Ent.2 A).

Por este motivo muchas personas que enfrentan este diagnóstico suelen entrar en conflicto, causando el duelo, que está relacionado con *“soltar”* la vida que llevaban antes de contraer el virus. A partir de entonces la persona se tiene empieza a vivir de una forma diferente, según la entrevistada, son estos cambios los que causan que el individuo entre en un proceso de duelo, ya que se ve rebasados por los mismos y necesita acoplarse a ellos:

Su autoimagen cambia, así como la forma en la que se relaciona con los demás, es un proceso de duelo en el sentido de todo lo que tienen que dejar, hábitos de vida, relaciones, de situaciones este... hasta de su misma identidad, es como un proceso de verte de otra manera, como un proceso de *“re significación”* porque cambian los significados, cambian las implicaciones, cambia como tú concibes al virus (Ent.2 A).

El sujeto debe de aceptar que ya no es quién fue antes del diagnóstico; como en todo duelo hay un antes y un después, nada va a volver a ser como lo fue antes del VIH *“es vivir una condición de por vida, es tomar medicamento de por vida y es apegarte pues a otras prácticas”* (Ent.2 A).

Otro motivo por el que la persona pasa por un proceso de duelo se debe a que vivir con una condición como el VIH también significa *“vivir con un estigma y una discriminación”* (Ent.2 A) debido a que este virus está asociado a prácticas sexuales riesgosas como la prostitución, el no usar preservativos y el mantener más de una pareja sexual, además de que sigue considerándose una enfermedad de homosexuales, lo cual tiene otra connotación social. *“Si yo te digo que tengo VIH tú vas a pensar que tengo muchas relaciones sexuales, o que ¿con quién andaba mi esposo?, o que soy homosexual, o que soy lesbiana o que soy lo que sea”* (Ent.2 A). Así mismo, otro factor importante en esta estigmatización es que la población que suele ser más vulnerable está conformada por minorías: homosexuales, personas en condiciones de pobreza, migrantes, trabajadores

sexuales, etc. *“Pasa con poblaciones muy pobres o... con mujeres migrantes, que es una población muy vulnerable, también. Por ejemplo, yo conocí a una este... que, pues estaba en situaciones muy, muy vulnerables y pues imagínate, los migrantes son otra población clave, ¿cómo te cuidas?, ¿cómo consigues un condón?”* (Ent.2 A).

Es innegable que existe una estigmatización de la enfermedad y, debido a la misma, la persona puede llegar a presentar otro sentimiento que, al igual que el miedo, también es común en un proceso de duelo: la culpa. *“El VIH está muy asociado a la culpa, a la vergüenza porque es una condición que, como está relacionada a lo sexual, por eso está tan, tan estigmatizada”* (Ent.2 A).

Esta culpa se puede ver acrecentada dependiendo de la historia de vida, del contexto, la cultura o del momento que esté pasando cada persona:

Si una mujer heterosexual tiene el virus y le dicen -tienes el virus- y está embarazada... Pues no manches, en ese momento... Se le viene el mundo encima y en ese momento el proceso es como muy difícil. [...] La implicación moral de lo que debí haber hecho, lo que no debí haber hecho... es muy...muy fuerte y se vive de diferente manera, se dicen -ay es que yo soy culpable-, -yo me lo busqué- a una condición de diabetes o de cáncer, de otra enfermedad que tú digas -ah esto me llegó- ¿no? (Ent.2 A).

Durante la entrevista se mencionó otra causa por la que la persona puede llegar a pasar por un proceso de duelo: el sentimiento de culpa; ya que esta suele surgir como consecuencia a las implicaciones que tiene esta enfermedad, pero también tiene que ver el hecho de si la persona llegó a propagar el virus:

También se pueden sentir muy culpables de haber sido los que transmitieron...los que... que infectaron a su mujer o a otras o a otros y yo creo que también, pues si se siente la culpa, pero depende del hombre, ¿no? Hay muchos hombres que tienen a hijos y que sienten mucha culpa, ¿eh? Y otros que nada, sin culpa y es algo que pasa en el VIH también y, en las mujeres sí creo que está más introyectada la culpa, por la misma situación de género que hemos vivido, ¿no? Entonces, este... las mujeres pues yo creo que hay mucho resentimiento si fue... si fue su esposo, pero también buscando en otro lado pues es la culpa, tremenda. O bueno, yo he

visto así ¿no? Que en mi experiencia hay mujeres que se...se infectaron con otra relación sexual y se sienten muy culpables. Incluso aunque haya sido una violación. Sienten que ellas tuvieron la culpa, o que ellas propiciaron algo (Ent.2 A).

Todos estos sentimientos son componentes indispensables para el proceso de duelo, en el cuál la persona enfrentará su condición como seropositiva, *“les sirve para cerrar, para aceptar la enfermedad”* (Ent.2 A). Es un periodo de ajuste, de re significación en el cuál el individuo tendrá que ir enfrentándose a nuevas facetas de su vida, de su contexto y de su condición.

Es preciso comprender que el duelo causa dolor debido no sólo al hecho de la pérdida, sino a que la persona se ve obligada a enfrentar una situación traumática que requiere tolerar este sufrimiento e ir atravesando cada una de las tareas (o etapas) que el duelo va presentando. *“Cada etapa presenta unas necesidades que representan oportunidades de asimilación y crecimiento, o de fragmentación y desintegración si no son atendidas”* (Payás Puigarnau, 2010, pág. 225). En cuyo caso la persona podría verse en alguna situación vulnerable en la que podría llegar a desarrollar enfermedades psicológicas como la depresión, la dependencia de sustancias tóxicas (drogas, alcohol), ideaciones o tendencias autodestructivas (intento de suicidio, trastornos alimenticios, autolesiones), entre otras. También podría causar que el sujeto niegue su enfermedad, causando que el virus se propague en su cuerpo (en el caso de no seguir un tratamiento antirretroviral) o que llegue a contagiar el virus a otros individuos (al mantener relaciones sexuales sin protección, no tener los cuidados necesarios en el parto –si es una mujer embarazada- o utilizar jeringas infectadas).

El duelo, entonces, podría convertirse en un factor que influya en las malas elecciones de quienes viven con VIH, debido a que se encuentran en un estado vulnerable de salud y, sino tienen el cuidado debido, el virus podría avanzar y causar la muerte de los individuos.

Indagar sobre el proceso psicoterapéutico para el manejo del duelo que viven las personas diagnosticadas con VIH es necesario debido a la poca información que existe sobre el tema; la mayoría de los estudios se centran en el duelo que implica la muerte, ya sea la posibilidad de morir de la persona o la muerte de algún ser querido, pero no hablan sobre el duelo que involucra el vivir con una enfermedad como el VIH. Incluso, existen pocos

documentos sobre el duelo por la pérdida de salud, sea de una enfermedad estigmatizante o no. Por ello, se plantea este proyecto de investigación.

Objetivo

Generar conocimiento acerca del proceso psicoterapéutico de personas que acaban de ser diagnosticadas con el virus de inmunodeficiencia humana y están pasando por un proceso de duelo.

Preguntas de investigación

La pregunta general que la investigación va a responder es:

¿Cómo es el proceso psicoterapéutico del duelo en pacientes que se han enterado que tienen VIH?

Esta pregunta general desagrega en otras particulares:

- ¿Cuáles son los enfoques teóricos que utilizan los terapeutas?
- ¿Cuáles son las técnicas utilizadas por los terapeutas para abordar el duelo?
- ¿Qué dificultades encuentran los terapeutas al trabajar con estos pacientes?
- ¿Cómo vive el psicoterapeuta el proceso de acompañamiento a personas que pasan por un proceso de duelo debido a la pérdida de salud en el contexto del VIH?
- ¿Tiene algún impacto en los terapeutas el trabajar con la pérdida? ¿Cuál (es)?
- ¿Cómo es el impacto que tiene en los terapeutas el trabajar con personas que viven con VIH?
- ¿Cuál es la duración aproximada del acompañamiento terapéutico del proceso del duelo debido a la pérdida de salud en el contexto del VIH?
- ¿Qué otros profesionales intervienen en el proceso de acompañamiento de duelo?
- ¿Qué otras pérdidas están asociadas al proceso de duelo además de la pérdida de la salud en el contexto del VIH?

Marco Teórico: El proceso psicoterapéutico del duelo

El duelo es un proceso de adaptación emocional ante una pérdida, dependiendo de cada caso y de las circunstancias de dicha pérdida será la forma en que la persona afrontará el duelo por el que está pasando. *“La vida de las personas está ligada a una serie de pérdidas, y la manera de enfrentarlas forma parte de la estructuración de la personalidad”* (Campo, 2012, pág. 19). Este proceso implica componentes fisiológicos, psicológicos y sociales. En el caso de los componentes sociales se refiere a la forma en que el individuo se desenvuelva en el mundo, la ayuda que recibe de su comunidad, familia, amigos, etc., así como la forma en que la sociedad perciba el duelo por el que está pasando el sujeto. Los componentes psicológicos son, como afirma Campo, la estructura de la personalidad de la persona, así como su auto concepto y su salud mental. Por último, los componentes fisiológicos implican la salud de la persona, si esta tiene alguna necesidad especial o alguna herida.

Pasar por una pérdida es de por sí una situación difícil para cualquier persona, sin importar de qué tipo de pérdida se trate; sin embargo, existen algunos factores que pueden favorecer o complicar que la persona viva este proceso. Campo (2012, pág. 21) menciona que algunos de estos factores son:

- Condición social: Se refiere al estilo de vida que tiene el sujeto, así como a su red de apoyo.
- Creencias y cultura: Son aquellas ideas y opiniones personales y sociales que se tienen acerca de la situación por la que está pasando la persona afectada.
- Circunstancia económica: Hace alusión a si la persona cuenta con los medios materiales necesarios para salir adelante o no.
- Auto concepto: Implica la opinión que tenga el sujeto sobre sí mismo y sobre la situación que atraviesa, así como su personalidad y capacidades.
- Experiencias: Se refiere a las situaciones pasadas de la persona, al hecho de que ya haya enfrentado una situación similar o que tenga conocimiento de la misma.
- Oportunidades: Son aquellas circunstancias favorables que van apareciendo en la vida de la persona y que le permiten enfrentar la situación de una mejor manera.

Dependiendo de los factores que se le presenten al sujeto, será la forma en la cual su proceso de duelo se verá afectado o favorecido.

Etapas del duelo

El duelo, al ser un proceso, está compuesto por etapas que la persona va atravesando hasta lograr superar la situación por la que está pasando. Worden (1997) menciona que, por lo general, en todos los duelos existen cuatro etapas:

Periodo de insensibilidad. En esta etapa la persona finge que la pérdida no tiene ningún efecto en su vida, esto se debe a que se rehúsa a sentir el dolor que le podría significar la situación por la que está pasando. Cabe mencionar que esta insensibilidad es inconsciente y surge como una forma de adaptación a su nueva realidad. También suele ser conocida como fase de negación.

Anhelo. Esta etapa se refiere al deseo que tiene la persona por que las cosas vuelvan a ser como eran antes de la pérdida. Otros autores suelen llamar a esta etapa ira, pues se caracteriza por un profundo sentimiento de enojo hacia la situación actual.

Desorganización y desesperanza. Es el momento en el cual a la persona le resulta difícil adaptarse a su condición actual, no sabe cómo enfrentar los cambios que la pérdida supone lo cual le causa una gran angustia, tristeza y desesperación.

Conducta reorganizada. También conocida como aceptación, en esta etapa el sujeto reconoce la situación que está viviendo y comienza a adaptarse a la misma. La persona poco a poco va aprendiendo a vivir a pesar de la pérdida, adaptándose a los nuevos retos que se le presentan en este momento de su vida.

En el caso del VIH, Díaz Camarena (1997, pág. 34) habla sobre un duelo que, si bien es parecido al que viven todas las personas, cuenta con características propias:

Negación. En las personas que viven con VIH esta fase suele manifestarse como la poca o nula aceptación de su enfermedad, ya que la persona afirma que se encuentra bien y que no se ha infectado del virus. Esta etapa comúnmente se presenta después de haber recibido un diagnóstico positivo.

Estructuración. En esta fase la persona comienza a aceptar que el VIH está presente en su organismo; esta aceptación suele ser acompañada por angustia. La persona intenta reorganizar su vida, ya que deberá de hacer algunos cambios para evitar que la

enfermedad se propague, poco a poco se va tomando conciencia de lo que significa vivir con este virus.

Deterioro de la autoestima y la autoimagen. Esta fase se encuentra relacionada con el estigma social e histórico que tiene el VIH. Además, al iniciar con el tratamiento antirretroviral es común que la persona tenga reacciones secundarias, que podrían afectar tanto su físico como su estado de ánimo. Por ello, en esta etapa es común que la persona entre (o vuelva) a la fase de negación.

Auto destructividad. Como su nombre lo indica, en esa fase la persona manifiesta agresión hacia sí misma, además de depresión, angustia y enojo. El sujeto busca la resolución del conflicto a partir de conductas violentas hacia sí mismo como consecuencia de no poder salir de su situación de VIH. En esta etapa la persona puede llegar a tener conductas o ideas suicidas.

Vengatividad. Esta fase es parecida a la anterior, sin embargo, en este caso la agresión es dirigida a terceras personas. Quienes pasan por esta fase suelen estar muy enojados por su situación y buscan responsables en el exterior, como la persona que los contagió, aunque puede culpar incluso a sus seres queridos o a desconocidos. En algunas ocasiones, el sujeto busca contagiar a otros como una forma de aliviar su sufrimiento.

Pacto o negociación. La persona comienza a enfrentar el conflicto en esta fase, siguiendo el tratamiento antirretroviral, acudiendo a consultas y a terapia, buscando ayuda en instituciones y en sus seres queridos, cuidando de su salud, etcétera. La aceptación de la realidad alcanza su máximo nivel en esta etapa.

En ambos casos, cada una de las fases puede variar de persona en persona, no necesariamente tiene que pasar por cada una para afirmar que se encuentra en un proceso de duelo. Además, el orden de las mismas también puede ser alterado.

Así como las fases de duelo son diferentes entre sí y varían dependiendo del sujeto que lo está enfrentando, dicho proceso también es diferente conforme a las características que presente. Meza et. al (2008, pág.30) sugiere que existen cuatro tipos de duelo diferentes:

Duelo patológico: También llamado duelo complicado es, como su nombre lo indica, aquel que provoca conductas des adaptativas en el sujeto, el dolor de la persona es

sumamente intenso y puede llegar a presentar cuadros de depresión o algún otro trastorno psicológico. La persona que sufre este tipo de duelo deberá de ser acompañada por un profesional.

Duelo anticipado: Este duelo surge cuando la persona ya sabe lo que le espera en un futuro, suele ser común en los sujetos que reciben un diagnóstico de una enfermedad incurable. Se trata de la adaptación a la situación que está viviendo el sujeto, ayuda a que este pueda ir poniendo en orden los asuntos pertinentes a la pérdida y a que los otros puedan ir asimilando la misma.

Pre duelo: Surge cuando la persona está tan afectada por la enfermedad que es *“como si estuviera muerta en vida”*, la enfermedad está sumamente avanzada que ya no hay vuelta atrás y la pérdida es inminente. En estos casos la persona ya sólo está a la espera de que su vida termine pues ya está resignada a que esto ocurra e incluso, en algunos casos en los cuales la enfermedad es dolorosa, espera la muerte con ansias.

Duelo inhibido o negado: Como su nombre lo indica, es aquel duelo que no es aceptado por la persona que vive la pérdida, ya que actúa como si esta no hubiese ocurrido. Esto se debe a que dicha pérdida le causa mucho dolor y no le es posible adaptarse a esta.

Duelo crónico: Este duelo se caracteriza por ser prolongado, la persona puede seguir en el proceso por años e incluso por el resto de su vida debido a que le cuesta demasiado trabajo elaborar la pérdida.

Según Campo (2012) la pérdida y el duelo están interrelacionadas, pues sin una pérdida no habría proceso de duelo. La pérdida es la situación de privación de *“personas, cosas o representaciones mentales, que pone en marcha reacciones afectivo-cognitivo-conductuales y, en términos generales, los procesos de duelo”* (Tizón, 2004 citado por Campo, 2012, pág. 45). Dependiendo de la situación por la cual esté pasando el sujeto será el tipo de pérdida que sufre; Campo (2012, pág. 48-56) menciona que algunas de las pérdidas que suelen estar interrelacionadas con el proceso de duelo son las siguientes:

Pérdidas relacionales: es la pérdida de una persona con la cual tienes algún tipo de relación, estas pueden deberse a la muerte, separaciones, divorcio, privación afectiva, etc.

Pérdidas intrapersonales: se refiere a la pérdida de una parte de la persona; por ejemplo, la pérdida de la salud debido a enfermedades limitantes o crónicas, de algún órgano o miembro del cuerpo, de las capacidades cognitivas, de la belleza o fortaleza física, etc.

Pérdidas materiales: alude a la pérdida de posesiones de la persona o de su estatus social.

Pérdidas evolutivas: son las pérdidas que tiene la persona dependiendo de la etapa de desarrollo por la cual esté pasando.

El papel de la psicoterapia en el duelo

El duelo puede ser un proceso sumamente doloroso para la persona que está pasando por este, ya que el sufrimiento por la pérdida puede llegar a incapacitar a la persona, hacerla sentir miserable e, incluso, a desencadenar emociones tan fuertes como la depresión e ideaciones suicidas. En muchas ocasiones las personas que pasan por un proceso de duelo sienten que no tienen a alguien con quien hablar sobre todos los sentimientos y circunstancias que los abruman en ese momento de sus vidas, ya que sienten que no tienen las herramientas necesarias para afrontar los cambios que surgen en su día a día. Sobre todo, al contraer una enfermedad que implica un rechazo social y la probabilidad de morir si no se tiene el cuidado debido será necesario que el paciente cuente con ayuda profesional, que pueda hablar con alguien que no lo juzgará por vivir con VIH y que le ayudará a encontrar en sí misma las herramientas necesarias para salir adelante a pesar de la nueva situación que se le presentó. Es ahí donde entra el papel del psicoterapeuta.

El término psicoterapia se refiere a un:

Proceso interpersonal, consciente y planificado, orientado a influir entre los trastornos del comportamiento y las situaciones de sufrimiento con medios puramente psicológicos, por lo general verbales, pero también no verbales, con miras a una finalidad elaborada en común, que puede ser la reducción de los síntomas o la modificación de la estructura de la personalidad, por medio de técnicas que difieren según la orientación teórica a la que se remontan (Galimberti, 2002, pág. 926).

Es decir, la psicoterapia consiste en intervenir ante aquellas actitudes, conductas o pensamientos que el paciente o cliente considere problemáticos o que le causen

sufrimiento o malestar. En este caso, ayudará a la persona a aceptar la situación por la que está pasando y a buscarle una solución a la problemática, la cuál sería el proceso del duelo por el que está pasando en consecuencia a un diagnóstico de VIH.

El proceso del duelo suele ser un problema que atraviesan varios individuos que viven con este virus. La mayoría de las veces como consecuencia a los estigmas sociales y a la falta de información que se tiene respecto a la enfermedad se crean ideas erróneas, en las que la persona diagnosticada mira al VIH como un sinónimo de muerte.

La persona que pasa por esta situación puede llegar a presentar distintas emociones difíciles y que le causan un gran sufrimiento. Sin embargo, cuando el sujeto cuenta con una red de apoyo y de información le resulta más sencillo pasar por esta situación y aprender a aceptar su enfermedad y a salir adelante a pesar de los problemas con los que se pueda llegar a topar.

[...] el duelo aparece como una respuesta natural del ser humano [...] La mayoría de los que han vivido un duelo importante en sus vidas, pese al intenso sufrimiento, con el tiempo y la ayuda de familiares y amigos son capaces de sobrevivir y adaptarse a la nueva situación [...] Sin embargo, [...] hay un porcentaje de personas afectadas para las que la experiencia es mucho más compleja, pues no son capaces de reorganizar su vida a pesar del tiempo transcurrido, ni de sobreponerse al intenso dolor, y acaban con problemas de salud y psicológicos (Payás Puigarnau, 2010, pág. 19).

Es necesario que las personas que se encuentran ante esta última situación, ante un desajuste emocional que les resulta insuperable reciban ayuda profesional para salir adelante. La psicoterapia *“sirve para cerrar, para aceptar la enfermedad, de una forma le vas a mostrar al paciente, [...] como generar estrategias o herramientas para seguir el tratamiento y pueda diseñar y seguir un nuevo proyecto de vida”* (Ent.2 A).

Otra de las razones por las cuales es conveniente utilizar la psicoterapia con pacientes que viven con VIH y atraviesan un proceso de duelo es debido a los efectos positivos que tiene sobre la farmacoterapia. Retamal (2003) menciona que *“la psicoterapia puede tener un impacto favorable en la adherencia al tratamiento farmacológico”* (pág. 291). Este aspecto es sumamente importante para el tratamiento a personas con VIH debido a que, de no

seguirlo, el virus se propagaría por el organismo de la persona, causando no sólo que puedan afectarla enfermedades oportunistas, sino que desarrolle el síndrome de inmunodeficiencia adquirida e incluso ocasionar la muerte del individuo. Por ello, es necesario que exista un grupo interdisciplinario que se haga cargo de las personas que viven con esta enfermedad, ya que estas no podrán salir adelante si no cuentan con la ayuda necesaria en cada uno de los campos que afecta el virus. Al respecto de la importancia de la psicoterapia en estos casos, la psicóloga entrevistada comenta lo siguiente: *“Una persona no va a salir adelante de esta situación sin terapia. Yo digo que estas personas necesitan un psicólogo de cabecera, nutriólogo de cabecera y doctor de cabecera para poder seguir el tratamiento”* (Ent.2 A).

Para que esto sea posible, el profesional que trabaje con personas que viven con VIH tiene que tener características específicas, Díaz Camarena (1997, pág. 72) menciona que una de ellas es encontrar un ambiente adecuado, en el que la persona se sienta cómoda para hablar sobre sus problemáticas; aceptar a la otra persona también es sumamente importante, pues permitirá que la persona se sienta cómoda y no se sienta juzgada por el otro, por lo cual también es muy importante que exista empatía y que el profesional trate a la persona que vive con VIH no como un enfermo, sino como a una persona necesitada de ayuda y comprensión, como a un igual. Para que esto suceda, es necesario que se le ponga mucha atención al discurso del individuo y que no se le interrumpa.

Por otro lado, Díaz Camarena (1997, pág. 72) también menciona algunas técnicas de afrontamiento que pueden llegar a ser necesarias en el caso de que la persona que vive con VIH se encuentre en el proceso de duelo, éstas implican ayudar a la persona a tratar de controlar sus emociones y sentimientos, aceptándolos, expresándolos de forma asertiva y dejándolos fluir, enfocando sus problemas en metas de corto, mediano y largo plazo, con el propósito de enfrentarlos de forma tranquila. Ayudar a que la persona ponga atención en su salud ya que, al tener un virus que destruye al sistema inmunológico, será necesario que tenga un estilo de vida más saludable y tenga mayores cuidados con su cuerpo y su salud; como tener una mejor alimentación, descansar adecuadamente, tener apego al tratamiento antirretroviral y hacer ejercicio, así como evitar actividades y sustancias nocivas para la salud. Díaz Camarena explica que estas técnicas pueden ser utilizadas por cualquier persona que tenga contacto con alguien que viva con esta enfermedad y que, como consecuencia, se encuentre viviendo un duelo. No obstante,

existen diferentes enfoques terapéuticos que se encargan de trabajar de forma especializada con quienes viven este proceso; cada uno de los enfoques aborda el duelo desde un punto de vista diferente, buscando encontrar la mejor manera posible de resolverlo y de beneficiar al consultante.

Enfoques psicoterapéuticos que abordan el proceso de duelo

La forma de intervención en la psicoterapia dependerá del enfoque que esta tenga, así como de su marco teórico *“pudiéndose intervenir desde distintas perspectivas para conseguir efectos favorables”* (Balarezo, 2015, pág. 205). Boscolo y Bertrando (2000) afirman que al brindar una intervención terapéutica *“se deben evaluar las variables individuales relativas al cliente y al terapeuta, además de las relativas al diagnóstico del cliente y a la teoría y experiencia del terapeuta”* (pág.70). Cada enfoque psicoterapéutico tiene características particulares que lo distinguen de los otros; el psicoanálisis hace una *“distinción entre normalidad y patología”* (pág. 73), en humanismo la diferencia radica en el *“estado de bienestar y sufrimiento”* (pág. 73) y en la teoría sistémica se menciona un *“problema y un no problema”* (pág. 74). Cada uno de los enfoques psicoterapéuticos brinda algo diferente al tratamiento del duelo, su forma de intervención dependerá de cómo conciben a la persona, al sufrimiento y a sus conceptos de duelo y pérdida; en este caso se observarán los principales enfoques psicológicos: el psicoanálisis, el humanismo, la terapia cognitiva-conductual y la terapia sistémica.

Psicoanálisis

El psicoanálisis es una disciplina creada por Sigmund Freud a finales del siglo XIX y principios del XX, la cual *“pretende la investigación de las causas de ciertos trastornos psicológicos y su tratamiento”* en base a las hipótesis de Freud.

Para el psicoanálisis una parte indispensable que constituye al ser humano es el aparato psíquico, el cual se compone por el inconsciente, el preconscious y el consciente. Así como por la segunda tópica compuesta por el ello (polo pulsional de la personalidad), por el yo (encargado de resolver los conflictos con lo reprimido y con la realidad) y por el superyó (censor o juez). Así el sujeto psíquico se constituye en la tensión que se establece en una doble polaridad; por una parte, la biología y por otra, la cultura, la persona siempre está formada por ambas y estas rigen en su vida todo el tiempo. Además, hay un tercer

eje llamado pensamiento, el cual ayuda a encontrar la solución a los problemas que plantean la biología y la cultura, y un cuarto eje, el cual es la realidad exterior de la persona, su contexto (Laplanche & Pontalis 1996, pág. 443). Por ende, al ser tan importante la cultura y el contexto para la persona, estas pueden llegar a influir (de forma negativa o positiva) en la forma en la que el sujeto enfrente su proceso de duelo.

Freud y Breuer (1893) afirman que todas las vivencias están conformadas por dos partes: afecto y representación, si esa representación con su afecto no es descargada, genera un motivo de conflicto o, en este caso, el duelo. Freud (1967) menciona que el duelo es una consecuencia ante la pérdida de un ser querido o de la privación de la libertad, al separarse de un objeto, lugar, etc. Así mismo, comenta que el duelo no suele ser patológico, por lo cual no es necesario un tratamiento médico; ya que este proceso suele ser superado de forma natural con el paso del tiempo. Por otro lado, Freud afirma que la melancolía es un proceso patológico, pues cuenta con un cuadro que la diferencia del duelo; este cuadro es la perturbación del sentimiento del sí, en el cual la persona se siente insignificante, indigna e incapaz de enfrentar su realidad. Macías (2003) comenta que para superar el proceso de duelo es necesario desligar los sentimientos de amor-odio y culpa; lo cual podrá lograrse al buscarle un significado a la pérdida ocurrida (pág. 42), pues *“el mundo simbólico del sujeto vacila”* (Macías, 2003, pág. 44), la realidad de la persona cambia y el sujeto se ve obligado a la renuncia de su objeto de deseo; es esta renuncia la que provoca que la persona viva el proceso de duelo o, en el caso de ser muy intensa, la melancolía. *“Los seres humanos enferman cuando, a consecuencia de obstáculos externos, se les niega la satisfacción de sus necesidades”* (Freud S., 1910a pág. 188).

Para lograr trabajar con personas que están pasando por este proceso existen varias técnicas que ayudan a abordar la situación. Por un lado, Kriz (2007) menciona que el psicoterapeuta debe de mantener una alianza con el yo del paciente, pues este se encuentra debilitado por el ello y el súper yo. Esto se consigue cuando la persona exterioriza *“todo lo que se le vaya ocurriendo, no importa si le parece trivial, insensato o penoso”* (pág. 67), al exteriorizar esto, el paciente le dará mayor valor a su yo y le resultará menos doloroso enfrentarse con su pérdida con ayuda del psicoterapeuta, este debe de ser extremadamente empático y debe de brindarle a la persona un ambiente de confianza en el cual pueda contar todo lo que se le venga a la mente, sin sentirse juzgado a pesar de

que *“los contenidos se refieran a la situación terapéutica misma, a vivencias del pasado o a temores para el futuro”* (Kriz, 2007, pág. 67).

Por otra parte, Klein (1940) afirma que es necesario tener en cuenta el juicio de realidad. Cuando la persona pierde al objeto de su duelo (en este caso su salud), *“tiene una gran importancia la naturaleza fantaseada de su mundo interno”* (pág. 281). Por ende, es necesario centrar a la persona en su realidad. *“La extensión en la que la realidad externa es capaz de refutar ansiedades y penas en relación con la realidad interna varía en cada individuo”* (Klein, 1940, pág. 281). Para lograrlo sería necesario hacerle ver a la persona la situación que está viviendo desde una perspectiva diferente, dejando de lado las ideas idealizadas de su objeto perdido y observando a dicho objeto de una manera realista.

Esta fase del desarrollo de la unificación de los objetos externos e internos, amados y odiados, reales e imaginarios, se lleva a cabo en tal forma que cada paso hacia la unificación conduce otra vez a una renovada disociación de los *imagos*. Pero como la adaptación al mundo externo aumenta, esta disociación se realiza en planos cada vez más cercanos a la realidad [...] hasta llegar a la misma (Klein, 1940, pág. 284).

Cuando la persona acepta que su objeto perdido nunca fue perfecto y puede centrarse en lo que acontece actualmente en su vida *“el sujeto en duelo siente más poderosamente que la vida externa y la interna seguirán existiendo a pesar de todo”* (Klein, 1940, pág. 293). Logrando así superar el proceso de duelo.

Humanismo

La teoría humanista afirma que todos los seres vivos tienen una tendencia innata hacia la actualización, para intentar ser lo mejor que puedan llegar a ser. Esta tendencia varía dependiendo de cada sujeto, de las habilidades que desarrolle, de sus herramientas y de su entorno. Con esta tendencia actualizante, el ser humano tiene dentro de sí, la capacidad de llegar a ser él mismo, aceptarse tal como es y cambiar aquellos aspectos que desee. *“La meta que persigue a sabiendas o inconscientemente, es llegar a ser él mismo”* (Rogers, 1961, p. 104). El individuo se cuestiona acerca de sí mismo, poco a poco se va enfrentando a contradicciones y a diferentes aspectos de su experiencia, descubre elementos que antes desconocía. Éste descubrimiento puede llegar a ser doloroso para la

persona, experimentando de manera profunda aquello que había estado oculto en su interior, paulatinamente va siendo más consciente de lo que no reconocía, cada vez la persona será menos rígida, irá adquiriendo mayor confianza en él mismo.

Al igual que para el psicoanálisis, para el humanismo la cultura es la que influye en el sujeto, ya que éste adquiere una idea de lo que *“debe de ser”* dependiendo de la cultura a la que pertenezca. Cada cultura tiene valores diferentes que, aunque muchas veces son compartidos, no son idénticos; por lo tanto, el individuo perteneciente a una cultura específica tendrá los valores de dicha cultura e intentará llegar al ideal que su cultura le plantea. (Moreira, 2001, p. 58).

Guberman (1998) afirma que, para llevar a cabo una psicoterapia exitosa, el psicoterapeuta debe de conocer los aspectos personales y sociales de su cliente; los cuales abarcan el área de salud, área laboral, área social y área de ocio. Así, será más sencillo llegar a comprender cómo afecta la situación que está viviendo la persona a otras áreas y, también, para conocer la forma en que la persona se desenvuelve en cada aspecto de su vida. También, Guberman menciona que el área de salud es sumamente importante y que pocas veces se le da la importancia debida. Sin embargo, es necesario que los psicoterapeutas tengan conocimiento de la salud de sus clientes pues *“la psiquis se sostiene sobre un cuerpo; que, si éste está mal alimentado, mal descansado o intoxicado, repercutirá sobre ella”* (pág. 21).

En el caso de los pacientes que pasan por un proceso de duelo es sumamente importante poner atención en las áreas antes mencionadas, pues este *“se presenta como un proceso para equilibrar la interacción del ser humano con su entorno en la medida en que se busca armonizar su condición de vida frente a la pérdida del ser querido”* (Pérez y Atehortua, 2016, pág. 2). Es un proceso influido por las creencias y la cultura de cada persona y, si bien cada sujeto lo vive de una forma diferente, todos necesitan del apoyo de un tercero para lograr superarlo. Sin embargo, esta pérdida *“influirá en las diferentes dimensiones de la vida personal, estas son: psicológica, física, social y espiritual”* (Pérez y Atehortua, 2016 citando a Kübler-Ross), Por ello, la persona necesitará atender dichos aspectos, uno por uno, para superar su pérdida. Por otro lado, Frankl (1991) menciona que, para encontrar su sentido de vida, el sujeto debe aceptar y afrontar el sufrimiento por el cual está pasando, ya que nadie más podrá hacerlo por él. El autor afirma que una vez que la persona logre aceptar su pérdida podrá superar el sufrimiento que esta le causa. Rogers

(1961) comparte esta idea, ya que afirma que, debido a que la realidad es la experiencia del sujeto, este debe de *“aceptar los hechos tal y como son sin distorsionarlos”* (Rogers, 1961, p. 110) para superar los problemas que surjan en su vida.

Pérez y Atehortua (2016) mencionan algunas técnicas útiles para trabajar el duelo. En primer lugar, hablan de explicarle al cliente que está pasando por una crisis, pero que ésta es sólo momentánea y que le generará un crecimiento personal. A esta técnica le llaman *“asignarle un nombre a la vivencia”*. Otra técnica es la reflexión e introspección, que consiste en que el paciente se dé cuenta de lo que está viviendo, que reconozca los sentimientos que se le presenten y los acepte a pesar de que puedan ser dolorosos. También es importante que la persona cuente con redes de apoyo; si la persona aún no quiere dar a conocer su diagnóstico de VIH a familiares o amigos o estos lo han rechazado por su enfermedad, es importante que se acerque a instituciones que apoyan a personas que viven con VIH, para que lo acompañen y le informen de qué se trata este virus, qué efectos tiene, etcétera. Otro aspecto importante es ayudarle al cliente a reconocer sus recursos, que se dé cuenta de sus habilidades y potencialidades y los utilice para salir delante de la situación por la que está pasando. *“Se sugiere ser relevante en las emociones y sentimientos del presente para que surja el proceso de aceptación”* (Pérez y Atehortua, 2016, pág. 5), si la persona sólo piensa en su vida pasada no logrará aceptar la pérdida que vivió y si, por el contrario, no puede dejar de pensar en su futuro podría crearle ansiedad y temor. En cambio, si vive en el presente le resultará más sencillo atravesar cada situación que se le presente conforme esta surja en vez de adelantarse a los hechos o añorar algo que ya no es. Por último, Pérez y Atehortua (2016, pág.8) afirman que:

Para ayudar a afrontar el duelo se sugiere tener en cuenta las creencias del cliente relacionadas a su problema, su capacidad de afrontamiento, su red de apoyo, un adecuado vínculo con el paciente y las estrategias apropiadas para una intervención eficaz. Adicionalmente, se considera importante tener presentes las dimensiones del *“sí mismo”* como la conciencia de sí, el agente que interactúa con el mundo y el medio social y el auto concepto para evitar el sufrimiento.

Al conocer al cliente, su contexto y sus creencias será más sencillo para el psicoterapeuta acompañar a la persona en su proceso de duelo de una manera más humana y menos dolorosa.

Terapia Sistémica

Para la teoría sistémica, cada individuo forma parte de un sistema, mientras que, a la vez, es por sí mismo un sub-sistema. Debido a esto las acciones de los individuos están regidas por las características del sistema en el que se desenvuelven, es decir, mediante sus interacciones con los sistemas de los que forma parte se van autogenerando, creando nuevas representaciones de sí mismos (Umbarger, 1987). Cuando una persona pasa por una pérdida, el apoyo o rechazo de sus sistemas lo afectará en gran medida; además, el propio sistema se verá afectado ya que este depende de sus miembros.

Soto (2015) menciona que el terapeuta trabaja con la asimilación de realidades; ya que no es posible cambiar la realidad de la persona, aunque sí se pueden cambiar las verdades; por ende, el sujeto en proceso de duelo deberá de resignificar la realidad en la que vive para lograr superar el duelo por el que está pasando.

Rivas et al. (2008) afirma que *“la labor del psicoterapeuta es identificar los símbolos clave”* (pág. 133) así como identificar los nuevos rituales de transición de la persona para adaptarse a la pérdida y ayudarlo a adaptarse a la nueva situación que está viviendo. Los autores mencionan que, para la terapia sistémica, es importante trabajar con terapias breves en el caso de duelos, pues es la persona que está pasando por este proceso quien debe decidir cuánta realidad puede aceptar en cada momento (Rivas et. al, pág. 144).

García Ledesma et al. (2015) afirma que, dentro de la terapia sistémica, *“una propuesta para la intervención en terapia de duelo es el marco narrativo-sistémico, el cual refleja una epistemología de causalidad circular, que contempla a todo el sistema e implica la búsqueda de un reajuste familiar”* es decir, mediante las narraciones de la persona el terapeuta podrá ir enlazando aquellos elementos que la persona pase por alto y que, en el caso del duelo, podrían ayudarlo a vivir este proceso de una forma menos dolorosa. Para lograrlo, García Ledesma et. al. menciona algunas técnicas de la terapia narrativa.

En primer lugar, se encuentra la saturación y externalización del problema. Esta técnica consiste en que la persona diga todo lo que tenga que decir acerca del problema para después, con ayuda del psicoterapeuta, logre separar a su persona de la situación que está viviendo. Esta técnica suele ser muy utilizada pues los clientes tienden a no poder separar sus vivencias de la realidad ni de su propia identidad, observándose a sí mismos como parte del problema.

La siguiente técnica son los recursos literarios, la cual consiste en que tanto psicoterapeuta como paciente escriban y construyan *“el relato que la persona narra al estar en terapia”* (Linares et. al., citados por García Ledesma et. al. 2015) para después externalizar los sentimientos que éste produzca.

Los acontecimientos extraordinarios es otra de las técnicas de la terapia narrativa, esta implica que se revisen situaciones que son diferentes a las usuales, estas pueden ser presentes, pasadas o futuras y ayudan a que la persona caiga en cuenta de que puede cambiar la situación en que está viviendo pues ya lo ha logrado hacer antes o, en el caso de que sea un acontecimiento futuro, ayudarle a pensar una manera de resolver la situación desde otra perspectiva.

Por último, está la técnica que implica *“decir de nuevo hola”*, que comprende afrontar la situación desde otra perspectiva, aceptando que ha habido cambios en la realidad y en la vida de la persona y que la situación no volverá a ser como lo era antes. Pero que, a pesar de ello, se puede construir un nuevo comienzo.

Una vez que el cliente acepte que tanto él como su entorno y sus sistemas familiares han cambiado (como consecuencia a la pérdida que tuvo) terminará su proceso de duelo y podrá comenzar a enfrentar su situación actual de una manera más enriquecedora.

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

Para la terapia cognitivo-conductual el ser humano tiene la capacidad de modificar los supuestos que anteriormente tenía sobre algún hecho, persona, representación, etc. Por otros que le brinden mayor tranquilidad. Así mismo, concibe la realidad como el producto de los significados particulares que crea el sujeto, es decir, cada individuo construye activamente su realidad; a través del procesamiento y sistematización de la información que recibe. En algunas situaciones resulta difícil para la persona que vive un proceso de duelo aceptar la nueva realidad con la que se enfrenta, esto como resultado de procesos internos mediados por lenguaje, instrumentos y el desarrollo histórico-cultural del sujeto (Bornhauser y Wagner, 2012).

Por ello, al trabajar en el proceso de duelo la terapia cognitiva-conductual se centra en diferentes tareas. La primera tarea implica *“aceptar la realidad de la pérdida”* la cual

consiste en *“superar la negación inicial en la que se desenvuelve la persona, que se da para amortiguar el impacto del golpe que supone la realidad a tiempo real y con todas sus consecuencias”* (Romero, 2013, pág. 381). Para ello se realizan actividades que ayuden a la persona a comprender su situación actual, como informarse acerca del tema, realizar ciertos rituales de terminación, etc.

La segunda tarea que plantea Romero (2013) es el *“identificar y expresar sentimientos”*, esto debido a que, al darse cuenta de su realidad la persona comenzará a sentir emociones más intensas, que son normales en el proceso de duelo. *“El asesoramiento va dirigido a encauzar y expresar las emociones, permitir su expresión y normalizarlas”* (pág. 381). Suele hacerse mediante la escritura, el arte, hablar sobre la situación o cualquier otro medio de expresión que le ayude a la persona. Es común que en algunas ocasiones surjan emociones que la persona identifique como negativas, en esos momentos se deberá de utilizar la técnica de reestructuración cognitiva, que implica hablar sobre los pensamientos automáticos negativos que se producen en situaciones que provocan ansiedad o cualquier otro tipo de perturbación emocional y sustituirlos por pensamientos más racionales que no impliquen malestar para la persona.

“Adaptarse al día a día” es la siguiente tarea que implica el duelo desde esta perspectiva. Después de aceptar su realidad y lidiar con los problemas es necesario que la persona aprenda a vivir su nueva vida, para ello la terapia consiste en enseñarle *“a poder resolver problemas y a generar estrategias y herramientas que ayuden a afrontar y responder a las demandas, dándole soluciones adecuadas a las mismas”* (Romero, 2013, pág. 381).

Si estas tareas no funcionan para resolver el duelo, es probable que el consultante esté pasando por un duelo patológico. Romero (2013, pág. 382) afirma que, para superar un duelo patológico, es necesario realizar las siguientes tareas, las cuales se llevarán a cabo en un periodo aproximado de cuatro meses, aunque varía dependiendo del caso: *“Información sobre el duelo, su complicación y la terapia de duelo complicado”* esto le ayudará a la persona a conocer la situación por la que está pasando y a darse cuenta de que es algo normal. Enseguida está *“el uso de registros diarios acerca de las emociones y vivencias de dolor relacionadas con la pérdida”* que permitirán que la persona se dé cuenta de sus sentimientos y trabaje con ellos. Una vez que reconozca y acepte sus emociones, el sujeto deberá de *“implicarse y crear otros significados”* que no le provoquen dolor o malestar. En seguida se deberá de *“facilitar un funcionamiento óptimo*

en las relaciones sociales” esto se logrará al incentivar al consultante a establecer contacto con otras personas de su entorno, personas que pueden darle su apoyo y escucharlo. También *“trabajar en los proyectos y objetivos personales”* y *“visitar lugares y realizar actividades que se han ido evitando”* permitirán que la persona vaya adaptándose a su nueva realidad y pueda ir aceptándola poco a poco, superando el proceso de duelo patológico.

Marco ético

El generar conocimiento es un aspecto fundamental en todos los trabajos de investigación pues suele ser el propósito por el cual se llevan a cabo. Sin embargo, en algunas ocasiones al tratar de que los objetivos de estas investigaciones se cumplan, se pierde el aspecto ético del trabajo. Ruvalcaba Mercado (2008) comenta que la investigación social *“es una actividad legal y honesta en la que se involucra un asunto de ética, una cuestión moral. La restricción radica en que puede ejercerse en tanto no se violen los derechos del grupo que es investigado”* (pág.26). Por ello, cuando se realiza una investigación en la cual se trabajará con temas sensibles o, simplemente, participaran otras personas, es de suma importancia tener muy presente los aspectos éticos que conlleva. Ojeda et. al. (2007) afirman que *“la protección de los intereses y el bienestar es el resguardo de la identidad del sujeto objeto de la investigación”* debido a esto, es necesario que el investigador tenga en cuenta que dicho sujeto *“necesita estar al tanto de los acuerdos generales que comparten los investigadores sobre lo propio y lo impropio al efectuar una indagación científica”* (351).

El investigador deberá de mencionarle a la persona los siguientes aspectos: cuál es el propósito de la investigación, qué información será utilizada en dicho trabajo, así como asegurarle por escrito que sus datos permanecerán en secreto, con el propósito de que no se conozca su identidad. Para ello el investigador deberá de realizar un documento en el cual se les informe a los sujetos que participarán en la investigación, en qué consiste esta, así mismo se deberá indicar qué información será utilizada, con qué propósito y que se utilizarán alias al momento de presentar los datos del individuo. Este documento suele ser llamado *“consentimiento informado”* ya que la persona firma para dar su consentimiento de que se utilice su información en la investigación. Sirve para proteger a ambas partes; por un lado, protege a los sujetos de estudio pues se deja en claro que su identidad será anónima para evitar que terceras personas puedan utilizar su información en su contra.

Por otro lado, también protege al investigador, pues las personas que participan en su investigación no pueden afirmar que no se les informó de lo que iba a suceder pues él tiene un documento firmado por ellos que permite que sus datos sean utilizados, permitiéndole realizar su trabajo y no perder la información que se obtuvo previamente. Es importante que el investigador le deje en claro a los participantes que en cualquier momento pueden desistir de colaborar en la investigación pero que la información que se

recopiló anteriormente seguirá siendo utilizada debido a que se firmó un consentimiento previo. Dicho documento deberá de estar escrito en un lenguaje sencillo y claro para que la persona pueda comprenderlo fácilmente y no surja algún malentendido.

Es importante que la información recopilada siempre sea transcrita al pie de la letra, sin agregar o excluir datos con el propósito de cumplir los objetivos de la investigación o responder adecuadamente las preguntas planteadas; pues esto sería manipular los resultados de la misma. También, es de suma importancia que el investigador tenga en cuenta la responsabilidad social que tiene al realizar su trabajo y que no sólo le importe demostrar una teoría sino también que las personas que formen parte de la investigación se sientan cómodas, que estén en un ambiente agradable y que tanto su información como su persona esté segura.

En este caso, debido a que se trabajará con psicoterapeutas, será importante mantener sus identidades en secreto ya que los clientes con los que trabajan confían en que su información y las anécdotas que han tratado durante su proceso psicoterapéutico son confidenciales. Si bien esto es cierto y no se hablará sobre un caso específico en las entrevistas, si será importante tratar la información con cuidado, utilizar alias y no dar detalles sobre la persona. Sino basarse más en la experiencia, las técnicas terapéuticas y los hallazgos de los psicoterapeutas que en la vida personal de sus clientes.

Taylor y Bogdan (2010) afirman que la relación entre el entrevistador y el entrevistado suele ser unilateral, es decir, que pocas veces el informante obtiene algo más que la satisfacción de ayudar al entrevistador a recolectar información para su investigación. Es por ello que el investigador deberá de *“estar dispuesto a vincularse con los informantes”* (pág.128) es decir, mantener una relación de camaradería con la persona, siempre ser muy cordial y, sobretodo, agradecer su compromiso con la investigación. En el caso de que surjan tensiones entre informante y entrevistador debido a que el primero se cansa de contestar preguntas, se muestre aburrido o se muestre renuente a conversar de ciertos temas, el entrevistador deberá de ser paciente y sensible con la persona y, de ser necesario, hacer una pausa a las entrevistas para hablar de lo que está pasando.

Respecto a los documentos utilizados para crear el marco teórico, siempre será importante en un trabajo investigativo dar crédito a las ideas de otros autores. Para ello será necesario citar adecuadamente los documentos utilizados, y no tomar *“prestadas”* las

ideas de otras personas, ya que esto implicaría plagio. En todo momento se deberá mencionar cuando se aludan ideas de un autor, incluso si se parafrasean y, al final del documento se deberán de registrar las fuentes consultadas para realizar el documento.

Método: investigación interpretativa básica

Existen dos grandes paradigmas, para realizar investigación: el cualitativo y el cuantitativo. Mientras que el paradigma cuantitativo se centra en los datos cuantificables y la estadística de dichos datos, el paradigma cualitativo produce datos descriptivos, es decir, se basa en las historias de las personas, así como en la conducta que el investigador observa que tienen los sujetos de investigación.

Taylor y Bogdan (2010) afirman que la investigación que sigue el paradigma cualitativo debe de cumplir con algunos aspectos importantes: el primero es que la investigación sea inductiva, es decir, que los conceptos sean desarrollados *“partiendo de las pautas de los datos, y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidas”* (pág. 20). Por ello se observaron los datos recopilados por medio de las entrevistas como información relevante, no se tomó en cuenta si la forma en la cual el entrevistado lleva a cabo la terapia es adecuada o se acopla al modelo psicoterapéutico al cual pertenece.

En segundo lugar, el investigador deberá de observar a sus sujetos de estudio por quienes son y por las situaciones que han atravesado y que se encuentran viviendo, no como variables o datos para la investigación. No se observó al entrevistado como un dato más de la investigación, sino como la persona que es, se le dio su lugar en todo momento y se prestó atención a aquellos aspectos que pudieron molestarle. Así mismo, se le entregó una carta en la que brindó su consentimiento para llevar a cabo la investigación.

El tercer aspecto se refiere a que la interacción con los informantes *“debe de ser natural y no intrusiva”* (pág.20) con el propósito de evitar interferir en las actividades que se realizan en la situación que se investiga. Otro aspecto importante es que para el paradigma cualitativo *“es esencial experimentar la realidad tal como otros la experimentan”* (pág.20), es decir, comprender el marco de referencia de los sujetos de investigación. Por último, el investigador deberá de dejar de lado sus ideas y creencias para realizar la investigación, ya que lo importante son las perspectivas de los actores del proceso investigado

Así mismo, el paradigma cualitativo busca comprender el significado de fenómenos sociales *“a través de la descripción y el análisis de los conceptos y razonamientos empleados por las y los sujetos actuantes”* (Taylor y Bogdan, 2010, pág. 154). En este caso,

terapeutas que han tratado casos de personas que viven con VIH y que han pasado por el proceso de duelo en consecuencia de su diagnóstico. Se observó al fenómeno desde su perspectiva y se le comparó con la información literaria que se recopiló con anterioridad con el propósito de comprender el problema.

Para llevar a cabo una investigación dentro de este paradigma, el investigador se vio en la necesidad de suspender o apartar sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones para evitar mermar la información obtenida. Además, deberá de tener en cuenta que *“todas las perspectivas son valiosas”* (Taylor y Bogdan, 2010, pág. 21) pues le brindan una mayor comprensión tanto de la persona a la que está entrevistando como de la situación u objeto que está investigando. Por lo cual deberá de dar un énfasis a la validez a su tema de investigación mediante el contraste entre lo que se ha investigado del tema y lo que realmente sucede en la vida diaria.

Dentro del paradigma cualitativo de investigación existen distintas tradiciones: investigación biográfica, fenomenología, teoría fundamentada, etnografía y estudios de caso (Cresswell, 2007). Otros les llaman diseños o estrategias de investigación, algunos como Teshc (1990 citado por Merriam, 2002) hacen un listado hasta de 45 enfoques cualitativos distintos.

Merriam, (2002), destaca ocho tipos de investigación cualitativa: estudios cualitativos interpretativos básicos, fenomenología, teoría fundamentada, estudios de caso, estudios etnográficos, análisis narrativos, investigación cualitativa crítica e investigación post moderna. Para este estudio se ha elegido el primero, el cual consiste en *“pasar de la codificación a la [...] transformación de los datos codificados en datos significativos”* (Coffey y Atkinson, 2003, pág. 55). Pues se pretende comprender al fenómeno desde la perspectiva de los sujetos que lo viven o que conviven con él.

Este método implica profundizar en los motivos, significados y sentido de las conductas que tienen las personas que viven el fenómeno u objeto a investigar, así como el contexto de este, *“lo cual se logra cuando se interpretan los significados que ellas le dan a su propia conducta y a la conducta de los otros, como también a los objetos que se encuentran en sus ámbitos de convivencia”* (Martínez, 2011, pág. 7). Es decir, este método no busca una explicación sino interpretaciones de la situación o problema. *“Se busca examinar la*

realidad tal como otros la experimentan, a partir de la interpretación de sus propios significados, sentimientos, creencias y valores” (Martínez, 2011, pág. 12).

Selección de los participantes

Álvarez-Gayou (2005, citado por Fernández, 2006) afirma que *“una de las características de la investigación cualitativa es la paradoja de que, aunque muchas veces se estudia a pocas personas, la cantidad de información obtenida es muy grande.”* Por ello, para realizar este estudio se seleccionaron 4 participantes, quienes cumplieron con tres requisitos: ser psicoterapeutas, que hayan asistido a clientes que viven con VIH y estuviesen pasando por el proceso de duelo al momento de asistir a la consulta y que estar especializados en cualquiera de los tres enfoques psicológicos principales (psicoanálisis, psicología humanista o terapia sistémica). A pesar de que cada psicoterapeuta tenga una visión psicoterapéutica diferente no afecta a la investigación, pues el paradigma cualitativo señala que los participantes pueden llegar a tener diferentes perspectivas y conocimientos sobre un mismo fenómeno social y aun así la investigación resultará enriquecedora ya que se podrán comparar las diferentes ideas, formas de trabajo, el tiempo aproximado que dura el proceso terapéutico, técnicas, semejanzas y diferencias entre cada enfoque.

La manera en que se planeó ubicar a los informantes fue a través de las mismas fuentes; es decir, las mismas psicoterapeutas fueron el contacto para conocer a algún otro psicoterapeuta que acepte formar parte de la investigación. Para ello se contactó con una psicoterapeuta con la cual la investigadora ya ha tenido contacto y que ha trabajado con personas que viven con VIH, ella fue quien proporcionó los datos de dos colegas que cumplieron con los requisitos que se mencionaron previamente. Taylor y Bogdan (2010) llaman a esta estrategia de selección *“bola de nieve”* y afirman que, además de ser la técnica más sencilla, ayuda a que el investigador logre tener acceso a escenarios que suelen ser privados o cuya población es limitada (pág. 109). La razón por la cual se eligió esta estrategia de selección es, por una parte, debido al tiempo que se tiene para realizar la investigación; ya que *“una característica de la investigación cualitativa es que se trabaja principalmente con palabras y no con números, y las palabras ocupan más espacio que los números”* (Fernández, 2006, pág.1), lo cual implica varias horas de trabajo para transcribir

las entrevistas. Por otra parte, debido a que los sujetos a investigar son una población específica ya que deben de tener experiencia trabajando con personas que viven con VIH y, además, atender el proceso de duelo.

Recopilación de la información

Para recopilar información cualitativa se utilizan las técnicas de observación y entrevista. En esta investigación se utilizaron solamente entrevistas a profundidad, las cuales recopilaron información acerca de la percepción de las terapeutas hacer del proceso de duelo que viven los consultantes como consecuencia de la pérdida de salud, las técnicas que los psicoterapeutas suelen utilizar para trabajar con esta problemática, la visión que observan que tienen sus clientes respecto al duelo y sus componentes, entre otros datos relevantes.

La entrevista es una técnica cuyo objetivo consiste en captar lo que se encuentra en el interior del entrevistado, sin la coloración ni la distorsión que el entrevistador pueda imprimirle por medio de una serie de preguntas enfocadas en un tema específico. Para ello existen varios tipos de entrevista, uno de ellos es la entrevista cualitativa en profundidad, la cual consiste en *“reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes”* (Taylor y Bogdan, 2010, pág. 101) con el propósito de conocer la perspectiva de estos respecto a un tema específico.

“En los estudios basados en entrevistas a profundidad, los entrevistadores tratan de transmitir una sensación de que están allí y se experimentan directamente los escenarios” (Taylor y Bogdan, 2010, pág. 152). En este caso se realizaron entrevistas con el propósito de recolectar información acerca del papel que tiene la intervención psicoterapéutica en el proceso de duelo que atraviesan las personas con VIH, así como conocer las técnicas utilizadas por los psicoterapeutas para trabajar con esta problemática, los criterios que deben de estar presentes para establecer que una persona está pasando por el duelo, así como aquellos que determinan que ha logrado superar dicho proceso, entre otros factores.

En primer lugar, se formuló una guía de las entrevistas para evitar dejar de lado temas importantes para la investigación y, además, para que las entrevistas no fuesen dispersas y tengan un hilo entre sí. Taylor y Bogdan (2010, pág. 119) mencionan que *“la guía de*

entrevista no es un protocolo estructurado” sino que “se trata de una lista de áreas generales que deben cubrirse con cada informante”. Por lo tanto, cuando a lo largo de las entrevistas surgieron nuevos temas, se decidió que la guía fuese ampliada o revisada a medida que se realizaron entrevistas adicionales con el propósito de recabar mayor información sobre el tema a investigar.

Se llevaron a cabo entre 2 y 3 entrevistas por persona con una duración de aproximadamente 1 o 2 horas, esto con la intención de recabar toda la información posible del tema y que, en el caso de que en alguna de las entrevistas no se hablara de un tema relevante en particular, fuese retomado en la siguiente entrevista. Dichas entrevistas fueron grabadas en audio, para luego ser transcritas y analizadas minuciosamente. Como se mencionó anteriormente, se realizaron entrevistas a profundidad; por ello no sólo se basaron en las preguntas que la investigadora realizó previamente, sino que también se profundizó en los tópicos o casos que fueron surgiendo durante estas. Al hacerlo, se pudo comprender más el tema ya que los entrevistados aportaron mucha más información de la que se pensaba pues *“el sello autenticador de las entrevistas cualitativas en profundidad es el aprendizaje sobre lo que es importante en la mente de sus informados”* (Taylor y Bogdan, 2010, pág. 114).

Con el propósito de mantener la identidad las psicoterapeutas en secreto y para que se sientan lo más cómodas posible se utilizaron *“alias”* y se realizaron las entrevistas en el lugar que ellas eligieron, ya sea en su consultorio, en las instalaciones del ITESO o en un café. Así mismo, se omitieron detalles que pudiesen comprometer la identidad de cada entrevistada.

Para lograr una buena entrevista la entrevistadora procuró mantener en todo momento las siguientes características: la primera de ellas es mostrarse como una persona empática, es decir, que comprenda a los sujetos de investigación, que le importen dichos sujetos por ser ellos y no simplemente por la investigación, aceptarlos como son a pesar de tener ideas o puntos de vista diferentes (Woods, 1989).

Esta investigación buscó conocer la perspectiva del terapeuta sin importar a qué enfoque pertenezca ni qué técnicas utilice, por lo cual no se les impuso que contesten una respuesta específica, sino que tuvieron la libertad de explicar cuál es su trabajo y cuál es su manera de llevarlo a cabo. Taylor y Bogdan (2010) afirman que el investigador debe

permitir que las personas hablen *“sobre sus perspectivas y experiencias sin estructurar la información ni definir lo que aquélla debe de decir”* (pág. 115).

El segundo aspecto sería la curiosidad, la cual define como *“el deseo de saber, [...] de conocer las opiniones y las percepciones que las personas tienen de los hechos”* (Woods, 1989, pág. 79). Lo importante de la investigación es el conocimiento, por ello la opinión de las terapeutas respecto al tema fue sumamente importante, así como el conocer los puntos de vista que tienen sobre el problema, las técnicas que han utilizado en el proceso terapéutico, los cambios que han notado en sus consultantes y, además, los cambios que han tenido ellas como personas, entre otras cuestiones.

La tercera característica es la espontaneidad. Woods (1989) comenta que, en muchas ocasiones, cuando las entrevistas son demasiado serias y estructuradas pueden causar que las personas entrevistadas no se sientan cómodas o no hablen de forma natural sobre la situación que están pasando, que se cohiban. Por ello se llevaron a cabo en un ambiente cómodo y seguro para cada entrevistada y que, además, se trató de que más que entrevistas sean *“[...] un proceso libre, abierto, democrático, bidireccional e informal, y en el que los individuos puedan manifestarse tal como son, sin sentirse atados a papeles predeterminados”* (pág. 82). En consecuencia, las entrevistas se realizaron en el espacio que al terapeuta le pareció más adecuado, pudiendo ser este su consultorio, oficina o cualquier otro lugar que le resultara cómodo y al cuál pudiera llegar con facilidad.

Es importante mencionar que las entrevistas fueron grabadas en audio, esto debido a que permitió a la entrevistadora captar mayor información que si sólo confiara en su memoria (Taylor y Bogdan, 2010) y, de esta manera, se logró transcribir todo lo que se dijo durante dicha entrevista. Así mismo, las entrevistas fueron transcritas lo más pronto posible, pues de esta manera, la entrevistadora pudo recordar aspectos que no se captaron en el audio y que eran importantes para la investigación.

La razón por la cual no se llevó a cabo una observación participante es debido a cuestiones éticas relacionadas a la naturaleza del problema a investigar. Como se mencionó anteriormente, el vivir con una enfermedad como el VIH es algo delicado pues implica estigmas, miedos, rechazo, entre otras cuestiones. Además, debido a una ética profesional, el terapeuta tiene la obligación de mantener la privacidad de sus clientes. Es por ello que se recopiló toda la información por medio de entrevistas.

Estructuración de la agenda o plan de trabajo

Se contactó con la primera psicoterapeuta durante la tercera semana del mes de enero del 2018 y se llevó a cabo la primera entrevista el 13 de febrero del mismo año. Ese mismo día ella presentó a la investigadora con otra psicoterapeuta que cumplía con los requisitos para la investigación. Mientras que la entrevista 2 se realizó el día 17 de abril y la tercera el día 26 del mismo mes, dichas entrevistas tuvieron una duración aproximada de una hora. Con la segunda terapeuta se llevó a cabo la entrevista la siguiente semana, el 20 de febrero. Las siguientes entrevistas se llevaron a cabo el 6 de marzo con la terapeuta 2, con quien se realizaron dos entrevistas de aproximadamente 2 horas. La tercera persona que participó en las entrevistas fue contactada gracias a la terapeuta 1. Con ésta persona se realizó la primera entrevista el día 26 de marzo, mientras que la segunda se realizó el 20 de abril. En este caso también se llevaron a cabo 2 entrevistas de aproximadamente una hora cada una. La cuarta entrevistada se contactó gracias a una compañera de la investigadora, quien conocía a esta terapeuta que cumplía con los requisitos necesarios. Ella fue entrevistada los días 14 y 18 de abril, y las entrevistas tuvieron una duración de alrededor de dos horas cada una.

Tanto las transcripciones como el análisis de la información fueron desarrollados a la vez que se llevaban a cabo las entrevistas, esto debido al poco tiempo que se tenía para realizar este proceso.

La primera entrevista tuvo como propósito conocer a cada persona entrevistada, por lo cual se realizaron preguntas referentes a su área de trabajo, el tiempo que tiene atendiendo a personas con VIH, preguntas generales sobre sus sesiones terapéuticas (como el tiempo que dura, el lugar en el cuál se llevan a cabo) y el enfoque que utiliza, entre otras cuestiones relevantes al tema que fueron surgiendo durante la entrevista. Así mismo, se expuso el motivo de esta investigación, los propósitos que tiene y las preguntas de investigación. A pesar de que las entrevistas estarán planeadas, se siguió el discurso de las terapeutas para conocer sus perspectivas y no interrumpirlas.

En las siguientes entrevistas se habló más sobre el proceso de duelo, la visión que tiene cada terapeuta de dicho proceso, su experiencia en el tema, sus aprendizajes al acompañar a personas que viven esta experiencia, sobre casos en los cuales haya tratado a personas que viven con VIH y pasaran por un duelo. Así como alguna pregunta que pudo

quedar sin contestar o alguna nueva que haya surgido a lo largo de otras entrevistas, por último, se les agradeció por el aporte a la investigación.

La razón por la cual se llevaron a cabo dos entrevistas por psicoterapeuta fue debido al tiempo, pues fue sumamente difícil coincidir con las personas entrevistadas y llevar a cabo las entrevistas en el periodo debido.

Análisis e interpretación de la información recopilada

Después de haber realizado las entrevistas, se recopiló y analizó la información obtenida. Münch y Ángeles (2009) afirman que *“el análisis teórico consiste en estudiar los elementos de la información y evaluar en qué forma responden a la investigación”* (pág. 145), mientras que *“la interpretación de resultados trata de encontrar y relacionar la información recopilada con la teoría”* (pág. 145).

Esto se logró al capturar, transcribir y ordenar la información de manera electrónica; comenzando con la transcripción de las entrevistas, la cual se llevó a cabo el día siguiente de haber hecho cada entrevista, con el propósito de tener la información lo más fresca posible.

El siguiente paso fue la codificación de la información. *“La codificación fuerza al investigador a ver cada detalle, cada cita textual, para determinar qué aporta al análisis”* (Fernández, 2006, pág. 4). Para ello, cada código tuvo un nombre específico que describía fácilmente al concepto al que se refería, pues cuando se *“han encontrado esos conceptos y temas individuales, se deben relacionar entre sí para poder elaborar una explicación integrada”* (Fernández, 2006, pág. 4). Por ello, las transcripciones fueron leídas en varias ocasiones para evitar dejar de lado algún detalle importante. Enseguida se señalaron aquellos datos que resultaron más relevantes y aquellos que se repitieron en las entrevistas, por lo que, en un principio, se fue señalando la información relevante en un color diferente para identificar cada tema para después recopilarlo en una tabla en Excel. Sin embargo, después se trabajó con un programa especializado en la codificación, llamado ATLAS ti, en el cual se crearon etiquetas con el nombre de cada categoría, dichas etiquetas se añadían a los párrafos de cada entrevista con el propósito de añadirlos a la categoría que le correspondiera.

Para seleccionar la información relevante se prestó atención en aquellos datos que tienen que ver con los temas centrales: el duelo, el proceso psicoterapéutico y el VIH, incluyendo datos como las técnicas psicoterapéuticas, el tiempo que tardó el paciente en superar el proceso de duelo, la forma en que vive el terapeuta el proceso psicoterapéutico, entre otros. Así como aspectos que cada terapeuta comentó sobre el VIH, la diferencia entre tratar una pérdida de salud causada por adquirir este virus y una pérdida de salud como consecuencia a alguna otra enfermedad, etcétera. De igual manera, durante el proceso de codificación surgieron nuevos códigos que debieron de separarse de los anteriores, cambiando la etiqueta de la información con el programa antes mencionado.

En seguida, utilizando ATLAS ti, la información fue separada en las categorías, señalando la entrevista de la cuál había sido extraída; esto con el propósito de agruparla en temas para después agregarla al texto, en el cual se muestran las semejanzas y diferencias que se observaron en las entrevistas, para después describir y sintetizar los resultados obtenidos con la información del marco teórico a fin de presentar la información acerca de la atención psicoterapéutica de los procesos de duelo en pacientes con VIH.

El proceso de duelo de personas que viven con VIH desde la perspectiva de los psicoterapeutas

A partir de las entrevistas realizadas, se encontraron diferentes aspectos interesantes acerca del proceso de duelo que viven las personas con VIH, como 1.1 El enfoque terapéutico de las psicoterapeutas entrevistadas, donde se explica en qué consiste cada uno y cuál es el motivo por el cuál es utilizado; 1.2 Las técnicas psicoterapéuticas que utilizan para llevar el proceso de duelo, en donde cada entrevistada relata la forma en que lleva el proceso de duelo y los métodos que utiliza en la terapia psicológica y 1.3 Los requisitos necesarios para atender a pacientes que pasan por el proceso de duelo y viven con VIH.

Así mismo, este capítulo explica en qué consiste el proceso de duelo, cuáles son 2.1 Las desencadenantes del duelo; así como 2.2 Las diferencias del proceso de duelo, donde se explica las características que varían de proceso a proceso; 2.3 La influencia de la representación social del proceso de duelo; Cómo el duelo se ve influido por el 2.4 Sentimiento de culpa en el proceso de duelo; así como por la fase de 2.5 Vengatividad que atraviesan algunas personas.

También se recopiló información acerca de las vivencias de los psicoterapeutas que trabajan con éste tipo de población, de dónde se rescató cómo cada uno percibe el proceso de duelo; las 3.1 Dificultades en el proceso psicoterapéutico, como la falta de apego al tratamiento, los efectos secundarios que tiene el tratamiento antirretroviral, las demás pérdidas que afectan el duelo, además de la pérdida de salud; las problemáticas que la persona ya tenía, antes de infectarse con VIH, la transferencia que puede llegar a darse durante el proceso psicoterapéutico, la fase de negación y el cuidado del lenguaje corporal por parte del terapeuta.

Por último, éste capítulo habla del impacto que el trabajo psicoterapéutico del duelo ha tenido en los psicoterapeutas; en donde se exponen las vivencias y experiencias de cada una de las psicoterapeutas.

A continuación, se mostrará la información recolectada a partir de las entrevistas:

1. Las Psicoterapeutas

Durante ésta investigación fue posible recabar información no sólo sobre el proceso de duelo y su relación con el VIH, sino también acerca de las psicoterapeutas que atienden a quienes viven ésta situación. Las terapeutas entrevistadas brindaron información acerca del enfoque o enfoques que utilizan, las técnicas a las cuales recurren, los requisitos que consideran necesarios para trabajar con ésta población. El análisis de esa información se presenta a continuación:

1.1 Enfoque terapéutico del psicoterapeuta

Uno de los primeros elementos que se necesita conocer acerca del proceso de duelo es cómo concibe el terapeuta a la persona, a qué técnicas recurre, por ello es necesario saber cuál es el enfoque psicoterapéutico que utiliza. Rosado y Rosado (2007) afirman que *“existen en la actualidad más de cuatrocientos enfoques en psicoterapia, los cuales forman parte de los cuatro modelos básicos que son: el Psicodinámico, el Cognitivo - Conductual, el Humanista y el Sistémico”* (pág.43).

El modelo humanista concibe al ser humano como a un individuo que busca la resignificación, que tiene una tendencia actualizante y que se encuentra en la búsqueda de *“llegar a ser él mismo”* (Rogers, 1961, p. 104). El psicoanálisis busca que la persona logre comprender las circunstancias inconscientes que le causan malestar o insatisfacción. Pues considera al hombre como un ser conformado por cuatro polaridades: su contexto, su cultura, la biología y su realidad exterior (Laplanche & Pontalis 1996, pág. 443) para éste modelo, dichos aspectos tendrán una fuerte influencia en el sujeto y en su forma de comportarse y concebir sus experiencias. Por otro lado, la terapia cognitivo-conductual afirma que cada individuo tiene la capacidad no sólo de incidir en la realidad, sino de construirla de forma activa (Bornhauser y Wagner, 2012) por lo que, desde ésta perspectiva el ser humano busca una resignificación de sus supuestos por otros que le permitan modificar sus reacciones emocionales y su conducta. Por su parte, la terapia sistémica busca que cambie la forma en que interactúa el sujeto con sus sistemas, con el propósito de que éste cree nuevas representaciones de sí mismo. Ya que considera que cada persona es un sistema que, a la vez, forma parte de otros sub sistemas, que rigen su forma de ser y de desenvolverse con su realidad (Umbarger, 1987), por ende, para éste

enfoque, el contexto toma un papel importante en la forma de ser y desenvolverse del consultante.

En éste caso tres de las personas entrevistadas no tienen un enfoque puro, sino que han decidido utilizar un modelo que mezcla al menos dos de ellos, esto con el propósito de brindar una atención más precisa ya que consideran que utilizar un enfoque puro no tiene los mismos resultados al trabajar con personas que viven con esta condición a esta mezcla, se le denominará psicoterapia integrativa.

La psicoterapia integrativa es definida *“como un intento de potenciar y desarrollar la efectividad psicoterapéutica mediante propuestas novedosas y creativas basadas en más de una orientación teórica o técnica”* (Rosado y Rosado, 2007, pág. 44). Ésta integración puede ser teórica o técnica y se suelen utilizar para ofrecer a los consultantes una psicoterapia más personalizada y con mejores resultados. En el caso de las psicoterapeutas entrevistadas cada una tiene un motivo diferente para utilizar un modelo integral:

Elizabeth trabaja con los enfoques humanista y familiar-sistémico pues afirma que mientras que el enfoque humanista le permite darle a una persona un proceso cercano y a trabajar con la visión de la vida de su consultante, la terapia familiar-sistémica le brinda una visión más completa del sujeto y su contexto, así como de la influencia que tienen el uno con el otro.

Ariel afirma que también ha utilizado los enfoques humanista y sistémico; desde la parte humanista trabaja con *“el tema de la cercanía y la aceptación, el tema de la comprensión, de ponerse en el lugar de la persona”* (E1T3), y se complementa con la terapia sistémica ya que los sistemas familiares y sociales de quienes viven con VIH se ven afectados a partir del diagnóstico de la persona.

Por su parte, Minerva también trabaja desde la perspectiva familiar-sistémica, pero ella la compagina con la terapia cognitivo-conductual, ella menciona que:

Con estos pacientes tienes que abordar desde la perspectiva familiar-sistémica sí o sí porque tienes que tomar en cuenta las dinámicas familiares y el hecho de que estos sujetos están inmersos en un sistema y en una sociedad que los rigen y ver cómo es posible reinsertar las dinámicas al interior del sistema. Pero, en el tema práctico de cómo integrar a una

persona de nuevo al sistema, de estrategias de adaptación desde una condición de salud de este tipo, a mí me ha ayudado muchísimo la perspectiva cognitivo-conductual (E1, T4).

En su caso Alicia afirmó que utiliza sólo el psicoanálisis, con el cual busca resignificar la situación que vivió la persona trabajando con otras vivencias que pudieran estar afectando su proceso de duelo. Sin embargo, a lo largo de la entrevista mencionó que ha utilizado técnicas de otros modelos psicoterapéuticos.

1. Tabla de relación Terapeuta-Enfoque psicoterapéutico

Terapeuta	Enfoque	Razón
Alicia	Psicoanálisis	Busca resignificar la situación que vivió la persona trabajando con otras vivencias que pudieran estar afectando su proceso de duelo.
Ariel	Humanista y Sistémico	Desde la parte humanista trabaja con “el tema de la cercanía y la aceptación, el tema de la comprensión, de ponerse en el lugar de la persona” (E1T3), y se complementa con la terapia sistémica ya que los sistemas familiares y sociales de quienes viven con VIH se ven afectados a partir del diagnóstico de la persona.
Elizabeth	Humanista y Sistémico	El enfoque humanista le permite darle a una persona un proceso cercano y a trabajar con la visión de la vida de su consultante, la terapia familiar-sistémica le brinda una visión más completa del sujeto y su contexto
Minerva	Cognitivo-Conductual y Sistémico	Desde la terapia sistémica toma en cuenta las dinámicas familiares y el hecho de que estos sujetos están inmersos en un sistema y en una sociedad que los rigen, busca cómo reinsertar estas dinámicas al sistema. Y, a la vez, utiliza la terapia cognitivo-conductual por su practicidad y por las estrategias de adaptación.

Al conocer los modelos psicoterapéuticos y la visión del ser humano que cada uno de ellos plantea será posible comprender la forma en la que las terapeutas llevan a cabo la terapia con cada consultante, pues cada uno de dichos enfoques cuenta con técnicas y estrategias específicas para cumplir con el propósito deseado.

1.2 Técnicas utilizadas por los terapeutas

Además de la teoría, la psicoterapia debe de tener otro componente importante: las técnicas psicoterapéuticas, las cuales deben de estar basadas en dicha teoría y, además, buscar un cambio conductual y psicológico en los consultantes. Benito (2008) define éstas técnicas como *“capacidades o formas de promover una mejora en las condiciones que generan el motivo de consulta del paciente”* (pág. 2). En el caso del proceso de duelo con personas que viven con VIH, cada psicoterapeuta utiliza técnicas que le ayudan a tratar con todos los aspectos que implican vivir con una enfermedad estigmatizante y, además, pasar por varias pérdidas como consecuencia de dicha enfermedad.

Todas las psicoterapeutas estuvieron de acuerdo en que cada caso es diferente debido a la historia de vida de cada individuo, sin embargo, la mayoría de los casos presenta ciertas similitudes, por lo cual suelen utilizar técnicas parecidas para trabajar con las etapas del duelo y con las situaciones de pérdida que dicho proceso desencadena en sus vidas. Además, cada psicoterapeuta tiene su propia forma de intervenir y de observar el problema, por lo que utilizan técnicas diferentes para llegar al mismo fin: la solución del duelo y aceptación de la pérdida.

Para Elizabeth, una cuestión fundamental para trabajar con personas que viven ésta situación es la **resignificación**, es decir, que la persona logre darle un nuevo sentido a su enfermedad y a su vida a raíz de ésta *“y, a partir de ahí, ayudar a que genere un estilo de vida saludable acorde a las necesidades que presente el virus de VIH”*, así como *“tener una vida completamente funcional, haciendo su vida como cualquier otra persona con una enfermedad crónica”* (E1T2). Para lograrlo, Elizabeth utiliza la **técnica narrativa**, de la terapia sistémica, pues le ayuda a que cada consultante pueda ir identificando cómo ha ido construyendo sus significados y su propia identidad, recurriendo a técnicas como la escritura de cartas ya que ésta consiste en escuchar lo que dice el paciente e ir trabajando con **la interpretación de sus vivencias para después reformularlas a través del relato de los acontecimientos**.

Otros temas con los cuales Elizabeth trabaja, desde la psicoterapia humanista, son la **búsqueda del sentido de vida, las fortalezas, el reconocimiento de sí mismos, la responsabilidad y la libertad**. Para abordarlos, ella utiliza las técnicas de la silla vacía, la cual sirve para *“el trabajo terapéutico de las proyecciones y al mismo tiempo facilitar a la persona el descubrimiento y la reintegración de sus propias proyecciones”* (E2T2).

Alicia también trabaja con la técnica de la **silla vacía**, la cual consiste en una actividad de proyección en la que el consultante *“focaliza su atención y proyecta su percepción”* (Prettel, s/f) de algún acontecimiento vivido; así como con **la línea de vida** la cual *“implica que la persona vaya explicando cuáles son sus pérdidas, qué significan para ella, la proporción que le ha dado, qué pasó después, cómo lo ha enfrentado”* (E3T1) y que reconozca los recursos que tiene para lograr enfrentar su duelo. También, al trabajar en instituciones que atienden a personas que viven la condición de VIH y están pasando por un duelo, Alicia ha hecho ejercicios en los cuales se les pide a éstas personas que planten un rosal que representará las pérdidas que han tenido.

Por su parte, Ariel, al igual que Elizabeth, también utiliza la redacción de para que sus consultantes exploren sus emociones y sentimientos, así como a elaborar lo que desearían decirle a una tercera persona sin tener que hacerlo realmente. También habla sobre la técnica **de externalización de emociones y sentimientos**, pues le permite *“ir recuperando experiencias y el cómo esa persona le pudo hacer frente al tema de las pérdidas”* (E1T3).

Otra técnica que suele utilizar es la **relajación**, pues, al ser empleada frecuentemente *“ayuda al paciente a discriminar la experiencia de tensión y a emplear respuestas de relajación frente a ella”* (ministerio de sanidad y política social, 2009, pág. 190).

También afirma que la **confrontación** es una técnica que puede ser útil, sin embargo, afirma que debe de ser utilizada con cuidado y *“hasta que ya exista un buen **rapport**, ya se haya instaurado la relación terapeuta-paciente y, sobre todo, tener en cuenta que ellos son los que tienen que tomar la decisión de seguir con el tratamiento o no”* (E1T3).

El ministerio de sanidad y política social (2009) afirma que en ésta técnica:

el terapeuta intenta dirigir la atención del paciente hacia situaciones, conflictos y alternativas que, aun cuando no inconscientes, aquel puede no tener en cuenta en un momento dado o pasar por alto con excesiva rapidez. También es utilizada para focalizar la

conciencia del paciente hacia determinadas circunstancias que merecen una reflexión más detenida y cuidadosa de la que les otorga, o para promover en él un estudio más preciso acerca de sus propias actitudes frente a los otros, ante sí mismo y frente a las diversas situaciones ambientales, o para sopesar más precisamente la calidad y contenido de sus experiencias y respuestas a estas (pág. 195-196).

Al hablar sobre las técnicas, Minerva afirma que, en su opinión es muy importante tener en cuenta a las personas cercanas al consultante, por ello en ocasiones ve necesario el llevar a cabo algunas terapias grupales con los familiares o amigos del consultante y, algunas veces incluso trabaja con **grupos focales** con otros familiares de personas que viven ésta situación:

Cito a amigos y familiares que viven con la persona con VIH como para poder resignificar ciertos conceptos, ciertos paradigmas que hay respecto a la enfermedad y que ellos conozcan que hay otras personas con las mismas dudas, ideas y demás, entonces se vuelve un recurso para hacer una puesta en común de lo que están viviendo (E1T4).

También desde la terapia sistémica Minerva trabaja con la narrativa, utilizando técnicas como pedirles a sus consultantes que lleven **registros o diarios específicos** en los que escriban sus sentimientos, vivencias y pensamientos. Y, al igual que Elizabeth, ella también trabaja con la **resignificación** *“de conceptos y de paradigmas desde la terapia hablada”* mediante *“estrategias de escucha y también de prácticas de cuidado hacia las ideas y miedos que existan en torno a la enfermedad”* (E1T4).

A continuación, se presenta una tabla en la cual se muestran algunas de las técnicas que más utilizan las terapeutas entrevistadas, así como los propósitos de cada técnica y el enfoque psicoterapéutico al cual pertenecen. Como se observa en la tabla, algunas técnicas psicoterapéuticas que utilizan las entrevistadas no pertenecen al enfoque o enfoques psicoterapéuticos que mencionaron utilizar al tratar con consultantes que viven con VIH. No obstante, es posible que lo llegan a utilizar debido a los buenos resultados que obtienen.

Enfoque Psicoterapéutico	Técnica	Propósito
		Analizar los pensamientos automáticos que puedan estar afectando al consultante con el propósito de

Terapia cognitiva-conductual	Reestructuración cognitiva	considerar valoraciones más adaptativas y realistas.
Terapia cognitiva-conductual	Entrenamiento en relajación	Aprender a tensar y relajar diferentes músculos del cuerpo con el objetivo de que el consultante aprenda a relajar su cuerpo ante situaciones que le causen tensión.
Psicoanálisis	Confrontación	Enfocar la atención de la persona hacia alguna situación, conflicto o contradicción para que reflexione acerca de las circunstancias en que las vivió.
Psicoanálisis	Línea de vida	Ordenar los acontecimientos de la vida del consultante para recapitularlos y comprender su vida actual.
Familiar-sistémico	Narrativa	Externalizar los pensamientos e historias del consultante con el fin de que éste logre resignificarlos y darles un nuevo sentido.
Familiar-sistémico	Cartas terapéuticas y diarios	Exteriorizar la problemática, los pensamientos y sentimientos por los que está pasando el consultante.
Familiar-sistémico	Terapia de grupo	Focalizar un tema o problemática en común para el grupo para que, mediante las sesiones de psicoterapia se encuentre una solución.
Familiar- sistémico	Externalización	Separar el problema de la identidad del consultante por medio del lenguaje.
Humanista	Silla vacía	Facilitar que la persona externe proyecciones hacia otra persona, situación u objeto (como una enfermedad, un sentimiento, etc.).

A pesar de que las terapeutas compartan ciertas técnicas, cada una de ellas tiene su propio estilo de llevar a cabo la sesión terapéutica. No obstante, es importante reconocer

que algunas técnicas suelen ser más útiles en la atención a personas que viven con VIH y están pasando por un proceso de duelo, como la terapia narrativa y la resignificación. Esto debido a que ésta población está pasando por distintas pérdidas y cambios no sólo en sus estilos de vida sino también en sus relaciones personales, en su forma de percibir al mundo, a sí mismos y en su propio cuerpo.

Es curioso que algunas de las terapeutas decidan utilizar técnicas que no sean parte de sus enfoques psicoterapéuticos, sin embargo, lo más importante es que les sirvan para atender a sus consultantes y que éstos reciban la ayuda que necesiten.

1.3 Requisitos para atender a personas que viven con VIH

Trabajar con personas que viven una enfermedad crónica degenerativa puede resultar difícil para algunos terapeutas, pues no sólo se trata de atender la situación personal del consultante, sino que el psicoterapeuta deberá de cumplir con un perfil específico y con algunos requisitos ya que *“la relación terapéutica, y en general, los resultados de la terapia se ven influidas por una serie de características del terapeuta”* (Bados López y García Grau, 2011, pág. 3).

Al preguntarles a las psicoterapeutas acerca de las características necesarias para trabajar con personas que viven con VIH afirmaron que es necesario contar con ciertas habilidades y requisitos con el propósito de evitar arruinar el proceso psicoterapéutico del duelo o causarle estragos a la persona con la que están trabajando.

Entre las características que mencionaron como imprescindibles para atender a esta población se encuentra tener respeto y empatía hacia los consultantes, que la persona que atiende a estos individuos tenga una preparación previa y se capacite constantemente, además, que esté dispuesta a pasar por un proceso psicoterapéutico, también consideran que son importantes la honestidad, la ética y el interés por atender a las personas que viven con esta condición.

A) Respeto y empatía

Tanto el respeto como la empatía son habilidades importantes para trabajar como psicoterapeutas. El respeto debe de darse no sólo hacia la persona del consultante, sino también hacia su situación, sus vivencias y su condición de VIH. Una de las terapeutas,

Elizabeth afirmó que el respeto es fundamental al trabajar con ésta población pues el psicoterapeuta deberá de *“reconocer que acompañar la vida de una persona, de una persona que vive con VIH es acompañar a la persona, no a la enfermedad”* (E1, T2), por lo que deberá de hacer que cada uno de sus consultantes se sienta respetado por el simple hecho de ser persona. Minerva aseveró que:

La terapia [...] implica observarse a sí mismo y tener cuidado de nuestras propias reacciones. [...] tienes que controlar muy bien la gesticulación que hagas y responder de tal manera sin que rompas el rapport [...] cualquier ser humano que está adoleciendo de algo se vuelve muy perspectivo y más cuando son condiciones de salud de larga data (E1, T4).

La empatía engloba tanto el *“comprender a las personas desde su propio marco de referencia”* (Bados López y García Grau, 2011, pág. 7) buscando que éstas se sientan comprendidas, como *“conocer la base cognitiva de los sentimientos del cliente y mantenerse independiente de estos para preservar la objetividad hacia los problemas del cliente”* (ibíd., pág.8).

Desde su perspectiva, Elizabeth menciona que *“el proceso de la empatía con el otro implica asumir emociones congruentes al acompañamiento de la persona con la que se está trabajando”* (E2, T2). Teniendo en cuenta las vivencias de cada persona y lo que le pasa al terapeuta al trabajar con cada proceso, *“debe tener cuidado en no proyectar sus propias actitudes y expectativas en el cliente, ya que podría distorsionar el informe de este”* (Bados López y García Grau, 2011, pág. 8).

En muchas ocasiones las personas que viven con ésta enfermedad dejan de ser vistas como personas por la sociedad, pues lo único que pueden ver es el virus: *“Me parece muy impactante cómo la gente, por este imaginario que tiene, deja de tratar a personas con esta condición como si fueran humanos”* (E1, T4). Por ello, es necesario tener cuidado con las palabras que se utilizan y con los gestos que se hacen pues, debido a las situaciones de discriminación y prejuicio que existen alrededor de esta condición, las personas que viven con VIH son sumamente sensibles al comportamiento que tengan los otros hacia sus personas.

Por su parte, Ariel afirma que, junto con la empatía, ésta población tiene mucha necesidad de escucha, de sentirse acompañada, comprendida y apoyada. por ello es necesario que

el psicoterapeuta esté consciente de que su forma de reaccionar ante el consultante es importante para mantener la relación terapéutica y hacer sentir al consultante realmente escuchado y comprendido.

B) Conocimiento del tema

Uno de los elementos que todas las terapeutas señalaron como primordial es tener un conocimiento amplio del tema, es decir, conocer la historia del VIH, las formas y fluidos de transmisión, los puntos de entrada del virus, las consecuencias que éste causa al sistema inmune y en el cuerpo en general, tener un conocimiento básico de las enfermedades que se presentan cuando la persona vive con esta condición y de los medicamentos que necesita utilizar, etc. Así como irse actualizando en el tema en general y con aquellos temas y problemáticas que se enlazan al mundo del VIH.

Alicia dijo al respecto: *“Se requiere tener un conocimiento profundo del tema [...] es muy importante formar a los psicoterapeutas en esas nuevas problemáticas y en información muy actualizada”* (E1, T1), mientras que Elizabeth afirmó: *“Necesitan conocer perfectamente el tema. Saber muy bien qué es el VIH, qué pasa con la persona, con la familia. Conocer de medicamentos”* (E1, T2). En su opinión, cuando no se tiene conocimiento sobre el tema se puede afectar no sólo la relación con el consultante, sino que también el terapeuta podría caer en ideas erróneas sobre el VIH y mal informar al sujeto e, incluso, agudizar el estereotipo que éste pueda tener sobre su condición.

Ariel mencionó sobre esto que *“hay que tener también en cuenta los conocimientos sobre la enfermedad, porque cuando no es así podemos alimentar esos pre conceptos que no son ciertos”* (E1, T3). Para evitar esto, Alicia señaló que *“es necesario tener mucha sensibilidad a este tipo de problemáticas y una formación muy fuerte en lo que consiste el VIH, en estudios de género y todo lo que esté inter seccionado: género, feminismo, poblaciones vulnerables, salud pública”* (E3, T1). Alicia también indicó que:

Se tiene que tener una capacitación para entender la condición de vivir con VIH y cómo son las distintas etapas de una persona que vive con VIH. [...] Si el terapeuta no tiene los conocimientos básicos del VIH no entendería de lo que la persona le está hablando. [...] obviamente no va a tener conocimientos mega especializados, pero sí es importante que sepa cuáles son las enfermedades oportunistas que pueden llegar, de qué se tiene que proteger, cuáles son los síntomas (E2, T1).

El conocimiento del contexto y la vida de la persona que se está atendiendo también es fundamental pues *“pueden influir en los problemas de estos o en la fijación de los objetivos terapéuticos”* (Bados López y García Grau, 2011, pág. 4). Sin embargo, *“un conocimiento directo de todos los contextos es imposible, por lo que habrá que basarse en las informaciones proporcionadas por los pacientes, por personas de su entorno y por posibles publicaciones al respecto”* (loc. cit.).

De igual manera, todas consideran indispensable que el psicoterapeuta tenga la formación académica y las habilidades necesarias para trabajar un proceso de duelo. Elizabeth afirmó que *“es importante identificar las etapas de duelo”* (E2T2) Ya que si las personas que atienden a este tipo de pacientes no cuentan con las herramientas necesarias que implica el ser psicólogo y psicoterapeuta podría haber consecuencias tanto para el consultante como para el proceso psicoterapéutico. Minerva explicó que estas consecuencias incluyen el *“perjudicar gravemente el proceso psicoterapéutico de la persona e incluso [...] meter a la persona en una crisis enorme y empeorar su proceso de duelo [...] todo el tiempo tenemos que estarnos formando”* (E2, T4).

A Alicia también le parece importante que los psicoterapeutas estén informados acerca de los cambios que ha tenido la enfermedad a través de la historia y que se capaciten todo el tiempo, pues el VIH no es igual en éste momento de lo que fue en sus inicios.

C) Honestidad

La honestidad es también una habilidad importante al trabajar con esta población ya que, junto con el autoconocimiento, posibilita el reconocer aquellos casos con los que no se puede trabajar. Por ello es de suma importancia que el terapeuta tenga un *“interés sincero por las personas y su bienestar; esto implica no tratar de obtener beneficios personales y no anteponer las propias satisfacciones a las necesidades del cliente”* (Bados López y García Grau, 2011, pág. 3).

Alicia comenta al respecto que *“en ocasiones yo puedo, por la misma dinámica personal que vivo, no estar en condiciones de acompañar a alguien con quien pueda compartir una etapa de vida similar”* (E2, T1).

Por su parte, Elizabeth dijo que, en terapia:

Se deben revisar mucho los constructos que tenemos en relación a temas que pueden ser tabús en nuestra propia historia como la sexualidad, la muerte y reconocer las emociones; es importante ser honesto. [...] En ocasiones yo puedo, por la misma dinámica personal que vivo, no estar en condiciones de acompañar a alguien con quien pueda compartir una etapa de vida similar (E2, T2).

Bados López y García Grau (2011) mencionan también que *“un terapeuta ha de conjugar la sinceridad con el tacto, la diplomacia y la oportunidad para no perjudicar al cliente o a la relación terapéutica”* (pág.10). Por ello, cuando surjan casos que puedan resultar difíciles el terapeuta deberá de acudir a una supervisión o, sino puede llevar el caso, tomar la decisión de derivarlo.

D) Autoconocimiento

Otra habilidad que consideran necesaria para trabajar con esta población fue el autoconocimiento, pues le brinda al psicoterapeuta la herramienta de saber deslindar su propia historia de la de su consultante.

Elizabeth afirmó que esta habilidad ayudará al psicoterapeuta a *“revisar mucho los constructos que tenemos en relación a temas que pueden ser tabús en nuestra propia historia como la sexualidad, la muerte y reconocer las emociones”* (E2, T2).

Bados López y García Grau (2011) afirman que el autoconocimiento le permite al psicoterapeuta advertir sus propias limitaciones y, al hacerlo, le será posible *“evitar aspectos conflictivos, tratar sólo los aspectos más superficiales del problema, dominar las sesiones, enfadarse con los clientes que no cumplen, evitar el uso de confrontaciones, satisfacer las necesidades de dependencia de los clientes, tratar de imponer el propio sistema de valores, etc.”* (pág.3). También mencionan que ésta característica ayuda al terapeuta a *“detectar cuándo experimenta fuertes reacciones emocionales en respuesta a sus pacientes”* así como a *“analizar sus propias motivaciones y reacciones internas e impedir que influyan negativamente en la terapia”* (pág.4). Si esto llegara a ocurrir será necesario que el terapeuta asista a terapia.

E) Revisión personal

De la mano del autoconocimiento se encuentra la revisión personal, que implica no sólo tomar consciencia de las limitaciones que se tiene, sino también saber hasta qué punto pueden estar afectando la relación terapéutica. Bados López y García Grau (2011) afirman que *“una buena salud mental por parte del terapeuta va asociada a mejores resultados del tratamiento.”* (pág. 4).

Dos de las terapeutas están de acuerdo con ésta afirmación, pues indicaron que el tener una atención psicoterapéutica es indispensable, por lo que el psicoterapeuta deberá de asistir a sesiones de terapia por su parte, para evitar hacer estragos el proceso del paciente en vez de ayudarlo. Minerva explicó que esto se debe a que *“tienes que estar monitoreando todo el tiempo tu persona de una manera multidimensional y también tu ejercer profesional”* (E2, T4). Mientras que Ariel señaló que *“es muy común engancharse en la relación y hacerle daño al paciente”* (E1, T3) y la psicoterapia ayudaría a evitar que esto suceda.

La razón por la que esto es necesario es que el psicoterapeuta debe de encontrarse en óptimas condiciones, dentro de lo posible, para enfrentarse a las situaciones que su consultante le contará en la terapia. En algunas ocasiones las mismas instituciones a las que pertenecen los psicoterapeutas les exigen comprobantes de que cuidan todos los aspectos de su vida personal. Minerva mencionó algunos de los requisitos que ella misma debe de cumplir al trabajar en una institución que brinda atención a personas con VIH:

Me exigen una vez al mes mandar una carta de que estoy recibiendo acompañamiento psicológico, espiritual y un comprobante de que estoy haciendo ejercicio, aunque sea una vez a la semana. Y cada 3 meses me tengo que dar un break. Pero es por lo mismo, nosotros tenemos que estar bien para atender a los otros (E1, T4).

En el caso de que el terapeuta no consiga trabajar con sus limitaciones o que éstas sigan afectando la relación terapéutica será mejor derivar el caso.

F) Ética

La ética es otro aspecto que se comentó en las entrevistas. Elizabeth mencionó que, para ella, *“la parte ética en el trabajo psicoterapéutico es impresionantemente importante,*

sobre todo en situaciones en las que se viven experiencias de fragilidad humana” (E2, T2). Teniendo en cuenta que el VIH es considerado como una enfermedad que conlleva prejuicios sociales, el psicoterapeuta deberá de ser cauto con la información personal del consultante. Para Minerva la ética también implica la preparación, el reconocer si se puede trabajar con ciertos casos o es mejor dejarlos pasar para evitar conflictuar a la persona a causa de una situación de mala praxis. Ella afirmó que ésta es una situación muy común en México debido a que no existen suficientes normas de regulación y a que “muchos psicólogos piensan que con hacer un diplomado ya pueden dar terapia o tratar a personas con problemas muy fuertes y lo único que hacen es empeorar la situación y con eso nos afectan a todos los que sí estudiamos una maestría” (E2, T4)

Otros aspectos que Bados López y García Grau (2011) señalan que deben de ser vistos desde la ética del psicoterapeuta son *“la confidencialidad [...] la derivación del paciente cuando se carece de habilidad en la problemática de mismo, la búsqueda de supervisión en el caso de terapeutas principiantes y la evitación de las denominadas relaciones duales (económicas, sexuales, sociales, etc.) paralelas a las terapéuticas” (pág. 4).*

G) Cuidar el lenguaje corporal

El cuidado del lenguaje corporal también es un requisito importante para atender a esta población, pues son personas que, debido a la estigmatización que viven como consecuencia de su enfermedad, son sensibles al comportamiento de los otros.

En ciertas ocasiones es difícil para los terapeutas no demostrar miedo hacia la infección, sobre todo en el caso de tratar con personas que tienen alguna enfermedad oportunista que puede llegar a ser contagiosa y/o infecciosa. Minerva lo explica de la siguiente forma:

Aunque tu sistema inmune no esté comprometido sí te puedes contagiar de tuberculosis y no te la acabas [...] El caso clásico de que tú sabes que no te pasa nada, pero estornudan y como, por la proximidad, sabes que te puede caer todo [...] son estas dificultades técnicas que tienes que estar cuidando que lo hacen todavía más retador (E1, T4).

Es necesario que el psicoterapeuta esté consciente de lo que está pasando con su persona cuando vive éste tipo de experiencias para saber sobreponerse a la situación y evitar que la relación terapéutica se vea afectada.

H) Interés en las personas que padecen esta condición

Por último, las terapeutas comentaron que se debe de sentir una afinidad hacia el tema e interés por atender a personas que viven con esta condición. El terapeuta debe de estar interesado en éste y de querer conocer más sobre el VIH y sentirse cómodo trabajando con personas que viven esta condición. Minerva considera que el terapeuta deberá de estar familiarizado con ciertos temas y sentirse cómodo hablando de ellos, *“si a un terapeuta le hace mucho ruido el tema del VIH yo sugeriría que no se meta, porque de entrada sí debe de haber cierta afinidad”* (E2, T4).

Bados López y García Grau (2011) mencionan que también es importante tener *“una amplia experiencia vital, ya sea por experiencia directa o vicaria”* pues ésta *“facilita la comprensión de los sentimientos y vivencias de los pacientes y la búsqueda de soluciones a los problemas de estos”* (pág.4).

Ser un psicoterapeuta que trabaja con procesos de duelo de personas que viven con VIH no sólo implica abordar la psicoterapia desde un enfoque o técnica, sino tener un conocimiento pleno de los mismos, además de la experiencia y demás requisitos mencionados anteriormente. Según las entrevistas realizadas para ésta investigación, es necesario que los psicoterapeutas tengan conocimiento de más de un solo enfoque psicoterapéutico pues esto les ayuda a brindar una atención más adecuada a los consultantes.

2. Proceso de duelo

La pérdida es una característica en la vida de toda persona pues está presente en cada una de las etapas del desarrollo vital, sin embargo, hay algunas pérdidas que pueden resultar tan dolorosas o traumáticas para la persona que ésta puede llegar a atravesar un duelo. El duelo es un proceso que suele ser doloroso pues la persona que lo vive se ve en la necesidad de elaborar la pérdida que sufrió, además de tener que adaptarse a una nueva realidad.

A raíz de las entrevistas realizadas, se comprobó que en el caso de las personas que viven con VIH el duelo puede llegar a ser complicado, ya que no sólo se enfrentan a una pérdida de salud, sino a distintos aspectos de su vida que deberán de cambiar, como sus prácticas sexuales y su alimentación, además de que es posible que se enfrenten al rechazo y la estigmatización social. A continuación, se presentan algunos aspectos que las terapeutas entrevistadas consideran

importantes para comprender el duelo que viven las personas con VIH, como la causa del duelo, las diferencias que éste proceso tiene en cada caso, la influencia que tiene la sociedad en la persona que vive el duelo, los sentimientos de culpa que éste causa y una fase del duelo que suele presentarse en éste tipo de población; la vengatividad.

2.1 Desencadenante del duelo

A partir de su experiencia en la atención a pacientes, tres psicoterapeutas han identificado el diagnóstico como el elemento que desencadena el proceso de duelo. Elizabeth, una de las terapeutas lo narra así: *“la primera situación de duelo es cuando la persona sale positiva en los exámenes de VIH.”* (E2, T2), ya que éste diagnóstico desencadenará una serie de pérdidas en los sujetos, iniciando por la pérdida de su salud; Ariel, otra de las terapeutas relaciona el inicio del duelo con la pérdida de la certeza: *“cuando se hace presente el diagnóstico, obviamente se pierde la certidumbre, se pierde la certeza de la salud, [...] eso imposibilita el que algunas personas puedan desempeñar ciertas actividades”* (E1, T3) e inicia el duelo. Minerva afirma que esto se debe a que esta nueva condición, los lleva a percibir la realidad desde otra perspectiva (E1, T4), ya que ocurren muchos cambios en un corto tiempo: se pierde la salud o la certeza de ésta o la perspectiva conocida de la realidad.

Elizabeth también explicó que este duelo incluso suele iniciar desde que se sospecha que se ha contraído el virus:

La persona que vive el duelo tiene una conducta de riesgo, se hace el examen, sale positiva, necesita primero procesar lo que es la noticia de que tiene VIH y eso implica también una serie de procesos de enojo, de emociones que aparecen junto con la noticia. [...] Sin embargo, esto también aparece desde el momento en que la persona ya sabe que tuvo una conducta de riesgo, la angustia que la persona puede sentir al saber que pudo haber sido, en un momento, posibilitada para que tuviera VIH, también genera un estado de angustia, de ansiedad. [...] Y genera un duelo en áreas de la vida; en la sexualidad, en la parte económica, laboral, en la salud (E1, T2).

El saber que se puede llegar a vivir en una condición de VIH causa que la persona comience a sentir una angustia producida por las ideas e imaginarios que se tiene acerca de ésta enfermedad. A su mente pueden llegar pensamientos de muerte, de enfermedad

y de otras pérdidas además de la pérdida de su salud, como un despido de su trabajo y el rechazo por parte de sus seres queridos y familiares.

Recibir un diagnóstico de VIH positivo significa para la persona un cambio muy grande en su perspectiva de vida; pues, a sus ojos, su vida nunca volverá a ser la misma, ya que deberá enfrentarse a problemas y condiciones que nunca pensó llegar a afrontar.

2.2 Diferencias en el proceso de duelo

El duelo se manifiesta de distinta manera en las personas que sufren una pérdida debido a que cada individuo es diferente y tiene una historia y una manera propia de enfrentar las situaciones adversas que llegan a su vida. Minerva señala que la forma en que cada individuo enfrentará el proceso de duelo dependerá de varios factores como *“historia de vida, personalidad, vínculos, etapa del desarrollo en el que se encuentra, roles sociales, proyectos que tenía o que estaba en proceso de hacer, que tenía pendientes”* (E2, T4).

Dependiendo de las necesidades y de la etapa de duelo en la que se encuentre el consultante será la forma en la que el terapeuta trabajará el duelo con éste. Ariel afirma que, en algunos casos el *“duelo se convierte en un proceso complejo porque cada quien tiene sus formas de enfrentar su propio dolor”* (E1, T3). También menciona que un factor que suele influir en el proceso de duelo que vive cada persona es su forma de ser y sus vivencias:

Hay duelos más fuertes que otros, pero eso lo marcan las historias personales de cada sujeto [...] depende mucho de la historia de la persona y de la capacidad de resiliencia de cada persona. Porque hay personas que avanzan muy muy rápido y hay personas que nunca lo van a hacer (E3, T1).

El duelo también dependerá de si la persona ha tenido que enfrentar otras condiciones difíciles en su vida, como situaciones de violencia, pérdidas, carencias afectivas, económicas o materiales, etc. Cuando ha vivido en éstas circunstancias es más probable que le resulte menos difícil enfrentar la pérdida de su salud. Elizabeth lo ve de ésta manera:

Una persona que ha vivido muchos duelos y llega a una condición así yo creo que es más fácil que lo afronte a una persona que no ha pasado por un duelo así en su vida [...]

depende de la capacidad de resiliencia de la persona. O sea, la capacidad de sobreponerse. (E2, T1).

Por otro lado, Minerva explica que la actitud que cada individuo tenga hacia la situación que está pasando también toma importancia en el proceso de duelo:

Si una persona vive su condición de salud de VIH con la mirada y la energía centrada en la enfermedad, es una persona que va a estar somatizando todo el tiempo y su calidad de vida va a estar muy condicionada, muy vulnerable y muy precaria. Pero si es en cambio una persona que asume el cambio que ha dado su vida y que, aparte lo toma como un insumo para mejorar su calidad de vida, cuidarse y demás y que aparte su condición no la define ni la etiqueta es una persona que... incluso su sistema inmune responde súper bien y eso está fundamentado. Entonces, la actitud creo que sería como una de las cosas más importantes (E2, T4).

Al tratar a personas que viven el proceso de duelo es necesario poner atención a todos los factores que pueden influir en dicho proceso y, si es necesario, atender otras problemáticas de la persona ya que esto ayudará a que el duelo no se complique.

2.3 Influencia de la representación social en el proceso de duelo

Desde su aparición, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) fue vinculado con dos aspectos: el primero es con la sexualidad, más explícitamente la homosexualidad y la promiscuidad. En segundo lugar, con la muerte. Esto como consecuencia de que, al ser un virus desconocido y no contar con medicamentos que contrarrestaran sus estragos al sistema inmune de quien lo contraía, la mayoría de los sujetos que se infectaban perecían al poco tiempo. Elizabeth indica que:

Hay 2 elementos importantes en el mundo del VIH: uno es la visión de la muerte, o sea, ser una enfermedad mortal, y el segundo es que está relacionada con lo que tiene que ver con sexualidad. [...] desde ahí empieza a ser una enfermedad estigmatizada, sobre todo porque aparece en un mundo donde [...] la diversidad sexual es condenada por los planteamientos conservadores. En su origen el VIH era una enfermedad mortal y relacionada con dinámicas sexuales promiscuas. (E1, T2).

Esta representación prevaleciente en la sociedad pone una carga emocional importante a las personas que viven esta condición, al temor a la enfermedad, se le suman el temor a la

muerte y al juicio social. Arellano (2008) afirma que detrás de la construcción de los estigmas *“se halla una fuerte carga ideológica que lleva al sujeto estigmatizado a representar la condición de indeseable, y por lo tanto le atribuye una referencia dañina, que atenta contra su dignidad, sus derechos y su calidad de vida”* (pág. 29).

Al respecto, Minerva explicaba que la mayoría de sus consultantes tienen muy presente ambos elementos, pues han llegado a comentarle lo siguiente: *“Siempre voy a vivir no sólo con el estigma sino con la implicación de que me puedo morir en cualquier momento”* (E1, T4).

Es decir que, pese a que con el paso del tiempo el tratamiento del VIH ha ido evolucionando y, si bien el adquirirlo no representa un diagnóstico de muerte, aún existen ese lazo entre el virus y la muerte, por ello muchas personas que adquieren el virus viven con este miedo a pesar de presentar un bajo índice del virus en su cuerpo y de asistir a procesos terapéuticos. Otra de las terapeutas, expone que *“Una persona con VIH, aunque esté bien, esté muy trabajada, esté llevando un proceso de crecimiento personal, sigue teniendo presente la muerte”* (E1, T3).

Son estos mismos factores los que causan que quienes viven con esta condición tomen la decisión de no hablar sobre su diagnóstico, causando que el duelo sea más fuerte, al respecto Alicia afirma que *“esta situación social te va relegando, te va aislando [...] la sociedad no te permite hablarlo y te evitas hacer estos procesos de duelo”* (E2, T1).

Elizabeth explicó que, en algunas ocasiones las personas toman ésta decisión para evitar enfrentar o decepcionar a sus seres queridos:

Se vive con una gran secrecía; no lo expresa ni a la familia, ni a las parejas ni nada. [...] Yo no le puedo decir a nadie de mi familia que tengo VIH, si cuando yo les expresé mi orientación sexual fue una decepción tanto para mis papás como para mi familia, no les voy a causar ese doble dolor. Ya de entrada, habiéndoles causado ese daño, darles la noticia de que tengo VIH sería devastador para ellos (E1, T2).

Ese silencio les causa malestar, ya que se ven obligados a esconder una parte de sí mismos pues, a los ojos de Minerva *“viven con mucho pesar esa parte de tener que mentir porque saben que no los van a aceptar con tanta facilidad”* (E1, T4).

Existen también casos en los que la persona toma la decisión de alejarse de su familia, amigos y demás redes de apoyo, ya que teme que éstos la juzguen por haber adquirido esta infección. Minerva afirma que esto ocurre en la mayoría de los casos: *“hay una tendencia al aislamiento, no nada más por el duelo que están viviendo de la situación en sí misma, sino porque se saben estigmatizados desde antes”* (E1, T4). Ariel comparte ésta idea:

Lo normal en el sentido estadístico es que la gente se recluya, oculte su diagnóstico, no comparta su diagnóstico a las personas y que eso influya también en dejar esa vida social que tenía antes de recibir el diagnóstico. [...] es un poco drástico el cambio en una persona con VIH, desde mi experiencia y mi punto de vista, es extremo en el sentido de que termina muy segregado. [...] Se incorpora el estigma [...] La persona renuncia a su vida social, a su vida en pareja, a relacionarse con otros (E1, T3).

También se ve en la necesidad de ocultar el diagnóstico de sus conocidos, compañeros de trabajo o estudios e, incluso de las instituciones a las que pertenece, pues con esta decisión evita que puedan llegar a discriminarlo e, incluso, despedirlo. Esta discriminación hacia las personas que viven con VIH es un problema social que implica una desinformación de lo que es realmente el virus y la enfermedad.

Pocas personas están enteradas de los tratamientos que tiene este virus y de las formas en que se pueden contagiar. Debido a la ignorancia se piensa que las personas que tienen este virus no deben de ser tocadas, que no se puede compartir la ropa, los utensilios de cocina, las toallas, las sábanas, etc. para que no exista un contagio. Dos de las terapeutas expusieron ejemplos de ésta situación; Minerva afirmó que, al trabajar con personas que viven con VIH, los familiares de éstas personas constantemente le preguntan si es seguro beber agua del mismo vaso, abrazarlos, besarlos, etc. (E2, T4). Mientras que Ariel habló de un paciente al cual *“por tener VIH lo habían corrido de su escuela, de su trabajo, sus amigos ya no lo querían, su pareja lo había dejado”* (E1, T3). En su opinión, la causa de esta estigmatización es, en la mayoría de los casos, el poco conocimiento acerca del virus.

Por su parte Alicia afirmó que, en su opinión, la causa principal no es directamente la ignorancia acerca del VIH pues la población que tiene una mejor información sobre el virus ha incrementado; ella opina que las causas principales son el miedo a adquirir la enfermedad. Sin embargo, está de acuerdo con que aún existen varios estigmas alrededor

del VIH que provocan que las personas que lo adquieren vivan un proceso de duelo como consecuencia de las pérdidas causadas por dichos estigmas y por la discriminación que se sufre al expresar su condición:

El estereotipo te hace que pienses que no es una condición natural que todo mundo puede tener [...] Ha ido cambiando [...] pero sigue ese estigma histórico. [...] la pérdida es distinta a la que se vivía antes... pero se sigue viviendo por ese imaginario histórico de todos estos años que han pasado. [...] hoy en día, si dices allá afuera que tienes VIH sigue habiendo discriminación (E1, T1).

Así mismo, afirma que *“estas categorías van marcando a las personas”* (E1, T3). Minerva, está de acuerdo con ello pues ha observado que las reacciones, discursos, actitudes, estigmas sociales y tabús siguen igual, aunque *“sí ha crecido el segmento de población que ha superado esos tabús y esos mitos a los que estamos expuestos directa o indirectamente”* (E2, T4). También expone que los duelos que viven estas personas *“son debido a esos constructos sociales que hay inherentes a esa perspectiva sumamente viciada y tóxica de lo que es el VIH, [...] esa estigmatización, satanización, mitos y tergiversación cultural que hay sobre lo que es el VIH”* (E2, T4).

Ésta concepción negativa que suele tener la sociedad hacia las personas que viven con VIH causa que los sujetos lleguen a experimentar distintos sentimientos negativos hacia sus propias personas, lo cual puede desencadenar otros problemas psicológicos que podrían afectar el proceso de duelo.

2.4 Sentimiento de culpa en el proceso de duelo

Elders (1983) afirma que *“se puede definir el sentimiento de culpabilidad como la conciencia de un orden perturbado, junto con la conciencia de ser el autor de esta perturbación”* (pág. 178). En el caso de quienes viven con VIH la culpa podría deberse a los siguientes motivos: haber adquirido o propagado el virus debido a prácticas de riesgo (como mantener relaciones sexuales sin protección) o, en algunos casos, ambos. Así como el miedo a llegar a transmitirlo a sus hijos, en el caso de las mujeres que están embarazadas y tienen VIH. *“Si es una mamá embarazada pues ahí es como muchísima culpa de poderlo transmitir por vía vertical”* (E1, T1).

Esta culpabilidad puede causar estragos en la persona que lo vive. *“Era tanto su sentimiento de culpa frente a su familia, que no se tomaban el medicamento o no se cuidaban e incluso algunos llegaban a suicidarse”* (E1, T2).

Campo (2012) explica que, en la mayoría de los casos las personas que viven con una enfermedad crónica suelen tener sentimientos de culpa y de vergüenza (pág. 20), sobre todo en el caso de las enfermedades que son estigmatizadas

En algunos casos implica que la persona trate de ocultar o de negar su condición, lo cual implica que su proceso de duelo pueda llegar a ser más complicado e, incluso, podría llegar a causar problemas en su salud y en su forma de interactuar con los otros.

La culpa también llega a tratar de esconder eso que te hace sentir culpable [...] Los sentimientos de culpabilidad ahí juegan un papel muy fuerte, tiene un peso muy importante. Incluso puede durar más tiempo el proceso de duelo por eso. Una persona, con tal de no enfrentar una infidelidad, por no hacerle frente a su pareja y a los hijos puede no decir nada y enfrentarse a situaciones drásticas por no decir su diagnóstico (E1, T3).

Sentir culpa puede ocasionar que la persona evite buscar ayuda para salir de su situación de duelo o, inclusive, atención médica para enfrentar el VIH; esto no sólo desencadenaría en un problema de salud, sino que podría significar la muerte para el sujeto. El sentimiento de culpa es normal siempre y cuando se maneje de forma adecuada, aceptando la responsabilidad de sus acciones presentes, pasadas y futuras y tomando consciencia de su realidad.

2.5 Vengatividad

Así como hay casos en los que la persona siente culpa durante su proceso de duelo, también hay personas que no tienen el sentimiento de culpabilidad, sino que culpan al otro, a quien los infectó, de las situaciones que viven; pues de esta manera pueden evitar pensar en su responsabilidad. Minerva habla sobre un caso que tuvo en el cual para el consultante *“era más fácil echarle la culpa al otro en vez de enfrentar que fue su propio riesgo”* (E2, T2). Por su parte, tanto Alicia como Elizabeth hicieron mención de casos en los que sus consultantes tomaban la decisión de no compartir su condición de seropositivos a sus parejas y mantener relaciones sexuales con éstas sin uso de preservativos. Esta forma

de enfrentar la culpa pasa a ser parte de una fase del proceso de duelo que viven las personas con VIH que suele ser conocida como vengatividad.

Díaz Camarena (1997, pág. 34) menciona que no todos los sujetos viven esta fase del proceso de duelo, pero quienes sí la viven suelen estar muy enojados por su situación y suelen responsabilizar a la persona que los contagió, aunque pueden culpar incluso a sus seres queridos o a desconocidos, llegando incluso a tener intenciones de vengarse ya sea de quienes consideran como responsables o de terceros.

Alicia concuerda con que *“es una fase donde hay mucho resentimiento”* (E2, T1) e incluso comenta que ha tenido varios casos en los que la persona está viviendo ésta fase del duelo; ya sea porque se contagió a raíz de una infidelidad matrimonial, porque la persona con la que mantuvo sexo casual no le informó sobre su condición e, incluso, porque se infectó debido a una transfusión sanguínea.

Menciona también que suelen darse casos en los que la persona decide propagar el virus, ella misma tuvo un consultante que tomó la decisión de no informar que tenía ésta enfermedad al mantener relaciones sexuales sin protección. Considera que *“esta etapa hace que la persona se comporte como loca, son mecanismos muy psicóticos”* (E2, T1). Aunque afirma que suelen ser casos insólitos y que éste comportamiento suele estar relacionado con aspectos de la personalidad del individuo.

Elizabeth tuvo una experiencia parecida, pues acompañó a una persona que también se encontraba en ésta fase del duelo ya que culpaba a quien lo había contagiado y, además, seguía manteniendo relaciones sexuales sin protección y sin informar a sus parejas sexuales.

Ambas terapeutas coinciden en que es muy importante trabajar con quienes están viviendo ésta fase del proceso, pues no sólo pueden hacerse daño a ellos mismos, sino a terceras personas. También afirman que no les fue posible seguir trabajando con éstos individuos debido a que no estaban de acuerdo con su forma de actuar.

La vengatividad junto con la culpa pueden desencadenar problemas físicos y psicológicos no sólo en la persona que los experimenta, sino también en las personas que la rodean pues, al estar relacionados con el tema del VIH podrían implicar tanto una nueva infección

como una reinfección de quien ya vive con éste virus. Además, puede llevar al individuo a experimentar más sentimientos negativos hacia sí mismo o hacia terceros.

El duelo, al ser un proceso, conlleva un ciclo de diferentes emociones y pérdidas que, si no son manejadas adecuadamente, podrían derivar en un duelo complicado o patológico que implica no sólo malestar emocional sino incluso la muerte. Dicho proceso suele ser influido por el contexto socio-cultural de quien vive ésta situación y generalmente tiene su inicio en el diagnóstico de VIH.

3. El proceso psicoterapéutico del duelo

Los procesos de pérdida son difíciles tanto de vivir como de acompañar, sobre todo cuando la persona está atravesando por un duelo complicado y, aún más, cuando pasa por una enfermedad estigmatizante. Tanto la persona que vive el duelo como el psicoterapeuta tendrán que enfrentar diferentes situaciones que podrían afectarlos personalmente y, en algunas situaciones, la relación terapéutica.

De igual manera, acompañar el duelo de una persona que vive con VIH implica que el psicoterapeuta se enfrente a situaciones que no viviría con cualquier otro consultante, esto debido a la carga emocional que conlleva el vivir con una enfermedad asociada a tabús, estigmatización social e, incluso, la muerte.

3.1 Dificultades en el proceso psicoterapéutico

Como psicoterapeuta, el trabajar con personas que viven una condición como el VIH puede llegar a resultar difícil, como se mencionó anteriormente, no cualquier terapeuta puede brindar atención psicológica a personas que viven con ésta condición. No obstante, a pesar de cumplir con lo que se requiere quienes atienden a dicha población se enfrentan a ciertas dificultades, como a) el apego al tratamiento, los b) efectos secundarios en el tratamiento antirretroviral, c) otras pérdidas asociadas al VIH, d) otras problemáticas anteriores a la infección de VIH y el proceso de e) negación.

A) Apego al tratamiento

Uno de las principales dificultades que mencionaron las cuatro psicoterapeutas entrevistadas fue la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral. Varela-Arévalo y

Hoyos-Hernández (2015) afirman que la baja adherencia a los tratamientos para el VIH/SIDA ha sido reportada en los últimos años como un problema de salud pública a nivel mundial (pág. 529), por ello, uno de los principales temas con los que el psicoterapeuta debe de trabajar en los procesos de duelo de personas que viven con VIH es el del apego al tratamiento; Elizabeth señala que *“es muy importante que tenga una adherencia al tratamiento, es buscar que la persona vea la importancia de la adherencia al tratamiento. Eso es vital”* (E2, T2).

De no seguir su tratamiento la persona podría llegar a tener serios problemas de salud. *“Si la persona, por alguna razón, deja de tomar el medicamento, el virus se fortalece y entonces puede llegar a tener una mayor agresividad en la persona debido al aumento de carga viral”* (E1, T2). Ariel comparte ésta idea, pues menciona que:

Al momento en el que se deja de tomar el medicamento, la persona corre el riesgo de que el virus se vuelva más potente y, por lo tanto, que el tipo de medicamentos que ha tomado ya no le funcionen y tenga que tomar medicamentos más agresivos que puedan perjudicar por los efectos secundarios del mismo medicamento (E1, T3).

Elizabeth explica que uno de los riesgos más grandes de dejar los medicamentos es entrar en la fase de SIDA, lo cual podría implicar que aparecieran enfermedades oportunistas en la persona, las cuales agravarían más su salud e, incluso, podrían llegar a causar su muerte:

Sigue habiendo mortandad porque en ocasiones las personas que viven con VIH pueden dejar de tomar el medicamento [...] esto causa que la persona tenga consecuencias también en un deterioro físico debido a la dinámica de las enfermedades oportunistas que se puedan presentar por falta del cuidado del medicamento (E2, T2).

Así mismo, trabajar con el apego al tratamiento puede llegar a beneficiar el proceso de duelo que atraviesa la persona. Ariel señala que *“al trabajarlo es más sencillo trabajar el duelo, porque la persona ya acepta su enfermedad”* (E3, T1).

Es importante que la persona se atienda, conozca su carga viral y utilice los medicamentos necesarios para su tratamiento. Una vez trabajado esto se comienzan a atender los procesos emocionales que aparecen con el duelo.

B) Efectos secundarios en el tratamiento antirretroviral

Una de las razones por las cuales las personas que viven con VIH optan por no seguir el tratamiento antirretroviral es debido a que, en algunas ocasiones, éste tiene efectos secundarios como alteraciones metabólicas, hipersensibilidad, toxicidad, náuseas y vómito, dolor de cabeza, diarrea, dolor muscular, mareo, cansancio, insomnio, entre otros.

Los efectos secundarios no sólo afectan la adherencia al tratamiento, sino que también dificultan llevar a cabo el proceso psicoterapéutico, pues la persona puede llegar a faltar a terapia debido a éstos, negarse a utilizar los medicamentos, lo cual tendría las consecuencias mencionadas anteriormente e, incluso la persona podría pasar por la fase de negación, la cual obstaculizaría el proceso psicoterapéutico del duelo.

C) Otras pérdidas

Otra dificultad que aparece al trabajar con personas que viven con VIH es el tema de las pérdidas que conlleva el vivir con ésta enfermedad. Cuando una persona descubre que se ha infectado con el virus de inmunodeficiencia humana no sólo se tiene que enfrentar con una pérdida de salud, sino que, debido a todo lo que implica ésta enfermedad, deberá de lidiar con otras pérdidas.

Una de éstas pérdidas tiene que ver con la sexualidad, pues ya no le será posible mantener relaciones sexuales sin el uso de un preservativo, Ariel da cuenta de esto pues afirma que, al tratar a personas con ésta problemática *“hay que ser más cauto, ya no puede tener relaciones sin el uso de condón, si tiene relaciones sexuales sin condón viene la culpa, viene el arrepentimiento”* (E1, T3).

Alicia está de acuerdo con esto, pues menciona que, al tener éste virus es necesario abandonar ciertas prácticas sexuales: *“si vivo con VIH también tengo que soltar ciertas cosas que antes hacía, por ejemplo... si antes me iba a tener sexo con cualquier persona y sin usar preservativo ahora ya no voy a poder”* (E1, T1).

Elizabeth comparte ésta opinión, pues afirmó que *“todo ese tipo de situaciones, de dinámicas que están pegadas a la sexualidad cambian de una manera muy importante. La percepción que la persona tiene de su sexualidad cambia”* (E2, T2). Pues quienes se

infectan con éste virus tienen la idea de que su vida sexual ha terminado. Así mismo *“sigue necesitando guardar silencio porque muchos estigmas están relacionados a la diversidad sexual”* (E2, T2). También señala que, en algunas ocasiones, la persona que vive con VIH *“se castiga a sí misma, privándose de poder volver a relacionarse sexualmente con otra persona; o evadiendo la relación con otras personas, aislándose”* (E2, T2).

El aislamiento social es otra pérdida que ésta población suele enfrentar, ya sea por su propia cuenta o porque las personas a su alrededor se enteraron de su condición. Ariel comenta que la persona deja de relacionarse con los otros para evitar el rechazo social (E1, T3). Minerva afirma que también suelen evitar compartir su diagnóstico por miedo a éste rechazo:

Quando reciben la noticia del diagnóstico hay una tendencia al aislamiento, no nada más por el duelo que están viviendo de la situación en sí misma, sino porque se saben estigmatizados desde antes. Puede que haya un rechazo entonces *“me alejo antes de que me rechacen”* (E1, T4).

El hecho de permanecer alejadas de sus seres queridos y enfrentarse a una enfermedad como lo es el VIH puede no sólo causar que las personas se sientan solas y, en el caso de que los otros las eviten, abandonadas; sino que no cuentan con el apoyo necesario para enfrentar los efectos que implica el tratamiento antirretroviral ni las enfermedades oportunistas que puedan llegar a presentarse. Además del apoyo emocional necesario para enfrentar su duelo.

De igual manera, quienes viven con VIH pueden enfrentar la pérdida de sus trabajos o de su estabilidad económica. Esto debido a que deciden no compartir su diagnóstico y, al tener que atender a citas médicas se ven en la necesidad de faltar a sus trabajos. Elizabeth menciona que:

La persona tiene que dejar de trabajar o tiene que hacer cosas fuera de su ámbito laboral y requiere ir al médico, requiere una serie de procesos en donde va a estar presente esta situación en la que la persona necesita hacer espacios para atender su salud y eso también es una situación de pérdida (E2, T2).

Todas éstas pérdidas deben de ser consideradas al momento de trabajar con éstas personas pues, de no ser atendidas debidamente, pueden llegar a entorpecer el proceso psicoterapéutico del duelo.

D) Problemáticas anteriores al VIH

En muchos de los casos, el proceso de duelo que viven las personas con VIH se ve influido por problemáticas anteriores al diagnóstico de dicha enfermedad. Éstas pueden dificultar el proceso psicoterapéutico pues el terapeuta debe de trabajar con temas como la violencia, problemas familiares, baja autoestima, prácticas sexuales estigmatizadas, entre otros.

Ariel menciona que, en su práctica ha trabajado con consultantes *“que adquieren el VIH en estado de suma pobreza, de suma violencia”* (E1, T3) los cuales suelen naturalizar la estigmatización social que sufren pues están acostumbrados al rechazo social. Comenta también que es necesario ser muy cuidadosos al tratar con éstas personas, pues en la mayoría de los casos no es posible encontrar una solución a todas las problemáticas que vive.

E) Transferencia

Ariel afirmó que una de las dificultades que suele tener al tratar con el duelo es la transferencia. Ella menciona que es necesario que, al trabajar no sólo con personas que viven con VIH sino con cualquier tipo de población, es necesario no tomar como personales las cosas que sucedan en la sesión de psicoterapia:

Hay que trabajar muy bien tu parte interna para entender que esa persona no la trae contra ti, sino que se está peleando con su pasado, se está peleando con todos sus fantasmas. No es contigo. Si te están invitando a tener relaciones sexuales es necesario tener cuidado porque esa persona está actuando en función a cierto pasado, etc. No es por ti, no es porque estés hermoso o guapo, no. Es porque esa persona está pasando por ciertas situaciones y, al sentirse en un espacio cómodo, de confianza se crea esta transferencia. Entonces, como psicoterapeutas, hay que tener mucho cuidado.

Ella afirma que, si el terapeuta tiene clara su ética y su papel dentro de la relación terapéutica no tendrá ésta dificultad al trabajar el proceso de duelo.

F) Negación

La negación es un mecanismo común que suele aparecer durante el proceso de duelo; en éste la persona niega su pérdida. En el caso de las personas que viven con VIH es común

que se rehúsen a admitir que han sido infectadas con el virus, pues éste implica tanto estigmatización como pérdidas.

Ariel afirma que durante la fase de negación algunas personas están tan negadas a aceptar que tienen VIH que suelen hacerse la prueba de éste virus en varias instituciones sociales, a pesar de que todas han dado el mismo resultado positivo:

Hay casos en los que la persona viene a hacerse la prueba y se le diagnostica, va a otra institución se vuelve a hacer la prueba y se le diagnostica, va a otros laboratorios privados a hacerse la prueba y de nuevo lo diagnostican, y ninguno tenemos la posibilidad de decirle “¿qué estás buscando? la prueba siempre le va a salir positiva, ¿esperas que alguien te diga que no, que no tienes nada? No va a suceder (E1, T3).

Ella señala que *“no aceptar lo que tienes sí entorpece gravemente la dinámica del duelo”* (E2, T3).

Alicia también ha trabajado con personas que se encuentran en negación, ella afirma que tuvo un consultante que, a pesar de presentar varios síntomas de enfermedades oportunistas como el sarcoma de Kaposi e, incluso, de encontrarse en la etapa de SIDA se negaba a aceptar su condición: *“era una negación inmensa, la más grande que yo he visto. Una negación hasta psicótica”* (E1, T1). Alicia también comenta que le resultó muy difícil trabajar con ésta persona, pues se negaba a aceptar no sólo su condición sino los síntomas físicos que el virus le causaba, como llagas en su cuerpo.

Ésta terapeuta también contó sobre otros casos en los cuales los consultantes varones mantienen relaciones sexuales homosexuales, pero se niegan a aceptar su homosexualidad pues son esposos e, incluso, padres de familia: *“un hombre que tiene sexo con otro hombre ya lleva una doble vida. Imagina los mecanismos de negación tan altos que tiene que tener”* (E2, T1). Ella afirma que, cuando la persona se niega a hablar sobre su situación de ser positivo, *“evita hacer estos procesos de duelo”* (E1, T1).

Otro riesgo que implica la fase de negación en el proceso de duelo es la propagación del virus. Elizabeth señala que, cuando la persona se niega a aceptar su condición de VIH puede seguir manteniendo relaciones sexuales riesgosas. Para ella, la clave para trabajar con ésta dificultad es el concientizar a la persona y trabajar con la responsabilidad que implica el vivir con ésta enfermedad.

Como se observa, existen varias dificultades al trabajar con el proceso de duelo con personas que viven con VIH, sin embargo, un psicoterapeuta con experiencia y con las habilidades necesarias podrá ayudar a que el proceso de duelo sea resuelto. También es importante tener en cuenta que, si la persona no desea salir adelante y aceptar su enfermedad no será posible trabajar con ella.

4. Impacto del trabajo de duelo en las psicoterapeutas

Adentrarse al mundo del VIH no es tarea fácil, las terapeutas entrevistadas lo saben muy bien. Ellas afirman que el conocer éstas historias y tratar de cerca temas de violencia, estigmatización, discriminación, dolor, duelo, muerte, las ha impactado de manera profunda. Cada una de ellas ha tenido vivencias diferentes, sin embargo, todas comparten el deseo de ayudar a ésta población y de hacer consciencia social para que el estigma no prevalezca.

Elizabeth menciona que, para ella, el trabajar con personas que viven con VIH la ha hecho voltear a ver las problemáticas que prevalecen en la sociedad: *“si a mí me preguntas “¿cómo te ha impactado a ti?” A muchos niveles. Sobre todo, me ha impactado el silencio, la misma sociedad”* (E1, T2). Ella comenzó a trabajar con ésta población desde que el virus se dio a conocer y murieron miles de personas, pues no había muy poca información sobre éste. Ella relata cuáles han sido sus aprendizajes tanto personales como profesionales al trabajar en éste mundo:

A mí en mi historia personal me vino a cambiar muchas cosas; me hizo más fuerte en la parte espiritual, me dio más sentido a la apuesta personal que había hecho de mi vida, me hizo trabajar en áreas en las que las personas necesitaban recuperar su propia humanidad y ese fue exactamente mi apuesta ¿cómo ayudar a que la esperanza no sea lo primero que desaparezca sino lo último que se vaya? Que pueda aparecer cuando los seres humanos podamos voltearnos a ver, mutuamente. Que sea lo que permanezca hasta el final. (E1, T2). Me permite verme no solamente como a alguien útil, sino que me permite compartir esa humanidad que tenemos los dos (E2, T2).

Alicia también ha sido tocada por las historias que ha escuchado. Ella menciona que ha podido observar situaciones de mucha vulnerabilidad que le han hecho reflexionar acerca de la sociedad, también explica que, sobre todo, el trabajar con consultantes que están al borde de la muerte ha sido muy difícil y significativo para ella:

Es parecido a tener pacientes que tienen un cáncer muy avanzado. Cuando van a consulta y tú los ves mal no sabes si es la última vez que los vas a ver o no. Es muy difícil como... bueno es más fuerte la transferencia, la relación con ellos... (E3, T1).

Ella también habló de un consultante al cual acompañó de forma improvisada pues se encontraba en un hospital con psicólogos en formación y las enfermeras le pidieron que atendiera a un hombre en etapa de SIDA que tenía tuberculosis y, al parecer, moriría pronto:

[...] con él fue bien fuerte porque tuve que estar al filo de su cama en el hospital y él me contaba su vida, tenía la esperanza de ver a su hijo. A parte, él estaba retenido así que junto a él estaba el policía. Si iba al baño, el policía lo acompañaba al baño y así a todos lados. Estaba custodiado. [...] lo llevaron a la unidad de VIH porque estaba muy grave y creo que no la libró. Y fue triste porque su sueño era librarla para pasar la navidad con su hijo, pero yo ya lo de él era muy grave, tenía tuberculosis en toda la cabeza, estaba muy mal y por eso pienso que no la libro. Y, te digo, su esperanza de vida era regresar a la cárcel. Ahí sí se me partió el corazón, dije “ojalá al menos pueda pasar las fiestas, pasar la Navidad” [...] no era mi paciente y aun así me dolió muchísimo (E3, T1).

Por su parte, Minerva habla sobre el humanizar al consultante y, a la vez, que el terapeuta se humanice a sí mismo. Menciona que ha vivido situaciones en las cuales es difícil dejar los estigmas de lado y que en muchas ocasiones le ha tocado escuchar historias en las cuales la persona con VIH ha sufrido mucho por la forma en que la tratan:

Todos tenemos nuestra dignidad, pero una de las cosas que más va a sufrir una persona con VIH es que pisoteen su dignidad con el trato que de repente suelen darles y el hecho de que tú, en el espacio de terapia, seas muy respetuoso, muy humano, cercano, sin ponerlo a él en riesgo ni a ti tampoco, para mí es una ayuda tremenda (E1, T4).

Mientras que a Ariel el trabajar con personas que viven con una enfermedad crónica como lo es el VIH causa que se cuestione acerca de su propia salud, su vida personal, la sociedad en la que vive, etc.

A mí el abordaje social ha sido una de las partes que más me ha gustado, el tema de intervención, de diseño de planes y, por otra parte, el tema clínico. Es un tema de vocación a mí me despierta, me agrada. Y en la parte personal creo que tiene mucho que ver con la sensibilidad hacia el tema de la salud. Aunque puedo decir que no soy completamente

ajena a ver esta enfermedad y, cuando esta se complica, la consciencia de saber lo que sucede, sin duda alguna, al menos a mí me regresa a la pregunta de ¿cómo está mi propia salud? Y yo creo que ese es uno de los ámbitos más importante que arroja. Y, por otro lado, aquí nos enfrentamos con que conocemos historias de personas muy diversas vinculadas no solamente al tema de salud, sino a otras perspectivas como la sexualidad, el género, etc. Y quieras o no eso siempre trae detrás de sí el cuestionamiento de ¿cómo es que yo vivo mi vida en relación a esos temas?

Todas éstas vivencias han ayudado a las entrevistadas a tener una mayor empatía hacia sus consultantes y a sentirse más comprometidas en su labor como psicoterapeutas, ellas afirman que, a pesar de que ha cambiado mucho la concepción que existe hacia el VIH aún es necesario seguir concientizando a la sociedad para que la estigmatización hacia ésta población siga disminuyendo.

Las entrevistas realizadas abren un campo enorme de conocimiento no sólo acerca del mundo del VIH sino hacia el proceso de duelo que quienes viven con ésta enfermedad tienen que enfrentar. Aquellos terapeutas que se dedican a ayudar a personas VIH positivas saben que su labor no es sencilla pero sí necesaria y que, al llevar a cabo su trabajo están contribuyendo al bienestar social de éstos sujetos y sus familias.

A través de las entrevistas realizadas y de la información que fue posible recopilar de éstas, es posible observar que cada terapeuta tiene su propia forma de trabajar el proceso de duelo en consultantes que viven con VIH; sin embargo, también es posible observar varios aspectos en los cuales coinciden como que el inicio del proceso de duelo suele darse al recibir el diagnóstico de ésta enfermedad, las problemáticas que dicho diagnóstico desencadena en la persona, la forma en que cada individuo vive su duelo y cómo cada experiencia es diferente y, a la vez, similar; cómo cada enfoque elegido les brinda herramientas necesarias para trabajar con cada población, cuáles son las dificultades que se presentan al brindar acompañamiento psicoterapéutico del duelo, entre otros aspectos importantes.

Conclusiones

Esta investigación fue realizada con el propósito de generar conocimiento acerca del proceso psicoterapéutico de personas diagnosticadas con el virus de inmunodeficiencia humana que están pasando por un proceso de duelo, ya que existe muy poca información acerca de este tema, pues la mayoría de los estudios que hablan sobre el proceso de duelo de personas que viven con VIH se refieren al duelo por la muerte, no al duelo debido a la enfermedad ni a las pérdidas que éste virus desencadena.

La importancia de éste trabajo reside en haber generado información acerca del proceso de duelo de esta población, los enfoques y técnicas terapéuticas que suelen ser utilizadas para atender ésta problemática y las características que tienen los psicoterapeutas que atienden a este tipo de consultantes. La información general puede ser utilizado por todas aquellas personas que deseen incursionar en este campo. Así mismo, podría servirles a los familiares de las personas que acaban de ser detectados con VIH y deseen conocer más acerca de éste virus y del duelo que pueden llegar a vivir o a cualquier persona que desee conocer más acerca del tema.

Un hallazgo importante fue que el duelo por VIH es particularmente doloroso en comparación al que se vive en cualquier otra enfermedad, como consecuencia de todos los estigmas que existen alrededor del virus de inmunodeficiencia humana, pues a pesar de que esta enfermedad ya no representa el mismo riesgo para quien la contrae debido a la existencia de nuevos medicamentos y tratamientos antirretrovirales para tratar el virus, aún está asociada con la muerte y con otros estigmas relacionados a la homosexualidad, la prostitución, la drogadicción y la promiscuidad. Estos estigmas, aunados a su condición de enfermedad de transmisión sexual, causan que el tener VIH pueda desencadenar más pérdidas además de la pérdida de salud, como la pérdida de un empleo, del apoyo de familiares y amigos, de la vida personal y sexual de la persona, entre otras.

Otro hallazgo fue conocer que la mayoría de las psicoterapeutas entrevistadas no utilizan un enfoque psicoterapéutico puro, sino un enfoque integrativo ya que afirman que éste busca dar una mejor atención a los consultantes y una mayor eficiencia en el proceso psicoterapéutico pues el sujeto no se circunscribe al modelo, sino que son los modelos los que se integran a las necesidades reales de éste. Así mismo se encontró que, de los

cuatro enfoques principales, el enfoque sistémico es el más empleado por las psicoterapeutas.

Así mismo, se encontró que una de las más grandes dificultades que las terapeutas señalan que obstaculizan el proceso de duelo es el apego al tratamiento ya que, según las entrevistadas, no sólo afecta la salud del consultante y pone en riesgo su vida, sino que las enfermedades oportunistas que pueden llegar a impedir que se lleve a cabo la terapia.

Por último, se descubrió que el atender a esta población ha impactado profundamente a todas las psicoterapeutas, ya que cada una afirmó que el acompañar a personas que viven con VIH y ser testigos de las dificultades que han tenido que atravesar, de sus historias de vida y de los cambios que han tenido que hacer las ha hecho reflexionar no sólo sobre el ámbito profesional, sino también sobre su vida personal.

El análisis de los datos descritos en el documento está fundado en información empírica recogida a través de entrevistas realizadas a las psicoterapeutas, sin embargo, hubo algunas limitaciones que impidieron que el trabajo fuese más desarrollado:

El primer elemento que obstaculizó esta investigación fue el tiempo, pues de haber tenido un mayor periodo de tiempo para realizar este trabajo hubiese sido posible llegar a recopilar más datos que podrían haber enriquecido la investigación; el número de psicoterapeutas entrevistadas también es un factor que limitó este trabajo, pues fue una población de cuatro personas, sin embargo, todas tienen la experiencia suficiente como para tener una buena noción de la problemática del duelo en esta población. Así mismo, el número de entrevistas que se realizaron fue pequeño y, si bien fueron entrevistas a profundidad, posiblemente la información recopilada hubiese sido más rica si se hubieran llevado a cabo un mayor número de entrevistas.

Otras limitaciones ajenas al tiempo fue que no se tuvo acceso a la terapia que llevan a cabo las psicoterapeutas entrevistadas ni se hicieron entrevistas a sus consultantes, esto debido a cuestiones éticas como el cuidado de la identidad del consultante, de su vida y del proceso terapéutico como tal. Teniendo como consecuencia, que algunos temas no se trataran en esta investigación como la perspectiva de duelo de las propias personas que

viven con éste virus, el estudio de un caso con estas características, los cambios que van teniendo los consultantes a raíz de la consulta psicoterapéutica, entre otros.

A pesar de ello, el objetivo de generar conocimiento acerca del proceso psicoterapéutico de personas que acaban de ser diagnosticadas con el virus de inmunodeficiencia humana y están pasando por un proceso de duelo fue cumplido de forma satisfactoria, ya que se generó nueva información sobre el tema. Además, una vez concluida la investigación, surgieron preguntas que podrían ahondar en el estudio del tema como “¿qué aspectos de la psicoterapia considera el consultante que han sido útiles para su proceso de duelo?, ¿qué actitudes del psicoterapeuta ayudaron a crear una buena relación terapéutica?, ¿qué opinan otros expertos de la salud acerca del proceso psicoterapéutico del duelo?” entre otras.

Por último, cabe mencionar la importancia que tiene la investigación para la psicoterapia; en primera instancia, ofrece un beneficio tanto a los consultantes como a los psicoterapeutas ya que permite comprobar teorías, recopilar información importante para atender a los consultantes y para brindarles a éstos un mejor servicio. También propone nueva información acerca de distintas temáticas, una visión más clara, objetiva y específica sobre la práctica profesional y un acercamiento a la realidad histórica y social de los sujetos de investigación.

La investigación puede ayudar a que la psicoterapia tenga las bases para mejorar la intervención y por tanto su eficacia, así como evaluar el impacto de esta en la promoción del bienestar psicológico de los consultantes.

Referencias bibliográficas:

- Andrés Omaña, Diana M. (s/f) *VIH-Sida y duelo homosexual*. Universidad de la Sabana: 1-32.
- Arellano, Luis M. (2008) *Estigma y discriminación a personas con VIH*. México: Caracol
- Balarezo, L. (2015). *Psicoterapia* (2a. ed.). Quito, EC: Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Revisado en <http://www.ebrary.com.ezproxy.iteso.mx>
Recuperado el día 30 de septiembre de 2017
- Barton-Knott, S. (8 de marzo de 2017). *unaid.org*. Recuperado el 15 de marzo de 2017, de http://www.unaids.org/sites/default/files/20170308_PR_Womens_Day_es.pdf
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2000) *Terapia Sistémica Individual*. Buenos Aires: Amorrortu. Cap. 2 El trabajo sistémico pp. 65-118
- Campo Araúz, L. (2012) *Despedirse de uno mismo: pérdida y duelo en enfermedades estigmatizantes. el caso de personas con Hansen*. Cuenca, Ecuador: Ediciones Abya-Yala
- Celis, E., & García, C. (2014). *La incidencia de la gestión de la comunicación en la estrategia corporativa*. *Informes Psicológicos*, 14(1), 65-89.
- Creswell, J.W. (2007). *Qualitative inquiry & research. Choosing among five approaches*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Delgadillo Martínez, Ruth (2007) Análisis procesual del Impacto del VIH/SIDA y su Representación en Personas Seropositivas. *Psicología Iberoamericana*, vol. 15, núm. 2, pp. 30-37, Universidad Iberoamericana, Ciudad de México Distrito Federal, México. Recuperado 12 de septiembre de 2017 de <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133915933005.pdf>
- Díaz Camarena Armando (1997) *Manual para capacitación sobre VIH/SIDA*. Jalisco, México: COESIDA SSA.

- Estevens Pazes, Maria Catarina, Nunes, Lucília y Antonio, Barbosa (2014) Factores que influyen en la experiencia del duelo y proceso terminal: Perspectiva del cuidador. *Revista de Enfermagem Referência*. nov/dic 2014, Vol. 4 Issue 3, p95-104. 10p. 1 Chart.
- Fernández Núñez, L. (2006) ¿Cómo analizar datos cualitativos? *Butlletí LaRecerca*. Octubre 2006, Vol. 7, pág. 1-13, Universidad Barcelona. Barcelona, España: Institut de Ciències de l'Educación.
- Frankl, V. (1991) *El hombre en busca de sentido*. Barcelona, España: Editorial Herder
- Freud, S. (1967) *Duelo y melancolía*. En *Obras completas. Vol I, Buenos Aires, Amorrortu*
- Freud, S., & Breuer, J. (1893). *Estudios sobre la histeria*. En S. Freud, *Obras completas de Freud (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 2)*. Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1910a [1909]). *Cinco conferencias sobre psicoanálisis*. En S. Freud, *Obras completas (J. L. Etcheverri, Trad., 1979 ed., Vol. 11)*. Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- García Ledesma, R., Mellardo Cabrera, A., Illarramendi Hernández, I. y Pérez Cequera, M. (Agosto del 2015) Uso de técnicas con enfoque sistémico narrativo: intervención psicoterapéutica en una familia por duelo infantil. *Alternativas en psicología*. Recuperado el 13 de diciembre de 2017 de <http://alternativas.me/22-numero-33-agosto-2015-enero-2016/97-uso-de-tecnicas-con-enfoque-sistemico-narrativo-intervencion-psicoterapeutica-en-una-familia-por-duelo-infantil>
- García-Viniegras, C. R., Grau Abalo, J. A., e Infante Pedreira, O. E. (2013). Duelo y proceso salud-enfermedad en la Atención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 121-131.
- Galimberti, U. (2002). *Diccionario de Psicología*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veinituno.
- Goffman, E. (2008). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Hernández, A. P. (2010). Aproximaciones al derecho a la salud: el Sida en México. En A. P. Hernández Romano, *Cuadernos de derechos humanos (Vol. 1)*. Ciudad de México, México: Universidad Iberoamericana.
- Klein, M. (1940) *El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos* en Melanie Klein, *Obras completas (Vol. 2)* Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Kriz, Jürgen (2007) *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Latorre, A. (2003). *La investigación-acción: Conocer y cambiar la práctica educativa*. Barcelona, España: Graó.
- Luzzi, A. M., Ramos, L., Bardi, D., & Slapak, S. (Junio de 2015). La investigación empírica en psicoterapia y la supervisión clínica: aportes para la formación profesional y académica. (U. d. psicología., Ed.) *Anuario de investigaciones*, 1(22), 39-44.
- Martínez Rodríguez, J. (Julio-Diciembre del 2011) Métodos de investigación cualitativa. *Silogismo: Revista de la corporación internacional para el desarrollo educativo* (Número 8). Bogotá, Colombia.
- McKernan, J. (2001). *Investigación, acción y currículo*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- Merriam, S. (2002). *Qualitative Research in Practice: Examples for Discussion and Analysis*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Münch, L. y Ángeles, E. (2009) *Métodos y técnicas de investigación*. (4ª. ed.) México: Trillas.
- ONUSIDA. (2016). *unids.org*. Recuperado el 1 de Abril de 2017, de <http://www.unids.org/es>
- Payás Puigarnau, A. (2010). *Las tareas del duelo*. Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Pérez Uribe, D. A., y Atehortua Vélez, M. R. (2016). La comprensión del duelo desde la psicoterapia humanista. *Psyconex*, 8(12). Recuperado el 1 de octubre de 2016, de <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/Psyconex/article/viewFile/326982/20784208>
- Poch, C. (2014). *Pérdidas y duelos: Reflexiones y herramientas para identificarlos y afrontarlos*. Barcelona, España: Octaedro.
- Retamal, P. (2003). *Depresión clínica y terapéutica*. Santiago, Chile: Mediterraneo.
- Román, M. (Inédito). *Guía Práctica para el Diseño de Proyectos Sociales*. CIDE.
- Romero, V. (2013). Tratamiento del duelo: exploración y perspectivas. *Psicooncología*, 10(2-3), 377-392.
- Sociedad mexicana de psicología. (2002). *Código ético*. México: Trillas.

Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. (Septiembre de 2012). *epidemiologia.salud.gob.mx*. Recuperado el 1 de Abril de 2017, de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/30_2012_Manual_VIH-SIDA_vFinal_1nov12.pdf

Taylor, S. J. y Bogdan R. (2010) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Madrid, España: Paidós.

Usdin, S. (2002). Sida. En S. Usdin, *Dossiers para entender el mundo* (A. Cadarso, Trad., Vol. 23). Londres, Reino Unido: New Internationalist.

Villegas, O. (2013). Investigación en psicoterapia. (P. U. Perú, Ed.) *Revista de Psicología*, 9, 161-190. Recuperado el 13 de Septiembre de 2017, de <http://eds.b.ebscohost.com.ezproxy.iteso.mx/eds/detail/detail?vid=1&sid=ccbe78a3-82b2-4d83-a2e7-18d6104da753%40sessionmgr101&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=edsdoj.f3580de48ce441fdb651cd81d158688e&db=edsdoj>

Woods, P. (1989). *La escuela por dentro: la etnografía en la investigación educativa*. España: Paidós.

Worden, J. W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona, España: Paidós.

Anexos

Tabla 1

**Casos Notificados de Sida según Estado de Residencia y Sexo
México, 1983-2016***

Estado	Número de Casos			Proporción de Casos con Respecto al Total (%)
	Hombres	Mujeres	Total	
Aguascalientes	930	177	1,107	0.6
Baja California	6,614	1,569	8,183	4.3
Baja California Sur	851	187	1,038	0.6
Campeche	1,914	535	2,449	1.3
Coahuila	1,699	293	1,992	1.1
Colima	1,069	232	1,301	0.7
Chiapas	7,189	2,610	9,799	5.2
Chihuahua	4,426	829	5,255	2.8
Distrito Federal	24,657	2,974	27,631	14.7
Durango	1,224	247	1,471	0.8
Guanajuato	3,116	599	3,715	2.0
Guerrero	7,180	2,394	9,574	5.1
Hidalgo	1,828	476	2,304	1.2
Jalisco	10,809	2,210	13,019	6.9
México	16,325	3,353	19,678	10.4
Michoacán	4,766	1,066	5,832	3.1
Morelos	3,215	866	4,081	2.2
Nayarit	2,008	458	2,466	1.3
Nuevo León	4,968	729	5,697	3.0
Oaxaca	5,079	1,367	6,446	3.4
Puebla	6,538	1,806	8,344	4.4
Querétaro	1,273	243	1,516	0.8
Quintana Roo	2,453	547	3,000	1.6
San Luis Potosí	1,976	434	2,410	1.3
Sinaloa	3,006	658	3,664	1.9
Sonora	3,392	654	4,046	2.1
Tabasco	3,319	799	4,118	2.2
Tamaulipas	3,787	890	4,677	2.5
Tlaxcala	1,326	387	1,713	0.9
Veracruz	12,569	3,418	15,987	8.5
Yucatán	3,912	710	4,622	2.5
Zacatecas	812	161	973	0.5
Extranjeros	330	38	368	0.2
No especificado	63	5	68	0.0
TOTAL	154,623	33,921	188,544	100.0

*Información al 31 de diciembre de 2016.

Fuente: SUIVE/DGE/SS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA.

Tabla 2

**Distribución de los Casos Notificados de Sida
según Grupo de Edad y Sexo; México, 1983-2016***

Grupo de Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
< de 1	568	53.0	503	47.0	1,071	0.6
1 - 4	803	51.7	749	48.3	1,552	0.8
5 - 9	396	51.2	378	48.8	774	0.4
10 - 14	304	58.7	214	41.3	518	0.3
15 - 19	2,532	69.0	1,135	31.0	3,667	1.9
20 - 24	15,185	78.9	4,059	21.1	19,244	10.2
25 - 29	28,284	83.3	5,679	16.7	33,963	18.0
30 - 34	30,547	84.0	5,823	16.0	36,370	19.3
35 - 39	25,538	84.2	4,788	15.8	30,326	16.1
40 - 44	18,543	83.2	3,733	16.8	22,276	11.8
45 - 49	12,453	82.5	2,637	17.5	15,090	8.0
50 - 54	7,923	81.4	1,811	18.6	9,734	5.2
55 - 59	4,939	81.3	1,138	18.7	6,077	3.2
60 - 64	2,877	82.4	615	17.6	3,492	1.9
65 y +	2,863	84.6	521	15.4	3,384	1.8
Ignorado	868	86.3	138	13.7	1,006	0.5
Total	154,623	82.0	33,921	18.0	188,544	100.0

*Información al 31 de diciembre de 2016.

Fuente: SUVE/DGE/SS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA.

Procesó: Dirección General de Epidemiología/SS.