

EL VIH/SIDA Y LA PSICOTERAPIA GESTALT

La versión corta de este artículo fue publicada en la Revista Figura/Fondo del Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt, A. C., Volumen 5 N° 1 Año 2001, México, D. F.

Autor: Humberto Payno (*)

...siendo tú, siendo soy,
...siendo yo, siendo eres,
...siendo, seremos...

(Septiembre de 1997)

INTRODUCCIÓN

Elegí este tema para emprender un viaje que me llevara a recapitular mis experiencias de vida como psicoterapeuta durante la atención a personas que han tenido un resultado positivo a las pruebas serológicas del VIH, el actualizarme y compartir estos aprendizajes con colegas psicoterapeutas y toda aquella persona interesada en esta temática.

El conocer y poner en práctica los principios y recursos de la psicoterapia Gestalt, como: *Darme cuenta, Aquí y ahora, Promoción de la responsabilización, Técnicas expresivas*, etc., me ha incrementado la efectividad con las personas que asisten a consulta y en especial, con esta población al *procesar* sus miedos, angustias, paranoias y culpas, entre tantos otros sentimientos y comportamientos. Asimismo, el hecho de que la experiencia es vivencial en la Gestalt, me facilita la *elaboración* de las actitudes de la persona, al clarificar y fortalecer sus formas de relacionarse consigo misma y con el mundo que la rodea.

Para hacer más viable y accesible el proceso de cambio de la persona, es fundamental concebirla dentro del ámbito de la teoría de campo que define

(*) **Humberto Payno**. Especialidad en Psicoterapia Gestalt, Grupal y en Orientación y Desarrollo Humano en el Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt. Diplomado en Desarrollo de la Conciencia, área Conciencia, en Casa Amatlán. Licenciatura en Ingeniería Mecánica Eléctrica, UNAM. Actualmente se dedica a dar terapia individual, de pareja, grupal y talleres-retiro. Tel. 5635-2675.

Email: hpayno@yahoo.com

Página Web: <http://www.humbertopayno.com>

Gary Yontef para la Gestalt¹, principalmente en los temas sobre red sistémica de relaciones; continuo en espacio y tiempo; todo es de-un-campo; los fenómenos son determinados por todo el campo; el campo es un todo unitario (todo afecta a todo lo demás en un campo) y la visión de que la realidad percibida se configura mediante la relación entre el observador y el observado.

Con el deseo de mantener los conceptos teóricos y experiencias que he tenido, lo más cercano posible a la realidad, estructuré la secuencia y la selección de los contenidos de los capítulos en una forma fenomenológica, acorde con lo que he venido observando sobre el proceso de vida en personas que presentan seropositividad al VIH², en momentos relevantes que han generado o propiciado un cambio importante en el sentido y significado de su vida.

Me refiero a un enfoque fenomenológico³ al hecho de tratar de rescatar lo que es *obvio*⁴ o revelado por la situación, más que lo que es interpretado por el observador, es decir, lo que es y está presente, y evitar conceptos preconcebidos y percepciones o interpretaciones filtradas por la experiencia particular de vida del terapeuta.

También deseo expresar en este apartado mi más profundo agradecimiento a todas aquellas personas que me han apoyado para llegar a mi *ir siendo* actual en mi vida y en forma especial a todos los seres humanos que me han otorgado su generoso voto de confianza, permitiéndome incrementar mi aprendizaje durante la exploración de su experiencia de vida durante las sesiones terapéuticas, en algunas ocasiones hasta en su último respiro. Gracias a todos ellos y ellas, mis más grandes maestros.

ANTECEDENTES PSICOSOCIALES DEL VIH/SIDA Y SU IMPACTO

El impacto psicosocial sobre la persona que vive con VIH/SIDA, ha venido cambiando a lo largo del tiempo desde que se conoció la existencia del SIDA hasta los tiempos actuales.

1. **YONTEF**, Gary. (1997). cap. 10. "Introducción a la teoría de campo", pp. 267 - 304.

2 . Se entiende por seropositividad al resultado positivo de los análisis serológicos de las pruebas de Elisa y Western Blot que se utilizan para detectar el VIH.

3. *Op. cit.* "Fenomenología gestáltica y teoría paradójica del cambio", pp. 173-176.

4. A la Psicoterapia Gestalt se le ha llamado *la terapia de lo obvio*, lo que esta en *primer plano*, aquí y ahora.

Al principio, y aún frecuentemente hoy en día, el SIDA se asociaba directamente con un virus de tal agresividad, que en un tiempo corto, de uno a tres años, destruía y mataba a la persona que lo adquiría, obligándola a pasar por un largo proceso de deterioro progresivo, físico, social y en muchos casos mental⁵, para concluir en forma irremediable en la muerte.

Si a lo anterior se le asocia la información que manejaron la gran mayoría de los medios masivos de comunicación, en el sentido de que esta epidemia llegó a niveles de pandemia y que era transmitida principalmente por hombres homosexuales o por intercambio de agujas entre drogadictos, se entiende que se generó sobre las personas que viven este padecimiento, sentimientos de lástima, rechazo y terror por parte de la gran mayoría de los sectores de la sociedad. Adicionalmente, fortaleció esta estigmatización la postura ideológica y política de varias instituciones religiosas, en el sentido de que el SIDA era “un castigo divino por vivir en el pecado y realizar prácticas sexuales contrarias a las autorizadas y reconocidas”.

En este contexto se puede observar con mayor claridad el porqué las personas con seropositividad a las VIH llevan cargas adicionales a la fisiológica, pues no es nada más vivir ante la amenaza constante de encontrarse con la señora de la guadaña a la vuelta de la esquina, sino también toparse constantemente con la estigmatización moral y social existente dentro del *campo fenomenológico de una persona con seropositividad al VIH*.⁶

En la actualidad, la mayoría de las personas con seropositividad al VIH viven con tres cargas significativas en el ámbito de la República Mexicana y de la mayoría de los países de occidente donde se correlaciona el VIH con prácticas homosexuales:

- Vivir en la clandestinidad homosexual debido a la moral sexual predominante⁷, ya que la mayor parte de esta población en el mundo occidental tiene esta preferencia u orientación sexual. Sin embargo, la seropositividad al VIH ha avanzado en la población con prácticas

5. **BARTLETT**, John G. Y Ann K. Finkbeiner (1996). *GUÍA PARA VIVIR CON VIH Y SIDA*. cap. 4: “Demencia asociada al VIH: el VIH y el sistema nervioso central”, Pp. 210-221.

6. ***Campo fenomenológico de una persona con seropositividad al VIH***. Lo defino como el contexto espacio/tiempo en donde se da la interacción de la persona consigo misma y con su medio ambiente en donde coexiste la interacción dinámica entre todos los procesos, acontecimientos y elementos que inciden y alteran directa e indirectamente la calidad de vida de la persona que vive con VIH/SIDA.

7. **MORENO**, Tiberio. (1998). *EL PACIENTE CON SIDA Y EL ENTORNO FAMILIAR*. Curso abierto a distancia sobre SIDA y Ets, Consejo Nal. para la Prevención y Control del SIDA, México. cap. 21, p. 182.

heterosexuales y bisexuales, padeciendo estas otras poblaciones el mismo estigma de rechazo, al no creérseles su forma de contagio.

- Vivir confrontando la angustia recurrente, ya que se vive como si cualquier enfermedad, por insignificante que parezca, pudiera desencadenar alguna de las *enfermedades oportunistas*⁸ y generar un proceso de deterioro afectando su *calidad de vida*⁹ que culminaría en su muerte, proceso al cual le denomino *cierre de la gestalt mayor*.¹⁰
- Vivir en la necesidad de una permanente *resignificación del sentido de vida*,¹¹ ante todo tipo de relaciones. Esta resignificación se ve obligada en las relaciones interpersonales existentes: espacios laborales, familiares, amistades, el incorporar a la vida cotidiana la frecuente asistencia a clínicas y hospitales y en todo lo relacionado al mundo de la intimidad de la pareja.

Derivado del desgaste de energía física y emocional que representa el sostener estas tres *cargas* y su constante impacto en la identidad de la persona y su entorno, considero que es indispensable un apoyo psicoterapéutico especializado para facilitar la adecuada y permanente resignificación de la existencia de la persona que vive con VIH/SIDA.

PERCEPCIÓN DE EXPERIENCIA CON RIESGO

Todo lo que ha sido una persona y lo que está siendo en el aquí y ahora es fundamental en su capacidad y forma de respuesta, en la actitud que vaya a manifestar ante la percepción de riesgo de infección y en consecuencia, las actitudes a seguir durante su afrontamiento al VIH/SIDA.

8. **Enfermedad oportunista.** Es aquel padecimiento que presente un daño tisular como consecuencia de la depresión del sistema inmunológico y con la presencia de otras enfermedades oportunistas, genera el **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA.**

9. **Calidad de vida.** La defino para este ámbito, como el grado de aceptación, responsabilización y de la habilidad en la creación y utilización de los recursos propios y ambientales de la persona que vive con VIH/SIDA, independientemente del grado de deterioro de su salud.

10. **Cierre de la Gestalt Mayor.** Me refiero a todos los actores, elementos y circunstancias interactuando entre sí, que están presentes en el campo fenomenológico de la persona e inciden directa e indirectamente y en forma particular, durante el proceso de muerte de cada ser humano.

11. **Resignificación del sentido de vida de la persona con seropositividad al VIH.** La defino como la capacidad orgánica de ir creando una nueva estructura de percepción significativa del sí-mismo, dentro de la totalidad de su campo fenomenológico, conforme vayan aconteciendo cada uno de los diversos cambios clínicos, visibles y no visibles, de salud física, mental y emocional de la persona que vive con VIH/SIDA.

Por lo que la forma y actitud prevaleciente en la circunstancia en que la persona adquiere el VIH, influye fuertemente en el curso de sus posteriores actitudes y comportamientos, sobre todo por el nivel de conocimiento y responsabilidad que tenía al momento de la exposición al riesgo.

Experiencias de riesgo con desconocimiento

Pudiera parecer ilógico hablar de conocimiento o desconocimiento en estas épocas. Sin embargo, es necesario reconocer que aún existen muchas personas que resultaron con seropositividad al VIH al principio de los años ochenta, cuando apenas se conocía la existencia del VIH, su forma de transmisión, ya que no existía la información suficiente para una toma de conciencia adecuada, ni la accesibilidad de los análisis para su detección, o bien, no se tenía un buen control de la sangre en los casos que requerían de transfusión, como sucedió con muchos pacientes hemofílicos.

Este desconocimiento y falta del ejercicio de una responsabilidad informada de la persona durante la exposición al riesgo, facilita por lo general una mayor posibilidad de aceptación y actitud de lucha, al no haber un responsable tangible y es más factible que afloren las tendencias de la naturaleza humana por perpetuar la vida en forma armónica. En este contexto es más fácil que emerja la *sabiduría organísmica* de la persona para responder con todas sus potencialidades innatas como ser humano. Por *organísmico* entiendo el uso y desarrollo congruente y armónico de la totalidad de los recursos inherentes a cada organismo viviente e interactuando con y en su medio ambiente, que en el ámbito de la psicología humanista se conoce como *autorregulación organísmica*.¹²

En los casos en que la persona fue engañada, por razones obvias es probable que ella desarrolle un gran enojo. La forma de canalizar tal sentimiento dependerá mucho de la forma en que esté habituada a manejarlo. Cuando está acostumbrada a “tragárselo”, es decir a regresárselo a sí misma en una forma *retroflexiva*,¹³ puede generar actitudes como la de no cuidarse, no solicitar atención médica, no tomarse sus medicamentos, tener prácticas sexuales de riesgo, etc. Otra forma de canalizar su enojo llega a ser descargándolo a las personas que la rodean, llegando a generar actitudes extremas como la del *ángel exterminador*. Se le denomina así a la persona que tiene relaciones sexuales sin preservativo para “desquitarse”, tratando de transmitir el VIH a otra persona en forma similar a la que le fue transmitido, pauta análoga a la de algunos violadores que fueron violados en su infancia.

¹² . concepto desarrollado ampliamente por Kurt Goldstein.

¹³ . PERLS, Fritz. (1997). *Retroflexión*, pp. 50-2.

En este caso se podría explorar terapéuticamente una *fijación*¹⁴ en una experiencia de abuso o de engaño al que la persona fue expuesta. También se puede explorar como un *asunto inconcluso*, o bien como una dificultad en el *retiro* dentro del marco teórico del *ciclo de la experiencia*¹⁵.

Asimismo, la psicoterapia Gestalt ofrece una forma saludable de expresar y elaborar el enojo, utilizando *técnicas expresivas*¹⁶ y canalizar la energía del enojo en lucha por mantener e incrementar su estado de salud.

En este mismo sentido, acudir y confiar en la gran sabiduría que reside en la persona en su condición de ser humano. Carl Rogers precisa estas ideas en el siguiente pensamiento: “En la terapia el individuo se convierte realmente en un organismo humano, con toda la riqueza que esto implica. Es capaz de controlarse, y sus deseos sufren un irreversible proceso de socialización. En el ser humano no hay bestia alguna. Solo hay un hombre, al que hemos logrado poner en libertad”.¹⁷

Experiencias de riesgo con conocimiento

Es común hacerse la siguiente pregunta: ¿cómo es posible que una persona con conocimiento de las formas de transmisión del VIH pueda evitar cuidarse y adquirir el VIH? La respuesta no es fácil, ni basta con recurrir a esquemas simplistas o maniqueístas (“hizo bien” o “hizo mal”).

La realidad es que exponerse al VIH con conocimiento es un comportamiento bastante más complejo, ya que intervienen todos los actores del campo fenomenológico de la persona, llevándola a realizar su *mejor opción*: “el exponerse a una situación de riesgo de adquirir el virus”, aun conociendo que este hecho puede llevarla a la muerte.

Al realizar el apoyo psicológico, también resulta complejo apoyar al paciente a procesar este comportamiento, ya que pueden estar presentes e interactuando simultáneamente varios de los *modos de relación y pautas de detención del crecimiento*, que maneja la psicoterapia Gestalt, por lo que es necesario estar atento a la totalidad de la circunstancia específica existente en la persona, ya que puede presentar varias de ellas o transitar de una a otra. Es conveniente saber y hacerle comprender al paciente que estos procesos llevan por lo general un tiempo mayor.

¹⁴. **POLSTER**. (1997). cap. 7 “*Episodios de contacto*”, p. 167-197.

¹⁵. **KEPNER**, James I. (1992). “*Autorregulación y el ciclo de la experiencia*”, pp. 87-203.

¹⁶. **NARANJO**, Claudio. (1995). “*Técnicas Expresivas*”, pp. 83-108.

¹⁷. **ROGERS**, Carl R. (1997). *EL PROCESO DE CONVERTIRSE EN PERSONA* p. 101.

He observado que los introyectos y experiencias obsoletas que se presentan con mayor frecuencia en la exposición al riesgo son similares a:

- Yo estoy muy sano(a) y fuerte. Él(ella) se ve muy bien (o con salud).
- A mí no me pasa nada. Yo sé tomar, yo no pierdo el control.
- ¿Por qué a mí? Eso sólo les pasa a los homosexuales y a los drogadictos.
- Mi pareja me es siempre fiel.
- Si empiezo a usar el condón, ¿qué va a pensar de mí?... se puede enojar, puede pensar que no le tengo confianza..., me puede abandonar...
- Mi vida no tiene sentido, total, si me muero, no se pierde nada.
- A los enfermos les dan atención y afecto, a lo mejor así lo consiga.

En una sesión de *grupo* en el año de 1997, en la que el tema era “¿Qué harías si apareciera una vacuna contra el VIH la cual te curara en forma definitiva?” Tres personas, en un total de veinticinco, respondieron que no se aplicarían tal vacuna... porque a partir de que informaron a su familia y amistades que eran portadores del VIH, empezaron a recibir afecto y a sentirse vivos. J.A. uno de los asistentes, respondió “Yo no me la aplicaría, si me curo puedo perder el afecto que he ganado”. Finalmente, J. A. falleció el 6 de octubre de 1999, “logrando” su deseo.

Otro introyecto que he escuchado es: “Amor es estar juntos en las buenas y en las malas: juntos hasta la muerte”. Así lo vivió J.S.: al saber que su pareja tenía SIDA, decidió contagiarse con ella con quien había vivido durante veintitrés años. Tres años después de la muerte de su pareja, J.S. continúa en excelente estado de salud, aislado, con fuertes sentimientos de autodevaluación, percibiéndose como el gran estúpido y con inseguridad para relacionarse afectiva e íntimamente con otras personas.

En esta forma “consciente” de exponerse la persona al riesgo de adquirir el VIH, los *modos de relación* que he observado con mayor frecuencia son:

Deflexión.¹⁸ La persona hace muchas cosas menos la que necesita, pone su atención en otra parte menos importante, es decir, no da prioridad a lo que está siendo importante en ese momento. Considero que este es uno de los modos de relación más frecuentes en prácticas sexuales con exposición de riesgo, al poner la persona la atención en el sostenimiento del nivel de la pasión del momento, evitando las imágenes relacionadas al VIH con el temor de perder su éxtasis. Esta deflexión se facilita con el cansancio, la ingestión de bebidas alcohólicas y diversos tipos de drogas, al disminuir la funcionalidad de sus sistemas orgánicos de auto control.

¹⁸. POLSTER. (1997). “Deflexión”, pp. 95-97.

Confluencia.¹⁹. Se observa cuando no se tienen claros los límites de contacto o fronteras de relación entre una persona y la otra. Se puede ver también cuando la persona no distingue con facilidad la diferencia entre *yo, tú y nosotros*, reflejándose en su discurso verbal cuando utiliza la forma gramatical *primera persona del plural*: “*nosotros*”, en lugar de utilizar la *primera o segunda del singular*, “*yo*” o “*tú*”, respectivamente. Este modo de relación puede presentarse en forma asociada con *introyectos* y *experiencias obsoletas* de la índole que acabamos de ver con J.S., lo cual aumentará la posibilidad de exposición al riesgo de la transmisión del VIH.

Retroflexión.²⁰. Consiste en hacerse a sí mismo lo que le gustaría hacer a otros o lo que le gustaría que otros le hicieran. Buen ejemplo es el caso ya comentado de J. S. en el sentido de que se hace un gran daño al buscar un contagio que pone en un riesgo real su vida.

Proflexión. Consiste en hacer a otros lo que le gustaría hacerse a sí mismo: afecto, cuidados, etc., normalmente no es grave en la persona que vive con VIH, es decir, cuando no la maneja en forma extrema. Esta pauta es frecuente en las personas que participan en el voluntariado.

Después de la exposición al riesgo y de presumirse como posible portador del VIH, es común que se den los *modos de relación* correspondientes a la forma de manejar la *atención*: **deflexión** para evitar sentimientos de angustia y de culpa, pero, interrumpiendo de esta manera el cuidado oportuno de su salud, y **fijación**²¹, que es poner la atención en forma exagerada, obsesiva, en una idea o circunstancia, generando usualmente sentimientos de culpa, vergüenza, angustia y depresión, mismos que provocan un desgaste adicional en su sistema inmunológico, facilitando así el desarrollo de enfermedades oportunistas y la progresión al SIDA.

En este apartado se puede observar lo importante de la psicoterapia: antes de la exposición al riesgo; en una persona que esté pasando por períodos emocionales que puedan poner en riesgo su vida o bien en personas que estuvieron en una *situación de riesgo* y están enfrascadas en alguna *pauta de detención del crecimiento*. El aprendizaje no sólo es el conocimiento, sino un cambio de actitudes ante las circunstancias.

¹⁹. *Op. cit.* “*Confluencia*”, pp. 98-102.

²⁰. **PERLS**, Fritz. (1997). “*Retroflexión*”, pp. 50-52.

²¹. **POLSTER**. cap. 7 “*Episodios de contacto*”, pp. 167-197.

ACTITUDES AL INICIAR LA BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN ESPECIALIZADA

Al darse cuenta la persona que estuvo en una situación de riesgo de adquirir el VIH o sentir algunos síntomas en su salud que no corresponden proporcionalmente a una causa conocida, por ejemplo: se resfrió y mantiene malestares por periodos mayores a los acostumbrados, será conveniente que tal persona asista con un profesional de la salud para valorarse en forma adecuada.

Hoy en día, el iniciar una atención oportuna permitirá a la persona mantener por mayor tiempo una buena calidad de salud, vivir en forma semejante a una persona que vive con otras enfermedades crónicas y llegar en buen estado físico y mental a su vejez genética.

A la vez, es importante la actitud que tendrá al ir a consultar al médico, es decir: ¿desde qué lugar existencial acudirá a tal consulta?, ¿desde el lugar de un paciente pasivo y dependiente del médico o, desde el autocuidado y en forma corresponsable con el médico durante el manejo de su salud?

El dejar toda la responsabilidad al galeno limita una adecuada atención clínica, por una parte debido a que en muchas instituciones de salud pública los médicos que atienden esta población están sobresaturados bajando su eficiencia en la consulta y por otro lado, existe una gran cantidad de factores para mantener una salud física y mental que solo dependen de la persona: buenos hábitos alimenticios, sueños restauradores, evitar situaciones de agotamiento, estrés, depresiones y en su caso, un cumplimiento en los horarios de la toma de los medicamentos.

Es recomendable que el paciente desarrolle una actitud de investigador. Por ser el VIH/SIDA una enfermedad nueva en comparación a la mayoría de las conocidas, constantemente están apareciendo nuevos tratamientos y tipos de cuidados complementarios.

Afortunadamente y ante esta situación cambiante, se han creado diversas instituciones, publicaciones y espacios en Internet, tanto de carácter nacional como internacional, para dar información y apoyo a pacientes y personas interesadas en esta problemática.

PRIMEROS ANÁLISIS CLÍNICOS Y ELABORACIÓN DE ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN Y APOYO

Es natural que a las personas les resulta muy difícil el tomar la decisión de realizarse los análisis clínicos para detectar su seropositividad al VIH (pruebas de Elisa y Western Blot). En caso de resultar estas pruebas *positivas*, ello repercutirá en la persona en una forma definitiva, ya que a partir de esta noticia la concepción de su vida cambiará radicalmente: no volverá a ser la misma, entre los fantasmas imaginarios y las repercusiones reales en muchos de los espacios de su cotidianidad.

Es recomendable que el interesado acuda con un profesional de la salud mental con experiencia en apoyo a personas que desean realizarse estas pruebas, para prepararlo a iniciar un proceso de toma de conciencia, independientemente del resultado positivo o negativo.²²

El miedo, la angustia, la culpa, la depresión y la negación son los sentimientos y comportamientos más frecuentes en este lapso de confrontación de vida ante la incertidumbre del resultado de los primeros análisis clínicos. La negación es la que puede causar mayor daño a corto y largo plazo al postergar la atención. Entre las herramientas que me han sido más útiles para trabajar este momento, se encuentra la de poner al miedo, a la angustia, a la culpa (ese sentimiento altamente amenazante) a cierta distancia, colocándolo en la *silla vacía*,²³ y desde ahí procesarlo con mayor claridad y tranquilidad con los recursos de la Psicoterapia Gestalt.

Valoración clínica

²². La *Guía para la atención psicológica de personas que viven con el VIH/SIDA* (1998), editada por CONASIDA, presenta en el capítulo 3 *Prueba, de detección del VIH: Modelo de asesoría para la población que consulta*, recomendaciones muy útiles para una mejor atención psicológica en estas primeras entrevistas, (pp. 15-47). Sin embargo, considero conveniente hacer notar que el capítulo 4 *Acompañamiento psicológico*, no es tan afortunado en su contenido, puesto que da mayor énfasis a las necesidades de las instituciones que ofrecen atención a pacientes y deja en segundo término o ignora la circunstancia emocional del paciente. Buen ejemplo es el inciso 4 *Tratamientos*, en el que cita: “En los tratamientos los pacientes reaccionan con demanda excesiva responsabilizando al gobierno y otras instituciones porque no dan una solución definitiva. Se molestan con sus familias porque no los ayudan, aunque no sea así”(p. 50). Pregunto: ¿serán justificables y reales las emociones y sentimientos de estrés, miedo, angustia o pánico de los pacientes cuando llegan a una farmacia de una institución gubernamental a surtir los medicamentos que no pueden interrumpir, ya que ponen en un riesgo su vida, y el dependiente les dice “¡no hay sus medicamentos, venga mañana!”? ¿Será real el rechazo social a personas que viven en fase de SIDA? Creo y deseo que en próximas ediciones este cuarto capítulo, relacionado precisamente al acompañamiento psicológico, se pueda elevar a la altura de la calidad del tercero.

²³. **ZINKER**, Joseph (1997). *La silla vacía*, pp. 124-126.

Resulta vital el que la persona conozca su estado de salud real, no el que se imagina o cómo se ve en el espejo, es decir, la realidad clínica, más allá de percepciones tamizadas por sentimientos y creencias. Para conocer la realidad de su estado de salud, será necesario realizarse bajo la coordinación de un médico experimentado en este tema, todos los análisis clínicos correspondientes²⁴ para iniciar oportunamente una atención de acuerdo a la circunstancia integral y real.

Contexto de recursos realmente disponibles

En noviembre de 1999, la investigadora Florencia Luna²⁵ concluyó su conferencia, titulada “Bioética y SIDA”, precisando, que derivado del alto costo de los medicamentos y análisis clínicos, el 90 por ciento de la población mundial con seropositividad al VIH no tiene acceso al tratamiento. Por su parte, el filósofo Mark Plats²⁶ puntualizó en su conferencia titulada “Ética, Moral y SIDA”, que hoy en día “el SIDA es la enfermedad de la pobreza”; agregó: “se dice que es un problema Salud Pública, no se dice que es un problema de moral”.

Tal es la situación de J.G., de 38 años con un sistema inmunológico muy deteriorado, con un total de 8 células de defensa CD4, cuando debieran de ser alrededor de mil. Desempleado, con un nivel de agotamiento severo, perteneciente a un estrato socioeconómico de extrema pobreza y con una depresión emocional acumulada (por no tener posibilidades económicas de atención), apenas le alcanza el dinero que le regalan para *subalimentarse*.

Resulta difícil establecer una psicoterapia de apoyo cuando la persona tiene tan pocos recursos *de dónde agarrarse*. Sin embargo, en los dos encuentros psicoterapéuticos, utilicé los recursos posibles de las herramientas humanistas de Enfoque Centrado en la Persona y de la Psicoterapia Gestalt para intentar crear un espacio fértil donde pudiese florecer su capacidad creativa en la optimización de sus escasos recursos y la posibilidad de que pudiera percatarse de nuevos horizontes aun dentro de su limitada circunstancia.²⁷

²⁴. **CONASIDA.** (2000). *GUÍA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALES.* cap. 4, *Evaluación Clínica y de Laboratorio del Paciente con VIH*, pp. 23-25.

²⁵. Investigadora de FLACSO, Universidad de Buenos Aires, Argentina, en el marco del congreso internacional Avances en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual: Retos para el Tercer Milenio, realizado en Acapulco en noviembre de 1999.

²⁶. Investigador de la Facultad de Filosofía de la Universidad Nacional Autónoma de México.

²⁷ Justamente el día en que estaba revisando este capítulo (8 de noviembre de 1999), se me informó que J.G. había amanecido muerto. Después de esa noticia... comparto y expreso mi rabia y tristeza con un amigo, me hago de valor... y continúo con la revisión...

Como es comprensible, cuando la persona tiene mayores recursos, tanto culturales como sociales y económicos, tiene mayores posibilidades de manejar su padecimiento.

En una psicoterapia de grupo, uno de los participantes, de nombre R. había “desarrollado su estrategia” de atención pero tenía esta duda: “¿será conveniente renunciar a mi trabajo y dedicar ese tiempo para cuidarme?”. Al apoyarle mediante un *experimento* o dinámica para recuperar su *proyección*: estar con empleo o sin éste, afloró su *creencia*: “¿cuánto tiempo me falta para llegar ahí?”, significándole el término “ahí” que en fecha cercana se le presentarían todas las características existentes alrededor del proceso de muerte por SIDA.

Más que aclarar la duda de renunciar o no a su empleo, trabajamos su *introyecto* relacionado con el “ahí”. El propio R. reconoció su circunstancia real: está asintomático y con los recursos necesarios para tener acceso a la atención que le permitirá controlar su padecimiento. Hoy en día, R. continúa trabajando, cuidando su empleo y esforzándose en progresar en todos los espacios de su vida.

Cuando una persona sabe su seropositividad al VIH y conoce su situación clínica real, le permite tener mayores posibilidades de diseñar con todo cuidado su estrategia de atención y apoyo, y que responda adecuadamente a su estado de salud y su circunstancia socioeconómica, familiar, laboral, de pareja, emocional, etc.

Elementos a considerar para diseñar una estrategia de atención personalizada

En el evento Encuentro Nacional de Personas que Vivimos con VIH/SIDA, realizado en noviembre de 1995, el médico invitado Ángel Guerra²⁸ precisó que, en el abordaje de la infección del VIH, existe consenso internacional en tres aspectos: empleo de medicamentos antirretrovirales, tratamiento preventivo o curativo de enfermedades oportunistas y el empleo de medicamentos inmoduladores. Consideró necesario el incorporar un cuarto aspecto: el apoyo psicoterapéutico, que raramente es mencionado.

Por lo importante que resulta este cuarto aspecto en este trabajo, transcribo el siguiente contenido de su conferencia:

“no podremos pretender conseguir la salud física, si no hemos logrado en primer término la salud emocional. ¡Y vaya si son

²⁸. GUERRA, Angel. (1995). MEMORIA DEL ENCUENTRO NACIONAL DE PERSONAS QUE VIVIMOS CON VIH/SIDA, pp. 33-35.

importantes los estados emocionales en las personas que viven con el VIH!. Este es un punto que no amerita mayor explicación ya que la mayoría de los presentes lo saben en carne propia.

En un estudio presentado en la IX Conferencia Internacional de SIDA, en Berlín 1994, se demostró que los aspectos emocionales incidían en un 80% en la posibilidad de éxito terapéutico.”

La importancia de contar con una estrategia de atención que incluya el apoyo psicológico, me llevó en el año de 1997 a integrar algunas sugerencias que pudieran ser de utilidad a personas que se encontraran ante la duda de qué hacer en el futuro inmediato y a mediano plazo. Esta es:

1. *Responsabilizarme y participar conscientemente de mi salud, informándome con:*
 - a) *Personal médico y psicoterapeutas con experiencia en el manejo del VIH.*
 - b) *Con organizaciones y grupos de autoapoyo, con trabajo reconocido en VIH.*
 - c) *Con amigos(as) portadores(as) de VIH.*
 - d) *Con publicaciones serias, nacionales e internacionales.*
2. *Incrementar mi fortaleza y seguridad, sobre todo en los momentos difíciles. Es fundamental seleccionar cuidadosamente mis **aliados** para mi lucha contra el VIH.*
 - a) *Familiares.*
 - b) *Amigos(as).*
 - c) *Médicos y psicoterapeutas.*
3. *Mantenerme en condiciones óptimas de salud física y mental, realizándome los análisis clínicos específicos en forma periódica, para conocer el momento de iniciar oportunamente la toma de medicamentos y tratamientos alternativos que tengan un beneficio real y comprobado.*
4. *Incrementar mi tranquilidad encontrando mi mejor solución económica para garantizar una atención adecuada.*
5. *Proporcionar a mi cuerpo los nutrientes necesarios para mi mejor funcionamiento, asesorándome con un nutriólogo(a) con experiencia en VIH para establecer los parámetros de mi alimentación de acuerdo a mi estado de salud y mis actividades.*
6. *Fortalecer mi cuerpo ayudándolo a liberar toxinas y tensiones, con ejercicio y actividad suficiente, sin llegar al agotamiento, descansado cuando sea necesario.*
7. *Para que mi hígado, pulmones, riñones y demás órganos estén en condiciones óptimas para la lucha contra el VIH, se les facilite eliminar toxinas y asimilar nutrientes, evitar el consumo de toxinas adicionales como el alcohol y el cigarro.*
8. *Mantener mi entusiasmo y gusto por la vida, teniendo lo más claro posible mi **proyecto de vida.***

9. *Dar una armoniosa fluidez a una de las manifestaciones más importantes de los seres vivos, realizar mi sexualidad con amor a mí mismo y con la(s) persona(s) con la(s) que me relaciono.*

10. *Vivir con mayor armonía las manifestaciones de mi cuerpo, mente y espíritu:*

a) *Aprender a reconocer el mensaje amoroso de mis diversas emociones y sentimientos y actuar en consecuencia.*

b) *Incorporar lo más posible la energía del amor en mis relaciones con las personas que tengo relación y en especial conmigo mismo.*

Dentro del ámbito psicológico de la persona que vive con VIH/SIDA, es muy importante saber que el estrés incrementa la velocidad de desarrollo del SIDA, “investigadores de la Universidad del Sur de Carolina estudiaron a 82 hombres VIH positivos por cinco años y medio. Los hombres con un estrés más elevado o un apoyo menor de lo normal, desarrollaron SIDA de dos a tres veces más rápido que los hombres con menos estrés y más apoyo”.²⁹

Jane Leserman,³⁰ y otros colaboradores de esta investigación, incluyen la depresión dentro de los tres factores que analizaron; sin embargo, los otros dos (estrés y soporte social) fueron los más significativos.

Con el crecimiento de la población con seropositividad al VIH, los espacios existentes de información y atención no tienen la capacidad para atender en su totalidad las necesidades en todo el país, en especial en ciudades pequeñas y zonas rurales. Esta situación ha generado la aparición de lo que llamo *zopilotes del VIH*, personas que se aprovechan de la problemática y de la desesperación asociada al VIH/SIDA para beneficio personal sin la aportación correspondiente a la ganancia recibida, por lo que es conveniente que la persona con seropositividad al VIH seleccione espacios de atención en donde pueda recibir atención con respeto.

Dentro de los elementos irremediamente presentes en la elaboración de una estrategia personalizada, está el concepto de *libertad*. Aun en los momentos más difíciles y dentro del entorno más agresivo, frustrante y limitante, hay una libertad que sólo compete a uno, la libertad de elegir cuál actitud tomar ante las circunstancias que van incidiendo en el

²⁹. **San Francisco AIDS Foundation.** (verano 1999). *BETA*, boletín de tratamientos experimentales contra el SIDA. “El estrés incrementa la velocidad de desarrollo del SIDA”, San Francisco, CA, p. 4.

³⁰. **LESERMAN**, Jane, et. al. “Progression to AIDS: The Effects of Stress, Depressive Symptoms and Social Support”, en *Psychosomatic Medicine, Journal of the American Psychosomatic Society*, vol. 61, núm. 3, edición de junio de 1999.

proceso de resignificación de la vida. Viktor Frankl lo describe con precisión: “al hombre se le puede arrebatar todo salvo una cosa: *la última de las libertades humanas, la elección de la actitud personal ante un conjunto de circunstancias, para decidir su propio camino.*”³¹ Por lo que será necesario como psicoterapeuta, también estar atento sobre la forma en que está manifestándose la función *self*³² de la persona al estar creando y viviendo sus estrategias de atención y apoyo.

Ante esta inevitable libertad, de poder elegir qué actitud tomar, *dejo en el aire* la siguiente pregunta al lector con seropositividad al VIH: ***¿con cuál actitud elige desarrollar su estrategia de atención y apoyo?***

Niro Asistent supo su seropositividad al VIH en noviembre de 1985... a la fecha continúa viva y con excelente salud. Escribió un libro en el que comparte sus experiencias del cual extraigo el siguiente pensamiento: “La curación es un permitir, no un hacer: sin embargo necesitamos hacer todo lo que podemos en lo físico, lo emocional y lo espiritual para ayudar a que acontezca ese permitir”.³³

Deseo compartir mi aprendizaje sobre *ajuste creativo* durante el encuentro con G. R., paciente de 35 años quien ha sido sometido a ocho operaciones en los ojos para poder continuar con algo de visión y evitar la ceguera total; esta afección es derivada por un daño del citomegalovirus a consecuencia de su inmunodepresión. A la fecha sigue resignificando el sentido de su vida, aprendiendo de cada uno de sus múltiples tropiezos, estudiando y preparándose en nuevas actividades que le están permitiendo volver a emplearse y ser económicamente autosustentable.

La pregunta sigue en el aire ...

ENFRENTAMIENTO ANTE LOS PRIMEROS MEDICAMENTOS

³¹. **FRANKL**, Viktor E. (1994). *EL HOMBRE EN BUSCA DE SENTIDO*, p. 69.

³². **Self**. Función que permite a la persona ir tomando lo que necesita del campo organismo y medio ambiente, siendo ella parte del mismo medio ambiente; si no hay función de *contacto* no hay *self*; el *self* se da en la frontera de lo conocido y lo desconocido; en el momento del contacto, en el momento del contacto es cuando se da el significado, (Véase: contacto: “aquello que ocurre en el límite del organismo y el entorno, en el encuentro del sí mismo y el otro” (Kepner. 1992 p. 193) o, “lo que designa los fenómenos que se despliegan entre un organismo dado y su entorno, entre un sujeto y lo que no es él” Robin 1999. pp. 54 y 197).

³³. **ASISTENT**, Niro M. (1993). *SÍ A LA VIDA*, p. 20.

En el caso de que la persona con seropositividad al VIH haya elegido atenderse con cuidado para mantener o mejorar su salud,³⁴ es conveniente fomentar una actitud de *investigador comprometido y placentero* para ir tomando decisiones oportunas, en forma corresponsable con el médico o médicos *de cabecera*, sobre los medicamentos más adecuados y con pleno conocimiento de las probables reacciones secundarias.

Con relación a los efectos secundarios de los medicamentos, es necesario hacer algunas precisiones en el orden psicológico. Cuando el paciente es proclive a creer que lo que le sucedió a otra persona le vaya a suceder a él, o bien que presente comportamientos de hipocondría, terapéuticamente se puede explorar cómo está manejando la permeabilidad de sus *fronteras de contacto*,³⁵ es decir, la forma de incorporar situaciones ajenas a su circunstancia real y su *funcionalidad*. Habrá que apoyarlo a diferenciar, con claridad y seguridad, lo real de lo imaginario. En caso de ser reales los efectos secundarios, lo más indicado será acompañarlo a encontrar y desarrollar su mejor forma de enfrentarlos.

El *Boletín de Tratamientos Experimentales Contra el SIDA, Beta*³⁶ da a conocer que el tratamiento de tres fármacos, conocido en el medio como “coctel”, reduce la incidencia de mortalidad y de las enfermedades del SIDA en un 50%. Esto de entrada parece una excelente noticia. Sin embargo, una de las familias de los fármacos utilizados en estos cocteles, conocida como *inhibidores de la proteasa (IP)*, presenta varias reacciones secundarias, lo que desarrolla miedos en las personas que se enfrentan ante la noticia de su médico sobre la necesidad de iniciar o modificar su esquema de medicamentación.

Algunas causas reales de los miedos de los pacientes, se deben a probables efectos secundarios en la combinación de los antirretrovirales³⁷ como: supresión de la médula ósea, neuropatías crónicas; cálculos en los riñones; redistribución de la grasa corporal pudiendo presentar lo que le llaman *panza de proteasa*, *joroba de búfalo*; diabetes; niveles elevados de

³⁴. **PEARSON**, Carol S. (1995). Describe lo que ella llama el *arquetipo del guerrero*, muy útil para apoyar el tránsito del proceso de resignificación de la *vida* de la persona que vive con VIH/SIDA: “La conciencia del Guerrero incluye la autodefensa, una disposición y una capacidad para combatir en defensa propia” (p. 108). *El Guerrero*. cap. IV. pp. 107-132.

³⁵. **KEPNER**, James. (1992). *Contacto, contacto final y proceso corporal*, pp. 163-184.

³⁶. **BAKER**, Ronald. (Abril 1997). “El efecto de 3 fármacos reduce la incidencia de mortalidad y de las enfermedades del SIDA al 50%”, en BETA, Boletín de tratamientos experimentales contra el SIDA, San Francisco AIDS Foundation, California. pp. 3-4.

³⁷. **HIGHLEYMAN**, Liz. (Mayo 1998). “Los efectos secundarios de los fármacos anti-VIH”, en BETA, Boletín de tratamientos experimentales contra el SIDA, San Francisco AIDS Foundation, California. pp. 8-14.

triglicéridos y colesterol; daños al corazón; vómitos; mareos; somnolencia; interrupciones en el dormir por los horarios para la toma de medicamentos o idas al baño a media noche por sobreingesta de agua; disminución de la libido; el miedo al riesgo de que el VIH genere resistencia a los fármacos por el olvido de tomarlos o por no tolerar los efectos secundarios y por la necesidad de tomar estos medicamentos por el resto de la vida.

Como psicoterapeuta gestalt, es necesario estar atento a identificar en qué *zona de su darse cuenta* se encuentra la atención de la persona que está en terapia, ya que es frecuente que la fije en *fantasías catastróficas*, por lo que será conveniente apoyar a la persona a llevar su atención a la realidad del *aquí y ahora*. Me gusta la precisión y claridad con que John O. Stevens³⁸ las describe:

- El darse cuenta del mundo exterior. Esto es, contacto sensorial actual con objetos y eventos del presente.
- El darse cuenta del mundo interior. Esto es, contacto sensorial actual con eventos internos en el presente.
- El darse cuenta de la fantasía. Esto incluye toda la actividad mental que abarca más allá de lo que transcurre en el presente.

ENFRENTANDO LA APARICIÓN DE ENFERMEDADES AISLADAS

“¡Me siento mal!”... “¿qué hago?”... “¿qué me estará pasando?”... “¿qué pasará si no me curo?”... Pensamientos, percepciones, interrogantes y emociones de las personas que viven con VIH/SIDA al aparecer algún síntoma fuera de lo que conocemos cada uno como *normal*. Algunas personas recurren a la *negación* “no es nada, ya se me pasará”, creyendo que con “buena suerte” pueden aliviarse sin hacer algo en especial, pudiéndose agravar el síntoma y perdiéndose la oportunidad de atender en su inicio una enfermedad.

El negar llega a tener algo de funcionalidad como *ajuste creativo*³⁹ en la aparición de una enfermedad, tal es el caso que cita Daniel Rosenblatt⁴⁰ y

³⁸. **STEVENS**, John O. (1998). *El darse cuenta*, pp. 21-25.

³⁹. El ajuste creativo lo veo como el conjunto de acciones y actitudes adaptativas que desarrolla la persona consciente e inconscientemente para responder de la mejor manera a su alcance ante un suceso nuevo que se presenta dentro de su campo fenomenológico.

⁴⁰. **ROSENBLATT**, Daniel. (1993). “Treatment Issues with Aids Patients”, en *Gestalt Critique the Emagazine for Gestalt Therapy, Politics and Spirituality* (the on-line version in English language), Gestalt Therapy Institute of Cologne, 7 de julio de 1999.

que es frecuente; un paciente le decía: “Yo sé que voy a morir. Todos vamos a morir, pero probablemente yo vaya a morir más pronto. Vivir con este conocimiento es aterrador... Si yo vivo con algo de negación, luego cada día me es más fácil.”

Otras personas recurren a la *culpa-depresión*, por ejemplo: algún desvelo, alterar horarios de comidas o su contenido nutritivo, olvido de medicamentos, exceso de algo placentero que estuviera contraindicado, como fumar, ingerir bebidas alcohólicas. Además, la depresión aumenta su inmunodepresión.

La *angustia* es muy socorrida al imaginarse la persona la *fantasía catastrófica* de que pueda ser el inicio de lo peor, el desenlace del proceso acumulativo de enfermedades oportunistas altamente desagradables que pueden provocar su muerte. Este sentimiento es generador de alto nivel de estrés que afecta su sistema inmunológico y además disminuye la claridad mental de la persona para su adecuada toma de decisiones.

PERIODOS DE CRISIS Y DESGASTE

Afortunadamente ya se puede hablar de varios *periodos de crisis*⁴¹ en una misma persona, ya que en los años ochenta una crisis era identificada generalmente como el preámbulo de la fase terminal y muerte inmediata y, aun puede suceder el que una persona que haya presentado un cuadro clínico de SIDA deje de tener SIDA regresando a un estado asintomático.

He observado que los sentimientos que acompañan con mayor frecuencia a la persona durante estos periodos son:

- Diversos grados de *miedo* ante la incertidumbre del futuro, por ejemplo: si va a requerir hospitalización, normalmente estará presente en su mente la pregunta ¿saldré con vida?; cuando el paciente está hospitalizado en habitaciones en donde comparte el espacio con otras personas que están sufriendo dolores o ve fallecer a un compañero(a), es común pensar “a lo mejor yo soy el siguiente”.
- *Desesperación* al no saber cuánto tiempo más durará el periodo de molestias severas.
- *Cansancio emocional*, sobre todo en aquellas personas que han experimentado varios periodos de crisis.

file:///RGTUR/Desktop%20Folder/Daniel%20Rosenblatt%20Gestalt%20Ther

⁴¹. Se conoce como “período de crisis” al tiempo corto o largo, en el que la persona que vive con VIH/SIDA padece en forma severa una o varias enfermedades oportunistas y normalmente requiere de internación hospitalaria para una atención clínica especializada.

- *Depresión* al ver que sus malestares se incrementan, al no tener avances o presentar poca mejoría.
- *Negación* al sobreesaturarse emocionalmente la persona.
- *Angustia*, es menor cuando la persona está bien informada de su circunstancia clínica y tiene buen soporte social; cuando su *red de apoyo*⁴² está presente y cuando ha tenido un trabajo psicoterapéutico sostenido lo cual, facilitará entrar a un proceso de aceptación.

Algunas de las características recomendables de la red de apoyo son:

- Tener suficiente información y formación.
- Ser fuerte y estar dispuesta a resistir los momentos de crisis y exigencias de apoyos físicos y emocionales de la persona.
- Tener capacidad de respuesta rápida.
- Ser amplia para poder turnarse el apoyo entre los diversos miembros de la red y así, disminuir el agotamiento natural que provoca la atención en periodos de crisis.
- Ser tolerante, flexible con capacidad de exigencia en forma amorosa y evitar actitudes de sobreprotección dañina.
- Ser respetuosa sobre la estructura de creencias, valores y experiencias de la persona, que permita generar una comprensión verdadera.

También considero de utilidad algunas actitudes y principios que escribí en 1997 para una relación nutricia durante el acompañamiento:

El amigo acompañante

Un amigo acompañante es un ser humano que voluntariamente se compromete a brindar amistad, compañía y apoyo a otro ser humano.

La relación de amistad que vaya estableciendo deberá sustentarla en el respeto y sin juicio a las estructuras de: valores, costumbres, hábitos, creencias religiosas y de todo aquello que integra a la persona y su circunstancia en el ambiente en que se desenvuelve.

Es importante conservar una actitud de empatía con el amigo acompañado, no nada más como si me pusiera en sus zapatos, más bien, el como si yo fuera él: ¿qué necesitaría?, y ¿cómo me comportaría?. Sin embargo, siempre es necesario tener claridad sobre la realidad de las fronteras, yo soy siendo yo y él es siendo él, y cada uno somos siendo historias diferentes que coinciden en un acto humano solidario de respeto y compañía.

⁴². Por ***red de apoyo*** defino como el conjunto de personas que voluntariamente apoyan a la persona que vive con VIH/SIDA. Por ejemplo: pareja, familiares, amistades, vecinos, prestadores de servicios, de salud, etc. Es muy útil mantener una psicoterapia con este grupo específico, a la cual le llamo ***psicoterapia de red de apoyo***.

Es fundamental estar consciente de que la relación se irá estableciendo a partir de una relación de ser humano a ser humano, de igual a igual, y no dar énfasis a las diferencias de salud, situación socioeconómica, referencias culturales o gustos y preferencias ante la vida.

Es conveniente precisar que las características de la relación que vaya estableciendo con el amigo acompañado, no son de un enfermero(a) o médico especialista con su paciente, ya que no se diagnostica o receta bajo ninguna circunstancia. En caso necesario, podrá auxiliar como enlace con el o los especialistas que requiera la persona.

En los momentos emocionales difíciles del amigo acompañado, será de gran valía la capacidad de escuchar del amigo acompañante. Muchas veces es más importante el sentirse escuchado y comprendido, que el recibir un consejo o sugerencia de otra persona. En caso necesario, también podrá servir de enlace con un terapeuta con experiencia en esta área.

En el encuentro con otro ser humano ¿qué tanto me permito ser tocado(a), es decir, modificar mis hábitos y creencias durante la experiencia del encuentro?...

Ha sido una experiencia significativa para mí el acompañar el proceso de resignificación de vida de A.R. quién tiene 33 años y a la fecha ha perdido la cuenta de cuántos *periodos de crisis* ha vivido en los últimos años. En febrero de 1998 me llamó para tener una sesión en su casa; se encontraba sumamente cansado y deprimido, ya no tenía energía para levantarse ni para ir al baño, sufría fuertes dolores en articulaciones, vómitos, con síndrome de desgaste;⁴³ tenía la piel de sus brazos pegada a su osamenta y sus piernas tremendamente hinchadas por problemas derivados de retención de líquidos.

A nivel emocional se encontraba con profunda pena con su madre, ya que una buena parte de los medicamentos que tomaba son costosos, y su mamá tenía que comprarlos, al igual que el pago de constantes análisis especializados y urgentes. Por más que trabajaba su madre, ya no le alcanzaba el dinero; decía él: “¿Para qué sigo haciendo el esfuerzo de

⁴³. Véase **CONASIDA**. (2000). *Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales*, refiere que los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos define al síndrome de desgaste como: la Pérdida involuntaria mayor del 10% del peso corporal y/o diarrea crónica (dos o más evacuaciones líquidas por día por más de 30 días continua o intermitente) en ausencia de una enfermedad concurrente que pueda explicar el cuadro (por ejemplo: tuberculosis, cáncer, etcétera), p. 69.

seguir vivo y que siga mi madre gastando más dinero? Además, ya llevo varios meses en cama y voy de mal en peor”.

En ese encuentro hubo oportunidad de acompañarlo en un proceso de aceptación de su inminente muerte y, asombrosamente, al ir aceptando su deceso, empezó a subir su temperatura, volvió el color en la piel de su cara y fue sintiendo algo más de energía en su cuerpo. Ahora está trabajando, continuando estudios de especialización e iniciado una relación de pareja satisfactoria.

Es fundamental conservar en cada encuentro y diálogo, una actitud de *empatía incondicional* para dar una mejor calidad de apoyo a la persona. Estoy convencido de que Carl Rogers describe esta actitud con precisión en su libro *El proceso de convertirse en persona*.⁴⁴

También he visto que en periodos de crisis o cuando se presenta el síndrome de desgaste, desarrollan con frecuencia formas de relación de *confluencia*, *aislamiento* o bien, oscilan entre una y otra.

Vincent O'Connell describe una crisis cuando “la persona se halla ante una encrucijada: por un lado lo que es, por el otro, lo que puede ser si cambia”.⁴⁵ Se trata de un sentimiento de *incertidumbre* ante un futuro desconocido. En el caso de las personas que están pasando por un *periodo de crisis*, se adiciona a este sentimiento las repercusiones emocionales derivadas del deterioro físico. O'Connell hace una precisión importante a la actitud y experiencia que puede tener y obtener el terapeuta: “Cada entrevista ofrece entonces la posibilidad de entrar en contacto con el otro, y de que el propio terapeuta sea contactado y modificado.”

CIERRE DE LA GESTALT MAYOR

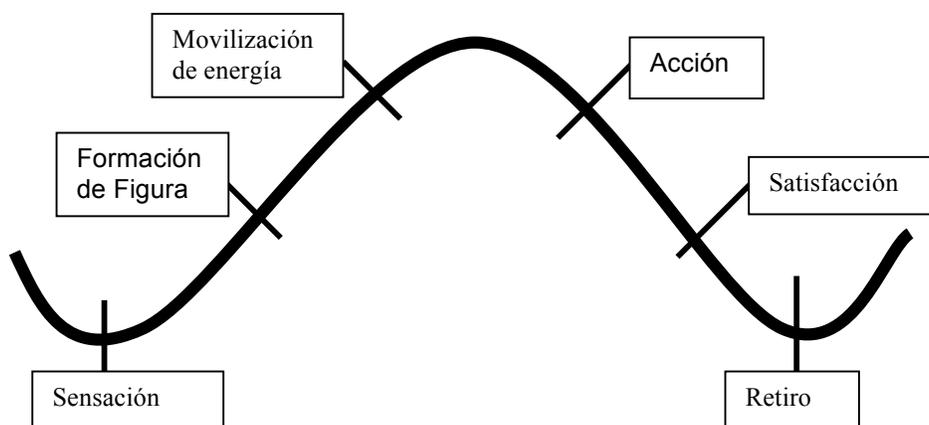
Con *cierre de la gestalt mayor* me refiero a todas las circunstancias que, interactuando unas con otras, están presentes en el campo fenomenológico de la persona e inciden directa o indirectamente en el proceso de muerte de cada ser humano.

⁴⁴. **ROGERS**. (1997). “Características de una relación de ayuda”, cap. 3, p. 46-62.

⁴⁵. **O'CONNELL**, Vincent. (1993). “Psicoterapia de crisis: la persona, el diálogo y el suceso orgánico”, en Fagan, Joen y Shepherd: *Teoría y técnica de la Psicoterapia Gestáltica*, Amorrortu Editores, Buenos Aires. pp. 233-245.

Hago aquí un paralelismo con el ciclo de una experiencia significativa, es decir de una gestalt, o con el *ciclo de la experiencia* que maneja Kepner:⁴⁶ sensación - formación de figuras - movilización - acción - contacto y contacto final - retroceso y asimilación. El cierre de la gestalt mayor lo asemejo a la fase que Kepner denomina “retroceso y asimilación”,⁴⁷ conocida también como *retiro* dentro del ámbito del Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt (esquema que presento a continuación). En la fase de retiro, la persona termina de satisfacer su necesidad, asimila en su *sí mismo* el significado de la experiencia y se prepara libremente para su nueva experiencia.

CIERRE DE LA GESTALT MAYOR



En el ámbito del cierre de la gestalt mayor de la persona que muere por SIDA, la preparación de su nueva experiencia corresponde al complejo proceso que culmina en su muerte, repercutiendo a las personas cercanas, entrando y saliendo en el proceso de aceptación y duelo.

Dígase *cierre de gestalt mayor* o dígase *muerte*, siempre resulta complejo y difícil. Sin embargo, el percibir el trance de muerte como el cierre de una gestalt, me ha facilitado comprender este proceso, manejarlo y facilitar el apoyo a la persona que camina por él.

Considero válidos en este contexto, los conceptos que maneja Kepner sobre *desvinculación*, *restablecimiento del límite del sí mismo* y *asimilación* y *cierre* de la fase de *retroceso*, así como los procesos de resistencia para esta fase: *interrupciones en la desvinculación*, *dificultades para restablecer el límite del sí mismo* y la *interferencia en la asimilación y cierre*.

⁴⁶. **KEPNER**, James I. (1992). *Autorregulación y el ciclo de la experiencia*, pp. 87-203.

⁴⁷. *Op. cit.* “Retroceso, asimilación y proceso corporal”, pp. 185-203.

Desde mi apreciación, Víctor Ortiz⁴⁸ hace una descripción de la *sabiduría del cuerpo* y de la *energía física* de la persona en forma similar a los conceptos que maneja Goldstein al hablar de la *sabiduría organísmica*. Ambos enfoques son útiles para facilitar el tránsito por este proceso:

La Sabiduría del cuerpo físico es sorprendente. El cuerpo sabe con toda precisión cuándo ya no utilizar energía física para digerir alimentos sólidos y cómo reservar esa energía para procesos más vitales e indispensables. Incluso sabe cuándo ya ni siquiera aceptar líquidos a fin de conservar latiendo el corazón o mantener a los pulmones respirando en vez de usarla para la digestión. [Ortiz, 1998, pág. 218]

Ortiz explica que, así como hay una optimización de la energía física también hay una economía libidinal tanto hacia adentro como hacia afuera del individuo:

Hacia adentro porque el individuo ya no gastará energía sustentando mecanismos de defensa que le permitieron bregar por el mundo, ahora estará más concentrado en su proceso físico y psicológico. Hacia afuera porque tampoco gastará energía en sostener convencionalismos sociales y las buenas maneras.

Ambos procesos traen como consecuencia que el individuo externe sus emociones de manera más directa al perder importancia los convencionalismos sociales, por lo que es frecuente que los pacientes terminales sean acusados de ser “demandantes, irritables, intolerantes”, etc. Pero también lo deja a merced del deseo ajeno pues sus mecanismos defensivos ya no tienen tanta fuerza.

De ahí la importancia de la comprensión de quienes lo rodean, pues no están tratando de hacer daño o molestar al personal de salud: hay que entender que está ensayando nuevas respuestas, inéditas e insólitas, frente a una muerte para la cual la sociedad no lo ha preparado.

Entender esto evitará que quienes lo rodean se conviertan en sus torturadores sometiéndolo a deseos ajenos, exigiéndole respuestas que ya no puede dar o imponiéndole soluciones que no tiene

⁴⁸. **ORTIZ**, Víctor A. (1998). “Etapa terminal” en *Curso abierto a distancia sobre SIDA y Ets*, Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, México. cap. 22, pp. 203-240.

fuerza para rechazar. Si el respeto es fundamental durante todo el proceso, en esta fase es imprescindible. [Ortiz, 1998, pág. 219]

Considero que el papel de la Psicoterapia Gestalt es de gran ayuda para facilitar este tránsito dejando el camino más estructurado y *libre*. Por *libre* me refiero a que facilita el quitar los obstáculos que entorpecen este tránsito. Uno de los recursos de la Gestalt que me ha sido de gran utilidad para un mayor apoyo durante estos momentos, es el manejo de *asuntos inconclusos* para los pendientes que tiene la persona. Esta *elaboración* le permite optimizar el uso de su energía y atención en áreas de su vida que en este momento le están siendo más prioritarias.

Para concluir, pienso que el principio fundamental para transitar por el mundo del VIH/SIDA, debe ser:

¡Más que temor a la muerte... amor a la vida!

BIBLIOGRAFÍA

ASISTENT, Niro M. (1993): *SÍ A LA VIDA*, C.S. Ed. Callao, Buenos Aires.

FRANKL, Viktor E. (1994): *EL HOMBRE EN BUSCA DE SENTIDO*, Herder. Barcelona.

KEPNER, James I. (1992): *PROCESO CORPORAL. Un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*, Ed. El Manual Moderno, México.

NARANJO, Claudio (1995): *LA VIEJA Y NOVÍSIMA GESTALT, actitud y práctica*, Ed. Cuatro Vientos, Santiago de Chile.

PERLS, Fritz (1997): *EL ENFOQUE GUESTÁLTICO Y TESTIMONIOS DE TERAPIA*, Editorial Cuatro Vientos, Santiago de Chile.

POLSTER, Erving, y Miriam Polster (1997): *TERAPIA GESTÁLTICA*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.

ROBIN, Jean Marie. (1999): *CONTACTO Y RELACIÓN EN PSICOTERAPIA*, Ed. Cuatro Vientos, Santiago de Chile.

ROGERS, Carl R. (1997): *EL PROCESO DE CONVERTIRSE EN PERSONA*, Ed. Paidós, México.

STEVENS, John (1998): *EL DARSE CUENTA, sentir, imaginar, vivenciar*, Ed. Cuatro Vientos, Santiago de Chile.

YONTEF, Gary (1997): *PROCESO Y DIÁLOGO en psicoterapia Gestalt. Ensayos de terapia gestáltica*, Ed. Cuatro Vientos, Santiago de Chile.

ZINKER, Joseph (1997): *EL PROCESO CREATIVO DE LA TERAPIA GESTÁLTICA*, Ed. Paidós Mexicana, México.