

Módulo de grupo terapéutico con enfoque cognitivo conductual dirigido a personas con VIH/SIDA: una herramienta para fortalecer la adherencia al tratamiento integral y mejorar la calidad de vida en el marco de los Derechos Humanos

Licda. Leidy Segura Chaves

Palabras clave: Enfoque cognitivo conductual Adherencia tratamiento VIH/SIDA Derechos Humanos personas con VIH/SIDA Grupos terapéuticos. Trabajo Social y VIH/SIDA

I. PRESENTACIÓN

La siguiente ponencia es un resumen de un Módulo de Intervención Socio terapéutico elaborado en el año 2004 a partir de la experiencia desarrollada en la atención de personas que viven con VIH/SIDA en el Hospital San Juan de Dios, Costa Rica. Lo anterior con fundamento en el Enfoque de Terapia Cognitivo Conductual desarrollada básicamente por Aarón Beck.

II. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL VIH/SIDA

En la actualidad el VIH/SIDA continúa siendo una compleja situación de salud que plantea retos de características similares para el abordaje de quienes viven con esta realidad. A lo largo de los años se han reconocido tres epidemias asociadas a este evento: la primera es la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), la segunda la conocida como SIDA y la tercera epidemia,

con efectos catastróficos si no se hace nada al respecto, es la discriminación de la que son víctimas las personas con VIH/SIDA, así como quienes sean las personas allegadas. La base para la violación de los Derechos Humanos se compone de dos elementos, a saber: en primer lugar, el desconocimiento que genera temor y en segundo lugar las cogniciones erróneas que producen un imaginario social distorsionado sobre el VIH/SIDA (Güell, 2002).

1) La primera y segunda epidemia: el VIH y el SIDA

Los primeros casos de SIDA fueron descubiertos en Estados Unidos en 1981, pero es muy probable que haya existido allí y en otras partes del mundo desde muchos años antes. Incluso, existen estudios realizados por ONUSIDA en los cuales se determinó que en 1959 el VIH estaba presente en una muestra de sangre de un donador en un país africano. En 1984 los científicos demostraron que el SIDA es causado por el VIH.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un retrovirus de la familia de los Lentivirus que:

- b) “Siendo ARN, transforma su material genético en ADN que se integra al núcleo de las células infectadas.
- c) Causa infección cuyo efecto es a largo plazo, llegando a provocar enfermedad manifiesta en promedio 8 a 10 años después de haber infectado al huésped.” (Solano, 2006: p. 2)

Como todo virus requiere de una célula huésped para reproducirse y entonces, utiliza a los linfocitos T-CD4 para tal fin. Luego los destruye lo cual deja el sistema inmunológico debilitado para el enfrentamiento de infecciones.

Los mecanismos de transmisión son los siguientes (Solano, 2006: p. 4)

- **Sexual:** la principal forma de transmisión lo constituyen las relaciones sexuales sin protección, la vía que genera más infecciones es la penetración rectal ya que este tipo de relaciones sexuales son más traumáticas al exponer directamente la mucosa delgada con abundante tejido linfóide a semen con abundantes viriones.

- **Transmisión vertical:** de mujer embarazada infectada al producto. Ocurre entre 25% a 45% de los casos si no se realiza ninguna intervención. Intrauterina 23%, durante el parto 65% y en el recién nacido 12% por leche materna.
- **Accidental:** como resultado principalmente de accidentes laborales cuando personal de salud, principalmente médicos y enfermeras o personal técnico que realiza procedimientos a enfermos infectados. Esto es más común en áreas de alta prevalencia de infectados y el máximo riesgo (0,3%) se debe a accidentes con agujas acanaladas de grueso calibre, las cuales contienen sangre de pacientes con elevada viremia y heridas profundas. Además, las heridas superficiales con agujas de sutura, salpicaduras con sangre en mucosas o piel lesionada (por ruptura) también implican riesgo.
- **Compartir jeringas:** en adictos de sustancias intravenosas.
- **Transfusiones:** aunque este riesgo se ha reducido hasta ser prácticamente inexistente mediante los cuestionarios que se aplica a donadores en banco de sangre y el tamizaje para VIH, no se debe despreciar, principalmente en países subdesarrollados que no disponen de suficientes medios en los bancos de sangre. Su eficiencia teórica es de 90 a 100%.

La evolución natural de la infección es la siguiente (Solano, 2006: p. 6):

- **Primoinfección:** desde que un individuo se infecta hasta que se manifieste la enfermedad (SIDA), transcurren de cuatro a

seis años en el 10% de los casos llamados “progresores” rápidos, de ocho a diez años en un 80% y más de diez años en el 10% de los casos llamados “progresores” lentos. Lo anterior depende de varias circunstancias entre las que se encuentran: el tipo de cepa del virus infectante, la edad (la evolución es más rápida en ancianos y en niños), el género (es más rápida en mujeres) y el fumado.

- **Periodo de ventana:** desde la infección primaria hasta que ocurre la aparición de la prueba positiva. Pero, aún en presencia del virus no se detectan los anticuerpos, de ahí que la prueba convencional de ELISA tiene un resultado negativo porque la cantidad de anticuerpos no es detectable.
- **Sero-conversión:** entre ocho a doce semanas después de la infección primaria la presencia de anticuerpos es detectada en sangre periférica. Esto coincide con disminución progresiva de la replicación y de la viremia.
- **Periodo de latencia clínica:** no hay síntomas, a lo sumo fatiga, adenopatías -crecimiento de ganglios- recurrentes o persistentes generalizadas. No obstante, la mayoría de pacientes no presentan síntomas. Al final de este periodo, existe una serie de afecciones clínicas que indican deterioro inmune, pero que aún no permiten catalogar al paciente como en fase SIDA y es conocida como Complejo Relacionado con SIDA, ver más adelante categorías clínicas del CDC.
- **Enfermedad por VIH o fase SIDA:** clínicamente definida como aquella etapa en la que se

desarrollan enfermedades llamadas oportunistas en un paciente VIH positivo. Con la disponibilidad del método de laboratorio llamado citometría de flujo para determinar la correlación existente entre su disminución y aparición de los síntomas las cuentas de linfocitos CD4+, pues si es inferior a 200 células por mm³ de sangre, es claro el diagnóstico de la enfermedad en el paciente.

El tratamiento para el VIH/SIDA

Los medicamentos antirretrovirales en Costa Rica son adquiridos por la Caja Costarricense de Seguro Social luego de un fallo de la Sala IV, en el cual se le obliga a la Institución suministrarlo a la persona que ganó el fallo. Entonces, se incorpora el tratamiento supracitado y se garantiza la administración a las y los pacientes como constaría meses después en la Ley General de SIDA.

Estos medicamentos controlan la acción del VIH para permitirle a la persona vivir con calidad. No obstante, para lograr el éxito terapéutico es necesario tomar en consideración el concepto de adherencia, es decir, un compromiso pleno con el tratamiento integral en el cual la persona asume un rol predominante en el trabajo en equipo con el personal de salud que le atiende y con su red social.

Seguidamente se hará una descripción somera de los medicamentos y sus mecanismos de acción. Además, se abordará el concepto de adherencia haciendo énfasis en los factores sociales que coadyuvan en el cumplimiento de la meta planteada cuando se prescriben los mismos.

a.1. Los medicamentos antirretrovirales (TARV)

La abreviatura TARV (tratamiento antirretroviral) designa a diversas combinaciones de fármacos antirretrovirales disponibles actualmente para luchar contra el VIH. Existen diferentes combinaciones de medicamentos para atacar al virus, pero en general el TARV incluye combinaciones de al menos tres fármacos antirretrovirales. De acuerdo con el Centro para el Control de Enfermedades se clasifican según el mecanismo de acción frente al virus en:

- Inhibidores de la transcriptasa inversa: actúan inhibiendo la enzima transcriptasa inversa del virus, enzima que traduce el material genético viral al lenguaje del material genético humano.
- Inhibidores de la proteasa: actúan inhibiendo la enzima proteasa del virus, enzima que participa en la fabricación de las estructuras proteicas constituidoras de la cubierta del virus.
- Inhibidores de la fusión: inhiben la entrada de virus en el linfocito CD4.

Sus principales objetivos se resumen en (Güell, 2002, p. 5):

- Incrementar el conteo de linfocitos T, células que actúan como defensas.
- Disminuir la carga viral a niveles indetectables.
- Disminuir el riesgo de adquirir enfermedades oportunistas.
- Elevar la expectativa y calidad de vida de las personas infectadas por el VIH/SIDA.

a.2. La adherencia como herramienta para el éxito terapéutico

Tal como lo plantea Güell: “la adherencia es un proceso dinámico, influido por múltiples variables de tipo social, cultural, cognitivo, económico y de salud, las cuales deben ser tomadas en consideración como elementos predictores de adherencia”. (Güell (2002, p. 8)

Dentro de esta definición, el manejo cognitivo tiene un papel fundamental para lograr el éxito terapéutico pues muchas de las acciones tomadas por las personas con VIH/SIDA giran en torno a sus percepciones sobre la infección o la enfermedad y la relación del diagnóstico consigo mismas y con el entorno.

a.2.1 Factores sociales protectores en cuanto adherencia

De acuerdo con la M.Sc. Ana Josefina Güell (2002), los siguientes factores constituyen un adecuado perfil de adherencia como sinónimo éxito terapéutico:

- Aceptación de la enfermedad.
- Conciencia crítica de la enfermedad y del TARV.
- Manejo cognoscitivo adecuado el evento VIH/SIDA y el TARV.
- Capacidad económica para autoabastecer sus requerimientos o de su grupo familiar.
- Contar con recursos internos para salir adelante de las crisis circunstanciales.
- En casos de extrema urgencia, tener a buscar ayuda médica o social.

- No presentar problemas de alcoholismo o adicción a drogas ilícitas y en caso afirmativo recibir tratamiento pertinente.
- Mostrarse anuente a efectuar los cambios necesarios en cuanto a estilos de vida que pudieran generar problemas de adherencia a la terapia
- Tener antecedentes de cumplir con tratamientos médicos y sociales, o bien estar interesado en llevar a cabo las indicaciones señaladas en las consultas a las cuales asiste.
- Manifestar tener un proyecto de vida: plantear metas factibles a corto o mediano plazo.
- Expresar su deseo de iniciar y llevar responsablemente la terapia antirretroviral, lo cual se evidencia si la terapia ocupa un lugar prioritario en la vida del paciente.
- Manejar un buen nivel de autoestima caracterizado por un buen autoconcepto y aceptación de la enfermedad y los cambios que ésta ha provocado en la vida sin que ello implique culpa. Además de mostrarse como una persona positiva y con apertura para efectuar un reencadre de su vida.
- Contar con muy buenas o excelentes redes de apoyo, vistas en términos de permanencia, accesibilidad, apoyo emocional y económico. Estas redes de apoyo son susceptibles a convocatoria por parte de los profesionales en salud y mostrar interés en la buena marcha de la terapia.
- El paciente debe contar con recursos que satisfagan las necesidades básicas y axiológicas.

- Usualmente el paciente muestra receptividad para captar las indicaciones que le brinde el personal de salud.
- Existe comunicación clara con el personal de salud.
- Existe interés por fortalecer debilidades que se puedan presentar en el proceso de adherencia al tratamiento ARV.

a.2.2 Factores sociales de riesgo en cuanto a adherencia

De acuerdo con la M.Sc. Ana Josefina Güell (2002), los siguientes factores constituyen un riesgo para el mal manejo del TARV:

- La existencia de antecedentes de depresión o estar con un diagnóstico de depresión profunda.
- Contar con evidencia sobre dificultades para asimilar el diagnóstico, las cuales se expresan en:
 - mecanismos de negación de la enfermedad.
 - deficiente auto cuidado.
 - Desesperanza.
 - ausencia de un sentido de la vida.
 - tener pensamientos y conductas autodestructivas.
 - Un manejo deficiente de información.
- La presencia de mitos, estigmas y estereotipos en cuanto a la enfermedad y al tratamiento antiviral.
- Un estado de salud deteriorado asociado a la interrupción de tratamiento médico o social o la ne-

gativa de recibir el mismo.

- La presencia de enfermedades oportunistas genera un desgaste generalizado asociado a una posible postergación de asumir su realidad como persona VIH/SIDA.
- Un precario estado de salud puede relacionarse con la práctica de estilos de vida no saludables.
- Están presentes problemas de: auto imagen y sentimientos de culpa.
- La existencia de una fuerte tendencia al auto castigo.
- La existencia de antecedentes de incumplimiento de citas médicas o con otros profesionales de salud.
- Problemas de drogadicción o alcoholismo relacionados con una renuencia a tratarlos o bien antecedentes de abandono del tratamiento de rehabilitación.
- Tener redes de apoyo poco efectivas en términos de: permanencia, accesibilidad, apoyo emocional y económico. Estas redes de apoyo por lo general no son susceptibles a convocatoria por parte de los profesionales en salud y muestran poco o nulo interés en la buena marcha de la terapia. En caso contrario, la familia es quien asume la responsabilidad del tratamiento y el paciente no se involucra en el mismo.
- Falta de claridad en la definición de prioridades en su vida, que por lo general se traduce en la ausencia de un proyecto de vida que motive a la persona a tomar en forma constante los medicamentos.

- Poca disposición para efectuar cambios en la vida.
- Posibles conductas antisociales.
- Posibilidades de presentar un síndrome demencial asociado al VIH que implique deficiencias en la esfera cognitiva o motora.
- Puede presentarse limitaciones socioeconómicas y en el entorno social que inciden en la insatisfacción de las necesidades básicas. Esto podría repercutir negativamente en la atención integral continua.
- Puede haber dificultad para la asimilación de las indicaciones que coadyuve una ingesta apropiada de los medicamentos.
- No se visualiza motivación e interés real para iniciar y asumir el tratamiento.
- Prevalece desconfianza y temor con respecto a los medicamentos.

La tercera epidemia: la discriminación y el VIH/SIDA

Onusida plantea que: “la consecuencia ha sido que los infectados (...) se sientan culpables y avergonzados, no puedan expresar sus opiniones y teman no ser tomados en serio. Y ello ha conducido a que los políticos y responsables de formular políticas de numerosos países nieguen que exista un problema y que hay que actuar de manera urgente” (ONUSIDA, 2002, p. 35).

Este último elemento produce un serio obstáculo para que se pueda superar la crisis generada por el diagnóstico y continuar con el proyecto de vida. Asimismo, impide impul-

sar los esfuerzos de prevención en el país en razón de las distorsiones cognitivas asociadas.

Es necesario agregar que el VIH/SIDA tiene un significado social cargado de distorsiones cognitivas lo cual agudiza la crisis que atraviesan las personas con un diagnóstico positivo por VIH, entre ellas:

- “Es una enfermedad mortal”.
- “Es una enfermedad de homosexuales y prostitutas”.
- “Es un castigo divino por las faltas cometidas”.
- “Las personas que tienen SIDA se ven enfermas y extremadamente adelgazadas”.
- “Es lo mismo tener VIH que SIDA”.
- “El tratamiento es horrible”.

Por ejemplo, si la persona piensa que ha cometido una falta y que merece ser castigado, el riesgo de incumplir los tratamientos o los abandone es elevado. Esto con el compromiso de medicamentos restantes e incluso, su sobrevida.

Todas estas posibles situaciones exigen un proceso de reestructuración de esas percepciones, de manera que la persona comprenda el evento VIH/SIDA y el TARV de modo realista. Así, el enfoque cognitivo conductual se constituiría en un insumo idóneo para la contribución en el mejoramiento de la calidad de vida de la población atendida.

Con esa posibilidad cada persona podrá tomar las decisiones necesarias para fortalecer su adherencia y

luchar por las metas establecidas en su proyecto de vida.

III. LA RESPUESTA DE TRABAJO SOCIAL DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ANTE LOS RETOS PLANTEADOS POR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TARV)

Los profesionales de Trabajo Social de este centro hospitalario realizaban, antes del fallo de la Sala Constitucional en el año 1997 labores como las siguientes:

- Intervención en crisis de primer orden: a este servicio empezaron a llegar los casos nuevos diagnosticados en otras unidades de atención y diagnóstico.
- Intervención con familias y otras redes de apoyo: fundamentalmente dirigida a la sensibilización, capacitación y convocatoria de nodos efectivos en la red social del paciente.
- Terapia individualizada para el manejo del duelo anticipado: como mecanismo de brindar un acompañamiento a la persona en su proceso de enfermedad dentro de un contexto de realidad.
- Establecimiento de alianzas estratégicas con organizaciones no gubernamentales: enfocándose en la promoción de respuestas a las demandas de la población no cubiertas por el Estado. Entre ellas, la opción de Hogares para personas con VIH/SIDA en condición de abandono.

Un cambio en las labores de los profesionales de Trabajo Social podría mejorar radicalmente la vida de las y los pacientes. La infección pasa de ser mortal a crónica.

Dentro de este marco resultaba evidente que una de las prioridades de la intervención de los profesionales de Trabajo Social debe girar en torno a procesos que facilitaran un manejo cognoscitivo adecuado del evento VIH/SIDA, así como de la propia persona, los demás y el futuro; lo cual permitiría el empoderamiento individual, una mayor probabilidad de éxito terapéutico y progresivamente un proceso de defensa de los Derechos Humanos que les cobijan que se ven violentados al haber discriminación en los distintos ámbitos en los cuales la persona se desenvuelve. De ahí que sea necesario realizar labores con las y los pacientes que les permitan comprender de manera realista la situación y además, comprender que son sujetos de derechos que pueden reclamar.

Es así como en el Hospital San Juan de Dios, la M.Sc. Ana Josefina Güell Durán, desarrolló experiencias terapéuticas grupales con un enfoque Cognitivo Conductual que rindieron excelentes resultados. Dichos procesos fueron recopilados y expuestos en el Congreso anterior de Trabajo Social y en otros espacios académicos fuera de Latinoamérica.

A partir de ello, se elaboró un Módulo dentro de este mismo enfoque en el 2004 aplicable a grupos, con el objetivo fundamental de impulsar un proceso dirigido a facilitar el manejo de la situación de salud y las crisis sociales asociadas con un manejo cognoscitivo de los sucesos relacionados. Así como mejorar el nivel de adherencia al tratamiento integral que le permita a la persona mejorar su calidad de vida.

Bases del enfoque terapéutico cognitivo-conductual

A manera de síntesis, los fundamentos sobre los cuales descansa este enfoque son los siguientes:

- Se focaliza en el comportamiento y el pensamiento.
- Está orientado hacia el presente.
- Utiliza terapias a corto plazo.
- La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico.
- Tiende a fomentar la independencia de la persona.
- Está centrado en los síntomas y su resolución.
- Rechaza el principio de sustitución de síntomas.
- Pone el énfasis en el cambio.
- Desafía la posición de la persona, sus conductas y sus creencias.
- Se centra en la resolución de problemas.
- Utiliza planes de tratamiento.
- Propone una continuidad temática entre las sesiones.

El terapeuta cognitivo desarrolla su trabajo recorriendo un camino que va desde la conceptualización a la intervención en el caso concreto. La intervención supone iniciar el proceso diagnóstico, primero general, utilizando la historia social y el análisis funcional y posteriormente generar las primeras hipótesis sobre la estructura cognitiva que subyace

a la presentación sintomática o patrón conductual problemático. Estas hipótesis se generan tanto por los datos más directos y conductuales como por los informes verbales y relacionales del paciente, por ejemplo, evaluaciones, atribuciones, estilo y rol en la relación terapéutica.

Las y los terapeutas cognitivos suelen ser multimodales a nivel de selección de técnicas terapéuticas (Lazarus, 1984). Emplean procedimientos de orígenes diversos: cognitivos, conductuales, sistémicos, experienciales... según el caso concreto. La finalidad es producir una modificación de los significados personales.

Una agrupación general, aunque incompleta, de esos procedimientos podría ser la siguiente según Ford (2007):

a) Técnicas cognitivas

- Detección de pensamientos automáticos: consiste en un entrenamiento con base en un auto-registro en la detección de los pensamientos que acompañan a sus reacciones emocionales y conductuales ante determinados eventos internos y externos.
- Clasificación de las distorsiones cognitivas: a partir de los registros anteriores se les enseña al sujeto las distorsiones del pensamiento utilizadas automáticamente al evaluar determinados eventos y sus alternativas.
- Búsqueda de evidencias de los pensamientos automáticos: básicamente se trata de comprobar el grado de validez de las interpretaciones personales relacionadas con alteraciones emocionales. Esto se hace buscando eviden-

cias a favor y en contra en la propia experiencia provenientes de terceros, diseñado experimentos personales para comprobar una hipótesis o detectando los errores lógicos de las interpretaciones, o utilizando “diarios predictivos” donde va recogiendo evidencia de la confirmación diaria o no de un esquema.

- Detección y trabajo con los supuestos o creencias personales: a partir de los pensamientos automáticos y siguiendo una especie de asociación a partir de ellos, cadena inferencial o flecha descendente, se hipotetizan los esquemas que los sustentan, o interpretaciones alternativas mediante el ensayo de escenas en la imaginación para fomentar el afrontamiento de diversas situaciones.
- Uso de imágenes: el terapeuta propone al paciente el manejo de determinadas situaciones o interpretaciones alternativas mediante el ensayo de escenas en la imaginación para fomentar el afrontamiento de diversas situaciones.
- Disputa racional de creencias disfuncionales: consiste en que el sujeto aprenda a cuestionarse el grado de validez de sus actitudes disfuncionales con base en las evidencias a favor de una exigencia, la descatastrofización del no cumplimiento de la exigencia y la diferencia entre la conducta y el auto-concepto derivado de la exigencia.
- Técnica del rol fijo: el paciente escribe un boceto de cómo se percibe actualmente y el terapeuta le sugiere un personaje alternativo para que actúe “como si fuera tal” y compruebe los nuevos efectos.

- Resolución al estrés: consiste en preparar al paciente mediante instrucciones, relajación y ensayo imaginativo en el manejo de situaciones de dificultad creciente.

Técnicas experienciales o emocionales

- Auto observación con la técnica de la moviola: ésta consiste en el repaso imaginativo de situaciones cargadas de afecto desde una doble perspectiva, el cómo es vivenciada emocionalmente y el cómo es explicada. Suele conllevar el uso de “focusing” o asociación de emociones corporales. Se utiliza para aumentar la congruencia afectiva desde la apreciación cognitiva.
- Hémele de la dramatización: se utilizan para superar inhibiciones y desarrollar habilidades. También para adoptar empáticamente otras perspectivas alternativas. Se puede hacer de situaciones actuales, pasadas o anticipadas.

Técnicas conductuales

- Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad: se emplean para modificar las expectativas de auto eficacia en situaciones sociales de los pacientes al desarrollar sus habilidades en este terreno.
- Uso de la exposición con o sin relajación: se emplea para comprobar las predicciones catastrofistas de los pacientes y sus expectativas de dominio de situaciones temidas.
- Uso de tareas de dominio y agrado: el paciente registra el agrado y el dominio de sus actividades diarias y sobre esta base se pro-

graman experiencias que aumenten su grado de bienestar y modifiquen su visión túnel negativa. También se suele emplear conjuntamente con la “programación de actividades” y la “asignación gradual de tareas” que cumplen fines similares.

- Trabajo con la familia: en determinados casos la disfunción es mantenida por la relación familiar que suele compartir unos determinados supuestos disfuncionales. En ese caso la intervención puede ser cognitiva-sistémica. (Ford, 2007):

Es pertinente destacar que las y los terapeutas cognitivos prestan especial atención al manejo de la relación terapéutica la cual, junto con relaciones fuera de la consulta, les confirma a los pacientes sus esquemas disfuncionales. Hay terapeutas cognitivos que resaltan el manejo de esta relación como la vía principal de una intervención terapéutica. Este último aspecto supone una reconceptualización desde el modelo cognitivo de las relaciones de transferencia y contra transferencia propuestas desde el psicoanálisis.

Módulo de grupo terapéutico con enfoque cognitivo conductual dirigido a personas con VIH/SIDA

Tomando en cuenta los fundamentos del enfoque seleccionado, el Módulo se constituyó de la siguiente manera:

a) Fases del proceso metodológico

a.1. Selección de los participantes

- Descripción de los y las participantes:

Como se mencionó en el documento, la M.Sc. Güell ha logrado construir perfiles sociales de adherencia al tratamiento antirretroviral de acuerdo con criterios científico-técnicos verificados en la práctica.

Por esa razón, las personas seleccionadas para la experiencia terapéutica responderán **preferiblemente y no de manera excluyente** al perfil de Baja Adherencia y Alto Riesgo Social, descrito anteriormente en este documento.

a.2 Experiencia terapéutica

Duración de las sesiones

Se trabaja con un grupo cerrado integrado por doce participantes como número máximo, previamente seleccionados de acuerdo con el Perfil de Adherencia descrito en el apartado anterior.

El proceso consta de doce sesiones, con una duración de dos horas por sesión.

a.3 Estructura de las sesiones

Se desarrolla de la siguiente manera:

- En la sesión inicial se desarrolla una ubicación a los y las pacientes en el enfoque terapéutico que se seguirá. De igual manera, se establecerá y se motivará la construcción del contrato terapéutico de manera participativa.
- En el desarrollo de cada una de las siguientes sesiones se cumplirá en la medida de lo posible con la siguiente agenda:
 - Bienvenida y motivación.
 - Revisión de los temas abordados en la sesión anterior.

- Revisión de las tareas asignadas para el hogar.
- Desarrollo del tema del día.
- Instrucciones para próxima tarea para el hogar.
- Despedida.
- Última sesión: cuando finalice el proceso se tomará una parte de la sesión del día para realizar el cierre correspondiente. Posteriormente y de manera individual, se evaluará el proceso y se realizará el perfil de salida.

a.4 Temas y técnicas generadoras

Se trabaja como guía con el programa contenido en el libro: *“Cognitive Therapy in Groups”* del autor Michael Free (1999) y con las técnicas descritas por Rian E. Mc Mullin (2000) en el texto: *The New Handbook of Cognitive Therapy Techniques*. Algunas técnicas son las siguientes:

- Guía para el terapeuta
- La terapia cognitivo conductual.
- Crear una emoción ahora.
- Cambiar los B's de una persona.
- Los tipos de cogniciones.
- Creencias centrales.
- Temas vitales.
- Mapas cognitivos.
- Técnicas de enfrentamiento.
- Análisis lógico.
- Procedimientos básicos para sos-

- tener percepciones.
- Percepciones puente.
- Jerarquía de valores puente.
- Resintetizar eventos vitales críticos.
- Resintetizar temas vitales.
- Hojas de trabajo para los pacientes
- Contrato terapéutico.
- Mi propia historia.
- La flecha descendente.
- La analogía de la maleta.

- Retar pensamientos.
- Crear disonancia.
- Intercambiar percepciones.
- Percepciones puente.
- Resintetizando eventos críticos.

Guías de tareas para el hogar para los pacientes

- Las creencias producen emociones.
- La fórmula básica.
- Registro de pensamientos más utilizados.
- Lista maestra de creencias.
- Mapas cognitivos.
- Mis tarjetas de enfrentamiento.
- Retar los pensamientos irracionales.
- Intercambio percepciones.

- Jerarquía de valores puente.
- Resintetizar temas vitales.

Para cada una de las sesiones se establece la agenda de trabajo con las guías para la terapeuta, las guías de trabajo para los y las pacientes y las guías de trabajo para el hogar.

a.5 Guías de evaluación

Para conocer la evolución individual de cada persona se utilizan los instrumentos creados por la M.Sc. Güell: Perfil Social de Entrada y Valoración Social de Adherencia, los cuales han sido expuestos en congresos anteriores de Trabajo Social. Asimismo, se emplea una guía para desarrollar un grupo focal con fines evaluativos.

3. Resultados obtenidos con las experiencias terapéuticas

Como parte de los resultados obtenidos se encuentran los siguientes:

- Modificación favorable del Perfil Social en un plazo corto

Esta posibilidad potencia la adherencia al tratamiento antirretroviral. Es decir, hay un cambio de factores de riesgo por factores protectores en un periodo de tiempo relativamente corto, con el beneficio de contar con mayores posibilidades de alcanzar el éxito terapéutico.

Lo anterior trae como consecuencia un mejoramiento de la salud física y emocional de la persona. A su vez, se ha visto de manera paulatina como la persona ha retomado proyectos individuales, laborales y académicos abandonados como consecuencia de las distorsiones cognitivas sobre el evento VIH/SIDA.

- Empoderamiento de las personas con VIH/SIDA en materia de derechos:

Luego de la finalización del proceso terapéutico se obtiene con los y las pacientes un manejo cognoscitivo objetivo de la situación que viven. Esto les permite comprender que son sujetos de derechos y tienen la posibilidad de establecer mecanismos garantes de su bienestar.

Incluso, algunos de los participantes de estos procesos se han integrado a asociaciones de pares, evidenciando una participación social más activa. Ejemplo de ello son las luchas actuales en las cuales estos pacientes representan de manera comprometida los intereses de las personas que aún no cuentan con los recursos internos para enfrentar las situaciones de discriminación de las cuales son objeto.

- Prevención de potenciales problemas de adherencia a futuro

Se ha notado que las crisis sociales circunstanciales o vitales que han enfrentado han sido manejadas de una manera más adecuada. Han establecido formas de resolver conflictos efectivos que producen mayor autoestima, bienestar y brindan sinergia a los elementos anotados en los puntos anteriores.

De tal manera que la persona puede continuar con su proyecto de vida de forma satisfactoria.

Esto con la seguridad de que los eventos que le sucederán no tendrán un impacto negativo en el tratamiento y por ende, su sobrellevada será de calidad.

VI. Reflexiones finales

Dentro del marco de los Derechos Humanos, el ejercicio de la profesión de Trabajo Social está llamada a facilitar espacios de defensa a favor de las poblaciones vulnerables. Pero, para que el proceso sea efectivo es necesario en primer lugar, que la persona se visualice como sujeto de derechos.

Dentro de ello, cobra importancia contar con procesos terapéuticos eficaces para permitir el empoderamiento personal y social. Solamente de esta manera se fortalecerán los procesos de participación social existentes en la materia.

Además, es necesario comprender que el enfoque sirve al proceso construido entre las y los pacientes y la terapeuta y no al contrario. Esto exige una relación de colaboración y de corresponsabilidad en donde el o la paciente es quien resintetiza su vida y toma las decisiones hacia el cambio.

El profesional que se desempeña como trabajador social contribuye con insumos teóricos al autoanálisis del paciente por medio de experiencias cognitivas diseñadas previamente que en el proceso se someterán a prueba y se mejorarán o implementarán otras más efectivas de acuerdo con las necesidades de cada una de las personas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beck, Aaron y otros (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Ediciones Paidós Ibérica S. A. España.
2. Beck, Aaron y otros (2002). *Terapia cognitiva de la depresión*. Editorial Desclee de Brouwer S. A. 14ta ed. Bilbao.
3. Beck, Aaron. *Terapia cognitiva para la depresión*. En: www.cop.es/colegiados/PV00520/depresion6.pdf. Bajado el 3 de julio de 2007.
4. Feixas y Miró. *Principales modelos actuales de psicoterapia*. En: www.psicologia-online.com. Bajado el 3 de julio de 2007.
5. Ford Martin, Paula. *Cognitive behavioural therapy*. En: www.ehendrick.org/healthy/00032.htm. Bajado el 1 de julio de 2007.
6. Güell Durán, Ana Josefina (2002). La adherencia al tratamiento antirretroviral en personas VIH/SIDA: un abordaje desde la perspectiva de Trabajo Social. *Revista de Trabajo Social*, 64(27).
7. Yamamoto, Marilda (2006). *Curso de extensión docente: Tendencias teóricas en Trabajo Social: debate contemporáneo*. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio. San José.
8. Mc Mullin, Rian E (2000). *The New Handbook of Cognitive Therapy Techniques*. Norton & Company. New York.
9. - ONUSIDA: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2002). *Marco conceptual y base para la acción: estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA*. Ginebra.
10. Roca, Elia. *¿Cómo puede ayudarte la terapia cognitiva a superar tus problemas de ansiedad?* En: www.cop.es/colegiados/PV00520. Bajado el 1 de julio de 2007.
11. Segura Chaves, Leidy Patricia (2004). *Módulo de grupo socio terapéutico dirigido a personas VIH/SIDA*. San José, Costa Rica.
12. Solano Aguilar, Oscar Mario (2006). *Generalidades del VIH/SIDA*. San José, Costa Rica.
13. Free, Michael (1999). *Cognitive therapy with Groups*. West Sussex, Inglaterra: John Wiley & Sons.