

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

“Estrategias de
intervención
hospitalaria en el caso
de un niño portador de
VIH”

Lic. en Psicología

Autor: Florencia Esteves

13/04/2012

Tutora: Gabriela Ramos Mejía

1. Introducción

La práctica profesional se realizó en un Hospital Interzonal General de Agudos . Se concurrió al hospital semanalmente cumpliendo un horario de 09:00 a 13:00 hs. El servicio en el que se llevó a cabo la práctica es el servicio de psicología pediátrica.

Dentro de este servicio se realizan principalmente tareas que incluyen recorrido por las diferentes salas de internación, dentro de las cuales se le realiza una entrevista psicosocial al mayor responsable del niño, con el objetivo de identificar alguna posible demanda psicológica. A su vez el servicio cuenta con consultorios dentro de los cuales se llevan a cabo tratamientos de tipo ambulatorio para pacientes pediátricos que pueden haber sido derivados de las salas, luego de realizarse la entrevista psicosocial o arribar por interconsulta del servicio de pediatría o de alguna escuela zonal.

A partir del recorrido por las salas y posterior trabajo en consultorio es que he decidido tomar el caso de J, paciente pediátrico portador de VIH, como tema del cual se tratará el Trabajo Integrador Final.

1. Objetivos

Objetivo General:

- Analizar las intervenciones realizadas en la caso de un niño portador de VIH en el Hospital durante la internación y en el tratamiento ambulatorio.

Objetivos Específicos

- Describir el modelo de abordaje interdisciplinario aplicado al paciente en el hospital .
- Describir las intervenciones realizadas por el servicio de pediatría durante la internación del paciente.
- Describir las intervenciones realizadas por el servicio de asistencia social durante la internación del paciente.

- Describir las intervenciones realizadas por el servicio de psiquiatría durante la internación del paciente.
- Describir las intervenciones realizadas por el servicio de psicología durante la internación del paciente.
- Describir los objetivos terapéuticos y las técnicas a utilizar con el paciente en un tratamiento ambulatorio.

2. Marco Teórico

2.1 VIH/SIDA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH (OMS, s.f.).

Miranda Gómez et al. (2009) sostienen que la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) induce a un proceso crónico y progresivo, con un espectro enorme de manifestaciones y complicaciones, desde la infección primaria hasta las infecciones oportunistas, los tumores y el desgaste.

Se considera que la enfermedad tiene un periodo de incubación de 10 años, lo que implica que una persona puede transmitir el virus sin saber que está infectada (Herrera & Campero, 2002).

La transmisión de la infección de VIH se da en tres formas conocidas: a través del contacto sexual (donde el semen o fluidos vaginales infectados pasan de un individuo a otro), por transferencia directa de sangre infectada (por transfusión

de sangre o productos sanguíneos contaminados, o por transferencia de agujas hipodérmicas o heridas abiertas) y en forma vertical (de una madre infectada a su feto o recién nacido) (Keifer, 1992).

A su vez Keifer (1992) informa que las fuentes menos comunes de infección por VIH en niños menores de 13 años son las agujas contaminadas, la actividad sexual y los productos sanguíneos. Afirmando que la forma más frecuente en que los niños adquieren la infección de VIH es de una madre infectada, durante el embarazo. La transmisión de una madre infectada puede darse durante el embarazo, en forma perinatal durante el nacimiento y a través del amamantamiento.

La infección VIH en la edad pediátrica presenta un amplio espectro clínico, que va desde los niños que permanecen asintomáticos durante cuatro a cinco años y aún más, hasta los niños que desarrollan precozmente, en los primeros meses de vida, una forma muy agresiva de la enfermedad que los lleva a la muerte en los primeros 24 meses de vida. Esto ha llevado a que se describa en la infección VIH pediátrica una evolución bimodal, con dos formas evolutivas, una lentamente progresiva, que se presenta en el 75 a 80% de los casos y otra precoz y severa que se presenta en el 15 a 20% de los casos, en los que se produce rápido deterioro de la deficiencia inmune (Chávez, 2000).

El VIH/SIDA es considerado hoy en día como una enfermedad crónica. Brown (2006) sugiere que cuando nos referimos a una enfermedad crónica en realidad se alude a un estado de enfermedad que presenta síntomas con un curso prolongado, y que afecta a uno o más sistemas de órganos, pudiendo perjudicar el estado de salud o el funcionamiento psicológico.

El programa conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (s.f.) informa que desde el inicio de la epidemia, casi 60 millones de personas se han infectado con el VIH y 25 millones de personas han fallecido por causas relacionadas con el VIH. Por otro lado en el relevamiento realizado en 2008, se informó que aproximadamente 430 000 niños nacieron con el VIH, con lo cual se elevó a 2,1 millones el número total de niños menores de 15 años que viven con el VIH (ONUSIDA, s.f.).

Se considera que el desarrollo de la epidemia del VIH/SIDA está asociado con desigualdades sociales expresadas en accesos diferenciales a oportunidades de protección y cuidado de la salud, en diferentes contextos socioeconómicos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó para el año 2000 unos 40 millones de infectados con el VIH en el mundo, de los cuales más de 90% vivían en países pobres, donde las tasas de infección tenderán a aumentar por la deficiente oferta de sistemas sanitarios y los limitados recursos preventivos y asistenciales (Caballero Hoyos & Villaseñor Sierra, 2003) .

Herrera y Campero (2002) sostienen que de todas las personas que viven con el VIH/SIDA en el mundo, 95% están en países en desarrollo, lo que permitió clasificar al VIH/SIDA como una "enfermedad de la pobreza". Actualmente la epidemia se concentra en las áreas marginales de las grandes ciudades de los países en desarrollo y, de manera creciente, en zonas rurales.

Por otro lado, los autores afirman que desde que apareció el VIH/SIDA hubo una evolución conceptual en la forma de caracterizar a la epidemia: de la idea de "grupos de riesgo" se pasó a la de "prácticas de riesgo", luego a la de "situaciones y contextos de riesgo", y finalmente a la de "condiciones sociales del riesgo", lo que permitió dar lugar al concepto de vulnerabilidad (Herrera & Campero, 2002).

Las personas que viven con el VIH deben lidiar con un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que en conjunto constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental. Por lo tanto, la enfermedad debe ser entendida desde un modelo biopsicosocial (Rodríguez Alzamora, Carrobles Isabel & Remor, 2003).

2.2 Abordaje Interdisciplinario

Se considera que el abordaje de enfermedades crónicas en poblaciones de niños y adolescentes es un reto multifacético, el cual precisa de la atención y conocimientos de individuos de diferentes disciplinas, que incluyen la psicología, psiquiatría, el trabajo social y la medicina (Brown, Daly & Rickel, 2008).

Numerosos autores, afirman que la infección por VIH es un padecimiento que demanda la práctica consistente y eficiente de los comportamientos de adhesión al tratamiento antirretroviral en sí y de otras actividades de apoyo al mismo tiempo. Sin embargo, recientemente se ha identificado una diversidad de variables psicológicas y sociales (i.e., depresión, estrés, bajos niveles de motivación y carencia de apoyo social, principalmente) que dificultan la práctica de esos comportamientos, favoreciendo así el progreso clínico de la enfermedad y una reducción en la calidad y tiempo de sobrevida en las personas con VIH (Sánchez Sosa, Cázares Robles, Piña López & Dávila Tapia, 2009).

Debido a que el número de niños con infección por VIH continúa incrementándose, las pautas para mejorar la sobrevida y la calidad de vida son un punto fundamental en el manejo de estos pacientes. El tratamiento debe ser multidisciplinario, siendo pilares importantes el aspecto nutricional, el soporte psicológico y, obviamente, el manejo infectológico y de las complicaciones propias de la enfermedad de base (Martínez Aguilar, Vásquez de Kartzow, Nava Frias & Santos Preciado, 1995).

León Leal y González (2010) resaltan la necesidad de trabajar el VIH desde un abordaje interdisciplinario que incluya pediatras, médicos de adultos, pedagogos, psicólogos, antropólogos, trabajadores sociales, etc.

Chávez (2000) sostiene, que es importante contar con un equipo multidisciplinario, el cual debería de estar conformado por diversos profesionales como: enfermeras, asistentes sociales, kinesiólogos, nutricionistas y, si es posible, psiquiatras o psicólogos, además de la colaboración de los diversos subespecialistas que participarán en el seguimiento de los niños y/o en el manejo de sus complicaciones.

Un equipo interdisciplinario se constituirá por personas que han recibido una formación en diversos dominios del conocimiento, que tienen diferentes conceptos, métodos, datos y términos, y que se organizan en un esfuerzo común alrededor de un problema común y en donde existe una

intercomunicación continua entre los participantes de diversas disciplinas. Sin embargo, no alcanza con la sola participación de distintos especialistas para que sus acciones resulten eficaces. Es fundamental que constituyan un equipo, esto significa diversidad de funciones organizadas para lograr un objetivo. Objetivo que trasciende la resolución del síntoma. Para que un equipo multidisciplinario alcance una integración interdisciplinaria, es necesario que los profesionales no trabajen en compartimentos estancos sino formando una red y construyan entre todos un saber compartido (Tuzzo, 2004).

Por otro lado, Parisí (2006) sostiene que la interdisciplina enriquece los acercamientos al conocimiento, así como la manera en que se conocen y resuelven los conflictos. Una disciplina, es solo un recorte de la realidad para su estudio y aproximación. Y el sujeto actual, es consecuencia de una trama compleja, de un devenir histórico, social, político, atravesado por las coyunturas que construyen particulares formas de subjetividad.

En el estudio y tratamiento del hombre enfermo, son cada vez más los profesionales que están convencidos de que no es posible curar los distintos órganos del hombre de forma aislada, sino más bien considerar al hombre como un todo en cada intervención terapéutica (Tuzzo, 2004).

Rincón (2003) afirma que en el cuidado de la salud, la atención a través de equipos interdisciplinarios es similar a la forma en como se relacionan los sistemas corporales entre si: en general los desbalances graves de un sistema van acompañados de desbalances en otros. Por lo tanto, el tratamiento y la recuperación, deben incluir el cuidado paralelo integrado de todos los sistemas afectados, con el objetivo de controlar de manera temprana y directa la patología de cada sistema, prevenir mayores desarreglos y disminuir la impredecibilidad. Todo ello contribuye a una mejor calidad de vida del paciente y la familia.

Remor (1997) afirma que es importante reconocer el tratamiento medico, pero se debe también destacar las necesidad de contemplar aspectos psicológicos

relacionados con la educación y la incorporación de la asistencia psicológica a los tratamientos por VIH.

2.3 Tratamiento No Farmacológico

El tratamiento del niño con infección VIH es complejo por toda la problemática familiar y social que implica, y por el compromiso de diversos sistemas. El niño debe ser controlado periódicamente para evaluar el desarrollo ponderoestatural y psicomotor, vigilar la aparición de signos y síntomas de enfermedad, controlar la función inmune y los diversos sistemas que pueden comprometerse, de manera de pesquisar precozmente alguna alteración, lo que permite una intervención oportuna. Dado que con frecuencia la madre del niño está enferma o ha fallecido, es importante incorporar a otros familiares para colaborar en el cuidado de éste. Es fundamental que el niño y su familia se sientan acogidos por todo el equipo de salud, de manera de lograr una buena adherencia a los controles y al tratamiento (Chávez, 2000).

En un estudio realizado por Ruiz Navia, Enrique Lara y Hoyos Hernández (2009), los autores refieren que el tratamiento no farmacológico hace referencia a los cambios o ajustes en el estilo de vida, aquello complementario a la toma de medicamentos, que debe hacer la persona. A su vez, los autores definen la adherencia como el comportamiento que debe tener la niña o el niño asumiendo la propiedad y responsabilidad respecto a los regímenes terapéuticos mutuamente acordados, como tomar el medicamento antirretroviral siguiendo las recomendaciones médicas, realizarse los exámenes recetados por el médico y ejecutar cambios en el estilo de vida.

Se considera que la adherencia al tratamiento en VIH/SIDA implica una serie de comportamientos que debe realizar el paciente en su vida diaria, los cuales coinciden y son coherentes con los acuerdos realizados y las recomendaciones discutidas y aceptadas en la interacción con los profesionales de la salud que lo atienden, en una dinámica de implicación activa del paciente en el control de su enfermedad. En el caso del VIH/SIDA, los comportamientos que debe realizar el paciente incluyen: toma de medicamentos, asistir a las citas médicas

periódicas, realizar los exámenes periódicos, realizar ejercicio regularmente, alimentarse según las indicaciones dadas por los médicos, manejar las alteraciones emocionales que puedan influir de forma negativa en el estado inmunológico, evitar el consumo de sustancias psicoactivas, etc. (Varela-Arebalo, Salazar-Torres & Correa-Sánchez, 2008).

Los autores Gaviria, Quiceno, Vinaccia, Martínez y Otalvaro (2009), sostienen que el diagnóstico de enfermedad crónica cambia la forma como la persona se ve a sí misma y a su vida, afectando profundamente el autoconcepto por lo tanto la adaptación dependerá de una multiplicidad de factores, como la edad, el género, el estatus social, el apoyo, la educación, las creencias religiosas, los patrones de personalidad, la inteligencia, los auto-esquemas, los estilos de afrontamiento, el equilibrio o control emocional, etc.

Las investigaciones sostienen que hay un gran número de variables implicadas en la adherencia al tratamiento. Entre ellas podemos destacar los factores personales, estos refieren a características propias del paciente como variables sociodemográficas, cognitivas, emocionales, motivacionales, psiquiátricas y consumo de sustancias; factores de la enfermedad, estos factores incluyen aspectos y características del VIH/SIDA y del régimen terapéutico; por último podemos hallar los factores relativos al sistema de salud, estos hacen referencia al acceso a los servicios de salud y las características propias de la institución en la que el paciente se atiende (Varela-Arebalo, Salazar-Torres & Correa-Sánchez, 2008).

Es frente a lo dicho con anterioridad que los autores Varela-Arebalo, Salazar-Torres y Correa-Sánchez (2008), sostienen que la psicología ocupa un lugar central, ya que posee una amplia variedad de herramientas que le permiten tener una mirada más integral de la adherencia, generando intervenciones que logren fortalecer a los individuos y sus familias, que les permita entender a los sujetos la relación existente entre conductas y consecuencias de la salud, permitiendo el desarrollo de nuevas habilidades, consiguiendo fortalecer la autoeficacia y finalmente logrando una mejora en su calidad de vida.

2.3.1 Rol del Psicólogo en atención de pacientes con VIH

Preciado y Montesinos (1992), sostienen que el rol del psicólogo podría ser la búsqueda de incentivos para hacer que las personas cumplan con los regímenes médicos y toleren tratamientos que podrían ser dolorosos.

El psicólogo se debería encargar de estar presente y asistir en la comunicación de seropositividad al paciente, promoviendo estrategias de afrontamiento para lograr un buen control de la infección y las emociones. Por otro lado, es importante que el psicólogo realice un diagnóstico del paciente luego de ser informado sobre su condición de portador de VIH, aquí se debería tener en cuenta la dinámica de procesamiento cognitivo-afectivo del paciente, el entorno de este y el periodo evolutivo. Luego de obtener esta información es más factible que el psicólogo pueda desarrollar un plan de intervenciones que se ajusten al paciente. Por último es indispensable distinguir el tratamiento en pacientes asintomáticos de los pacientes sintomáticos, los últimos se encuentran en periodo SIDA (Tobón & Vinaccia, s.f.).

Las intervenciones psicológicas en relación al VIH tienen diversas metas, procedimientos, enfoques, tiempos y espacios. Las hay de inicio, de emergencia, de seguimiento, de educación e información, de evaluación y de rehabilitación. El psicólogo puede realizar diversas funciones, puede orientarse hacia la prevención o hacia la contención emocional (González -Ramírez, 2009).

Los pacientes que sufren VIH/SIDA, presentan a menudo trastornos psicológicos que se suman a las complicaciones médicas secundarias a la infección por el VIH. La frecuencia de aparición de trastornos psiquiátricos en los enfermos de SIDA es superior a la de otras enfermedades de pronóstico similar. A estos trastornos psiquiátricos se suma la desinformación, la ansiedad y los miedos con respecto al contagio (Lyketsos & Federman, 1995).

González –Ramírez (2009), sostiene que es necesario que el paciente reciba atención psicológica en todas las fases de la infección, ya que esta aumenta

las posibilidades de que el paciente mejore su calidad de vida y disminuya los riesgos físicos y emocionales.

Los problemas psico-sociales que enfrentan los niños que padecen VIH/SIDA y sus familias representan una amplia variedad de trastornos como lo son: aislamiento, problemas relacionados con la revelación del diagnóstico, estigma social, depresión, enojo y confusión (Pavia-Ruz, Tovar-Larrea & Muñoz-Hernández, 2003).

La presencia de problemas emocionales en las personas con VIH/SIDA es explicada en primer lugar por la psicopatología previa de los afectados, en segundo lugar, por la dificultad para adaptarse a una enfermedad que impone importantes restricciones en la vida del enfermo, en tercer lugar como consecuencia de la misma enfermedad y de su tratamiento y en cuarto lugar, como efecto del estigma social asociado al SIDA. Otra fuente de problemas emocionales en las personas afectadas es la que tiene que ver con las repercusiones sociales de la enfermedad (Ballester, 2005).

A su vez, Ballester (2005) afirma que los problemas emocionales también tienen su efecto sobre el estado físico de los pacientes y su propia supervivencia. Esta repercusión negativa sobre el estado físico de los enfermos se expresa fundamentalmente de tres modos. A través de la relación entre los factores cognitivos y emocionales y la función inmune, a través de su influencia sobre la adhesión al tratamiento antirretroviral y por último por su relación con los hábitos de salud de los enfermos, hábitos que resultan fundamentales en la progresión de la enfermedad y que incluyen, desde el consumo de sustancias tóxicas hasta la nutrición o la prevención de reinfecciones.

Remor (1997), plantea que uno de los dos objetivos básicos de intervención debe ser presentarle al paciente de forma clara y concreta información sobre el VIH/SIDA, esta información lo ayudará a tomar decisiones de manera más eficaz frente a posibles dificultades.

Lyketsos y Federman (1995) sostienen que entre los factores que influyen en la condición psicológica del paciente están: el momento del diagnóstico, pérdida de compañeros y soporte social, características sociodemográficas como edad, sexo, factores culturales, etc.

Remor (1997), también afirma que la familia desempeña un papel muy relevante como fuente de apoyo. Sin embargo debe considerarse que sus miembros también se encuentran sometidos a un proceso de estrés constante, y el profesional debe estar atento a las necesidades planteadas por la familia, para así en el momento adecuado ofrecer ayuda.

Se afirma que el medio familiar y su nivel de funcionamiento cumplen un papel significativo en predecir la adaptación a una enfermedad crónica (Thomson et al., 1999).

A su vez, diversos autores mencionan que el tipo de apoyo social que la familia puede brindar, se asocia estrechamente a la manera en que la familia en su conjunto maneja el problema que representa esta enfermedad (Castro, Eroza, Orozco, Manca & Hernández, 1997).

Castro et al. (1997) sostienen que hacer conocer a la familia la condición de seropositividad, es una pre-condición para poder recibir apoyo y ayuda de su parte.

Se manifiesta que a diferencia de los adultos, los niños y niñas con VIH/SIDA requieren una mayor atención y acompañamiento por parte de sus cuidadores, a través de las diferentes etapas del desarrollo (Ruiz Navia, Enrique Lara & Hoyos Hernández, 2009).

En un estudio realizado por Gretchen et al. (2004) se encontró que la no adherencia al tratamiento de niños y niñas con VIH, se debe a los cuidadores, por lo tanto, ellos deben contar con recursos que les permitan ayudar a los niños y niñas a adherirse a un plan sano del tratamiento. En casos en los que

el cuidador no puede ofrecer estos cuidados, es necesario considerar que estos sean protegidos por otras personas.

Pavia-Ruz, Tovar-Larrea y Muñoz-Hernández (2003), informan que la infección por VIH/SIDA está acompañada de estigma, lo cual genera en el niño y su familia enojo, angustia y miedo de revelar el diagnóstico. Los autores explican que los niños que poseen enfermedades crónicas precisan de hospitalización, deben concurrir frecuentemente a consultas médicas y como consecuencia de esto deben ausentarse frecuentemente de la escuela y los eventos sociales, generando una gran diferencia con sus pares.

Los autores Brown, Daly y Rickel (2008), sostienen que el mejor enfoque para evaluar el ajuste y la adaptación a una enfermedad crónica es realizando una evaluación multivariada, que incluya no solo entrevista a los menores y a sus cuidadores, sino también observaciones directas de la conducta y escalas que se recolecten en diversos contextos.

Sin embargo, es necesario tener en cuenta que el abordaje debe considerar la edad del menor evaluado. Ya que los niños menores de dos años aun no comprenden el concepto de enfermedad y por lo tanto el efecto psicológico recae sobre los padres. Por otro lado, los menores que se encuentran en edad escolar llegan a sentir preocupación por los procedimientos que los médicos les realizan, a su vez cerca de los seis años de edad, los niños comienzan a conceptualizar la muerte como un proceso y a sentirse diferentes de sus pares. Estos niños, pueden llegar a presentar trastornos psicológicos que suelen aparecer como desobediencia, ira, enojo, agresión. Estas son conductas que pueden estar relacionadas con depresión infantil (Pavia-Ruz, Tovar-Larrea & Muñoz-Hernández, 2003).

2.3.2 Terapia cognitivo conductual en un paciente con VIH

Según Caro Gabalda (2010), el paradigma cognitivo es un paradigma plural y delimitado que ha demostrado su eficacia y que se centra principalmente en los

procesos de conocimiento humano, cómo influyen estos en el bienestar y en cómo podemos hacer uso de ellos para facilitar o mejorar ese bienestar.

Según Remor (2007), la psicoterapia cognitiva se inserta dentro de un modelo más grande llamado "cognitivo-conductual".

Beck (2000), afirma que el modelo cognitivo propone que las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes.

El postulado básico de la terapia cognitiva conductual, afirma que los pensamientos ejercen impacto/influencia tanto en las emociones como en la conductas. Este modelo sostiene que los sujetos responden al significado adjudicado a las situaciones y no tanto al evento en si mismo (Bunge, Gomar & Mandil, 2011). Los nombrados autores, afirman que el objetivo central de este tipo de terapia es lograr la flexibilización de los modos patológicos de procesamiento de la información.

La autora sostiene que hay diez principios que subyacen a la terapia cognitiva: (Beck, 2000)

- I. La terapia cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas.
- II. La terapia cognitiva requiere de alianza terapéutica.
- III. Terapia cognitiva enfatiza la participación activa.
- Iç. La terapia cognitiva esta orientada a objetivos y centrada en determinados problemas
- ç. Terapia cognitiva destaca en un principio el presente
- çI. La terapia cognitiva es educativa.
- çII. La terapia cognitiva pretende ser limitada en el tiempo, breve.
- çIII. Las sesiones dentro de la terapia cognitiva son de carácter estructurado.
- IE. La terapia cognitiva promueve que el paciente identifique y evalúe sus pensamientos y conductas disfuncionales.

E. La terapia cognitiva utiliza un amplio abanico de técnicas para modificar tanto pensamiento, como conducta, como emoción.

Las terapias cognitivo-conductuales (TCC), representan la aplicación de la psicología científica a la psicoterapia, con énfasis en el uso de una metodología experimental con el fin de comprender y modificar los trastornos psicológicos que perturban la vida del paciente. A su vez el autor afirma que las técnicas terapéuticas se utilizan para trabajar en tres niveles: conductual, cognitivo (pensamiento y conocimiento) y emocional. Estas técnicas se han destinado a identificar, probar y corregir las conceptualizaciones distorsionadas y las creencias irracionales (disfuncionales) que subyacen a estas cogniciones. El objetivo de estas es que el paciente aprenda a dominar las situaciones y problemas que pensaba insuperables a través de la revisión y corrección de su pensamiento (Remor, 2007).

Caro Gabalda (2010) sostiene que se pueden agrupar los principales modelos cognitivos en tres bloques:

-  Modelos de reestructuración cognitiva: terapias de Beck y Ellis
-  Modelos cognitivos comportamentales: incluye al entrenamiento en inoculación del estrés de Mischebaum y la terapia de resolución de problemas de Nezu y colaboradores.
-  Modelos constructivistas: psicoterapia cognitivo-narrativa de Gonzalves o la terapia cognitivo postracionalista de Guidano.

Las terapias cognitivo-conductuales son técnicas basadas en evidencia para trabajar con niños mayores y adolescentes (Brown, Daly, Rickel, 2008). Dentro de estas técnicas podemos hallar instrumentos para trabajar diversos aspectos de la problemáticas que genera la enfermedad en los niños. Por ejemplo Brown, Daly y Rickel (2008) proponen a la desensibilización sistemática, basada en el condicionamiento clásico, como técnica efectiva para reducir en los niños los miedos que estos presentan asociados a intervenciones medicas dolorosas y a determinados estudios diagnósticos. Los autores, a su vez, aconsejan a utilizar la técnica de relajación con los niños para que estos logren disminuir la ansiedad ante estas situaciones con las cuales se enfrentan a lo

largo del tratamiento. A su vez, se pueden utilizar otro tipo de técnicas de corte más cognitivo para lograr identificar los pensamientos que causan en los niños distres.

Bunge, Gomar Y Mandil (2011) sostienen que las intervenciones de la clínica cognitiva conductual son diferentes para adultos y niños. En el caso de niños, que se encuentran en un estadio pre-operatorio, se trabaja en mayor parte con los padres. Por el contrario en niños que se encuentran en un estadio de pensamiento operatorio concreto se trabaja con intervenciones cognitivas simples, mientras que en niños que se encuentran en el estadio operatorio formal se pueden llevar a cabo intervenciones cognitivas mas complejas.

Bunge, Gomar y Mandil (2011) despliegan una amplia variedad de intervenciones que pueden ser de mucha utilidad a la hora de trabajar con menores. Entre ellas se pueden hallar:

- α) Entrenamiento en el reconocimiento de las emociones: con esta intervención se le enseña al niño a poder identificar y diferenciar las diferentes emociones que se le presentan.
- β) Identificación y monitoreo de los pensamientos automáticos: se pretende que el niño detecte las situaciones que le generan problemas y los pensamientos o imágenes que se le vienen a su mente luego de la ocurrencia de estas. Para esta intervención se utilizan registros de pensamientos más simples y coloridos que los utilizados por los adultos.
- χ) Reconocer la relación entre pensamiento, emoción y conducta: esta tarea se logra a través de la psico-educación. Es de mucha utilidad el uso de historietas para poder detectar la relación entre los tres componentes.
- δ) Reestructuración cognitiva: una vez identificado el pensamiento disfuncional se buscan alternativas más flexibles y adaptativas.
- ε) Modelados: aquí se pueden hallar una variedad de técnicas desde el entrenamiento en habilidades sociales al juego de roles.

- φ) Estrategias para el control de impulsos: en esta intervención se busca que el niño no actúe impulsivamente, sino que aprenda a detenerse y evaluar antes de llevar a cabo la conducta.

Algunos autores sostienen que hay cuatro puntos principales para tener en cuenta durante el desarrollo de una psicoterapia (Pavia-Ruz, Tovar-Larrea & Muñoz-Hernández, 2003):

- I. Generar sentimientos de seguridad
- II. Entender el concepto de enfermedad
- III. Revelar el diagnóstico
- IV. Definir objetivos y fuentes de felicidad, más allá del VIH

Brown, Daly y Rickel (2008), afirman que la terapia de grupo es de mucha utilidad con niños que poseen enfermedades crónicas, estos niños suelen permanecer aislados socialmente, de modo que la terapia de grupo les brinda la oportunidad de procesar cuestiones personales con otros niños que se encuentren atravesando experiencias similares. Se considera que las experiencias grupales, les permiten participar en una situación social y ver como su conducta afecta a los demás miembros del grupo. A su vez, en las terapias de grupo se desarrollan relaciones de apoyo, las cuales son beneficiosas para el tratamiento.

Ballester (2003), propone un programa de intervención grupal cognitivo conductual para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA. Como lo menciona el autor es un programa en formato grupal con una duración de 8 sesiones. La sesión inicial consta de la presentación del terapeuta, la presentación de los objetivos de la sesión, presentación del paciente y su situación con el SIDA, luego el terapeuta explicará en que va a consistir el programa, el grupo dará su opinión sobre el tratamiento y las expectativas del proceso, se dictarán las normas de funcionamiento y por último, se fijará la próxima sesión.



“Modulo Educativo”, esta cuenta con una ronda entre los integrantes para indagar sobre sus dudas y conocimiento. El terapeuta brindará explicaciones usando diapositivas sobre VIH, transmisión, como afecta al

organismo, SIDA y sus manifestación clínicas, se aclararán las dudas de los pacientes y se presentará un video que resuma la información más relevante, finalmente el terapeuta presentará las posibles líneas de acción frente a la infección.



“Introducción al modelo cognitivo”, aquí se trabaja la dificultad para enfrentar determinadas situaciones, la importancia del manejo de emociones negativas, se le mostrará un plan de técnicas que aprenderán para su manejo, luego se les presentara el modelo ABC. Según Caro Gabalda (2009) este modelo supone que A (hechos desagradables) disparan a B (pensamientos, creencias o evaluaciones), los cuales causan C (consecuencias emocionales y conductuales). Luego se explicará la importancia de los pensamientos y se les pedirá que digan cuales son sus principales pensamientos negativos con respecto al SIDA, y se les dará la hoja de registro de pensamientos negativos para que completen.



“Modelo Cognitivo”, aquí se trabaja con la hoja de registro de pensamientos negativos, se registran los pensamientos mas frecuentes, se propone una discusión cognitiva para los pensamientos negativos. Por último se les propone como tarea aplicarlo a uno o dos pensamientos y darles un registro nuevo con pensamientos alternativos.



“Entrenamiento en autoestima” se propone revisar la tarea, trabajar con qué entienden los pacientes por autoestima, trabajar las dimensiones de la misma y las consecuencias de poseer una baja autoestima. Utilizar escalas para evaluar qué piensan sobre ellos mismos y analizar qué área aparece mas afectada. Se les planteará la pregunta de cómo mejorar la autoestima y se sugiere combatir los pensamientos negativos y dar la importancia oportuna a los pensamientos de los demás. Por último se propone como tarea que anoten todas las noches una cualidad positiva de sí y discutir los pensamientos negativos relacionados con la autoestima.



“Entrenamiento en relajación”, esta sesión se inicia con la revisión de la tarea, se explica la utilidad de la relajación, distintos tipos de relajación, se explica la relajación progresiva de tipos Jacobson y se aplica a todo el grupo evaluando la ansiedad antes y después, se les entrega una

cinta para que puedan realizar prácticas en sus hogares y se sugiere como tarea aplicar la relajación una vez al día, explicando las condiciones.



“Entrenamiento en solución de problemas”, luego de recordares a los pacientes el modelo ABC, se les explica que esta sesión se centrará en A, para lo cual los pacientes deben contar los problemas más importantes a los cuales se enfrentan, se hacen tipologías en función de las áreas a las que afectan, y se aplican los pasos del modelo de solución de problemas planteado por D’Zurilla y Goldfried. Según Caro Gabalda (2009), este modelo le permite al sujeto descubrir formas efectivas para afrontar sus problemas cotidianos. Para lograr este objetivo el modelo propone realizar cinco fases. En la primera fase se busca que el paciente reconozca el problema que afronta, descubra en que situaciones le sucede, que significado le atribuye y que evalúe si lo considera controlable o no. En la segunda fase se pretende que el paciente recoja información sobre el problema y que se sirva de esta para arribar a una comprensión más profunda del problema, logrado esto se le proponen objetivos realistas. En la tercera fase se le propone al paciente que piense un gran abanico de soluciones alternativas al problema, es aquí fundamental la cantidad y la variedad. En la cuarta fase se debe generar una toma de decisiones, el paciente debe evaluar cual de las alternativas propuestas es la más indicada y menos costosa. Es en la quinta y última fase donde el paciente debe poner en práctica la solución elegida y realizar una evaluación sobre las consecuencias de esta. Por último se les solicita como tarea que apliquen el modelo a algún problema que se les presenta durante la semana.



“Promoción de la salud: adhesión al tratamiento, hábitos de salud y prevención de reinfecciones, en esta sesión luego de revisar la tarea se trabajará con la importancia de seguir cuidándose, la adhesión al tratamiento, cómo la valoran, que problemas o dificultades le presentan. Se explican las ventajas de una adecuada adhesión. También se trabaja sobre los hábitos tóxicos y la promoción de hábitos saludables, por último se explica sobre la prevención de reinfecciones.



“Prevención de recaídas”, aquí se hará un repaso de la evolución de los pacientes, se hará un repaso del contenido, se dará un refuerzo por parte del terapeuta, se afirmará la importancia de seguir practicando las técnicas, se evacuarán dudas y se abordarán problemas residuales. Por último se informará sobre la disponibilidad de los terapeutas.

III.3.3 Terapia sistémica para la familia de pacientes con VIH

Numerosos autores manifiestan la importancia de asistir e intervenir no solo con el paciente sino también en su entorno directo. Brown, Daly y Rickel (2008) mencionan, que las enfermedades crónicas afectan severamente a la familia del niño. Pero son estos los que a su vez deben ofrecer apoyo, contención y medios al menor. Los autores mencionan que, las terapias familiares buscan modificar las relaciones dentro de la familia para lograr mayor armonía y adaptación a la enfermedad y sus consecuencias.

La terapia sistémica considera a la familia como un sistema, en donde cada miembro es un parte fundamental. Según Wainstein (2006) el comportamiento de un sistema se basa en como se relacionan las partes que los componen, más que las partes en sí mismas. De modo que el origen de una propiedad emergente no puede ser adjudicado a uno de los elementos sino a la relación que de ellos surgen.

Wainstein (2006) sostiene que la terapia sistémica cuenta en su haber con una variedad de intervenciones:

- ☞① Intervenciones estratégicas: las cuales están dirigidas hacia objetivos. Su misión es dar fin a las soluciones fallidas que ha intentando el paciente y modificar el encuadre que este realizó sobre su problema.
- ∞① Intervenciones estructurales: este tipo de intervenciones son las más reconocidas en la terapia familiar. Este tipo de intervenciones buscan que los miembros del sistema logren comprender las transacciones, las pautas interactivas, los patrones, fronteras, etc.
- ℳ① Intervenciones constructivas: este tipo de intervenciones parten de la idea de que la realidad es una construcción social. Es a través de

los relatos que se puede trabajar con las experiencias pasadas, presentes y futuras.

La capacitación paterna es crítica al trabajar con niños y adolescentes con enfermedades crónicas. Ya que como sostienen los autores, el compromiso por parte de los padres es esencial para asegurar las conductas de adherencia y para lograr generalizar las intervenciones realizadas en la psicoterapia (Brown, Daly & Rickel, 2008).

3. Metodología

3.1 Tipo de estudio:

Descriptivo, estudio de caso único.

3.2 Participante

El participante es un niño llamado J de 11 años de edad. J arribó al hospital con un grave cuadro de diarrea y desnutrición producto de ser portador de VIH. El paciente permaneció internado en el hospital varias semanas dentro de los cuales los miembros de diferentes servicios realizaron diversas intervenciones para mejorar su nivel de salud. Logrado este objetivo el paciente fue dado de alta, pero permanecerá en tratamiento ambulatorio. J deberá presentarse al hospital una vez por semana para realizar tratamiento psicológico y controlar su salud con los miembros del servicio de pediatría.

J es miembro de una familia de bajos recursos, la cual no tiene sus necesidades básicas satisfechas. Actualmente se encuentra conviviendo con su madre y hermanos menores. Ninguno de sus hermanos es portador de VIH. Es la madre quien le ha transmitido el virus a su hijo de forma vertical.

3.3 Instrumentos

Los instrumentos que se han utilizado son:

- Entrevistas a miembros del servicio de pediatría, psiquiatría, servicio social y psicología: se han realizado entrevistas semiestructuradas que recaban información sobre las intervenciones que realizaron los diferentes miembros del servicio para con el paciente.
- Entrevista psicosocial a padres: entrevista semiestructurada, la cual ha permitido recabar información sobre datos básicos del menor, composición familiar, antecedentes familiares, relaciones interpersonales, datos habitacionales y escolaridad.
- Observación participante: de los encuentros realizados con el menor.

3.4 Procedimientos:

Se realizaron dos entrevistas con cada uno de los miembros de los servicios de psiquiatría, asistencia social y pediatría para obtener información sobre las intervenciones y actividades que realizaron estos con el paciente.

Se llevaron a cabo 5 entrevistas con miembros del servicio de psicología.

4. Desarrollo

5.1 Abordaje interdisciplinario

J se presentó al servicio de Pediatría con su madre, P. Cuando arribó el paciente se encontraba con un cuadro de desnutrición aguda y descenso abrupto de peso. Debido a la gravedad de su cuadro J debió ser derivado a la unidad de terapia intensiva por aproximadamente treinta días. Durante el transcurso de su internación en la unidad de terapia intensiva se realizó el diagnóstico de VIH positivo, teniendo como antecedente la condición de seropositividad de su madre.

Debido al diagnóstico de VIH positivo y los obstáculos puestos por la madre para informar el diagnóstico al niño y al resto de sus hermanos para que se

realicen las pruebas correspondientes es que los profesionales del área de medicina solicitaron la intervención de un equipo interdisciplinario compuesto por psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales para trabajar la enfermedad con el menor, ya que ni este ni su familia conocían hasta el momento su condición. Este accionar se condice con lo manifestado por diversos autores quienes sostienen la importancia de trabajar enfermedades crónicas del tipo de VIH desde un abordaje interdisciplinario que incluya a varios profesionales. Entre ellos a psicólogos, pediatras, psiquiatras, trabajadores sociales, etc. (León Leal & González, 2010).

Los distintos miembros del equipo decidieron como objetivo en común, mejorar el estado de salud de J, ponerse en contacto entre las diferentes áreas y trabajar la problemática presente. Tuzzo (2004) sostiene la importancia de que cada uno realice sus propias funciones pero que cada una de estas se hallen organizadas hacia un mismo objetivo.

Para dar inicio a las diferentes intervenciones los miembros del equipo decidieron realizar una entrevista de orden ambiental para recabar datos sobre la familia, las condiciones habitacionales y más información con respecto al menor. A lo largo de estas entrevistas las cuales fueron realizadas por miembros del equipo de psicología y asistencia social, se obtuvieron datos muy relevantes para el caso.

En la entrevista a la madre de J, esta manifiesta que solo conoce su condición de seropositividad desde hace un año, ya que fue diagnosticada en el hospital luego de haber padecido un episodio de tuberculosis. Por otro lado manifiesta que J hace más de un año que no concurre a la escuela debido a su mal estado de salud. En lo que respecta al grupo/familia conviviente P, la madre, informa que al momento se encontraban viviendo en el mismo hogar J, dos hermanos, B y L de 14 y 10 años y P, madre de J. Sin embargo informa que posee dos hijos más, M de 23 años el cual se encuentra casado y tiene dos hijos, y por otro lado B de 19 años, I también se encuentra en pareja. Cuando se le preguntó por el padre de , Patricia informó que este ha fallecido hace más de 10 años.

Por otro lado en lo que respecta a la condiciones habitacionales P informa que se encuentran actualmente viviendo en una casa que pertenece a una prima de ella, por la cual paga un alquiler, la madre de J sostiene que la vivienda cuenta con agua corriente, gas natural y luz eléctrica. Sin embargo se infiere debido a los datos brindados, dirección, que esta vivienda se encuentra ubicada en un barrio de emergencia.

El trabajo del equipo interdisciplinario se hace necesario en situaciones de cuadros crónicos/graves donde no alcanza con que el paciente reciba la medicación, sino que también es necesario el apoyo psicológico y/o social al paciente y a su respectiva familia. El caso de J precisaba de este tipo de abordaje, ya que el cuadro que padece es grave y la familia requiere de apoyo para luego poder contener al menor, y para a su vez controlar que estos cumplan con todo lo solicitado por los médicos para mejorar el cuadro. Brown, Daly y Rickel (2008) afirman que los niños que padecen de enfermedades crónicas precisan de atención de múltiples profesionales.

5.2 Intervenciones realizadas por el servicio de pediatría:

El servicio de pediatría es quien primero recibió al paciente. A lo largo de su internación el servicio informó que si bien el motivo de consulta era diarrea grave, el diagnóstico del niño era de SIDA, a lo cual se le sumaba una grave desnutrición. Los doctores informan que a lo largo de la internación J ha sufrido numerosas complicaciones entre ellas una neumonía izquierda con derrame pleural, esofagitis candidiásica, etc.

Luego de realizar numerosas intervenciones medicamentosas con el objetivo de disminuir las enfermedades secundarias originadas por el SIDA y de mejorar su cuadro de desnutrición, es que los médicos fijan para J el tratamiento medicamentoso que debe cumplir para enfrentar su condición de seropositividad. Este tratamiento se encuentra compuesto por: ipratropio, omperazol, enalapril, espironolactona, TMS, azitromicina, fluconazol,

ganciclovir, sulfato Ferroso, sulfato de zinc, ácido fólico, vitaminas ADC, Kas 1000, pediassure, AZT, 3TC y nevirapina,

Como se mencionó con anterioridad es el servicio de pediatría quien recibe en primera instancia al menor, y quien en un inicio realiza la interconsulta con miembros de los servicios de psicología y asistencia social, ya que son los médicos quienes detectan en principio posibles disfunciones familiares o de vivienda las cuales consideran que pueden dificultar el posterior tratamiento del menor. Una vez informado al resto del equipo interdisciplinario el trabajo es en conjunto, ya que son los pediatras los que están en contacto continuo con el menor durante su internación y por otro lado ellos poseen los conocimientos para informar al paciente sobre las pautas de cuidado que deben tener cuando padecen una determinada enfermedad. Esta actitud que se demostró por parte del servicio de pediatría, se condice con lo propuesto por Tuzzo (2004) quien sostiene que las personas no están constituidas por órganos aislados que se pueden curar por separado sino que el hombre es un conjunto en sí, y por lo tanto las intervenciones se deben realizar en todas las áreas.

Es debido a esto que el servicio de medicina no solo se ocupó de medicar a J, sino que también le brindó información relativa a la enfermedad al servicio de psicología para que estos luego pudiesen abordar la temática teniendo información concisa sobre los cuidados que debe tener de aquí en adelante. Parísí (2006) sostiene que el hecho de trabajar a través de un equipo interdisciplinario posibilita que se enriquezca el conocimiento de todos los profesionales, logrando así mayor resolución en los conflictos.

Por otro lado los médicos acompañan al menor a lo largo de su estadía en el hospital y han intervenido brindando sus conocimientos a la hora de informar al menor sus diagnósticos y explicándole a este en que consistía en un lenguaje accesible a su desarrollo cognitivo.

5.3 Intervenciones realizadas por el servicio de asistencia social:

El servicio de asistencia social se caracteriza por su trabajo de manera muy unánime con el servicio de psicología, ambos servicios se encuentran en comunicación constante, ya que el intercambio de información es necesario para poder completar los objetivos de manera adecuada. Al igual que lo que sostiene Chávez (2000), los asistentes sociales participan activamente del equipo interdisciplinario.

A lo largo de la internación el servicio de asistencia social llevó a cabo numerosas intervenciones y tareas.

En primera instancia el servicio de asistencia social es el que se ocupa de corroborar que los datos brindados por la madre del paciente sean correctos, a su vez investiga si esta familia recibe algún tipo de asignación estatal, y si tiene historia clínica previa en algún hospital o sala barrial. Por otro lado una vez investigado sobre estos aspectos, son los que se ocupan de solicitar al estado los subsidios o asignaciones necesarias para las condiciones del paciente, en caso de que este no pueda acceder por sus propios medios a ellas. Es la asistente social quien luego en caso de ser necesario presentará algún tipo de denuncia de que el mayor responsable no actúa como corresponde con el menor.

En el caso puntual de J, el servicio de asistencia social ha realizado una amplia variedad de intervenciones, ya que luego de realizarle a la madre una entrevista inicial concluyeron en que se encontraban frente a un niño que poseía sus derechos a la educación y a la salud vulnerados, que por otro lado pertenecía a un grupo familiar numeroso que vivía en condiciones de hacinamiento y no poseía sus necesidades básicas satisfechas.

A lo largo de los encuentros las asistentes sociales manifiestan que el relato de la madre es muy contradictorio. La madre del paciente le informa en la entrevista a la asistente que ha concurrido en numerosas oportunidades a una sala barrial para controlar el estado de salud del menor, sin embargo cuando la asistente social se comunica con el establecimiento para corroborar la

información brindada, la institución afirma que el menor nunca ha sido atendido.

Por otra parte el servicio de asistencia social dio inicio a los trámites solicitando al estado que le provea al menor cuando regrese a su hogar: leche especial para su alimentación, alimentos en general, etc. El servicio de asistencia social le programó a Pmadre de J, una entrevista con miembros del ministerio de desarrollo social, en donde esta solicitó lo necesario para enfrentar la enfermedad crónica que posee su hijo dentro de su propio hogar. Estas actividades realizadas por las asistentes sociales conforman lo propuesto por Saz (s.f.) quien sostiene que el rol de los trabajadores sociales, entre otros es de brindar asistencia a las familias que se encuentran en crisis, orientarlas hacia soluciones plausibles de llevarse a cabo y colaborar en la reorganización de los recursos de los pacientes.

Por último es el servicio de asistencia social quien deberá controlar que el paciente y su madre se presenten a todas las entrevistas que tienen consignadas luego de ser dado de alta, ya que en caso de que la madre no concorra y no se haga cargo de la concurrencia del menor, es este servicio quien presentará una denuncia en el municipio, para que se evalúen las condiciones de la madre de poseer la tutela del menor.

5.4 Intervenciones realizadas por el servicio de psiquiatría:

El servicio de psiquiatría como miembro del equipo interdisciplinario desarrolla una función más específica y breve. Los médicos psiquiatras son requeridos o llamados cuando se considera que el paciente puede estar enfrentando algún tipo de desorden psiquiátrico ya sea ocasional o crónico, el cual requiere el diagnóstico y posterior medicación. Esto coincide con lo manifestado por Kindelán Jaquotot et al. (2002) quienes sostienen que las enfermedades psiquiátricas tienen mayor incidencia en pacientes portadores de VIH.

En el caso de J la intervención fue solicitada cuando el paciente había logrado salir de terapia intensiva y se encontraba aun en terapia intermedia. Se solicitó

la intervención del psiquiatra porque se pretendía descartar un posible cuadro depresivo en J. Según Kindelán Jaquotot et al. (2002) las enfermedades psiquiátricas más comunes en pacientes que padecen VIH son depresión mayor, trastorno bipolar y trastornos de personalidad. El médico psiquiatra realizó varias entrevistas con el menor, en esta oportunidad el psiquiatra informó que el paciente aceptó la intervención del médico. Frente a las diferentes preguntas que le realizó el profesional, el menor le mencionó a este que a pesar de estar internado desconoce aun su enfermedad y causa de su internación. Y por otro lado el psiquiatra informa que frente a determinados temas como enfermedad e internación el niño se angustia, llora y solicita la presencia de su madre.

El médico psiquiatra concluye que el niño no presenta ningún tipo de trastorno que requiera de medicación al momento, sin embargo aconseja que oportuna y paulatinamente se lo introduzca al niño en su condición de paciente seropositivo con el debido acompañamiento de la familia y de los miembros del servicio de psicología y pediatría. Por último informa que la angustia se considera adecuada a la situación que el niño se encuentra atravesando y que la abulia puede deberse al cuadro de desnutrición que de a poco se esta revirtiendo. El psiquiatra sostiene que lo más adecuado para esta situación es continuar con el abordaje terapéutico considerado por los psicólogos del servicio.

5.5 Intervenciones realizadas por el servicio de psicología:

El servicio de psicología realizó, a lo largo de la internación, numerosas intervenciones, las cuales han apuntado a diversos objetivos, esta idea se ve reflejada en lo postulado por González-Ramírez (2009) quien manifiesta que el paciente debe recibir asistencia psicológica a través de todas las fases de desarrollo del VIH.

Se debe mencionar que el equipo del servicio de psicología fue solicitado en un inicio por el servicio de pediatría, el cual le informaba al equipo que se encontraban en presencia de un menor de 11 años el cual padecía SIDA y un grave estado de desnutrición, al igual que su madre la cual es portadora de

VIH, sin embargo ni el menor ni el resto de los hermanos eran conocedores de esta situación, ni de la situación de seropositividad de su madre. Este escenario generaba numerosas disfunciones tanto a nivel individual en J, como nivel familiar. Ya que tanto J, como sus hermanos desconocían la causa de internación, generándose un contexto de angustia y dudas en el entorno familiar. La madre de J, P, se negaba en un inicio en darle a conocer a sus hijos la enfermedad propia y de J, sin embargo se desconocían los motivos de esta para sostener el ocultamiento que tanto malestar generaba en el niño y sus hermanos. Pavia-Ruz, Tobar-Larrea y Muñoz-Hernández (2003) sostienen que los padres en algunas ocasiones no quieren revelar el diagnóstico a sus hijos para protegerlos de la realidad complicada a la que deberán enfrentarse, para no perturbar la inocencia y evitar generarles la carga que representa saber que han de necesitar tratamiento crónicamente, o para evitar el enojo que puede generar saber que sus padres le han transmitido la enfermedad.

Frente a esta problemática el equipo de psicología decidió en primera instancia realizar una entrevista con la madre. A lo largo de esta se recabaron datos de la historia de J y P. P manifestaba que recién se había enterado de su condición hacia un año, y que desconocía que se la hubiese transmitido al niño. Por otro lado la madre informaba que sentía temor y vergüenza de contarles a sus hijos sobre su enfermedad, y mencionaba sentirse culpable de que J se hubiese contagiado SIDA a través de ella. A lo largo de la entrevista el equipo le informó a P de la importancia de comunicarle al resto de los hermanos sobre esta situación. Para lograr compromiso por parte de la madre se trabajó este objetivo a través de la psicoeducación. Se le informó de la importancia de que el resto de los hijos se realicen el test de VIH, para descartar que alguno de ellos presente el virus, y por otro lado se le informó que es preciso que todos conozcan la situación, para de este modo poder tomar los recaudos necesarios, sin por esto generar una estigmatización dentro de la propia familia.

Posterior a la charla con P se fijó un segundo objetivo dentro del equipo. Este consistía en apoyar a P para contarles a los hijos, excepto a J, sobre la enfermedad que J y ella padecen. Se decidió trabajar con J de forma aislada ya

que el shock que el menor enfrenta es muy superior al del resto de sus hermanos. Para llevar a cabo esta instancia se ensayó con P la forma en que ella les informaría a sus hijos. Luego se fijó una cita en un consultorio del servicio de psicología a la cual asistirían todos los hermanos. Una vez que se encontraron todos, la madre de J les informó sobre la situación, y los profesionales asistieron a los jóvenes para poder superar la primera instancia de negación y shock que la noticia les generó. Al igual que con P los psicólogos le informaron a los jóvenes la importancia de que se realicen el test de VIH para descartar una posible infección, y le informaron sobre la importancia de su presencia y apoyo para comunicarle el diagnóstico a J y para su posterior retorno al hogar y a su vida cotidiana. Se trabajó con el grupo familiar desde la psicoeducación, con el objetivo de lograr la toma de conciencia por parte de los jóvenes y a su vez con la firme idea de que son miembros de un sistema y por lo tanto son necesarios para luego poder realizar un buen trabajo con J. Ya que como afirma Remor (1997) la familia tiene un rol esencial en el proceso de adaptación del paciente con la enfermedad. Y que como se mencionó en numerosas oportunidades el apoyo familiar es condición necesaria para lograr una buena adherencia en el tratamiento de menores que poseen enfermedades crónicas.

Pavia-Ruz, Tobar-Larrea y Muñoz-Hernández (2003) informan que cuando la familia decide hablar con su hijo acerca del diagnóstico precisa de ayuda para hablar con un estilo acorde al desarrollo cognitivo y emocional del niño. Es debido a esta realidad que finalizados estos dos objetivos iniciales, el equipo del servicio de psicología decidió pasar a la siguiente instancia. Esta consistía en informar a J sobre su condición de paciente seropositivo, intentando que las consecuencias de la noticia generen en el paciente las menores consecuencias negativas posibles. Se recomienda que sean los médicos que tratan al niño, en conjunto con los psicólogos y los padres quienes revelen el diagnóstico (Pavia-Ruz, Tobar-Larrea & Muñoz-Hernández, 2003).

Para esto se decidió que la noticia sería brindada por la madre quien estaría acompañada por sus otros hijos y se encontraría asistida y contenida por un miembro del servicio de psicología, con quien J había logrado entablar una buena relación, y por un miembro del servicio de pediatría, el cual había estado

presente a lo largo de todo el proceso. Se programó la intervención en una fecha determinada, para que todos los nombrados se hicieran presentes.

Durante la reunión la madre le informó a J sobre la enfermedad que ambos padecían. P intentó explicarle como habían ambos contraído la infección, para esta explicación, la madre recibió ayuda de la pediatra quien con un vocabulario e información acorde al niño le comentó de que trataba la enfermedad, como eran los medios de contagio y le explicó brevemente los recaudos que debería tomar de aquí en adelante. Frente a la noticia el menor en un principio no demostró ningún tipo de emoción, se consideró que esto se debe a que aun no ha podido tomar consciencia de la gravedad del cuadro y de las consecuencias que este traerá en su vida. Acto seguido a la noticia brindada por la madre, la psicóloga comenzó a trabajar con J, todo lo referido a las emociones que esta podrían generar en su persona, explicándole que era común que sintiera ira, tristeza, angustia o enojo con su madre. Luego de esto se decidió dejar a solas al paciente con su familia, para que en intimidad pudieran tener un momento de reflexión. Se ha demostrado la importancia de que los menores conozcan su situación, ya que los niños/adolescentes que conocen el diagnóstico de su propia infección por VIH/SIDA han de tener una mayor autoestima que la de los niños que lo desconocen (Pavia-Ruz, Tobar-Larrea & Muñoz-Hernández, 2003).

Unas horas mas tarde la psicóloga se volvió a dirigir a la sala donde se encontraba J, con el objetivo de poder seguir trabajando las consecuencias que la noticia pudiere haber generado en él. J se mostraba no del todo interesado en hablar del tema, se mostraba poco colaborativo. De modo que la psicóloga decidió conversar con el sobre otras temáticas no referidas a la enfermedad para lograr distender la situación. Luego de un tiempo, J comenzó a mostrar la bronca y angustia que la noticia le generaba, le informó a la profesional que sentía miedo sobre lo que los demás pudiesen pensar sobre su enfermedad y la angustia que le generaba pensar que no podría tener de aquí en adelante una vida común como la de cualquier niño. Para enfrentar este obstáculo la psicóloga decidió una vez mas servirse de elementos psicoeducativos, para explicarle a J todo lo necesario sobre su enfermedad. Le explicó como se

contrae la enfermedad, las medidas preventivas que de aquí en mas debe tener, pero siempre con un objetivo que es tranquilizar al niño y poder disminuir su nivel de angustia, pero generando estrategias de afrontamiento al mismo tiempo. Para realizar el proceso psicoeducativo, la profesional se sirvió de materiales que dan cuenta de la enfermedad pero que se encuentran adaptados para poder ser desarrollados con niños. Como sostiene Remor (1997) dentro de los principales objetivos de los psicólogos debe hallarse la presentación de información clara al paciente sobre su enfermedad.

Luego de recibir la información, J aun debía permanecer internado unos días más. El paciente sería dado de alta luego de que se pueda garantizar su estado de salud, y luego de que la asistente social haya podido realizar todos los tramites necesarios para garantizar el posterior tratamiento del menor, tanto farmacológico como psicológico. El esquivo interdisciplinario decidió que luego de ser dado de alta, J debería continuar con un tratamiento psicoterapéutico a la par que recibiera su tratamiento farmacológico.

En los días posteriores la profesional del servicio de psicología, concurrió en varias oportunidades a ver al paciente. En estas ocasiones la profesional del servicio, la cual había entablado una relación empática con el paciente realizó con el niño diversas actividades. Entre estas actividades se destacaron la posibilidad de desarrollar distintos tipos de juegos con el objetivo de que el niño pueda distenderse de la situación estresante que enfrentaba, y como forma de poder realizar intervenciones a partir de la conversación tanto de tipo psicoeducativas, como orientadas a detectar los pensamientos automáticos que el paciente posee con respecto a su enfermedad. En las distintas oportunidades la profesional pudo concluir que J se encontraba muy preocupado con respecto a las limitaciones que la enfermedad podría generar en su vida y con respecto a la reacción que pudiese generar con sus amigos, vecinos, etc. Es debido a lo manifestado por J que la psicóloga se centró en informarle sobre los cambios que la enfermedad generaría en su vida, pero centrándose en las actividades que podrá seguir realizando, teniendo como objetivo enfocar en lo positivo y lo que permanecerá igual y no centrándose en las limitaciones que tendrá de aquí en mas el niño. Otra de las preocupaciones

que afectaban al paciente era el temor por la estigmatización que la enfermedad pueda generar en su entorno social. Se debió informar a J sobre como deberá enfrentar algunas situaciones, explicándole que no es necesario que sus amigos y vecinos estén al tanto de la enfermedad que el padece, siempre y cuando el menor tome los recaudos necesarios frente a situaciones que puedan ser potencialmente peligrosas.

Una vez dado de alta se les sugirió a J y a su madre que inicien un proceso psicoterapéutico. Debido a que el hospital se encontraba en remodelación, se decidió que el tratamiento continúe en el servicio de psicología de otro hospital .

5.6 Posible tratamiento cognitivo-conductual posterior a la internación:

En un primer momento se debe realizar la conceptualización del caso. Según Bunge, Gomar y Mandil (2011) la conceptualización le ha de proveer al profesional el marco para lograr la comprensión del paciente. En esta instancia el terapeuta debe preguntarse lo siguiente: ¿Cuál es el diagnóstico del paciente?, ¿Cuáles son sus problemas actuales?, ¿Qué pensamientos y creencias disfuncionales se asocian a sus problemas? y ¿Qué reacciones se asocian a estos pensamientos?. Mientras el terapeuta las responde, este va elaborando hipótesis sobre lo que le ocurre a su paciente (Beck, 2006). En el caso de J el terapeuta se encuentra frente a un niño que tiene un diagnóstico de VIH, este diagnóstico le genera una amplia variedad de problemas, entre ellos se puede detectar el miedo a la discriminación, el temor a no poder llevar a cabo una vida normal para un niño de su edad y la ansiedad que le genera tener una enfermedad crónica de la cual poco conoce. Estos problemas le generan pensamientos del tipo: “nadie se va a querer juntar conmigo”, “no voy a poder ir al colegio o jugar a la pelota”, “¿qué cuidados voy a tener que tener?, no voy a poder hacer nada”, etc. Frente a estos pensamientos el paciente reacciona de un modo abúlico, no queriendo hacer nada más que permanecer acostado y por otro lado presenta manifestaciones ansiosas por no terminar de comprender su estado.

Tomando en cuenta el caso particular de J, se podría proponer un tratamiento que cuente con 9 sesiones, dentro de las cuales los objetivos centrales serían: lograr adherencia al tratamiento, que el joven tome todos los recaudos necesarios para hacer frente a su enfermedad y que las consecuencias emocionales y conductuales que esta genere no desarrollen en el paciente ningún tipo de trastorno o malestar generalizado.

Para realizar el proceso psicoterapéutico se tomará en cuenta el modelo propuesto por Ballester (2005), sin embargo se debe tener en cuenta que este propone un tratamiento de tipo grupal para adultos. Es debido a las condiciones de este caso particular que se realizará una adaptación de este modelo que tome en cuenta la edad del paciente y las condiciones sociales. De modo que se llevará a cabo un proceso individual y adaptado para un niño de 11 años, donde los objetivos de las sesiones serán similares pero se utilizarán técnicas adecuadas al paciente.

Previo a la primera sesión con el menor se recomienda tener una entrevista con los padres. Los autores Gomar, Labourt y Bunge (2010) sostienen que aunque el paciente sea el niño es necesaria la implicación de los padres, ya que estos son los que deben traer al menor a la sesión y tienen una fuerte influencia sobre las creencias de sus hijos. Es debido a esto que previo a la sesión con el niño se debe tener una entrevista con los padres, donde se les informará sobre todo lo relativo al proceso: objetivos a trabajar, condiciones de asistencia, y por otro lado en el caso de una enfermedad crónica se hará un pedido de ayuda a los padres, ya que estos deben adoptar una actitud comprometida con respecto a la terapia y a los controles. Sin embargo más allá del pedido de apoyo también debe recomendarse que los padres realicen un proceso terapéutico, debido que la enfermedad del niño, traerá cambios en el sistema conyugal y en la familia en general. Por otro lado es una situación que ha de generar mucha angustia en los padres. El padre de J, ha fallecido, de modo que la madre ha de tener toda la carga con respecto a la salud del menor, es debido a esto y es sumado al hecho que el niño contrajo la enfermedad de manera vertical que se le sugirió que busque ayuda terapéutica en el hospital.

5.6.1 Primera sesión:

Para esta primera sesión Ballester (2005) sugiere que se realice la presentación por parte del terapeuta y del paciente, el paciente deberá presentar como es su situación con la enfermedad, y por último informar que expectativas tiene con respecto al proceso psicoterapéutico.

Se debe destacar que en este caso puntual, J es un menor que padece una enfermedad crónica. El hecho de que el paciente tenga 11 años aun, genera que haya determinados temas que deben ser adaptados a su nivel de comprensión. Mandil, Borgialli, Bunge y Gomar (2010) afirman que el uso del lenguaje adulto puede ser un obstáculo para desarrollar una alianza terapéutica adecuada y para que el niño logre una correcta asimilación de las intervenciones. Por lo tanto para dar inicio a la presentación de ambos se debe generar un espacio de intimidad y contención, ya que el menor puede sentirse incómodo o temeroso frente a un sujeto que aun no conoce y el cual puede generarle falsas ilusiones. Es aquí el terapeuta quien debe desplegar todas sus herramientas para generar un situación empática con el niño, para que luego este pueda desenvolverse lo mas cómodo posible.

5.6.2 Segunda sesión:

Para dar comienzo a la segunda sesión Ballester (2005) sugiere que se lleven a cabo actividades educativas. La idea fundamental de esta sesión es que el terapeuta explique todo lo relativo al VIH/SIDA sirviéndose de los elementos necesarios, estos pueden ser diapositivas, cuadernillos explicativos, etc. El paciente deberá ser informado de todo lo relativo a la enfermedad desde su transmisión, hasta sus manifestaciones clínicas. Por último el terapeuta debe poder explicarle al paciente los diversos tipos de herramientas para enfrentar la infección y sus consecuencias. El terapeuta debe finalizar la sesión cuando este seguro de que el paciente no tenga ninguna duda sobre la enfermedad que posee. González-Ramírez (2009) sostiene que en los inicios del tratamiento se debe permitir al enfermo que conozca las bases del padecimiento, la progresión y los efectos que este ha de generar en su cuerpo, mente y conducta.

Para la segunda sesión, se debe tener en cuenta fundamentalmente la edad del niño. J, tiene 11 años, por lo tanto el material que informa sobre la enfermedad debe ser adecuado a su nivel de comprensión. Se debe utilizar preferentemente material de simple comprensión, que no presente terminología complicada la cual el niño no puede analizar. Se debe intentar utilizar cuadernillos que presenten dibujos o figuras que logren la atención visual del niño y que sean lo más explicativas posibles. Es de mucha utilidad el uso de herramientas tecnológicas, computadora, ya que hoy en día los niños/adolescentes se desenvuelven en el uso de la informática con mucha facilidad. De modo que si se le presenta al niño la información necesaria, de un modo informatizado, es mas probable que esta llame su atención y retenga la mayor cantidad de conceptos necesarios para su cuidado.

5.6.3 Tercera sesión:

Ballester (2005) propone que en la tercera sesión se lleve a cabo una introducción al modelo cognitivo. Se le debe explicar al paciente el modelo ABC, como influyen los pensamientos negativos, se les debe enseñar diferentes técnicas que les permitan afrontar las emociones negativas que se les puedan ir presentado a lo largo de su vida. Y por ultimo Ballester (2003) propone que para la próxima sesión el individuo llene la hoja de registro de pensamientos automáticos negativos.

En el caso de los niños es de mucha utilidad que para explicar el funcionamiento del modelo ABC se utilicen ejemplos que el niño pueda comprender de modo sencillo. Para esta explicación Bunge, Gomar y Mandil (2011) sugieren el uso de técnicas que les permitan a los niños comprender sus problemas, las consecuencias de estos y los hechos activadores. Sin embargo es necesario que primero el niño pueda diferenciar los 3 componentes. Para explicarle al niño se le puede informar que los hechos activadores tienen que ver con lo que los rodea, lo que pasa en la familia, con sus padres, en la escuela, sus amigos, etc. Los pensamientos por otro lado son según los autores las cuestiones que se le pasan al niño por la cabeza, estos pueden ser frases cortitas o imágenes. Las emociones tienen que ver con cómo se siente el niño, aquí se le pueden enumerar un amplio abanico de opciones. Las conductas son las cosas que el niño hace o deja de hacer, lo que

le dice al resto, etc. Y por último están las reacciones fisiológicas, aquí se le debe explicar al niño que el cuerpo se modifica cuando se encuentra con un problema, este puede tener diferentes manifestaciones físicas y se le deben enumerar ejemplos para que comprenda de que se le esta hablando. Una vez explicada la composición de cada ítem del modelo, se le hacen preguntas sobre su propia experiencia para comprobar que haya comprendido la diferencia entre los tres niveles. Luego se le puede presentar un dibujo que muestre la relación entre los distintos ítems que componen al modelo y puede servirse de este para explicar la relación entre ellos, explicándole al niño que si modifica lo que piensa puede lograr un cambio en el resto de los componentes.

Si el niño comprendió correctamente, se le puede entregar una hoja de registro de pensamientos automáticos negativos, en el caso de los niños esta presenta dibujos para que se mas atractivo. La idea central del registro es que el niño logre identificar para una situación determinada, qué pensamiento se le presenta y de qué emoción, conducta y respuesta fisiológica esta acompañando

5.6.4 Cuarta sesión:

Para el desarrollo de la cuarta sesión Ballester (2005) informa que se debe comenzar analizando la hoja de registro de pensamientos negativos que el paciente llevo a su hogar como tarea de la sesión anterior. Presentada la hoja de registro, se seleccionaran dos pensamientos y se trabajará a partir de ellos.

En el caso de J, seria útil que a través de su hoja de pensamientos automáticos se seleccionen dos ejemplos y se trabaje a partir de ellos. Una vez seleccionados el terapeuta puede trabajar a partir de cómo el niño interpreta las diferentes situaciones, y mostrarle que estas pueden ser múltiples. Para trabajar esta temática es útil servirse de historietas en las cuales el niño puede analizar los diferentes puntos de vista de una misma situación, y que evalúe en base a las distintas maneras de pensar las diferentes consecuencias que cada una de ellas acarrea. Se considera relevante que el niño pueda comprender que la situación puede ser la misma, pero dependiendo del pensamiento que él posea será la conducta, emoción o respuesta fisiológica que presente.

Por otro lado se le debe explicar al niño cómo las creencias, generan que se interpreten las cosas de una determinada manera. Bunge, Gomar y Mandil (2011) informan que se le debe explicar a los niños que cuando se acostumbran a pensar las cosas de un mismo modo, comienzan a interpretar todo desde esa óptica incluso cuando tienen evidencia que la contradice. Los autores sugieren trabajar con el niño la temática explicándole que las creencias son como anteojos con los cuales los niños ven su vida. Si el antejo es oscuro el niño ve todo negativo y viceversa. Lo que el niño debe comprender que dependiendo de qué antejo utilice es como interpretará la realidad. Para esto se proponen ejercicios en donde hay distintos tipos de anteojos, los catastróficos, los negativos, etc. y el niño debe analizar que pensamientos que él posee corresponden con cada antejo. El mensaje final que el terapeuta transmite al niño es que debe lograr cambiar estos anteojos y ponerse los claros, los cuales le permitirán pensar mejor.

Previo a la finalización de la sesión se le suministra un registro similar al de la sesión anterior, solo que en este el niño debe agregar un pensamiento alternativo.

5.6.5 Quinta sesión:

La quinta sesión es denominada por Ballester (2005) como entrenamiento en autoestima. En esta sesión se pretende que posterior revisión de la tarea, se trabaje con el paciente el concepto de autoestima. Se plantean las posibles consecuencias de poseer una baja autoestima. El objetivo es que el paciente tenga herramientas para mejorar su autoestima y que logre darle la importancia necesaria a los pensamientos ajenos. Como tarea para el hogar se le solicita al paciente que tome nota por las noches de una cualidad positiva sobre si mismo.

Para abordar esta temática con J se sugiere que se dedique una parte importante de la sesión a arribar a una definición comprensible para el paciente del concepto de autoestima. Es de utilidad que el profesional utilice historietas, imágenes, diccionarios infantiles para lograr una clara comprensión por parte

del niño. Una vez que el profesional considere que el niño comprendió el concepto de autoestima debe comenzar a analizar junto con él las posibles consecuencias de tener la autoestima baja, y las posibles situaciones que han derivado en este pensamiento. El terapeuta tiene como objetivo que el niño detecte los pensamientos automáticos que lo llevan a disminuir su autoestima, y luego pensar alternativas que permitan generar un pensamiento diferente y un aumento de este. Es beneficioso para esta etapa que el terapeuta le enseñe al niño los distintos modos de distorsionar el pensamiento que los sujetos realizan. El terapeuta los enumerará, y se centrará en los más relevantes para la temática de la sesión como:

- α) filtro mental: esta distorsión genera que el niño no tome en cuenta el cuadro completo y por el contrario dirija mucha atención a detalles negativos (Beck, 2006).
- β) pensamiento catastrófico: en esta distorsión el niño predice su futuro de forma negativa, sin tomar en cuenta otras posibilidades (Beck, 2006).
- χ) lectura de mente: aquí el niño distorsiona presuponiendo que sabe lo que los otros sujetos están pensando, sin tener en cuenta otras posibilidades (Beck, 2006).
- δ) pensamiento todo-nada: en esta distorsión el niño ve la situación solo en dos categorías, y no toma en cuenta que hay una amplia variedad de posibilidades (Beck, 2006).
- ε) descalificación de los positivo: en la presente, el niño cree que sus cualidades, logros no tienen ningún tipo de valor (Beck, 2006).
- φ) pensamiento emocional: aquí el niño considera que algo es real porque él lo siente (Beck, 2006).
- γ) etiquetación: el niño se juzga en su totalidad teniendo en cuenta solo un detalle particular (Bunge, Gomar & Mandil, 2011). Los sujetos se colocan a si mismos etiquetas sin tener en cuenta que la evidencia no conducen a estas (Beck, 2006).

Todas estas distorsiones del pensamiento se deben enseñar al paciente de un modo comprensible. Se sugiere que se utilicen historietas, las cuales representen de modo claro cada una de las posibles distorsiones. Una vez que

el niño comprenda cada uno de estos, puede detectar cuándo las está llevando a cabo y generar un pensamiento alternativo que no haga bajar su autoestima.

En el caso de pacientes con SIDA este es un concepto muy relevante, ya que la autoestima se ve afectada desde su comienzo.

5.6.6 Sexta sesión:

Para la sexta sesión, Ballester (2005) sugiere que posterior a la revisión de la tarea se le enseñen al paciente técnicas de relajación. Estas técnicas pueden ser de gran utilidad para cuando el paciente se enfrenta a situaciones de mucha ansiedad.

Los autores Bunge, Gomar y Mandil (2011) aconsejan para transmitirle al niño la noción de relajación, la técnica denominada “las enseñanzas del maestro ninja”, esta técnica comienza con una explicación en donde se le trasmite al niño cómo la tranquilidad que tienen estos maestros frente a una pelea que se va a suscitar les es de mucha utilidad para su posterior enfrentamiento. El terapeuta le explica que frente a situaciones que lo ponen nervioso, ansioso o tenso es de mucha utilidad lograr relajarse. Posterior a esta explicación el terapeuta le trasmite al niño los pasos a llevar a cabo, esta explicación se realiza en un lenguaje adecuado al niño. Se sugiere que en un primer momento el niño ponga su cuerpo de forma blanda, tal como si fuese un muñeco de trapo. Luego debe respirar profundo y llevar el aire a la panza. Posterior a estos pasos se le pide al niño que piense en una palabra bonita que le agrada y lo tranquilice, y se le solicita que se la diga a sí mismo, previo a eliminar el aire. Para finalizar se le pide que elimine el aire por la boca y que le presente atención a la manera en que sus músculos se van relajando. El niño debe repetir el proceso pasados 5 minutos aproximadamente.

Esta técnica se debería aplicar con J, para que el paciente la utilice frente a situaciones que le generan nervios o ansiedad, como enfrentarse con sus amigos luego de su internación o frente a determinadas intervenciones médicas que le generan un gran disgusto.

5.6.7 Séptima sesión:

Ballester (2003) propone para la séptima sesión que se lleve a cabo un entrenamiento en solución de problemas. En esta sesión el eje central gira en torno a los hechos activadores que luego desencadenan los pensamientos. Es importante que el paciente enumere en terapia algunos de sus principales problemas, luego se pensarán un gran abanico de soluciones posibles, de las cuales el paciente tendrá que escoger la que considere que tiene el mayor beneficio con el menor costo.

Bunge, Gomar y Mandil (2011) sostienen que para trabajar con los problemas es necesario primero externalizarlos, que el niño los identifique y los nombre. Luego es importante que el niño identifique en que situaciones le puede hacer frente al problema y en cuales no, y que cosas realiza cuando logra enfrentarlo. Con los niños se pueden usar dibujos con cuadros en donde él pueda diferenciar a dos sujetos que se enfrentan al mismo problema, cada uno de ellos propone diferentes manera de afrontarlo, luego se piensa en conjunto cuál de las estrategias puede ser más efectiva, para que el niño ponga en práctica en su vida cotidiana.

Los niños que padecen VIH, han de enfrentar en su vida cotidiana una gran variedad de problemas, es de mucha utilidad que los niños puedan aprender técnicas que les permitan pensar en muchas soluciones para ese determinado problema y que después escojan la que consideran mas apta.

5.6.8 Octava sesión:

Para la octava sesión Ballester (2003) propone que se realice un bloque orientado a promover la salud. En esta sesión el terapeuta se propondrá trabajar temáticas que giren en torno a la adhesión al tratamiento y que el paciente realice hábitos saludables que favorezcan a su tratamiento. Se le pedirá al paciente que exprese los sentimientos que le generan el tener que tomar medidas preventivas o no poder realizar determinado tipo de actividades.

En el caso de J, por ser un niño, es ventajoso que el terapeuta se sirva al igual que en la primera sesión de herramientas tecnológicas o cuadernillos

ilustrativos que le permitan al paciente comprender de modo claro y sencillo la importancia de adherir al tratamiento, de tomar la medicación en tiempo y forma, y por último de tomar los recaudos necesarios para que no se presenten enfermedades de tipo oportunistas o de que el menor no contagie a otros individuos.

Debido a que J es un niño de 11 años, de una familia de bajos recursos, es de suma relevancia que se dedique un espacio de la sesión orientado a la educación sexual, y al especial recaudo que deberá tener él como portador de VIH a la hora de mantener relaciones sexuales. Para este espacio el profesional ha de servirse de todas las herramientas gráficas y de todo el material necesario para que el chico finalice su sesión habiendo comprendido la importancia de tomar medidas preventivas en todos los aspectos de su vida.

5.6.9. Novena sesión:

Ballester (2003) informa que la novena sesión debe orientarse hacia la prevención de futuras recaídas. En un primer momento se realizará un repaso de todo lo trabajado en las sesiones anteriores. Se recordarán las técnicas que se le han enseñado al paciente y se responderán a las dudas que el paciente pueda poseer.

En el caso de los niños Bunge, Gomar y Mandil (2011), informan que es muy útil que se le muestren al niño los logros que ha conseguido. Para poder llevar a cabo este objetivo, el terapeuta puede servirse de una amplia variedad de técnicas que son divertidas para los niños. En un primer momento se puede dividir una hoja en dos, en donde el niño puede contar como era o estaba antes de comenzar la terapia y como se encuentra ahora. Por otro lado se pueden realizar dibujos que le sirvan al niño como ayuda memoria para recordar las técnicas que ha aprendido a lo largo del tratamiento. Por último es de mucha utilidad que se elabore en terapia un plan de acción, el niño puede realizar un cuadro en donde escriba situaciones que podrían llegar a ocurrir que lo afecten, un plan de acción para prevenirlas y un plan de acción de como actuar en caso de que no puedan ser evitadas, de este modo el niño se retira del tratamiento

llevándose consigo no solo las técnicas aprendidas sino también un plan de acción de qué hacer en caso de no poder evitar determinadas situaciones.

En el caso de J, es ventajoso que el niño se retire con un plan de acción de qué realizar frente a determinadas situaciones que le serán inevitables, ya que es muy común que se encuentre con gente que lo discriminará, o es posible que en algún momento del tratamiento sienta bronca por todas las medidas preventivas que ha de tener o por toda la medicación que debe consumir.



Conclusión

En lo que respecta al objetivo general, se puede informar que se han descrito una gran variedad de intervenciones que se le han realizado al paciente dentro de su internación, sin embargo no se han podido desarrollar las intervenciones del tratamiento posterior a la internación ya que este tratamiento no se llevó a cabo dentro del hospital, porque este entró en un periodo de remodelación edilicia lo cual obligó a trasladar los casos más urgentes y que precisaban de tratamiento inmediato al hospital, que se encuentra dentro del mismo partido.

En un primer momento se explicó como se llevó a cabo el abordaje interdisciplinario dentro de la institución. Este objetivo no pudo ahondarse en demasía ya que se debe inferir en base a los datos brindados por los profesionales. Los miembros de los diferentes servicios promueven el trabajo en equipo, sin embargo éste se hace difícil de sostener debido a cuestiones burocráticas, diferencias de tiempo de los distintos profesionales y en algunos casos debido a la falta de colaboración de algún miembro del servicio. Seguido de esto se pasó a enumerar las intervenciones realizadas por el servicio de pediatría, ésta tarea requirió de mucho esfuerzo, ya que los pediatras dentro del ámbito hospitalario no siempre se muestran muy predispuestos a trabajar en equipo y a brindar información de orden médico a quienes no lo son. A pesar de esto suelen ser los pediatras quienes solicitan la intervención del servicio de psicología cuando no pueden hacer frente a situaciones que involucran aspectos emocionales o donde las familias de tipo disfuncionales generan obstáculos en sus intervenciones.

Seguido este objetivo se decidió desarrollar las intervenciones realizadas por el servicio de asistencia social, este servicio suele trabajar en la mayoría de los casos de manera conjunta con el servicio de psicología, por lo cual se pudo obtener abundante información sobre lo realizado por sus miembros. Este servicio tiene un rol fundamental en el ámbito hospitalario, ya que mucho de los pacientes requieren de su intervención tanto para la realización de trámites como para presentar denuncias en caso de ser necesario. En el caso de J fueron de mucha utilidad todas las intervenciones realizadas, ya que permitieron que la madre pudiese acceder a subsidios para niños con enfermedades incapacitantes/crónicas, como para corroborar que la madre asistiese a todas las citas concertadas con el servicio de psicología y pediatría.

Acto seguido se enumeraron las intervenciones que realizó el psiquiatra miembro del equipo, las acciones realizadas por el profesional fueron muy breves pero de suma importancia para el caso de J. Se sospechaba en un inicio que el menor pudiese presentar un cuadro depresivo debido a que se mostraba con síntomas abúlicos, y no mostraba demasiado interés por conocer la causa de su internación. Es el psiquiatra quien descartó la presencia de algún trastorno y sugirió el posterior tratamiento psicoterapéutico.

Con respecto a las intervenciones realizadas por el servicio de psicología durante la internación se pretendió lograr un desarrollo más profundo. Es en este servicio donde se ahondo más en los contenidos, y se pudo obtener mayor información. El servicio de psicología trabajo de manera muy comprometida con el caso de J, se han propuesto diversos objetivos que se fueron cumpliendo a lo largo de su estadía en el hospital. Los psicólogos que intervinieron lograron que la madre transmitiese a sus hijos la información sobre la enfermedad que tanto ella como su hijo padecían y de la cual ella no quiso informar a los hijos en un inicio, por otro lado se logró que la madre le comunicara a J el carácter de su internación y se logró que esta información fuese presentada al niño con cautela. Luego de esto se trabajó con el niño para prepararlo para diversas cuestiones que ha de afrontar debido a su enfermedad, pero siempre se trató de que el menor no desarrollara un cuadro

depresivo y que genere herramientas para ir afrontando los problemas que se le suscitaran.

Es el último objetivo el cual no pudo desarrollarse como se pretendía, ya que el servicio debió trasladar el tratamiento posterior a la internación a otro hospital debido a que en este se encontraban realizando remodelaciones edilicias. Es debido a esto que se desarrolló un posible tratamiento que podría ser aplicado en un caso como el de J. Para el desarrollo de este objetivo se debió recurrir a bibliografía, y por otro lado se debió utilizar la imaginación, ya que es de común conocimiento que si bien los tratamientos psicológicos persiguen objetivos que pueden ser planteados en un inicio, su desarrollo se va adaptando al paciente, a sus tiempos, etc. Por lo tanto se optó por desarrollar sesión por sesión cómo habría de llevarse a cabo este tratamiento, sin dejar de destacar que cada paciente es un sujeto único y singular y por lo tanto los tratamientos suelen irse adaptando a este. En este caso particular se ha propuesto un tratamiento de tipo estándar, para el cual se tomó como base un modelo propuesto por Ballester (2005) y el cual se ha ido adaptado teniendo en cuenta las características particulares que implica tener en sesión a un paciente menor de 11 años.

Se considera que si bien las intervenciones realizadas durante la internación han sido de mucha utilidad para J, hubiese sido muy favorecedor que el niño hubiese podido continuar el tratamiento con la psicóloga que desde un inicio lo acompañó, lo asistió en su enfermedad y con la cual había desarrollado una relación empática. Por otro lado se considera que hubiese sido de mucha utilidad que se le brinde a la madre no solo asistencia psicológica dentro del servicio sino que se le proponga la realización de un tratamiento psicológico con miembros del mismo equipo los cuales están al tanto de los pormenores de la situación actual. Se debe tener en cuenta sin embargo, que el hospital se encuentra superpoblado, y es debido a esto que no pueden atenderse a todas las demandas de los pacientes. Son los miembros del servicio de psicología quienes en base a la problemática planteada organizan las demandas y dan prioridad en base a la gravedad del cuadro/situación presente.

Se considera que ha nivel personal ha sido arduo conseguir los testimonios de los miembros de los servicios ajenos a psicología. Cada uno de los profesionales se encuentra sobrecargado de trabajo, y en algunas ocasiones esto genera que no dediquen parte de su tiempo a responder preguntas o inquietudes que se le han manifestado. Sin embargo se concluye que esta experiencia ha desarrollado en los pasantes una amplia variedad de estrategias para desenvolverse en ámbitos hospitalarios. En lo que respecta al sistema de salud y la inserción de los psicólogos en ámbitos estatales, se considera que es de mucha utilidad el conocimiento y asistencia que estos pueden ofrecer en estas instituciones. Sin embargo se debe mencionar que en algunas ocasiones el trabajo de estos no es tenido en cuenta por algunos miembros de los servicios médicos, quienes solo recurren a psicología cuando se enfrentan con alguna situación de la cual no pueden dar cuenta, o para la cual no tienen herramientas para abordar, como lo fue el caso de J. A su vez el desempeño de los profesionales del servicio de psicología se puede ver perturbado por numerosas situaciones a las cuales se deben enfrentar, como espacios de trabajo reducido, falta de material el cual debe ser llevado por el propio profesional, y en algunas ocasiones falta de apoyo por parte de los miembros de otros servicios, lo cual genera que no se trabaje interdisciplinariamente en gran parte de las situaciones como habría de esperarse.

Es debido a lo mencionado con anterioridad que el desempeño del presente trabajo pudo verse afectado por estas situaciones, las cuales generan restricciones a la hora de conseguir material, o falta de información por miembros de diversos servicios que hubiesen sido de gran utilidad para poder ampliar mas el desarrollo de los objetivos propuestos.



Bibliografía

- Alzamora, L, R., Carrobles-Isabel, J, A. & Remor, E, A. (2003) Afrontamiento, apoyo social percibido y distres emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15 (3), 420-426.

- Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de Psicopatología y psicología clínica*, 10 (1), 53-69
- Beck, J. S. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Borigalli, R., Bunge, E., Gomar, M & Mandil, J. (2010). Recursos para una TCC amigable: juego, dibujos, metáforas y tecnología. En: E, Bunge., J, Mandil. & M, Gomar. *Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Polemos
- Brown, R, T., Daly, B, P. & Rickel, A, U. (2008). *Enfermedades crónicas en niños y adolescentes*. Méjico: El Manual Moderno.
- Brown, R, T. (2006). Chronic illness and neurodevelopmental disabilities. En: R, T, Brown., B, P, Daly. & A, U, Rickel. *Enfermedades crónicas en niños y adolescentes*. México: Editorial el Manual Moderno.
- Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2011). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes. Aportes Técnicos*. Buenos Aires: AKADIA
- Bunge, E., Gomar, M. & Labourt, J. (2010). Alianza terapéutica con niños y adolescentes. En: E, Bunge., J, Mandil. & M, Gomar. En: *Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Polemos
- Caballero-Hoyos, R. & Villaseñor-sierra, A. (2003). Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. *Salud Publica de México*, 45 (1), 108-114.
- Caro Gabalda, I. (2009). *Manual teórico-practico de psicoterapias cognitivas*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer.
- Castro, R., Eroza, E., Orozco, E., Manca, M, C. & Hernández, J, J. (1997). Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar. *Salud Publica de México*, 39 (1), 32-43.
- Chávez, P, A. (2000). Infección por VIH en pediatría. *Revista chilena pediátrica*, 71 (02), 89-97.
- Gaviria, A, M., Quinceo, J, M., Vinaccia, S., Martínez, L, A. & Otalvaro, M, C. (2009). Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. *Terapia Psicológica*, 27 (1), 5-13.

- Gonzalez-Ramirez, V. (2009). Intervención psicológica en VIH/SIDA. *Revista Uaricha, 13*, 49-63.
- Gretchen, R., Wheeler, G., Tucker, N., Hackler, C., Young, K., Maples, H. & Darville, T. (2004). Nonadherence with pediatric human immunodeficiency virus therapy as medical neglect. *Pediatrics, 114* (3), 346-353.
- Herrera, C. & Canpero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública de México, 44*, 554-564.
- Kiefer, R. (1992). El SIDA y la infección VIH pediátrica: El problema de la madre infectada y de su recién nacido. *Revista Latinoamericana de Psicología, 24*(2), 157-167.
- Kindelán Jaquotota, J. M., Del amo Valerob, J., Ruizc, C. M., Saiz de la Hoya Zamacolad, P., Pulido Ortegae, F & Laguna Cuestaf, F. (2002). Tratamiento de la infección por VIH en pacientes con problemática psicosocial. *Enfermedades infecciosas microbiológicas clínicas, 20* (2), 19-28
- León-Leal, J. A., González-Faraco, J. C., Falcón-Neira L. & Neth O. (2010). La infección VIH en pediatría. *Pediatría Integral, 14*(3), 209-220.
- Lyketsos, C. G. & Federnan, E. B. (1995). Psychiatric Disorders and HIV Infection: Impact on One Another. *Epidemiologic Reviews, 17* (1), 152-164.
- Martínez-Aguilar, G., Vásquez De Kartzow, R., Nava-Frías, M. & Santos-Preciado, J. (1995). Infección por VIH en niños mexicanos. *Salud Pública México, 37*, 572-580.
- Miranda Gómez, O., Fariñas Reinoso, A. T., Coutín Marie, G., Nápoles Pérez, M., Lara Fernández, H. & Bueno Marrero, L. E. (2009). Panorámica de la infección por el VIH en Cuba, 1986-2007. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, 47*(2).
- Pavia-Ruz, N., Tovar-Larrea, P. & Muñoz-Hernández, R. (2003). Trastornos psicológicos en niños y adolescentes infectados perinatalmente por el VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología, 23* (4), 126-132.

- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *VIH/SIDA*. Recuperado el día 16 de octubre de 2011 de la fuente http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/index.html
- Parisi, E. R. (2006). Psicología, interdisciplina y comunidad. *Enseñanza e investigación en psicología*, 11(02), 373-384.
- Preciado, J. & Montesinos, L. (1992). El SIDA: Desafíos para la psicología. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24(1), 177-187.
- Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA. (s.f.). Hoja de datos. Recuperado el día 14 de enero de 2012 de la fuente http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/factsheet/2009/20091124_fs_global_es.pdf.
- Remor, E. A. (1997). Contribuições do modelo psicoterapêutico cognitivo na avaliação e tratamento psicológico de uma portadora de HIV. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10(02), 51-59.
- Rincón, H. G. (2003). Medicina cognitiva un modelo ecológico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32, 260-266.
- Ruiz Navia, A. M., Enrique Lara, S. L. & Hoyos Hernaned, P. A. (2009). Adherencia al tratamiento en niñas y niños con VIH. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 175-189.
- Sánchez-Sosa, J. J., Cázares Robles, O., Piña López, J. A. & Dávila Tapia, M. (2009). Un modelo psicológico en los comportamientos de adhesión terapéutica en personas con VIH. *Salud Mental*, 32(5), 389-397.
- Saz, M. (s.f.). Impacto del VIH/SIDA en la familia. Recuperado el día 7 de febrero del 2012 de la fuente <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-017-030.pdf>
- Tobon, S. & Vinaccia, S. (s.f.). Modelo de intervención psicológica en el VIH/SIDA. Recuperado el día 26 de enero del 2012 de la fuente http://www.uv.mx/psicysalud/Psicysalud%2013_2/13_2/Stob%C3%B3n.html
- Tuzzo, R. (2004). Abordaje interdisciplinario en la salud y en la educación. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, 13, 21-40.

Varela Arévalo, M, T., Salazar Torres, I, C. & Correa Sánchez, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta colombiana de Psicología*, 11 (2), 101-113.

Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.