



## INTEGRACIÓN DE INSTRUMENTOS DE CONEXIÓN CUERPO-MENTE EN LA PSICOTERAPIA RELACIONAL APLICADA A PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

Conxita Vidal Coll<sup>1</sup> y Albert Giménez Masat<sup>2</sup>

Programa para la Prevención y la Asistencia del Sida, *Barcelona*

La noticia de la positividad VIH es un evento estresante y traumático, llegando al trastorno de estrés postraumático (TEPT) en el 30-54% de los casos. La tasa de depresión mayor en seropositivos es cinco veces mayor a la de la población general. El conocimiento de la infección por VIH impacta también psico-inmunológicamente. La depresión crónica, el trauma y los eventos vitales estresantes afectan negativamente la progresión del VIH, disminuyen los CD4+ y aumentan la carga viral. Además, la adherencia a la terapia antirretroviral es esencial en pacientes con VIH, pero se ha encontrado que sólo el 57,6% de los pacientes tienen buena adherencia. La depresión, el consumo de drogas, la falta de apoyo social, el TEPT y otros trastornos psicopatológicos en personas con VIH, se asocian a menor cumplimiento de la terapia antirretroviral. Por otro lado, las conductas sexuales de riesgo, la presencia de ITS y el consumo de drogas influyen en el riesgo de reinfección o coinfección con otras ITS.

Lo que llamamos *mindfulness*, conexión cuerpo-mente o atención o conciencia plena con el paciente podría potenciar la acción de la psicoterapia relacional (PR), poniendo “el turbo” a las asociaciones del propio paciente más relacionadas con lo corporal, como técnicas o abordajes neuropsicofisiológicos: EMDR, Brainspotting, Hipnosis Clínica, Mindfulness son técnicas psicoterapéuticas que integran elementos psicobiológicos y, específicamente, psicoinmunológicos, con estudios de validación científica que acreditan su eficacia. EMDR es, además, tratamiento de primera línea en el TEPT. Dichas técnicas abordan también el duelo, depresión, traumas recientes, fobias, trastorno de pánico, otros trastornos de ansiedad y abuso de sustancias entre otros. Se presentan seis viñetas de casos en los que se han incorporado dichas técnicas a la PR, con resultados positivos, que se discuten, concluyendo que a veces pueden catalizar los efectos de la PR y quizás evitar tiempo y sufrimiento innecesario al paciente.

**Palabras clave:** VIH, EMDR, Brainspotting Hipnosis Clínica, Mindfulness, PTSD, Psicoinmunología.

The news of HIV seropositivity is a stressful and even traumatic event, that co-occur with posttraumatic stress disorder in 30-54%. The prevalence of depressive symptoms (40.9%) is high as well. Knowing about being HIV seropositive impacts on the person at psychoimmunological levels. Chronic depression, trauma and stressful life events also influence negatively the progression of HIV, reduce the number of CD4+ and increase viral load. A good adherence to antiretroviral therapy (ART) is essential for patients with HIV but only 57.6% of patients have an adequate adherence to ART. Depression, use of drugs, lack of social support, PTSD and other mental disorders influence on the adherence to antiretroviral therapy.

What we call mindfulness, or mind-body connection, may potentiate the action of relational psychotherapy, putting the "turbo" to the more bodily patient's own associations. For this purpose, we decided to use neurophysiological techniques such as: EMDR, Brainspotting, Clinical Hypnosis and Mindfulness, which are psychotherapeutic techniques that integrate psychobiological and specifically psychoneuroimmunological elements, and which have scientific evidence of their effectiveness. EMDR is also first-line treatment in PTSD. Such techniques also address the grief, depression, recent traumas, phobias, panic disorder, other anxiety disorders and substance abuse among others. Six clinical vignettes of cases in which we have carried out the addition of these techniques are presented and show some positive results, which are discussed, concluding that these techniques may catalyze the effects of relational psychotherapy and perhaps avoid time and unnecessary suffering to the patient.

**Key Words:** HIV, EMDR, Brainspotting, Clinical Hypnosis, Mindfulness, PTSD, Psychoimmunology

*English Title:* Integration of mind-body connection tools in relational psychotherapy applied to people living with HIV

**Cita bibliográfica / Reference citation:**

Vidal Col, C. y Giménez Masat, A. (2013). Integración de instrumentos de conexión cuerpo-mente en la psicoterapia relacional aplicada a personas que viven con el VIH. *Clínica e Investigación Relacional*, 7 (3): 555-568. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.org.es](http://www.ceir.org.es) ]

## INTRODUCCIÓN

La noticia de la infección por el VIH no sólo impacta psicológicamente, sino que también lo hace a nivel psicofisiológico y psicoinmunológico<sup>3, 4, 5, 6, 7, 8</sup>, como definieron Ronald Glaser y Janice Kiecolt-Glaser ya en 1987, ya que el estrés influye no sólo en la inmunidad<sup>9, 10, 11, 12</sup>, incluida la celular<sup>13</sup> (pudiéndose incluso activar virus latentes como el de Epstein-Barr<sup>14</sup> y el herpesvirus<sup>15</sup>), sino también en la posterior adaptación a la enfermedad, en el cumplimiento del tratamiento y de las prescripciones para reducir los factores de riesgo de reinfección y de contagio a otros individuos (comunicación a los contactos, sexo más seguro, consumo de drogas...) y en la adherencia al tratamiento antiretroviral en los casos en que éste es prescrito<sup>16, 17</sup>; al margen que, cuando existe vulnerabilidad psicológica<sup>18, 19, 20</sup>, pueden producirse desórdenes psicológicos e incluso psiquiátricos, desde ansiedad al trastorno por estrés posttraumático a depresión severa<sup>21, 22, 23</sup>. Por otra parte, una buena adaptación emocional y un menor nivel de estrés percibido influyen a nivel clínico e inmunológico<sup>24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31</sup>, propiciando una disminución en la progresión de la enfermedad<sup>32, 33, 34</sup> como ya avanzaron Janice Kiecolt-Glaser y Ronald Glaser en 1988<sup>23</sup> al hablar de la modulación de la respuesta inmunológica humana en función de la calidad relacional<sup>35</sup> y del estrés. Asimismo, Gouin, en 2011, pone de relieve la existencia de una relación entre emociones negativas y mayor inflamación<sup>36</sup>.

Se ha comprobado que la depresión y el duelo se correlacionan negativamente con el funcionamiento inmunológico, incluyendo menores cifras de CD4+ y de respuestas de los mitógenos a la fitohemaglutinina<sup>37</sup>. La depresión crónica, el trauma, y los eventos vitales estresantes afectan negativamente, facilitándola, la progresión del VIH, disminuyen la cifra de CD4+ y aumentan la carga viral, según Lesserman et al<sup>38</sup>. La fatiga, asociada a no, a marcadores de actividad inflamatoria, es otro de los síntomas más comunes y debilitantes experimentados por personas infectadas de VIH. Entre las variables que influyen en la intensidad de la fatiga en personas con sida se encuentran el desempleo, traumas en la infancia, eventos vitales estresantes, poco apoyo social, depresión, ansiedad y TEPT<sup>39</sup>.

Partiendo de la base que las intervenciones psicocorporales son susceptibles de modular la inmunidad<sup>40</sup>, actuando en los niveles psicoinmunológicos a favor no sólo de más bienestar psíquico, sino teniendo también efectos directos sobre el sistema inmune —en este caso la inmunidad celular— y de disminución de la carga viral, así como a nivel psicoendocrinológico mejorando el eje del estrés cuando está alterado de forma aguda o crónica, hemos intentado aplicar en la práctica, mediante un plan piloto, algunos instrumentos capaces de facilitar la conexión cuerpo-mente en el marco de una psicoterapia relacional (PR), a fin de valorar si es posible integrarlos en su contexto y viendo de qué manera y hasta qué punto son compatibles cada uno con la PR para potenciar su efectividad, con qué objetivos y cuáles serían para ello los instrumentos más útiles y factibles.

## HIPÓTESIS

Lo que hoy llamamos *mindfulness*, o conexión cuerpo-mente o atención plena con el paciente en PR, podría potenciarse, poniendo, digamos, “el turbo” a las asociaciones del propio paciente más relacionadas con lo corporal, utilizando a este fin técnicas o abordajes neuropsicofisiológicos, siempre que fueran compatibles y se realizaran con un procedimiento respetuoso con la PR. Esto, por supuesto, es aún más relevante en el caso de personas que viven con enfermedades crónicas, en las que subyacen factores traumáticos previos y/o actuales cuyos efectos alcanzan al cuerpo influyendo en su salud, como es el caso de la infección por VIH.

## OBJETIVOS A LOS QUE SE QUIEREN APLICAR ESTAS TÉCNICAS DE CONEXIÓN MENTE-CUERPO

- *Impasse* (profundizar en las memorias implícitas corporales)
- Trauma (relacional o, aparentemente, no) con sintomatología corporal arraigada
- Síntomas “psiquiátricos”
- Síntomas psicoendocrinológicos (estrés u otros ejes HH)
- Síntomas psicoinmunológicos (disminución de las defensas con vulnerabilidad a alergias...)
- Cambio de hábitos automatizados: disminución de hábitos perjudiciales y fomento saludables)

## MATERIAL Y MÉTODOS

Técnicas seleccionadas:

- EMDR
- BSP
- Hipnosis clínica
- *Mindfulness*/meditación activa y pasiva
- Instrumentos de instalación de recursos positivos y su estabilización

## RESULTADOS: PRESENTACIÓN DE LAS VIÑETAS CLÍNICAS

Se presentan seis viñetas de casos en los cuales se ha llevado a cabo la incorporación de dichas técnicas.

- **EMDR:** Caso de *impasse* en un paciente varón de 26 años, que lleva cinco años en PR y, desde hace meses, presenta bloqueo en una situación terapéutica superficial. La terapeuta siente que hay algo, como una pared que ni ella ni el paciente pueden atravesar, resbalando sólo por la superficie y desviándose hacia otros temas. A partir de la buena vinculación existente con el paciente, se habla de esta sensación de pared, que el paciente dice compartir

pero que siente a su vez como si fuera de piedra, infranqueable e incognoscible, una especie de barrera que impide llevar el diálogo a un plano más comprometido e íntimo. La sensación en ambos es de que no pueden avanzar más, invalidante. Al haber en la historia del paciente un hecho traumático con T mayúscula previo (un asalto con violación y posteriormente detección de positividad VIH), la terapeuta propone, y el paciente acepta, hacer un abordaje con EMDR focalizado en dicho Trauma. Dado que la terapeuta está formada en EMDR<sup>41, 42</sup>, no hace falta derivar al paciente a otro profesional, sino sólo incluir en la relación entre ambos la actitud o rol de “terapeuta EMDR”, además de la de psicoanalista relacional. Una vez que se dan por alcanzadas las fases 1 y 2, se pasa a la fase 3 de desensibilización del Trauma y sus redes asociadas, que luego son comentadas, ya de nuevo en la relación plena de PR, llegando a SUDS=0 y VoC=7. Los *insights* psicofisiológicos alcanzados se revalidan en las fases 5 a 8, y en tres sesiones se llega a la conclusión de considerar que el Trauma en cuestión ha sido reprocesado con éxito y con todas sus connotaciones emocionales, relacionales, cognitivas y corporales. Se continúa con la PR a partir de la apertura que ha supuesto el descubrimiento de las implicaciones médicas y psicológicas para el paciente de la experiencia traumática y las posibilidades abiertas tras su aceptación, lo cual lleva a la PR a un nuevo nivel de conexión emocional y visceral así como de sintonía en la exploración de nuevos campos que se abren a la vida de la persona, como son su identidad sexual y la posibilidad de confiar en volver a tener relaciones íntimas sin riesgo.

- **Brainspotting:** paciente mujer de 29 años que vive con el VIH desde hace cinco años, con correcto nivel de CD4+ y todavía sin tratamiento antiretroviral (TAR) y que ha iniciado psicoterapia relacional (PR) hace pocos meses por sensación de caos interior con somatizaciones (sensación de opresión en todo el cuerpo y de falta de aire seguido de síntomas de angustia que le requieren ir a menudo a urgencias hospitalarias, siendo cada vez derivada al médico de familia para su control indicándosele benzodiazepinas según precise). En la relación PR aparece un hecho Traumático que la paciente tenía apartado de su atención (disociado): unos 8 años atrás sufrió, en mitad de la noche, el derrumbe de su casa, quedando 3 horas enterrada y contactando sólo con la mano con su marido, que sufrió mucho dolor y luego falleció. Ella oyó a sus hijos, que estaban bien, y más tarde a los bomberos, que la rescataron en una operación que se le hizo interminable. Se habla del trauma en la relación PR, con momentos de encuentro y de conexión muy íntima con la terapeuta, pero llegándose a un punto en que la paciente repite circularmente los mismos contenidos y forma de relación con la terapeuta, a la cual siente como alguien que, por no haber pasado por su experiencia, no podía captarla ni comprender lo que llegó a representar para ella el hecho de estar enterrada viva sin saber qué sucedería, presenciar la muerte de su marido y, posteriormente, ser rescatada a una vida de viuda, pobre y con dos hijos pequeños para sostener, con la sensación además de que no poder sostenerse ni siquiera a sí misma. En vista de la circularidad obsesiva generada a partir de la recuperación del recuerdo traumático, de las relaciones promiscuas que la paciente mantenía desde entonces, sin protección ninguna, y de la dificultad para avanzar en la elaboración de esos temas en la psicoterapia, se optó por realizar una sesión de Brainspotting<sup>43,44</sup> en el curso de la cual la paciente llegó a profundizar,

mediante la focalización en el *brainspot* más traumático, en su memoria traumática, incluida la somática, con una revivenciación del trauma muy intensa que pudo esta vez ser contenida por la terapeuta mediante el uso del *brainspot* de recursos para modular su catarsis, sesión en la que se podría decir que se “desbridó” completamente el material traumático pudiendo proceder la paciente a elaborar el duelo por la muerte de su marido, que había quedado congelado, y el duelo por la propia infección por VIH, contraída seguramente en las relaciones sexuales de riesgo, consiguiendo así resituarse en el aquí y ahora de su vida presente, con visión de futuro, y retomar la responsabilidad sobre su sexualidad y sus hijos así como la capacidad para trabajar.

- **Hipnosis clínica:** paciente mujer de 25 años, trabajadora sexual, de origen rural, con infancia abandonada, entre la que relata, como algo paradigmático —aunque se lo habían referido, que ya en la cuna (pero de su vida posterior también tenía recuerdos congruentes)—, que cuando lloraba, los padres, inmersos en sus peleas, no acudían, y que su hermana mayor le tiraba de los pelos. Cuando llegó a una edad suficiente para poderse decir a sus padres, estos se limitaban a ordenar a las hijas que dejaran de pelearse, pero sin reconocer nunca el sufrimiento de la paciente a manos de su hermana mayor, sufrimiento que con el tiempo adquirió tintes aún peores, hasta que la hermana se fué de la casa paterna —posteriormente desarrolló una esquizofrenia. Sobre la escena de la hermana en la cuna tirándole de los pelos cristalizaron sentimientos de abandono, impotencia, falta de valoración de sí misma, búsqueda de una dependencia para con alguna persona que la quisiera (de hecho, figura de *holding*), todo lo cual conllevó que la pareja con la que consiguió relacionarse durante 7 años finalmente la abandonara por no poder soportar la excesiva necesidad de dependencia y reaseguramiento de la paciente, que además se focalizó en el miedo a la caída del cabello y en maniobras incesantes de estirarlo, para ver si era fuerte o caía, que acababan inevitablemente por hacérselo caer. Visitada por médicos dermatólogos, tratada con medicina alternativa de varios tipos, le decían que era cosa “de los nervios” y del “trauma de la cuna”, respectivamente, llenándola de productos farmacéuticos, parafarmacéuticos y pseudonaturales, que además de vaciarle los bolsillos la dejaron sin la poca esperanza que le quedaba. Pero la motivación de la paciente por curarse, junto a su capacidad para mantener áreas libres de conflicto y poder trabajar en mejores condiciones, ganarse la vida, y vivir independientemente, mantuvieron a pesar de todo la esperanza, la cual, junto con la impotencia que sentía la paciente en los ámbitos más íntimos y sentimentales para poder tener relaciones satisfactorias, la llevaron a nuestra consulta. La demanda, al principio, fue, sin embargo, que quería tratamiento hipnótico, y su dinámica y economía internas, con hipersensibilidad a cualquier comentario, con inestabilidad emocional extrema y sensación de dependencia e impotencia, de no valerse por sí misma, de no valer, y en la que la obsesión por el pelo vehiculizaba toda conversación interna, con los otros y con la terapeuta, hicieron que ésta accediera a realizar unas sesiones de hipnoterapia<sup>45</sup> en un marco relacional que incluía al mismo tiempo *mindfulness* y metáforas, reforzando las partes internas de la paciente con recursos y relativizando y estabilizando la intensidad de sus inseguridades, lo que facilitó ir completando una visión más global de la paciente hacia sí misma y en sus



relaciones, junto con la posibilidad de evolucionar por primera vez en su vida de una relación victimista pasiva a otra de más asertividad y autoconfianza. En este caso, como en la mayoría de los casos que se tratan con hipnoterapia, el terapeuta entra en el mismo trance que el paciente, aunque menos intenso y lo puede dirigir. Pero las vivencias son extremadamente compartidas, y tanto los relatos de sufrimiento como las relajaciones con metáforas u otras construcciones que lleva a cabo la hipnoterapeuta a partir de la comprensión de la dinámica relacional y los contenidos mentales y corporales con que se expresa, la empujan a sentir con especial intensidad que no es la misma después del tratamiento de esta paciente. La aplicación simultánea del modelo relacional con la metodología de la hipnosis hizo posible el sostén para el cambio que la paciente necesitaba. Pero la terapeuta se llevó consigo también esas inducciones sostenedoras, como recurso propio internalizado en la relación hipnoterapéutica relacional con la paciente. En este caso, además, habría que tener en cuenta que la actitud y la conducta de la paciente (posibilidad de contenerse y aceptar límites en sus peticiones de ayuda más continuadas, por teléfono, mail...) y la terapeuta (aceptación no rechazante de las llamadas de ayuda de la paciente canalizándolas por emails en el plazo de horas —un día o incluso dos—, sin atención telefónica *ad-hoc*) ayudaron mucho a la consecución de un holding por email. Creemos que la vinculación establecida empoderó a la paciente (autoconfianza en sí misma reforzada por la confianza de la terapeuta) y le proporcionó la seguridad necesaria para avanzar sin caer en otro EDM, cambiar sus condiciones de trabajo y, entre otras iniciativas, decidir hacerse la prueba de detección del VIH, que resultó positiva.

- **Mindfulness** – En un paciente chico de 28 años homosexual VIH+ y con TID, la potenciación de la actitud de *mindfulness* con técnicas descritas por Jon Kabat-Zin<sup>46,47</sup>, facilitó el desarrollo de la co-consciencia y, posteriormente, el duelo y la integración de las partes en una estructura más compacta que ya hablaba con una sola voz y reconocía los distintos aspectos que la PAN (personalidad aparentemente normal) antes, no sólo no había considerado, sino que había reprimido en la forma de dos PE (personalidades emocionales), de 4 años y de un bebé; también se utilizó la metodología descrita por Esly Carvalho en “Sanando la pandilla que vive adentro”<sup>48</sup>, aunque desde una base relacional intersubjetiva.

- **Meditaciones** – Pueden resultar muy útiles para cualquier problema o situación, especialmente las que se encuentran activas en niños (como la parte *shake* de la meditación kundalini de Osho), como es el caso de referencia en que, al inicio de las sesiones y durante tres minutos, con su música favorita, se llevó a cabo en una niña de 10 años, hija de una pareja serodiscordante que tan sólo seguía conviviendo por motivos “económicos y humanitarios” y que presentaba además rasgos ansioso-dependientes en la madre junto con un padre ex-toxicómano y con sida avanzado. La niña, físicamente muy hermosa, tenía sentimientos de inferioridad y dependencia a nivel de piel de la madre, con quien dormía cada noche, al mismo tiempo que actitudes depresivas y conducta hiperactiva con déficit de atención. El *shake* al inicio de las sesiones le facilitó el “contactar con su cuerpo y sacudirse y

expulsar las distracciones más superficiales”, comenzándose la sesión con lo que ha quedado después de haberse sacudido —es decir, lo más importante y que no es expulsado fácilmente—, para trabajar en ello metafóricamente, con el resultado de una metáfora muy útil para entrar con mayor facilidad a profundizar y focalizar las sesiones en lo más nuclear a través del dibujo y el coloquio, en un ambiente de *holding* y camaradería, como consecuencia de haber practicado el *shake* junto con la terapeuta, una frente a la otra. Por otro lado, las meditaciones pasivas, especialmente las centradas en la respiración (ancla que siempre está ahí y que ha sostenido a la paciente, sin tener que haberle prestado atención consciente, hasta el momento actual, y sigue haciéndolo), se aplicaron como modelo de un recurso interno central de tipo procedimental, de nutrición y de expulsión de elementos tóxicos —del que dispone la persona y que le ha funcionado—, para potenciar la autonomía y la confianza en su propio centro, lo que la ayudó a elaborar la separación con la madre y el maltrato psicológico que sufría de su padre, de tipo despreciativo y minusvalorativo.

- **Instalación de recursos positivos** – Su uso siempre va bien para estabilizar a los pacientes, habiéndose utilizado en muchos casos. El paciente, chico de 17 años, cuando acude, está en situación de crisis, y, de un modo u otro, instalar un “lugar seguro” en su interior donde sentirse tranquilo y a salvo de su sufrimiento, y desde el cual meditar o simplemente tomar distancia y paladear la sensación de seguridad, tranquilidad y gozo que puede generar en su interior, en su mente y en su cuerpo, ha resultado muy eficaz. Es un “sitio” al que acudir en situaciones de desbordamiento emocional intenso, dentro o fuera de las sesiones. Otros recursos positivos, como la “caja de seguridad” (donde poner los recuerdos o experiencias desbordantes para que permanezcan allí cómodamente sin invadir la totalidad de la persona, encerradas hasta el momento en que éste se vea capaz de abordarlas, momento en que podrían salir por una válvula, poquito a poco), la “línea de la vida”, tanto de los traumas-experiencias perturbadores como de los “pilares de la vida” —incluidas las personas significativas y los momentos de especial importancia de estas—, que han llevado al paciente hasta el momento actual, facilitando la visión del bosque de su vida, con los árboles traumáticos y sus recursos para abordarlos, para tenerlos más presentes al analizar los árboles concretos de dicho bosque, proporcionando así una perspectiva que lo vuelve todo ello más tolerable, ya que nunca es todo del todo (permítasenos) negativo. Dichas metáforas y otras, no pretenden sustituir el vínculo intersubjetivo, sino darle instrumentos para organizar el material en casos complejos, para generar espacios de tranquilidad suficiente que permitan abordar lo que hasta entonces ha sido inabordable, y, por supuesto, en el marco de la “hermenéutica de la confianza” (Orange 2011), por la que abogamos y desde la que trabajamos hace ya años.

## DISCUSIÓN

Existe una variabilidad considerable de evoluciones en el curso clínico de las personas infectadas con el VIH, y puesto que disponemos de evidencias consistentes de la influencia de la mediación psicológica en la función inmune<sup>18</sup>, debemos concluir que las



variables psicosociales o de comportamiento se encuentran entre los cofactores que pueden influir en la infección por VIH y en la progresión de la enfermedad. Otros estudios han demostrado los efectos psicosociales del estrés<sup>49</sup>, tanto en la génesis como en la evolución de las infecciones víricas<sup>50, 51</sup>, constatándose que tanto un mayor status socioeconómico (SES) como unas buenas relaciones personales de apoyo confieren beneficios para la salud, incluida una mejor función inmune. El riesgo de infección por VIH es más alto en las personas con menos nivel educativo, en las que frecuentan trabajadores/as sexuales, en las que practican sexo anal y en las que sufren de trastorno por estrés postraumático. El abuso de alcohol y el TEPT se asocian con conductas de riesgo de VIH<sup>52</sup>.

Una buena adherencia al tratamiento antirretroviral es indispensable en los pacientes con VIH. Los porcentajes de no-adherencia en el VIH son comparables con los de otras enfermedades crónicas, pero en el caso del VIH se necesita una adherencia casi perfecta para disfrutar de los beneficios del tratamiento<sup>53</sup>, lo que supone que los pacientes infectados de VIH deben adherirse un mínimo del 90% del tiempo al tratamiento. Una adherencia al tratamiento antirretroviral por debajo del 70% raramente muestra mejoras en los marcadores del virus. Por otra parte, los pacientes que no se adhieren al tratamiento desarrollan a su vez resistencia a los antiretrovirales<sup>54</sup>.

Se ha demostrado que los factores psicológicos y sociales influyen en la adherencia a la terapia antirretroviral<sup>55</sup>. En un estudio (Gordillo et al., 1999) se encontró que sólo un 57,6% de los pacientes mantuvieron una buena adherencia a la terapia antirretroviral. Las variables predictivas de cumplimiento halladas fueron la edad, el modo de transmisión, las cifras de CD4, la depresión y el apoyo social percibido, encontrándose también una interacción entre estas dos últimas variables. Tanto los sujetos más jóvenes, como los usuarios de drogas intravenosas, así como los sujetos con depresión y falta de apoyo social percibido, fueron los que mostraron un menor cumplimiento del tratamiento antirretroviral.

Barclay encontró que el estado emocional de las personas con sida afecta significativamente a su adherencia al tratamiento (Barclay et al., 2007)<sup>56</sup>. Asimismo, se ha demostrado que los sujetos afectados por trastornos psicológicos tienen menos adherencia a los regímenes de medicación y tasas más altas de morbilidad y mortalidad (Stoff et al, 2004<sup>57</sup>).

Otro aspecto importante es el que se recoge en el estudio de Keuroghlian (2011), que investiga la relación entre disociación, como síntoma específico del trauma, y adherencia al tratamiento antirretroviral del VIH. Se encontró que el TEPT está asociado con niveles más bajos de adherencia, especialmente en aquellos pacientes que presentaban niveles más altos de disociación<sup>58</sup>.

El EMDR y la instalación de recursos positivos de estabilización son *incrustables*, el Brainspotting y la Hipnosis son *integrables*, el Mindfulness o Meditación aplicada a la curación (*hinayana* o camino menor) es inseparable de la actitud del terapeuta y el paciente en la PR. La medicación es una muleta, más o menos necesaria o de apoyo, para situaciones que desbordan la capacidad de la PR, bien sea por las posibilidades del paciente de realizar más

sesiones para frenar una situación actual que dificulta la comunicación terapéutica, bien por la vida ordinaria del paciente, el cual a veces necesita una recomposición o estabilización rápida para cumplir con las exigencias vitales más importantes de su situación, especialmente si tiene hijos pequeños que cuidar o existe riesgo de separaciones o conflictos asociados a su estado actual que puedan complicarle la vida su vida o en razón de sus hábitos perjudiciales... La medicación tiene un efecto rápido de apoyo externo (bastón), mientras en la psicoterapia va generándose más lenta pero firmemente el apoyo interior.

## CONCLUSIONES

En la situación actual de complejidad y precariedad en numerosos aspectos de la acción terapéutica, tener la posibilidad de acceder a recursos que pueden catalizar el efecto de la PR no es de descartar en absoluto. Pero la potencialidad de los recursos descritos es tal que, incluso si las características del marco de trabajo fueran mejores, también abogaríamos por la inclusión en determinadas condiciones y momentos de los recursos terapéuticos presentados como adyuvantes, ya que uno de nuestros principales objetivos es que el paciente no sufra innecesariamente cuando sabemos que tenemos a nuestra disposición instrumentos de ayuda que lo pueden aliviar modulándolo (el sufrimiento), en especial cuando se enfrenta a problemas complejos, de largo recorrido, desde la infancia, además de a problemáticas, dificultades o enfermedades crónicas actuales que pueden sobrepasar en mucho la capacidad de cualquiera, incluso de la propia terapeuta, de asumirlos y navegar con ellos.

## BIBLIOGRAFÍA DE APOYO:

### *Material para los profesionales:*

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.af261f715269a25d48af8968b0c0e1a0/?vgnnextoid=b0d56557203da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=b0d56557203da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Nine Modules of the American Psychological Association's HIV Office for Psychology Education (HOPE) Program Training Package 2010. Developed under contract No. 280-09-0290 to the Center for Mental Health Services of the Substance Abuse and Mental Health Services Administration. U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, MD.

### *Material para los pacientes:*

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.af261f715269a25d48af8968b0c0e1a0/?vgnnextoid=525dc118ab2da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=525dc118ab2da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Original recibido con fecha: 5-1-2013 Revisado: 30-6-2013 Aceptado para publicación: 15-9-2013

## NOTAS

<sup>1</sup> Conxita Vidal Coll es doctora en Medicina y Cirugía, especialista en psiquiatra y en medicina interna. Psicoanalista Relacional, terapeuta EMDR, Brainspotting, Hipnosis Clínica y Mindfulness. Desde hace un año

trabaja como titular superior en salud pública en el Programa del Sida del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Es la responsable de las áreas de Material Preventivo, Apoyo Emocional, lucha contra el Estigma y la Discriminación e Investigación. Realizó su tesis doctoral en la supervivencia de los pacientes crónicos en tratamiento substitutivo renal en Cataluña, y ha realizado clínica e investigaciones en salud pública y en el campo de la psicopatología y psiconeuroinmunoendocrinología: en vértigo, migraña, obesidad, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, esclerosis múltiple y otros, en el Hosp. Vall d'Hebron de Barcelona, y en la práctica privada de psicoterapia y psiquiatría.

<sup>2</sup> Albert Giménez Masat es licenciado en Medicina y Cirugía, especialista en medicina interna y en medicina preventiva por el Ministerio de Sanidad y Consumo. MPH (master of public health). Énfasis: epidemiología aplicada a servicios sanitarios, bioestadística y enfermedades infecciosas por la Yale University School of Medicine, Dept. of Epidemiology and Public Health. Ct, EEUU. Certificado por el Center of Diseases Control (CDC). Atlanta, EEUU para ejercer como epidemiólogo en los departamentos estatales de salud pública de los Estados Unidos de América. Diplomado en Gestión directiva sobre instituciones sanitarias por IESE Escuela de Negocios. Universidad de Navarra. PROMAN. Programa de Desarrollo Directivo por la Escola d'Administració Pública de Catalunya. Barcelona. Experiencia: desde 1996 Director del Programa per a la Prevenció i l'Assistència de la Sida del Departament de Salut, Generalitat de Catalunya y Coordinador autonómico de Cataluña en el Plan Nacional del Sida. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; de 1992-1996 epidemiólogo en la Unidad de Planificación de servicios sanitarios y en la División de Atención Primaria de Cornellà del Servei Català de la Salut y del ICS; de 1990-1991, colaborador técnico y associate researcher en el Yale-New Haven University Hospital y en la Yale University School of Medicine. The greater New Haven Child Health Study. New Haven, CT, EEUU, y de 1983-1989, ejerciendo medicina interna en el Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena de Mataró y en el Hospital de Granollers.

**Datos de Contacto:**

 Generalitat de Catalunya  
 Agència de Salut Pública de Catalunya

**Programa per a la Prevenció i l'Assistència de la Sida**

Edifici Josep Salvany

c/ Roc Boronat, 81-95. 08005 Barcelona. Fax 935517515.

[conxita.vidal@gencat.cat](mailto:conxita.vidal@gencat.cat) | Telèfon 93 551 36 46.

[albert.gimenez@gencat.cat](mailto:albert.gimenez@gencat.cat) | Telèfon 935513578.

<http://canalsalut.gencat.cat>

 Twitter: @salutcat

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

<sup>3</sup> Kiecolt-Glaser, J. K. (2009). Psychoneuroimmunology: Psychology's gateway to the biomedical future. *Perspectives on Psychological Science*, 4, 367-369.

<sup>4</sup> Ratliff-Crain, J., Tamarkin, L., Kiecolt-Glaser, J.K., & Temoshok, L. (1990). Issues in psychoneuroimmunology research. *Health Psychology*, 6, 753-760.

<sup>5</sup> Glaser, Ronald; Kiecolt-Glaser, Janice K. Stress-associated depression in cellular immunity: Implications for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Brain, Behavior, and Immunity*, Vol 1(2), Jun 1987, 107-112. doi: [10.1016/0889-1591\(87\)90013-4](https://doi.org/10.1016/0889-1591(87)90013-4).

<sup>6</sup> Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1988). Major life changes, chronic stress, and immunity. In T. P. Bridge, A. F. Mirsky, & F. K. Goodwin (Eds.), *Psychological, Neuropsychiatric, and Substance Abuse Aspects of AIDS* (pp. 217-224). New York: Raven Press.

<sup>7</sup> Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1986). Psychological influences on immunity. *Psychosomatics*, 27, 621-625.

<sup>8</sup> Kiecolt-Glaser, J.K., & Glaser, R. (1993). Mind and immunity. In: D. Goleman & J. Gurin, (Eds.) *Mind/Body Medicine* (pp. 39-59). New York: Consumer Reports.

<sup>9</sup> Glaser, R., Rice, J., Sheridan, J., Fertel, R., Stout, J., Speicher, C. E., Pinsky, D., Kotur, M., Post, A., Beck, M., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1987). Stress-related immune suppression: Health implications. *Brain, Behavior, and Immunity*, 1, 7-20.

- <sup>10</sup> Kennedy, S., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1990). Social support, stress and the immune system. In I. G. Sarason, B. Sarason, & G. Pierce (Eds.), *Social Support: An Interactional View* (pp. 253-266). New York: John Wiley & Sons.
- <sup>11</sup> Kennedy, S., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1988). Immunological consequences of acute and chronic stressors: Mediating role of interpersonal relationships. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 77-85.
- <sup>12</sup> Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1988). Confronting traumatic experience and immunocompetence: A reply to Neale, Cox, Valdimarsdottir, and Stone. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 638-639.
- <sup>13</sup> Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J.K. (1991). Modulation of the cellular immune response by stress. *Clinical Immunology Newsletter*, 11, 101-105.
- <sup>14</sup> Glaser, R., Pearson, G. R., Jones, J. F., Hillhouse, J., Kennedy, S., Mao, H., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1991) Stress-related activation of Epstein-Barr virus. *Brain, Behavior & Immunity*, 5, 219-232.
- <sup>15</sup> Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J.K. (1994). Stress-associated immune modulation and its implications for reactivation of latent herpesviruses. In: R. Glaser & J. Jones (Eds.), *Human herpesvirus infections* (pp. 245-270). New York: Dekker.
- <sup>16</sup> Bangsberg, D. R., Perry, S., Edwin, D., Clark, R. A., Robertson, M., Zolopa, A. R., & Moss, A. (2001). Non-adherence to highly active antiretroviral therapy predicts progression to AIDS. *AIDS*, 15(9), 1181-1183
- <sup>17</sup> Barclay, T. R., Hinkin, C. H., Castellon, S. A., Mason, K. I., Reinhard, M. J., Marion, S. D., & Levine, A. J. (2007). Age-associated predictors of medication adherence in HIV-positive adults: health beliefs, self-efficacy, & neurocognitive status. *Health Psychology*, 26(1), 74-81.
- <sup>18</sup> Fagundes, C.P. Bennett, J.M. Derry, H., Kiecolt-Glaser, J.K. (2011). Relationships and inflammation across the lifespan: Social developmental pathways to disease. *Social and Personality Psychology Compass*, 5, 891-903.
- <sup>19</sup> Kiecolt-Glaser, J.K., Gouin, J.P., Weng, N., Malarkey, W.B., Beversdorf, D. Q., Glaser, R. (2011). Childhood adversity heightens the impact of later-life caregiving stress on telomere length and inflammation. *Psychosomatic Medicine*, 73, 16-22.
- <sup>20</sup> Gouin, J.P., Glaser, R., Loving, T.J., Malarkey, W.B., Stowell, J., Houts, C. & Kiecolt-Glaser, J.K. (2009). Attachment avoidance predicts inflammatory responses to marital conflict. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23, 898-904.
- <sup>21</sup> Glaser, R., Rice, J., Speicher, C. E., Stout, J. C., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1986). Stress depresses interferon production by leukocytes concomitant with a decrease in natural killer cell activity. *Behavioral Neuroscience*, 100, 675-678.
- <sup>22</sup> Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1988). Stress-associated immune suppression and acquired immune deficiency syndrome (AIDS). In T. P. Bridge, A. F. Mirsky, & F. K. Goodwin (Eds.), *Psychological, Neuropsychiatric, and Substance Abuse Aspects of AIDS* (pp. 203-215). New York: Raven Press.
- <sup>23</sup> Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R., (1992). The sequelae of chronic stress: Immunity and health. In: S. Araki, (Ed.) *Behavioral Medicine: An integrated biobehavioral approach to health and illness* (pp 59-63). Amsterdam: Elsevier.
- <sup>24</sup> Kiecolt-Glaser, J. K., Stephens, R., Lipitz, P., Speicher, C. E., & Glaser, R. (1985). Distress and DNA repair in human lymphocytes. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 311-320.
- <sup>25</sup> Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J. K., Speicher, C. E., & Holliday, J. E. (1985). Stress, loneliness, and changes in herpesvirus latency. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 249-260.
- <sup>26</sup> Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1986). Psychological influences on immunity. *Psychosomatics*, 27, 621-625.
- <sup>27</sup> Kiecolt-Glaser, J. K., Speicher, C. E., Holliday, J. E., & Glaser, R. (1984). Stress and the transformation of lymphocytes by Epstein-Barr virus. *Journal of Behavioral Medicine*, 7, 1-12.
- <sup>28</sup> Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1985). "Relatively mild stress" depresses cellular immunity in healthy adults. *Behavioral and Brain Sciences*, 8, 401-402.
- <sup>29</sup> Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J. K., Stout, J. C., Tarr, K. L., Speicher, C. E., & Holliday, J. E. (1985). Stress-related impairments in cellular immunity. *Psychiatry Research*, 16, 233-239.

- <sup>30</sup> Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1988). Psychological influences on immunity: Making sense of the relationship between life stress and health. In G. P. Chrousos, D. L. Loriaux, & P. W. Gold (Eds.), *Advances in experimental biology and medicine* (pp. 237-247). New York: Plenum.
- <sup>31</sup> Hillhouse, J. E., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1991). Stress associated modulation of the immune response in humans. In N. Plotnikoff, A. Murgu, R. Faith, & J. Wybran (Eds.), *Stress and Immunity* (pp. 3-27). Caldwell, NJ: Telford Press.
- <sup>32</sup> Kiecolt-Glaser, Janice K.; Glaser, Ronald. Psychological influences on immunity: Implications for AIDS. *American Psychologist*, Vol 43(11), Nov 1988, 892-898. doi: [10.1037/0003-066X.43.11.892](https://doi.org/10.1037/0003-066X.43.11.892)
- <sup>33</sup> Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1988). Behavioral influences on immune function: Evidence for the interplay between stress and health. In T. Field, P. M. McCabe, & N. Schneiderman (Eds.), *Stress and coping across development* (pp. 189-205). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- <sup>34</sup> Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J., (1992). Modulation of cellular immunity by psychological stress. In: S. Araki, (Ed.) *Behavioral Medicine: An integrated biobehavioral approach to health and illness* (pp 53-58). Amsterdam: Elsevier.
- <sup>35</sup> Kiecolt-Glaser, J. K., Malarkey, W. B., Chee, M., Newton, T., Cacioppo, J. T., Mao, H., & Glaser, R. (1993). Negative behavior during marital conflict is associated with immunological down-regulation. *Psychosomatic Medicine*, 55, 395-409.
- <sup>36</sup> Gouin, J.P., Hantsoo, L.V., & Kiecolt-Glaser, J.K. (2011). Stress, negative emotions, and inflammation. In J. T. Cacioppo & J. Decety (Eds.) *Handbook of Social Neurosciences* (pp 814-829). New York: John Wiley and Sons.
- <sup>37</sup> Goforth, H. W., Lowery, J., Cutson, T. M. Kenedi, C., & Cohen, M. A. (2009). Impact of bereavement on progression of AIDS and HIV infection: A review. *Psychomatics*, 50(5), 4333-4339.
- <sup>38</sup> Leserman, J., Jackson, E.D., Petitto, J.M., Golden, R.N., Silva, S.G., &... Evans, D.L. (1999). Progression to AIDS: The effects of stress, depressive symptoms, and social support. *Psychomatic Medicine*, 61, 397-406.
- <sup>39</sup> Barroso J, Hammill BG, Leserman J, Salahuddin N, Harmon JL, Pence BW. Physiological and psychosocial factors that predict HIV-related fatigue. *AIDS Behav*. 2010 Dec;14(6):1415-27.
- <sup>40</sup> Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser R. (1992) Psychoneuroimmunology: Can psychological interventions modulate immunity?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 569-575.
- <sup>41</sup> Ver [www.emdria.org](http://www.emdria.org)
- <sup>42</sup> Ver [www.emdr-es.org](http://www.emdr-es.org) y, en concreto, la entrevista a Francine Shapiro en el New York Times, en <http://consults.blogs.nytimes.com/2012/03/02/the-evidence-on-e-m-d-r/>
- <sup>43</sup> Ver la web de Brainspotting de David Grand, el creador de la técnica: <http://www.brainspotting.pro/page/what-brainspotting>.
- <sup>44</sup> Ver también "Brainspotting España": <http://www.aleces.com/brainspotting>, y en concreto los documentos de Mario Salvador.
- <sup>45</sup> Ver <http://esh-hypnosis.eu/> y <http://www.sociedadhipnosis.com/>, donde se pueden consultar los usos de la hipnosis y cómo ésta actúa para mejorar la sintomatología o los trastornos del paciente.
- <sup>46</sup> Vivir con plenitud las crisis: Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad, Editorial Kairós, 2007 (*Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*, Delta, 1991)
- <sup>47</sup> *MBSR Professional Training Manual*, S.F. Santorelli y J. Kabat-Zinn, Center For Mindfulness, [University of Massachusetts](http://www.massachusetts.edu) Medical School, Worcester, MA., 2001/2007
- <sup>48</sup> Esly Carvalho. *Sanando la pandilla que vive dentro*. E-book. Amazon, 2011.
- <sup>49</sup> Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1987). Psychosocial moderators of immune function. *Annals of Behavioral Medicine*, 9, 16-20.
- <sup>50</sup> Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1989). Interpersonal relationships and immune function. In L. Carstensen & J. Neale (Eds.), *Mechanisms of psychological influence on physical health* (pp 43-59). New York: John Wiley and Sons.
- <sup>51</sup> Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1987). Psychosocial influences on herpesvirus latency. In E. Kurstak, Z. J. Lipowski, & P. V. Morozov (Eds.), *Viruses, Immunity, and Mental Disorders* (pp 403-411). New York: Plenum.

<sup>52</sup> Anastario M, Manzanero R, Blanco R, Reyes E, Jaramillo R, Black L, Dann GE, Leonard E, Boryc K, Chun H. HIV infection, sexual risk behaviour and condom use in the Belize defense force. *Int J STD AIDS*. 2011 Feb;22(2):73-9.

<sup>53</sup> Chesney, M. A, Morin, M., & Sherr, L. (2000a). Adherence to HIV combination therapy. *Social Science & Medicine*, 50(11), 1599-1605.

<sup>54</sup> Frain, M. P., Bishop, M., Tschopp, M. K., Ferrin, M. J., & Frain, J. (2009). Adherence to medical regimens: Understanding the effects of cognitive appraisal, quality of life, and perceived Family resiliency. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 52(4), 237-250.

<sup>55</sup> Gordillo V., Del Amo J., Soriano V., y González-Lahoz, J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy.

<sup>56</sup> Barclay, T. R., Hinkin, C. H., Castellon, S. A., Mason, K. I., Reinhard, M. J., Marion, S. D., & Levine, A. J. (2007). Age-associated predictors of medication adherence in HIV-positive adults: health beliefs, self-efficacy, & neurocognitive status. *Health Psychology*, 26(1), 74-81.

<sup>57</sup> Stoff, D.M., Mitnick, L., & Kalichman, S. (2004). Research issues in the multiple diagnoses of HIV/AIDS, mental illness and substance abuse. *AIDS Care*, 16(Supplement1), S1-S5.

<sup>58</sup> Keuroghlian AS, Kamen CS, Neri E, Lee S, Liu R, Gore-Felton C. Trauma, dissociation, and antiretroviral adherence among persons living with HIV/AIDS. *J Psychiatr Res*. 2011 Jul;45(7):942-8. Epub 2011 Jun 1.