

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL COGNITIVO CONDUCTUAL
PARA MEJORAR EL ESTADO EMOCIONAL DE PACIENTES
CON INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA.**

SEUL SERRANO PRADOS

8-780-1277

**TESIS PRESENTADA EN CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA
OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

2012

DEDICATORIA

A Dios por permitirme finalizar este trabajo de graduación,

A mis Padres, por su apoyo incondicional,

A Jorge Jirón (Q.E.P.D), y a todos los PVVS residentes de

La Fundación Casa Hogar El Buen Samaritano.

AGRADECIMIENTOS

- Al padre Domingo Escobar y al Ing. Eric Rodríguez por permitirme la participación y desarrollo del programa de Intervención Cognitiva Conductual en el CHEBS.
- A la enfermera Itzel Rodríguez y al personal administrativo (Sra. Tita, Sra. Olga, Sra. Mirna) por el apoyo brindado para el desarrollo del programa de Intervención Cognitiva Conductual en el CHEBS.
- A todos los residentes que participaron del programa de Intervención Cognitiva Conductual en el CHEBS.
- Al Mgter. Ricardo Turner por sus recomendaciones y consejos para el desarrollo del programa de Intervención Cognitiva Conductual en el CHEBS.
- Al Profesor Gerardo Valderrama por su asesoría y consejos en el método y análisis de los resultados del programa de Intervención Cognitiva Conductual en el CHEBS.
- A la aspirante a PhD., Magistra Katherina Álvarez, quién me ayudo, apoyo, asesoró y brindó consejos para la confección y desarrollo del programa de Intervención Cognitiva Conductual en el CHEBS.
- Y en especial, a Dios por permitirme terminar con éxito este proyecto de tesis y poder optar por el título de Psicólogo Clínico.

RESUMEN

Este trabajo consistió en evaluar un programa de intervención grupal cognitivo conductual para mejorar el estado emocional de pacientes con VIH/SIDA. Primero se realizó una medición de las variables dependientes, seguido por el tratamiento, y finalizando con la medición de las variables dependientes. Se trabajó con un Diseño Cuasi-experimental, pre-post con un solo grupo. Las variables dependientes constan de: afecto, ansiedad, depresión, autoestima, además de otras variables: calidad de vida, el apoyo social, la adaptación social, hipocondría y locus de control. En general, se obtuvieron resultados significativos luego de aplicado el tratamiento: las variables estados emocionales (los niveles de ansiedad y depresión fueron disminuidos después del tratamiento), y la variable locus de control interno fue aumentada después del tratamiento. Además, la percepción hacia la enfermedad (hipocondría) y adaptación social obtuvo resultados con tendencia casi significativa. Las variables relacionadas al grado de interferencia de la enfermedad en distintos aspectos de la vida no obtuvieron ningún grado de significación. Los resultados confirman que el programa de intervención grupal cognitivo conductual para mejorar el estado emocional de pacientes con infección por el VIH/SIDA podría ayudar a mejorar el bienestar psicológico de los pacientes en cuanto a sus niveles de depresión, ansiedad y locus de control.

Palabras clave: terapia cognitiva conductual, VIH, SIDA, Ansiedad, Depresión, estado emocional

SUMMARY

This study evaluated a program of cognitive behavioral group intervention to improve the emotional state of patients with HIV/AIDS. First, we made a measurement of dependent variables, followed by treatment, and ending with the measurement of the dependent variables. We worked with a quasi-experimental design, pre-post with a single group. The dependent variables consisted of: affect, anxiety, depression, self-esteem, and other variables like a: quality of life, social support, social adjustment, hypochondriasis, and locus of control. Significant results were obtained after the treatment applied were: the variable emotional states (The levels of anxiety and depression were decreased after treatment), and variable internal locus of control was increased after treatment. Furthermore, the perception towards the disease (hypochondria) and social adjustment was almost significant trend results. The variables related to the degree of interference of the disease in various aspects of life did not get any significance levels. The results confirm that the program of cognitive behavioral group intervention to improve the emotional state of patients with HIV / AIDS could help improve the psychological well-being of patients in their levels of depression, anxiety and locus of control.

Key words: Cognitive behavior therapy, HIV, AIDS, anxiety, depression, emotional state

Abreviaturas

Personas que Viven con VIH/SIDA	PVVS
Virus de Inmunodeficiencia Humana	VIH
Síndrome de Inmuno deficiencia adquirida	SIDA
Tratamiento Cognitivo Conductual	TCC
Terapia Racional Emotiva Conductual	TREC
Centro de Control del Enfermedades	CDC
virus de la leucemia humana de las células T	HTLV-I
Conteo sanguíneo completo	CSC
Organización mundial de la salud	OMS
Fondo de Naciones Unidas para la Infancia	UNICEF
Organizaciones no gubernamentales	ONG
Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV	DSM IVTR
Fundación Casa Hogar El Buen Samaritano	CHEBS
Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión	HAD
El Inventario de Ansiedad de Beck	BAI
Inventario Depresión de Beck II	BDI
Escala de Afecto Positivo y Negativo	PANNAS
Índice Whiteley de Hipocondría	IH
Cuestionario sobre Calidad de Vida: satisfacción y placer	Q-LES-Q
Escala de apoyo social percibido	MSPSS
Escala auto aplicada de Adaptación Social	SASS
Statistical Package for the Social Sciences	SPSS

INDICE

I. VIH/SIDA	18
1. ¿Cómo surge el VIH/SIDA?	18
2. Definición del VIH/SIDA	21
2.1. ¿Qué es el VIH? y ¿Qué es el SIDA?	22
2.2. ¿Cómo se contagia el VIH?	23
2.3. ¿Cómo actúa el VIH/SIDA en el Cuerpo?	24
2.4. ¿Cómo se detecta el VIH/SIDA?	26
3. Problemas de resistencia y adherencia al Tratamiento	27
II. Situación actual del problema a nivel Nacional	29
III. La psicología en personas infectadas con VIH/SIDA	31
IV. Tratamiento Cognitivo Conductual	35
1. Psicoterapia	35
2. Introducción a la terapia Cognitiva Conductual	36
2.1. La teoría de TREC de Ellis:	38
2.1.1. El “A-B-C” de Ellis	39
2.1.2. Las demandas	45
2.1.3. Las creencias irracionales	46
2.2. La Terapia Cognitiva Conductual de Beck	48

2.2.1. Principios	49
2.2.2. El modelo Cognitivo	50
2.2.3. Las distorsiones cognitivas	51
3. Utilización de la terapia cognitiva conductual para el mejoramiento del estado de ánimo y otras variables relacionadas a la salud mental.	52
4. El uso de las terapias Cognitivas Conductuales en el tratamiento con pacientes de VIH/SIDA	55
V. Método	57
1. Planteamiento del problema	57
2. Justificación	58
3. Preguntas de investigación	59
4. Objetivo general	60
5. Objetivos específicos	60
6. Hipótesis	61
6.1. Hipótesis conceptual	61
6.2. Hipótesis operacional	62
6.3. Hipótesis estadística	63
7. Diseño de Investigación	64
8. Definición de las variables	65
8.1 Definición conceptual de la variable independiente	65

8.2 Definición operacional de la variable independiente	.....	66
8.3 Definición conceptual de las variables dependientes	.....	66
8.4 Definición operacional de las variables dependientes	.....	69
9. Población y muestra	.....	71
9.1 Perfil para la selección de la muestra	.....	73
9.2. Criterios de exclusión	.....	73
10. Limitaciones	.....	73
11. Instrumentos de medición y evaluación	.....	74
12. Diseño estadístico	.....	87
13. Tratamiento	.....	88
13.1 Contenido de las sesiones del programa de intervención	.....	90
VI. Análisis y discusión de los resultados	.....	96
1. Análisis de los resultados	.....	96
1.1. Variables relacionadas al estado emocional del paciente	.....	97
1.2. Percepción hacia la enfermedad	.....	101
1.3. Grado de interferencia de la enfermedad en distintos aspectos de la vida	.....	102
1.4. Percepción social	.....	103
1.5. Locus de control	.....	105

2.2 Tablas de resultados por instrumentos	.....	106
2.2.1 Estado emocional	.....	106
2.2.2 Percepción Social	.....	110
2.2.3 Percepción hacia la enfermedad	.....	112
2.2.4 Grado de Interferencia	.....	113
2.2.5 Locus de Control Interno	.....	118
3. Discusión de los resultados	.....	119
4. Conceptualización de casos	.....	126
VII. Conclusiones y recomendaciones	.....	130
1. Conclusiones	.....	131
2. Recomendaciones	.....	132
VIII. Bibliografía	.....	134
VIII. Anexos	.....	151
1. Fotos de las instalaciones de CHEBS		
2. Trípticos de las sesiones		
3. Presentaciones		
4. Instrumentos		

INDICE DE TABLAS

Gráfica N°1	Ansiedad y Depresión. HAD	.....	96
Gráfica N°2	Depresión. BDI	.....	97
Gráfica N°3	Ansiedad BAI	.....	98
Gráfica N°4	Afecto. PANNAS	.....	99
Gráfica N°5	Hipocondría. IH	.....	100
Gráfica N°6	Calidad de Vida. Q-Les-Q	.....	101
Gráfica N°7	Percepción Social. SASS	.....	102
Gráfica N°8	Percepción Social. MSPSS	.....	103
Gráfica N°9	Locus de Control Interno.	.....	104

INDICE DE GRAFICAS

Tabla N°1	Grado de cambio pre test y post test observado con el tratamiento	.....	96
Tabla N°2	HAD – Pre prueba	.....	107
Tabla N°3	HAD – Pos prueba	.....	107
Tabla N°4	BDI – Pre prueba	.....	108
Tabla N°5	BDI – Pos prueba	.....	108
Tabla N°6	BAI – Pre prueba	.....	108
Tabla N°7	BAI – Pos prueba	.....	109
Tabla N°8	EAR – Pre Prueba	.....	109

Tabla N°9	EAR – Pos prueba	.....	109
Tabla N°10	PANNAS – Pre prueba	.....	110
Tabla N°11	PANNAS – Pos prueba	.....	110
Tabla N°12	MSPSS – Pre prueba	.....	110
Tabla N°13	MSPSS – Pos prueba	.....	111
Tabla N°14	SASS – Pre prueba	.....	111
Tabla N°15	SASS – Pos prueba	.....	111
Tabla N°16	IH – Pre prueba	.....	112
Tabla N°17	IH – Pos prueba	.....	112
Tabla N°18	Q_Les_Q – Salud Fisica – Pre prueba	.....	113
Tabla N°19	Q_Les_Q – Salud Fisica – Pos prueba	.....	113
Tabla N°20	Q_Les_Q – Salud emocional – Pre prueba	.....	114
Tabla N°21	Q_Les_Q – Salud emocional – Pos prueba	.....	114
Tabla N°22	Q_Les_Q – Trabajo – Pre prueba	.....	114
Tabla N°23	Q_Les_Q – Trabajo – Pos prueba	.....	115

Tabla N°24	Q_Les_Q – Actividades de casa – Pre prueba	.....	115
Tabla N°25	Q_Les_Q – Actividades de casa – Pos prueba	.....	115
Tabla N°26	Q_Les_Q – Clase – Pre prueba	.....	116
Tabla N°27	Q_Les_Q – Clase – Pos prueba	.....	116
Tabla N°28	Q_Les_Q – Tiempo Libre – Pre prueba	.....	116
Tabla N°29	Q_Les_Q – Tiempo libre – Pos prueba	.....	117
Tabla N°30	Q_Les_Q – Relaciones Sociales – Pre prueba	.....	117
Tabla N°31	Q_Les_Q – Relaciones Sociales – Pos prueba	.....	117
Tabla N°32	Q_Les_Q – Actividades Generales – Pre prueba	.....	118
Tabla N°33	Q_Les_Q – Actividades Generales – Pos prueba	.....	118
Tabla N°34	Locus de control - pre prueba	.....	118
Tabla N°35	Locus de control - pre prueba	.....	119

INTRODUCCIÓN

El VIH/SIDA ha sido una de las principales enfermedades infecto transmisibles con alto índice de propagación en nuestro país y Centro América, y que tiene un alto impacto dentro de nuestra sociedad. Esta es una enfermedad que puede afectar a cualquier persona, la misma no mide raza, edad, cultura o religión. La mayoría de las veces pasa desapercibida, ya que sus primeros estadios pueden presentarse en el cuerpo sin manifestar signos o síntomas relevantes, por lo que el virus puede permanecer en el cuerpo de los afectados por muchos años sin ser percibida. Esta es una de las razones de su alta tasa de transmisión a nivel mundial. Esta enfermedad no solo afecta a la persona infectada, sino también a sus familias, amistades, desempeño laboral, y a la sociedad en general.

El VIH/SIDA no solamente afecta el cuerpo, como principal impacto de la enfermedad, sino también afecta a la mente y la psiquis, lo que juega un papel fundamental dentro del desarrollo de la enfermedad. Por ejemplo, los pacientes con VIH/SIDA tienden a sentir que tienen poco control sobre su vida, tienen dificultades para adaptarse social o familiarmente, sufrir de síntomas de ansiedad o depresión, entre otras. La poca accesibilidad a programas de apoyo, la saturación de consultas de los sistemas de salud pública, los costos elevados del tratamiento, la estigmatización hacia las Personas que Viven con VIH/SIDA (PVVS), el rechazo tanto familiar como laboral que a veces sufren estas personas, los prejuicios negativos referentes a la transmisión de esta enfermedad que se le

imponen a las PVVS y la carga emocional de tener una enfermedad crónica (incurable), los hace un grupos de alto riesgo.

Ha habido algunos avances en cuanto a la detección y tratamiento medicamentoso para prolongar la vida de estos pacientes. Sin embargo, debido al impacto de esta enfermedad en la salud mental de estas personas, es indispensable desarrollar, evaluar la efectividad e implementar tratamientos terapéuticos psicológicos, que ayuden a mejorar la salud mental de estas personas. Lastimosamente en Panamá existen muy pocos programas de tratamiento, sistemas de apoyo para PVVS, y muy pocas instituciones que brinden hospedaje, apoyo, tratamiento médico o psicológico.

Un aspecto sumamente importante al hacer un programa o un tratamiento es determinar la condición, el estado y la realidad del sujeto. Como todas las enfermedades crónicas (VIH/SIDA, Cáncer, Diabetes, cardiovasculares, entre otras) o en fase terminal (SIDA, Cáncer, Renales, entre otras) se necesitan tratamientos o terapias que sean cortas, concisas y precisas. Según Barreto, et al., (2008) es necesario realizar intervenciones a corto plazo, cuando se trata psicológicamente con pacientes con VIH/SIDA, como menciona con sus palabras "...la acción terapéutica es necesariamente urgente, y la planificación a muy corto plazo." Teniendo en cuenta la realidad y condición de PVVS, desarrollar un tratamiento o terapia psicológica corta y efectiva se hace necesaria, sobre todo en una población de alto riesgo como lo son las personas infectadas con VIH/SIDA.

Por ende, el programa de tratamiento cognitivo conductual que desarrollamos para este proyecto de Tesis de Maestría busca brindar un paliativo lo suficientemente efectivo, no solamente para un individuo, sino para un grupo de PVVS, que tiene una serie de afecciones en su salud mental que les impide vivir con cierto grado de satisfacción psíquica. De esta forma, desarrollamos un programa de intervención grupal Cognitivo-Conductual, basada en el trabajo de Ballester (2003), que se enfocó en mejorar el estado emocional principalmente, y además incluimos las variables de locus de control, el grado de interferencia de la enfermedad con la vida, la percepción social y de la enfermedad de pacientes con infección por el VIH/SIDA. El programa implementado se desarrolló y aplicó basado directamente a las necesidades y antecedentes del grupo de individuos al cual se intervendrá, específicamente en el estado emocional (afecto, ansiedad, depresión y autoestima). Ya que la realidad de cada individuo es diferente, el contenido del programa se basó en las principales consecuencias psicológicas de la enfermedad para estos pacientes. En el programa de Ballester (2003) se busca mejorar la adherencia al tratamiento y mejoría de los estados emocionales. En nuestro caso, los pacientes no presentaban este problema de adherencia al tratamiento, ya que el tratamiento medicamentoso estaba regulado por una enfermera, por lo que recibían el tratamiento todos los días en el hogar donde viven. Más sin embargo, sí existía una marcada disminución o problemas con sus estados emocionales, y dentro de las principales consecuencias estaban la ansiedad y la depresión. Por lo que se buscó realizar un tratamiento psicológico

que lograra una mejoría de la ansiedad y la depresión, promoviendo la calidad y la satisfacción de los estados emocionales en cada uno de los pacientes.

El primer capítulo se basará exclusivamente en el conocimiento del VIH/SIDA. El segundo capítulo se enfocará en la situación actual del VIH/SIDA a nivel nacional, se brindarán estadísticas sobre VIH/SIDA en Panamá y se mencionarán algunos estudios realizados referentes al VIH/SIDA. El tercer capítulo detallará la psicología en personas infectadas con VIH/SIDA. En el cuarto capítulo se explicará el tratamiento terapéutico Cognitivo Conductual. En el quinto capítulo se mencionará el método utilizado para desarrollar este proyecto de investigación. En el sexto capítulo se presentarán análisis y discusión de los resultados encontrados. En el séptimo capítulo se darán las conclusiones y las respectivas recomendaciones. El octavo capítulo se referirá a la bibliografía y por último en el noveno capítulo se incluirán los anexos sobre la información utilizada, instrumentos y otros materiales.

CAPITULO I. VIH/SIDA

1. ¿Cómo surge el VIH/SIDA?

Para conocer el impacto de una enfermedad y como tratarla, es necesario comprender la forma cómo surgió la misma, su historia, cómo evolucionó en la sociedad y cómo se fueron dando los distintos avances investigativos sobre esta enfermedad. El VIH/SIDA no es una enfermedad reciente, de hecho la primera vez que se publicó algo con respecto al VIH/SIDA fue en Junio de 1980, en el Centro de Control de Enfermedades (CDC), en los Estados Unidos (Garry, Witte, Gottlieb, Elvin-Lewis, Gottlieb, Witte, Alexander, Cole, Drake, 1988; Gottlieb, Schanker, Fan, Saxon, Weisman, Pozalski, 1985). Para 1984, el Dr. Robert Galo y un equipo de científicos franceses, describen con mayor precisión el virus del VIH/SIDA y su funcionamiento en el cuerpo. A pesar de estas primeras publicaciones sobre esta enfermedad, aun se conocía poco sobre cómo afectaba el mecanismo de defensa del cuerpo, ni se comprendía el alto impacto y severidad de esta enfermedad (Garry, et al., 1988).

Los casos de personas infectadas aumentaron drásticamente. Para el año de 1985 ya se reportaban 500,000 personas infectadas en los Estados Unidos y más de 2 millones en el mundo, la mayoría en África. Para este entonces, en Panamá se registró los primeros 8 casos de VIH (Ministerio de Salud, 2011a). Esta enfermedad, de la cual inicialmente se desconocía su impacto, paso rápidamente de unos cuantos casos a lo que actualmente se estima 33.3 millones de casos a

nivel mundial (Naciones Unidas, 2010). Esta enfermedad se le considera actualmente de carácter pandémico.

Además de la rápida propagación de esta enfermedad, la forma como se propagó llevó a que la misma haya tenido y tenga actualmente muchas connotaciones negativas, los cuales afectan psicológica y socialmente a las personas que viven con VIH/SIDA e impiden el desarrollo de tratamientos y terapias. Cuando inició esta enfermedad, se pensó que la misma solamente afectaba a los drogadictos, prostitutas y homosexuales, probablemente por que los primeros casos reportados fueron en esta población (Gary et al. 1988). Esto provocó la estigmatización y exclusión social hacia las personas que vivían con VIH/SIDA. Fue tanto la estigmatización que se le puso el apodo de “Enfermedad Rosa”, ya que según se pensaba, la enfermedad solo se propagaba en la comunidad homosexual. Inclusive, algunos hasta consideraban que esta enfermedad era un castigo de Dios, y por ser un castigo divino no debía de brindarse ningún tipo de ayuda, apoyo o tratamiento a estos pacientes. Como consecuencia, las personas que sufrían de esta enfermedad sentían la culpa y el rechazo por parte de la sociedad. Esta culpa, esta percepción de la enfermedad como un castigo merecido, fue lentamente interiorizado y se puede decir que aun se manifiesta en nuestra sociedad, aunque quizás no de una manera tan abierta. Esta culpa, rechazo y estigmatización, es una de las causas por las cuales se conoce muy poco la extensión de la enfermedad. Este temor al rechazo y estigmatización puede llevar a que las personas muchas veces no accedan a realizar pruebas diagnósticas, que las personas infectadas no accedan a los tratamientos y que las personas no

infectadas no tengan comunicación y contacto abierto con las personas infectadas. (Cueto, 2001).

Como se ha mencionado, esta enfermedad, de la cual se conocía muy poco hasta hace unos 20 años, conlleva a muchos problemas tanto de tipo sociales, psicológicos y económicos. Sin embargo, luego de su aparición se iniciaron muchos avances de tipo investigativo, que ayudaron a contrarrestar algunos efectos negativos y servir de paliativos que ayudan a los pacientes de esta enfermedad. Como menciona Alcamí (2008) la epidemia del SIDA apareció en un momento y en un lugar que ayudó a realizar importantes avances investigativos. La epidemia se detectó inicialmente en países desarrollados, especialmente en los Estados Unidos en donde existía el sistema de alerta epidemiológica, lo que llevó a una mayor movilización de recursos y preocupación por parte de la sociedad, llevando a grandes inversiones en investigación sobre esta enfermedad. En cuanto a la época, durante los años sesenta se desarrollaron nuevas técnicas y tecnología de punta, sobre todo en el área de la biología molecular, que ayudó al avance investigativo que se dió en los próximos años. Luego, en los años setenta se realizaron trabajos sobre retrovirus, así como también varios trabajos en inmunología adquiridos. Para el año de 1977, se describió el primer retrovirus humano patógeno, el HTLV-I. Para esta época existían entonces las herramientas científicas modernas que ayudaron a conocer más sobre esta enfermedad, cuando se dieron los primeros casos (Alcamí, 2008; Mellors et al, 1985).

Debido a estos avances investigativos que se dieron previamente, se logró comprender muchos aspectos de esta enfermedad. Para 1981 se conoció sobre una nueva enfermedad infecciosa que afecta a pacientes homosexuales. Para 1982, ya se sabe que la transmisión de esta enfermedad se produce por vía sexual, sanguínea y materno-fetal. En 1983 se aísla el agente causal del SIDA en el Instituto Pasteur de París y luego se desarrolla y comercializa el test diagnóstico ELISA. En la próxima década se logran algunos avances, por ejemplo se comprendió un poco más sobre la interacción virus-hospedador, así como se logró la cuantificación directa del VIH en plasma, lo que ayudó al pronóstico, el seguimiento y la eficacia terapéutica en estos pacientes (Alcamí, 2008; Mellors et al, 1985). Todos estos avances lograron la creación de tratamiento medicamentosos que ayudan a prolongar el tiempo de vida de los infectados. Muchos factores de la época permitieron la realización de investigaciones sobre este tipo de virus, lo que ayudó a crear fármacos que pudieran brindarle más tiempo de vida a las personas que padecían esta enfermedad. Sin embargo, aún existe mucho de lo que no se conoce sobre esta enfermedad, por ejemplo a la fecha no existe cura. Además, existe un desconocimiento muy marcado a nivel social sobre la enfermedad, lo que conlleva a la exclusión y estigmatización de estas personas. Igualmente, no se han creado suficientes programas de tratamiento terapéuticos y de apoyo para esta población.

2. Definición del VIH/SIDA

Hasta el momento hemos explicado cómo surgió esta enfermedad, la historia de la misma, cómo evolucionó en nuestra sociedad y cómo se fueron dando los distintos

avances investigativos que ayudaron a mejorar la vida de las personas que viven con VIH/SIDA. Sin embargo, aún no hemos definido ¿qué es el VIH/SIDA?, ¿cómo se transmite?, ni ¿cómo actúa? A continuación se presentará un breve resumen.

2.1 ¿Qué es el VIH? y ¿Qué es el SIDA?

El VIH, o Virus de la Inmunodeficiencia Humana, es una enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la cual destruye el sistema inmunológico poco a poco, por lo que se le dificulta al cuerpo combatir infecciones (Medline Plus, 2011). En otras palabras el virus afecta al sistema de defensa que protege y avisa al cuerpo sobre las enfermedades, abriendo así las puertas para cualquier tipo de enfermedad. Por ejemplo, si una persona que no padece de VIH sufre un gripe común, ella podrá tratarla fácilmente, sin embargo, para una persona con VIH puede ser muy difícil de tratar e incluso mortal. Específicamente, el VIH afecta principalmente a los linfocitos CD4 (Herrera y Campero, 2002). Este linfocito es el que alarma al organismo de que ha entrado un cuerpo extraño, es decir ha entrado cualquier sustancia no fabricada por el cuerpo, microorganismo como bacterias, hongos, parásitos o virus. El VIH ataca específicamente a estos linfocitos, dejando al cuerpo sin el aviso del peligro de posibles infecciones inminentes (Guerrero, 2003; Peñarrieta, Kendall, Martínez, Rivera, Gonzales, Flores, Del Ángel, 2009). Luego de que el virus se manifieste, comienza una batalla entre el sistema de defensa y el virus. A largo plazo esto puede producir un debilitamiento del sistema de defensa, lo cual puede recaer en SIDA. El virus puede permanecer inactivo por meses incluso hasta años, sin que la persona

manifieste síntomas o signos. Por este motivo se dificulta el diagnóstico temprano de la enfermedad, lo que puede llevar a la rápida propagación de la misma (Delgadillo, 2007; Ministerio de Salud, 2002).

El SIDA es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, una enfermedad infecciosa, transmisible, que corresponde a la fase final de la infección producida por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Esta enfermedad puede durar de pocos días hasta más de 20 años. Es un conjunto de síntomas y signos que producen manifestaciones clínicas y que aparecen cuando el sistema de defensa ha sido significativamente afectado. Estos pacientes presentan una cantidad de Leucocitos CD4 menor de 200 y su carga viral es mayor de 10000 (Guerrero, 2003; UNICEF, 2005), lo que indica que la persona está propenso a cualquier tipo de enfermedad. Sin embargo, si se mantiene una constante toma de la medicación (por ejemplo las antirretrovirales), se puede controlar las infecciones por otras enfermedades y alargar la vida y mejorar la calidad de vida de estas personas.

2.2. ¿Cómo se transmite el VIH?

Se ha encontrado el VIH en saliva, lágrimas, tejido del sistema nervioso, líquido cefalorraquídeo, sangre, semen, el líquido pre-seminal, flujo vaginal y leche materna. Sin embargo, se ha encontrado que sólo la sangre, el semen, los flujos vaginales y la leche materna transmiten la infección a otras personas (Vinaccia, Quiceno, Gaviria, Soto, Gil Llario, Ballester, 2007)

El virus se puede diseminar de varias formas. En esta época la principal forma de transmisión es a través del contacto sexual, incluyendo sexo oral (por medio de

caries o llagas por ejemplo), vaginal y anal. La segunda forma es a través de la sangre. Actualmente es muy infrecuente la transmisión por transfusiones de sangre, pero sí lo es por compartir agujas, por ejemplo al consumir drogas como la heroína. Otra forma de transmisión es de la madre al hijo. Es decir, una mujer embarazada puede transmitirle el virus a su feto a través de la circulación sanguínea compartida, en el parto o una madre lactante puede transmitírselo a su bebé por medio de la leche materna. Otros métodos de propagación del virus, que son infrecuentes, son las lesiones accidentales con una aguja, inseminación artificial con semen donado infectado y trasplantes de órganos infectados. El VIH no se propaga por el contacto casual, como un abrazo, por participar en actividades deportivas, por tocar objetos que han sido tocados por personas infectadas, por sudor o por mosquitos (Caballero-Hoyos y Villaseñor-Sierra, 2002).

2.3. ¿Cómo actúa el VIH/SIDA en el cuerpo?

El VIH/SIDA es una enfermedad infecto transmisible que al estar en contacto con el ambiente externo muere, por lo que necesita de un huésped para sobrevivir. Por lo general, se encuentra en la sangre, el semen, fluidos vaginas y leche materna (Moreno, 2006). El proceso de entrada y reproducción del virus en el cuerpo es sumamente complejo, por ende se explicara detalladamente su proceso de infección. Primero la infección comienza con una célula que debe ser adecuada para el VIH o sea el Linfocito T-CD4. Al entrar el VIH a la célula necesita de receptores en la membrana las cuales son los correceptores CCR5 y CXCR4. Estos receptores interactúan con la envoltura del VIH. De esta forma esta

envoltura tiene dos glicoproteínas una que es extracelular llamada gp120 y otra transmembrana que es la gp41, estas dos glicoproteínas ayudan a que el virus se una directamente a la célula CD4 (Shora, 2007). Al producirse este acoplamiento, la célula proteica del VIH se fusiona completamente con la del CD4. Estas dos glicoproteínas juegan un papel fundamental en la fusión del virus y la célula CD4. Al darse esta fusión, el virus se divide y libera dos hebras *de ARN y tres enzimas esenciales de replicación: integrasa, proteasa y transcriptasa inversa*. El proceso de la destrucción de la célula CD4 comienza con la transcriptasa inversa, el cual comienza con la transcripción reversa del ARN viral en la célula CD4. Luego, la integrasa corta nucleótidos, creando dos extremos cohesivos parecidos. Desde aquí, la integrasa transfiere el ADN al núcleo de la célula y por ende, facilita su integración al genoma de la célula hospedadora CD4. El ARN mensajero viral migra hacia el citoplasma donde se sintetizan los componentes de un nuevo virus. La proteasa corta proteínas más largas en proteínas más cortas para hacer una duplicidad constante del virus. Este proceso es fundamental para el virus VIH. Para finalizar las dos hebras de ARN viral modificadas y demás componentes del virus se agrupan para luego abandonar la célula hospedadora, adquiriendo una nueva cubierta distinta a la que anteriormente había infectado a la célula hospedadora CD4 y de esta forma esta lista para empezar el mismo ciclo e infectar más células T-CD4. “**Cada VIH se replica miles de millones de veces al día** destruyendo las células inmunitarias hospedadoras y causando finalmente la progresión de la enfermedad”. (Boehringer Ingelheim, 2009; Paño, 2011).

A continuación explicare en palabras más coloquiales el proceso de la reproducción del VIH. Al entrar el virus al cuerpo, el mismo ataca directamente a los linfocitos T CD4, que son los encargados de avisar al cuerpo cuando hay algún cuerpo extraño o virus. Este virus se introduce dentro de la célula, y hace modificaciones dentro de la misma mientras lo va destruyendo, produciendo muchos errores lo que se traduce como mutaciones. Luego de esto, va cambiando de forma cada vez que se replica mientras que se va multiplicando miles de veces haciendo de esto un ciclo e infectando poco a poco el cuerpo hasta dejarlo completamente sin defensas (Arias, Estrada, Gómez, Lattuada & Soria, 2003).

2.4. ¿Cómo se detecta el VIH/SIDA?

El VIH se detecta por medio de los exámenes ELISA e inmunotransferencia para VIH, los cuales detectan los anticuerpos que se generan contra el virus de la inmunodeficiencia humana en la sangre. Ambos exámenes tienen que ser positivos para confirmar una infección por VIH. Por anticuerpo se refiere a el cual es una proteína producida por el sistema inmune, específicamente los linfocitos B y actúan contra cualquiera sustancia o cuerpo extraño en el cuerpo (Universidad de Salamanca, 2002).

En ocasiones se dan falsos negativos en estos exámenes, por lo que si el examen es negativo, pero la persona tiene sospechas de estar infectada o tiene factores de riesgo para la infección por VIH, entonces el examen se debe repetir en 3 meses. Si los exámenes son positivos, se pueden realizar exámenes adicionales

para determinar qué tanto VIH hay en el torrente sanguíneo. También se puede realizar un conteo sanguíneo completo (CSC) y una fórmula leucocitaria. Si existen anomalías, es decir el conteo de CD4 es inferior a lo normal (< 200 CD4) puede ser una señal de que el virus está dañando el sistema inmunitario (Medline Plus, 2011; Arias, Estrada, Gómez, Lattuadad & Soria, 2003).

3. Problemas de resistencia y adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento en cualquier programa para pacientes con VIH/SIDA juega un rol fundamental. Es importante incluir temas de adherencia debido a que el mal consumo de los medicamentos puede afectar negativamente los programa de intervención psicológica, debido a que la falta de adherencia lleva a recaídas y a mayor disposición a enfermarse (Organización Mundial de la Salud, 2004). Como la Organización Mundial de la Salud (2004) menciona, este es *“un factor fuertemente asociado al éxito o fracaso terapéutico en el control de las enfermedades crónicas”*. Lastimosamente casi un tercio de los que tienen la facilidad de adquirir la medicación, no la toman de forma adecuada, lo que dificulta los programas de intervención en PVVS. A pesar de que las personas en nuestro estudio tomaban el medicamento con frecuencia, ya que las enfermeras del hogar se lo suministraban diariamente, decidimos incluir temas sobre resistencia y adherencia al tratamiento en la intervención, debido a su relevancia. Tomar la medicación de forma adecuada es sumamente importante para evitar las reinfecciones, debido a que el virus puede mutar e impedir que los medicamentos

tengan el mismo efecto. En otras palabras, el VIH/SIDA se puede volver resistente a la medicación (Arias, Estrada, Gómez, Lattuadad & Soria, 2003).

Otro punto importante que se debe incluir dentro de los tratamientos son los diferentes cuidados que debe de tener las PVVS, debido a que el VIH/SIDA los predispone a enfermedades oportunistas. Es importante tener en cuenta cuidados como asistencia a las citas médicas, hacerse los exámenes de control, hacer ejercicio, alimentarse adecuadamente, evitar sustancias dañinas (alcohol, cigarrillos, drogas), buscar ayuda para problemas emocionales, evitar reinfecciones del VIH y usar preservativos, mantener un cuidado personal adecuado (higiene), hacer actividades para sí mismo, entre muchas otras actitudes y cuidados necesarios, para mantener una salud adecuada y evitar complicaciones (Varela, Salazar & Correa, 2008).

Por ende, podemos entender que trabajar las resistencias como las adherencias al tratamiento es de suma importancia en cualquier proyecto o programa de tratamiento en personas con infección de VIH/SIDA (Ballester, García, Reinoso y Campos, 2002; Carballo et al., 2004; Carrieri et al., 2003; Catz, Kelly, Bogart, Benotsch y McAuliffe, 2000; Chesney et al., 2000; Enríquez, Gore, O'Connor y McKinsey 2004; Glass et al., 2006; Godin, Co[^]Té, Naccache, Lambert y Trottier, 2005; Gordillo, Del Amo, Soriano y González, 1999; Varela, Salazar & Correa, 2008; Peñarrieta et al., 2009; Ruíz, Enríquez y Hoyos, 2009). De la misma forma vemos lo importante de abordar otros aspectos de las personas como son los estados emocionales y la salud física.

CAPÍTULO II. Situación actual del problema a nivel nacional

Los primeros casos de VIH/SIDA en Panamá se registraron en 1984. Desde entonces Panamá ha tomado muchas medidas para controlar esta pandemia, que lastimosamente poco a poco ha cobrado la vida de muchos panameños. Desde 1984 hasta el 2010 en Panamá se han reportados 11585 casos por SIDA (Ministerio de Salud, 2011a) y desde 2001 hasta el 2010, 6261 casos por VIH (Ministerio de Salud, 2011b). Desde 1984 hasta el 2010 se han reportado 7828 defunciones por SIDA (Ministerio de Salud, 2011c). El área metropolitana, Colón, San Miguelito, Panamá Oeste y Chiriquí con las principales regiones con mayor afectación (Ministerio de Salud, 2011d). En cuanto a las principales regiones de salud afectadas por SIDA, podemos mencionar en primer lugar nuevamente el área metropolitana, seguido por San Miguelito, Colón, Panamá Oeste y Chiriquí (Ministerio de Salud, 2011e). Además, Panamá, para el 2008, fue el país centroamericano con mayor prevalencia del VIH y SIDA (UNICEF, 2008). Aunque es uno de los países Americanos con mayor casos de infección por esta enfermedad, actualmente se encuentra en la posición 5, seguidos por Guayana, Surinam, Belice y en primer lugar Haití (Quirós, 2011).

Debido a la rápida propagación de esta enfermedad, se hace evidente la necesidad de invertir mayores recursos, tanto económicos como de especialistas (Dorati, 1994). A pesar de que Panamá tiene un alto crecimiento económico, es uno de los países con mayor desigualdad social. Alrededor del 40% de su población vive en pobreza y 16,6% de ellos en pobreza extrema. La escasez de

recursos económicos es uno de los factores que pueden llevar a la falta de programas de prevención y tratamiento de esta enfermedad. Es indispensable que se destinen muchos fondos para la implementación de programas de prevención y de tratamiento para estos pacientes, así como para investigaciones para conocer más sobre la enfermedad.

Sin embargo, se debe constatar que Panamá ha desarrollado leyes importantes para ayudar a mitigar los problemas de salud, entre ellos del VIH/SIDA. Por ejemplo, en el 2000 se creó la Ley N°3 General sobre las ITS y VIH/SIDA. Un año después, se promulgó el decreto Ejecutivo N° 119, el cual reglamenta esta Ley (Ministerio Público, 2000). Estas leyes le otorgaron mayor importancia a esta enfermedad, incluyendo los tratamientos antirretrovirales y programas de promoción de igualdad. Pero a pesar de las leyes y el apoyo brindado por el estado panameño, existen muchas barreras. Por ejemplo, el costo de los medicamentos y de los exámenes es bastante elevado. Existen pocos lugares de acogida y apoyo para los enfermos. Se desarrollan, implementan pocos programas de tratamiento psicoterapéutico con estos pacientes, así como tampoco existen suficientes estudios que evalúan los mismos. Ya que es mucho lo que se necesita hacer, y el estado nacional le es difícil abarcar todos estos aspectos, muchas instituciones de la iglesia, organizaciones no gubernamentales (ONG), fundaciones, etc. han brindado apoyo para sopesar la dura realidad de esta enfermedad.

CAPÍTULO III. La psicología en personas infectadas con VIH/SIDA

El VIH/SIDA es una enfermedad que afecta muchos aspectos psicológicos y sociales de las personas que viven con esta enfermedad. A nuestro leal saber, las connotaciones psicológicas de tener una enfermedad terminal o sin cura como lo es VIH/SIDA no han sido trabajadas lo suficiente, desde perspectivas psicológicas, sociales, y familiares.

Lo que conocemos al momento es que desde el aspecto de morbilidad, esta enfermedad afecta a quien la padece tanto emocional como físicamente. En muchas personas con esta enfermedad se produce una ruptura de la identidad corporal, debida a que los síntomas suponen alteraciones en la imagen de su sí mismo (self), como las sensaciones de inutilidad y miedo al rechazo físico. Algunas de las consecuencias psicológicas que podemos observar en estos pacientes, son la consciencia intensa de muerte, el carácter simbólico de la enfermedad referente al estigma y connotaciones de castigo y rechazo social (Barreto et al, 2008), lo que muchas veces lleva a presentar intensos sentimientos de culpa. Frecuentemente se informa de una culpa excesiva (Cueto, 2001; Barreto et al, 2008; Ballester, 2005) sobre su propio estilo de vida y pensamientos sobre comportamientos pasados a los que se da vuelta una y otra vez. Además de culpa, se ha encontrado que la ira, tanto manifestada como reprimida, constituye una reacción inicial frecuente ante un diagnóstico de VIH (Forstein, 1992). Las pérdidas en el deterioro social y físico pueden también producir sentimientos de

inutilidad. La falta de esperanza para encontrar una cura y sentimientos de indefensión ante el afrontamiento con la enfermedad constituye, a menudo, patrones auto derrotistas de pensamiento en individuos positivos en VIH (Fenton, 1987; Holland y Tross, 1985). En trabajos que exploran la presencia de psicopatología en enfermos españoles, predominan el trastorno por abuso de sustancias, los trastornos orgánicos mentales, trastornos adaptativos, ideación suicida y trastornos afectivos (Edo, 2003).

En estudios, con seropositivos norteamericanos prevalecen en primer lugar, los trastornos afectivos seguidos de los síndromes demenciales y los trastornos psicóticos (Ballester, 2005). Los estudios nos indican que dentro de los trastornos emocionales frecuentes en estas personas podemos ver trastornos de adaptación, perturbaciones leves del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, hasta en algunos casos trastornos del estado de ánimo unipolares y bipolares, trastornos psicóticos y delirium o demencia relacionada con el VIH (Kalichman, 1995). Casi todos los individuos con el VIH sufren de alguna forma de perturbación afectiva. Se ha encontrado que la prevalencia de trastornos del estado de ánimo en sujetos con el VIH puede ser superior a la de otras poblaciones con enfermedades crónicas y terminales (Forstein, 1992; Kalichman, 1995). Por ejemplo, estudios indican que la ansiedad y la depresión constituyen los síntomas psicológicos identificados con más frecuencia entre las personas con el VIH/SIDA (Holland y Tross, 1985; Ballester, 2005; Edo, 2003). La presencia de problemas emocionales en las personas con VIH/SIDA de puede explicar primero por la psicopatología previa de los afectados; segundo por la dificultad para adaptarse a una

enfermedad que impone importantes restricciones en la vida del enfermo; tercero como consecuencia de la misma enfermedad y de su tratamiento y cuarto como efecto del estigma social asociado al SIDA (Ballester, 2005).

En una revisión desarrollada por Ballester (1999) se destacan los siguientes problemas psicológicos habituales en los pacientes con VIH: baja autoestima, miedo a perder el atractivo físico e hipocondría, somatizaciones y síntomas obsesivo compulsivos, reaparición de conflictos sobre la orientación sexual, disminución de la concentración y pérdida de memoria, fobias específicas, trastorno de personalidad antisocial y deseo sexual hipoactivo, abuso de alcohol y otras drogas, problemas de sueño y uso excesivo de sedantes.

Luego de observar todos estos efectos psicológicos y sociales adversos que sufren los pacientes con VIH/SIDA, podemos entender la significancia que tiene para estos pacientes mejorar los estados del ánimo, la ansiedad, la depresión y el poco control que tienen sobre sus vidas. Por ejemplo, el deprimirse por tener una enfermedad crónica e incurable, con alto grado de estigmatización social, la ansiedad que produce estar propenso a diferentes tipos de enfermedades o de morir y los sentimientos de no tener control sobre su propio cuerpo, salud o destino, aunado a los constantes pensamientos auto-derrotistas, de culpa, vergüenza o fracaso, impiden mantenerse psíquicamente sano y satisfecho. Estos aspectos, además, se ven muy reflejados en personas con otras enfermedades crónicas o en fases terminal.

Todos estos factores mencionados hacen que las PVVS sean mucho más vulnerables a su entorno externo como interno. El desgaste tanto físico como psicológico de tener VIH/SIDA tiene consecuencias significativas en estas personas. Por eso, tener una idea clara de cuales estados emocionales negativos son los que influyen directamente en las PVVS y cómo se debe intervenir, es indispensable para todo tipo de trabajo con este grupo de personas.

CAPÍTULO IV: TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL

1. Psicoterapia

La psicoterapia se puede definir como un tratamiento planificado, que utiliza varias técnicas derivadas de principios psicológicos ya establecidos, y realizado por personas que tienen entrenamiento y experiencia en las técnicas a utilizar. Generalmente se de manera verbal. Las psicoterapias se pueden utilizar para tratamientos de diversos trastornos mentales, trastornos de la personalidad y cualquiera otra condición que sea considerada mal adaptativa para la persona.

La psicoterapia es un tratamiento para aliviar o curar trastornos mentales, así como también puede contribuir al crecimiento personal, o ampliación de la conciencia de los conflictos.

Cada técnica psicoterapéutica está estrechamente ligada a una teoría psicológica particular. Es decir, cada corriente tiene objetivos específicos. De esta forma se logran clasificar las psicoterapias en tres grandes grupos:

- a) Psicoterapia de apoyo (terapia ocupacional, reaseguramiento).
- b) Psicoterapia reeducativa (terapia cognitiva, conductual).
- c) Psicoterapia reconstructiva (terapia psicoanalítica).

Sin embargo, las distintas formas de psicoterapia comparten algunos elementos en común, en cuanto al tipo de apoyo, de educación y de elaboración de conflictos profundos de la personalidad, aunque le den preferencia a alguno de estos elementos.

Existen diversos tipos de psicoterapia, pero en este trabajo de graduación explicaremos la terapia cognitivo-conductual, por ser la terapia que utilizamos

como enfoque principal. Este tipo de terapia ha probado ser muy efectiva para el mejoramiento del estado emoción, la Autoaceptación dos tipos de afecciones que nos interesa mejorar en los pacientes con VIH/SIDA que atenderemos.

2. Introducción a la Terapia cognitivo-conductual

Las terapias cognitivas han recibido gran respaldo de la investigación desde la década del sesenta hasta la fecha y han resultado sumamente eficaces en la clínica, destacándose especialmente con trastornos como la depresión, la ansiedad, los ataques de pánico, las fobias, las disfunciones sexuales, los conflictos de pareja, las adicciones, la ira, la violencia y muchos otros.

La terapia cognitiva conductual argumenta que para resolver un problema es necesario modificar determinadas conductas, pensamientos, sentimientos y emociones (Camerini, 2000).

En la psicoterapia cognitivo-conductual es primordial que el sujeto contribuya en la definición del problema, que no es más que aquello que le preocupa y le lleva a consulta. El sujeto, en conjunto con el terapeuta, define el problema, y luego de establecerlo, en conjunto se realiza un análisis funcional del problema, enunciándolo en términos operativos y modificables. De esta forma, se establecen los objetivos de la terapia y se inicia el tratamiento. Entro otros, se establecen programas para modificar conductas, pensamientos y sentimientos relevantes al problema. (Caro, 1997)

¿Como este tipo de terapia evolucionó? Como se sabe, las técnicas psicoterapéuticas han evolucionado grandemente durante el siglo pasado, basados en los conocimientos de la psicología y las teorías del aprendizaje.

En la primera mitad del siglo XX las psicoterapias podían ser por lo general de dos tipos: psicoanalítico o conductual. A mediados de siglo aparecieron alternativas terapéuticas, como el movimiento humanista con la terapia centrada en el cliente (Carl Rogers) y la terapia Gestalt (Fritz Perls). Luego se desarrollaron otros modelos como el sistémico en Palo Alto y el análisis transaccional (Eric Berne), hasta alcanzar centenas de escuelas (Kazdin, 1986).

En cuanto a las teorías del aprendizaje también se observó una evolución desde el condicionamiento clásico (Pavlov), seguido por el condicionamiento operante (Skinner), hasta llegar al modelo del aprendizaje social (Bandura), el cual le da amplia importancia a la cognición como parte importante del proceso terapéutico.

Otros avances que surgieron fue el inicio de la ciencia cognitiva. Así, en 1956, un psicoterapeuta en New York presenta un nuevo modelo que da comienzo a la corriente cognitiva en psicoterapias. Albert Ellis es el nombre de ese psicoterapeuta, que nace en setiembre de 1913 y muere en el 2007. De ahí en adelante, otros importantes terapeutas, como Aaron Beck (Beck, 1976) continuaron utilizando un enfoque cognitivo-conductual.

Algunas de las características de estas terapias son:

- Tienen un abordaje integral enfocado en aspectos: emotivos o sentimientos, cognitivos o pensamientos y conductuales.
- Centradas en el problema a resolver, pero muy profundas por el contenido abordado.

- Pueden considerarse cortas en relación al promedio de otros tipos de tratamientos como lo es el psicoanálisis.
- Incluyen tareas cotidianas, entre sesiones.
- Son duraderas en el tiempo por su enfoque educativo y transformador.
- Se apoya por trabajos investigativos más actuales en psicología. Debido a que este tratamiento brinda las condiciones necesarias para poder ser adecuadamente evaluada
- Amplia capacidad de integración de técnicas (juego de roles, psicodramas, entre otras) y recursos eficaces provenientes de otros enfoques. (sistémico, integrales, entre otros)

2.1. La teoría de TREC de Ellis:

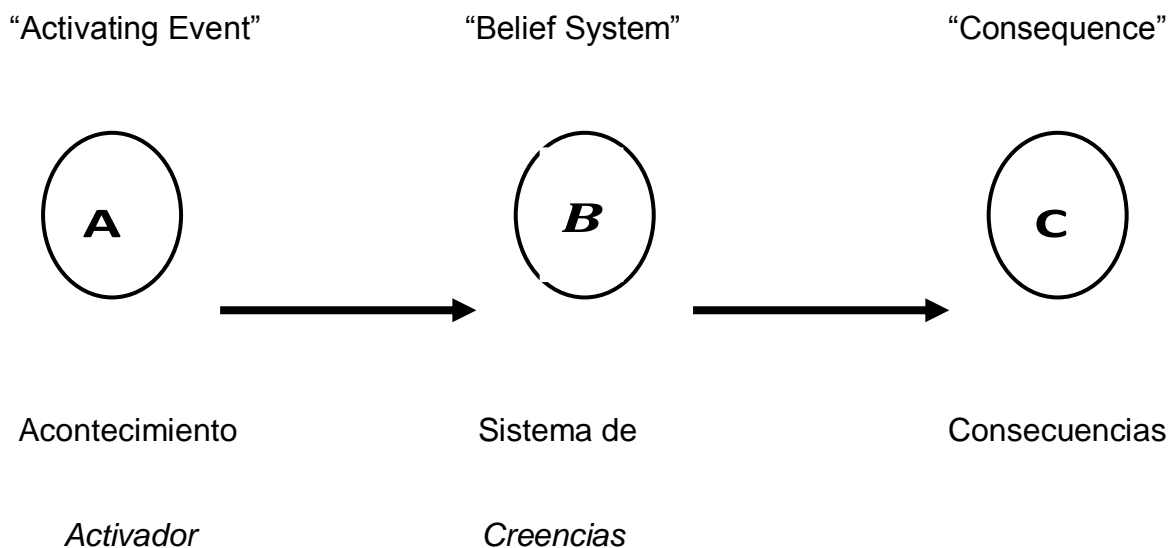
Esta corriente fue iniciada por Albert Ellis en 1956 con el nombre de "Rational Therapy", luego se le llamo "Rational-EmotiveTherapy" o "RET" (Terapia Racional-Emotiva o "TRE") y a partir de 1994, se le conoció como "Rational Emotive Behavior Therapy" o "REBT". (Terapia Racional Emotiva Conductual o "TREC").

Para explicar su teoría, Ellis empleó una frase de Epícteto: "Las personas no se perturban por los acontecimientos, sino por lo que piensan acerca de los acontecimientos." Es decir, Ellis introdujo el concepto de "mediación cognitiva". El esquema: "estímulo" → "respuesta", propuesto por el conductismo, había quedado así superado por él: "estímulo" → "cognición" → "respuesta", que Ellis representaba como: A→B→C, insistiendo en que: "entre A y C siempre está B".

En este esquema de Ellis, "A" representaba el estímulo o "acontecimiento", "B" representaba la cognición o sistema de creencias (tomado del inglés "belief system") y "C" representaba la respuesta o "consecuencia" (Lega, Caballo, Ellis, 2002).

2.1.1. El "A-B-C" de Ellis:

La frase que Ellis utilizó para representar su teoría "Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos", se puede representar de la siguiente forma: "ABC", en donde B siempre está entre A y C.



“A” (por “Activating Event”) representa el acontecimiento activador, suceso o situación. Puede ser una situación o acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación, emoción, etc.).

“B” (por “Belief System”) representa en principio al sistema de creencias, pero puede considerarse todo el contenido del sistema cognitivo (pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofía de vida, etc.)

“C” (por “Consequence”) representa la consecuencia o reacción en ocasión de la situación “A”. Las “C” pueden ser de tipo emotivo (emociones), cognitivo (pensamientos) o conductual (acciones).

De esta forma, “A” (“acontecimiento”) es percibido por la persona, lo cual está creado por los elementos que pertenecen al sistema cognitivo (“B”), es decir a sus inferencias y supuestos. La TREC plantea que las causas más importantes de las neurosis no son los acontecimientos, sino las creencias irracionales y disfuncionales sobre los mismos. Estas creencias disfuncionales las describiré más adelante (Camerini, 2000).

A continuación explicaré las consecuencias “C” y el sistema cognitivo “B”.

Con respecto a las consecuencias “C”, existen las que son las “apropiadas” (“funcionales” o “no perturbadas”) y las “inapropiadas” (“disfuncionales”, “perturbadas” o “auto-saboteadoras”).

Para la corriente cognitiva conductual las emociones son muy importantes y cumplen con tres funciones importantes para las personas (Beck, Ruch, Shaw, Emery, 2002):

1. Las emociones nos informan de los desequilibrios en nuestra vida. Por ejemplo el sueño nos indica que debemos dormir, así mismo el miedo nos informa que existe una amenaza a nuestra vida, salud o bienestar. El enojo nos indica que algún obstáculo se interpone o frustra nuestros objetivos, expectativas o derechos.
2. Las emociones generan la motivación y el impulso o energía necesarios para actuar superando las situaciones negativas o desequilibrios detectados. Por ejemplo, el miedo nos ayuda a evitar los peligros y el enojo nos ayuda a enfrentar los obstáculos.
3. Las emociones le informan a los que nos rodean sobre nosotros, nuestros deseos y/o intenciones. Por ejemplo un padre enojado le indica a su niño que su conducta fue inadecuada o la tristeza le indica a la pareja que siente un dolor o tiene una necesidad insatisfecha.

Ante cada situación reaccionamos con emociones y conductas que dependen de nuestra interpretación sobre la misma. Por ejemplo, si se fracasa ante un examen semestral podemos reaccionar con tristeza (emoción) y encerrarnos en nuestro cuarto, y buscar la forma de superar ese fracaso (conducta). O también podemos reaccionar con depresión (emoción) y no volver a dar más con ese profesor (conducta). También podemos reaccionar con enojo (emoción) y discutir con nuestro con el profesor (conducta). Las distintas reacciones dependen de lo que hayamos pensado sobre ese acontecimiento. La primera reacción (tristeza y encerrarnos) posiblemente surgiría si pensamos que la causa quizás fuese que no estudio lo suficiente o es necesario cambiar la forma

en que se estudiar. La segunda reacción (enojo y discusión) puede darse si pensamos que nuestro profesor ha sido injusto o que lo que él desea hacer perjudicar al estudiante. En la tercera reacción (depresión y abandonar el curso) ocurre al pensar que la causa del fracaso es la total incapacidad, lo cual es catastrófico y que nada más podemos esperar.

Las distintas reacciones posibles (conductas o emociones) ante las situaciones, podrían tener distintas consecuencias:

La primera reacción, posiblemente sea la más apropiada para encontrar otra forma de pasar la materia, ya que le llevaría a mejorar sus notas.

La segunda, al enfrentarse al profesor, posiblemente le lleve a mayores dificultades.

La tercera, al conducirse a la desesperanza y la renuncia, no le permitirá lograr su objetivo de poder finalizar la materia o hasta los estudios.

Observando los ejemplos se puede identificar que algunas reacciones son más apropiadas o funcionales que otras para lograr nuestros objetivos. Es decir, por reacciones o pensamientos funcionales o apropiados nos referimos a las conductas o pensamientos que nos permitirán llegar de manera más adecuada o sana hacia nuestro objetivo. En cambio las disfuncionales o inapropiadas, son todo lo contrario, no nos sirven, nos alejan de nuestras metas y pueden llamarse también "auto-saboteadoras".

Lo importante en las reacciones funcionales o apropiadas es que:

- 1) La intensidad sea acorde a la situación con referencia a la cual se genera.
- 2) Que favorezca:
 - a) Preservar la vida
 - b) Preservar la salud
 - c) Evitar el sufrimiento
 - d) La resolución del problema, si lo hubiera
 - e) El logro de las metas u objetivos de la persona

En cambio, las emociones (o conductas) inapropiadas se caracterizan por:

- 1) Causar un sufrimiento innecesario
- 3) Implica comportamientos “auto-saboteadores” diferente a nuestras metas
- 4) Dificulta el poder lograr un objetivo en particular
- 5) Están asociadas a “creencias irracionales” (concepto fundamental de esta teoría que se describe más adelante).

Los Pensamientos (“B”):

Los pensamientos o cogniciones “B” se enfocan en varios aspectos:

Las observaciones que no son evaluadoras y solamente se limita a lo que se observa: “La mujer está gritando”, “el hombre está corriendo”.

Una conclusión no evaluativa que introduce un supuesto que puede ser correcto o equivocado: “la mujer esta gritando, puede ser que está loca, se le murió alguien.” “el hombre está corriendo, quizás esté haciendo ejercicio, quizás esta huyendo de alguien,…”

Evaluaciones preferenciales: “Me gusta bailar”. “me gusta hacer ejercicio”
“Desearía obtener un buen trabajo”. “Me gustaría estudiar en la Universidad”

Evaluaciones demandantes o “debo perturbadoras” (“musturbatory”):
“Necesito absolutamente ser perfecto en todo lo que hago”. “Debo absolutamente obtener la mejor nota en todas las materias, o si no soy un fracasado”.

Estas evaluaciones demandantes se caracterizan por ser rígidas.

Las inferencias sin embargo difieren de las creencias, en que las inferencias pueden ser acertadas (ajustadas a la realidad) o erróneas. Las creencias sin embargo pueden ser “racionales” o “irracionales”. Para esta terapia lo racional ayuda a la persona a alcanzar sus objetivos, mientras que las irracionales le impide la persona alcanzarlos.

Una creencia irracional se caracteriza por:

- 1) Ser lógicamente inconsistente. (Partir de premisas falsas o resultar de formas incorrectas de razonamiento).
- 2) Ser inconsistente con la realidad. (No concordante con los hechos, distinto a lo observable).
- 3) Ser dogmática, absolutista, expresada con demandas (en vez de preferencias o deseos). Aparece con el empleo de términos como: “necesito”, “debo”, “debe”, “no puedo”, “jamás”, etc. en lugar de “deseo”, “prefiero”, “es mejor”, “no me gusta”, “es peor”, etc.

- 4) Conducir a emociones (o conductas) inapropiadas o “auto-saboteadoras”.
- 5) No ayudar (o impedir) el logro de los objetivos de la persona.
- 6) Estas demandas pueden estar dirigidas hacia uno mismo, hacia los otros o hacia el mundo en general. (Por ejemplo: “Yo debo ser exitoso”, “tú debes escucharme” o “la vida debe ser fácil”).

2.1.2. Las demandas:

Para Ellis los pacientes se perturban por tener pensamientos que se basaban en una actitud demandante. Esa actitud se evidencia cuando se expresa una demanda o exigencia absolutista, rígida e intolerante. Las demandas pueden estar dirigidas hacia el mundo, hacia otras personas o hacia nosotros mismos. Estas demandas son absolutistas, y se expresan por frases como “deben” ser como: “yo debería...” “yo necesito...” “él tiene que...” “ella no debe...”, “no soporto...”, etc. Sin embargo, más que esta frase, es más importante la actitud de la persona. Es decir, pretender absolutamente que las cosas siempre sean de esa manera, en lugar de desear que algo sea de cierta manera.

Esta terapia propone una alternativa, que es tener una actitud “preferencial” en lugar de tener demandas. Es decir, desear y luchar para lograr los objetivos, pero aceptar que muchas veces estos no pueden cumplirse, por lo que será necesario adaptarse a la realidad que no se puede modificar. Es decir, cambiar una demanda por un deseo o preferencia. Por ejemplo, en lugar de “Yo debería ser una persona exitosa” cambiarlo por “Sería mejor si yo pudiera ser una

persona exitosa” o “Todas las personas deben seguir las reglas” o “Me gustaría si las personas siguieran las reglas”.

Es importante distinguir entre las demandas y los debos predictivo y condicional. Por ejemplo, “debe llover hoy” es un debo predictivo. Esta prediciendo lo que puede suceder. “Debo esforzarme más si deseo conseguir un trabajo” es un debo condicional. Pero un debo demandantes es cuando hay una intolerancia a la frustración, como por ejemplo: “Debo conseguir un buen trabajo” “No debe llover hoy, por que debo irme a la playa”.

Las demandas absolutistas pueden agruparse en tres clases:

- a) Demandas sobre uno mismo (“yo debo...” o “yo necesito...”).
- b) Demandas sobre los otros (“él debe...” o “tú debes...”).
- c) Demandas sobre el mundo (“el mundo debe...” o “la vida debe...”).

2.1.3. Las creencias irracionales:

Las 11 creencias irracionales (Lega, Caballo & Ellis, 2002) desarrolladas por Ellis son:

- Los humanos adultos tienen una imperiosa necesidad de ser amados o aprobados por toda otra persona significativa en su comunidad.
- Uno debe absolutamente ser competente, adecuado y exitoso en todas las cosas importantes o, caso contrario, uno es una persona inadecuada o inservible.
- Las personas deben absolutamente actuar honradamente y consideradamente y, si no lo hacen, son unos villanos condenables. La gente es sus actos malos.

- Es tremendo y horrible cuando las cosas no son exactamente como uno desearía ardientemente que fueran.
- Las perturbaciones emocionales son causadas externamente y las personas tienen poca o ninguna capacidad para aumentar o disminuir sus sentimientos y conductas disfuncionales
- Si algo es, o puede ser peligroso o temible uno debe estar constante y extremadamente preocupado por ello y seguir haciendo hincapié en la posibilidad de que ocurra.
- Uno no puede enfrentar las responsabilidades y dificultades de la vida y es más fácil evitarlas.
- Uno debe ser completamente dependiente de los otros y necesitarlos y uno principalmente no puede conducir su propia vida.
- Nuestra historia pasada es un importante total determinante de nuestra conducta actual y, si algo ha afectado alguna vez fuertemente nuestra vida, deberá tener indefinidamente similar efecto
- Las perturbaciones de las otras personas son horribles y uno debe sentirse sumamente alterado por ellas.
- Invariablemente existe una correcta, precisa y perfecta solución para los problemas humanos y es tremendo si no se puede encontrar.

Las creencias irracionales nucleares presentan además tres aspectos:

- 1) La “tremendización” o exageración del daño o significado del hecho.

2) La “no-soport-itis” (cant-stand-it-itis) o baja tolerancia a la frustración (BTF).

3) La “condena global” de uno mismo, de otras personas o del mundo (la vida en general).

2.2. Terapia Cognitiva Conductual de Beck

La Terapia Cognitiva Conductual (TCC) de Aaron Beck es una de las principales corrientes correspondientes a las ramas de las Terapias Cognitivas Conductuales, como lo es la Terapia Racional Emotiva de Ellis previamente mencionada (Ellis, 1962), la terapia cognitiva conductual de Donald Meichembaum (Meichembaum, 1977) y la terapia multimodal de Arnold Lazarus (Lazarus, 1976). Dentro de lo que corresponde a los orígenes de la TCC de Beck, radica que en sus inicios siendo psicoanalista buscaba encontrar respuestas a los múltiples problemas de los pacientes depresivos. La gran cantidad de sesiones, por largas horas, motivaron a Beck a buscar una nueva forma de dar respuestas a sus inquietudes correspondientes a los pacientes. Beck encontró que estos pacientes se caracterizaban por tener un tipo de pensamiento en común, principalmente en los depresivos y en los ansiosos. Buscando solución a este tipo de pensamiento encontró que dando una interpretación o respuesta alterna, producía un alivio inmediato en sus pacientes. Poco a poco fue perfeccionando su propia técnica en este tipo de población y se dio cuenta que esta terapia se podía generalizar a muchos otros trastornos.

Esta TCC de Beck ha sido ampliamente estudiada en muchos de los trastornos conocidos en el DSM IVTR, manteniendo muy buenos resultados tanto a corto

como a largo plazo. Con respecto a los trastornos estudiados vemos que ha probado ser efectiva en los trastornos depresivos (Beck, Rush, Shaw, Emery, 2002), trastornos ansiosos (Butler, Fennell, Robson y Gelder, 1991), hipocondriacos (Warwick y Sakovskis, 1989), y muchos otros más. De igual forma ha tenido una muy buena aceptación tanto a nivel individual como grupal (Freeman, Schrod, Gilson, y Ludgate, 1993).

La mayoría las terapias cognitivas conductuales están forjadas en principios muy similares, es decir en el Epícteto “Las situaciones que ocurren no son los que perturban, si no la opinión que se tiene de las mismas”. Como explicaremos a continuación, en referencia a la TCC de Beck.

2.2.1. Principios.

Los principios de la TCC de Beck brindan ciertas pautas para poder estandarizar y optimizar los resultados del tratamiento, es decir ciertos lineamientos que se deben considerar. Dentro de estos lineamientos podemos mencionar: esta terapia se basa en cómo se da la situación y su problema desde un aspecto cognitivo; debe haber una fuerte alianza terapéutica; se debe dar una participación activa por ambas partes; se centra en metas y en el problema a resolver; se basa en el aquí y el ahora; es una terapia activa en enseñar y practicar haciendo al paciente un ente activo como si fuese su propio terapeuta; es precisa en su tiempo, o sea no son extensas; las terapias deben estar muy bien desarrolladas y estructuradas; las terapias se basan en identificar, evaluar y actuar de forma funcional ante situaciones o pensamientos disfuncionales o inapropiados, y las terapias sirven

tanto para los aspectos de pensamientos, estados de ánimos y conductas (Beck, 2000).

2.2.2. El modelo Cognitivo

En el Modelo de Ellis previamente explicado, mencionamos la dinámica que desarrolla el Modelo ABC. Beck explica un modelo con una esencia similar al previamente tratado. Beck inicia con las creencias (creencia central). Él menciona que estas son ideas arraigadas en lo más profundo de las personas de las cuales casi nunca nos damos cuenta de su existencia. Estas son como los cimientos o base de un edificio, mantienen firme ciertos pensamientos, lo cual hace que ciertas afirmaciones se hagan ver como absolutas. Luego vienen las creencias intermedias, estas están basadas en actitudes, reglas y presunciones. Las creencias intermedias se podría decir que son las que manipulan la forma de ver un acontecimiento, basado en nuestras creencias centrales. Estas dan forma y coherencia a que un pensamiento salga de forma disfuncional o inapropiado. De tal forma que por último ante una circunstancia, nuestros pensamientos lo manifestamos de una forma automática (pensamientos automáticos) (Beck, 2000, Beck, Rush, Shaw, Emery, 2002; Caro, 1997). Teniendo en cuenta esta explicación podemos entender que la TCC de Beck busca que las personas sean conscientes de estas creencias centrales o pensamientos automáticos, o sea falsas creencias, de tal forma de que no se hagan inferencias incorrectas y logren hacer pensamientos más funcionales o respuestas adecuadas o adaptativas, lo suficientemente eficaces y duraderas.

Si la TREC de Ellis se basa en el Modelo de ABC, la TCC de Beck se basa en situación ---pensamiento automático --- reacción, es decir: S – P.A. – R. Cabe destacar que sabemos que puede haber una situación (un hombre está corriendo), seguido de un pensamiento automático (puede ser que sea un ladrón), pero esta reacción no solo puede ser cognitiva (ese hombre no debe estar por aquí), sino que también puede ser conductual (mejor me alejo, me escondo, busco mi gas lacrimógeno) o fisiológica (temblor, contracciones, desmayo), o una mezcla de todas (Camerini 2000; Beck, 2000).

2.2.3 Las distorsiones cognitivas:

Se considera que estos tipos de creencias, tanto centrales o intermedias, que producen los pensamientos automáticos, están basados en nuestras experiencias, o situaciones vividas o narradas. Las consecuencias de estos errores de pensamientos o desvíos negativos en el pensamiento fueron agrupados por Beck y los llamó Distorsiones Cognitivas. Estas distorsiones las agrupó para que fuesen más fácilmente detectables, la cual según su experiencia, son las más comunes o frecuentes encontradas en la mayoría de las personas o en la literatura (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw, Emery, 2002; Beck, 1995). A continuación presentamos las distorsiones cognitivas:

- Pensamiento “de todo o nada” (“pensamiento dicotómico”, o “en blanco y negro”).
- Adivinación del futuro (“catastrofización”).
- Descalificar o descartar lo positivo.
- Inferencia arbitraria.

- Razonamiento emotivo (“siento que...”).
- Explicaciones tendenciosas.
- Rotulación (“etiquetar”).
- Magnificación / minimización (Magnificar lo negativo y minimizar lo positivo).
- Filtro mental (“abstracción selectiva”).
- Lectura de la mente.
- Generalización (o “sobregeneralización”).
- Personalización.
- Expresiones con “debe” o “debería” (exigencias, demandas).
- “Visión en túnel”.

Reconocer tanto las creencias irracionales como las distorsiones cognitivas permitirá a los pacientes tener mayores recursos psicológicos para poder identificar adecuadamente esos pensamientos disfuncionales o actitudes inapropiadas, que pueden producir insatisfacción psicológica o problemas en los estados emocionales

3. Utilización de la Terapia cognitivo-conductual para el mejoramiento del estado de ánimo y otras variables relacionadas a la salud mental.

Uno de los principales aportes de las Terapias Cognitivas Conductuales es la capacidad que tiene para poder ser corroborado utilizando métodos científicos. El hecho de ser parte de una misma corriente, nos brinda la posibilidad en apoyarse en la literatura de una corriente (TREC de Ellis) con la otra (TCC de Beck). Desde su primera aparición la terapia cognitiva conductual ha sido el tratamiento por excelencia, brindándole oportunidad de una mayor participación de ambas partes

(paciente –terapeuta) en el tratamiento (Beck, Rush, Shaw, Emery, 2002). Por lo que se ha observado, esta terapia ha mostrado buena eficacia en diferentes trastornos y tratamientos, sobre todo para la ansiedad y la depresión (Camerini, 2004; Beck, 2000). Como tal, el tratamiento busca hacer consciente al paciente de los pensamientos y la relevancia de los mismos en nuestra conducta. Por ejemplo: el paciente depresivo puede llorar porque dice que su vida no tiene significado o que su persona no vale. Vemos aquí un problema existencialista, el cual es muy común en personas depresivas. Uno de los aspectos de este tratamiento es hacer ver al paciente que su vida si vale, con hechos, y ver como sus pensamientos influye en que sus sentimientos se acentúen. Es decir, el pensamiento influye directamente en esta conducta. De esa forma el paciente también se vuelve un agente directo y participativo del tratamiento. Es importante resaltar que cada sujeto es distinto pero la esencia de los problemas son muy similares, la cual se puede ver en el DSM IVTR. Es importante tener en cuenta que las emociones disfuncionales son causadas por nuestros pensamientos ante circunstancias, por ende no todas las personas reaccionan de igual forma ante una misma situación (Caro, 1997). Desde esta perspectiva, esta terapia busca debatir esos pensamientos que producen las emociones disfuncionales, por ejemplo yo sirvo para nada, de que me vale vivir, entre otras, y conductas como voy a quedarme acostado sin hacer nada o no quiero salir. De tal forma, que se busca modificarlos para que puedan volverse actitudes y conductas más positivas o funcionales.

Desde la perspectiva grupal, se han desarrollado muchos trabajos con diferentes técnicas (psicodrama, juegos de roles, entre otros) en grupos de niños,

adolescentes y adultos (Camerini, 2004; Camerini, 2000) y muchos otros enfocados a la disminución de la depresión y ansiedad de forma grupal (Orgilés, Méndez, Álcazar, Inglés, Cándido, 2003; Ballester, 2003). Y los resultados de la mayoría de estos trabajos son significativos, es decir han ayudado a disminuir los niveles de ansiedad y depresión. De esta forma, consideramos que desarrollar tratamientos enfocados en trabajos grupales nos brinda el alcance necesario para llegar a una población determinada, como las personas que viven con VIH/SIDA. Además que nos permite desarrollar un tratamiento corto, efectivo y preciso, que ayude a largo plazo.

Con respecto a los estudios realizados referentes a cómo la Terapia Cognitiva Conductual ayuda a mejorar cada una de las variables dependientes de este estudio, podemos mencionar que la terapia cognitiva conductual ha probado ser efectiva para el tratamiento de la ansiedad (Sánchez, Velasco, Rodríguez, Baranda, 2006; Reynolds & Coats, 1986), para mejorar los pensamientos negativos en pacientes depresivos (Álvarez y García, 2001, Ballester, 2003). Un estudio que utilizó terapia cognitiva conductual para mejorar los niveles de depresión, ansiedad y autoestima probó tener resultados significativos, es decir los sujetos sintieron menor depresión, menor ansiedad y mayor autoestima relacionada a su aspecto académico, luego de la terapia cognitiva-conductual (Reynolds & Coats, 1986).

En trabajos que relacionan los tratamientos Cognitivos Conductuales en pacientes con enfermedades crónicas o terminales podemos ver resultados significativos con

respecto a la calidad de vida, depresión y ansiedad (Riveros, Cortazar, Álcazar, y Sánchez, 2005; Ballester, 2003; Edo, 2003, Edo y Ballester, 2006).

Estudios como el de eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA han evaluado su efectividad y se ha encontrado que en 8 sesiones se mejoró el estado emocional, el locus de control interno, autoestima, hipocondría, adaptación y apoyo social (Ballester, 2003).

4. El uso de las Terapias Cognitivas Conductuales en tratamientos con pacientes de VIH/SIDA.

Dentro de los trabajos de intervención, las terapias Cognitivas Conductuales están consideradas dentro de las más aceptadas para el tratamiento de pacientes con VIH/SIDA. Por ejemplo, trabajos como los de Ballester (2003) y Barreto (2008), dentro de la corriente cognitiva y conductuales, han demostrado una gran eficacia por su funcionamiento a corto plazo. Debido a que estos sujetos son pacientes en riesgo, es necesario brindarles una intervención a corto plazo. La TREC se caracteriza por ofrecer estas características. Igualmente otros estudios buscaban ver la frecuencia del uso de Estilos de Afrontamiento y la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (Pinzón, 2008). El cual era un estudio exploratorio en el cual buscaba identificar los recursos personales para poder manejar adecuadamente las situaciones estresantes y la habilidad que tiene para usarlo en las diferentes situaciones estresantes o amenazantes para el individuo.

Es de suma importancia considerar que los tratamientos en estos pacientes deben ser focalizados y la terapia cognitiva conductual, brinda excelentes resultados en este enfoque o como se menciona en la página web principal del Instituto Albert Ellis “short-term therapy with long-term results.” Es decir: “terapias a corto plazo con resultados a largo plazo.”

Ya que los pacientes con VIH/SIDA presentan características de ansiedad, depresión, bajo locus de control interno, baja autoestima, problemas en su calidad de vida, problemas en su percepción social, así como mencionamos en secciones anteriores, se considera como mejor método de tratamiento la Terapia cognitiva conductual, la cual tiene excelentes resultados en mejorar estos estados emocionales.

CAPÍTULO V. Método

1. Planteamiento del problema

El VIH/SIDA se ha estudiado desde su aparición y la mayoría de las especialidades de la salud han aportado cada uno un poco sobre las posibles soluciones a este problema mundial. Sin embargo, aun existe mucho de lo que no sabemos sobre esta enfermedad, sobre todo en cuanto al efecto psicológico de padecerla y de las formas de intervención terapéutica para mejorar los estados emocionales de los pacientes.

El VIH/SIDA es un problema que afecta a todos, principalmente en Panamá, ya que a nivel de América ocupamos el 5^{to} lugar en casos reportados de VIH/SIDA (Quiroz, 2011). Una gran parte de nuestra población está infectada con este virus (Ministerio de Salud, 2002), por ende, considero que debemos brindar un granito de arena para hacer la diferencia y mejorar la salud mental de esta población. La necesidad de tener especialistas en psicología, que traten a pacientes de una enfermedad que poco a poco acaba con más vidas de panameños, se hace una prioridad. Los extensos problemas que de por si acarrea esta enfermedad, tanto físicos como psicológicos, hace necesario desarrollar programa de intervención terapéutica efectivos.

Al momento, existen pocas terapias psicológicas dirigidas a personas que viven con VIH/SIDA, sobre todo en nuestro país, que sean de corta duración y efectivas. Debido al tipo de enfermedad, estos pacientes muchas veces no pueden participar de terapias psicológicas profundas. Muchos de estos pacientes se enferman

físicamente con alta frecuencia, por lo que podrían enfermarse durante el proceso terapéutico. Igualmente, les puede costar movilizarse a los lugares de terapia por tener deterioros físicos. Ya que es necesario desarrollo programas dirigidos específicamente a las necesidades de la población a trabajar, se hace indispensable crear programas de intervención efectivos, de corta duración.

Por eso investigamos si *¿El programa de intervención grupal Cognitivo Conductual mejorará el estado emocional de pacientes con infección por el VIH/SIDA en la fundación Casa Hogar El Buen Samaritano?* Elegimos implementar la terapia en la Fundación Casa Hogar El Buen Samaritano (CHEBS), por ser la única en la provincia de Panamá en brindar todos los siguientes servicios: alimentación, hospedaje, tratamiento antirretroviral, asistencia, cuidados y apoyo a las Personas que Viven con VIH/SIDA (PVVS).

2. Justificación

Los programas de intervención psicológica en pacientes con VIH/SIDA son escasos en nuestro país, la necesidad de desarrollar programas que puedan intervenir en este grupo es sumamente necesaria. Igualmente, es necesario determinar la efectividad de estos programas.

Así, esperábamos que el programa de intervención que aplicamos en pacientes con VIH/SIDA sirviera para mejorar el estado emocional de los pacientes principalmente, así como también la percepción de los pacientes hacia la enfermedad, el grado de interferencia de la enfermedad en distintos aspectos de la

vida de los afectados, la percepción social y locus de control, lo cual sería una solución efectiva para al mejoramiento de la salud mental de estos sujetos.

Las instituciones, como lo es la Fundación Casa Hogar El Buen Samaritano (CHEBS), lugar donde se implementó el tratamiento, tiene como parte de sus objetivos implementar programas de intervención, para mejorar el bienestar psicológicos de las pacientes residentes de este hogar. Los resultados entonces podrán ser utilizados tanto por la Fundación Casa Hogar El Buen Samaritano (CHEBS), así como por otras instituciones que trabajen con PVVS. De la misma forma no solo servirá para esta fundación e institutos que trabajen con PVVS, sino para todo tipo de instituciones que busquen como foco el mejoramiento de los aspectos psíquicos de personas que viven con alguna enfermedad crónica.

De esta forma, este proyecto de Tesis de Maestría tiene como objetivo desarrollar, aplicar y evaluar la efectividad de un programa de intervención grupal cognitivo conductual para mejorar el estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA.

3. Preguntas de Investigación

¿Aplicar un programa de intervención grupal cognitivo conductual aumentara el estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA?

¿Habrá diferencias significativas al aplicar un programa de intervención grupal cognitivo conductual en pacientes con infección por VIH/SIDA?

¿El programa de intervención grupal cognitivo conductual será efectivo en el tratamiento de mejorar el estado emocional en pacientes con infección por VIH/SIDA?

4. Objetivo general

- Evaluar a los pacientes con infección por VIH/SIDA en Casa Hogar El Buen Samaritano.
- Aplicar el programa de intervención grupal cognitivo conductual para mejorar el estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA.
- Evaluar a los pacientes antes (pre) del programa y después (post) de desarrollar el programa de intervención grupal cognitivo conductual para mejorar el estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA.

5. Objetivos específicos

- Brindar El Programa de Intervención grupal Cognitivo Conductual para mejorar el estado emocional en pacientes con infección de VIH/SIDA.
- Evaluar pre-intervención y post-intervención el afecto en pacientes con infección por VIH/SIDA.
- Evaluar pre-intervención y post-intervención los niveles ansiedad en pacientes con infección por VIH/SIDA.

- Evaluar pre-intervención y post-intervención los niveles de depresión en pacientes con infección por VIH/SIDA.
- Evaluar pre-intervención y post-intervención los niveles de autoestima en pacientes con infección por VIH/SIDA.
- Evaluar pre-intervención y post-intervención los niveles de calidad de vida en pacientes con infección por VIH/SIDA.
- Evaluar pre-intervención y post-intervención del apoyo social percibido por los pacientes con infección por VIH/SIDA.
- Evaluar pre-intervención y post-intervención la adaptación social percibida por los pacientes con infección por VIH/SIDA.
- Evaluar pre-intervención y post-intervención los niveles de hipocondría en pacientes con infección por VIH/SIDA.
- Evaluar pre-intervención y post-intervención los niveles de locus de control interno en pacientes con infección por VIH/SIDA.

6. Hipótesis

6.1 Hipótesis Conceptual

1. El Programa de Intervención grupal Cognitivo Conductual aumentará el estado emocional saludable en pacientes con infección de VIH/SIDA.
2. El Programa de Intervención grupal Cognitivo Conductual reducirá la percepción negativa que los pacientes tienen hacia la enfermedad de VIH/SIDA.

3. El Programa de Intervención grupal Cognitivo Conductual reducirá el grado de interferencia de la enfermedad en distintos aspectos de la vida de los afectados con infección de VIH/SIDA.
4. El Programa de Intervención grupal Cognitivo Conductual aumentará la percepción social de pacientes con infección de VIH/SIDA.
5. El Programa de Intervención grupal Cognitivo Conductual aumentará el locus de control interno sobre la salud en pacientes con infección de VIH/SIDA.

6.2 Hipótesis Operacional

1. Hay diferencias estadísticamente significativas al comparar las medias del estado emocional de las diferentes mediciones en el grupo de pacientes que recibió la intervención cognitivo conductual.
2. Hay diferencias estadísticamente significativas al comparar las medias de la percepción de los pacientes hacia la enfermedad de las diferentes mediciones en el grupo de pacientes que recibió el tratamiento cognitivo conductual.
3. Hay diferencias estadísticamente significativas al comparar las medias del grado de interferencia de la enfermedad en distintos aspectos de la vida de los afectados de las diferentes mediciones en el grupo de pacientes que recibió el tratamiento cognitivo conductual.

4. Hay diferencias estadísticamente significativas al comparar las medias de la percepción social de las diferentes mediciones en el grupo de pacientes que recibió el tratamiento cognitivo conductual.
5. Hay diferencias estadísticamente significativas al comparar las medias del locus de control interno sobre la salud de las diferentes mediciones en el grupo de pacientes que recibió el tratamiento cognitivo conductual.

6.3 Hipótesis estadística

La hipótesis estadística es aquella hipótesis que somete a prueba el tratamiento y expresa a las hipótesis operacionales en forma de ecuaciones matemáticas. Es decir, traduce la hipótesis nula y alternativa a estadísticas (Sampieri, et al. 2006). Las hipótesis estadísticas están enumeradas acorde a las hipótesis de investigación.

1. H₁: Hay diferencias significativas entre las mediciones del estado emocional de la pre intervención y la post intervención.

H₀: No hay diferencias significativas entre las mediciones del estado emocional de la pre intervención y la post intervención.

2. H₁: Hay diferencias significativas entre las mediciones de la percepción de los pacientes hacia la enfermedad de la pre intervención y la post intervención.

H₀: No hay diferencias significativas entre las mediciones de la percepción de los pacientes hacia la enfermedad de la pre intervención y la post intervención.

3. H1: Hay diferencias significativas entre las mediciones del grado de interferencia de la enfermedad de la pre intervención y la post intervención.

H0: No hay diferencias significativas entre las mediciones del grado de interferencia de la enfermedad de la pre intervención y la post intervención.

4. H1: Hay diferencias significativas entre las mediciones de la percepción social de la pre intervención y la post intervención.

H0: No hay diferencias significativas entre las mediciones de la percepción social de la pre intervención y la post intervención.

5. H1: Hay diferencias significativas entre las mediciones locus de control interno sobre la salud de la pre intervención y la post intervención.

H0: No hay diferencias significativas entre las mediciones locus de control interno sobre la salud del pre intervención y la post intervención.

7. Diseño de investigación

7.1. Tipo de estudio Cuasi experimental

La investigación cuasi experimental es aquella en la que existe una 'exposición', una 'respuesta' y una hipótesis para contrastar, pero no hay aleatorización de los sujetos. En los diseños cuasi experimentales los sujetos no se asignan al azar a los grupos ni se emparejan, sino que dichos grupos ya están formados antes del experimento: son grupos intactos (la razón por la que surgen y la manera como se formaron es independiente o aparte del experimento; es decir, no se tiene

garantizada la equivalencia inicial porque no hay asignación aleatoria ni emparejamiento (Sampieri, et al. 2006). En nuestra investigación elegimos trabajar con un grupo de pacientes que viven con VIH/SIDA ya existente, que reside en la Fundación Casa Hogar El Buen Samaritano (CHEBS).

7.2. Diseño pre prueba – post prueba con un solo grupo

El diseño pre-post con un solo grupo (pre- experimental), busca medir una muestra antes del tratamiento y después del mismo para ver la evolución o significancia a través de un tratamiento o evento (León & Montero, 2003).

8. Definición de las variables

Variable independiente: Programa de Intervención psicoterapéutica Cognitiva Conductual (tratamiento)

Variable Dependiente: (1) variables relacionadas con el estado emocional de los pacientes (Ansiedad, depresión, afecto, autoestima); (2) Percepción de los pacientes hacia la enfermedad (Hipocondría); (3) grado de interferencia de la enfermedad en distintos aspectos de la vida de los afectados (Calidad de vida); (4) percepción social (Apoyo y adaptación social); y (5) locus de control (Locus de control interno).

8.1 Definición conceptual de la variable independiente

Los programas de intervención para la mejora de los estados emocionales de los pacientes con VIH/SIDA son escasos, y todavía lo son más los estudios en los que se evalúe la eficacia de los programas de intervención psicológica sobre estos pacientes (Fogarty, et al., 2002; Ballester, 2003). Por eso la importancia de

desarrollar y de evaluar la efectividad de un programa grupal cognitivo conductual, para mejorar los estados emocionales, y que se trabaje a los usuarios o pacientes desde una perspectiva integral, no solamente farmacológico, sino también desde el aspecto psicológico.

Por ello, el programa que proponemos se dirige a la mejora del estado emocional de los pacientes que viven con VIH/SIDA, incluyendo sus respuestas de afrontamiento, sus relaciones sociales, su percepción hacia la enfermedad, su locus de control, etc. Este programa de intervención está basado en el trabajo de Ballester (2003).

8.2. Definición operacional de la variable independiente

Es un programa cognitivo conductual de formato grupal con una duración de 8 sesiones (dos veces por semana) con un mínimo de dos días de por medio. La intervención terapéutica conto con una duración de dos horas cada sesión, en un horario vespertino. Los temas que correspondieron son: presentación, módulo educativo, introducción al módulo cognitivo, módulo cognitivo (II), entrenamiento en autoestima, entrenamiento en relajación, entrenamiento en solución de problemas, promoción de la salud mental y física: adhesión al tratamiento hábitos de la salud y prevención de reinfecciones y prevención de recaídas (Ver sección de tratamiento para un resumen de la intervención psicológica).

8.3. Definición conceptual de las variables dependientes

En la evaluación de los pacientes y como indicadores de la eficacia del tratamiento utilizamos cinco tipos de variables:

1. Variables relacionadas con el estado emocional de los pacientes. Las variables relacionadas con el estado emocional que evaluamos son la ansiedad, la depresión, la autoestima y el afecto. Podemos entender por ansiedad que es un miedo, temor, o preocupación que se puede dar con o sin un estímulo (Sánchez, Velasco, Rodríguez, Baranda, 2006). Por depresión, se refiere a una tristeza excesiva, apatía, desdén, llanto, pérdida del placer, libido bajo, entre muchas otras que pueden ser o no necesariamente producto de una situación (Sanz & Vázquez, 1998). El afecto se refiere al grado de sentimientos y emociones que se pueden manifestar en una persona, en un momento determinado. Esta se puede dar por medio de un afecto positivo (optimismo, entusiasmo, alegría, entre muchas otras) y o afecto negativo (culpa, odio, tristeza, entre muchas otras (Robles & Páez, 2003). A lo que se refiere a la autoestima, podemos mencionar que es una serie de sentimientos, pensamientos, consideraciones, percepciones, evaluaciones, que inferimos sobre nosotros mismos, tanto en nuestra actitud como en la aptitud (Morejón, García-Bóveda, Jiménez, 2004).

2. Percepción de los pacientes hacia la enfermedad: se evaluó el grado de percepción que tienen las PVVS con respecto a su enfermedad. Una de las mejores formas en que se representa este enunciado es mediante el término de hipocondría, que es la preocupación y el miedo a padecer, o la convicción de tener, una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de uno o más signos o síntomas somáticos (DSM IVTR). Es importante mencionar que el VIH/SIDA sí se considera una enfermedad muy grave. Al medir hipocondría no se busca desacreditar esta percepción de gravedad de la enfermedad, sino que al

estudiar la actitud y la percepción del paciente hacia la enfermedad, se busca determinar si el paciente percibe que presenta otras enfermedades, adicionales al VIH/SIDA, sin tener ninguna pruebas, signos o síntomas. Algunos estudios han comprobado que hay una tendencia a dirigir la atención hacia la información relacionada a la salud en estos pacientes (Paula, Schwenzer, Brody, Rau y Birbaumer, 1993).

3. Grado de interferencia de la enfermedad en distintos aspectos de la vida de los afectados. Este aspecto se refiere a como la enfermedad afecta la calidad de satisfacción y placer en la vida los PVVS. Por calidad de Vida entendemos a una series de aspectos globales de la cual se consideran los aspectos emocionales y físico de una persona como lo pueden ser su satisfacción al trabajo, salud, relaciones, entre muchas otras (Ruiz et al., 2005). Es importante evaluar este aspecto en los pacientes debido a que la misma enfermedad afecta los niveles de satisfacción de las personas que la sufren. Adicionalmente, la toma de una medicación que tiene muchos efectos secundarios, como la del VIH/SIDA, afecta directamente la calidad de vida.

4. Percepción social. La percepción social incluirá, la adaptación social y el apoyo social que perciben tener los PVVS. Adaptación social se refiere a como la persona se ajusta a la sociedad o grupos a los que pertenece. El apoyo social percibido es los recursos emocionales (físicos o humanos) que tiene la persona para superar esta enfermedad. El apoyo social lo brinda la familia, amistades, las personas con la que vive el individuo (para este particular estudio, en la fundación CHEBS), etc.

5. Locus de control. Se refiere a como cada persona da una causa o control de su experiencia o forma de vida. Existe locus de control interno y externo. El locus interno es cuando adjudicamos la causa como algo propio o personal y que cada persona tiene el poder para poder modificarlo o cambiarlo. En cambio, el locus de control externo es cuando inferimos que la causa no es algo propio o personal, sino que este es reflejado como al de afuera o exterior y las personas no tiene ninguna posibilidad de poder cambiarlo.

8.4. Definición operacional de las variables dependientes

En la evaluación de los pacientes y como indicadores de la eficacia del tratamiento utilizamos cinco tipos de variables: (1) variables relacionadas con el estado emocional de los pacientes; (2) percepción de los pacientes hacia la enfermedad; (3) grado de interferencia de la enfermedad en distintos aspectos de la vida de los afectados; (4) percepción social; y (5) locus de control. A continuación se explicará cada uno de estos puntos:

1. Los estados emocionales serán trabajos en base a cuatro principales aspectos afecto, ansiedad, depresión y autoestima:

- El grado de ansiedad y depresión se evaluó con:
- La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) de Zigmond y Snaith (Malasi y cols., 1991; Abiodun y cols., 1994; El-Rufaie y Absood., 1995; Costantini y cols., 1999).
- El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) para adultos, para medir el grado de ansiedad (suministradas por la Clínica Psicológica de la Universidad de Panamá) (Beck & Steer, 1991; Jumar, Steer, Beck, 1993; Osan, et al., 1993).

- El inventario Depresión de Beck II (BDI) para adultos, para medir la depresión (suministradas por la Clínica Psicológica de la Universidad de Panamá) (Robles & Páez, 2003).
 - Para medir el afecto se usó el test Escala de Afecto Positivo y Negativo (Positive and Negative Affect Scale, PANNAS). Esta es una escala que consiste en un número de palabras que describe diferentes sentimientos y emociones (Watson et al., 1988b).
 - Para la evaluación de la autoestima se utilizó el Cuestionario de Rosenberg (1979), que se refiere al grado de afirmación con respecto a las afirmaciones relativas a la autoestima del sujeto. En un estudio desarrollado por Reynolds y Coats (1968) utilizó la terapia cognitiva conductual para mejorar el auto concepto de sí mismo. Para evaluar el tratamiento utilizó el cuestionario de Rosenberg, ya que este instrumento evalúa adecuadamente el efecto del tratamiento de la terapia cognitiva conductual que implementaron (Morejón, García-Bóveda, Jiménez, 2004).
2. Para la evaluación de la percepción hacia la enfermedad se utilizó:
- El test de Índice Whiteley de Hipocondría (IH), que evalúa el grado de conducta y percepción que el sujeto tiene sobre su enfermedad (Ballester, 2003).
3. El grado de interferencia de la enfermedad en distintos aspectos de la vida de los afectados, se evaluó utilizando:
- El cuestionario sobre Calidad de Vida: satisfacción y placer, Q-LES-Q (Quality of life enjoyment and satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q) (Endicott, Nee, Harrison y Blumenthal, 1993),

4. Referente a la percepción social se usó

- La escala de apoyo social percibido (MSPSS) (Zimet, Dahlem, Zimet, y Farley, 1988)
- Escala auto aplicada de Adaptación Social (SASS) (Bobes et al. 1999)

5. Para la evaluación del locus de control se utilizó:

- El test de locus de control (Del Cid, 2007).

9. Población y muestra

Muy pocos programas son desarrollados a nivel nacional para intervenir en pacientes con VIH/SIDA. Así mismo, existen pocos lugares en donde se puede encontrar, de manera permanente, a estos pacientes para brindarles tratamiento. Por motivos del tipo de enfermedad, resulta sumamente difícil identificar pacientes con VIH/SIDA para poder brindarles tratamiento.

La Fundación Casa Hogar El Buen Samaritano (CHEBS), que es una fundación desarrollada desde hace 7 años por la Iglesia Católica de Panamá, es la única en la provincia de Panamá en brindar alimentación, hospedaje, tratamiento antirretroviral, asistencia, cuidados y apoyo a las Personas que Viven con VIH/SIDA (PVVS). Dentro de sus principales objetivos de esta fundación podemos mencionar:

- Ofrecer a PVVS, adultos y adolescentes, sin apoyo familiar y sin recursos económicos un lugar en el que se les brinde una atención integral, con miras a su recuperación física, emocional y espiritual.

- Concienciar y sensibilizar a la sociedad de que el SIDA es un problema que nos atañe a todos sin distinción de nación, etnia, credo, u orientación sexual.
- Orientar a los familiares de PVVS a fin de que éstos, logren un mayor acercamiento, aceptación y mejor manejo de su familiar que vive con el VIH/SIDA.

La población con la que trabajamos en este estudio fue de pacientes con VIH/SIDA de la Fundación Hogar Buen Samaritano (CHEBS). En este centro de acogida se le brinda hospedaje, alimentación, asistencia por una enfermera y la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad o TARGA sin ningún costo. La población de este hogar está constituida por residentes y externos. Lo residentes son las PVVS que por motivos tanto del VIH/SIDA, rechazo de la sociedad o familiar no tiene un hogar o sustentos. Estos residentes reciben todos los beneficios de esta Fundación. En cambio los externos son las personas que no viven actualmente en CHEBS, pero que recibieron o reciben beneficios por parte del hogar. La mayoría de los externos regularmente llegan a CHEBS por la medicación TARGA o por alimentación, así que son sumamente inconstantes en sus visitas al hogar.

La población de este trabajo corresponde a los residentes que pertenecen al CHEBS, debido a que los externos no asisten con regularidad al Centro, por lo que podrían ausentarse frecuentemente al tratamiento. Por muestra entendemos que es un subgrupo de la población del cual se recolectan los datos y debe ser representativo de dicha población. Sin embargo, ya que la población era reducida

(9 pacientes), y debido a que el estudio es de diseño pre y post de un solo grupo de tratamiento, incluimos a todos los residentes del hogar en el estudio. Es decir, todos los residentes de CHEBS, que está constituida actualmente por 9 residentes. Durante el proceso se excluyó a 3 pacientes residentes del CHEBS, debido a que los primeros dos se enfermaron de gravedad y no pudieron continuar con la terapia psicológica. Y el tercero, sufrió un accidente y no pudo continuar con la tratamiento cognitivo conductual. El estudio final fue efectuado entonces con 6 sujetos, que fueron medidos antes del tratamiento, luego recibieron el tratamiento psicológico, y posteriormente fueron medidos después del tratamiento psicológico.

9.1 Perfil para la selección de la muestra.

- Deseos de participar en el tratamiento y anuentes a cumplir con todas las sesiones que se presenten.
- Cumplir con las condiciones que exija el tratamiento.
- Ser residente de CHEBS

9.2. Criterios de exclusión.

- Faltar a más de 2 sesiones continuas.
- Ser PVVS externo de CHEBS
- Falta de disposición y participación de las personas residentes con VIH/SIDA

Antes de iniciar el tratamiento se hicieron entrevistas a los sujetos participantes para obtener el historial clínico.

10. Limitaciones

Entre los factores que consideramos inicialmente que podían limitar al desarrollo del estudio, están:

- Falta de disposición y participación de las personas residentes con VIH/SIDA.
- Que por alguna razón coincidan con las citas de alguno de los pacientes.
- Por motivo de los efectos secundarios de la medicación TARGA no puedan participar.
- Enfermedad (gripes, malestar estomacal, cefaleas, debilidad, entre otras)
- Hospitalización o cirugías.
- Decidan retirarse de CHEBS.

Entre los factores que pueden influir positivamente al desarrollo del estudio:

- Es una población claustra.
- Su inserción a este hogar fue voluntaria lo que indica mayor motivación y búsqueda de mejoría.
- Existe toda una infraestructura para la comodidad de los residentes con una enfermera y personal voluntario que los atiendan.
- Apoyo por parte de los directivos del Hogar.

El principal factor de limitación en el estudio fue el de enfermedad, debido a que por este factor hubo pérdida de 2 pacientes y uno por accidente. Ninguno de los otros factores limitantes tuvo un impacto dentro del estudio.

11. Instrumentos de medición

Para la aplicación de los instrumentos se les explico las razones por la cual se utilizarían las pruebas, cuantas eran, el tiempo aproximado que tomaría aplicarla,

y se les solicito su consentimiento para el desarrollo de las mismas y para participar en el tratamiento. Al comienzo como al final de la aplicación de cada prueba se les preguntaba si tenían alguna duda con respecto a los instrumentos. De igual forma, por su condición se les comento que si por alguna razón de enfermedad no podían continuar con el desarrollo de la prueba o del tratamiento, esta se podía posponer.

Para este estudio se utilizaron escalas que probaron ser muy confiables en estudios anteriores. Pero además se determinó la confiabilidad de las escalas en este estudio, para corroborar la efectividad de las escalas. Para determinar la confiabilidad de las escalas, se realizó un análisis de confiabilidad, obteniendo el coeficiente de Cronbach. Para tal fin se utilizó el programa estadístico SPSS. Si el coeficiente de Cronbach resultaba ser bajo, se procedió a eliminar los ítems que no eran confiables (el mismo ítem tanto en la evaluación *pre* como en la evaluación *post*), para aumentar la confiabilidad de la escala. Además, se invirtieron ciertos ítems (el mismo ítem tanto en la evaluación *pre* como en la evaluación *post*) en algunos cuestionarios, utilizando el estadístico en SPSS, para que las escalas pudieran ser analizables. En otras palabras, las respuestas negativas que tenían valores de 5 o 4 por ejemplo, que son valores con connotación positivas, se invirtieron para que fueran constantes con los otros ítems de la escala, en donde 0 y 1 son los valores positivos. Por ejemplo en Autoestima de Rosenberg, en donde se pregunta que “**A continuación se muestra un test con 10 apartados. En cada pregunta ha de elegir una sola respuesta...**”: En el ítem 1 se pregunta “Estoy convencido de que tengo buenas

cualidades.”. El valor 1 (totalmente en desacuerdo) indica negatividad o disconformidad mientras que el valor 5 (totalmente de acuerdo) indica positividad o conformidad. Es decir, con un valor de 5 la persona indica que está de acuerdo con el ítem lo que indica que tiene una buena autoestima. Pero en preguntas como la 6. “Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.” El valor de 1 (totalmente en desacuerdo) indica el valor positivo o conformidad de tener alta autoestima, mientras que el valor 5 (totalmente de acuerdo) indica negatividad o disconformidad (es decir tener baja autoestima). Por lo tanto, para el análisis, se invirtieron estos ítems, con el programa estadístico SPSS, para que los mismos pudieran ser analizables. Dentro de las que se invirtieron fueron el Cuestionario de Autoestima de Rosenberg (Ítems 6, 7, 8, 9 y 10), Escala SASS (ítems 17, 18 y 20) y Locus de Control (Ítems 1, 2, 4, 6, 9, 15). De igual forma para desarrollar un mejor análisis estadístico se convirtieron los valores de los siguientes cuestionarios BAI, BDI y HAD en las siguientes condiciones (0=1) (1=2) (2=3) (3=4) manteniendo sus mismos valores como respuestas. A continuación se explica cada escala.

- Escala de Estado Afectivo Positivo y Negativo (**PANNAS**):

La escala PANNAS mide el estado afectivo. Se le pregunta al sujeto “A continuación se aparecen una serie de palabras que describen sentimientos. Lea cada palabra e indique con el círculo la intensidad con que siente cada uno de los 20 sentimientos durante la última semana, incluido el día de hoy. Conteste lo más sinceramente posible.” Y luego se presentan los ítems (ejemplos de ítems: “disgustado”; “entusiasmado”). Se utilizan 20 adjetivos (10 de afecto positivo y 10

de afecto negativo). Las preguntas de esta escala se califican basadas en una escala de tipo Likert (1=nada, 2= un poco, 3= bastante, 4= mucho y 5=muchísimo) (De la Rubia, J.M. 2011). La correlación de los ítems, en otros estudios, tiene una estructura de dos factores, el cual presenta una consistencia interna alta ($\alpha=.70$) (Watson et al., 1988a). En otro estudio de Watson el PANNAS también muestra una alta congruencia interna, para el afecto positivo ($\alpha= 0.86$ a $\alpha =0.90$), y para el afecto negativo ($\alpha=0.84$ a $\alpha=0.87$). Igualmente, la confiabilidad del test-retest de las puntuaciones de afecto negativo y positivo ($\alpha=.71$ y $\alpha=.68$ respectivamente) son lo suficiente altos y estables en el tiempo (Watson et al., 1988b).

Debido a la alta confiabilidad de dicha escala, elegimos utilizar la misma para medir el estado afectivo de los pacientes, antes y después del tratamiento. Al realizar la medición pre tratamiento, la escala de ítems positivos presentó una confiabilidad de $\alpha= .90$ y para la medición post tratamiento una confiabilidad de $\alpha= .93$. Para la escala de ítems negativos se eliminó el ítem 8 para que la misma sea más confiable. Esta escala entonces presentó una confiabilidad pre tratamiento de $\alpha= .64$ y post tratamiento de $\alpha= .73$.

- La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (**HAD**) de Zigmond y Snaith (1983)

El HAD creada por Zigmond y Snaith, consta de 14 ítems, y permite encontrar ansiedad o depresión. El cuestionario comienza con la siguiente indicación: “Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda. Este cuestionario ha sido confeccionado para

ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.” E luego el sujeto lee los ítems (ejemplos de ítems: “Me siento tenso/a o nervioso/a”; “soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas”). La persona responde en base a cuatro afirmaciones que describen la amplitud de gravedad de los síntomas y conductas evaluadas, en donde 0 indica ausencia y 3 califican la gravedad máxima del síntoma de ansiedad o depresión. La escala ha sido validada y adaptada a diversas poblaciones, además revela sensibilidad y especificidad útil en discriminar la ansiedad y depresión (Malasi y cols., 1991; Abiodun y cols., 1994; El-Rufaie y Absood., 1995; Costantini y cols., 1999). Para este estudio, la confiabilidad correspondiente fue $\alpha=.64$ para el pre-tratamiento y una confiabilidad de $\alpha=.50$ para el post-tratamiento. Para esta escala se descartó las preguntas 1 y 12, por que los mismos disminuían el coeficiente de Cronbach, es decir la confiabilidad de la escala.

- **Inventario de Depresión de Beck II (BDI)**

Los inventarios de Beck son unos de los inventarios más conocidos referente a depresión y ansiedad en el ámbito de las corrientes Cognitivas Conductuales en Panamá. El Inventario para la Depresión de Beck permite identificar sujetos depresivos, y está conformada por 21 reactivos, con cuatro afirmaciones que

describen la amplitud de gravedad de los síntomas y conductas evaluadas. Al iniciar el cuestionario el sujeto lee las instrucciones (“Este cuestionario contiene 21 grupos de expresiones. Por favor, lea atentamente las expresiones y elija una en todos los grupos. Asegúrese de elegir solo una en cada grupo. Elija la que mejor describa sus pensamientos o el estado de ánimo que ha tenido durante la última semana, incluyendo hoy. Si está indeciso entre dos expresiones elija la del número mayor. Señale su elección haciendo un círculo alrededor del número de la frase elegida”) y luego se presentan los ítems. En todos los ítems, la primera respuesta tiene un valor de 0, e indica ausencia, el segundo de 1 punto, el tercero de 2 puntos, y el cuarto de 3 puntos, que califican la gravedad máxima del síntoma (Robles & Páez, 2003). Un ejemplo de ítem presentado es “Tristeza = 0=No me siento triste, 1= Me siento triste gran parte del tiempo, 2= Me siento triste todo el tiempo, 3= Estoy tan triste o soy tan desdichado que no puedo soportarlo”. Según Sanz & Vázquez, quienes estudiaron la validez y fiabilidad, las cifras de fiabilidad del BDI fueron altas tanto en términos de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0.83) como de estabilidad temporal (las correlaciones test-retest oscilaron entre 0,60 y 0,72 para tres subgrupos diferentes de la muestra total) (Sanz & Vázquez, 1998). Para lo que concierne a este estudio, la confiabilidad del BDI en el pre fue $\alpha=.68$, y una confiabilidad post de $\alpha=.66$. Se exceptuaron las preguntas 10 y 16, por que las mismas disminuían el coeficiente de Cronbach.

- Inventario de ansiedad de Beck (**BAI**):

El BAI evalúa la intensidad de los síntomas ansiosos en un individuo. El BAI es consta de 21 reactivos al igual que el BDI y permite categorizar la gravedad de

síntomas y conductas. Al sujeto se le pregunta “A continuación se encuentra una lista de síntomas característicos de ansiedad. Por favor lea cuidadosamente cada reactivo de la lista. Indique el grado en que le haya molestado cada síntoma durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUYENDO EL DIA DE HOY colocando una “x” en el espacio correspondiente a la columna que se encuentra junto a cada síntoma” y el sujeto se le presenta con los ítems (ejemplo de algunos ítems: “Incapaz de relajarme”, “Nerviosismo”). La evaluación se hace mediante una escala de 0 a 3 puntos, en la que 0 indica la ausencia, y 3 la gravedad máxima del mismo.

Los estudios de las propiedades psicométricas del BAI en población clínica y normal de adolescentes y adultos, muestra una alta congruencia interna ($\alpha > .90$), validez divergente moderada ($r < .60$), y validez convergente adecuada ($r > .50$) (Beck & Steer, 1991; Jumar, Steer, Beck, 1993; Osan, et al., 1993; Steer, et al., 1995; Steer, et al., 1993; Robles & Páez, 2003). Con lo que corresponde a la confiabilidad de el presente estudio el BAI obtuvo una confiabilidad Pre tratamiento de $\alpha=.67$, y una confiabilidad post tratamiento de $\alpha=.48$, exceptuando las preguntas 2, 4, 9, 14, 16, 17 y 21, por ser ítems que disminuían la confiabilidad de la escala.

- Cuestionario de Autoestima de Rosenberg (1979)

Este cuestionario incluye 10 ítems, con cinco opciones de respuesta tipo Likert (1=totalmente en desacuerdo, 2= algo en desacuerdo, 3= más o menos de acuerdo, 4= algo de acuerdo y 5=totalmente de acuerdo), que mide el grado de aceptación de las afirmaciones relacionadas a la autoestima del sujeto (Ballester,

2003, Reynolds & Coats 1968). Los sujetos son presentados con las instrucciones (“A continuación se muestra un test con 10 apartados. En cada pregunta ha de elegir una sola respuesta. Intente responder el test de forma sincera, COMIENZA EL TEST:”) y luego se presentan los ítems (ejemplo: “Estoy convencido de que tengo buenas cualidades”, En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.). En un estudio en España confirman una alta consistencia interna y una satisfactoria confiabilidad temporal (Morejón, García-Bóveda, Jiménez, 2004). Para lo que concierne a este estudio, el cuestionario de Rosenberg tuvo una confiabilidad muy baja, aun eliminando varios ítems, por lo que no se pudo realizar el análisis estadístico correspondiente y no se utilizó esta escala para derivar las conclusiones.

- Escala Multidimensional de apoyo social percibido (**MSPSS**)

La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS; Zimet, Dahlem, Zimet, y Farley, 1988) se utiliza para obtener los informes subjetivos de apoyo social. Esta escala consiste en 12 ítems que evalúan la percepción de apoyo a disposición de la familia, amigos y personas significativas. Los sujetos son presentados con las instrucciones: “Lee cada una de las siguientes frases cuidadosamente. Indica tu acuerdo con cada una de ellas empleando esta escala” y luego los ítems (por ejemplo, “Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías” “Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones”. Cada elemento se califica en una escala de tipo Likert (1 =totalmente en desacuerdo, 2= algo en desacuerdo, 3= más o menos de acuerdo, 4= algo de acuerdo y 5= totalmente de acuerdo). Esta escala ha demostrado una

buena fiabilidad y validez, con el alfa de Cronbach que van 0,84 a 0,92 en varias muestras americanas (Zimet, Powell, Farley, Werkman, y Berkoff, 1990), y un alfa de Cronbach de 0,89 en una muestra española (Landeta y Calvete, 2002). Para este estudio, se encontró que la confiabilidad del cuestionario de este cuestionario fue de $\alpha=.77$ para el pre-tratamiento y de $\alpha=.81$ para el post-tratamiento.

- Escala auto aplicada de Adaptación Social (Social Adaptation Self-evaluation Scale, **SASS**) (Bobes et al. 1999)

Esta escala fue diseñada por Bosc, Dubini, & Polin para evaluar la conducta y el ajuste social con de pacientes con depresión o La percepción del paciente de su nivel de adaptación social. Consta de 21 ítems que exploran el funcionamiento del individuo en las siguientes áreas de la vida:

_ Trabajo.

_ Familia.

_ Ocio.

_ Relaciones sociales.

_ Motivación/intereses.

El sujeto se le presenta con las instrucciones: “Por favor, responda a estas sencillas preguntas, teniendo en cuenta su opinión en este momento. Responda, por favor, a todas las preguntas, marcando una sola respuesta para cada pregunta. Muchas gracias.”. Luego el sujeto ha de contestar a cada ítem utilizando una escala tipo Likert con 4 grados de respuesta que van desde 0 (el peor funcionamiento) a 3 (el mejor funcionamiento). El marco de referencia temporal es el momento actual. Es una escala auto aplicada que recoge la percepción del

sujeto de su funcionamiento social. Con lo que corresponde a la confiabilidad de el presente estudio esta escala obtuvo una confiabilidad Pre tratamiento de $\alpha=.66$, y una confiabilidad post tratamiento de $\alpha=.74$. Se exceptuaron los ítems 1, 2 y 3, por estar relacionados a trabajo, ya que solo 1 de los sujetos trabajaba. Además se exceptuaron los ítems 4, 8, 11, 13, 15, 16, 19 y 20, porque disminuían la confiabilidad de la escala pre y post.

- Índice Whiteley de Hipocondría (**IH**)

Índice Whiteley de Hipocondría (IH) evalúa el grado de hipocondría que puede tener un sujeto. Los sujetos que obtienen una puntuación alta en esta escala mostrarían una preocupación somática, afirmación de enfermedad y fobia a ésta. Esta puntuación alertaría sobre la posibilidad de un trastorno hipocondríaco (Ballester, 2003). Los sujetos se les presenta con las instrucciones “Responda las siguientes preguntas contestando”, para luego contestar los 14 ítems (ejemplo de los ítems: “¿Está muy preocupado por su salud?”; “¿Si tiene noticia de alguna enfermedad (a través de la radio, la TV, los periódicos o de algún conocido) se preocupa por la posibilidad de padecerla?”).

Con lo que corresponde a la confiabilidad de el presente estudio esta escala obtuvo una confiabilidad Pre tratamiento de $\alpha=.60$, y una confiabilidad post tratamiento de $\alpha=.54$. Se exceptuaron los ítems 1, 2 y 3, por estar relacionados a trabajo, ya que solo 1 de los sujetos trabajaba. Además se exceptuaron los ítems 2, 5, 8 y 12 por que disminuían la confiabilidad de la escala pre y post.

- Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y placer, (**Q-LES-Q**)

El Q-LES-Q fue desarrollado por Endicott, Nee, Harrison y Blumenthal (1993), con la intención de obtener un cuestionario que midiera de forma sensible la satisfacción y el placer del paciente con su vida cotidiana. Se trata de un instrumento genérico de calidad de vida, es decir, aplicable a todo tipo de pacientes independientemente del diagnóstico y tratamiento. Para contestar a cada ítem el paciente dispone de una escala tipo Likert de 5 valores (1=nunca, 2=casi nunca, 3= a veces, 4=a menudo o la mayor parte del tiempo y 5= muy a menudo o siempre). El marco de referencia temporal es la semana pasada.

Las instrucciones indican: “Se ha creado este cuestionario para ayudar a evaluar el grado de placer y satisfacción experimentados durante la semana pasada., por eso se preguntara, ¿con qué frecuencia...?”Contestando a continuación los ítems. Consta de 93 ítems, 91 de los cuales exploran la satisfacción y el placer experimentado en 8 áreas de las cuales se excluyeron trabajo y tareas de clase o curso debido a que estas no eran aplicable a la población (ninguno estudia actualmente) y trabajo, la cual solamente dos participantes trabajaban.

Para cada área se evaluó la confiabilidad, de igual forma, se sacó la confiabilidad general del Cuestionario Q-Les-Q.

_ Estado de salud física (13 ítems). Consta de 13 ítems y evalúa la calidad de salud física que tiene la persona. Concerniente a este estudio, la escala obtuvo una confiabilidad pre $\alpha=.86$ y post de $\alpha=.69$.

_ Estado de ánimo (14 ítems). Consta de 14 ítems y evalúa la calidad del estado emocional que tiene la persona. Concerniente a este estudio, la escala obtuvo una confiabilidad pre $\alpha=.82$ y post de $\alpha=.92$.

_ Trabajo (13 ítems). Consta de 13 ítems y solamente se debe contestar si está trabajando aunque sea sin remuneración (p. ej., voluntariado). Esta escala no se utilizó debido a que solamente dos participantes están laborando.

_ Actividades del hogar (10 ítems). Consta de 10 ítems y solamente se contestaron por las personas que son responsables de la realización de algunas tareas de la casa, bien para sí mismos o para otras personas. Esta escala consta de 10 ítems de los cuales se eliminaron las preguntas “42. Quedó satisfecho/a con la manera en que pagó las facturas, e hizo sus operaciones bancarias?”, 43. Quedó satisfecho/a con la manera en que compró la comida u otros artículos para la casa?, y la 43. Quedó satisfecho/a con la manera en que preparó la comida?”, debido a que ninguno de ellos desarrolla estas actividades. Concerniente a este estudio, la escala obtuvo una confiabilidad pre $\alpha=.81$ y post de $\alpha=.79$.

_ Tareas de clase/cursos (10 ítems). Esta escala consta de 10 ítems y es solamente para las personas que en la semana pasada han seguido o participado en algún tipo de curso o clase en un centro, escuela, colegio o Universidad. Esta escala no fue utilizada debido a que ninguno de ellos desarrolla estas actividades.

_ Actividades de tiempo libre (6 ítems). Consta de 6 ítems. Las preguntas siguientes se refieren a las actividades de tiempo libre durante la semana pasada, como ver la televisión, leer el periódico o revistas, ocuparse de las plantas de la casa o del jardín, pasatiempos, ir a museos o al cine o a actos deportivos, etc. Con lo que respecta a esta escala, en este estudio obtuvo una confiabilidad pre $\alpha=.89$ y post de $\alpha=.60$.

_ Relaciones sociales (11 ítems). Consta de 11 Ítems y evalúa el grado de satisfacción con las relaciones de su entorno y familiar. Esta escala obtuvo una confiabilidad pre $\alpha=.71$ y post de $\alpha=.86$, en este estudio.

_ Actividades generales (14 ítems). Los 2 ítems restantes miden la satisfacción con la medicación y la satisfacción global. A diferencia de las otras escalas este evalúa el Nivel global de satisfacción. Para este estudio obtuvo una confiabilidad pre $\alpha=.81$ y post de $\alpha=.74$.

- El test de locus de control

El test de locus de control tiene como objetivo determinar la ubicación que cada persona da a la causa o control de su experiencia o forma de vida (Interno o Externo). Consta de 20 preguntas y cada ítem se califica respondiendo en escala de Likert de 1 (totalmente en desacuerdo), pasando por 2 (en desacuerdo), 3 (más o menos de acuerdo), 4 (de acuerdo) hasta 5 (totalmente en desacuerdo) (Del Cid, 2007).

Se le pregunta a los sujetos que “Respondan a las siguientes preguntas”, y se les presenta con los 20 ítems (ej. “si se propone metas, usted puede tener éxito sin importar lo que pase”, “Estoy motivado a encontrar una forma para mejorar mi condición de vida”). Con lo que corresponde a la confiabilidad de el presente estudio esta escala obtuvo una confiabilidad Pre tratamiento de $\alpha=.64$, y una confiabilidad post tratamiento de $\alpha=.66$. Se exceptuaron los ítems 3, 4 y 15, porque disminuían la confiabilidad de las escalas pre y post.

12. Diseño estadístico

Para el análisis de los resultados de este trabajo de investigación se utilizara *la Distribución t* (de Student). En probabilidad y estadística, la distribución t (de Student) es una distribución de probabilidad que surge del problema de estimar la media de una población normalmente distribuida cuando el tamaño de la muestra es pequeño. Como el objetivo del estudio es medir la efectividad de la terapia psicológica, se comparara la media de las escalas pre-tratamiento con las post-tratamiento. Para el análisis se utilizara una distribución t para muestras apareadas. El procedimiento de la prueba t para muestras apareadas evalúa si hay diferencias significativas entre dos variables distintas o diferentes a cero. Y esta es aplicable para dos tipos de estudios, las de repetición de medidas y los diseños de comparación de sujetos (Green & Neil, 2004). El cual podemos definir la formula de la *t* de student para muestras apareadas por:

$$t = \frac{\sum d}{\sqrt{\frac{n(\sum d^2) - (\sum d)^2}{n-1}}}$$

Podemos entender esta fórmula como:

La parte superior de la fórmula. Es la suma de las diferencias (es decir, la suma de *d*). La parte inferior de la fórmula se lee como: La raíz cuadrada de los siguientes: *n* veces la suma de los cuadrados de las diferencias de *d*, menos la suma de los cuadrados de las diferencias de *d*, todo sobre *n-1*.

Para efectuar el análisis estadístico en este estudio, se utilizó el programa estadístico SPSS, para comparar las medias pre-intervención y el post-intervención, por medio de la prueba estadística de t de student para muestras apareadas.

13. Tratamiento

El objetivo de este proyecto de Tesis de Maestría es de evaluar la efectividad de un programa de intervención grupal Cognitivo-Conductual, para mejorar el estado emocional de los pacientes que están reclusos en la Fundación Casa Hogar El Buen Samaritano. De tal forma que aunado a su tratamiento antirretroviral, estas personas puedan tener una mejor calidad y expectativa de vida.

Primero se realizó una anamnesis. Como base para el desarrollo de esta anamnesis se utilizó el modelo de entrevista de la Clínica Psicológica de la Universidad de Panamá. Finalizada la entrevista, el siguiente paso consistió en evaluar el afecto, ansiedad, depresión, autoestima, calidad de vida, apoyo social, adaptación social, hipocondriasis y locus de control de las personas reclusas en el centro, con VIH/SIDA.

Se implementó un programa cognitivo conductual, de formato grupal, basado en el programa de intervención grupal Cognitivo-Conductual de Ballester (2003). Los módulos fueron adaptados a esta población en particular, en base a los resultados de la anamnesis y las mediciones de los cuestionarios pre-tratamiento. El programa de terapia tuvo una duración de 8 sesiones (dos veces por semana) con un mínimo de dos días de por medio, y de una duración de dos horas cada sesión, en un horario vespertino debido a que sus citas médicas de los sujetos son matutinas por lo general.

Luego de la anamnesis y de la evaluación, se realizó una sesión inicial de presentación del programa y de los participantes del grupo. La sesión siguiente, que consideramos la primera sesión del tratamiento, estaba dedicada a informar a los pacientes acerca de su enfermedad. En la sesión 2 se introdujo el módulo cognitivo, a partir, fundamentalmente, del modelo ABC de Ellis. En la sesión 3, siguiendo con el módulo cognitivo, se enseñó a los pacientes a combatir sus pensamientos negativos. En la sesión 4, el objetivo central fue el fomento de la autoestima de los pacientes. La sesión 5 fue dirigida al entrenamiento en relajación. En la sesión 6 se entrenó a los pacientes en técnicas de solución de problemas. La sesión 7 se centró en la promoción de la salud, incluyendo temas relacionados a la adhesión al tratamiento, los hábitos de salud aconsejables y la prevención de reinfecciones. Finalmente, dedicamos una última sesión a la prevención de recaídas.

Luego del tratamiento realizamos una segunda medición para evaluar su efectividad. Evaluamos nuevamente el afecto, ansiedad, depresión, autoestima, calidad de vida, apoyo social, adaptación social, hipocondriasis y locus de control. En caso tal de ausencias por enfermedad o cualquier otro inconveniente, se realizó una sesión de reposición o recuperación de sesión.

Este programa está basado en el trabajo realizado por Ballester (2003) que lleva por título eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA.

13.1 Contenido de las sesiones del programa de intervención

SESIÓN INICIAL: PRESENTACIÓN

- a) Presentación del terapeuta.
- b) Objetivos de la sesión.
- c) Presentación de los pacientes en la que comentan, entre otros temas, su situación actual con respecto al SIDA.
- d) Explicación por parte del terapeuta de los aspectos generales en los que va a consistir el programa de intervención.
- e) Opinión del grupo sobre el tratamiento que se va a recibir y expectativas sobre el proceso y resultado terapéuticos.
- f) Aclaración por parte del terapeuta de las normas de funcionamiento.
- g) Anamnesis
- h) Pase de cuestionarios.
- i) Fijación de la próxima sesión.

SESIÓN 1: MÓDULO EDUCATIVO

- a) Ronda entre los pacientes para saber sus conocimientos y dudas sobre cada punto.
- b) Explicación con la ayuda de algunas diapositivas, centrándonos básicamente en los siguientes temas: qué es el VIH, cómo se transmite, cómo afecta al organismo, qué es el SIDA, su prevalencia y manifestaciones clínicas.
- c) Aclaración de cualquier duda.
- d) Visionado de un vídeo. ¿Por qué aún no existe una vacuna contra el VIH?

e) Planteamiento por parte del terapeuta de las posibles líneas de acción ante la infección: Prevención e intervención psicológica.

f) ¿Cómo pueden mis emociones afectar mi salud?

SESIÓN 2: INTRODUCCIÓN AL MÓDULO COGNITIVO

a) Análisis de las posibles dudas respecto al material de apoyo entregado en la sesión anterior.

b) Recordar problemática emocional y dificultad para enfrentarse a ciertas situaciones en pacientes con VIH.

c) Importancia del manejo de las emociones negativas. Efectos para su calidad de vida e incluso para su cantidad de vida

d) Plan general del tipo de técnicas psicológicas que van a aprender para ello.

e) Ejemplo para la introducción de la terapia cognitiva en el que se plantea la importancia de los pensamientos.

f) Presentación del modelo ABC de Albert Ellis.

g) Ronda para que cada uno ponga sus ejemplos de la importancia de los pensamientos.

h) Intervención de los pacientes para comentar cuáles son sus principales pensamientos negativos en torno al SIDA.

i) Explicación y entrega de la hoja de registro para los pensamientos negativos.

SESIÓN 3: MÓDULO COGNITIVO (II)

a) Revisión de los registros sobre pensamientos negativos y de las dudas sobre el

material de autoayuda.

- b) Anotar en la pizarra los pensamientos registrados más frecuentes.
- c) Explicación de los pasos para la discusión cognitiva de los pensamientos negativos.
- d) Ejemplificar o aplicar a dos pensamientos negativos (no relacionados con la autoestima).
- e) Entregar hoja recuerdo con los pasos para la discusión cognitiva.
- f) Tarea: aplicar a un pensamiento o dos y dar registro nuevo con pensamientos alternativos.

SESIÓN 4: ENTRENAMIENTO EN AUTOESTIMA

- a) Revisar la tarea de la discusión cognitiva.
- b) ¿Qué entienden por autoestima?
- c) Concepto e importancia de la autoestima. Dimensiones de la misma. Consecuencias de una baja autoestima.
- d) ¿Qué es la Autoaceptación? ¿Por qué mantener la Autoaceptación? Diferencias entre ambas.
- e) ¿Qué es la autoevaluación?
- f) Resumen final.
- g) Tarea: discusión cognitiva de pensamientos negativos relacionados con la autoestima, leer el material de apoyo y apuntar todas las noches alguna cualidad positiva de sí mismos.

SESIÓN 5: ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN

- a) Revisión de la tarea.
- b) Explicación acerca de la utilidad de la relajación: síntomas fisiológicos de la ansiedad.
- c) Distintos tipos de relajación: relajación progresiva tipo Jacobson.
- d) Explicación de la secuencia de músculos y el procedimiento básico.
- e) Aplicación a todo el grupo (evaluar la ansiedad antes y después). Posibles problemas.
- f) Entrega de un material de apoyo y una hoja de registro de relajación.
- g) Tarea: aplicar la relajación una vez al día (explicar condiciones).

SESIÓN 6: ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

- a) Revisión de la tarea.
- b) Recordar el modelo ABC. Nos centramos en la A.
- c) Los pacientes aportan los problemas más importantes a los que se enfrentan.
- d) Hacer tipologías en función de las áreas a las que afectan.
- e) Pasos de la solución de problemas.
- f) Ejemplificar con un caso. Los pacientes aplican los pasos a un problema.
- g) Tarea: que lo apliquen a un problema que tengan durante la semana. Darles el material de autoayuda.

SESIÓN 7: PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y FISICA: ADHESIÓN AL TRATAMIENTO, HÁBITOS DE SALUD Y PREVENCIÓN DE REINFECCIONES

- a) Revisión de la tarea.

- b) Estadísticas sobre VIH/SIDA
- c) La adhesión al tratamiento: fármacos, prevención de reinfecciones y seguimiento de las visitas médicas.
- d) ¿Cómo valoran su adhesión?
- e) ¿Qué problemas tienen para adherirse al tratamiento, dificultades o causas de la no-adhesión?
- f) Importancia de la adecuada adhesión: ventajas e inconvenientes (efectos secundarios). Decisión personal.
- g) Estrategias para mejorar la adhesión: información de cómo actúan los fármacos (fragmento de vídeo), planificar las tomas, solucionar los impedimentos, anticipar las dificultades y tratamiento de los efectos secundarios.
- h) Los hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, drogas. Su influencia y cómo prevenirlos.
- i) La importancia y promoción de hábitos saludables como el ejercicio físico y una adecuada alimentación.
- j) Prevención de reinfecciones: el uso del preservativo y no compartir jeringas en el caso de las drogas inyectadas.
- k) Resumen, dar capítulos recordatorios.

SESIÓN 8: PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

- a) Repaso de la evolución de los pacientes en la terapia. Análisis del grupo y visionado de fragmentos de vídeo.
- b) Valoración de los pacientes acerca de su evolución.
- c) Repaso del contenido: lo que se ha realizado durante el tratamiento.

- d) Atribución de la mejoría.
- e) Refuerzo por parte del terapeuta.
- f) Dudas o análisis de problemas residuales.
- g) Expectativas futuras, qué va a ocurrir cuando finalice la terapia.
- h) Importancia de seguir practicando las técnicas.
- i) ¿Qué ocurriría si reaparecieran los síntomas?
- k) Pase de cuestionarios.

CAPITULO VI. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

1. Análisis de los resultados

Para el análisis de los resultados se utilizó el programa estadístico SPSS. Luego de determinar la confiabilidad de la escala, basada en los ítems, se calculó el promedio o la media para cada una de las escalas. Para calcular la media de cada escala se obtuvo el promedio mediante la suma de las puntuaciones de los ítems (ejemplo: se calculó la media de ansiedad, la media de depresión, etc.). Luego de obtener la media de cada escala se utilizó, para obtener los niveles de significancia estadística, la prueba de *t* de Student para muestras apareadas, descrita en la sección de “Diseño Estadístico: El programa estadístico SPSS nos proporciona los valores de *t* observada y la *p*. Sin embargo, también contrastamos la *t* observada con el valor de la *t* crítica. En este estudio, el valor crítico de la distribución *t* corresponde a ($t(5) = 2.57$), para un nivel de significancia de $p < 0.05$, para todos los resultados de las *t* de Student en cada escala. A continuación se presentarán los resultados.

Tabla N° 1 – Grado de cambio pre test y pos test observado con el tratamiento

Programa de Intervención Cognitiva Conductual en Pacientes con VIH/SIDA						
(Grado de cambio pre test – pos test observado con el tratamiento (t student) [N= 6])						
Tipo de Variable	variable	Pre		Pos		t
		tratamiento		tratamiento		
		μ	SD	μ	SD	
Estado emocional	HAD	1.59	.38	1.34	.25	3.40*
	BAI	1.7	.37	1.4	.26	2.20**
	BDI	1.81	.37	1.37	.26	3.38*
	PANNAS –Pos	3.36	.99	3.52	1.10	-2.88
	PANNAS - Neg	4.70	.26	4.47	.49	.838
Percepción hacia la enfermedad	IH	3.07	.65	2.40	.71	1.89**
Grado de Interferencia	Q-Les-Q-Salud física	3.62	.52	3.52	.78	.258
	Q-Les-Q-estado emocional	4.24	.55	4.10	.62	.674
	Q-Les-Q-actividades de casa	4.48	.43	4.57	.73	-.429
	Q-Les-Q-tiempo libre	3.81	.71	3.81	.58	.00
	Q-Les-Q-relaciones sociales	3.91	.64	3.98	.65	-.303
	Q-Les-Q-Actividades Generales	3.65	.55	3.91	.45	-1.63
Percepción Social	SASS	2.43	.43	2.80	.40	2.17**
	MSPSS	4.34	.64	4.19	.67	.423
Locus de Control Interno	Locus de Control	3.57	.53	4.08	.46	2.64*

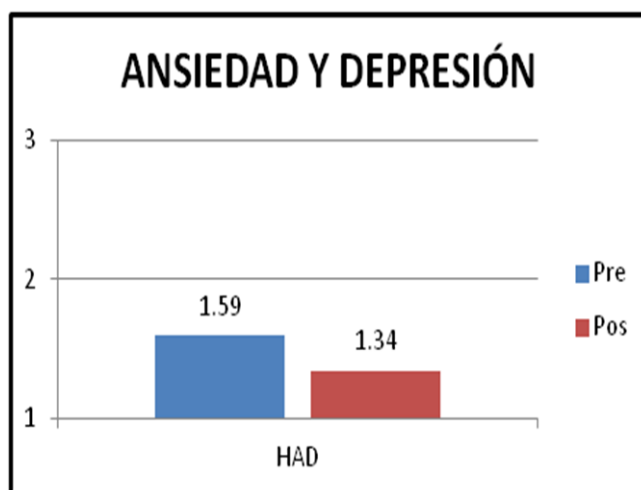
*Nota: *p<.05, significativa; ** p<1.2, casi significativa; tc:2.57*

1.1 Variables relacionadas al estado emocional del Paciente

1.1.1. Depresión y Ansiedad

En cuanto a la efectividad del tratamiento para reducir los niveles de ansiedad y depresión según el HAD en el grupo de pacientes con VIH, hubo una disminución significativa de niveles de ansiedad y depresión ($t(5) = 3.400, p < .05$), entre las mediciones efectuadas antes ($\bar{x} = 1.59, SD = .38$) y después ($\bar{x} = 1.34, SD = .25$) de asistir al tratamiento. Si contrastamos los resultados con la t crítica de 2.57, podemos ver que nuestra t observada es mayor que la t crítica. Es decir, el tratamiento influyó significativamente en los niveles de ansiedad y depresión.

Grafica N° 1 – Ansiedad y Depresión. HAD



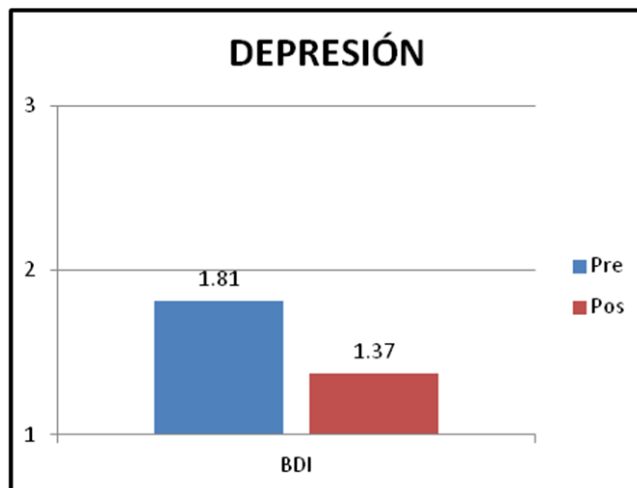
$$t(5) = 3.40, p < .05$$

1.1.2. Depresión

En cuanto a la efectividad del tratamiento para reducir los niveles de depresión evaluados por el BDI en el grupo de pacientes con VIH, hubo una disminución significativa de niveles de depresión ($t(5) = 3.38, p < .05$), entre las mediciones

efectuadas antes ($\bar{x} = 1.81$, $SD=.37$) y después ($\bar{x} = 1.37$, $SD=.26$) de asistir al tratamiento. Si contrastamos los resultados con la t crítica de 2.57, podemos ver que nuestra t observada es mayor que la t crítica. Es decir, el tratamiento influyo significativamente en los niveles de depresión.

Gráfica N° 2 – Depresión. BDI

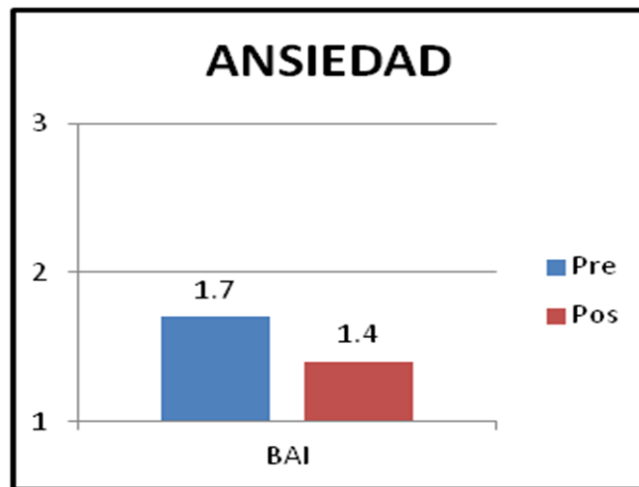


$$t(5) = 3.38, p < .05$$

1.1.3 Ansiedad

En cuanto a la efectividad del tratamiento para reducir los niveles de ansiedad según el BAI en el grupo de pacientes con VIH, hubo una tendencia casi significativa en cuanto a la disminución de niveles de ansiedad ($t(5) = 2.203$, $p=.07$), entre las mediciones efectuadas antes ($\bar{x} = 1.7$, $SD=.37$) y después ($\bar{x} =$

1.4, SD=.26) de asistir al tratamiento. Si contrastamos los resultados con la t crítica de 2.57, podemos ver que nuestra t observada es menor que la t crítica.



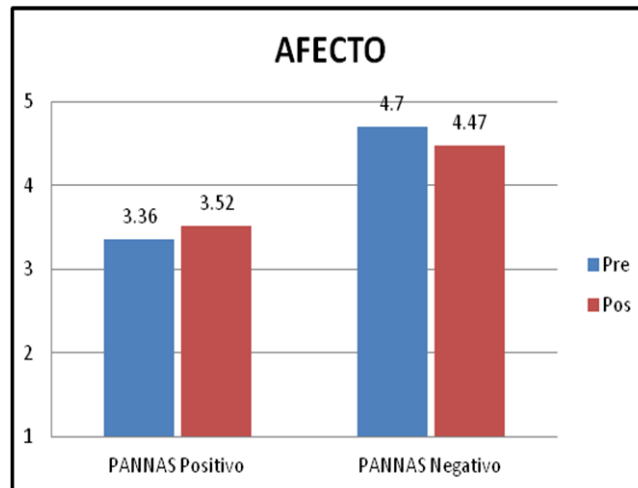
$$t(5) = 2.203, p=.07$$

1.1.4. Afecto

En cuanto al efecto del tratamiento según el PANNAS en el afecto positivo en el grupo de pacientes, no se encontró diferencia significativa entre las mediciones efectuadas antes ($\bar{x} = 3.36$, SD = .99) y después ($\bar{x}=3.52$, SD=1.10) de asistir al tratamiento. Similarmente, en cuanto al efecto del tratamiento en el afecto negativo en el grupo de pacientes, no se encontró diferencia significativa entre las mediciones efectuadas antes ($\bar{x} = 4.70$, SD = .26) y después ($\bar{x}=4.47$, SD=.49) de asistir al tratamiento. Si contrastamos los resultados con la t crítica de 2.57, podemos ver que nuestra t observada para afecto positivo ($t(5) = 0.288$) y para afecto negativo ($t(5) = 0.838$) es menor que la t crítica. Es decir, el tratamiento no

influyo significativamente en los niveles de afecto positivo ni negativo de los sujetos.

Gráfica N° 4 – Afecto. PANNAS

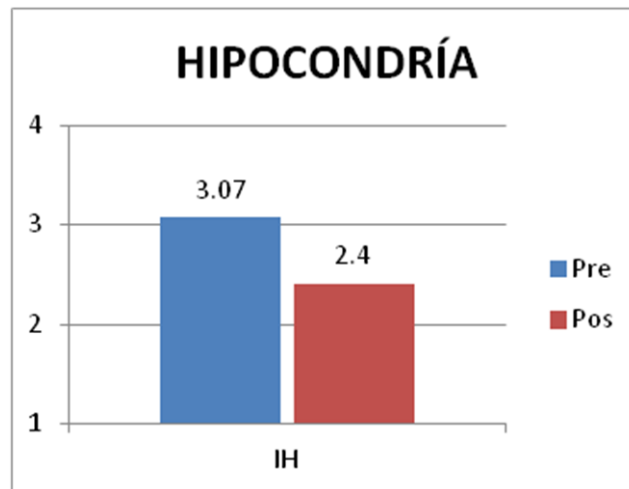


1.2. Percepción hacia la enfermedad.

En cuanto al tratamiento los niveles de hipocondría según IH en el grupo de pacientes con VIH, se encontró una tendencia casi significativa en la disminución de los niveles de hipocondría ($t(5) = 1.89, p=.11$), entre las mediciones efectuadas antes ($\bar{x} = 3.07, SD=.65$) y después ($\bar{x} = 2.40, SD=.71$) de asistir al tratamiento. Si

contrastamos los resultados con la t crítica de 2.57, podemos ver que nuestra t observada es menor que la t crítica.

Gráfica N° 5 – Hipocondría. IH



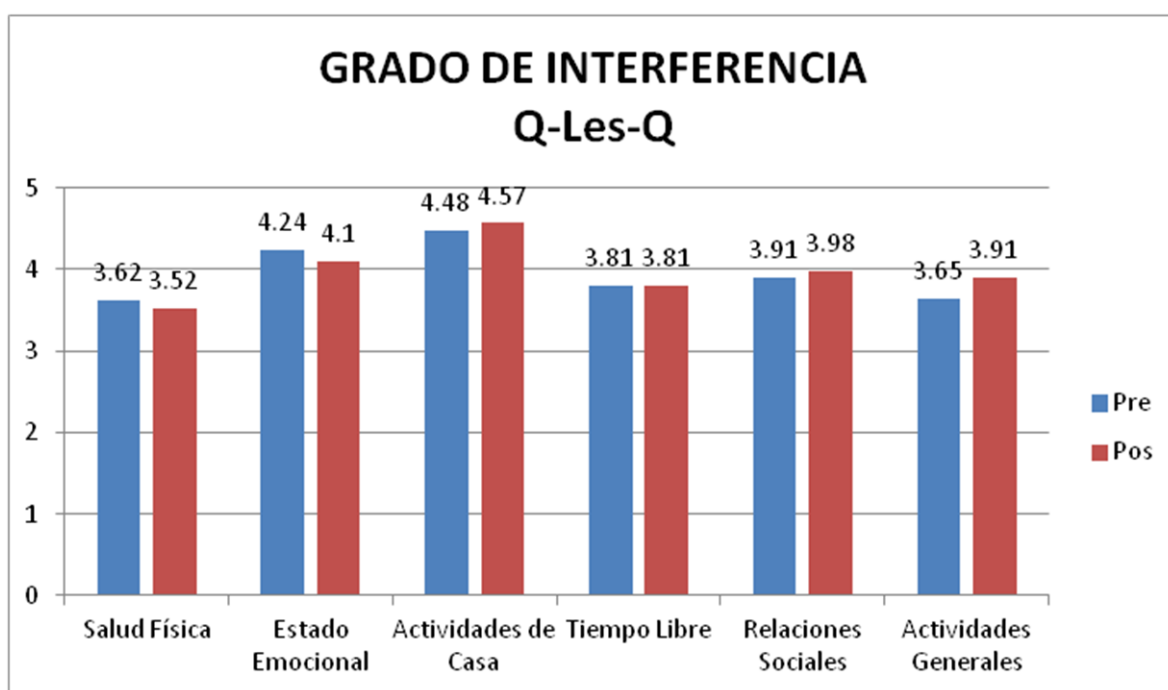
$t(5) = 1.89, p=.11$

1.3. Grado de interferencia de la enfermedad en distintos aspectos de la vida.

Para los siguientes resultados relacionados a la calidad de vida según el Q-Les-Q se presentaran en base a cada una de las 6 áreas. No se encontró ningún resultado significativo en las escalas. Es decir, no se encontró diferencia significativa entre las mediciones efectuadas antes y después de asistir al tratamiento, en el grupo de sujetos, para las escalas de salud física/ actividades, estado emocional, actividades de la casa, tiempo libre, relaciones sociales, ni en la

escala de actividades generales. Es decir, el tratamiento no influyo significativamente en los niveles de calidad de vida.

Grafica N° 6 – Calidad de Vida. Q-Les-Q

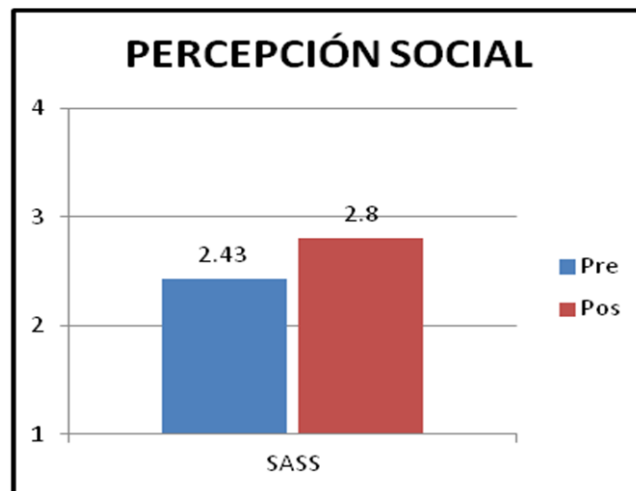


1.4. Percepción social

Escala Auto aplicada de Adaptación Social (Social Adaptation Self-evaluation Scale, SASS) (Bobes et al. 1999)

En cuanto a la efectividad del tratamiento para aumentar los niveles de adaptación social en el grupo de pacientes con VIH, se encontró una tendencia casi significativa en el aumento de los niveles de adaptación ($t(5) = 2.17, p=.08$), entre las mediciones efectuadas antes ($\bar{x} = 2.43, SD=.43$) y después ($\bar{x} = 2.80, SD=.40$) de asistir al tratamiento. Si contrastamos los resultados con la t crítica de 2.57, podemos ver que nuestra t observada es menor que la t crítica.

Gráfica N° 7 – Percepción Social. SASS



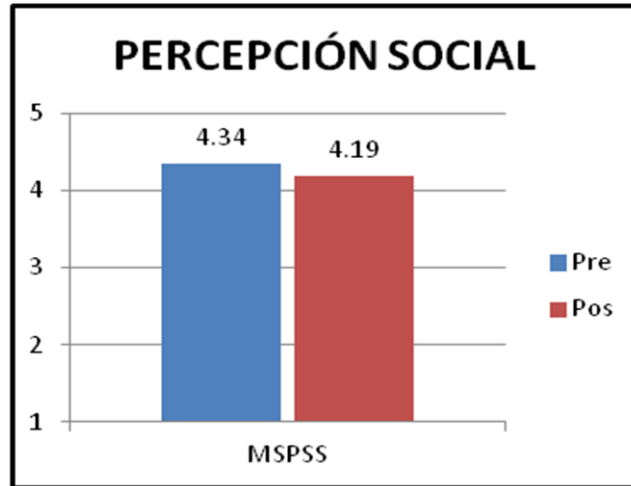
$$t(5) = 2.17, p=.08$$

1.4. Escala de apoyo social percibido

En cuanto al efecto del tratamiento en el apoyo social en el grupo de pacientes, no se encontró diferencia significativa ni tendencia entre las mediciones efectuadas antes ($\bar{x} = 4.34, SD = .64$) y después ($\bar{x}=4.19, SD=.67$) de asistir al tratamiento. Si

contrastamos los resultados con la t crítica de 2.57, podemos ver que nuestra t observada ($t(5) = 0.42$) es menor que la t crítica. Es decir, el tratamiento no influyo significativamente en los niveles de apoyo social de los sujetos.

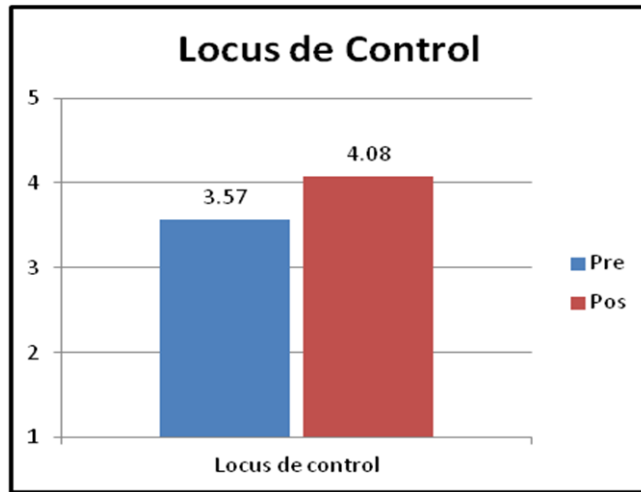
Gráfica N° 8 – Percepción Social. MSPSS



1.5. Locus de control

En cuanto a la efectividad del tratamiento para aumentar los niveles de locus de control en el grupo de pacientes con VIH, se encontró una diferencia significativa en cuanto al aumento de locus de control interno ($t(5) = 2.63, p < .05$), entre las mediciones efectuadas antes ($\bar{x} = 3.57, SD = .53$) y después ($\bar{x} = 4.08, SD = .46$) de asistir al tratamiento. Si contrastamos los resultados con la t crítica de 2.57, podemos ver que nuestra t observada es mayor que la t crítica. Es decir, el tratamiento influyo significativamente en los niveles de locus de control interno.

Gráfica N° 9 – Locus de Control Interno. Locus de Control



$$t(5) = 2.63, p < .05$$

2. Tablas de Resultados por instrumentos

A continuación se presentaran todos los resultados tabulados correspondientes a los diferentes cuestionarios y escalas utilizadas para medir las diferentes variables dependientes y analizar los resultados. Los número en negritas puestos horizontalmente corresponderán al número de preguntas, en cambio las letras con número puestas de forma vertical corresponderán a los pacientes o sujetos evaluados. Por motivos de confidencialidad se omitieron los nombres e iniciales de los participantes.

2.2.1 Estado emocional

Por Estado emocional corresponderá a los instrumentos de: la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, Cuestionario de Autoestima de Rosemberg,

Escala de Afecto Positivo y Negativo, Inventario de Ansiedad Beck y Inventario de Depresión de Beck. A continuación se presentaran los diferentes resultados.

Tabla 2: HAD pre prueba

HAD – Pre Prueba															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Total
S1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4
S2	0	1	0	0	1	2	3	1	0	1	0	3	1	3	16
S3	1	0	1	0	3	1	2	1	0	0	1	0	1	1	12
S4	0	3	2	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	8
S5	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	7
S6	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4
total	6	6	3	0	4	4	7	3	2	1	4	3	4	4	51

Tabla 3: HAD pos prueba

HAD – Pos Prueba															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	total
S1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2
S2	0	0	0	0	3	2	0	1	0	2	1	0	0	0	9
S3	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	5
S4	0	2	1	0	1	0	0	1	0	0	0	3	0	0	8
S5	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	2	1	0	6
S6	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Total	1	4	1	0	5	4	1	4	0	2	3	6	1	0	32

Tabla 4: BDI pre Prueba

BDI – Pre prueba																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	total
S1	0	0	0	2	1	3	2	2	0	0	0	0	3	0	2	2a	1	1b	2	0	2	23
S2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	1	3b	0	1a	1	2	0	10
S3	0	0	2	3	1	3	0	0	0	0	2	0	2	1	1	1a	0	1a	1	0	1	19
S4	0	0	3	3	2	3	0	3	1	0	3	1	0	3	0	0	0	1b	0	0	0	23
S5	0	0	2	2	1	0	0	1	0	2	1	0	1	1	0	1b	0	1a	1	0	1	15
S6	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	3b	0	1a	2	1	2	11
total	0	0	7	10	6	10	4	6	1	5	6	1	6	6	4	6	1	6	7	3	6	101

Tabla 5: BDI pos prueba

BDI – Pos prueba																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Total
S1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	2	0	0	6
S2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1a	0	1	0	7
S3	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	0	1a	0	2	0	11
S4	0	0	2	3	1	3	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1a	0	0	1	1	1	15
S5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S6	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1b	0	0	0	1	1	6
Total	1	0	2	8	3	4	0	0	0	0	4	0	2	2	5	2	0	2	3	5	2	45

Tabla 6: BAI pre prueba

BAI – Pre prueba																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Total
S1	1	3	2	0	2	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	14
S2	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	3	0	3	0	0	0	0	0	1	12
S3	0	0	0	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0	0	2	10
S4	1	0	2	2	3	2	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	14
S5	2	2	2	1	2	1	1	1	0	2	2	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	20
S6	2	1	2	2	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	13
Total	6	6	8	8	9	5	2	4	1	4	2	6	4	2	5	1	1	2	1	0	6	83

Tabla 7: BAI pos prueba

BAI – Pos prueba																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Total
S1	0	0	1	0	3	1	0	3	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	11
S2	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	0	2	2	2	0	0	0	0	13
S3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4
S4	0	3	2	0	1	1	0	2	0	1	0	1	0	2	0	0	1	0	0	0	1	15
S5	2	0	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
S6	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Total	4	6	7	1	4	4	1	6	0	1	1	2	2	4	2	2	3	0	1	0	2	53

Tabla 8: EAR pre prueba

EAR – Pre prueba											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
S1	4	5	5	3	5	1	2	4	2	1	32
S2	5	5	2	5	5	2	1	5	1	1	32
S3	5	5	4	5	4	4	2	1	1	4	35
S4	5	5	2	5	5	1	2	5	1	5	36
S5	5	5	5	5	5	2	1	5	1	5	39
S6	5	5	5	5	5	2	1	5	1	5	39
Total	29	30	23	28	29	12	9	25	7	21	213

Tabla 9: EAR pos prueba

EAR – Pos prueba											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
S1	4	5	4	5	5	1	1	3	1	5	34
S2	5	5	4	3	4	1	1	5	1	1	30
S3	5	5	4	5	4	5	1	2	1	1	33
S4	5	4	3	5	5	3	1	3	1	3	33
S5	5	5	5	5	5	1	1	5	1	1	34
S6	5	4	5	5	5	5	1	5	1	1	37
Total	29	28	25	28	28	16	6	23	6	12	201

Tabla 10: PANNAS pre prueba

PANNAS – Pre prueba																					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Total
S1	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2	2	4	2	4	3	2	3	2	41
S2	3	1	1	2	2	1	1	5	3	2	2	2	1	2	1	2	4	1	4	1	41
S3	4	1	4	1	2	1	1	1	5	1	2	5	1	4	3	5	5	1	4	1	52
S4	4	1	1	1	3	1	1	1	5	1	1	4	1	4	1	5	5	1	3	1	45
S5	4	2	3	1	3	1	1	1	3	4	1	2	1	3	2	2	2	1	3	1	41
S6	5	2	5	2	5	1	1	1	5	5	1	5	1	5	1	5	5	1	5	1	62
Total	22	9	15	8	17	7	7	10	23	14	8	20	7	22	10	23	24	7	22	7	282

Tabla 11: PANNAS pos prueba

PANNAS – Pos prueba																					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Total
S1	5	1	4	1	4	1	1	1	5	5	1	1	1	5	1	5	5	1	4	1	53
S2	2	3	1	4	2	2	1	1	2	4	2	3	1	3	2	2	3	2	2	3	45
S3	5	1	5	1	5	1	1	1	5	1	1	5	1	5	1	5	5	1	5	1	56
S4	2	1	2	1	3	1	1	1	2	2	1	1	2	1	3	3	1	3	2		33
S5	4	4	4	1	4	1	1	1	4	4	1	2	1	4	2	4	4	1	4	1	52
S6	4	2	4	1	4	2	2	1	4	3	1	4	2	4	4	5	5	2	4	1	59
Total	22	12	20	9	22	8	7	6	22	19	7	16	8	22	13	24	23	10	21	7	298

2.2.2 PERCEPCIÓN SOCIAL

Tabla 12: MSPSS pre prueba

MSPSS – Pre prueba													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total
S1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	59
S2	3	5	1	2	5	4	5	5	2	4	5	4	45
S3	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	4	5	57
S4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	56
S5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	56
S6	3	5	1	4	4	4	1	4	4	5	1	4	40
Total	22	30	22	25	29	28	25	29	26	28	21	28	313

Tabla 13: MSPSS pos prueba

SASS – Pos prueba																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Total	
S1	2		3	3	4	4	2	3	2	3	3	2	4	2	4	4	2	1	2	1	3	4	58
S2	2		4	2	4	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	2	2	3	2	56
S3	1	3		3	1	3	3	2	3	2	3	4	3	3	4	4	3	4	1	4	3	3	60
S4	2		3	3	3	3	2	3	3	2	2	4	3	4	2	3	3	3	2	3	1	3	57
S5	2		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	1	1	3	2	3	56
S6	1	4		1	2	2	2	2	2	2	2	4	2	4	3	3	2	2	3	4	3	3	53
Total	10	7	13	15	17	18	15	15	16	15	16	20	17	19	18	19	16	13	11	17	15	18	340

Tabla 14: SASS pre prueba

SASS – Pre prueba																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Total	
S1	2		4	4	3	4	2	4	3	3	2	4	4	4	1	4	4	4	2	4	2	3	67
S2	2		4	2	2	4	2	2	4	2	3	2	3	1	1	2	3	2	2	2	2	2	49
S3	2		2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	1	2	3	2	2	4	2	3	46
S4	2		4	4	4	2	1	2	2	3	2	4	1	4	1	4	1	4	2	3	1	1	52
S5	2		2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	58
S6	1	4		4	4	4	2	2	2	2	2	3	2	4	3	4	2	2	3	4	1	4	59
Total	11	4	16	19	18	18	12	15	16	15	14	19	15	18	10	19	16	17	12	20	11	16	331

Tabla 15: SASS pos prueba

SASS – Pos prueba																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Total	
S1	2		3	3	4	4	2	3	2	3	3	2	4	2	4	4	2	1	2	1	3	4	58
S2	2		4	2	4	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	2	2	3	2	56
S3	1	3		3	1	3	3	2	3	2	3	4	3	3	4	4	3	4	1	4	3	3	60
S4	2		3	3	3	3	2	3	3	2	2	4	3	4	2	3	3	3	2	3	1	3	57
S5	2		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	1	1	3	2	3	56
S6	1	4		1	2	2	2	2	2	2	2	4	2	4	3	3	2	2	3	4	3	3	53
Total	10	7	13	15	17	18	15	15	16	15	16	20	17	19	18	19	16	13	11	17	15	18	340

2.2.3 PERCEPCIÓN HACIA LA ENFERMEDAD

Tabla 16: IH pre prueba

IH - Pre prueba															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Total
S1	1	1	4	5	2	1	4	3	4	4	1	4	1	2	37
S2	1	1	2	4	4	2	4	4	5	5	2	1	1	1	37
S3	4	2	5	5	1	4	3	1	5	5	5	5	3	1	49
S4	1	4	4	5	1	1	1	1	5	1	4	5	2	1	36
S5	1	4	4	3	2	2	2	2	4	4	4	4	2	1	39
S6	5	1	4	5	1	5	3	1	1	4	5	4	1	5	45
Total	13	13	23	27	11	15	17	12	24	23	21	23	10	11	243

Tabla17: IH pos prueba

IH - Pos prueba															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Total
S1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	1	1	22
S2	4	1	2	4	5	4	2	1	4	5	2	1	1	5	41
S3	5	3	5	5	1	1	5	1	3	1	1	5	1	1	38
S4	1	3	3	4	1	1	2	3	4	2	5	3	4	1	37
S5	1	1	1	3	3	3	1	3	3	2	3	1	1	1	27
S6	4	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	1	4	32
Total	16	12	13	18	12	11	12	10	16	16	20	19	9	13	197

2.2.4 GRADO DE INTERFERENCIA

Tabla 18: Q_Les_Q – Salud Física - pre prueba

Q-Les-Q - Salud Física – pre prueba														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Total
S1	2	3	4	3	3	2	3	4	3	3	3	5	2	40
S2	1	3	4	3	3	3	4	3	5	5	3	3	1	41
S3	3	4	5	4	5	3	3	5	5	5	5	5	5	57
S4	5	3	2	1	1	2	5	2	2	2	2	1	3	31
S5	3	5	5	3	3	3	3	3	3	5	5	5	5	51
S6	3	3	5	5	4	5	4	4	4	5	5	5	3	55
Total	17	21	25	19	19	18	22	21	22	25	23	24	19	275

Tabla 19: Q_Les_Q – Salud Física - pos prueba

Q-Les-Q - Salud Física – pos prueba														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	total
S1	1	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	4	56
S2	1	3	4	3	4	1	3	3	1	2	5	4	4	38
S3	1	4	5	5	4	4	1	5	5	4	4	5	1	48
S4	3	3	3	3	3	4	4	3	4	4	3	3	5	45
S5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	42
S6	3	4	4	5	4	5	4	4	4	5	4	4	3	53
Total	12	22	24	24	23	18	20	23	22	24	25	25	20	282

Tabla 20: Q_Les_Q – Estado emocional - pre prueba

Q-Les-Q - Estado emocional – pre prueba															
	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	Total
S1	5	5	5	4	5	4	5	3	5	3	4	4	1	5	58
S2	3	3	5	3	3	3	5	5	5	3	5	5	5	3	56
S3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	70
S4	2	3	5	5	5	4	5	3	5	4	1	3	1	2	48
S5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	56
S6	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	68
Total	24	25	28	26	27	25	29	25	29	24	24	26	20	24	356

Tabla 21: Q_Les_Q – Estado emocional - pos prueba

Q-Les-Q - Estado emocional – pos prueba															
	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	Total
JM	5	5	5	5	3	5	5	4	4	5	5	5	5	4	65
JJ	3	3	3	4	5	3	5	5	3	3	3	3	3	3	49
TA	5	4	5	5	4	5	5	5	5	3	5	4	4	5	64
NR	3	4	3	4	4	4	4	5	3	4	3	4	4	4	53
TM	3	3	3	3	3	3	3	5	5	4	3	3	3	3	47
OM	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	66
Total	24	23	23	25	24	25	27	29	25	24	24	23	24	24	344

Tabla 22: Q_Les_Q – Trabajo - pre prueba

Q-Les-Q - Trabajo – pre prueba																		
					28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	Total
S1	2	2	2	No he buscado														
S2	2	2	2	1														
S3	2	2	2	1														
S4	2	2	2	1														
S5	2	2	2	No quiero														
S6	1	1	2		5	4	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	62
Total																		62

Tabla 23: Q_Les_Q – Trabajo - pos prueba

Q-Les-Q - Trabajo – pos prueba																		
					28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	Total
S1	2	2	2	2														
S2	2	2	2	1														
S3	1	1	2		4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	61
S4	2	2	2	1														
S5	2	2	2	no he conseguido														
S6	1	1	2		4	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	61
Total																		122

Tabla 24: Q_Les_Q – Actividades de casa - pre prueba

Q-Les-Q - actividades de casa – pre prueba													
			41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	Total
S1	1		5				5	5	5	4	4	5	33
S2	1		5				5	1	2	2	5	3	23
S3	1		5				5	5	5	5	5	5	35
S4	2												
S5	1		4				5	5	5	5	5	5	34
S6	1		5				5	5	5	5	5	5	35
Total			24				25	21	22	21	24	23	160

Tabla 25: Q_Les_Q – Actividades de casa - pos prueba

Q-Les-Q - actividades de casa – pos prueba													
			41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	Total
S1	1		4				5	5	5	5	5	5	34
S2	1						3	3	5	5	4	3	23
S3	1		5				5	5	5	4	5	5	34
S4	1		3				4	4	3	3	3	3	23
S5	1		5				5	5	5	5	5	2	32
S6	1		5				5	5	5	4	5	1	30
Total			22				27	27	28	26	27	19	176

Tabla 26: Q_Les_Q – Clase - pre prueba

Q-Les-Q - Clase – pre prueba													
			51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	Total
S1	2	no me han solicitado											
S2	2	espero la oportunidad											
S3	2	ya no quiero seguir											
S4	2	1											
S5	2	3											
S6	2	graduado vocacional											
Total													

Tabla 27: Q_Les_Q – Clase - pos prueba

Q-Les-Q - Clase – pos prueba													
			51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	Total
S1	2	1											
S2	2	1											
S3	2												
S4	2	dificultad visual											
S5	2												
S6	2	no estoy entusiasmado											
Total													

Tabla 28: Q_Les_Q – Tiempo Libre - pre prueba

Q-Les-Q - tiempo libre – Pre prueba							
	61	62	63	64	65	66	Total
S1	3	4	3	3	2	3	18
S2	4	5	3	3	4	4	23
S3	5	5	5	5	5	5	30
S4	4	3	4	5	3	4	23
S5	4	4	4	4	4	4	24
S6	3	4	3	3	2	4	19
Total	23	25	22	23	20	24	137

Tabla 29: Q_Les_Q – Tiempo Libre - pos prueba

Q-Les-Q - tiempo libre – Pos prueba							
	61	62	63	64	65	66	Total
S1	5	5	4	5	4	5	28
S2	3	5	5	3	5	5	26
S3	3	5	5	5	1	4	23
S4	3	4	3	3	3	4	20
S5	3	5	3	3	3	3	20
S6	4	4	4	4	1	3	20
Total	21	28	24	23	17	24	137

Tabla 30: Q_Les_Q – Relaciones Sociales - pre prueba

Q-Les-Q - Relaciones sociales – pre prueba												
	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	Total
S1	4	4	5	4	4	5	4	4	3	1	1	39
S2	4	3	3	3	5	1	3	3	5	3	3	36
S3	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	53
S4	5	5	1	4	5	5	4	5	5	5	2	46
S5	4	5	5	2	2	3	3	3	3	3	3	36
S6	4	5	1	5	4	4	5	5	5	5	5	48
Total	26	27	20	23	24	22	24	25	26	22	19	258

Tabla 31: Q_Les_Q – Relaciones Sociales - pos prueba

Q-Les-Q - Relaciones sociales – pos prueba												
	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	Total
S1	5	2	2	5	4	4	4	5	5	5	5	46
S2	3	3	1	3	4	3	5	4	3	1	2	32
S3	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	53
S4	4	3	3	4	3	4	4	4	5	3	3	40
S5	3	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5	47
S6	5	4	3	4	4	4	4	4	4	4	5	45
Total	25	22	19	26	23	24	26	26	26	22	24	263

Tabla 32: Q_Les_Q – Actividades de Generales - pre prueba

Q-Les-Q – Actividades Generales – pre prueba																	
	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	Total
S1	4	4		4	4	5	5	4	4	2	4	3	1	5	4	3	56
S2	2	4	4	4	3	4	3	4	4	2	3	4	3	3	2	4	53
S3	5	5	1	5	5	4	5	5	2	4	5	4	5	5	5	5	70
S4	2	4		3	5	1	4	3	2	1	4	2	3	3	4	3	44
S5	3	3	2	3	3	4	4	4	4	3	2	4	2	4	5	4	54
S6	5	5	5	5	4	4	4	4	3	3	5	3	4	4	5	4	67
Total	21	25	12	24	24	22	25	24	19	15	23	20	18	24	25	23	344

Tabla 33: Q_Les_Q – Actividades Generales - pos prueba

Q-Les-Q – Actividades Generales – pos prueba																	
	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	Total
S1	4	5		5	5	5	4	5	4	1	5	2	4	4	5	5	63
S2	4	3		4	3	2	4	4	4	3	3	3	3	2	3	2	47
S3	4	5	4	4	4	5	4	5	5	4	5	2	5	5	5	4	70
S4	3	4	4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	4	4	5	4	59
S5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	63
S6	5	4	5	5	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	5	4	66
Total	24	25	17	26	24	23	24	26	24	18	22	18	24	23	27	23	368

2.2.5. LOCUS DE CONTROL INTERNO

Tabla 34: Locus de control - pre prueba

Locus de Control – Pre prueba																					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Total
S1	5	4	4	4	3	4	2	1	5	5	4	5	4	5	1	5	4	4	3	5	77
S2	1	3	1	2	5	5	5	5	1	1	5	5	5	5	1	4	1	5	4	3	67
S3	4	5	3	5	5	5	1	4	1	5	5	3	4	2	3	5	1	5	1	3	70
S4	1	2	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	1	2	2	1	5	1	2	68
S5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	79
S6	3	5	5	5	5	4	5	5	1	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	89
Total	18	23	22	25	28	27	18	24	17	25	28	27	27	22	12	23	16	28	18	22	450

Tabla 35: Locus de control - pos prueba

Locus de Control – Pos prueba																					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Total
S1	1	1	5	5	5	5	1	4	1	5	5	5	5	4	1	5	5	5	2	5	75
S2	1	4	1	3	5	4	1	5	1	4	5	5	1	2	5	3	4	5	5	5	69
S3	1	5	4	1	5	4	1	4	1	5	4	4	5	1	5	4	3	5	1	5	68
S4	3	3	4	5	5	2	2	3	1	5	5	5	5	1	1	3	4	5	3	3	68
S5	1	1	5	5	5	1	1	1	1	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	72
S6	1	4	3	5	5	4	5	5	1	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	84
Total	8	18	22	24	30	20	11	22	6	29	29	29	26	18	14	25	26	30	21	28	436

3. Discusión de los Resultados

El desarrollo de la terapia cognitiva conductual obtuvo muy buenos resultados en lo que se refiere al mejoramiento del estado emocional y locus de control interno de los pacientes con VIH/SIDA del CHEBS. Este grupo PVVS de alguna forma u otra han sido excluidos, rechazados por sus familias o amigos. Muchos no tienen lugar adonde ir, por las condiciones de su enfermedad muchos no han podido seguir desempeñándose tanto laboral como escolar, o por cómo se dio la infección estos han sido retirados de su entorno social y han tenido que buscar refugio en este hogar. Lo interesante en esta terapia es el impacto que tiene este programa de intervención sobre este grupo específico de persona, a diferencia de otros PVVS que tienen las facilidades o apoyo tanto social como familiar.

Es importante destacar que a pesar del corto periodo en que se desarrollo el tratamiento implementado, obtuvo resultados significativos en esta población.

Como mencionamos anteriormente, para este tipo de población es necesario

desarrollar terapias efectivas a corto plazo. Nuestro trabajo se puede corroborar con el trabajo de Ballester (2003) y Barreto et al. (2008), el cual este afirma la importancia de trabajar con este tipo población tratamientos urgentes y planificación a corto plazo.

A continuación explicaremos como la terapia de intervención cognitiva conductual afecto cada una de nuestras variables:

2.1. Variables relacionadas al estado de ánimo

El programa de tratamiento implementado ayudo a disminuir los niveles de ansiedad y de depresión de los pacientes con VIH/SIDA. Como mencionan Forstein y Kalichman (1995) las prevalencia de los trastorno del ánimo en los pacientes con VIH/SIDA es muchas veces superior a la de otras enfermedades crónicas o terminales. Específicamente, la ansiedad y la depresión son los síntomas psicológicos identificados con mayor frecuencia entre las PVVS (Holland & Tross, 1985; Antoni, Baggett, Ironson, LaPerriere, August, Klimas, Schneiderman y Fletcher, 1991; Ballester 2003; Coates y McKusick, 1987; Emmot, 1991; Folkman, Chesney, McKusick, Ironson, Johnson y Coates 1991; y Eller, 1995). Por lo tanto consideramos que es de suma importancia mejorar los niveles de depresión y ansiedad en estos pacientes. Con nuestra intervención psicológica tanto los niveles de depresión como los de ansiedad mejoraron significativamente. La importancia de estos dos resultados es que como menciona la literatura son dos de los principales problemas que presentan las PVVS tanto a corto como a largo plazo y que influyen directamente en la comorbilidad con otros trastornos.

En cuanto a la evaluación de la autoestima, las escalas no fueron confiables, por lo que no se pudo realizar el análisis estadístico correspondiente. Es probable que pudieran existir muchos factores que impidieron el desarrollo de esta categoría. La primera, pudo haber sido la falta de comprensión de los ítems. A pesar de que todos han llegado a un mínimo a educación primaria algunos hasta se han graduado de la universidad (2 usuarios), el entendimiento del instrumento requiere comprender los ítems, independientemente que se les explicó pudo haber faltado más explicación detallada (aunque esto pudiese afectar los resultados). Segundo, falta de interés, como muy bien se explicó, es posible que no quisieran responder las preguntas en cuanto a autoestima por que les afectaba directamente. Segundo, en el PANNAS no se encontró resultados significativos. Es posible que la terapia cognitiva conductual aplicada, como se ha visto en muchos otros casos, es muy efectiva para tratar ansiedad y depresión, pero quizás no lo es para mejorar el afecto directamente. Sin embargo, es necesario realizar más investigaciones e implementar otros tipos de tratamientos para poder determinar cual intervención es más efectiva para mejorar los niveles de afecto.

2.2. Percepción de los pacientes hacia la enfermedad

Los resultados muestran una tendencia casi significativa de que el tratamiento logro su objetivo. Como entendemos, la hipocondría se refiere a la preocupación y el miedo a padecer, o la convicción de tener una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de uno o más signos o síntomas somáticos sin tener pruebas o poder sustentarlo (DSM IVR). Vemos que el programa logro cambiar casi significativamente ese temor ilógico o pensamiento de poder padecer de

alguna otra enfermedad, el cual, les enseñó que esto es parte de sus propios pensamientos y que ellos tienen el control de los mismos. Quizás con un tratamiento más prolongado los resultados en cuanto a hipocondría pudieran ser más pronunciados.

2.3. Grado de interferencia de la enfermedad en distintos aspectos de la vida.

En cuanto a la calidad de vida, no se encontró resultados significativos para esta escala, después del tratamiento. La calidad de vida está enfocada en varios aspectos relacionados con la vida de los pacientes, como en la salud física/ actividades, actividades de la casa, tiempo libre, relaciones sociales, y actividades generales, que es el conglomerado de todas las anteriores escales. Por eso, este instrumento del Q-les-Q evalúa muchos aspectos que los pacientes tienen y muchos otros que no. Por ejemplo, la mayoría de los sujetos que recibieron el tratamiento no trabajan o estudian. Con respecto a su salud física, casi la mayoría tiene deterioro físico visible, algunos por toxoplasmosis (2 pacientes), tuberculosis (2 pacientes), fracturas o desgastes, pies amputados u otros factores que son visibles y pueden influir directamente en la calidad de vida con respecto a la salud física. Además, al ser apartados de la sociedad o rechazados de sus hogares y estar claustrados (no es que estén obligado a estar en el hogar) en CHEBS, impide el desarrollo de sus relaciones sociales. Es importante mencionar que CHEBS busca desarrollar nuevamente los lazos entre los familiares y residentes, pero las familias son renuentes a las invitaciones, lo cual igualmente afecta a los residentes. La mayores relaciones que tienen son con los mismos residentes y externos, y las otras relaciones sociales que tienen son con los administrativos y

voluntarios, las cuales pueden no ser muy constantes. Y la mayor parte del tiempo libre se basa en ver televisión o escuchar radio, dormir y estar en el área social. Incluyendo también que los vecinos del área circundante al hogar no tienden mucho a relacionarse con los residentes del CHEBS. Todos estos factores pudieron influir en que el tratamiento no haya tenido los resultados esperados.

2.4. Percepción social

La percepción social está basado en dos principales aspectos que son la adaptación social o a su entorno y el apoyo social, o sea todos aquellos apoyos o provisiones, instrumentales y/o expresivos, reales o percibidos, aportados por la comunidad, redes sociales y amistades íntimas (Barrón, 1997). Lo interesante de los resultados de esta variable es que la adaptación social obtuvo resultados casi significativos, o sea que el programa logro modificar, casi significativamente, sus sentimientos y percepción de las diferentes habilidades que se necesitan para satisfacer, sentirse cómodo y gustoso en CHEBS. Según el DSM IVR adaptación social es: “el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable”. Esta respuesta estresante fue disminuida mediante el tratamiento, lo cual es sumamente importante en PVVS en un lugar fuera de su hogar o punto de confort.

En cambio, los resultados del apoyo social difieren con los de adaptación social, es decir no hubo resultados significativos. Analizando las variables, estos resultados eran hasta cierto punto esperable. Es entendible que el tratamiento haya mejorado adaptarse en un entorno donde viven personas con un misma

realidad (VIH/SIDA), en un mismo lugar (CHEBS), pero desarrollar apoyo social, es un trabajo no solamente de cada individuo o grupo de personas que vive en este hogar, sino todo un trabajo elaborado para integrar a otros o principalmente a familiares, amigos o conocidos. Se deberá suponer que más que un trabajo a corto plazo, o sea trabajar los pensamientos y estados emocionales, este requiere un tratamiento integral que no solamente involucre al psicólogo, sino también terapeuta familiar o trabajo social y otros especialistas para la evaluación del entorno familiar y circundante al paciente.

2.5 Variables relacionadas al Locus de Control

Otro resultado importante fue el de Locus de control interno, en donde encontramos resultados significativos en cuanto al tratamiento. Específicamente, los sujetos sintieron un mayor locus de control interno luego de recibir el tratamiento. Según las teorías de aprendizaje, en especial el constructo de locus de control de Rotter (1954), nos afirma que aquellas personas que creen que su salud depende de ellas mismas (locus de control interno) tendrán una mejor salud que las que creen que las causas de la enfermedad son ajenas a ellas o la persona que las sufre (locus de control externo). Por lo que vemos en los resultados el tratamiento influyó que mejoraran su locus de control interno, fortaleciéndolo (yo tengo el control sobre mi vida y enfermedad), y evitando que pensaran cosas negativas. De tal forma que tomaran control sobre sus vidas. Teniendo en cuenta esta información vemos que en los resultados se encontró una diferencia significativa en cuanto al aumento de locus de control interno después de haber recibido el tratamiento.

En general bajo un análisis observacional de los resultados de este programa, se obtuvo buenos resultados para determinar que el programa de intervención cognitivo – conductual para mejorar el estado emocional en pacientes con infección de VIH/SIDA obtuvo resultados significativos en la mejoría de los pacientes. Dentro de lo que corresponde a las variables estados emocionales (ansiedad y depresión) fueron disminuidas, y la variable Locus de control interno fue aumentado, ambas de forma significativa.

Además, la percepción hacia la enfermedad (hipocondría) y Percepción social (Adaptación social) obtuvo resultados con tendencia casi significativa.

Y por último, la variable relacionada al grado de interferencia de la enfermedad en distintos aspectos de la vida fue la que no obtuvo ningún grado de significación, es decir el programa no hizo cambio en los pacientes relacionados a su calidad de vida.

2.6. La espiritualidad dentro de las enfermedades

Un factor que no fue medido pero que visiblemente se vio un efecto en los patrones de salud fue el apoyo espiritual. Una de las principales bases de CHEBS es brindar a los pacientes un apoyo espiritual. Para mi concepto esto es de gran ayuda a los pacientes además que permite hasta cierto punto disminuir la ansiedad hacia muerte dándole un sentido de divinidad. Permite también darle un rumbo a cada uno de los pacientes, brindándole dirección. Una a dos veces por semana tenían sesión de oración o espiritualidad. Brindándole a cada uno de los pacientes la posibilidad de desahogarse y en ciertas dinámicas de la misma índole

hacia entrega de su enfermedad en las oraciones. Considero que hasta cierto punto esto le ha brindado un paliativo lo suficientemente fuerte que ayuda a soportar la crisis y las depresiones de tener VIH. Además que otro factor que considero que influyo en que los niveles de ansiedad y depresión no fuesen altos es el vivir en una misma comunidad compartiendo una misma realidad. Este aspecto de comunidad religiosa brinda un soporte al psiquis y lo ayuda a asimilar adecuadamente una realidad que muchas veces es difícil ignorar, como lo es el VIH/SDIA

3. Conceptualización de casos

Para esta conceptualización de casos se presentara una descripción de la impresión clínica de cada sujeto, obtenida mediante la entrevista.

Nombre: ; S1	
Eje I:	Emoción: tristeza
Eje III: Enfermedades del ojo y sus anejos (H00-H59)	Comportamiento: callado
Datos Relevantes: paciente consumidor de drogas, Toxoplasmosis, problemas psicomotor.	
Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.	
Creencias Irracionales Principales	
“¿Porqué me ocurrió esto?”	

Nombre: ; S2	
Eje I: F3x.x Trastorno depresivo mayor [296.xx] leve	Emoción: tristeza, apatía, sentimientos de inutilidad.
Eje III: Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo (L00-99)	Comportamiento: falta de contacto y problemas de relaciones con compañeros, llanto, aislamiento.
Datos Relevantes: Nació con el VIH/SIDA. Problemas psicomotores. Tuvo una reinfección por VIH.	
Creencias Irracionales Principales “Por qué a mí”	

Nombre: ; S3	
Eje I: ninguno -	Emoción: llanto, tristeza, ira
Eje II: ninguno	Comportamiento: groserías, llorar, aislarse
Datos Relevantes: la familia lo abandono, problemas de drogadicción, perdió parte del pie por la enfermedad	
Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.	
Creencias Irracionales Principales “Yo soy culpable de lo que tengo” “Yo mismo me lo busque”	

Nombre: ; S4	
Eje I: F3x.x Trastorno depresivo mayor [296.xx] leve	Emoción: tristeza
Eje II: ninguno	Comportamiento: llanto. Evitar conversar y solo escuchas su radio
Datos Relevantes: Problemas psicomotores. No puede caminar. Tuvo problemas con el alcohol.	
Creencias Irracionales Principales "esto me paso por tener una vida desordenada" "yo soy el culpable de mi enfermedad"	

Nombre: ; S5	
- Eje I: F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia [300.01] - F3x.x Trastorno depresivo mayor [296.xx] leve	Emoción: tristeza
Eje II: ninguno	Comportamiento: Llorar, le dificulta tocar temas de familia y VIH
Eje III: Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo (M00-M99)	
Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.	
- Datos Relevantes: la familia lo rechazo, y la esposa lo saco de la casa. Problemas psicomotores.	

Creencias Irracionales Principales

“ya nadie me quiere”

Mi familia me alejo y abandono”

Nombre: ; S6	
Eje I: ninguno	Emoción: soledad
Eje II: ninguno	Comportamiento: aislarse
Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.	
Datos Relevantes: Sus familiares viven en el extranjero. Y no mantiene ningún tipo de contacto.	
<p>Creencias Irracionales Principales</p> <p>“Esto es un castigo”</p> <p>“yo mismo me lo busque”</p>	

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones

En general bajo un análisis observacional de los resultados de este programa, se obtuvo buenos resultados para determinar que el programa de intervención cognitivo – conductual para mejorar el estado emocional en pacientes con infección de VIH/SIDA obtuvo resultados significativos en la mejoría de los pacientes. Dentro de lo que corresponde a las variables de los estados emocionales, los grados de ansiedad y de depresión fueron disminuidos significativamente. Así mismo, el Locus de control interno fue aumentado de forma significativa. Además, la percepción hacia la enfermedad (hipocondría) y Percepción social (Adaptación social) obtuvo resultados con tendencia casi significativa, pero la variable relacionada al apoyo social no obtuvo resultados significativos. La variable relacionada al grado de interferencia de la enfermedad en distintos aspectos de la vida tampoco obtuvo grado de significación, es decir el programa no hizo cambio en los pacientes relacionados a su calidad de vida.

A continuación se detallan las conclusiones de los resultados principales:

- El programa de intervención cognitivo conductual logró producir diferencias significativas en el estado emocional, en el grado de ansiedad y depresión, logrando disminuirlas en los pacientes residentes que viven con VIH/SIDA en la fundación Hogar El Buen Samaritano.
- El programa de intervención Cognitiva conductual logró producir diferencias significativas en el Locus de Control interno, logrando aumentarlo en los

pacientes residentes que viven VIH/SIDA en la fundación Hogar El Buen Samaritano.

- El programa de intervención Cognitiva conductual logró producir tendencias casi significativas en la percepción de los pacientes hacia la enfermedad, referente a la hipocondría logrando disminuirla , casi significativamente, en los pacientes residentes que viven VIH/SIDA en la fundación Hogar El Buen Samaritano.
- El programa de intervención Cognitiva conductual logró producir tendencias casi significativas en la percepción social, solamente en la percepción de adaptación social logrando aumentarla, casi significativamente, en los pacientes residentes que viven VIH/SIDA en la fundación Hogar El Buen Samaritano. Pero no logró producir diferencias significativas en cuanto al grado de apoyo social.
- El programa de intervención Cognitiva conductual no logró producir ninguna diferencia significativas en el grado de interferencia de la enfermedad en distintos aspectos de la vida de los pacientes residentes que viven VIH/SIDA en la fundación Hogar El Buen Samaritano.

2. Recomendaciones

A continuación se detallan algunas recomendaciones:

- La importancia de tener un psicólogo de planta se hizo evidente con este programa de intervención psicológica, por ende mi primera recomendación, sería conseguir un psicólogo clínico permanente que pueda atender a los residentes y externos de CHEBS.
- Crear más centros de acopio y atención para pacientes que viven con VIH/SIDA.
- Desarrollar más programas de tratamientos psicológicos, para mejorar los estados emocionales en pacientes que viven con VIH/SIDA.
- Desarrollar, implementar y evaluar la efectividad de programas de intervención psicológicos para tratamiento de crisis o urgencias, a corto y mediano plazo, para atender a pacientes que viven con VIH/SIDA u otras enfermedades crónicas.
- Implementar mas tratamientos o programas relacionados a duelo, auto estima y auto aceptación, calidad de vida, afrontamiento, relaciones sociales, ansiedad hacia la muerte, problemas de los estados del ánimo, hipocondría, como vivir una sexualidad sana, fortalecimiento hacia la adherencia de los medicamentos, entre muchos otros más.
- Desarrollar programas de intervención psicológicos para tratamientos, a corto y mediano plazo, con temas variados relacionados al VIH/SIDA.
- Hacer evaluaciones de los programas terapéuticos desarrollados en pacientes que viven con VIH/SIDA para determinar la efectividad de estas terapias.

- Incentivar a los residentes a buscar materiales de auto ayuda.
- Incentivar a los residentes a buscar y a fomentar más apoyo social dentro y fuera del hogar.
- Desarrollar programas de empoderamiento en los residentes

Fomentar en los residentes el deseo de ser instrumentos de divulgación sobre cómo mejorar el estado emocional en otros PVVS. Es decir, que ellos proporcionen apoyo a otros PVVS

CAPITULO VIII.

Bibliografía

- Abiodun, O.A. (1994). A validity study of the Hospital Anxiety and Depression Scale in general hospital units and a community sample in Nigeria. *British-Journal-of-Psychiatry*. Nov, Vol 165(5): 669-672.
- Alcamí, J. (2008). Introducción. Una breve historia del SIDA.26. Instituto de Salud Carlos III. Madrid: Elsevier. Pág. 1-2.
- Álvarez, M.P., y García, J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. 13 (3). Oviedo: Psicothema. pp. 493-510
- Antoni, M., Baggett, L., Ironson, G., LaPerriere, A., August, S., Klimas, N., Schneiderman, N. y Fletcher, M. (1991). Cognitive-behavioral stress management intervention buffers distress responses and immunologic changes following notification of HIV-1 seropositivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 906-915.
- Arias, J.S., Estrada, J.D., Gómez, E.A., Lattudad, J.C., Soria, C.G. (2003). Lo que tu necesitas saber sobre VIH y SIDA. Mexico: Plaza y Valdés, S.A. pp.16-18
- Ayuso, J.L. (1997). Trastornos neuropsiquiátricos en el SIDA. Madrid: McGraw Hill Interamericana.
- Ballester, R. (1999). SIDA: prevención y tratamiento psicológico en la infección por VIH y SIDA. Madrid: UNED-Fundación Universidad Empresa

- Ballester, R. (2002). Adhesión terapéutica: revisión histórica y estado de la cuestión en la infección por VIH/SIDA. *Revista Psicopatológica y Psicología Clínica*, 3, 151-175.
- Ballester, R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA. *Psicothema*, 15, 517-523.
- Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. (10). Madrid: *Revista de psicopatología y psicológica clínica*. Pág. 53-59
- Ballester, R., Campos, A., García, S. y Reinoso, I. (2001). Variables moduladoras de la adherencia al tratamiento en pacientes con infección por VIH. *Psicología Conductual*, 9, 299-322.
- Ballester, R., García, S., Reinoso, I. y Campos, A. (2002). Gender differences in adherence to treatment and illness behavior in HIV/AIDS patients: an exploratory study in Spain. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2(2), 219-235.
- Ballester, R., Reinoso, I., Campos, A., y García, S. (2003). ¿Existe un patrón diferencial de conducta de enfermedad y adhesión al tratamiento de la infección por VIH/SIDA en pacientes con historia de abuso de drogas? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 127-138.
- Ballester, R., Reinoso, I., García, S. y Campos, A. (2000). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH. *Análisis y Modificación de Conducta*, 109, 689-718.

- Barré-Sinoussi F., Chermann J.C., Rey F., Nugeyre M.T., Chamaret S., Gruest J., Dautet, C., Axler-Blin, C., Vézinet-Brun, F., Rouzioux, C., Rozenbaum, W., Montagnier, L. (1983). Isolation of a Tlymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science*. 220: 868-71.
- Barreto, P., Arranz, P., De Albornoz, C., Barbero, J., y Bayés, R. (2008). Intervención Psicológica con personas en la fase final de la vida. En V. E. Caballo, *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI de España. Pág. 434
- Barrón, A. (1997). Apoyo social. 9(2) Madrid: Psichotema. Pp 457-461
- Bartlett, J. G. (1996). Guía para vivir con VIH y SIDA: desarrollada en la Clínica del SIDA de Johns Hopkins/ John G. Bartlett , Ann K. Finkbeiner. Mexico D.F.: Editorial Diana
- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. New York: international Universities Press
- Beck, A., Steer, R. (1991). Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. *J Anxiety Disorders*, 5: 213-223.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (2002). *Terapia cognitiva de la depression*. (trad. Viso, S.). 14ed. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy. Basic and beyond*. New York: Guilford press.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona:Gedisa

- Bobes J, González MP, Bascarán MT, Corominas A, Adán A, Sánchez J, Such P. (1999). Grupo de Validación en Español de la Escala de Adaptación Social (SASS). Actas Españolas de Psiquiatría; 27: 71-80.
- Boehringer Ingelheim. (22 de marzo del 2009). Ciclo de replicación VIH antirretrovirales. Recuperado el 01 de abril de 2012. [www.youtube.com.
http://www.youtube.com/watch?v=d7pTr_JAHE4](http://www.youtube.com/watch?v=d7pTr_JAHE4)
- Bortman, M., Sáenz, L., Pimenta, I., Isern, C., Rodríguez, A.E., Miranda, M., Moreira, L. y Rayo, D. (2006). Reduciendo la vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centro América. Banco Mundial.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, D. y Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. Journal of Consulting and clinical psychology. 59. Pp. 167-175
- Caballero-Hoyos, R., Villaseñor-Sierra, A. (2002). Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. México. 45 (1). Instituto de salud pública.
- Camerini, J. O. (2000). El psicodrama Cognitivo Conductual: uso del psicodrama en el abordaje terapéutico Cognitivo Conductual. Buenos aires: CATREC. Pp. 58
- Camerini, J. O. (2004) Introduccion a la Terapia Cognitiva teoría, aplicaciones y nuevos desarrollos. Buenos Aires, CATREC.
- Carballo, E., Cadarso-Suarez, C., Carrera, I., Fraga, J., De la Fuente, J., Ocampo, A., Ojea, R. y Prieto, A. (2004). Assessing relationships between

health-related quality of life and adherence to antiretroviral therapy. *Quality of Life Research*, 13, 587-599.

- Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas: estado de la cuestión y procesos terapéuticos*. 1ed. Barcelona: Paidós.
- Carrieri, M. P., Chesney, M. A., Spire, B., Loundou, A., Sobel, A., Lepeu, G., Moatti, J. P. y the MANIF Study Group. (2003). Failure to maintain adherence to HAART in a cohort of french HIV-positive injecting drug users. *International Journal of Behavioral Medicine*, 10(1), 1-14.
- Catz, S., L., Kelly, J. A., Bogart, L. M. Benotsch, E. G. y McAuliffe, T. L. (2000). Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease. *Health Psychology*, 19(2), 124-133.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1981). *Pneumocystis pneumonia*- Los Angeles. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 30:250-2.
- Chesney, M. A., Ickovics, J. R., Chambers, D.B., Gifford, A. L., Neidig, J., Zwickl, B. y Wu, A. W. (2000). Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: The AACTG Adherence instruments. *AIDS Care*, 12(3), 255-266.
- Coates, T. y McKusick, L (1987, junio). The efficacy of stress management in reducing high risk behavior and improving immune function in HIV antibody positive men. Paper presented at the Third International Conference on AIDS, Washington, D.C.
- *Constantes y cambios en el tema*. 44 (6) México. Instituto de salud pública.

- Costantini, M., Musso, M., Viterbori, P., Bonci, F., Del Mastro, L., Garrone, O., Venturini, M., Morasso, G. (1999). Detecting psychological distress in cancer patients: validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Support-Care-Cancer*. 7(3):121-7.
- Cueto, M. (2001). *Culpa y Coraje: historia de las políticas sobre el VIH/SIDA en el Perú*. Lima: Printed in Peru. Pág. 5
- De la Rubia, J.M. (2011). La escala de afecto positivo y negativo en parejas casadas mexicanas. Tesis. México: Universidad autónoma de nuevo león. Pág. 1-9
- Del Cid, M. (8 de enero de 2007). scribd. Recuperado el 8 de febrero de 2012, de scribd: <http://es.scribd.com/doc/41898270/Test-Locus-de-Control>
- Delgadillo, R. (2007). Análisis Procesual del Impacto del VIH/SIDA y su Representación en Personas Seropositivas. 15(2). México: Psicología Iberoamericana. pp. 30-37
- Dorati, O. (1994). Conducta sexual de riesgo e infección por VIH en hombres y mujeres del área metropolitana. Universidad de Panamá: Tesis de maestría
- Dragic, T., Litwin, V., Allaway, G.P., Martin, S.R., Huang, Y., Nagashima, K.A., et al. (1996) HIV-1 entry into CD4+ cells is mediated by the chemokine receptor CCR5. *Nature*. 381:667-73.
- Echeburúa E. (1996). Evaluación psicológica de los trastornos de ansiedad. En *Manual de Evaluación en psicología Clínica y salud*. Por Caballo V. Siglo XXI. Madrid.

- Edo, M.T. (2003). Perfil psicosocial, estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con infección por VIH/SIDA. Tesis doctoral. Universidad de Castellón.
- Edo, M.T., y Ballester, R. (2006). Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos. 11, (2). Madrid: Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. pp. 79-90
- Eller, L. (1995). Effects of two cognitive-behavioral interventions on immunity and symptoms in persons with HIV. *Annals of Behavioral Medicine*, 17, 339-348.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychology*. New York, Lyle Stuart. [Razón y emoción en psicoterapia. Bilbao, Declee de Brower, 1994].
- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy: the rational –emotive approach*. New York: the Julian Press, Inc
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy*. Revised and updated. New York: Carol Publishing Group.
- El-Rufaie, O. y Absood, G.H. (1995). Retesting the validity of the Arabic version of the Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale in primary health care. *Social-Psychiatry-and-Psychiatric-Epidemiology*. Jan, Vol 30(1): 26-31.
- Emmott, S. (1991, junio). Cognitive group therapy for coping with HIV Infection. Paper presented at the Seventh International Conference on AIDS, Florencia (Italia).

- Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A New Measure. *Psychopharmacology Bulletin*. 29:321-326.
- Enríquez, M., Gore, P. A., O'Connor, M. C. y McKinsey, D. S. (2004). Assessment of readiness for adherence by HIV-positive males who had previously failed treatment. *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 15(1), 42-49.
- Esther Calvete & Jennifer K. Connor-Smith (2006): Perceived social support, coping, and symptoms of distress in American and Spanish students, *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 19:1, 47-65
Etapa/metodologia/Tema17.html
- Feng, Y., Broder, C.C., Kennedy, P.E., Berger, E.A. (1996). HIV-1 entry cofactor: functional cDNA cloning of a seven-transmembrane, G protein-coupled receptor. *Science*. 272:872-7.
- Fenton, T. (1987). AIDS-related psychiatric disorder. *British Journal of psychiatry*, 144,551-588.
- Fernández, J.C., y Edo, S.I. (1994). ¿cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud?.10(2). Barcelona: anales de psicología. 127-133
- Fogarty, L., Roter, D., Larson, S., Burke, J., Gillespie, J. y Levy, R. (2002). Patient adherence to HIV medication regimens: a review of published and abstract reports. *Patient Education and Counseling*, 46, 93-108.

- Folkman, S., Chesney, M., McKusick, L., Ironson, G., Johnson, D. y Coates, T. (1991). Translating coping theory into an intervention. En J. Eckenrode (ed.). *The Social Context of Stress*. Nueva York: Plenum Press.
- Forstein, M. (1992). The neuropsychiatric aspects of HIV infection. *Primary care*, 19, 97-117.
- Freeman, A., Schrodtt, G., Gilson, M., y Ludgate, J. (1993). Group cognitive therapy with inpatients, en J. Wright, M., Thase, A.T., Beck y J. Ludgate (comps.), *Cognitive Therapy with inpatients*. New York, Guilford Press. Pp. 121-153
- Gallo R.C. (2005). History of the discoveries of the first human retroviruses: HTLV- 1 and HTLV-2. *Oncogene*.24:5926-30.
- Glass, T. R., De Geest, S., Weber, R., Vernazza, P. L., Rickenbach, M., Furrer, H., Bernasconi, E., Cavassini, M., Hirschel, B., Battegay, M., Bucher, H. C. y Swiss HIV Cohort Study. (2006). Correlates of self-reported nonadherence to antiretroviral therapy in HIV-infected patients: the swiss HIV cohort study. *Journal of acquired immune deficiency Syndromes*, 41(3), 385-392.
- Godin, G., Co T e, J., Naccache, H., Lambert, L. D. y Trottier, S. (2005). Prediction of adherence to antiretroviral therapy: a one-year longitudinal study. *AIDS Care*, 17(4), 493-504.
- Gordillo, V., Del Amo, J., Soriano, V. y Gonz alez, J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13(13), 1763-1769.

- Gottlieb, M.S., Schanker, H.M., Fan, P.T., Saxon, A., Weisman, J.D., Pozalski, I. (5 de june de 1985). *Epidemiologic Notes and Reports: Pneumocystis Pneumonia --- Los Angeles*. Recuperado el 1 de abril de 2012, de Centers of disease control and prevention: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/june_5.htm
- Green, S. B., & Neil, S. J. (2004). *Using SPSS for Windows and Macintosh: analyzing and understanding data (4th edition)*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Herrera, C., y Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA:
- Holland, J.C., y Tross, S. (1985). The psychological and neuropsychiatric sequelae of the acquired immunodeficiency syndrome and related disorders. *Annals of internal medicine*, 103, 760-764
- Kalichman, S.E. (1995). *Understanding IADS: a guide for mental health professionals*. Wshington, DC:APA
- Kazdin, A. (1986). Comparative outcome studies of psychoterapy: Methodological issues and strategies. En: *Journal of Consulting and clinical psychology*, 54, p 95-105.
- Klatzmann D., Barré-Sinoussi F., Nugeyre M.T., Danquet C., Vilmer E., Griscelli C., et al. (1984). Selective tropism of lymphadenopathy associated virus (LAV) for helper-inducer T lymphocytes. *Science*. 225:59-63.
- Kumar G., Steer R., Beck A. (1993). Factor structure of Beck Anxiety Inventory with adolescent psychiatric inpatients. *Anxiety Stress Coping*, 6:125-131.

- Landeta, O. y Calvete, E. (2002). Adaptación y Validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Ansiedad y Estrés*, 8, 173-182.
- Lazarus, A. (1976). *Multimodal behavior therapy*. New York, springer.
- Lega, L.I., Caballo, V.E., Ellis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. 2ed. Madrid: Siglo XXI de España Editores
- León, O. G., & Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación*. Madrid: McGraw Hill. Pág. 329-331
- Malasi, T.H., Mirza, I. A., El-Islam, M. Fakhr (1991). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Arab patients. *Acta-Psychiatrica-Scandinavica*. Oct, Vol 84(4): 323-326
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification: an integrative approach*. Nueva York, Plenum Press.
- Mellors J.W., Muñoz, A., Giorgi, J.V., Margolick, J.B., Tassoni, C.J., Gupta P., et al. (1997). Plasma viral load and CD4+ lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection. *Ann Intern Med*. 126:946-54.
- Ministerio de Salud. (2002). *Guía para la asesoría y apoyo psicológico a personas que viven con el VIH/SIDA*. Panamá: Dirección general de salud publica
- Ministerio de Salud. (2011a). Cuadro1. Casos y tasas de SIDA anual y acumulada, por sexo. Años 1984-2010. Ministerio de Salud: Panamá.
- Ministerio de Salud. (2011b). Cuadro1. Casos y tasas de VIH anual y acumulada, por sexo. Años 1984-2010. Ministerio de Salud: Panamá.

- Ministerio de Salud. (2011c). Cuadro2. Defunciones y tasas de mortalidad por SIDA por sexo. Años 1984-2010. Ministerio de Salud: Panamá.
- Ministerio de Salud. (2011d). Cuadro7. Casos de VIH por regiones de salud. Años 2001-2010. Ministerio de Salud: Panamá.
- Ministerio de Salud. (2011e). Cuadro9. Casos de SIDA por regiones de salud, según sexo. Años 1984-2010. Ministerio de Salud: Panamá.
- Ministerio Público. (2000). *Ley N°3 de 5 de enero de 2000. General sobre las infecciones de transmisión sexual, el virus de la inmunodeficiencia humana y SIDA*. Panama: Ministerio Público.
- Morejón, A.J., García-Bóveda, R.J., Jiménez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg, Fiabilidad y validez en población clínica española. 22, 2. Sevilla: Apuntes de Psicología. Págs. 247-255.
- Moreno, P. (2006). ¿Qué es el VIH/SIDA? México, obtenido el 29 de mayo de 2012 de: <http://www.vihasdevida.org.mx/archivos/descargas/inducccion.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Recuperado el 5 octubre de 2011, de <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf>
- Orgilés A.M., Méndez C., Álcazar, X., Inglés, A.I., Cándido, J. (2003) La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: un análisis de su eficacia. 19(2). Universidad de Murcia: Anales de psicología

- Osman, A., Barrios, f., Aukes, d., Osman j., Markway k. (1993): The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties in a community population. *J Psychopathology Behavioral Assessment*, 15: 287-297.
- Paño, A. (2011). La reproducción del virus VIH/SIDA. Obtenido el 29 de mayo de 2012 de: <http://www.medbook.es/video/la-reproducci-n-del-virus-vih>
- Pauli, P., Schwenger, M., Brody, S., Rau, H. y Birbaumer, N. (1993). Hypochondriacal attitudes, pain sensitivity, and attentional bias. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 745-752.
- Peñarrieta, M.I., Kendall, T., Martínez, N., Rivera, A.M., Gonzales, N., Flores, F., Del Angel, E. (2009). Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH en Tamaulipas, México. 26 (3). Perú: *Revista Medicina experimental y salud pública*. Pág. 333-337
- Pinzón, Y. (2008). Afrontamiento al VIH/SIDA y adherencia al tratamiento antirretroviral. Universidad de Panamá: Tesis de maestría. Psychology. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Quiróz, J. (01 de 12 de 2011). Panamá América. Panamá ocupa la quinta posición con casos de VIH en América. Obtenido de <http://www.panamaamerica.com.pa/notas/1124261->
- Red Escolar Nacional. (2008). Discusión de los resultados. Recuperado el 21 de Junio de 2012, de metodología. <http://www.rena.edu.ve/cuarta>
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicotbema*, 14, 262-267.

- Reynolds W.M., y Coats, K.I. (1968). A Comparison of Cognitive-Behavioral Therapy and Relaxation Training for the Treatment of Depression in Adolescents. 54 (5). Journal of Consulting and Clinical Psychology. Pp. 653-660
- Rico, J.L., Restrepo, M., Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del instituto nacional de cancerología de Colombia. 3. Bogotá: Avances en medición. Pág. 73-86
- Riveros, A., Cortazar, J, Álcazar, F., y Sánchez, J. (2005). Efectos de un intervención cognitiva- conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición medica de pacuentes diabéticos e hipertensos esenciales.5 (03).Granada: International journal of clinical and health psychology. Pp. 445-462
- Robles, R., & Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS).26. México: Salud mental
- Rotter, J.B. (1954) Social Learning and Clinical and Clinical Psychology. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Ruiz, A.M., Enríquez, S.L., Hoyos, P.A., (2009). Adherencia al tratamiento en niñas y niños con VIH. (5). Cali: Pensamiento Psicológico. Pág. 175-190
- Ruiz, I., Olry de Labry, A., Delgado C., Marcos M., Muñoz, N., Pasquau, J., Rodríguez, J., López, M.A., Jiménez A.A., Causse M., Rico, M., Martínez, J., Lima, J.T., Prada, J., Morales, L., López, M., e Muñoz, I. (2005). Impacto del

apoyo social y la morbilidad psíquica en la calidad de vida en pacientes tratados con antirretrovirales.17 (2). Granada: Psicothema pp. 245-249

- Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación (4ta ed.). México, D.F.: McGraw Hill Interamericana.
- Sánchez S., Velasco, L., Rodríguez, R., Baranda, J. (2006) .Eficacia de un programa cognitivo conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos. 58 (6). Madrid: pp.540-546
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck.10. Madrid: Psicothema. Pág.303-318
- Shora,N. (2007). MedTempus: Blog de Medicina Animación 3D de la Replicación del VIH, obtenido el 7de mayo de 2012
- Silberner J. (1985). AIDS blood screen approved. Sci News. 127:148.
- Steer R., Kumar, G., Ranieri, W., Beck, A. (1995). Use of the Beck Anxiety Inventory with adolescent psychiatric outpatients. Psychological Reports, 76:459-465, 1995.
- Steer, r., Rissmiller, D., Ranieri, W., Beck, A. (1993). Structure of the computer assisted Beck Anxiety Inventory with psychiatric inpatients. J Personality Assessment, 6:532-542.
- UNICEF. (2005). Guía rápida de consulta sobre el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual (ITS) para jóvenes y adolescentes. Recuperado el 8 de abril de 2012, de UNICEF Panamá: http://www.unicef.org/panama/spanish/Guia_VIH_ITS.pdf

- UNICEF. (Agosto- Septiembre de 2008). *UNICEF Panama Hoja Informativa-Nº2* . Recuperado el 8 de abril de 2012, de UNICEF Panama: http://www.unicef.org/panama/spanish/july_HIV_AIDSspa.pdf
- United Nations. (2010). Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del VIH 2010. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Universidad de Salamanca (11 de Julio de 2002). Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico. Obtenido de anticuerpos: <http://dicciomed.eusal.es/palabra/anticuerpo>.
- Varela, M., Salazar, I. & Correa, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones y metodologicas para su abordaje. 11 (2). Acta colombiana de psicología, 101-113.
- Varela, M.T., Salazar, I.C., & Correa, D. (2008) .Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA: Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. 11 (2) Bogotá: Acta colombiana de psicología. Pág. 101-103
- Varmus H. (1998). Retroviruses. Science. 240:1427-35.
- Vinaccia, S., Quiceno J.M., Gaviria, A.M., Soto, A.M., Gil Llario, M.D., Ballester, R. (2007). conductas sexuales de riesgo para la infección por vih/sida en adolescentes colombianos. 25 (1). Terapia psicológica. 39-50
- Wain-Hobson S., Sonigo, P., Danos, O., Cole S., Alizon, M. (1985). Nucleotide sequence of the AIDS virus, LAV. Cell. 40:9-17.
- Warwick, H.M.C. y Salkovski, P.M. (1989). Hypochondriasis, en J. Scott, M.G. Williams y A.T. Beck (comps), Cognitive therapy in clinical practice: an illustrative case book. London, Routledge. Pp. 50-77

- Watson D., Clark L.A., Tellegen, A. (1988b). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANNAS scales. *J Personality Social Psychology*, 54:1063-1070
- Watson, D.; L. A. Clark y G. Carey. (1988a). "Positive and Negative Affectivity and Their Relation to Anxiety and Depressive Disorders", *Journal of Abnormal Psychology*. 97(3).
- Wei, X., Ghosh, S.K., Taylor, M.E., Johnson, V.A., Emini, E.A., Deutsch, P., et al. (1995). Viral dynamics in human immunodeficiency virus type 1 infection. *Nature*. 373:117-22.
- Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 55, 3, 610-617.
- Zimet, G.D, Dahlem, N.W., Zimet, S.G. y Farley, G.K. (1988).The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.

ANEXOS

CASA HOGAR EL BUEN SAMARITANO
www.chebspanama.org



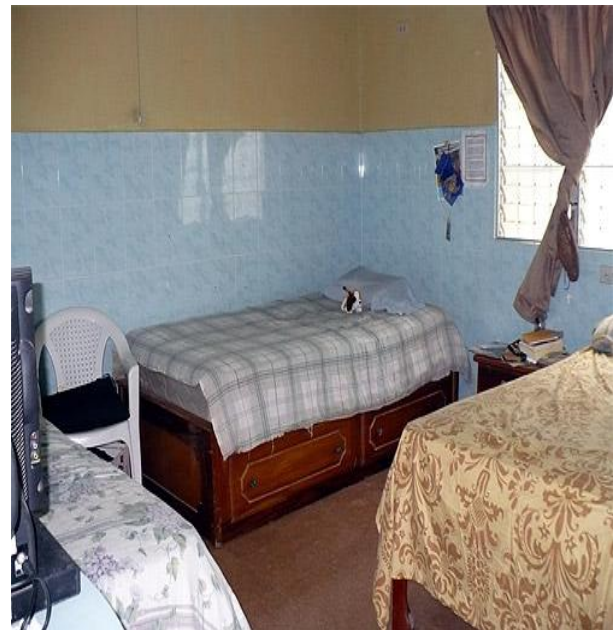
Parte externa de CHEBS



Parte Interna de CHEBS



Pasillo y baños



Habitaciones