



# **Universidad Autónoma de Ciudad Juárez**

Instituto de Ciencias Sociales y Administración

Departamento de Ciencias Sociales

**Maestría en Psicología**

## **“Intervención cognitivo conductual para el manejo de síntomatología de ansiedad, depresión e ira en adultos con diagnóstico de VIH o SIDA.”**

Tesis para obtener el grado de

**Maestro en Psicología**

**Alejandra Ramos Estrada**

Becada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Bajo la dirección de

**Dra. Verónica Portillo Reyes**

Ciudad Juárez, Chihuahua, a 27 de marzo de 2019



**Universidad Autónoma de Ciudad Juárez**

Instituto de Ciencias Sociales y Administración

Departamento de Ciencias Sociales

**Maestría en Psicología**

**“Intervención cognitivo conductual para el manejo de  
síntomatología de ansiedad, depresión e ira en adultos  
con diagnóstico de VIH o SIDA.”**

Tesis para obtener el grado de

**Maestro en Psicología**

**Alejandra Ramos Estrada**

Becada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Bajo la dirección de

**Dra. Verónica Portillo Reyes**

Ciudad Juárez, Chihuahua, a 27 de marzo de 2019

## **Dedicatoria**

A mis padres Angélica y Ernesto que me dieron las raíces por las que estoy inmensamente orgullosa y agradecida. Por haber dedicado sus vidas a darnos un techo, comida, apoyo, valores y cariño a mis hermanos y a mí, son la razón del porque estoy aquí actualmente y por su dedicación yo pude seguir mis sueños: los amo, gracias por tanto.

A Viviana que siempre me ha apoyado y amado incondicionalmente, me conoce incluso más de lo que yo me conozco a mí misma. Por su cariño, su paciencia, por acompañarme en todo este viaje, por confiar en mí e iniciar una nueva historia en un hogar juntas: eres mi único amor y mi mayor inspiración, mi fuerza, mi equipo favorito.

A mi abuelita Pola que se encuentra ya descansando en algún lugar mejor, espero que esté muy orgullosa y contenta de lo que he logrado, por siempre recordaré su sonrisa y su alma llena de nobleza y amor.

A mis modelos a seguir, mis motivos de orgullo, mis hermanos Vero y Neto, gracias por creer en mí y quererme tal y como soy: los quiero inmensamente.

A mi inspiración, mi amigo y confidente Tavo: siempre seremos dos adolescentes atrapados en la imparable e insaciable vida/adulthood.

Y en especial a todos los que se esfuerzan cada día por permanecer con una carga viral indetectable.

## **Agradecimientos**

Agradezco a Conacyt por brindarme la oportunidad y la confianza para poder realizar mis sueños. A la institución en la que trabajé durante esta maestría, a las autoridades por darme la oportunidad. Gracias a los participantes, por creer en mí y darme la oportunidad de trabajar en su salud mental.

Gracias Doctora Verónica Portillo Reyes por su acertada dirección en este camino de maestría, por toda su comprensión y apoyo incondicional. Admiro su profesionalismo y amor por la investigación y la psicología. También agradezco a su esposo el Doctor John William Capps por compartir sus conocimientos y asesorarme en lo que más se me dificultaba.

A la Doctora María Nieves González por ayudar a forjar mi carácter y profesionalismo, agradezco todo el tiempo y dedicación a las revisiones de mi trabajo. Admiro su capacidad y organización al trabajar.

Mis agradecimientos al Doctor Ismael García Cedillo por su afectuoso recibimiento en San Luis Potosí en mi estancia de investigación, gracias por sus observaciones pertinentes y por compartir su conocimiento y experiencia en población con VIH y SIDA.

A todos mis compañeros y amigos de maestría, aprendí mucho de cada uno de ustedes, tienen mucho potencial y los admiro. Y en especial a Diana, por haber hecho este camino mucho más ligero y haber tenido empatía desde las primeras semanas, agradezco cada risa, cada consejo y todo tu tiempo, eres una gran amiga y estoy muy feliz de haber coincidido contigo en el camino, sé que tu amistad es una de las cosas que perdurarán después de esta etapa ya que es genuina: gracias.

## **Resumen**

Se estima que en México existen 135,515 casos de personas con VIH o SIDA, donde Chihuahua ocupa el lugar 14 con 2,067 casos registrados y 1,213 atienden su enfermedad en Ciudad Juárez (CENSIDA, 2017). Además de las consecuencias físicas propias de la enfermedad, la dimensión psicológica y emocional de las personas con esta condición se ve seriamente afectada, lo cual puede contribuir al rápido desarrollo de la enfermedad. Los trastornos que aparecen con frecuencia en personas con diagnóstico de VIH o SIDA son la ansiedad, la depresión y la ira principalmente (OMS, 2018). Por lo anterior, el presente trabajo de intervención psicológica tuvo como objetivo implementar un programa basado en el modelo cognitivo conductual para disminuir los niveles de ansiedad, depresión e ira en pacientes con VIH o SIDA. Se abordó con un enfoque cuantitativo y un diseño cuasiexperimental de 12 sesiones. El programa de intervención fue sujeto de evaluación a través de su aplicación con un grupo piloto A y un grupo control A, posteriormente se replicó con algunos cambios en un grupo experimental B y un grupo control B. Los principales resultados señalan que el programa tuvo efectos significativos en los niveles de ansiedad en el 90% (3) en la fase piloto y 100% (6) en la fase experimental, además para la depresión hubo un cambio significativo en el 100% (4) en la fase piloto y en un 90% (5) para la fase experimental.

**Palabras clave:** VIH o SIDA, depresión, ansiedad, ira, cognitivo conductual.

## **Abstract**

It is estimated that in Mexico there are 135,515 cases of people with HIV or AIDS, Chihuahua ranks 14th with 2067 registered cases and 1213 attend their disease in Ciudad Juárez (CENSIDA, 2017). In addition to the physical consequences of the disease, the psychological and emotional dimension of people with this condition is seriously affected, which can contribute to the rapid development of the disease. The disorders that frequently appear in people diagnosed with HIV or AIDS are anxiety, depression and anger mainly (WHO, 2018). The present work of psychological intervention aimed to implement a program based on the

cognitive behavioral model to reduce levels of anxiety, depression and anger in patients with HIV or AIDS. It was approached with a quantitative approach and a quasi-experimental design of 12 sessions for each phase: 1) pilot phase, with experimental pilot group A and pilot control group A, and 2) experimental phase, with the experimental group intervention B and control group experimental B. The intervention program was subject to evaluation through its application with a pilot group, later it was replicated with some changes in an experimental group and two control groups. The main results indicate that the program had significant effects on anxiety levels in 90% (3) in the pilot phase and 100% (6) in the experimental phase, in addition to depression there was a significant change in 100% (4) in the pilot phase and in 90% (5) for the experimental phase.

Keywords: HIV or AIDS, depression, anxiety, anger, cognitive behavior.

## Tabla de contenido

<b>Introducción</b> .....	1
Formulación del problema.....	2
Justificación.....	5
Estado de la cuestión .....	6
Pregunta de intervención.....	10
Objetivos del estudio.....	10
<b>Capítulo I. Soporte teórico</b> .....	11
Definición de VIH-SIDA.....	12
Vias de trasmisión .....	15
Epidemiología.....	16
Factores de riesgo.....	17
Adherencia al tratamiento.....	19
Efectos psicológicos frente al diagnóstico.....	20
Depresión.....	22
Ansiedad.....	25
Ira.....	26
Abordaje y tratamiento del VIH-SIDA y sus efectos asociados.....	28
Psicología de la salud.....	30
Modelos de intervención psicológica.....	31
Modelo cognitivo conductual.....	34
<b>Capítulo II. Metodología</b>	
Enfoque.....	43
Alcance.....	44
Tipo.....	44
Diseño.....	45
Población .....	46
Criterios de inclusión y exclusión.....	46
Muestra.....	47
Participantes.....	48

Consideraciones éticas.....	51
Hipótesis .....	54
Variables .....	56
Perspectiva diagnóstica.....	60
Técnicas e instrumentos.....	61
Procedimiento.....	63
Condicion inicia de los participantes.....	64
Programa de intervención.....	69
Evaluación de la intervención	

### **Capitulo III. Referencias**

Resultados.....	81
Discusión.....	90
Conclusiones.....	92
Recomendaciones.....	94
Anexos.....	95
Indice de tablas.....	96
Referencias.....	105

## **Introducción**

La salud mental tiene una importante influencia en la salud integral del ser humano, ya que es a través de ella que se tiene la capacidad de hacer uso adecuado de habilidades cognitivas, emocionales y conductuales para afrontar las situaciones problemáticas de la vida. Es por ello que a nivel mundial la salud mental es tema de preocupación y se toman a consideración factores socioeconómicos, biológicos, psicológicos y medioambientales para comprender sus dimensiones y diseñar estrategias de tratamiento (OMS, 2018). Conservar la salud mental se pone en entredicho de modo particular, cuando se recibe la noticia de la existencia de una enfermedad crónica, y aún más cuando se comienza a padecer síntomas físicos, incomodidades y en algunos casos cambios en la calidad de vida, que se genera intenso dolor emocional (Muñoz, Orozco-Ramírez & Ybarra-Sagarduy, 2015). Un ejemplo de lo mencionado es el caso del diagnóstico de VIH o SIDA en donde el dolor emocional en cualquier etapa puede ser intenso, esto se incrementa si los recursos psíquicos individuales de la persona no son adecuados y por lo tanto tiende a impedir la adherencia terapéutica e impactar en la salud integral del individuo (Ramos-Rangel, Cabrera-Pérez & González-Aguiar, 2016; Daskalopoulou et al., 2017).

Las consecuencias psicológicas que provoca conocer el diagnóstico de la enfermedad son diversas, sin embargo por años se ha relacionado mayormente al VIH y al SIDA con respuestas como preocupación excesiva, miedo, fuerte obsesión con el diagnóstico, enojo o enfado que puede llegar a estados emocionales de ira; cogniciones y emociones que sin el tratamiento adecuado pueden llegar a cuadros agudos de ansiedad. Otras de las consecuencias que acompañan a la ansiedad es la depresión cuando se ha recibido dicho diagnóstico, la cual puede llevar incluso a comportamientos suicidas (Suárez, Peñate & Crespo, 2009).

Existen diferencias entre VIH y SIDA, biológicamente el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) afecta o elimina las funciones que son normales en el sistema inmune humano, generando un declive progresivo de las defensas encargadas de proteger al cuerpo de diversas enfermedades e infecciones (OMS, 2017). Por otro lado, al estadio más avanzado del VIH se le llama Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y se caracteriza por

alguna de las 20 infecciones o cánceres relacionados con la infección y por nivel de CD4 menor a 200 por mm cuadrados (OMS, 2017).

### **Formulación del problema**

Al finalizar la segunda década del siglo XXI, el VIH-SIDA continua siendo un problema grave en todo el mundo; a pesar de que se ha convertido en un padecimiento tratable y controlable, el número de casos de personas que desarrollan el SIDA sigue en aumento, y las muertes a causa de ello impactan fuertemente a la sociedad (CENSIDA, 2015). De acuerdo con la OMS (2017) el SIDA ha provocado más de 35 millones de muertes desde su aparición y afecta a personas en todo el planeta. Por su lado, ONUSIDA indicó que en el 2016 había 36.7 millones de personas con la infección en el mundo, de los cuales 34.5 millones eran adultos, 17.8 millones mujeres mayores de 15 años y 2.1 millones eran niños. En Africa occidental y meridional vivían 19.4 millones de personas infectadas, en Asia y el Pacífico 5.1 millones, en Africa occidental y central 6.1 millones, en Europa oriental y Asia central 1.6 millones, en Europa central y América del norte 1.6 millones, mientras que en el Caribe y Oriente medio 310 mil y 230 mil personas infectadas y finalmente, en América Latina actualmente se tiene un registro de 2 millones de personas sero positivas.

En México se estiman 135,515 casos, donde Chihuahua ocupa el lugar 14 en cuanto a infecciones a nivel nacional con 2,067 casos registrados, y corresponden a Ciudad Juárez la mayoría de los casos en atención, siendo 1,213 personas (CENSIDA, 2017). Existen grupos poblacionales de riesgo que tienen mayores probabilidades de contraer la infección. El que se reporta con mayor prevalencia en México pertenece a la comunidad LGBT ya que en mujeres transgénero es 20.0% de prevalencia, en hombres homosexuales (HSM) es 17.0% de prevalencia, en hombres que trabajan en áreas sexuales es 18.2%, en sujetos que utilizan drogas inyectables un 5.8%, mientras que en mujeres embarazadas es 1.0% de prevalencia. (CENSIDA, 2017).

Entre las consecuencias más comunes que puede generar la noticia del diagnóstico de VIH o SIDA es la respuesta emocional de impacto, esto puede ser el miedo a la muerte y las consecuencias sociales, el dolor por la pérdida de salud, frustración de esperanza, la culpa y la ira intrínseca y/o extrínseca (Agrawal, Jain, Agrawal, Singh & Yadav, 2015). La ira en

especial, ha sido relacionada con el VIH o SIDA en los últimos años y se ha generado la necesidad de atenderla, ya que siendo una emoción negativa activa al organismo ante circunstancias que considera amenazantes o que le genere algún daño, frustración o trato diferente, y puede alterar el estado psicológico de las personas (Fernández, 2008). Esta reacción emocional, puede presentarse durante cualquiera de las etapas de la enfermedad, pero puede variar en intensidad al considerar el sexo de la persona, orientación sexual y otros factores como el uso de drogas y el estadio de la enfermedad en que se encuentran las personas (McIntosh, et al., 2014). Se ha encontrado que es al inicio del diagnóstico y en estadios sintomáticos en donde se observan mayores niveles de ira, esto es debido al gran impacto emocional que conlleva y a la percepción de las personas de que el desarrollo de la enfermedad no puede ser detenido (Teva, Bermúdez, Hernández y Buela, 2005).

Cuando no se da tratamiento a estas respuestas, pueden llegar a acompañarse por otras consecuencias, como es el caso de la ansiedad, en donde hay preocupación en exceso creando miedo y una obsesión intensa con la enfermedad y tensión fisiológica, además suele acompañarse a la vez con trastornos de pánico; también se presenta comúnmente depresión que puede influir en las decisiones y comportamientos frente a la enfermedad de las personas y llevar al suicidio si no se tiene el tratamiento adecuado (Ramos-Rangel, Cabrera-Pérez & González-Aguilar, 2016).

Adicionalmente en cuanto a consecuencias, cuando las personas con VIH o SIDA han iniciado el tratamiento farmacológico con frecuencia la toma de algunos medicamentos a la vez puede provocar alteraciones físicas y psicológicas en distintas etapas de la infección<sup>1</sup>. Entre los efectos del tratamiento antirretroviral que impactan a los pacientes están también los estados de ansiedad, usualmente se presenta inquietud, cefaleas, insomnio, dificultades en la concentración y pesadillas. Además de ansiedad, se presentan estados emocionales depresivos, donde se observan alteraciones del sueño, disminución o aumento del apetito, sentimientos desesperanza y comportamiento suicida (Arendt, 2006). Sin embargo, aún conociendo las consecuencias anteriores es importante iniciar el tratamiento farmacológico

---

<sup>1</sup> Un ejemplo de lo anterior es las reacciones secundarias del medicamento Efavirenz, el cual ha sido asociado con la depresión (CENSIDA, 2015)

cuanto antes, ya que sin ello al pasar el tiempo el virus se replica con velocidad y daña al cerebro, provocando trastornos neurocognitivos, psicosis, demencia, delirio, manía, depresión grave, convulsiones y cambios de conducta graves (Agrawal et al., 2015).

La adaptación a la enfermedad es un proceso sumamente difícil en los pacientes, las preocupaciones y las dudas sobre la enfermedad, además de la respuesta de apoyo por parte de familiares, amigos o pareja provocan fuertes respuestas emocionales tales como una respuesta de ira en distintos niveles como ya se mencionó, pero entre las consecuencias más comunes en pacientes con VIH y el SIDA están la ansiedad y la depresión, consecuencias que se dan comúnmente en conjunto (InfoSida, 2019). A continuación se mencionan estas consecuencias y su influencia en la salud mental e integral de las personas con VIH o SIDA.

Como se ha señalado, en el diagnóstico VIH se tienen importantes consecuencias negativas que pueden causar trastornos graves y específicos, las principales son depresión y ansiedad las cuales presentan una estrecha relación en el desarrollo ya sea de salud o bien, de estados patológicos debido a que estos trastornos pueden interponerse en los hábitos saludables de los pacientes poniendo en peligro su salud (Piqueras, et al., 2008). También es importante considerar que en la población general mexicana los principales trastornos psicológicos son la depresión y la ansiedad, esto es provocado por distintas circunstancias como el estrés laboral, la violencia, la pobreza y las enfermedades crónicas, generando deseo de suicidio en algunas personas (SSA, 2013). Lo alarmante de esto es que cada año 800 mil personas se quitan la vida, por lo que es importante considerar la predeterminación que se tiene en el caso del VIH-SIDA ante el suicidio ya que en estos pacientes existe un riesgo de 36 veces superior a la población general (OMS, 2017).

Nanni, Caruso, Mitchell, Meggiolaro y Grassi (2015), mencionan que la depresión aparece en los sujetos seropositivos, con una prevalencia de 42% en promedio. Los hombres padecen mayores niveles de depresión y por otro lado en las mujeres se ha observado mayormente ansiedad; en cuanto a edad, las personas menores de 40 años presentaron mayores elevaciones en ansiedad y depresión en comparación a los mayores de 40 años (Ibor, et al., 2015).

Por su parte, Ramos Rangel, Cabrera Pérez y González Aguiá (2016), llevaron a cabo una investigación tipo descriptiva-correlacional, en donde se analizó como se relacionan las variables psicológicas y variables clínicas en VIH-SIDA y se determinó que la depresión tiende a presentarse en mayores niveles a diferencia que otras variables como la ansiedad y la ira. En los procesos de evaluación se utilizó una entrevista directiva y semiestructurada, el inventario de depresión de Beck, inventario de ansiedad estado-rasgo y el inventario de expresión de la ira (estado-rasgo). Participaron 19 pacientes en la fase de SIDA. En los resultados se observó que las personas presentaban niveles significativos de ansiedad como estado, pero no significativos en cuanto a rasgo.

En resumen, los trastornos de ansiedad y depresión mantienen una mayor prevalencia en la población con VIH-SIDA además de estados emocionales negativos como la ira, la cual se rige en aspectos fisiológicos y psicológicos que influyen en la adherencia al tratamiento (Suárez, Peñate & Crespo, 2009).

### **Justificación**

A pesar de los avances farmacológicos con los que se cuenta hoy en día para tratar los efectos físicos del VIH-SIDA, la enfermedad aun constituye un desafío de salud pública e implica serias consecuencias en las personas (OMS, 2018). Estas consecuencias no se limitan a los síntomas físicos, sino que se asocian con desórdenes psicológicos y estados emocionales, que pueden presentarse en cualquier etapa y de no ser atendidos pueden aumentar su intensidad y llegar a cumplir criterios de algún trastorno, como es el caso de la depresión y la ansiedad, y pueden provocar limitaciones en las condiciones diarias y una mala adherencia al tratamiento médico (Teva et al, 2005; Rasoolinajad et al., 2018).

La depresión y la ansiedad son las consecuencias que se asocian con mayor frecuencia en los pacientes con el diagnóstico de VIH o SIDA y pueden aparecer tanto al inicio del diagnóstico como en etapas posteriores (Lamban, 2015; Macías-Bestard, Isalgué-Marsillí, Loo-Muñoz & Acosta- Sardina, 2018). Estas experiencias psíquicas ante el VIH-SIDA, pueden provocar además un rápido desarrollo de la enfermedad es por ello que es necesario que los pacientes lleven un tratamiento integral, atendiendo su condición médica al mismo tiempo que desarrolla estrategias de afrontamiento y adaptación ante la enfermedad por

medio de un tratamiento psicológico (Agrawal, Jain, Agrawal, Singh & Yadav, 2015; Alderete-Aguilar et al., 2017).

En este escenario resulta primordial crear programas y estrategias que ayuden a los-as pacientes diagnosticados a afrontar de modo eficaz los impactos de la enfermedad. La intervención desde una etapa temprana puede beneficiar a los sujetos en respuestas importantes como la adherencia al tratamiento, esto permitirá que la persona trate su enfermedad lo antes posible y evite complicaciones innecesarias, dando oportunidad a su vez a una mejor experiencia de vida y prolongamiento de la misma (Piña, Dávila, Sánchez, Togawa & Cázares, 2008). Es preciso mantener una postura colaborativa, y no olvidar lo adecuado que resulta considerar trabajar en un enfoque multidisciplinario, en cualquiera de los modelos, siendo el ser humano un organismo biopsicosocial (Tobón & Vinaccia, 2014).

Para atender las consecuencias psicológicas en pacientes con VIH o SIDA se han llevado a cabo distintas intervenciones a lo largo del tiempo, pero aún no existe un consenso de cuál es el modelo definitivo para atender la problemática, esto puede ser debido a la gran variedad de factores que influyen en su desarrollo además del estadio en que se encuentra la persona (Tobón & Vinaccia, 2014). Sin embargo se ha comprobado la eficacia del modelo cognitivo conductual en distintos países para disminuir niveles de depresión y ansiedad como se menciona a continuación.

### **Estado de la cuestión**

La atención de las consecuencias psicológicas en personas con VIH o SIDA es una tarea importante dentro de la atención integral de la salud, los tratamientos que se llevan a cabo tienen como objetivo principal disminuir los síntomas para lograr una mejor adaptación al diagnóstico, independientemente del enfoque con que se manejan los programas (OMS, 2019). En la actualidad aún no existe un consenso sobre cuál es el mejor tratamiento psicológico para atender las consecuencias psicológicas en esta población o en específico para tratar la depresión y ansiedad, pero a través del tiempo se han llevado a cabo intervenciones basadas en diversos modelos, algunas ya se han probado mostrando resultados positivos, otras son aún propuestas basadas en programas aplicados. Cabe mencionar que en

México se han registrado escasas aplicaciones de programas psicoterapéuticos dirigidos a personas con VIH o SIDA. A continuación se hace una revisión de ello.

Es importante mencionar que existen programas que manejan sesiones individuales y también programas grupales, pero se ha mencionado que el manejo de una terapia grupal principal es beneficiosa ya que se pueden iniciar o fortalecer habilidades de interacción, permitiendo mejores vínculos afectivos entre las personas y se crea un grupo de referencia con el que se puede contar, dándose la confrontación y contrastación de ideas y estilos de afrontamiento a las personas afectadas (Uribe, 2005).

En cuanto a modelos, algunas de las estrategias que han sido aplicadas con buenos resultados y que se utilizan tanto para realizar promoción de conductas saludables y prevención de nuevas infecciones, como para atender consecuencias psicológicas ó emocionales debido al diagnóstico han sido los que tienen bases en modelos psicosociales, algunos de estos son: el modelo de creencias de salud, el modelo de la acción razonada, el modelo de la conducta planificada, y el modelo de información-motivación-habilidades, cada una con el objetivo de provocar cambios en el área cognitiva y conductual de las personas (Barra-Almegia, 2014).

Una de las aportaciones para atender las consecuencias emocionales en pacientes con VIH o SIDA es la de Bormann y Carrico (2009), quienes encontraron influencia positiva en la práctica de la meditación y el uso de mantras durante el proceso psicoterapéutico, para la disminución de respuestas emocionales negativas en personas seropositivas. Por medio de meditación y el uso de revaloraciones positivas, se pudo influir en el afrontamiento positivo ante la enfermedad de los pacientes.

Adicionalmente se han utilizado estrategias alrededor del mundo que consideraron utilizar perspectivas religiosas o espirituales en los tratamientos psicológicos para tratar consecuencias como la depresión y la ansiedad. Analizando lo anterior, Anderson et al. (2015) eligieron 16 estudios en distintos idiomas, que incluían una base religiosa o espiritual al tratamiento cognitivo conductual, y observaron diferencia significativa en el grupo experimental en comparación con el grupo control en cuanto a los niveles de ansiedad y depresión.

Estos han sido algunas de las propuestas que se han hecho para atender los procesos psicológicos en las personas con VIH o SIDA, sin embargo el modelo del que se tiene mayor evidencia de eficacia actualmente es el cognitivo conductual, el cual ha sido inspiración para la creación de distintos programas en todo el mundo (Ybarra, Orozco & Valencia, 2015). Un ejemplo de lo anterior es la propuesta de López, Rodríguez y Vázquez (2012), quienes en su estudio comprobaron la eficacia de la terapia cognitivo conductual en pacientes con respuestas emocionales negativas frente al diagnóstico<sup>2</sup>. En el programa participaron 17 adultos de entre 18 y 40 años de edad, detectados por medio de una entrevista conductual preliminar y que manifestaban malestar significativo en el área familiar, de pareja, trabajo, escuela o con los amigos. Los participantes mostraron un cambio positivo en la frecuencia de la aparición de respuestas de ira e irritabilidad, mejorando a su vez la calidad de vida y su forma de relacionarse con los demás.

Así mismo, Ballester (2003) llevó a cabo un programa de intervención psicológica grupal mediante técnicas cognitivo conductuales con personas de ambos sexos entre los 26 y 58 años de edad y que vivían en distintos estadios clínicos de la enfermedad. La intervención constó de 8 sesiones con lo cual se pudo incidir positivamente en la adherencia al tratamiento, los niveles de ansiedad, depresión y la respuesta de irritabilidad, mejoró la forma en que perciben el apoyo familiar y de otros y tuvo consecuencias positivas en el nivel de interferencia de su enfermedad en otras áreas de su vida, logrando un mejor control de su salud. Algunos elementos del modelo del autor anterior son: 1) presentación del programa y del grupo, 2) psicoeducación sobre el VIH, 3) informar al paciente sobre el modelo cognitivo conducta, 4) enseñar a los pacientes a combatir los pensamientos deformados, 5) trabajar con la autoestima, 6) aplicar entrenamiento en relajación, 7) aplicar entrenamiento en técnicas de solución de problemas, 8) dar información conductas de salud y finalmente 9) técnicas de prevención de recaídas (Ballester, 2003).

Tobón y Vinaccia (2014) retomaron el diseño de Ballester para describir un modelo de intervención que atienda las consecuencias psicológicas en cada uno de los estadios de la enfermedad, para los cuales tomó en cuenta 10 ejes: 1) el estudio epidemiológico; 2)

---

<sup>2</sup> En específico la aparición de ira y de agresividad física y verbal (López Blanco, Rodríguez García & Vázquez Pineda, 2012)

prevención; 3) preparación para el análisis del VIH; 4) la comunicación al paciente de no seropositividad; 5) la comunicación de seropositividad; 6) evaluación psicosocial integral; 7) intervención psicológica en estadio asintomático; 8) el tratamiento en estadio sintomático; 9) la preparación para la muerte y 10) trabajo de duelo para la familia tras la muerte del paciente. En lo anterior, se proponen técnicas cognitivo conductuales, tales como el entrenamiento en reevaluación y reestructuración cognitiva para los ejes 7 y 8. Sin embargo los autores no presentan evidencia de la aplicación de este modelo.

En cuanto al trastorno de ansiedad, Spies, Asmal y Seedat (2013) en el sur de África, analizaron distintos estudios para determinar la eficacia de la terapia cognitivo conductual, en los estados de ansiedad por VIH. En los estudios analizados, se utilizaron técnicas con la reestructuración cognitiva y desarrollo de habilidades de afrontamiento para reducir el estrés. De todos los estudios, nueve de ellos tuvieron un efecto positivo en los estados de depresión y ansiedad a corto plazo, estos programas tuvieron una duración de entre 6 y 16 semanas. Por su parte para tratar la depresión Andersen et al. (2016) aplicaron un técnicas cognitivo conductuales en pacientes adultos con VIH, en los resultados finales se observaron cambios positivos en el estado de ánimo de las personas a través de un seguimiento de tres meses, además tuvo resultados positivos en la adherencia al tratamiento, la cual se mantuvo durante el proceso.

Por su parte, Chibanda et al. (2015) llevaron a cabo una revisión sistemática de intervenciones para consecuencias psicológicas en personas con VIH-SIDA. En el análisis se tomaron en cuenta 190 estudios de los cuales cinco cumplían con los siguientes criterios de inclusión: el estudio iba dirigido a personas viviendo con VIH-SIDA; 2) el estudio se realizó en un país de bajos o medianos ingresos; 3) en el estudio se aplicó una intervención psicológica y 4) presentar depresión, ansiedad o alguna consecuencia psicológica. El análisis muestra, efectividad de la terapia cognitivo conductual, reportando como resultado la disminución de síntomas de depresión y ansiedad debidas a la enfermedad.

En México, Velázquez-Tello y García-Cedillo (2015) encontraron efectividad en un programa cognitivo conductual y psicoeducación de 13 sesiones en 16 personas con VIH para mejorar la adherencia terapéutica, la cual fue medida con las variables de los linfocitos

CD4, la carga viral, el consumo de alcohol y la depresión. Al finalizar la intervención se observó una disminución estadísticamente significativa de depresión en el grupo experimental y un aumento significativo de depresión en el grupo control, lo cual indica la necesidad y pertinencia profesional de diseñar y aplicar intervenciones que ayuden a desarrollar la salud integral del paciente. Adicionalmente el estudio sugiere diseños para desarrollar la motivación a participar de los pacientes, ya que factores como la confidencialidad y horarios laborales impiden llevar a cabo las intervenciones en la mayoría de los pacientes que más requieren de ello.

Una vez presentado el panorama descrito, en el siguiente apartado se expone la pregunta de intervención planteada en este estudio.

### **Pregunta de intervención**

¿Cual es la eficacia de la implementación de un programa de intervención cognitivo conductual dirigido a disminuir los niveles de ansiedad, depresión e ira en adultos con VIH o SIDA?

### **Objetivo general**

Evaluar el grado de eficacia de un programa de intervención basado en la terapia cognitiva conductual dirigido a la disminución de los niveles elevados de ansiedad, depresión e ira en adultos con diagnóstico de VIH o SIDA.

### **Objetivos específicos:**

- 1) Diagnosticar los niveles de ansiedad, depresión e ira que presentan las personas con VIH-SIDA.
- 2) Diseñar un programa de intervención con base en el modelo cognitivo conductual para disminuir los niveles altos de ansiedad, ira y depresión en personas con VIH o SIDA.
- 3) Implementar una intervención basada en el modelo cognitivo conductual, con el objetivo de reducir la sintomatología asociada al diagnóstico de VIH o SIDA.
- 4) Evaluar los resultados obtenidos y la eficacia de la intervención realizada al finalizar el estudio.

## Capítulo I. Soporte Teórico

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) constituyen una problemática seria en todo el mundo y para comprender sus dimensiones, es necesario revisar detalladamente las diferencias entre uno y otro, y sus vías de transmisión. En este apartado se expone una revisión histórica del desarrollo de la epidemia en México, revisando sus alcances epidemiológicos, las poblaciones más vulnerables, sus efectos psicológicos y las opciones actuales de tratamiento tanto médicas como psicoterapéuticas.

La concepción que se ha tenido del VIH/SIDA ha cambiado a través del tiempo, Dethlefsen & Dahlke (1983) mencionan que su origen fue en el continente americano en los años 70 en una persona usuaria de drogas inyectables de la ciudad de Nueva York y la infección se fue propagando por la utilización común de agujas. Una de las poblaciones más afectadas desde el comienzo ha sido la de los homosexuales cuyo medio de infección es en su mayoría mediante el contacto sexual sin protección. La aparición del VIH coincidió con el mejoramiento del estatus de este grupo poblacional en América, siendo los mismos unos de los principales portadores del virus en el continente Europeo también, en este contexto hay una escasa distinción sobre VIH y SIDA, el estudio de la enfermedad se centraba más en las fases sintomáticas y terminales en donde el estigma y necesidades psicológicas del paciente no eran considerados de manera adecuada, tomando a la infección como una enfermedad que tendría que ser abordada casi por completo por profesionales médicos. El enfoque para tratar estas necesidades estaba basado en aspectos espirituales pero no existían estudios que tomaran en cuenta de forma seria las necesidades psicológicas de los pacientes con esta condición (Dethlefsen & Dahlke, 1983).

Tras el primer caso de VIH/SIDA se creó una preocupación por la aparición de casos extremos de neumonía provenientes de pacientes homosexuales, esto sugería una estrecha relación entre el VIH-SIDA y el estilo de vida de las personas. El número de casos aumentó y con ello la preocupación de la comunidad, fue así como se empieza a realizar estudios para su comprensión y posteriormente su prevención (CENSIDA, 2017).

El VIH implicaba las siguientes características en sus inicios en el continente americano: 1) el VIH-SIDA provoca la destrucción de las defensas del cuerpo, exponiendo a los enfermos a infecciones amenazantes, 2) el virus del HTLV-III-LAV tiene un periodo de incubación muy largo, la manifestación de los síntomas pueden tardar varios años, es un adversario invisible, muy difícil de combatir, 3) no se trata de un problema individual como el caso del cáncer, sino que revela nuestra dependencia hacia los demás debido a que su transmisión puede ser a través de la sangre y el semen, y 4) se consideraba a la sexualidad como el factor primordial y prácticamente única vía de contagio (Dethlefsen y Dahlke, 1983). El punto anterior hacía referencia a la homosexualidad como predictor de riesgo para contraer VIH, el estigma y la discriminación asociados a la epidemia fue tomada en consideración de manera seria hasta el año de 1999 (CENSIDA, 2017).

La epidemia se catalogó en un principio como castigo divino, sobre todo en países conservadores y religiosos, como el caso de México en donde los principales afectados fueron hombres jóvenes. Las medidas de tratamiento eran limitantes y escasas debido al desconocimiento de la enfermedad (CIENI, 2011). Actualmente el VIH-SIDA es considerado un fenómeno social y a pesar de que ya no es una enfermedad mortal, sino crónica, son múltiples las implicaciones médicas y psicológicas que amenazan la vida de la persona. Por ello, constituye un amplio campo de intervención para la psicología que abarca prácticamente todas sus áreas (Simón, 1999).

### **Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**

Existen diferencias específicas entre el VIH y el SIDA, por un lado el VIH es un estadio de la enfermedad en donde el sistema inmune disminuye su capacidad para defender al cuerpo de enfermedades e infecciones por medio de las células CD4<sup>3</sup>, en esta etapa el virus comienza a replicarse por todo el cuerpo sin parar si no hay tratamiento farmacológico causando un deterioro progresivo que puede llevar a la etapa de SIDA. Los síntomas del VIH se desarrollan de manera distinta en cada caso, pero por lo general los síntomas fuertes tales como las enfermedades infecciosas o cánceres que tienen que ver con el diagnóstico no

---

<sup>3</sup> En un cuerpo sano el conteo adecuado de células CD4 es de 500 a 1.200/mm<sup>3</sup> (OMS, 2017).

aparecen en años, sin embargo se pueden presentar por semanas síntomas similares a los de la influenza y diarrea durante la segunda y cuarta semana después del contagio. Sin un tratamiento adecuado, el VIH evoluciona a SIDA en un tiempo de 10 años o incluso menos, dependiendo de cada persona (INFOSIDA, 2017). El SIDA es una etapa en donde el sistema inmunológico es totalmente ineficiente y se presentan las enfermedades e infecciones relacionadas con la enfermedad y el número de células CD4 es inferior a  $200/\text{mm}^3$  (OMS, 2017).

A pesar de los avances médicos, el cuerpo humano es incapaz de eliminar el virus del VIH completamente, es por ello que si alguien contrae la infección por VIH será para toda su vida, sin embargo, con la atención farmacológica adecuada se puede controlar sin llegar a una etapa de SIDA (CDC, 2018). El tratamiento farmacológico permite tener una mayor expectativa de vida y un mayor control de los síntomas e infecciones del VIH, las cuales son generadas por hongos, bacterias, levaduras y otros microorganismos que se asocian con el virus (ACNUR, 2010).

Biológicamente, el VIH es un microorganismo que agrede al sistema inmune, dañando y/o eliminando las defensas encargadas de proteger al cuerpo humano contra las enfermedades e infecciones, las cuales de no ser tratadas pueden provocar la muerte. Al entrar al organismo el VIH es capaz de replicarse a sí mismo por medio de proteínas como el ácido ribonucleico (ARN), las cuales le son útiles para transportarse fácilmente en el interior del organismo. (OMS,2017). Los retrovirus lentiviridae son los que generan deficiencias en el sistema inmunológico, destruyendo las CD4 que encuentran a su paso, específicamente son los virus del VIH 1 y 2 los que provocan la enfermedad (Lamotte-Castillo, 2014).

Poco después de la infección el VIH ataca a las células CD4, que también son llamadas células T, las cuales son un tipo de glóbulos blancos (linfocitos) y son las defensas encargadas de proteger al cuerpo de enfermedades e infecciones. Al verse atacado por el virus del VIH, el cuerpo humano genera respuestas de contraataque por medio de las células CD4 que ayudan a conservar un conteo mínimo de virus en el cuerpo, pero el virus sigue activo y en espera de dañar a nuevas células (CDC, 2018). Cuando el virus logra cierto control en el cuerpo, las células CD4 sirven como mecanismo conductor del VIH para reproducirse

y propagarse en todo el organismo, generando que se multiplique el virus en todo el cuerpo. Este proceso tiene como nombre ciclo de vida del VIH y es realizado mediante los siguientes pasos (INFOSIDA, 2017).

Acoplamiento, unión al correceptor y fusión. El VIH se une a la célula CD4 por medio de la activación de proteínas como el CCR5 o el CXCR4 las cuales permiten la fusión de ambos elementos. Después de la fusión, el VIH incorpora su material genético (ARN) dentro de la célula CD4.

Transcripción inversa. En esta fase se realiza un proceso de conversión de ARN a ADN del material genético del VIH para que funcione en el organismo adecuadamente, al lograrlo el ADN resultante es llamado ADN proviral o provirus.

Integración. El provirus es conducido al núcleo de la célula CD4, lugar en donde una enzima viral que es llamada integrasa, se encarga de integrar al provirus dentro del ADN del CD4. El provirus permanece inactivo en ocasiones, sin generar muchas o nuevas copias de VIH.

Transcripción. A medida de que la CD4 es infectada, esta capta un mensaje para activarse, el provirus crea copias del VIH por medio de una proteína llamada polimerasa. El ADN se convierte en ARN y desarrolla la capacidad de atravesar las paredes del núcleo celular, creando largas cadenas de proteínas de VIH.

Ensamble. Al generarse las cadenas de VIH, la proteasa ayuda a dividir las en pequeñas proteínas individuales. Algunas de estas proteínas se transforman en enzimas del VIH, mientras que otras se ensamblan a nuevas partículas del VIH continuando con el ciclo.

Gemación. El virus sale de la célula y consigo lleva membrana celular, posibilitando la infección a otras células.

En cuanto a los síntomas, en el VIH-SIDA existen distintas fases clínicas en las cuales existen diferencias significativas. La primera fase es la de infección aguda retroviral y es cuando el virus entra al organismo, puede ser asintomática o sintomática produciendo síntomas tales como fiebre, faringitis, artralgias, mialgias, anorexia, náuseas, vómitos, diarrea,

ulceraciones mucocutáneas, dolor de cabeza, meningoencefalitis, entre otros. Durante esta fase es posible que los estudios serológicos no detecten el virus. La segunda fase corresponde a la fase asintomática de la infección, el paciente puede no presentar ningún síntoma y es la etapa más larga. La tercer etapa es la fase sintomática de la infección, aparecen síntomas y enfermedades asociados con el VIH tales como: malestar general, astenia que no cede, síndrome febril prolongado el cual se acompaña con sudoración nocturna, pérdida de peso hasta en un 10%, anemia y trombocitopenia, tos seca persistente, diarrea persistente, candidiasis bucal, dermatitis, herpes y en el caso específico de neuropatías se pueden presentar polineuropatía, ansiedad, depresión y meningitis aséptica. En la fase final se presenta el SIDA y el paciente puede presentar varias afecciones médicas al mismo tiempo y se asocia con una alta mortalidad, provocando a su vez dificultad en la recuperación del sistema inmune al comenzar el tratamiento (Lamotte-Castillo, 2014).

### **Vías de transmisión del VIH-SIDA**

La OMS (2016) indica que el VIH-SIDA se puede transmitir por medio de las mucosas corporales a través de líquidos del cuerpo que contienen el virus, éstos son el semen, el líquido pre-seminal, los fluidos vaginales, la sangre y la leche materna. Siendo la vía sexual vaginal, anal y oral el medio de infección más frecuente.

La transmisión del virus es posible cuando hay contacto de la mucosa vaginal, del ano o de la boca con fluidos corporales que contengan el virus del VIH. En el caso del sexo oral, el riesgo es mayor si el receptor ingiere el fluido infectado. Otro medio de infección es la vía sanguínea, en la cual la mayoría de los casos son debido a compartir objetos cortopunzantes o jeringas contaminadas para el consumo de drogas inyectables, también puede ser al recibir transfusiones de sangre contaminada o por accidentes en espacios de trabajo como los centros de tatuajes o incluso en hospitales, al tener contacto con sangre o agujas infectadas. Además el virus se puede transmitir de madre a bebé, en donde el peligro es mayor durante el parto, esto es a través del contacto del bebé con el líquido sanguíneo materno y fluidos de la vagina de la madre. Otras fuentes de transmisión de madre a bebé es vía placenta y por medio de la lactancia, ya que la leche materna contiene VIH. El porcentaje de probabilidad de una infección perinatal es de 30% a 40% (ACENUR, 2010).

El VIH no se puede transmitir por medio de besos, abrazos o apretones de mano, al compartir objetos personales, bebidas o alimentos, al visitar personas enfermas, al bañarse en piscinas públicas o utilizar el mismo sanitario, por picaduras de insectos o al donar sangre. El contagio da al tener contacto con el virus concentrado en un líquido orgánico humano (CDC, 2018).

### **Epidemiología del VIH-SIDA**

El VIH-SIDA constituye un problema epidemiológico serio en el mundo, 76.1 millones de sujetos han sido infectados con el VIH desde el primer caso documentado, de las cuales 35.0 millones han fallecido a causa del SIDA y sus complicaciones, el principal motivo de muertes es la falta de adherencia al tratamiento. Actualmente se estima que son 36.7 millones de personas que viven con el virus en todo el mundo, de las cuales solo 20.5 millones se mantienen en tratamiento médico (ONUSIDA, 2018).

En América Latina se cuenta con un registro de 2 millones de personas con la infección, de las cuales solo 1.1 millones se encuentran en tratamiento antirretroviral. México se encuentra en el segundo lugar dentro de estos países manteniendo una epidemia de tipo concentrado, en lo cual el mayor porcentaje de infección lo mantiene la población transexual, siendo 75 veces más propensa a adquirir la infección (CENCIDA, 2017).

Aunque Chihuahua se encuentra entre los primeros estados vinculados a la atención médica rápida en los primeros meses del VIH-SIDA, aun existe falla en la adherencia médica. En este estado más del 40% se atienden en el Centro Ambulatorio para la Atención del SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual (CAPASITS) de Ciudad Juárez. Se estima que el costo anual en dólares por paciente es de 2000 dólares (CENSIDA, 2017).

En cuanto a vías de transmisión de acuerdo a un informe de Todo Sida (2018) se estima que por cada 10 mil habitantes el número de personas con mayor probabilidad de adquirir el virus por medio de una transfusión de sangre es de 8900-9610, por medio de la transmisión de madre a hijo es de 1700-2900, por medio de agujas infectadas con el virus es de 41-92, por medio de sexo anal receptivo es de 102-186, por medio de sexo vaginal receptivo es de 6-11, y por último es importante mencionar que aunque el riesgo de infección

en cuanto a sexo oral tanto al recibir como al proporcionar es de 0-4, se deben de tener las precauciones necesarias en estos actos.

### **Factores de riesgo**

En relación al riesgo de contraer el virus de VIH existen ciertos comportamientos y situaciones que pueden aumentar la probabilidad de infección, tales como mantener relaciones sexuales sin protección ya sea por vía vaginal o anal, el presentar otras infecciones y enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el compartir agujas y jeringas infectadas con el virus, al realizarse un tatuaje o al utilizar drogas inyectables (OMS, 2017). A continuación se describen estas situaciones y conductas.

El sexo sin protección constituye un factor de riesgo para las personas sin importar su orientación sexual (OMS, 2018). Además se ha reportado que el mantener relaciones sexuales con múltiples parejas aumenta el riesgo de contraer la infección por VIH y existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en variables como relaciones con múltiples parejas y relaciones casuales, en las cuales el conocimiento y creencias que posee la persona acerca de temas sexuales no influyen en sus decisiones sino que es el motivo lo que provoca su conducta (Piña-Lopez & Urquidi-Treviño, 2004).

Para la prevención del VIH por vía sexual existe el uso del condón que es el método más efectivo en atención primaria. El uso del preservativo masculino o femenino durante el acto sexual vaginal o anal, puede evitar la infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Es importante que aunque en una pareja ambos vivan con VIH se mantenga el uso de protección, ya que se pueden dar nuevas infecciones relacionadas con el VIH y puede complicar la eficacia del tratamiento antirretroviral o incluso provocando que la enfermedad avance más rápido (ACNUR, 2010). El condón deberá ser utilizado de manera adecuada en todas las relaciones sexuales sin excepción, sobre todo si la persona mantiene relaciones sexuales con varias personas (OMS, 2018).

Existen ciertas poblaciones que se encuentran en mayor probabilidad de contraer una infección. En México el 1% de las nuevas infecciones se dan en trabajadores sexuales, el 2% en personas que se inyectan drogas, pero por otro lado el 52% se da en hombres

homosexuales (HSH) y personas transexuales, el 11% en clientes de trabajadores sexuales, y el 35% restante se presenta en el resto de la población (CENSIDA, 2017). Por lo tanto, según los reportes estadísticos, el grupo social con mayor vulnerabilidad son los hombres homosexuales y las personas transexuales, población que pertenece a la comunidad LGBT (OMS, 2018).

La comunidad LGBT es una población a la cual pertenecen personas sin importar su grado escolar, ocupación laboral, edad o religión y se distingue por su diversidad en términos de autoidentificación sexual, comportamiento, fantasías, lazos emocionales, relación actual y papel ideal que definen a la persona como homosexual, bisexual o con una reformulación en la orientación de género. El término homosexual es utilizado para referirse a personas cuya atracciones afectivoeróticas son hacia personas del mismo sexo, una persona bisexual es aquella cuya atracción afectoerótica es hacia ambos sexos, mientras que la persona heterosexual es aquella quien se siente atraída por personas del sexo contrario (Ardila, 2008).

Sin embargo, en este grupo son las conductas de riesgo las que generan preocupación y son las que se debe poner atención. De acuerdo con Ardila (2008), los homosexuales dan mucha importancia al sexo desde el comienzo de sus relaciones, siendo el acto sexual variado y desinhibido llevando mas frecuentemente a cabo el sexo anal, oral, el uso de juguetes sexuales y las relaciones entre tres o más las cuales son prácticas cada vez más comunes y frecuentes. La infidelidad y la promiscuidad aunque se de en todas las preferencias sexo-afectivas, tiene mayor prevalencia en la comunidad homosexual y se maneja de distinta manera que en poblaciones heterosexuales.

Además, es importante considerar los nuevos desafíos con los que nos enfrentamos hoy en día. *Bug chasers*, es el nombre que se le dio a una subcultura de hombres homosexuales quienes presentan deseo voluntario de contraer el VIH, lo cual es motivo de preocupación para la comunidad científica, sanitaria y para la sociedad en general (Moskowitz & Roloff, 2007). Se ha observado que los motivos que llevan a tomar la decisión de contraer el virus pueden ser debido al deseo de pertenecer a un grupo social y políticamente interesante, además de los beneficios de apoyo económico que conlleva tener la infección de por vida (Malkowski, 2014). Aunque estas subculturas se encuentran más

frecuentemente en Estados Unidos, es importante tomar en cuenta la influencia que pueden tener estos grupos en la comunidad homosexual fronteriza.

El uso de drogas constituye un importante problema social, y su relación con el virus del VIH ha sido analizada. La infección se da por el uso de jeringas compartidas al consumir drogas inyectables (OMS,2018). Otro medio de infección es por transfusiones de sangre o sus derivados contaminados o en un accidente ocupacional como es el caso de los estudios de tatuajes en donde la sangre de la persona no fue previamente analizada (ONUSIDA, 2011).

Considerando lo anterior, es importante no perder la atención en los grupos de riesgo, ya que el comportamiento y las situaciones en las que se ven involucrados pueden generar problemas sociales y jurídicos, que a la vez reducen la probabilidad de acceder a los programas de salud integral. Es importante que toda persona que se vea en riesgo se realice pruebas periódicas para la detección del virus, esto para obtener el pertinente diagnóstico y comenzar con el tratamiento si es necesario. Las pruebas se llevan a cabo con mayor frecuencia a parejas sexuales de personas que ya viven con VIH, estas son conocidas como parejas serodiscordantes (OMS, 2018).

### **Adherencia al tratamiento**

La adherencia al tratamiento se refiere al conjunto de conductas y actitudes necesarias en los pacientes que corresponden a las recomendaciones dadas por un profesional de salud, tales como la toma adecuada del medicamento y el cambio de hábitos de vida en los pacientes que permiten mejorar su estado de salud, pero en realidad, la respuesta de adherencia al tratamiento antirretroviral es un reto a cumplir y suele presentarse como un obstáculo para la salud, relacionándose a su vez con el estado psicológico de las personas (OMS, 2004).

La adherencia terapéutica debe abordarse desde el inicio del diagnóstico y se relaciona con un conjunto de comportamientos tales como: la toma adecuada y en el horario establecido del tratamiento médico, asistencia con todos los profesionales de salud al servicio y realizarse exámenes de control de manera periódica, realizar ejercicio de manera regular, llevar una alimentación adecuada según las recomendaciones nutricionales, evitar el consumo de sustancias psicoactivas, adoptar medidas de prevención de nuevas infecciones,

observar cambios físicos y emocionales y atender las consecuencias psicológicas debido al diagnóstico u otros factores. Estas conductas pueden llegar a ser influencia positiva o bien, ser obstáculos en el abordaje de la enfermedad (Varela-Arévalo, Torres & Correa-Sánchez, 2008).

Además, la adherencia al tratamiento puede verse influenciada por variables como el género, García-Cedillo y Rodríguez Delgado (2014) realizaron un estudio en donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas de las variables que actúan en la adherencia entre hombres y mujeres. Se reportó que las condiciones en que viven las mujeres son más complejas ya que tienen un nivel escolar bajo, viven solas en su mayoría se hacen cargo de los hijos, presentan complicaciones económicas y pocas cuentan con apoyo familiar. Además hubieron diferencias importantes en el modo de transmisión por género, ya que el 96% de las mujeres contrajo la infección por el medio sexual, siendo el caso de los hombres el 50%, pero en general ambos grupos mostraron una adherencia inadecuada.

Para ilustrar la importancia de considerar las consecuencias psicológicas en personas seropositivas en relación con la adherencia al TAR, García-Cedillo, Alfaro-Castro, Rodríguez- Delgado, & Sánchez-Armás Cappello (2011) llevaron a cabo entrevistas a 76 personas con VIH-SIDA. Los resultados indicaron que el 80% de las personas evaluadas presentaron indicadores de acuerdo a los criterios de diagnóstico, dentro de las cuales el 28% corresponde a la conducta antisocial, el 20% a depresión clínica, el 13% a síndrome de estrés postraumático, el 12% a psicosis orgánica y el 8% a discapacidad intelectual, lo cual indica que es muy importante considerar las variables psicológicas y la necesidad de intervención clínica multidisciplinaria en los pacientes, por lo tanto es importante considerar los efectos psicológicos frente al diagnóstico, los cuales se describen a continuación.

### **Efectos psicológicos frente al diagnóstico**

Como se mencionó en apartados anteriores, el VIH-SIDA se asocia con múltiples consecuencias tanto psicológicas como psiquiátricas. Estas consecuencias pueden ser provocadas por factores psicosociales internos y externos como la percepción del control y sufrimiento percibido, percepción de apoyo social, estigma, estilos de afrontamiento y calidad de vida (Villa & Vinnaccia, 2006; Agrawal y Agrawal, Singh, & Yadav, 2015). Estos

factores intervienen en la salud integral de la persona y además influyen en la adherencia al tratamiento (Piña-lopez & Gonzalez-Ramirez, 2004; Ramos-Rangel, Cabrera Pérez & Gonzalez Aguilar, 2016, y Daskalopoulou et al, 2017).

En el comienzo de la epidemia, no se contaba suficientes recursos para combatirla o comprenderla, el estudio del VIH-SIDA se concentraba en el control de la enfermedad y sus consecuencias sintomatológicas. En 1999 se comenzó a tomar seriamente las repercusiones psicológicas que causan aspectos como el estigma y discriminación en las personas con VIH-SIDA (CENSIDA, 2006). El estigma y discriminación es el trato distinto e injusto hacia personas que son seropositivas o tienen alguna relación con el virus del VIH. La exclusión y discriminación pueden provocar consecuencias en las personas tales como el miedo al rechazo, aislamiento social y familiar y cambios en la calidad de vida de las personas, con ello se puede prolongar el tiempo para la detección de la enfermedad, complicando el estado de salud de la persona (ACENUR, 2010).

En relación a la orientación sexual se ha encontrado que los hombres homosexuales tienden a presentar consecuencias psicológicas tales como niveles de depresión y ansiedad elevados. En un estudio Berg, Mimiaga y Safren (2004) reportaron que los síntomas que presentaban con mayor frecuencia los pacientes homosexuales son trastornos de depresión con una prevalencia de 58.1% y ansiedad con una prevalencia de 38.2%, además los problemas de pareja y abuso de sustancias también tuvieron relevancia. Sin embargo en otros estudios se ha reportado mayores niveles de depresión y ansiedad en personas heterosexuales debido a la influencia del estigma, prejuicios y presión social en los pacientes (Veravillarroel, Pérez, Moreno, & Allende, 2004).

Las mujeres con VIH constituyen otro grupo poblacional de mayores consecuencias psicosociales, García-Cedillo y Rodríguez Delgado (2014) reportaron que las mujeres en su estudio viven en dificultades más difíciles en comparación con los hombres, asimismo enfrentan fuertes complicaciones económicas y cuentan con poco o nulo apoyo de familiares, ésto se refleja además en los niveles de adherencia terapéutica, la cual es muy similar a la de los hombres del estudio. La forma de contagio de las mujeres fue por medio de relaciones heterosexuales.

Con base en lo anterior, investigaciones científicas (Teva et al, 2005; Villa & Vinaccia, 2006; Arrivillaga et al; 2006; Lambán et al, 2015; Cardona et al, 2015 & Anurag et al, 2015) han reportado que las alteraciones psicológicas tales como el estrés, ira, ansiedad y depresión, pueden influir en la salud física de los pacientes. La depresión y la ansiedad tiene asociación con la percepción de las personas ante la evolución de la enfermedad en estadios tanto asintomático como sintomático y presentaron mayores niveles de ira en el estadio sintomático (Teva et al, 2005). Suarez-Iglesias y Peñate-Gaspar (2009) también reportaron las consecuencias psicológicas del impacto del diagnóstico de seropositividad como los niveles de depresión, ansiedad, salud mental, satisfacción vital y rumiaciones de pensamientos en las personas con VIH-SIDA.

Debido a lo anterior, el papel que ha tomado con los años la psicología en el VIH-SIDA ha cobrado relevancia y se ha puesto más atención, buscando prevenir y evitar el prematuro avance de la enfermedad, ya que no se ha encontrado una cura es necesario desarrollar intervenciones psicológicas de apoyo para tratar a los individuos infectados y desarrollar conductas de afrontamiento ante la enfermedad (Remor, Arraz & Ulla, 2003). En los párrafos subsiguientes se profundiza sobre la prevalencia de los trastornos psicológicos y psiquiátricos más comunes asociados al VIH-SIDA los cuales son la ansiedad, la depresión y en algunos casos la ira.

## **Depresión**

Como se ha señalado, en el VIH la depresión forma parte de la sintomatología más frecuente. En los pacientes se puede observar aislamiento ya sea por desición propia o al percibir un fuerte rechazo por parte de otros, lo cual obedece al estigma que se genera ante la enfermedad, además pueden presentar una tristeza intensa. También se muestran síntomas físicos tales como fatiga e insomnio, las cuales son características que explican alteraciones del estado del ánimo, y han sido observados en pacientes con VIH, siendo los pacientes sintomáticos los que presentan con mayor frecuencia estas características en comparación con los asintomáticos. Se piensa que lo que provoca depresión en esta población puede ser el resultado del diagnóstico nuevo recibido, y las consecuencias psicológicas que esto conlleva,

o en casos de pacientes con un diagnóstico más antiguo puede ser a causa del mismo tratamiento antirretroviral (Remor, 2002).

En una investigación sobre la prevalencia de la depresión en VIH, el 36% de los pacientes dieron positivo para la depresión mayor y el 27% para la distimia (Bing et al., 2001). Así mismo, otras investigaciones han encontrado un aumento de la depresión en individuos infectados por el VIH en estudios recientes. La depresión puede tener un impacto negativo en la adherencia farmacológica, la calidad de vida y el resultado del tratamiento. El VIH aumenta el riesgo de presentar depresión de nivel severo a través de lesiones directas en áreas subcorticales del cerebro, estrés crónico, empeoramiento del aislamiento social y desmoralización intensa (Nakimuli, 2011).

Además, en otros estudios, se han observado niveles de estrés y depresión en los pacientes, los cuales también son factores para la adhesión al tratamiento médico (Remor, 2003; Piña et al., 2008 y Cardona, Medina, Herrera & Orozco, 2015). Por tanto, cuando el nivel de depresión es alto la persona puede carecer de motivación para la adherencia al tratamiento médico y esto complicaría su adaptación a la nueva condición. Altos niveles de estrés y ansiedad en esta población, se ha asociado con niveles del virus muy alto y preocupantemente el conteo de las células CD4 es bajo, provocando a la vez en un rápido progreso del VIH (Ybarra et al., 2015).

Sintomatológicamente, en la depresión se pueden observar estados emocionales de tristeza en donde el sujeto tiende a no disfrutar y a abandonar las actividades que antes hacía, tiene cambios en la concentración o presenta cansancio persistente, es propenso a tener bajo o nulo amor propio y fuertes culpas, además de presentar otros trastornos relacionados como patologías del sueño y alimentación. Se puede presentar de manera crónica, es decir, se puede presentar de manera persistente y puede progresar; o puede presentarse de manera recurrente lo cual indica episodios aislados o repetitivos en distintos momentos de la vida. Ambos pueden afectar al sujeto en áreas importantes como lo son la laboral, social, pareja y escolar. Cuando la depresión se da de manera leve, se puede dar tratamiento psicoterapéutico sin ayuda de fármacos, pero cuando se presenta de manera más profunda se recomienda tanto el

apoyo psicológico como el psiquiátrico de manera conjunta. Cuando se da de manera profunda, puede conducir a ideas suicidas rumiantes y finalmente al suicidio. (OMS, 2017).

Dentro de los factores psicosociales que pueden provocar depresión en los pacientes se han observado los siguientes.

La percepción de la enfermedad y la información que se tiene sobre VIH-SIDA, ya que esto suele provocar alteraciones en el estado emocional de los pacientes, dependiendo del significado que se da a la misma. En un estudio comparativo con 180 pacientes de VIH-SIDA y cáncer se observó que las personas con VIH manifiestan mayor preocupación por su salud lo que puede provocar una influencia negativa importante en su disfrute de la vida y en la vida misma. Estos pacientes presentaban mayores niveles de depresión que los pacientes oncológicos de la investigación (Alarcón, Edo & Ballester, 2006).

Otro factor que puede provocar depresión es la discriminación y el estigma social que tienen relación con la seropositividad, lo cual se refiere al conjunto de aspectos verbales o conductuales negativos que se ejerce sobre alguna persona con alguna condición, creencia o particularidad física diferente que parte de los prejuicios sociales. Se ha encontrado que más del 50% de los sujetos con VIH-SIDA experimentan desvalorización que subyace con frecuencia de temas sobre las relaciones sexuales, preferencias sexuales y uso de drogas inyectables por parte de personas que rodean a los pacientes o incluso por parte de sí mismos (Lowther, Selman, Harding & Higginson, 2014).

En el 2014, en Nuevo León México, Moral- De la Rubia y Segovia-Chávez, llevaron a cabo una investigación para observar la correlación entre la ira, la discriminación y la depresión. La apuesta fue encontrar depresión en estrecha relación con la ira, como resultado de la discriminación la cual se refiere a actos de rechazo. Para el estudio se tomó en cuenta a 200 mujeres mexicanas con VIH, mayores de edad y que no presentaban patologías cognitivas. Se utilizó la escala de discriminación temida y percibida para mujeres con VIH, el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de rasgo- estado- expresión de ira. Los resultados indicaron una estrecha relación entre las variables, revelando un impacto notable de los actos de rechazo sobre la depresión manejado mediante efectos de ira de manera directa

e indirecta. El estudio revela además, que con el tiempo la depresión puede disminuir en los pacientes, pero la ira tiende a mantenerse.

El aislamiento y la falta de apoyo, tienen una estrecha relación con la depresión (Logie & Gadalla, 2009). Para las personas portadoras del virus es fundamental el apoyo emocional, la atención y la compañía de su familia y seres cercanos. Al no observar estas necesidades cubiertas puede presentarse alteraciones emocionales e inseguridad acerca de apoyo emocional en un futuro (Vilató-Frómeta, Martín & Pérez-Nariño, 2015).

Además, la depresión puede provocar alteraciones en otras áreas, por ejemplo se han reportado bajas tanto en las condiciones en que viven como en la adherencia al TAR, provocando una progresión y propagación rápida del virus y aumentando la probabilidad de mortalidad (Nanni et al., 2015). La calidad de vida, se refiere a la manera en que la persona se percibe dentro de la sociedad y como esto se relaciona con su sistema de valores, sus expectativas e inquietudes relacionándose a su vez con su salud física y toda la sintomatología que puede observarse (Ministerio de salud, 2010). Frutos, Nelson, Amado, Ferreira y Reissner (2016) realizaron una medición de la calidad de vida de pacientes con VIH-SIDA y reportaron que el 47% de los pacientes de su estudio tenían sentimientos de discriminación, además expresaron necesidad de tratamiento médico para poder sentirse bien durante el día y se perciben como personas enfermas de manera general.

## **Ansiedad**

En cuanto a la ansiedad y su incidencia en el VIH-SIDA, uno de los factores que pueden generarla al igual que en el caso de la depresión, también es la toma de los antirretrovirales. Sin embargo, también es importante considerar los diferentes estilos de afrontamiento que pueden llevar a cabo los pacientes ya que se ha comprobado que las personas que utilizan un afrontamiento activo y orientado hacia el problema pudieran tener resultados psicológicos más positivos y por lo tanto mejorar la adherencia al TAR. Por otro lado los pacientes que utilizan un afrontamiento evitativo en donde presentan conductas confrontativas y de evitación de cercanía de otros, además de un autocontrol excesivo, se asocia con consecuencias psicológicas como la depresión y la ansiedad por lo cual se recomienda dar

seguimiento a modelos centrados tanto en el problema como en la emoción (Ybarra et al., 2015)

En un estudio realizado en México (Miaja-Avila & Moral-De-La-Rubia, 2014) se encontró que la ansiedad en los pacientes con VIH-SIDA está asociada con el estilo de afrontamiento de las personas, es decir un afrontamiento negativo, como la irritabilidad, enojo o ira, lo cual conlleva a mayor probabilidad de padecer ansiedad, en específico la ansiedad ante la muerte y se consideró necesario trabajar en estos estilos de afrontamiento en donde la ira puede contribuir al padecimiento.

La ansiedad es una sensación de agitación, inquietud, tensión e incomodidad del estado de ánimo que se expresa de manera intensa y duradera acompañándose muchas de las veces por una consecuencia física, somática (Ayuso, 1988). La ansiedad presenta criterios de diagnóstico y sintomatología que se asemejan a los de la depresión, dando casos en donde los antidepressivos tienen un efecto positivo en la ansiedad, es por ello que es muy común ver que se presenten de manera conjunta (Bobes-García, Portilla-González & Bousoño-García, 2002).

Las alteraciones que con mayor frecuencia se dan en los pacientes VIH positivos, de acuerdo con el DSM-5 (2014) son: trastorno de pánico (con o sin ataques de pánico), trastornos de ajuste, reacción de estrés agudo, TOC y TAG (Hinkin, Castellon, Atkinson & Goodkin, 2001).

## **Ira**

Cuando recién se diagnostica el VIH-SIDA puede provocar distintas reacciones en cada persona, sin embargo una de las primeras en aparecer es la respuesta emocional que genera, esto puede ser el miedo a la muerte y las consecuencias sociales, el dolor por la pérdida de salud, frustración de esperanza, la culpa y la ira intrínseca y/o extrínseca (Agrawal, Jain, Agrawal, Singh & Yadav, 2015). La ira, ha sido relacionada con el VIH-SIDA en diversas ocasiones y es una emoción negativa que se caracteriza por activar el organismo ante circunstancias que considera amenazantes o que le genere algún daño, frustración o trato diferente (Fernández, 2008).

La ira es una emoción que tiene como mecanismo primordial las respuestas de lucha o ataque para afrontar situaciones. La amígdala tiene una importante función en las conductas de ira y las reacciones emocionales violentas, la hormona que interviene en estos mecanismos mayormente es el cortisol. Por otro lado, la corteza prefrontal se encarga de la supresión de dichas conductas impulsivas, anticipando a la persona a consecuencias negativas (Carlsoon, 2010). La ira es una emoción negativa que es provocada al sentir dolor, o vulnerabilidad ante una amenaza o daño percibido, ya sea real o imaginario. Se caracteriza por malestar y activación tanto física como mental, y hay una tendencia al ataque o defensa ante la situación amenazante. Puede expresarse hacia afuera (agresión dirigida hacia los demás) o hacia sí mismo (cuando la emoción no es expresada y el daño es hacia uno mismo). Esta emoción se asocia a situaciones interpersonales que el individuo considera amenazantes para su espacio personal o expectativas de vida, se presenta comúnmente al conocer el diagnóstico, pero también se determina por el estilo de afrontamiento de las personas ante la enfermedad y el estigma o discriminación que sufren (Ramos, Cabrera & González, 2016).

En un estudio elaborado con pacientes seropositivos, Teva, Bermúdez, Hernández, y Buela (2005) encontraron que el estadio sintomático fue en el cual se observaron mayores niveles de ira ya que provoca un gran impacto emocional. Sin embargo, esta reacción emocional de ira puede presentarse durante cualquiera de las etapas de la enfermedad y puede variar en cuanto al sexo de la persona, orientación sexual y otros factores como el uso de drogas y presencia de lipodistrofia.

Por su parte McIntosh, Hurwitz, Antoni, González, Seay y Schneiderman (2014) realizaron un estudio, en donde midieron la expresión de la ira, para determinar la relación entre la ira y el estado de la enfermedad. Se encontró que la ira influye negativamente en la función inmunológica y está relacionada con ira y afrontamiento evitativo, esto puede indicar la necesidad de intervenir en esta consecuencia emocional tempranamente para evitar a su vez otras consecuencias más graves. Algunos estudios han demostrado la importancia de considerar las consecuencias de la ira en los pacientes con VIH-SIDA ya que al igual que otras consecuencias, como la depresión y la ansiedad, se ha asociado con la evolución rápida del diagnóstico, y los altos niveles de cortisol también ejercen efectos nocivos en el desarrollo del virus (Leserman et al., 2002).

La discriminación y estigma son situaciones que se asocian al VIH-SIDA y que se relacionan a su vez con consecuencias de ira, ya que con frecuencia las personas son rechazadas y sus derechos no son respetados, sufriendo violencia física, psicológica e incluso homicidio. El miedo al estigma en los pacientes infectados afecta la adaptación a la enfermedad y por lo tanto impide o retrasa el inicio de tratamiento (Moral & Segobia, 2014).

De acuerdo con lo expuesto anteriormente el VIH es una enfermedad crónica que continua afectando al mundo entero, se sabe que sigue presente y sus consecuencias más graves se reflejan en las cifras de suicidio. Existen programas que promueven ponerle fin al estigma, pero este no ha sido erradicado, por ello es importante desarrollar habilidades emocionales en las personas infectadas, sembrando en ellos aceptación y amor propio y con esto una salud mental, adherencia al tratamiento y mejores condiciones de vida (Lozano & Pedrol 2011).

### **Abordaje y tratamiento del VIH-SIDA y sus efectos asociados**

El tratamiento médico para la atención del VIH-SIDA constituye una necesidad de por vida para los pacientes infectados. El TAR no elimina la infección por VIH, pero aumenta la posibilidad de tener una vida más larga y de calidad a los pacientes, reduciendo a su vez el riesgo de transmisión del virus a otras personas. Por lo general, el tratamiento inicial para la infección incluye tres o más medicamentos de por lo menos dos clases diferentes (INFOSIDA, 2018).

Con el tiempo, los tratamientos antirretrovirales han mejorado su efectividad, además han disminuido los efectos secundarios de otras versiones anteriores, procurando mantener la función del sistema inmunológico, disminuyendo la probabilidad de muerte a causa del SIDA o de otros factores (INFOSIDA, 2018). Se recomienda el uso del tratamiento antirretroviral a todos los pacientes infectados, pero las condiciones que indican que un paciente debe comenzar su tratamiento inmediatamente son que el conteo de sus células CD4 sean menores a 200/mm<sup>3</sup>, cuando hay un embarazo, cuando existe una enfermedad en un órgano específica relacionada al VIH, cuando hay una coinfección por hepatitis B que

requiere tratamiento y cuando hay riesgo cardiovascular significativo o riesgo en otras enfermedades crónicas (IMSS, 2017).

El IMSS (2017) menciona los siguientes planes de intervención médica para el VIH-SIDA: 1) antirretroviral (ARV), que es el fármaco que tiene un efecto específico sobre el VIH; 2) el esquema de inicio, el cual se refiere al uso en conjunto de varios antirretrovirales, se utiliza en los pacientes que toman por primera vez el; 3) esquema de segunda línea, es el uso de fármacos alternativos para pacientes que presentaron fallas en el esquema de inicio; 4) esquema de rescate, es el uso en conjunto de varios medicamentos utilizados en un paciente con resistencia a dos o más ARV sin importar los esquemas recibidos y; 5) el tratamiento antirretroviral (TAR), que es la combinación de tres o más ARV.

Al inicio del tratamiento médico contra el VIH frecuentemente se experimentan ciertos efectos secundarios, los cuales pueden durar dos semanas y pueden controlarse, dependiendo de cada organismo y los hábitos de salud que tengan. Estos efectos pueden ser el cansancio, náuseas, vómito, diarrea, dolor de cabeza, fiebre, dolor muscular, mareos e insomnio. Sin embargo existen otros efectos secundarios que indican una condición más grave de salud y es cuando la persona debe recibir atención médica inmediata. Estos pueden ser erupción cutánea, náusea y fatiga e inflamaciones de la cara, garganta o lengua (INFOSIDA, 2018).

Es relevante considerar los efectos secundarios que algunos medicamentos contra el VIH causan a largo plazo. El medicamento Efarivenz constituye un fármaco que suele provocar fuertes efectos secundarios en el sistema nervioso central, dando como resultado trastornos del sueño, depresión, ansiedad, trastornos neuropsicológicos mantenidos, aumento de ideación suicida y deterioro neurocognitivo. En estos casos para el cambio del medicamento se realiza una evaluación detallada de cada expediente. Es necesario realizar una evaluación individual para determinar la gravedad de toxicidad y su origen ya que puede ser debido a los efectos del tratamiento antirretroviral o a otros fármacos que se administran en conjunto (IMSS, 2017).

Adicionalmente, existen consecuencias físicas que se pueden presentar en el periodo sintomático y que se asocian con consecuencias psicológicas de ansiedad y depresión, estos

son: fiebre, faringitis, linfadenopagias, falta de apetito y peso bajo; consecuencias en la piel como la erupción eritematosa maculopapular, urticaria; problemas gastrointestinales como náusea, vómito, diarrea y úlceras mucocutáneas; y problemas neurológicos como dolores de cabeza, dolor retroorbitario, meningoencefalitis, neuropatía periférica, radiculitis y síndrome de Guillain-Barré (Lamotte-Castillo, 2014). Dentro de un estudio con personas con VIH-SIDA de 18 a 65 años se encontró que las personas que referían experimentar dolor físico debido a su diagnóstico, también presentaban depresión y ansiedad (Brandt, Zvolensky, Dumas, Grover & Gonzalez, 2016).

Como se puede observar la información y avances médicos han mejorado, dando esperanza de una mejor vida y con ello posibilidad de que esta sea más larga, sin embargo aun con los avances, los casos de VIH persisten continúan provocando muertes en el planeta (OMS, 2018).

### **Psicología clínica y de la salud**

De acuerdo con García, Piqueras, Rivero, Ramos y Guadalupe (2008), la psicología clínica y de la salud es una disciplina que aplica los principios de la psicología para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar y prevenir los trastornos físicos y psicológicos para desarrollar y mantener la salud de las personas y así, tengan una vida plena con bienestar. La psicología clínica es la psicología para los enfermos, para los que sufren y quieren salir del sufrimiento, mientras que la psicología de la salud es para los sanos, para los que están bien y desean estar mejor (Oblitas, 2006).

La OMS (2017) menciona que la salud es un estado de total bienestar que comprende aspectos físicos, mentales y sociales, y no es solamente la ausencia de enfermedad como se consideraba anteriormente. Es por ello que actualmente, son importantes los factores biopsicosociales y su influencia en la salud de las personas, ya sea de forma positiva, posibilitando una mejora en su enfermedad o negativa, influyendo en un rápido progreso de la enfermedad (Labiano, 2004).

Siendo el VIH-SIDA, un fenómeno social con múltiples implicaciones médicas pero también psicológicas cuya intervención deberá ser abordada por las diferentes disciplinas, es

preciso mantener una postura colaborativa, en donde tanto el modelo médico, como el psicológico actuales trabajen en conjunto y por un objetivo en común: desarrollar la salud de las personas. Es importante no olvidar lo adecuado que resulta considerar trabajar en un enfoque multidisciplinario, en cualquiera de los modelos, siendo el ser humano un organismo biopsicosocial (Oblitas 2006). Desde este contexto es importante entonces, enfatizar la importancia de realizar trabajos colaborativos entre profesionales al presentarse la enfermedad médica y psiquiátrica o bien, los trastornos psicológicos (Labiano, 2004).

### **Modelos de intervención psicológica**

Para el abordaje psicológico en el VIH-SIDA, en el programa central del SIDA de la OMS (2008) se manejan tres tipos de intervención psicológica, de acuerdo a cada situación y el estado en que se encuentran: 1) prevención, cuyo objetivo es incidir en las conductas de riesgo a infectarse con el virus, 2) control, cuyo objetivo es incidir en las conductas de las personas ya infectadas a que eviten conductas de riesgo con otras y, 3) apoyo, que tiene como objetivo brindar atención psicológica y emocional, cubriendo las necesidades psicosociales del paciente.

Actualmente en Ciudad Juárez se llevan a cabo modelos sociales dentro de los niveles de intervención primaria y secundaria tales como el programa “pasa la voz” y “reducción de daños” los cuales tienen como objetivo abordar y detectar a personas en riesgo de contraer VIH-SIDA, además de contribuir a la adherencia al TAR (CENCIDA, 2009). Otro modelo de intervención primaria, secundaria y terciaria; es la consejería, que fue definida por la OMS en 1990 como un diálogo que tiene como objetivo prevenir la infección y la transmisión del virus además de apoyar con apoyo psicosocial a las personas afectadas ya sea directa o indirectamente.

Las intervenciones que se han llevado a cabo con mayor frecuencia son las del nivel primario y han sido dedicadas a la prevención de la transmisión, por ello Simón (1999) mencionó que se debe tener como objetivo general una intervención individual, familiar y comunitaria ya que el propio individuo, su familia ya sea nuclear, genética ó de adopción y también las relaciones interpersonales de la comunidad constituyen tres aspectos fundamentales en la realización de intervenciones. Debido a lo antes mencionado, se deben

tener claras tres consideraciones importantes para lograr los objetivos de la intervención psicológica: 1) modular el impacto psicológico del diagnóstico y de los acontecimientos ligados a la enfermedad y su tratamiento, 2) aumentar o mantener la calidad de vida, mediante la focalización en las aspiraciones, prioridades y objetivos de vida del sujeto y, 3) ayudar al afectado a alcanzar un mayor control de la situación, ayudándolos a reconocer sus propias capacidades para tomar decisiones sobre sus problemas y su vida en general.

Los principales modelos de intervención psicológica en el nivel secundario que se han trabajado en población con VIH-SIDA y que se han fundamentado en los principios del enfoque cognitivo conductual, se describen a continuación.

### **Enfoque procesual de estrés**

Núñez, Tobón, Vinaccia y Arias en el 2006, desarrollaron un modelo de intervención para la población con VIH basado en un enfoque procesual del estrés de Lazarus y Folkman (1986) en donde observaron el objetivo principal del clínico es reforzar el estilo de afrontamiento positivo ante situaciones estresantes, los pensamientos negativos, las emociones negativas como la ansiedad y depresión, las respuestas negativas hacia el cuerpo como la somatización, neuroticismo e ira como rasgo de la personalidad, los factores sociales negativos y la búsqueda de apoyo social, como una búsqueda activa de una mejor vida en los pacientes.

Este enfoque procesual del estrés (Lazarus & Folkman, 1984) es un modelo que estudia la relación que tienen las personas con el medio en el que se desenvuelven, considerando las variables de estímulo, persona y respuesta. Siguiendo esta perspectiva, el estrés provoca una fuerte alteración en el funcionamiento normal del individuo tanto en términos biológicos como psicológicos. Así, una estabilidad en las cuestiones médicas y la estabilidad diaria de las personas dependen de como experimentan y manejan las situaciones ambientales. Los estilos de afrontamiento a su vez, son importantes y varían en cada persona ya que pueden verse afectados por la personalidad, diferencias de género, etnológicas, de edad, circunstancias económicas y sociales, etcétera. Los estilos de afrontamiento pueden ser dirigidos al problema, al estado emocional, a conductas evitativas y/o al apoyo de otras personas.

Continuando con el enfoque dirigido a pacientes con VIH-SIDA, tiene como objetivo proporcionar orientación y asesoramiento psicológico a las personas infectadas, para que desarrollen un adecuado afrontamiento adaptativo, favorable a su salud, disminuyendo el estrés que genera la enfermedad, así como también de sus consecuencias emocionales, sociales y físicas. Se propuso dentro de este modelo distintas intervenciones, que cumplieran con tratamientos específicos para cada fase en la enfermedad, estos son la fase de comunicación de resultados, la fase asintomática, la fase sintomática y la fase de preparacion para la muerte. En el caso del presente estudio, compete las tres primeras fases en donde el tratamiento psicológico parte de supuestos de la terapia conductual y cognitiva conductual utilizando técnicas como la reestructuración cognitiva y búsqueda de apoyo social (Núñez, Tobón, Vinaccia & Arias, 2006).

### **Modelo de información, motivación y habilidades conductuales de Fisher**

Fisher y Fisher (1998) desarrollaron un modelo de intervención primaria, el cual tuvo como objetivo detectar los principales factores que intervienen para lograr una adecuada prevención del VIH. Pero también puede ser utilizado para intervenir en personas con el virus ya que puede reforzar habilidades conductuales positivas en los pacientes. Este modelo sostiene las conductas saludables dependen de distintos aspectos que deben considerarse, estos son la información que se tiene de la enfermedad y de las conductas de salud que se pueden desarrollar, la motivación que se tiene ante esta información la cual va a determinar las conductas por ejecutar, y las habilidades que se pueden desarrollar a partir de los conocimientos. La información que las personas tienen sobre la enfermedad y la motivación que poseen para mantener ciertas conductas saludables, son útiles para iniciar o mantener conductas de salud en el futuro. La motivación que las personas desarrollan depende de factores internos o externos, tales como las normas sociales y percepción de apoyo social.

En síntesis, se han manejado distintos modelos de intervención psicológica para atender las necesidades psicológicas en los pacientes VIH positivos, pero aún no se ha encontrado cual es el modelo más conveniente para tratar esa problemática, debido a que no hay un consenso (Uribe, 2005). Sin embargo, tomando en cuenta que se ha comprobado la

eficacia de la terapia cognitivo conductual en la depresión y la ansiedad y ya se ha trabajado con pacientes con VIH o SIDA con buenos resultados, y al poseer amplia variedad en técnicas y soluciones de las conductas no deseadas en los seres humanos, se llevó a cabo el diseño de la intervención mediante un modelo cognitivo conductual, y se tomaron como base las propuestas de Beck y Ellis.

La psicología como disciplina científica ha creado modelos de intervención basados en los enfoques conductual, cognitivo, cognitivo conductual y sus derivados. A continuación se describe el enfoque mas actualizado que brinda herramientas eficaces para abordar las problemáticas derivadas del diagnostico de VIH y SIDA.

### **Modelo cognitivo conductual**

Para entender los procesos del modelo cognitivo conductual es preciso revisar su origen y sus principios, estos forman parte de la terapia de la conducta que tiene sus bases en el condicionamiento clásico y operante, en especifico en el conductismo de Iván Petrovich Pavlov, John Broadus Watson y Burrhus Frederic Skinner, cuyo objetivo de estudio es el comportamiento del ser humano el cual puede ser observable, medible y cuantificable y además parte de la idea de que toda conducta es aprendida y puede convertirse en adaptable o desadaptable por medio de los principios básicos del aprendizaje (Caro, 2009).

Técnicamente, el enfoque de la terapia de la conducta tiene sus bases metodológicas en la reflexología y las leyes del condicionamiento clásico, el conexionismo y el aprendizaje por recompensa de Thordike, el conductismo de Watson y los posteriores desarrollos neocconductistas de Hull, Guthrie, Mowrer y Tolman, y además en la contribución de Skinner y el análisis experimental de la conducta. A partir de estos principios, la terapia conductual revolucionó el camino de la psicoterapia y se empezó a considerar una ciencia. Los primeros psicólogos en participar dentro de este modelo experimental fueron Wihem Wundt y Tichner en el siglo XIX (Fernández, García & Crespo, 2012).

La aportación de Iván Pavlov (1849-1936) contribuyó importantemente en el desarrollo de las teorías del aprendizaje. Se reconoce los conceptos básicos del condicionamiento clásico o respondiente que implica un estímulo condicionado. El

experimento principal que distingue al trabajo de Pavlov consistía en generar sonido con una campana segundos antes de proporcionar alimento a un perro hambriento y dar una descarga eléctrica a un perro saciado. Luego de varias pruebas entre ambos estímulos el perro hambriento comenzaba a salivar al escuchar la campana y el perro saciado corría al escuchar la campana. Las respuestas que se daban en ambos perros ante el estímulo incondicionado, la campana, producía el condicionamiento clásico generando una respuesta condicionada ante un estímulo que al inicio era neutro (Díaz, Ruiz & Villalobos 2012).

Por su parte el psicólogo conductista y pedagogo Edward Thorndike (1874-1949), es reconocido como precursor del condicionamiento operante, continuando con los estudios de Pavlov. Sus obras se basan principalmente en el aprendizaje de recompensa, el aprendizaje por ensayo y error y la ley del efecto (Werner & Staddon, 1983).

Por su lado Burrhus Frederic Skinner (1904-1990) indicó que es más importante considerar las consecuencias que siguen a una conducta, en lugar de concentrarse en los estímulos que las provocan o las mantienen. El condicionamiento operante de Skinner plantea que una conducta es operante porque tiene una serie de consecuencias, estas son las respuestas del entorno e influyen en la frecuencia de repetición de la conducta, aumentando a la vez la probabilidad de que se mantenga (Skinner, 1971). La evolución de la terapia de la conducta se dio a través de los desarrollos experimentales basados en teorías del aprendizaje, siendo la conducta desadaptada el objetivo principal de abordaje en las alteraciones de la conducta humana (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012).

El desarrollo de la terapia cognitivo conductual comenzó en los años cincuenta, pero fue a principios de los años ochenta que pudo ser considerada un enfoque psicoterapéutico. Un pionero importante en el nacimiento del modelo fue Albert Ellis (1913-2007) quien en sus inicios a través de la terapia racional emotiva (RET) utilizaba técnicas de reestructuración cognitiva y debate filosófico de los pensamientos que las personas presentan, teniendo como objetivo el ayudar a las personas a pensar, sentir y actuar de una manera más positiva y realista, por lo tanto, el enfoque indica que los pensamientos, las emociones y las conductas están íntimamente ligados entre sí y pueden influirse continuamente (Fernández-Aranda y Jorquera, 2011; Riso, 2009). Dentro de este enfoque surge la famosa y muy utilizada teoría

del ABC del pensamiento irracional, en donde A representa los sucesos activadores de angustia; B son los pensamientos o creencias que la situación provoca; y C son las consecuencias que desencadena todo el proceso

Los factores cognitivos han sido de gran importancia para el desarrollo de la terapia cognitivo conductual, el uso de representaciones mentales que hacen uso de la imaginación ha constituido una valiosa herramienta psicoterapéutica, considerando los hechos cometidos como conductas encubiertas sujetas al aprendizaje y a la manifestación de la conducta. En la terapia cognitivo conductual se toma como principio que son las cogniciones las que causan el sufrimiento del ser humano y son los pensamientos rumiantes, los que causan el desarrollo de los trastornos psicológicos a largo plazo (Caballo, 1991).

A partir de las aportaciones de Ellis surgieron propuestas cognitivas efectivas para el tratamiento del sufrimiento humano, en específico las aportaciones cognitivas de Aaron Beck, quien indicaba que en la terapia cognitivo conductual se considera que los trastornos psicológicos se desarrollan debido a la presencia de pensamientos o conductas disfuncionales, pero que éstos pueden ser modificados, es decir, toda conducta o pensamiento aprendido puede ser modificado. Se tiene como objetivo facilitar al paciente la oportunidad de reconstruir sus procesos de pensamiento mediante la identificación de pensamientos deformados, los cuales son irracionales y solo causan sufrimiento innecesario (Beck, 1983). Ellis y Beck indicaban de manera general que el sufrimiento del ser humano se generaba de las falsas conclusiones que se tienen sobre las situaciones de la vida cotidiana y se dan a partir de creencias irracionales, ideas tóxicas y pensamientos deformados. Las propuestas buscaban desarrollar una terapia más eficaz y de menor duración en comparación con anteriores modelos psicoterapéuticos<sup>4</sup> (Díaz, Ruiz & Villalobos 2012).

En 1974<sup>5</sup> surge el enfoque conductual, en la cual se toma a las cogniciones como los elementos determinantes de la conducta. La terapia de la conducta sugiere que el tratamiento se centre en la modificación de la conducta observable por medio del cambio de las actitudes

---

<sup>4</sup> El modelo predilecto en la época y anterior al nacimiento de la terapia cognitivo conductual, fue el psicoanálisis (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012).

<sup>5</sup> Los factores conductuales tomaron fuerza a partir de la obra de Mahoney (1942-2006), que se tituló *Cognition and behavior modification* (Fernández, García & Crespo, 2012).

y conductas negativas por conductas más adaptativas y positivas, esto ayuda a la vez a comprobar supuestos cognitivos en lugar de focalizar la atención en pensamientos deformados. Algunas de las técnicas que se llevan a cabo dentro de esta perspectiva son: la programación de actividades, práctica cognitiva, juego de roles y tareas para casa, las cuales implican llevar registros conductuales (Beck, 1983).

Cabe mencionar que desde el inicio hasta el final de la intervención se harán distintos registros en los cuales tanto el terapeuta como el paciente tendrán que cumplir. Los registros, son importantes métodos de evaluación que aportan información del momento inmediato o cercano en el que suceden las actividades, obteniendo resultados sobre síntomas, conductas, estados emocionales y cogniciones sin que sean modificados o influenciados por fallas en la memoria (Cruzado, 2010).

Las características esenciales de la terapia cognitivo conductual son: 1) se trata de una actividad terapéutica basada en la psicología científica y experimental pero también parte de los procedimientos utilizados surgen de la experiencia clínica del terapeuta; 2) el objeto de estudio es la conducta y sus procesos asociados que son las respuestas cognitivas, fisiológicas y emocionales; 3) se considera a la conducta como originalmente aprendida, pero no se debe ignorar los factores biológicos y sociales; 4) los objetivos de intervención se focalizan en lograr modificaciones en las emociones, pensamientos y conductas a través de la extinción de las conductas indeseadas y el aprendizaje de hábitos saludables; 5) se pone atención a los aspectos del paciente que están sucediendo en el aquí y el ahora, pero toma en cuenta los factores históricos que pudieran explicar por qué se están dando en la actualidad; 6) utiliza metodología experimental; 7) considera de manera importante la relación entre evaluación y tratamiento, incluso durante toda la intervención; 8) se realiza una evaluación de la intervención en todo momento, desde el inicio hasta el final, con el fin de reportar datos que evidencien la eficacia del trabajo psicoterapéutico; 9) el tratamiento es activo por parte del terapeuta y del paciente, este último tiene un importante papel en la eficacia de las técnicas ya que sin su participación no se tendrían resultados, por lo tanto se debe motivar y reforzar positivamente cuando sea necesario y pertinente; y 10) la relación terapéutica es un proceso de aprendizaje en todo momento (Ruiz, Días, & Villalobos, 2012).

Los procedimientos de la terapia se basan en el método lo que implica operacionalizar sus conceptos teóricos y sus métodos terapéuticos para poder evaluarlos empíricamente. Sus técnicas son un medio para facilitar la exposición ante lo que el paciente no quiere enfrentar, modificando las creencias y pensamientos que influyen a su vez en la conducta humana (Díaz, Ruiz & Villalobos 2012). Las principales técnicas que se han consolidado y se han utilizado en la terapia cognitivo conductual se mencionan a continuación.

### **Técnicas cognitivo conductuales**

**Contracondicionamiento.** Se ha utilizado para la reducción de respuestas desadaptadas y se utiliza en conjunto con otras como es el caso de la desensibilización sistemática, Se basa en el supuesto de que si es posible generar respuestas incompatibles, contrarias y poderosas ante una situación que provoca conductas desadaptadas o bien consecuencias como ansiedad y depresión, éstas debilitarán o eliminarán tales respuestas. Se tomó como teórico principal a Wolpe (1954 y 1959) quien hablaba del tratamiento por inhibición recíproca, considerando tres conductas importantes para la reducción de las conductas no deseadas o consecuencias psicológicas<sup>6</sup>, estas son: 1) las respuestas asertivas o de aproximación, las cuales implican decir o hacer lo que se desea y se necesita, pero de una manera respetuosa, considerando los deseos y necesidades de los demás, 2) las respuestas sexuales y 3) las respuestas de relajación las cuales constituyen una herramienta muy importante para el cambio cognitivo y conductual (Martin & Pear, 2008).

**Métodos de recompensa.** Las recompensas primarias o secundaria constituyen una importante herramienta para crear, mantener o extinguir conductas. Es necesario identificar que es lo que para el paciente es considerado como un reforzador positivo. Los trabajos de Skinner con adultos psicóticos explica la efectividad de esta técnica. Aunque ciertos aprendizajes se dan a través de la observación directa y la recompensa, otras conductas se dan mediante la imitación de lo que se observa de otros, eso es el aprendizaje por imitación, en el cual Bandura desarrolló sus escritos (Crespo & Larroy, 1998). En la terapia de grupo es importante considerar lo que refuerza los pacientes, de acuerdo con García-Cedillo y Rodríguez-Delgado (2014) en poblaciones mexicanas es pertinente tomar en cuenta la

---

<sup>6</sup> En el caso de la presente intervención, de las conductas que generan ansiedad y depresión.

convivencia grupal, utilizando comida y bebida como reforzadores positivos para la adherencia a la intervención psicológica.

**Extinción.** Estas técnicas son igual de efectivas como las técnicas que utilizan estímulos aversivos para disminuir o eliminar conductas no deseadas, pero a través de ellas se dan menos respuestas emocionales negativas ya que en lugar de dar un castigo ante las conductas no deseadas se elimina el estímulo reforzador. Se espera a través de ello, que cuando un paciente expresa pensamiento o emociones ante el grupo que le generan incomodidad psicológica, éstos se debiliten y extingan con el tiempo ya que al expresar sus necesidades, sus conductas no serán reforzadas (Martin & Pear, 2008).

**Psicoeducación sobre el trastorno.** Se proporciona al paciente información sobre la naturaleza, desarrollo y curso de su padecimiento, en este caso de los niveles de depresión y ansiedad que presentan los pacientes con VIH o SIDA. Se subrayan los beneficios de la atención psicológica, como herramienta que ayuda con el manejo de su enfermedad y las consecuencias psicológicas, así como los efectos secundarios que pueden tener algunos medicamentos para el VIH y SIDA, esta herramienta será útil para el manejo de la información en distintas etapas de la intervención, utilizando técnicas auditivas, visuales y pedagógicas (Farre & Fullana, 2004). En esta sección es importante mencionar la importancia del afrontamiento positivo y además mencionar los diferentes estilos de afrontamiento. De acuerdo con Lazarus (2000) el afrontamiento es el proceso en donde se hace uso adecuado de las cogniciones y conductas que permiten el manejo de los estímulos internos y externos que usualmente se perciben de manera excesiva y que implican un gran esfuerzo por parte de los recursos del individuo. La evaluación cognitiva se realiza mediante tres variantes: 1) a nivel primario, en el cual la percepción de daño, amenaza o pérdida, es la que provoca el cambio; 2) a nivel secundario, en el cual el sujeto hace una valoración de todos los elementos cognitivos, emocionales y conductuales que posee para enfrentar las situaciones; y 3) se realiza una reevaluación para organizar las posibles respuestas a las situaciones angustiantes (Lazarus, 2000). Las características de personalidad del ser humano, es decir cómo piensan, sienten, se comportan, están determinadas por un proceso de construcción social y la importancia que le dan y la forma en cómo solucionan las cosas, tiene que ver con su centro cultural y lo que ha aprendido en él (Fernández & Gómez 2008).

**Control de la respiración.** Se lleva a cabo un entrenamiento progresivo del manejo adecuado de las funciones respiratorias con el fin de que los sujetos logren respirar de manera consciente y a profundidad. Se inicia con un modelamiento por parte del terapeuta de los pasos para una respiración diafragmática y se orienta al paciente a darse cuenta de su respiración en forma natural, instigando con técnicas de imaginación y sugestión verbal, tomando y soltando el aire a la par de dar un empujón a la zona diafragmática hacia afuera y permitiendo que el abdomen se eleve y regrese a su estado original de manera paulatina. Esta forma de respirar permite un flujo adecuado y necesario del aire en el cuerpo, oxigenando y relajando al mismo tiempo. Este entrenamiento es progresivo y puede apoyarse de tareas para el manejo respiratorio de manera semanal (Becoña, Vázquez & Oblitas, 2008).

**Relajación Progresiva.** Fue desarrollada por Jacobson en 1938 y su objetivo es reducir la tensión muscular y la ansiedad general reduciendo por medio de la oxigenación cerebral niveles altos de cortisol. Se trabaja con todos los músculos del cuerpo de manera progresiva, se empieza por las manos y brazos, luego se trabaja con las áreas del cuello y cabeza, pero es importante tomar en cuenta las áreas corporales de dolor específicas del grupo. Sin embargo es pertinente concentrar los esfuerzos terapéuticos mucho más en cuello, hombros y cabeza, ya que mucha de la tensión que se forma tiene lugar en esta área y se da normalmente una enorme reducción de la ansiedad después de este paso. Se trabaja con músculos abdominales y de las piernas y pies secuencialmente, hasta llegar a una relajación física completa, es importante considerar lo que el paciente refiera como progreso en cada paso (Caballo, 1991).

**Solución de problemas.** Constituye una herramienta cognitiva, en la cual el paciente identifica alternativas que no fueron tomadas en cuenta anteriormente, para la solución adecuada a sus problemas. El primer paso implica una definición clara del problema, en segundo lugar, se emplea una técnica de lluvia de ideas para provocar en el paciente tantas soluciones sin censura como sea posible, independientemente de que sean o no factibles, razonables o eficaces. Luego se realiza una evaluación de las soluciones propuestas y se lleva a cabo un análisis de las ventajas y desventajas de cada solución. Después de la fase de evaluación, el paciente elige una solución y planifica su ejecución (Caballo, 1991). Es importante observar los resultados de la técnica en la modalidad grupal, ya que a través de

ella se podrían considerar distintas opiniones y soluciones a los problemas, dando un panorama más grande.

**Detección de pensamientos automáticos.** Se entrena a los pacientes a escuchar la forma en que se hablan, que se dicen y como es que los pensamientos se generan tras la ocurrencia de situaciones que ellos consideran negativas, se cambia a través de este entrenamiento a interpretar de diferente manera dichas situaciones, con recursos psíquicos, cognitivos más eficaces. La manera en que se lleva a cabo el entrenamiento es a través de exponer ante ellos los distintos pensamientos deformados de acuerdo con Beck, estos son: 1) filtraje, dentro el cual las palabras que con más frecuencia los pacientes se dicen son: terrible, tremendo, horroroso, etcétera; 2) pensamiento polarizado, en donde las personas toman las cosas de manera extremista, es decir las experiencias son blancas o negras, buenas o malas; 3) sobregeneralización, las personas llegan a conclusiones extremistas, las palabras que se dicen con mayor frecuencia son: todo, nunca, nadie, siempre, todos o ninguno; 4) interpretación del pensamiento, es el hábito de adivinar lo que las personas piensan o hacen sin tener evidencia de ello; 5) visión catastrófica, en donde la persona espera con regularidad el desastre; 6) personalización, el paciente cree o siente que lo que los demás hacen, piensan o sienten tiene que ver con ellos y se sufre ante esta idea; 7) falacias de control, la cual puede ser un sentimiento de control de parte de los demás o una necesidad de tener control hacia los demás; 8) falacia de la justicia, se piensa que solo ella sabe lo que es justo; 9) culpabilidad, cuando se siente que los demás son los responsables de lo malo que sucede; 10) debería, cuando no hay flexibilidad sobre las normas y valores que se tienen o tienen los demás; 11) razonamiento emocional, cuando la persona al sentir algo cree que no hay manera de cambiarlo porque se siente así; 12) falacia de cambio, se espera el cambio de los demás o de si mismo para ser feliz; 13) etiquetas globales, se hacen juicios generales de lo que deben ser los demás o como deben ser las situaciones; 14) tener razón, se cree que siempre se tiene la razón y; 15) falacia de recompensa divina, donde se espera recibir alguna recompensa divina por las acciones en vida (Becoña, Vázquez & Oblitas, 2008).

**Reestructuración Cognitiva.** Va dirigida a la modificación directa de pensamientos automáticos, distorsionados y creencias tóxicas que se consideran los principales generadores del sufrimiento humano, sigue al paso anterior. El sufrimiento es la mayoría de las veces

innecesario y parte de falsas conclusiones que se dan sobre las situaciones. Para ello, se entrena al paciente en la detección de la relación entre pensamientos, emociones y conductas desencadenantes de los trastornos psicológicos y el sufrimiento emocional. Se empleará la técnica de las tres columnas de Ellis, en la cual se entrena al paciente a detectar el origen de sus errores de pensamiento y conductas por medio de una comprensión de la interacción de la traída cognitiva, es decir, la interpretación de las situaciones, causantes de las emociones y las conductas (Becoña, Vázquez & Oblitas, 2008).

**Entrenamiento asertivo.** Se entrena a la persona en la comprensión y aplicación de la asertividad, la cual es la acción de decir o hacer las cosas de manera sincera, siendo completamente fiel a uno mismo, pero respetando los derechos y necesidades de las demás personas. Es aplicable a la respuesta comunicativa ineficaz del individuo, la cual es considerada un arte por su complejidad. Se enfoca en las emociones que generan ansiedad ante las situaciones sociales de la vida cotidiana. El entrenamiento asertivo incrementa la capacidad del paciente para adoptar conductas asertivas, socialmente aceptadas y apropiadas (Rimm & Masters, 1980). Estas conductas pueden ayudar en el adecuado proceso emocional del individuo, incorporando los nuevos hábitos y necesidades referentes a la enfermedad (Rodríguez et al., 2018).

**Encuadre.** Consiste en hacer que la persona amplifique su percepción acerca de un problema en particular, ya que las personas solo son capaces de ver una sola parte del problema, teniendo una especie de visión de túnel y que les produce dolor emocional innecesario (Cruzado, 2010).

**Role playing.** Por medio de representaciones de papeles alternativos, se facilita la expresión de emociones y deseos, además se pueden recrear escenas que el paciente vivió y se dan alternativas de respuestas futuras, por medio de esta técnica se puede integrar a la vez al grupo. Se modifican cogniciones y se ensayan conductas más deseables, reconstruyendo pensamiento deformado a la vez (Obst, 2008).

## Capítulo II. Metodología

En este capítulo se describe los principios metodológicos mediante los cuales se realizó el presente programa de intervención.

### Enfoque

Todo estudio científico parte de cierta epistemología, la cual de acuerdo con Tamayo y Tamayo (2004), es la ciencia que pretende comprender al mundo por medio de su esencia y sus causas, mientras que para Ceberio y Walzlawick (1998) es la adquisición del conocimiento procurando considerar los fundamentos, límites, métodos y validez de lo que se pretende conocer.

El presente proyecto parte de una postura positivista, Comte, indicaba que toda sociedad humana debe permanecer unida para que funcione y que la realidad puede ser observada obteniendo a su vez generalizaciones sin importar el contexto en que se presentan (Coe, Waring, Hedges & Arthur, 2017). El paradigma positivista busca el origen de los fenómenos, con la intención de explicarlos y manipularlos para la comprobación de las teorías científicas y finalmente que el conocimiento que surja de la investigación pueda predecir consecuencias en el futuro (Guba & Licon 2002).

Por lo tanto, tomando en cuenta las aportaciones de Guba y Linconl (2002), en el presente estudio se tuvo como objetivo poner a prueba hipótesis, explicando los fenómenos que ocurren y los datos que se obtienen por medio de las escalas, también nos indica la influencia de lo social y la necesidad de que exista una humanidad positiva y por lo tanto una ciencia positiva. Para comprobar las hipótesis planteadas en esta investigación se manejaron métodos cuantitativos, el cual usa la recolección de datos, haciendo mediciones numéricas y análisis estadísticos para comprobar hipótesis y establecer patrones de comportamiento (Ricoy, 2006). Las principales características del método cuantitativo es la recolección y

análisis de datos sobre variables, así como observar la relación entre estas variables para así reportar resultados científicos y comprobables. Los estudios cuantitativos permiten al investigador tener un mayor control sobre las problemáticas, así como de registrar el avance de manera sistemática para que no se pierda ningún dato significativo que pueda ayudar a describir, evaluar, dar tratamiento y seguimiento con otros estudios similares a los problemas de investigación (Hernández, Fernández-Collado & Baptista, 2006).

### **Alcance**

El alcance del presente estudio es descriptivo, cuyas acciones principales es observar y medir lo que ocurre con el problema de estudio en un contexto real y natural, en un momento determinado para dar respuestas a cuestiones de investigación, y así, contribuir en el encuentro de una solución adecuada y precisa a la problemática por medio de programas de intervención (Argimon, 2004). Los estudios descriptivos miden y organizan de manera independiente datos de variables que componen al fenómeno de investigación y tienen como objetivo principal describir como se relacionan las variables estudiadas pero sin establecer relaciones causales entre otros factores (Hernández, Fernández-Collado & Baptista, 2006).

De acuerdo a lo anterior, el alcance del presente estudio es describir y dar a conocer las consecuencias psicológicas de depresión, ansiedad e ira en una población con VIH o SIDA en Ciudad Juárez y como una intervención cognitivo conductual influye en dichas consecuencias, pues esta describe la relación entre dos o más categorías, conceptos y variables en un momento determinado.

### **Tipo**

La intervención ha sido de tipo psicoterapéutico el cual es practicado en la mayoría de los países en el mundo, como una herramienta del psicólogo para lograr un mejoramiento social e individual, por medio de actividades y técnicas sistematizadas a través de las que se llega a los objetivos (Moncada & Kühne, 2003). En el área de salud y en específico en enfermedades crónicas como el VIH, la terapia psicológica constituye una importante herramienta para el mantenimiento o el desarrollo de la salud integral de las personas (Buceta & Bueno, 1995). En el caso del presente estudio, las técnicas utilizadas siguen un orden

lógico que permite el avance terapéutico hacia las metas, siguiendo principios de modificación de la conducta y encadenamiento conductual por medio de reforzamiento positivo. Se llevó a cabo una intervención cognitivo conductual para atender la ansiedad y depresión en los pacientes con VIH-SIDA y se tuvo como objetivo aplicar esta intervención y ver sus efectos dentro de un centro de atención a pacientes con VIH o SIDA en Ciudad Juárez.

### **Diseño de la intervención**

El diseño del estudio fue cuasi-experimental. Este tipo de estudios se llevan a cabo cuando al investigador no le es posible asignar aleatoriamente a los participantes en las actividades del proyecto, además de que ciertas situaciones o circunstancias no pueden ser controladas en su totalidad (Bono, 2015). En el caso del presente estudio no fue posible asignar de manera aleatoria a los participantes, debido a que se contó con poca participación de los pacientes del lugar. Se midió los efectos del modelo mediante un pre test y post test, con la participación de un grupo piloto, uno experimental y dos de control. El programa se llevó a cabo solo en un tiempo para cada grupo, pero se dio seguimiento a las personas que lo requirieron al finalizar las sesiones. A continuación se detalla el diseño de intervención adoptado, el cual se realizó en dos fases.

#### Fase piloto.

Grupo piloto A. Se trabajó por nueve sesiones quincenales en el periodo de marzo-junio del 2018 con cuatro personas que asistían con regularidad al centro de atención de salud que aceptaron participar en el estudio, fueron tres varones y una mujer, entre edades de 19 a 42 años. El 90% de las personas eran de reciente ingreso, no mayor a 3 meses, que se encontraban en estadio asintomático.

Grupo control A. Fue conformado por personas que aunque cumplían con los criterios de inclusión y exclusión no deseaban o no podían participar en el estudio con el grupo piloto en el periodo de marzo-junio 2018, pero decidieron participar en el grupo control 1. Los participantes fueron seis, tres hombres y tres mujeres.

Fase experimental.

Grupo experimental B. Se realizaron 12 sesiones semanales en el periodo de octubre 2018-enero 2019 con seis personas que asistían con regularidad al centro de atención de salud, se trabajó con cinco varones y una mujer, entre edades de 21 a 43 años.

Grupo control B. Durante el periodo de octubre 2018-enero 2019, a la par de las mediciones del grupo experimental, se midió mediante un pretest y un postest los niveles de ansiedad y depresión de tres hombres homosexuales que se encontraban en la fase de VIH y se encontraban tomando su medicamento farmacológico de manera regular.

### **Población**

La intervención fue diseñada para personas con diagnóstico de VIH o SIDA en Ciudad Juárez que se encontraban presentando consecuencias psicológicas de ansiedad, ira y/o depresión debido a la enfermedad o a otros factores en el momento de la evaluación. Las personas fueron de ambos sexos, de cualquier orientación sexual y de edades de 18 años en adelante.

El estudio fue realizado en un centro de atención del SIDA en Ciudad Juárez, el cual atiende alrededor de 1,600 usuarios<sup>7</sup> y ofrece servicios de salud de manera integral, cubriendo el área de medicina interna, medicina general, psicología, nutrición, trabajo social, farmacia, laboratorio y toma de muestras. Los servicios son brindados a todas las personas que cumplen con el requisito de tener seguro médico gubernamental y puede ser por tiempo indefinido. En la institución se cuenta con servicios internos de psicología, sin embargo solo se cuenta con una psicóloga para todos los usuarios, lo cual indica una necesidad de apoyo externo, además no se cuenta con suficientes programas específicos para los pacientes que presentan consecuencias psicológicas graves tales como la depresión y la ansiedad, las cuales se asocian comúnmente con las enfermedades crónicas.

### **Criterios de inclusión**

---

<sup>7</sup> Dato proporcionado por la institución en enero del 2019.

Se incluyó en el estudio a personas que cumplían con los siguientes criterios: 1) tener conocimiento del diagnóstico del VIH o SIDA reciente y no mayor a dos años, 2) tener deseo de participar en el estudio, 3) presentar niveles altos de ansiedad, depresión y/o ira 4) tener una edad de 18 años en adelante y 5) de cualquier sexo y orientación sexual.

### **Criterios de exclusión**

No se incluyó a: 1) personas que no presentaban niveles de ansiedad, depresión y/o ira elevados, y 2) personas que presentaban deterioro cognitivo severo.

### **Muestra**

Se llevó a cabo una selección no probabilística y se realizó mediante la técnica de muestreo de tipo dirigido. En el caso de las muestras no probabilísticas, la elección de los participantes no depende de la probabilidad, sino de las causas relacionadas con las características de la investigación tales como la disponibilidad, acceso o conveniencia, por lo que se llevan a cabo por medio de un procedimiento de selección informal (Hernández, Fernández-Collado & Baptista, 2006). La selección no probabilística también es conocida como muestra dirigida o por conveniencia y con frecuencia se llevan a cabo cuando las características de la población son muy específicas (Garriga-Trillo et al., 2010).

Al llegar a la unidad y analizar los criterios de inclusión<sup>8</sup> y exclusión del presente estudio con la coordinadora del área de psicología, ella indicó que si existía una necesidad de atención en algunos pacientes con consecuencias psicológicas y ya se tenía contemplados a algunos pacientes que podrían participar en la intervención. A partir de ello, se aplicaron las escalas aproximadamente a 70 personas como parte de las actividades regulares del lugar, luego se hizo el diagnóstico y se invitó a participar en el estudio a todas las personas que presentaban altas alteraciones en las escalas aplicadas. Sin embargo, la muestra del presente

---

<sup>8</sup> De acuerdo con las autoridades del lugar aproximadamente el 70% de los usuarios han atendido su enfermedad pero no asisten con regularidad a los servicios de psicología o no desean participar en actividades grupales.

estudio se pudo integrar de 18 participantes, quienes fueron parte del estudio de manera voluntaria.

## Participantes

El estudio contó con cuatro grupos con los cuales se trabajó en dos fases, debido a que en la primera fase los participantes dejaron el tratamiento en la octava sesión por lo cual se dio a la tarea de replicar el modelo en una segunda fase y así comparar los resultados. En la fase piloto se contó con un grupo piloto A y un grupo control A, y en la fase experimental se contó con un grupo experimental B y un grupo control B. Tanto el grupo piloto A, como el grupo experimental B participaron en las actividades de intervención mediante el modelo cognitivo conductual que se diseñó, mientras que los grupos control A y control B, continuaron con sus actividades normales dentro del programa de la institución.

### Fase piloto

#### Grupo piloto A

Las personas que participaron en el grupo piloto A fueron cuatro, dentro de las cuales el 90% (3) corresponde al sexo masculino, mientras que el 10% (1) al sexo femenino, entre la edad de 19-42 años con una media de 35.5. El 90% (3) se encontraba en la fase de VIH y el 10% (1) se encontraba en la fase de SIDA asintomática. En cuanto a escolaridad, el 90% (3) contaba con estudios de preparatoria y el 10% (1) de primaria, el 90% (3) trabajaba y el 10% (1) estudiaba. El 50% de las personas eran casadas y con hijos (2) y el otro 50% solteras y no tenían hijos (2). En cuanto a la adherencia terapéutica<sup>9</sup>, se identificó que el 90% de las personas (3) contaba con una adherencia adecuada el 10% (1) una adherencia moderada (ver Tabla 1).

Tabla 1. Participantes en el grupo piloto A.

Participante	1	2	3	4
Edad	19	42	42	39
Sexo	Varón	Varón	Mujer	Varón

<sup>9</sup> La adherencia terapéutica de los participantes se determinó con entrevistas con el doctor, quién se basaba en el conteo de células CD4 y virus en sangre.

Orientación sexual	Homosexual	Heterosexual	Heterosexual	Heterosexual
Estado civil	Soltero	Soltero	Casada	Casado
Hijos	0	0	3	2
Ocupación	Estudia y trabaja	Trabaja	Casa	Trabaja
Estadio	VIH	SIDA asintomático	VIH	VIH
Adherencia	Adecuada	Adecuada	Moderada	Adecuada
Escolaridad	Preparatoria	Peraprotoria	Primaria	Preparatoria

### Grupo control A.

El grupo control A estuvo conformado por cinco personas, el 80% fueron hombres (3) y el 20% mujeres (2), dentro de las cuales hubo una mujer transexual, el 80% (3) contaban con una orientación heterosexual, mientras que el 20% (2) se definen como homosexuales, el 80% eran solteros, el 10% (1) casados y el 10% (1) vivía en unión libre con su pareja. La media de edad es de 35 y la SD de 12.74. En cuanto a escolaridad, fue el grupo con mayores diferencias, ya que se contó con estudios desde primaria- licenciatura terminada, el 80% (3) trabaja, el 10% (1) estudia y trabaja, y el 10% (1) no cuenta con trabajo. Al momento de realizar la primera evaluación, el 80% (3) de los participantes se encontraban en la fase de VIH, mientras que el 20% (2) estaban en la fase de SIDA sin presentar síntomas, la adherencia de estos últimos iba de moderada a mala según los informes de los propios pacientes y el personal de la institución (ver Tabla 2).

Tabla 2. Participantes en el grupo control A.

Participante	5	6	7	8	9
Edad	19	46	20	43	37
Sexo	Varón	Mujer	Mujer	Varón	Varón
Orientación sexual	Homosexual	Homosexual/trans	Heterosexual	Heterosexual	Heterosexual
Estado civil	Soltero	Soltero	Soltera	Unión libre	Casado
# de hijos	0	0	2	4	2
Ocupación	Estudia y trabaja	Trabaja	No trabaja	Trabaja	Trabaja
Estadio	SIDA asintomático	SIDA asintomático	VIH	VIH	VIH

Adherencia	Moderada	Mala	Moderada	Moderada	Adecuada
Escolaridad	Estudiante de licenciatura	Secundaria	Preparatoria	Primaria	Licenciatura

## Fase experimental

### Grupo experimental B

Los participantes del grupo experimental B fueron seis, el 90% (5) corresponde al sexo masculino, y el 10% (1) al sexo femenino, con una media de edad de 31.33 y una SD de 7. En cuanto a escolaridad, el 70% (3) contaba con preparatoria, el 20% (2) tenía una licenciatura y el 10% (1) estudió hasta primaria; el 90% (5) trabaja y el 10% (1) no trabaja. El 80% (4) de ellos contaban con una orientación sexual homosexual, mientras que el 20% (2) se definen como heterosexuales, el 80% (4) contaba con una relación de pareja y vivían en unión libre, y el 20% se encontraban solteros pero tenían hijos. En el momento de la evaluación inicial el 80% (4) se encontraba en la fase de VIH, con una adherencia terapéutica adecuada y el 20% (2) se encontraba en la fase de SIDA<sup>10</sup>, dentro de lo cual el 10% (1) contaba con una respuesta de adherencia moderada y el 10% (1) baja según los reportes médicos (ver Tabla 3).

Tabla 3. Participantes en el grupo experimental B.

Participante	10	11	12	13	14	15
Edad	31	28	21	37	28	43
Sexo	Varón	Varón	Mujer	Varón	Varón	Varón
Orientación sexual	Homosexual	Homosexual	Heterosexual	Homosexual	Homosexual	Heterosexual
Estado civil	Unión libre	Unión libre	Soltera	Unión libre	Unión libre	Soltero
Hijos	0	0	2	0	0	4
Ocupación	Trabaja	Trabaja	No trabaja	Trabaja	Trabaja	Trabaja
Estadio	VIH	SIDA asintomático	VIH	VIH	VIH	SIDA sintomático
Adherencia	Adecuada	Adecuada	Moderada	Adecuada	Adecuada	Baja
Escolaridad	Licenciatura	Preparatoria	Preparatoria	Preparatoria	Licenciatura	Primaria

<sup>10</sup> El 10% (1) refirió síntomas cutáneos y gastrointestinales.

### Grupo control B.

Para el grupo control B se contó con la participación de tres personas quienes tuvieron características muy similares entre sí. El 100% (3) eran del sexo masculino, todos con orientación sexual homosexual, el 90% (2) solteros y el 10% (1) contaban con pareja y vivían en unión libre. En cuanto a la fase de la infección en la cual se encontraban el 100% fue VIH y presentaban una adherencia adecuada en el momento de la evaluación según los reportes médicos. Las edades eran entre los 21-29 años, el 90% contaba con estudios de licenciatura y el 10% (1) de preparatoria, el 100% (3) trabajaba (ver Tabla 4).

Tabla 4. Participantes en el grupo control B.

Participante	16	17	18
Edad	36	21	29
Sexo	Varón	Varón	Varón
Orientación sexual	Homosexual	Homosexual	Homosexual
Estado civil	Soltero	Soltero	Unión libre
Hijos	0	0	0
Ocupación	Trabaja	Trabaja	Trabaja
Estadio	VIH	VIH	VIH
Adherencia	Adecuada	Adecuada	Adecuada
Escolaridad	Licenciatura	Preparatoria	Licenciatura

### Consideraciones éticas

El objetivo del presente trabajo fue mantenerse dentro de la adecuada práctica ética y legal, lo cual benefició y protegió a los participantes durante la intervención. Se respetaron los derechos de los sujetos por medio de la constitución de los derechos humanos que propone la OMS, estos son los artículos primero, segundo, tercero, sexto, séptimo, décimo y vigesimoquinto. Estos artículos defienden los derechos de vida, al desarrollo integral, a la igualdad, a la no discriminación y por lo tanto a la inclusión, a la salud y a la expresión libre en un contexto social, por lo tanto, no se hizo distinción ni se mostraron conductas de

discriminación hacía ninguna persona, sin importar su sexo, orientación sexual y afectiva, edad, origen, estrato social o la fase de la enfermedad en que se encuentran (CNDH, 1992).

Asimismo, se llevó a cabo la intervención cumpliendo con las Normas oficiales Mexicanas (NOM) las cuales incluyen acciones para la prestación de un servicio de salud en donde se debe dar la protección y confidencialidad de identidad; documentación adecuada sobre el paciente; constancias y participaciones correspondientes al proceso de diagnóstico y de tratamiento; supervisión de los sistemas de registro electrónico; selección de espacios adecuados para llevar a cabo la intervención; así como cumplir con los necesarios para llevar a cabo la intervención. Se mantuvo la confidencialidad correspondiente en cada uno de los pacientes, obteniendo el consentimiento informado para la intervención y dejando claro los objetivos de la investigación y los alcances que el estudio tendrá. Asimismo se buscó que cada participante actuara libremente para formar parte del estudio psicoterapéutico (Secretaría de Salud, 2015).

Además se actuó con capacidad y conocimiento en cada intervención, tomando como base profunda y pertinente el código ético del psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007), específicamente los artículos primero, segundo, quinto, sexto, octavo, decimo, doceavo, quinceavo, dieciséis, diecisiete, treinta, treintaseis, cincuenta, sesentauno, cientodieciocho y cientotreintaidos. Estos artículos constatan que las sesiones y técnicas de intervención utilizadas tienen base científica y se ha comprobado su efectividad con anterioridad en población con las características de la muestra; se cuidó que las actividades fueran aptas para ellos y que no representaran algún peligro ya sea físico, emocional o psicológico.

Adicionalmente se mantuvo el objetivo de actuar mediante una conducta intachable, actuar con compromiso, lealtad, responsabilidad y justicia, respetando los derechos y dignidad de los participantes, por medio de la resolución de cuestiones éticas, resolución formal de violaciones a la ética, informe de violaciones a la ética, cooperación con comités de ética, demandas de prácticas inadecuada y demandas de discriminación injusta contra demandantes y demandados en todo momento de la intervención. Así mismo, se cuidó que la participación fuera voluntaria, proporcionando el consentimiento informado pertinente a

la institución y a los participantes, haciéndoles saber su libre decisión de cancelar la participación en el momento que lo deseen (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

### **Normas de conducta**

Artículo 5. Dentro de la intervención se dió la información correcta acerca de mis grados académicos y de mi formación así como de mi experiencia. En cuanto a los resultados se darán los verdaderos así como la publicación de los hallazgos encontrados.

Artículo 9. Se tuvo como objetivo llevar a cabo una conducta responsable, tomando en cuenta que “el psicólogo reconoce que sus problemas y conflictos pueden interferir con su efectividad por lo tanto se abstendrá de llevar a cabo actividad cuando se sabe o debía saber que sus problemas personales probablemente dañan a los pacientes, clientes, no participante en la investigaciones”.

Se tomaron en cuenta algunos instrumentos de enfoque internacional y nacional, que a su vez hacen valer el artículo 1ro de la Constitución Mexicana, el cual dice que “todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte...” (Constitución política de los Estado Unidos Mexicanos, CPEUM; 2016).

Como portadores del virus de VIH-SIDA entra en vigor: la NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (OMS, 2010) que tiene como objetivo la detección, el diagnóstico oportuno, la atención y tratamiento médico de la infección por VIH pero para objeto de la intervención, se tiene especial consideración a) la NOM-040-SSA2-2004 en materia de información en salud y b) la NOM-168-SSA1-1998, sobre el expediente clínico.

### **Consideraciones éticas para el uso de los instrumentos de evaluación**

Con respecto a la calidad de intervención, evaluación y/o valoración psicológica, primeramente se llevó a cabo una revisión pertinente de las propiedades psicométricas de los instrumentos de evaluación, los cuales cumplen con las normas necesarias de confiabilidad y validez para su uso. Los instrumentos fueron debidamente analizados para asegurar que lo

que miden sea lo que realmente es necesario medir en los pacientes para el propósito de la investigación. Se llevó a cabo un proceso de entrenamiento para la aplicación, revisión e interpretación de los test (ITC, 2014).

Cada uno de los instrumentos son de acceso libre para los profesionales de la salud, lo cual quiere decir que puede utilizarse al poseer una cedula profesional correspondiente. En cuanto a la validación en México se cuenta con el suficiente sustento metodológico para el uso del instrumento por medio de estudios de validación para la población del país. Además se dará el debido reconocimiento a los autores de cada test (ITC, 2014).

## **Hipótesis**

A partir de lo expuesto anteriormente se plantean distintas hipótesis para medir los alcances del proyecto psicoterapéutico en esta población en el tiempo establecido y se comprobarán al finalizar la intervención, analizando si hubo o diferencias significativas entre las condiciones iniciales y las condiciones al finalizar el estudio (Behar-Rivero, 2008). A continuación se plantean las hipótesis de manera específica.

### **Grupo piloto A**

- Hi 1. Los participantes del grupo piloto A muestran niveles elevados de ansiedad, depresión y/o ira en la evaluación inicial.
- Hi 2. La intervención cognitivo conductual disminuye los niveles de ansiedad, depresión e ira de los participantes del grupo piloto A.
- Hi 3. El grupo piloto A muestra una mayor disminución en los niveles de ansiedad, depresión y/o ira en comparación con el grupo control A.
- Hi 4. Los efectos de la intervención cognitivo conductual en el grupo piloto A son similares a los efectos que dicha intervención tuvo en el grupo experimental B.
- Ho 1. Los participantes del grupo piloto A no muestran niveles elevados de ansiedad, depresión e ira en la evaluación inicial.
- Ho 2. La intervención cognitivo conductual no disminuye los niveles de ansiedad, depresión e ira de los participantes del grupo piloto A.

- Ho 3. El grupo piloto A no muestra una mayor disminución en los niveles de ansiedad depresión y/o ira en comparación con el grupo control A.
- Ho 4. Los efectos de la intervención cognitivo conductual en el grupo piloto A no son similares a los efectos que dicha intervención tuvo en el grupo experimental B.

#### Grupo control A

- Hi 1. Los participantes del grupo control A muestran niveles elevados de ansiedad, depresión y/o ira en la evaluación inicial.
- Hi 2. Las actividades regulares que realiza la institución con el grupo control A no disminuyen significativamente los niveles de ansiedad, depresión e ira.
- Hi 3. Los efectos de las actividades regulares que realiza la institución con el grupo control A son similares a los efectos que dicha intervención tuvo en el grupo control B.
- Ho 1. Los participantes del grupo control A no muestran niveles elevados de ansiedad, depresión y/o ira en la evaluación inicial.
- Ho 2. Las actividades regulares que realiza la institución con el grupo control A disminuyen significativamente los niveles de ansiedad, depresión e ira.
- Ho 3. Los efectos de las actividades regulares que realiza la institución con el grupo control A no son similares a los efectos que dichas actividades tuvieron en el grupo control B.

#### Grupo experimental B

- Hi 1. Los participantes del grupo experimental B muestran niveles elevados de ansiedad, depresión y/o en la evaluación inicial.
- Hi 2. La intervención cognitivo conductual disminuye los niveles de ansiedad, depresión e ira de los participantes del grupo experimental B.
- Hi 3. El grupo experimental B muestra una mayor disminución en los niveles de ansiedad, depresión e ira en comparación con el grupo control B.
- Hi 4. Los efectos de la intervención cognitivo conductual en el grupo experimental B son similares a los efectos que dicha intervención tuvo en el grupo piloto A.

- Ho 1. Los participantes del grupo experimental B no muestran niveles elevados de ansiedad, depresión y/o ira en la evaluación inicial.
- Ho 2. La intervención cognitivo conductual no disminuye los niveles de ansiedad, depresión e ira de los participantes del grupo experimental B.
- Ho 3. El grupo experimental B no muestra una mayor disminución en los niveles de ansiedad, depresión y/o ira en comparación con el grupo control B.
- Ho 4. Los efectos de la intervención cognitivo conductual en el grupo experimental B no son similares a los efectos que dicha intervención tuvo en el grupo piloto A.

#### Grupo control B

- Hi 1. Los participantes del grupo control B muestran niveles elevados de ansiedad, depresión y/o ira en la evaluación inicial.
- Hi 2. Las actividades regulares que realiza la institución con el grupo control B no disminuyen significativamente los niveles de ansiedad, depresión e ira.
- Hi 3. Los efectos de las actividades regulares que realiza la institución con el grupo experimental B son similares a los efectos que dichas actividades tuvieron en el grupo control A.
- Ho 1. Los participantes del grupo control experimental B no muestran niveles elevados de ansiedad, depresión y/o ira en la evaluación inicial.
- Ho 2. Las actividades regulares que realiza la institución con el grupo control experimental B disminuyen significativamente los niveles de ansiedad, depresión e ira.
- Ho 3. Los efectos de las actividades regulares que realiza la institución con el grupo control B son similares a los efectos que dichas actividades tuvieron en el grupo control A.

#### **Variables de estudio**

**Ansiedad.** Es un estado afectivo alterado que provoca alteraciones psíquicas y somáticas en el individuo, en el cual con frecuencia se observan síntomas de irritabilidad, aprensión ante los sucesos, angustia frecuente, miedos irracionales y sentimientos de inquietud debido a una situación real o imaginaria que se percibe como amenazante,

pensamientos intrusivos, terror ante la noche, vértigo, desarrollo de fobias, problemas gastrointestinales, alteraciones en el sistema nervioso central y circulatorio y tendencia a la cronicidad cuando se padece alguna enfermedad médica. Así mismo, esta emoción puede estar acompañada de mecanismos corporales como la tensión en los músculos, sudoración, temblores, respiración intranquila, dolores de cabeza, de pecho o de espalda, taquicardia o diarrea. La ansiedad se puede dar en el área personal y/o social del individuo, esta última es debido a cuestiones sociales y la diaria convivencia interpersonal con otros.

### *Operacionalización e indicadores*

Estado afectivo alterado en donde puede haber: 1) alteraciones emocionales como el miedo ante una situación real o imaginaria, irritabilidad, angustia, terror ante la noche, y desarrollo de fobias; 2) alteraciones corporales como tensión en los músculos, sudoración, temblores, respiración intranquila, dolores de cabeza, de pecho o de espalda, taquicardia, diarrea, vértigo, problemas gastrointestinales, alteraciones en el sistema nervioso central y circulatorio, tendencia a la cronicidad; 3) alteraciones cognitivas como pensamientos intrusivos, distorsionados y obsesivos acerca de si mismos o los demás y; 4) alteraciones conductuales como aprensión ante los sucesos y reacciones fóbicas. Los indicadores de las subescalas que considera la escala AMAS-A para evaluar la ansiedad se concentran en la Tabla 5.

*Tabla 5. Indicadores de ansiedad y su medición.*

<b>Niveles</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Reactivo escala AMAS-A</b>
Inquietud/ hipersensibilidad	Alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales de miedo, angustia, terror ante la noche y pensamientos intrusivos sobre el futuro.	1,5,6,9,13,16, 18,20,22,25, 29,31,33,36
Ansiedad fisiológica	tensión en los músculos, sudoración, temblores, respiración intranquila, dolores de cabeza, de pecho o de espalda, taquicardia, diarrea, vértigo, problemas gastrointestinales, alteraciones en el sistema nervioso central y circulatorio y tendencia a la cronicidad.	2,6,10,14,17, 21,26,30,34
Preocupaciones sociales	Alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales acerca de la convivencia social con otros.	4,8,12,24,28, 32

**Depresión.** Síndrome que se caracteriza por alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales, que se manifiestan por síntomas como: tristeza, sensación de vacío, asilamiento, irritabilidad, pérdida de interés o placer en actividades que anteriormente se disfrutaba, trastornos en la alimentación y/o el sueño y fatiga. Así mismo puede afectar la vida de la persona en el área laboral, social, de pareja y/o escolar y puede variar en intensidad y frecuencia, provocando ya sea episodios recurrentes o bien, volverse crónico.

### *Operacionalización e indicadores*

Síntomas como: tristeza, sensación de vacío, asilamiento, irritabilidad, pérdida de interés o placer en actividades que anteriormente se disfrutaba, trastornos en la alimentación y/o el sueño y fatiga.

En cuanto a intensidad los episodios depresivos pueden manifestarse en los siguientes niveles: 1) leve, se puede presentar la falta de ánimo, desconcentración y dificultad para conciliar el sueño, 2) moderado, los síntomas anteriores se aumentan y se puede presentar falta de satisfacción e incapacidad para disfrutar, el desánimo se intensifica, produciendo a su vez una alteración del apetito con una disminución muy alarmante del peso, además se presentan cogniciones negativas que provocan problemas de concentración y memoria y, 3) grave, cuando existe riesgo suicida, acompañados por cogniciones recurrentes sobre su estado depresivo y se pueden observar alucinaciones auditivas. Los indicadores que considera el Inventario de Depresión de Beck se concentran en la Tabla 6.

*Tabla 6. Indicadores de depresión y su medición*

<b>Indicadores</b>	<b>Reactivo Inventario de depresión de Beck</b>
Factores cognitivo-emocionales	1,2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 17
Factores físicos	16, 18, 19, 20 y 21
Frecuencia y contexto de los síntomas	24,25 y 26

**Ira.** Es un estado emocional que se caracteriza por sentimientos de enojo, enfado o furia que puede variar de persona a persona en: 1) intensidad; 2) en expresión, ya sea de forma interna o externa y; 3) en cambios físicos como tensión muscular y alteraciones de los

sistemas neuroendocrino y nervioso autónomo. Además, la ira puede presentarse como rasgo en las personas, característica que se refiere a la tendencia a percibir la mayoría de las situaciones de manera frustrante y enfadosa y se tiene la tendencia a presentar estados de ira elevados y en aumento. Las personas que cuentan con este rasgo, son más propensas a presentar estados de ira con mayor frecuencia e intensidad en comparación con las personas que no cuentan con el rasgo.

### ***Operacionalización e indicadores***

Enojo, enfado o furia, tensión muscular y alteraciones de los sistemas neuroendocrino y nervioso autónomo. Las consideraciones para los estados de ira se tomarán en cuenta a partir del Inventario de Expresión de Ira Estado- Rasgo (STAXI-2), en el cual se toma el concepto de ira como un estado emocional psicobiológico no placentero, que se acompaña de sentimientos de distinta intensidad y que pueden provocar desde una ligera irritación o enojo hasta la furia y rabia intensas, se da a la par la presencia de excitación del sistema nervioso autónomo.

Además se ha estudiado a la ira como un estado o como rasgo. El estado de ira es una situación emocional psicobiológica y se pueden presentar sentimientos de enfado o fastidio y hasta furia intensa y rabia. Por otro lado el rasgo es la tendencia cotidiana a percibir los eventos de manera displacentera y se tiene a reaccionar con ira. Las personas con rasgos de ira son más propensas a experimentar estados de ira más frecuentemente y de manera más intensa.

La ira tiene tres componentes, los cuales pueden ser relativamente independientes entre sí, lo cual quiere decir que ante las situaciones de ira, las personas pueden expresarlas en conjunto o no, estos son: 1) experiencia, que son los procesos de pensamiento, sensaciones y sentimientos; 2) expresión, la cual se refiere a todas aquellas conductas observables de la persona en donde muestra enojo y 3) los cambios físicos que tienen que ver con la actividad cardiovascular del cuerpo. Los indicadores que considera el STAXI-2 para evaluar las variables de ira se muestran en la Tabla 7.

*Tabla 7. Indicadores de ira y su medición*

<b>Subescala</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Reactivo STAXI- 2</b>
Estado	Nivel de ira y grado en que se expresa	15
Sentimiento	Nivel de sentimientos de ira	5
Expresión verbal	Forma en que se expresa verbalmente la ira	5
Expresión física	Manifestaciones conductuales/ físicas ante la ira	5
Rasgo de ira	Frecuencia durante la vida en la que se experimenta	10
Temperamento	Intensidad con la que se experimenta y se expresa verbalmente	5
Reacción	Tendencia a presentar ira en ausencia de un estímulo predictor	5
Expresión externa	Frecuencia en que se ha experimentado ira, manifestando sentimientos de manera verbal y conductual de manera agresiva	6
Expresión interna	Frecuencia en que aunque se experimenten sentimientos de ira, no se expresen	6
Control externo	Frecuencia en que se tiene un control de la manifestación de la ira hacia otras personas o elementos del medio	6
Control interno	Intenciones de la persona de controlar la ira	

## **Perspectiva diagnóstica**

### **Modelo correlacional o del atributo**

Se trabajó mediante el modelo correlacional o del atributo, el cual corresponde a un estudio basado en la evidencia, es decir se parte de la premisa de que las conductas, rasgos y sus dimensiones pueden ser observables, medibles y cuantificables. La medición de estas conductas o rasgos y sus correlaciones entre sí, se realizan por medio de instrumentos adecuados durante la etapa de evaluación inicial y en la etapa de post test. Cuando hay correlación positiva entre una o mas variables, significa que cuando una cambia o permanece igual, la otra o las demás lo hacen también, mientras que cuando la correlación es negativa significa que cuando los participantes presenten altos valores en una variable presentarán valores bajos en otras variables con las que se comparan (Pérez-Llantada, López de Llave y Gutiérrez, 2009).

Es por ello que el presente estudio tuvo alcances correlacionales, ya que se compararon los niveles de ansiedad, ira y depresión de los pacientes durante el proceso mediante una evaluación pre-postest. Se reporta la correlación entre ansiedad, ira y depresión y un modelo de intervención basado en el enfoque cognitivo conductual. La presente investigación sigue un diseño cuasiexperimental de tipo correlacional, pues esta describe la relación entre dos o más categorías, conceptos y variables en un momento determinado.

## **Técnicas e instrumentos**

### **Escala de ansiedad manifiesta (AMAS-A)**

Fue diseñada originalmente por Reynolds, Richmond y Lowe (2003), mide los niveles de ansiedad que experimentan individuos entre edades de 19-59 años. Contiene 36 reactivos que se dividen a su vez en tres subescalas de ansiedad y una de validez. La subescala de inquietud-hipersensibilidad (IHS) consta de 14 reactivos, la subescala de ansiedad fisiológica (FIS) es una evaluación de la respuesta somática frente a la ansiedad y contiene nueve reactivos, la subescala de preocupaciones sociales/estrés (SOC) contiene siete reactivos que se asocian a los factores de ansiedad en la vida adulta y finalmente, la escala de mentir que consta de seis reactivos que dan ejemplo de conductas ideales y la negación de defectos comunes al dar respuestas deseables y bien vistas por otros.

La versión mexicana de la escala se llevó a cabo en el 2006 por la editorial El Manual Moderno. Para Alfa de Cronbach se obtuvieron valores entre 0,71-0,91, los cuales superan el valor de 0,70 considerado como suficiente para determinar la confiabilidad de variables psicométricas. La interpretación de las puntuaciones para cada subescala es la siguiente.

Para evaluar la subescala de mentira, se tiene en consideración que una puntuación menor a 44T indica una prueba con validez cuestionable, es posible que la persona exagere el informe de sus afecciones para llamar la atención o haya habido una mala comprensión de las preguntas. Las puntuaciones T de 45-64 se consideran válidas. Las puntuaciones de 65-74 indican validez cuestionable y las puntuaciones de 75 o más indican probablemente invalido, lo cual muestra negación de la problemática, intento por parecer psicológicamente sano. Para las demás subescalas, las puntuaciones tienen en general significados que pueden ir de muy baja ansiedad hasta extrema ansiedad. Una puntuación menor a 44T indica un individuo típico, sin patrones anormales de ansiedad ni reacciones poco comunes. Las puntuaciones T de 55-64 se consideran elevaciones leves, puntuaciones de 65-74 indican

presencia clínicamente significativa de síntomas relacionados con la ansiedad, mientras que 75 o más indican niveles extremos de ansiedad<sup>11</sup>.

### **Inventario de depresión de Beck**

Fue creado por Beck inicialmente, es una escala reconocida internacionalmente por medir la gravedad de la depresión de adolescentes y adultos, para muestras clínicas. Tiene como objetivo principal evaluar un amplio espectro de síntomas depresivos así como de trastornos depresivos. Consta de 21 reactivos que se responden en una escala de cuatro afirmaciones que van desde 0 (ausente) hasta 3 (muy intenso) y tiene una validez de 0.86, siendo un instrumento validado y estandarizado en México por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela en 1998.

Se divide en tres factores: 1) actitudes negativas hacia sí mismo, con presencia de alteraciones en el afecto, pesimismo, sentimiento de culpa, autoacusaciones, deseos suicidas, irritabilidad, aislamiento social, pérdida del interés sexual, pérdida de satisfacción, sentimientos de fracaso, malestar consigo mismo e ideación suicida; 2) deterioro del rendimiento en donde se presenta cansancio y inhibición en el trabajo y; 3) alteraciones somáticas tales como pérdida de peso y problemas de sueño (Jurado et al., 1998).

### **Inventario de Expresión de Ira Estado- Rasgo (STAXI-2).**

El STAXI-2<sup>12</sup> fue diseñado con 44 reactivos para evaluar la ira en su modalidad rasgo y modalidad estado, su expresión y sus opciones de control. La versión mexicana, fue adaptación de la versión española de 64 reactivos, los valores de alpha de las escalas ira-rasgo y expresión y control de ira fueron significativos los cuales son entre 0.73-0.88 (Oliva-Mendoza, Hernandez-Pozo & Calleja-Bello 2010).

Las puntuaciones elevadas indican dificultades en las relaciones interpersonales o falla en el manejo adecuado de perturbaciones psicológicas o físicas. Puntuaciones entre los

---

<sup>11</sup> Para el presente trabajo se tomaran en cuenta las siguientes puntuaciones: 55-64 (elevación leve), 65.74 (alta) 75 en adelante (extrema).

<sup>12</sup> State-Trait Anger Expression Inventory-2 por sus siglas en inglés, creado por Spilberger (1988).

28- 42 o más indican niveles de moderados a altos de ira para las mujeres y para los hombres 33-40 o más para la escala de ira-estado. Las puntuaciones para expresión interna (superiores a 90), en especial si se relacionan con las puntuaciones de expresión externa (superiores a 90) y a altos niveles de ansiedad, indican altos niveles de presión sanguínea e hipertensión. En cuanto a puntuaciones bajas, un total o menor 25 puntos en las escalas R, Exp/Ext y Exp/Int, usualmente expresan o experimentan poca ira. Además, indican mecanismos defensivos de negación, rechazo o represión con el objetivo de protegerse contra sensaciones que desencadena la ira.(Spielberger,1996).

### **Procedimiento**

El primer paso del proyecto fue detectar las instituciones que trabajan con pacientes con VIH-SIDA en ciudad Juárez y se estableció a la institución ideal para el proyecto, la cual fue una institución que se encarga de dar atención integral en la ciudad ya que por día asisten nuevos pacientes a integrarse a la unidad y se cuenta con necesidades en el área de psicología no cubiertas según la psicóloga encargada. Luego de tener varias entrevistas con los profesionales a cargo me fue indicado el presentar el proyecto con la psicóloga y así detectar los beneficios de la intervención para con los pacientes.

En el mes de febrero del 2018 se comenzó con la realización de prácticas en la institución teniendo actividades como llevar a cabo consejería y contención psicológica a los usuarios que obtenían un resultado reactivo en VIH, revisión de test psicométricos para la detección de posibles candidatos para la intervención y evaluación psicológica inicial a los pacientes de nuevo ingreso, los instrumentos utilizados fueron el Inventario de depresión de Beck, el AMAS-A y otros instrumentos de evaluación cognitiva asignados por la institución.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Adicionalmente se aplicó el STAXI2 ya que en el análisis literario se observó que la ira también suele presentarse en pacientes con enfermedades crónicas y en específico, en el VIH, sin embargo al momento de diagnóstico los participantes del estudio no presentaron niveles significativos como se reporta en el apartado de condición inicial de los participantes.

Posteriormente durante el mes de marzo se seleccionaron a los candidatos que cumplían con los criterios de inclusión y se les dio una cita. Se aplicaron las escalas aproximadamente a 70 personas como parte de las actividades regulares del lugar, luego se hizo el diagnóstico y se invitó a participar en el estudio a todas las personas que presentaban altas alteraciones en las escalas aplicadas. A la cita acudieron 12 personas y la mitad manifestó no poder asistir en el horario establecido debido a que trabajan. Otros por otro lado indicaron de manera individual no desear participar debido a que estar en grupo les causaba incomodidad pero que podían ser parte del grupo control piloto A, el cual fue conformado por cinco personas. El grupo piloto A quedó conformado por cuatro personas.

Debido a que hubo poca respuesta de los usuarios de la unidad en el primer intento y solo se pudo terminar con nueve sesiones debido al incumplimiento en asistencia de los pacientes, se tuvo el objetivo de formar un nuevo grupo, lo cual consistió en seguir en las actividades de la institución, para evaluar por medio de los instrumentos a personas que no habían sido evaluadas, así como de invitar a los que no habían dado respuesta anteriormente. Se realizaron a partir de los resultados se llevaron a cabo entrevistas motivacionales para hablarles sobre los resultados y lo necesario de comenzar una intervención. Posteriormente se fijaron horarios y espacios para llevar a cabo las sesiones, el resultado de ello fue la conformación del grupo experimental B, con un total de seis personas, quienes asistieron con una regularidad semanal a las sesiones. Junto con este nuevo grupo se aplicaron las escalas al grupo control B, conformado por tres personas. La muestra final del presente estudio se pudo integrar de 18 participantes, quienes fueron parte del estudio de manera voluntaria.

## **Condición inicial de los participantes**

### **Fase piloto**

Grupo piloto A.

Ansiedad. Los resultados del grupo piloto A, indican que el 90% (3) de la población presenta niveles altos de ansiedad total, con una media de 72 y una SD<sup>14</sup> de 3; y el 10 % (1)

---

<sup>14</sup> Desviación estándar.

presentó niveles extremos. La escala de inquietud e hipersensibilidad muestra que el 50% (2) presentan elevaciones leves, con una media de 62 y una SD de 0; y el 50% (2) presenta elevaciones altas con una media de 66.5 y una SD de 2.1. En cuanto a ansiedad fisiológica y preocupaciones sociales/estres el 80% (2) presenta niveles altos con una media de 73 y una SD de 2.8; el 10% (1) presenta niveles leves y el 10% (1) niveles extremos. No hubo diferencias significativas en puntuaciones entre hombres y mujeres, sin embargo de acuerdo a la media de la ansiedad la cual fue 70.5, hay diferencia entre los participantes de mayor edad en comparación con el participante menor de 19 años, quien obtuvo una puntuación T=66. Las escala con mayor elevación para este grupo fueron la de ansiedad fisiológica y preocupaciones sociales/estrés. Las puntuaciones de la escala de ansiedad para el grupo piloto se concentran en la Tabla 8.

*Tabla 8. Condición inicial de ansiedad en el grupo piloto A.*

Subescala	P1	P2	P3	P4
Ansiedad total	66	75	69	72
Inquietud/hipersensibilidad	65	62	68	62
Ansiedad fisiológica	59	71	75	63
Preocupaciones sociales/estrés	59	71	75	63

P: Número de participante

Depresión. Los resultados de la evaluación inicial para el grupo piloto A indican que el 50% (2) presentaron depresión severa con una media de 38.5 y una SD de 7.77, el 25% (1) presentó elevación alta y el otro 25% (1) tuvo resultados de depresión moderada. La media total entre todos los participantes fue de fue de 34, con una SD de 7.70, lo que indica depresión severa. Hubo diferencia significativa en cuestión de sexo, ya que la media de depresión en hombres es 33, mientras que para el sexo femenino es de 44. Los resultados para el grupo piloto se muestran en la Tabla 9.

*Tabla 9. Condición inicial de depresión en el grupo piloto A.*

Paciente	Puntuacion	Interpretación
1	29	Depresión alta
2	36	Depresión severa
3	44	Depresión severa
4	27	Depresión moderada

### Grupo control A

Ansiedad. La evaluación inicial para la escala de ansiedad total en el grupo control A, indica que los participantes presentaban niveles extremos en el 40% de las personas (2), con una media de 75 y una SD de 0; niveles altos para el 40% (2) con una media de 71 y una SD de 0; y un 20% (1) niveles leves, la media total para esta subescala fue 71.2 y la SD de 5.93. Las subescalas indican que el 90% (4) tuvo elevaciones altas en inquietud/hipersensibilidad con una media de 68.75 y una SD de 2.87; y el 10% (1) presentó elevaciones leves. Para ansiedad fisiológica el 80% (3) presentó niveles altos, la media fue de 68.33 y la SD de 2.3; y el 20% (2) presentó niveles leves, y la escala con mayores elevaciones fue la de preocupaciones sociales/estrés, con una media de 67.8 en los participantes, en donde el 90% (4) presentó niveles altos de ansiedad y el 10% (1) presentó niveles leves, la media fue de 57 y la SD de 2.82. No hubo diferencias significativas entre sexo, preferencias sexuales ni edad de los participantes. A continuación se presentan las puntuaciones en la Tabla 10.

*Tabla 10. Condición inicial para ansiedad en el grupo control A.*

Subescala	P5	P6	P7	P8	P9
Ansiedad total	75	61	74	71	75
Inquietud/hipersensibilidad	65	71	71	57	68
Ansiedad fisiológica	67	55	59	67	71
Preocupaciones sociales/estrés	72	67	72	72	56

P: Número de participante

Depresión. La media para depresión del grupo control piloto A fue de 36.8 con una SD de 8.87, y equivale a depresión severa. No hubo diferencias significativas en relación al sexo u orientación sexual ni en relación a estadio de la enfermedad. Las puntuaciones e interpretación de los resultados se reportan en la Tabla 11.

*Tabla 11. Condición inicial de depresión para el grupo piloto A.*

Participante	Puntuacion	Interpretación
5	46	Depresión severa
6	27	Depresión moderada
7	44	Depresión severa
8	28	Depresión moderada
9	39	Depresión severa

## Grupo experimental B

Ansiedad. La media en ansiedad total de los participantes del grupo experimental B fue de 72.33 con una SD de 3.88, e indica ansiedad alta. El 50% (3) presentaron ansiedad extrema con una media de 75 y una SD de 0; y el 50% (3) ansiedad alta con una media de 69.66 y una SD de 4.04. Las subescalas indican lo siguiente: 1) para Inquietud/hiperseinsibilidad el 80% (4) presentan elevaciones altas con una media de 70.25 y una SD de 1.5; y el 20% (2) elevaciones leves, la media fue de 62 y la SD de 0; 2) para ansiedad fisiológica el 70% (3) presentaron elevaciones leves con una media de 61.66 y una SD de 2.3; el 10% (1) elevaciones altas, un 10% (1) elevaciones extremas y un 10% (1) no presentó elevaciones significativas. Las mayores elevaciones en las personas corresponden a la subescala de Inquietud/hipersensibilidad. No hubo diferencias significativas en cuanto a sexo, edad o estadio de la enfermedad. Las puntuaciones se concentran en la Tabla 12.

Tabla 12. Condición inicial de ansiedad en el grupo experimental B.

Subescala	P10	P11	P12	P13	P14	P15
Ansiedad total	66	69	75	74	75	75
Inquietud/hipersensibilidad	62	62	68	71	71	71
Ansiedad fisiológica	43	59	63	71	75	63
Preocupaciones sociales/estrés	72	72	67	56	51	67

P: Número de participante

Depresión. La evaluación inicial de depresión a los participantes del grupo experimental B indica depresión severa en el 70% de los participantes (3), la media fue de 43.66 y la SD de 2.30; el 20% (2) depresión moderada con una media de 26 y una SD de 0; y el 10% (1) sin depresión; la media total del grupo fue de 31.6. Hubo diferencia significativa en respecto a la orientación sexual, ya que las personas heterosexuales mostraron mayores niveles, mientras que los homosexuales menores. Las puntuaciones e interpretación se reportan en la Tabla 13.

Tabla 13. Condición inicial de depresión en el grupo experimental B.

Participante	Puntuacion	Interpretación
10	7	Sin depresión
11	26	Depresión moderada
12	45	Depresión severa
13	45	Depresión severa

14	26	Depresión moderada
15	41	Depresión severa

### Grupo control B

**Ansiedad.** La evaluación inicial en el grupo control B arrojó elevaciones significativas para el 100% de las personas (3), con una media de 70 con una diferencia entre ellos de 7.81. Las subescalas indican: 1) para inquietud/hipersensibilidad el 100% (3) presentó elevaciones altas, la media fue de 69 y la SD de 3.4; 2) para ansiedad fisiológica, el 90% presentó elevaciones leves con una media de 57 y una SD de 2.82; y el 10% (1) presentó elevaciones altas; y 3) para la escala de preocupaciones sociales/estrés, el 100% presentó elevaciones altas. La escala con mayor puntuación fue la preocupaciones sociales/estrés, con una media de 70.33 y una SD de 2.88. No hubo diferencias significativas entre hombres o mujeres, preferencias sexuales ni edad de los participantes. A continuación se presentan las puntuaciones en la Tabla 14.

*Tabla 14. Condición inicial para ansiedad en el grupo control B.*

Subescala	P16	P17	P18
Ansiedad total	75	61	74
Inquietud/hipersensibilidad	65	71	71
Ansiedad fisiológica	67	55	59
Preocupaciones sociales/estrés	72	67	72

P: Número de participante

**Depresión.** La evaluación inicial de depresión a los participantes del grupo control B indica depresión moderada en el 90% de los participantes (2), con una media de 27 y una SD de 0; y el 10% (1) depresión severa. La media total del grupo fue de 32.33 con una SD de 4.61. Las puntuaciones e interpretación se reportan en la Tabla 15.

*Tabla 15. Condición inicial para depresión en el grupo control B.*

Participante	Puntuación	Interpretación
16	35	Depresión severa
17	27	Depresión moderada
18	27	Depresión moderada

**Ira.** Como se mencionó en los capítulos iniciales, la ira es una de las consecuencias que frecuentemente se asocia con el VIH o SIDA, sin embargo al realizar la evaluación inicial

de esta emoción negativa en la población evaluada se presentó en niveles bajos. Los resultados del pretest estiman una media total para la ira como estado en todos los grupos fue de 16.27 y la SD de 3.81. Por tal razón la ira no fue manipulada o intervenida, se tomó la decisión de considerarla una variable observada al inicio y final del desarrollo del programa de intervención. A continuación se muestran los puntajes en la Tabla 16 para todos los participantes.

Tabla 16. Variable observada, ira.

Participante	Ira estado	Nivel	Ira rasgo	Nivel	IE I	Nivel
1	12	Bajo	18	Bajo	10	Bajo
2	15	Bajo	21	Bajo	18	Bajo
3	17	Bajo	16	Bajo	18	Bajo
4	20	Bajo	28	Moderado	34	Bajo
5	16	Bajo	18	Bajo	14	Bajo
6	14	Bajo	12	Bajo	14	Bajo
7	12	Bajo	5	Bajo	10	Bajo
8	26	Bajo	29	Moderado	36	Moderado
9	12	Bajo	21	Bajo	13	Bajo
10	15	Bajo	14	Bajo	13	Bajo
11	11	Bajo	22	Bajo	18	Bajo
12	17	Bajo	12	Bajo	10	Bajo
13	15	Bajo	24	Bajo	14	Bajo
14	17	Bajo	19	Bajo	12	Bajo
15	19	Bajo	29	Moderado	33	Bajo
16	18	Bajo	12	Bajo	17	Bajo
17	22	Bajo	24	Bajo	32	Bajo
18	15	Bajo	12	Bajo	21	Bajo

## Programa de intervención

A continuación se describe el proceso psicoterapéutico que se llevó a cabo con el grupo piloto A y el grupo experimental B, el cual fue aplicado en los dos grupos con una sola variación en el grupo experimental B, en donde adicionalmente se llevaron a cabo entrevistas motivacionales con los candidatos antes de la aplicación del programa.

Fase 1. Se realizaron sesiones individuales en las cuales se inició con un tamizaje para realizar la selección de los participantes de los grupos, obtener el consentimiento informado y realizar la evaluación pre-test. El objetivo de esta fase de la intervención fue realizar el diagnóstico inicial y localizar a las personas que cumplían con los criterios para el

programa de intervención. Se aplicaron como instrumentos de medición las escalas AMAS-A para evaluar ansiedad, el Inventario de Depresión de Beck para evaluación de la depresión y el STAXI-2 para evaluar ira.

Las escalas realizadas por los participantes y sus resultados, el consentimiento informado y los productos que se fueron creando por cada participante durante la intervención, fueron almacenados en carpetas individuales para su fácil ubicación y organización. A continuación se mencionan las distintas etapas de la primera fase.

### **Etapas 1: Selección de los participantes y diagnóstico de la condición inicial**

Objetivo: Se tuvo como objetivo establecer el primer contacto institucional, fijar metas y horarios de trabajo de intervención, además llevar a cabo la evaluación y el diagnóstico de la muestra, la condición inicial de los participantes, así como dar a conocer los resultados y llevar a cabo el rapport con ellos. A continuación se describen las actividades que se realizaron en la Tabla 17.

*Tabla 17. Selección de los participantes y diagnóstico.*

Sesiones	Actividad	Objetivo	Materiales	Tiempo	Estrategia de registro
1	Tamizaje	Obtener información por parte de las autoridades de la institución para la selección de los participantes.	Papel y pluma para notas	14 horas	Registro por escrito
2	Pre-test	Aplicación de escalas de evaluación.	Escalas de evaluación	2 semanas	Escalas de evaluación
3	Selección de participantes	A partir de los resultados de las escalas, se lleva a cabo la selección de los participantes y firma de consentimiento informado.	Resultados del pre-test y formato de consentimiento informado.	72 horas	Registro por escrito y computarizado.

### **Etapas 2: Programa de intervención.**

Esta etapa tuvo como objetivo llevar a cabo el programa de intervención, el cual se divide en las siguientes secciones: 1) Psicoeducación e integración grupal, 2) entrenamiento en habilidades de autoregulación, 3) área cognitiva, 4) el área conductual y 5) el área de afrontamiento y perdón.

## **Sección 1. Psicoeducación e integración grupal**

Esta sección consta de dos sesiones, la primera tuvo como objetivos desarrollar la integración grupal con los participantes, además de establecer las metas y el reglamento de la intervención, se llevó a cabo un encuadre cada que fue necesario para analizar las experiencias y comentarios de los participantes. Por otro lado en la sesión 2 se llevó a cabo una fase de psicoeducación dentro de la cual se determinó el nivel de información que poseen sobre la enfermedad al inicio y después de psicoeducar. A continuación se describe su estructura detallada y se representa además en la Tabla 18.

### **Sesión 1**

El terapeuta se presentó al grupo y se habló sobre los objetivos y metas de la intervención, las reglas dentro del grupo y los horarios y fechas que se establecerán para llevarlo a cabo. Desde el inicio se tuvo como objetivo establecer rapport con los participantes e iniciar con la comunicación grupal, para ello se aplicaron 3 dinámicas de grupo, las cuales se describen a continuación: 1) en la primera dinámica se tuvo como objetivo conocer a todos los integrantes. Se pidió al grupo que cada quien escogiera a una pareja, y tendrían que presentarse entre sí, dando todo tipo de información de sí mismos, al final la otra persona tuvo que presentar al compañero a todo el grupo; 2) la segunda dinámica es llamada el líder, en la cual se le pidió a un integrante del grupo que saliera del aula. Una vez fuera se dijo al resto que eligieran entre todos a un líder y este se encargó de hacer todo tipo de movimientos (sin hablar a modo que todos lo imitaran pero que la persona que salió del grupo no pudiera identificarlo. La tercera actividad tuvo como objetivo lograr la integración grupal y comprensión de lo siguiente: “no desees para alguien más lo que no quieres para ti”. Cada persona escribió en una hoja de papel un castigo para otra persona. Cuando los papeles se recogieron se les hizo saber que los castigos que cada quien escribió serían cumplidos por ellos mismos. Al final se hizo un encuadre, en donde los participantes expresaron su experiencia y se aclararon las dudas. A manera de debate, en un círculo de sillas, se habló sobre las dudas y comentarios que se tenían sobre el proceso terapéutico que comenzó así como de cómo se sentían al respecto.

### **Sesión 2**

Esta sesión tuvo como objetivo psicoeducar sobre el VIH-SIDA y sus consecuencias psicológicas, además de evaluar por medio de un registro la información que las personas tienen sobre su enfermedad. Dinámica 1. Al inicio se llevó a cabo la aplicación del cuestionario sobre VIH o SIDA, con el objetivo de saber que información tenían los participantes sobre su enfermedad antes de la intervención. Luego se continuó con una etapa de psicoeducación en donde se proporcionó a los participantes información sobre: 1) VIH-SIDA; 2) tratamiento y avances médicos; 3) consecuencias médicas, 4) consecuencias psicológicas y 5) importancia de una atención integral. Se reforzaron los conocimientos adquiridos para lograr una mayor retención y asimilación de estos por medio de una dinámica llamada Jeopardy, para la cuales se hicieron varios equipos, en hojas de papel el terapeuta escribió preguntas, y según su grado de dificultad se les asignó un valor, la dinámica consistía en que un integrante del equipo escogería una de las hojas según los puntos asignados, si contestaba bien ganaba los puntos. Al final se cuentan los puntos que obtuvo cada equipo y el que obtuvo más puntos ganó un reforzador. Al finalizar esta actividad se volvió a aplicar el cuestionario antes mencionado.

*Tabla 18. Psicoeducación e integración grupal*

Sesión	Objetivo	Estrategias de intervención	Estrategias de registro	Registro de la información	Materiales
1 25 min	Establecer objetivos y metas de la intervención	Exposición Psicoeducación	RT	Registro escrito	Notas de papel
1 35 min	Desarrollar la integración grupal	Dinámicas de grupo Encuadre	RT	Registro escrito	Espacio amplio Sillas
2 2 horas	Informar sobre: VIH-SIDA, su tratamiento y sus consecuencias tanto médicas como psicológicas.	Psicoeducación Encuadre	RT Cuestionario	Registro escrito. Registro escrito.	Laptop, cañón y bocinas. Hojas de colores y marcadores de colores. Cuestionario.

*RT: Registro por parte del terapeuta*

## **Sección 2. Entrenamiento en habilidades de autoregulación**

El objetivo de esta sección fue entrenar a los participantes en habilidades de relajación y manejo emocional adecuado, se contó con dos sesiones, las cuales se concentran en la Tabla 19.

Sesión 1. Primeramente se habló sobre las emociones y sus reacciones fisiológicas, luego, mediante un proceso de modelado, los participantes aprendieron las características de la respiración controlada y la respiración profunda que ayudan a la relajación muscular. Se pidió a los participantes que se recostaran sobre una colchoneta y luego colocar una mano sobre su estómago sintiendo como sube y baja por 5 minutos. Después se enseñó la técnica de respiración diafragmática, hablando de su utilidad y beneficios. Posteriormente se aplicó la técnica de relajación progresiva de Jacobson para identificar en qué lugares del cuerpo tiende a acumularse la tensión, así como las actitudes y comportamientos que comúnmente realizan en sus vidas. Se pidió que en la hoja de papel escribieran en que parte de su cuerpo habían identificado tensión en ese momento, que les dolía y en qué intensidad, basados en una escala del 1-10 al inicio y al final de la técnica se comentaron las experiencias personales de cada participante. A manera de tarea para la siguiente sesión se pidió que llevaran a cabo la técnica de respiración diafragmática dos veces por día por diez minutos, llevarán un registro de ello y un registro de emociones.

Sesión 2. Se comenzó con un repaso de lo visto anteriormente, luego se habló sobre lo ocurrido en los días pasados, se comentaron los registros en grupo para fomentar la participación grupal y el apoyo entre ellos, dando oportunidad para hablar sobre las emociones que tuvieron durante la semana y las respuestas fisiológicas que registraron. Luego se aplicó una técnica de relajación con imaginación, en donde se guió a los participantes a pasar por estados emocionales negativos a estados emocionales más positivos y con alternativas de pensamiento distintas, mismas que podían ser relacionados con experiencias pasadas.

*Tabla 19. Entrenamiento en habilidades de autoregulación.*

Sesión	Objetivo	Estrategias de intervención	Estrategias de registro	Registro de la información	Materiales
1 50 minutos	Aprender la importancia sobre las técnicas de relajación y autorregulación	Exposición Psicoeducación	RT	Registro escrito	Notas de papel

	así como su relación con las emociones					
1 50 minutos	Disminuir la tensión muscular relacionada con el manejo emocional inadecuado.	Respiración diafragmática. Relajación progresiva de Jacobson.	RT	Registro escrito	Espacio amplio Cobija Bocinas Laptop	
1 20 minutos	Hablar sobre lo aprendido	Encuadre	RT	Registro escrito	Sillas Sillas.	
2 30 minutos	Verificar el correcto registro de las técnicas aprendidas además de hablar sobre la semana.	Encuadre	RT	Registro escrito. Registro escrito.	Laptop, cañón y bocinas. Hojas de colores y marcadores de colores. Cuestionario.	
2 1 hora	Aprendizaje para disminuir la tensión muscular relacionada con el manejo emocional inadecuado.	Respiración diafragmática. Relajación progresiva de Jacobson. Imagineria.	RT	Registro escrito	Cobijas. Cañón. Laptop. Bocinas.	
2 30 minutos	Debatir lo aprendido y la experiencia de la sesión.	Debate	RT	Registro escrito.	Sillas.	

*RT: Registro por parte del terapeuta*

### Sección 3. Área cognitiva

Esta sección consta de 3 sesiones y tuvo como objetivo psicoeducar sobre la ansiedad y depresión y sus consecuencias, además de desarrollar habilidades cognitivas para el adecuado manejo de las mismas (ver Tabla 20).

#### Sesión 1

Durante esta sesión se proporcionó información sobre lo que representa la ansiedad y depresión, sus consecuencias fisiológicas y cómo se asocia con su enfermedad. Se habló de forma expositiva sobre: 1) ¿Qué es la ansiedad y la depresión?; 2) sus consecuencias fisiológicas; 3) ¿Qué provoca ansiedad o depresión? y 4) VIH-SIDA y ansiedad y depresión. Luego se proporcionó información a los participantes sobre los distintos pensamientos

automáticos e ideas tóxicas que existen y cómo combatir cada caso, por medio de la técnica del ABCD de las conductas y sus consecuencias, además de las alternativas existentes para las situaciones. Los participantes hicieron un análisis de la situación con la que trabajaron la sesión pasada y al final en una mesa de debate podrán exponer sus conclusiones. Se pidió a los participantes aplicar esas alternativas de conducta y pensamiento durante los próximos días y llevar un autorregistro. Se encargó de actividad hacer un escrito en donde indicaron con cuales pensamientos deformados se identifican o se han identificado en sus vidas.

### Sesión 2

Al comienzo de la sesión se hizo un encuadre para analizar las experiencias que se tuvieron con la tarea anterior y se recopilaron los formatos de autorregistro para su archivo posterior. Luego, continuando con el proceso de moldeamiento, se inició con reestructuración cognitiva de las personas en un debate de experiencias de la semana. Al final se aplicó una técnica de relajación e imaginación, en donde se aplicó la actividad de la cabaña por medio de imaginación, en donde ellos mismos se vieron experimentando emociones de ansiedad o depresión. Al final se llevó a cabo un debate sobre las experiencias que tuvieron en la sesión y se resolverán dudas, además se pide a los participantes que lleven a cabo durante la semana el formato de pensamientos automáticos.

### Sesión 3

Continuando con la reestructuración cognitiva, se hizo un encuadre para analizar las dudas y experiencias que tienen sobre las tareas realizadas en casa y los resultados, se recopilaron los registros de los pacientes. Posteriormente, se realizó una actividad de role playing, para la cual se formaron equipos de dos personas, primero leyeron las situaciones y detectaron el pensamiento automático que se presentó, luego presentaron al grupo cuales fueron las respuestas alternativas que darían a ellas.

*Tabla 20. Área cognitiva.*

Sesión	Objetivo	Estrategias de intervención	Estrategias de registro	Registro de la información	Materiales
--------	----------	-----------------------------	-------------------------	----------------------------	------------

1 2 horas	Aprender sobre la ansiedad y depresión y su relación con los pensamientos automáticos e ideas tóxicas.	Exposición Psicoeducación Encuadre	RT Autorregistro	Registro escrito Archivo y computarización de los autorregistros	Notas de papel
2 1.5 Horas	Entrenar en la relajación progresiva de Jacobson y respiración diafragmática. Determinar emociones negativas en situaciones.	Respiración diafragmática y relajación progresiva de Jacobson. Modelado Encuadre	RT.  Audio grabación	Registro escrito Y audio grabación	Cobijas. Bocinas. Lap top.
3 1 hora	Identificar y cuestionar pensamientos automáticos e ideas tóxicas que causen ansiedad.	Reestructuración cognitiva Desensibilización sistemática. Role playing. Encuadre	RT Autorregistro	Registro escrito Archivo y computarización de los autorregistros	Notas de papel, lápices y formato de identificación e pensamientos automáticos

*RT: Registro por parte del terapeuta*

#### **Sección 4. Área conductual**

En esta sección se siguió reforzando las habilidades cognitivas ya aprendidas en sesiones pasadas, enfocándolas en las conductas de comunicación asertiva, además del manejo de la activación conductual (ver Tabla 21).

Sesión 1. Se comenzó haciendo un breve repaso sobre porqué es importante considerar las consecuencias psicológicas en esta etapa de sus vidas, además de recordar los procesos aprendidos sobre reestructuración cognitiva y entrenamiento en relajación. Luego se habló sobre los distintos derechos asertivos y su utilidad para la comunicación. Posteriormente se formaron equipos y se proporcionaron distintas situaciones en un papel que trataban temas en cuanto a servicios médicos públicos o situaciones en sus vidas en donde se necesite la asertividad, cada equipo representó cada caso con las habilidades asertivas pertinentes por medio de un rol playing, al final el grupo dió retroalimentación a cada uno. Al finalizar los participantes tuvieron la oportunidad de expresar como se sintieron y que cambios han tenido durante la intervención.

Sesión 2. Se debatió sobre la importancia de actividades importantes para cada quién y de los beneficios de realizar actividades positivas. Se guió por medio de imaginación a una situación estresante y se proporcionó alternativas de actividades por medio de un guión. Al final se debatieron las razones por las cuales cada participante ha dejado de realizar algo que le gustaba y se fomenta a proponer entre a otros actividades alternativas para el manejo emocional. Se realizó actividad de baile al finalizar la sesión en acuerdo con el grupo.

Tabla 21. Área conductual.

Sesión	Objetivo	Estrategias de intervención	Estrategias de registro	Registro de la información	Materiales
1 1 hora	Psicoeducar asertividad y derechos asertivos	Exposición Psicoeducación Encuadre	RT	Registrar por escrito Computarizado	Cañón, laptop y bocinas.
1 1 hora	Desarrollar habilidades de comunicación asertiva	Role playing. Encuadre.	RT.	Registro por escrito	Sillas, papeles con situaciones.
2 1 Hora	Fomentar la activación conductual y recreación para el manejo emocional	Respiración diafragmática. Activación conductual.	RT	Registrar por escrito	Sillas.
2 1.5 horas	Realizar alternativas de pensamiento y de conducta para solucionar las situaciones que causan depresión y/o ansiedad.	Técnicas ABCD. Debate. Encuadre	del RT Autorregistro	Registrar por escrito Archivo y computarización de los autorregistros.	Pizarron, notas de papel, lápices.

*RT: Registro por parte del terapeuta*

## Sección 5. Afrontamiento y perdón

En esta sección final de intervención se tuvo como objetivo reforzar las estrategias cognitivas conductuales y la adquisición de nuevos aprendizajes con una habilidad más: el afrontamiento por medio del perdón. Por medio estas habilidades, los participantes pudieron

ser capaces de lograr a su vez, la libertad cognitiva, conductual y emocional que los aquejaba. A continuación se describen las sesiones de la Tabla 22.

Sesión 1. Se comenzó hablando sobre las experiencias y aprendizajes de sesiones anteriores, así como de los cambios que han percibido en sus vidas desde el inicio. Se hizo un autoregistro en papel sobre esta reflexión. Luego se aplicó la dinámica de la bomba, misma que les ayudará a observar de qué manera afrontan las dificultades, después de la técnica el terapeuta psicoeducará sobre las distintas formas de afrontamiento que existen y sus beneficios, al final se hará un encuadre analizando las experiencias y el estilo de afrontamiento de cada quien.

Sesión 2. Al inicio se comenzó preguntando a los participantes, sus conocimientos sobre las estrategias de afrontamiento aprendidas en la sesión pasada, luego a manera de debate se analizaron los distintos obstáculos que percibían a causa de su enfermedad, estos fueron anotados en un pizarrón y cada quien le dió una puntuación del 1-10 de acuerdo a la intensidad percibida de cada obstáculo y se hará un encuadre al final con el objetivo de que logren expresar sus experiencias.

Sesión 3. Esta última sesión estuvo destinada para hacer un repaso de las habilidades que se han visto a lo largo de la intervención. Se analizaron las metas que tuvo cada quien al inicio, así como los avances en la manera de pensar, sentir y afrontar que han logrado. Se enfatizó sobre la importancia de seguir aplicando lo aprendido así como de ser constantes para un aprendizaje significativo y perdurable con el tiempo. Al final se concluyó la sesión con una despedida de los integrantes del grupo y de los asistentes profesionales que ayudaron a que fuera posible la intervención.

Tabla 22. Afrontamiento y perdón

Sesión	Objetivo	Estrategias de intervención	Estrategias de registro	Registro de la información	Materiales
1 1 hora	Desarrollar habilidades para el proceso de análisis de problemas	Psicoeducativa Modelado Encuadre	RT Audio grabación Autoregistro	Registrar por escrito y audio.	Un reloj despertador o un celular con alarma.

2 2 Hora	Reflexionar sobre los obstáculos relacionados con su enfermedad percibidos	Entrenamiento asertivo Encuadre	RT  Audio grabación Autorregistro	Registrar por escrito y audio grabación Archivo y computarización de los autorregistros	Pizarrón, bocinas, cañón y laptop.
3	Concluir el proceso terapéutico, cierre y análisis de lo aprendido.	Psicoeducación Cierre	RT Autorregistro	Registrar por escrito Archivo y computarización de los autorregistros.	Hojas de papel, lápices, sillas.

*RT: Registro por parte del terapeuta.*

### **Etapa 3. Evaluación postest al finalizar el programa de intervención**

Al finalizar la etapa de intervención se continuó con la etapa post-test. Durante esta etapa se llevaron a cabo dos sesiones en las cuales se aplicaron las escalas de medición del inicio para su análisis y comparación final (ver Tabla 23).

*Tabla 23. Evaluación postest al finalizar el programa de intervención*

Sesiones	Objetivo	Actividades	Materiales	Tiempo	Registro de la información
2 2 horas	Aplicación de post-test	Aplicación de escalas de evaluación.	Escalas	5 horas	Archivo
4	Analizar la información	Realizar pruebas de confiabilidad de las escalas para el análisis de las diferencias intergrupales	Computadora	72 horas	SPSS

El análisis de los resultados se llevó a cabo haciendo una comparación entre la pre prueba y la post prueba con para medir los cambios en las variables de estudio antes y después de la intervención mediante el índice de cambio fiable (Arnau, 1996; Sarria, Guardia & Freixa, 1999; Guardia, Freixa, Pero & Turbany, 2008).

### **Índice de cambio fiable**

Es un método que fue creado por Jacobson y sus colaboradores en 1984 y es representado por sus siglas en inglés RCI. Se refiere al cambio que tuvieron los sujetos de estudio en base a los resultados obtenidos en las escalas aplicadas. Cuando el índice de cambio es significativo en la mayoría de las personas del grupo de investigación entonces se puede decir que la intervención fue eficaz y por lo tanto se recomienda su práctica clínica en el futuro. Es utilizado para evaluar la magnitud del cambio en la puntuación en instrumentos, dentro del campo de la salud mental y de la medicina conductual (Ferguson, Robinson & Splaine, 2002; Blampied, 2016)<sup>15</sup>. A partir de lo mencionado anteriormente se realizó el análisis de datos mediante un calculador de índices de cambio fiable, utilizando el método de Jacobson. Adicionalmente se utilizó el programa estadístico SPSS versión 22 y se realizó una prueba T de Student para medidas repetidas para ver los cambios en pretest y posttest, lo cual permitió calcular los valores críticos que surgieron al estimar las medias de la muestra.

---

<sup>15</sup> El RCI será significativo cuando el resultado sea igual o mayor a 1.96.

### Capítulo III. Resultados

De acuerdo con el objetivo principal de este estudio el cual fue evaluar el grado de eficacia de un programa de intervención basado en la terapia cognitiva conductual para disminuir los niveles elevados de ansiedad, depresión e ira en adultos con diagnóstico de VIH o SIDA, los resultados indican que la intervención tuvo efectos significativos. Se utilizaron las puntuaciones crudas para la interpretación de los datos. A continuación se reportan los resultados de manera ordenada, resaltando los datos estadísticos significativos para cada una de las fases del proyecto y para cada variable intervenida y observada, reportando a su vez la condición final para los grupos control. La intervención fue aplicada en dos fases: 1) fase piloto, en donde se contó con un grupo piloto A con un total de cuatro personas y un grupo control A de cinco personas; y 2) fase experimental, en donde se contó con un grupo experimental B de seis personas y un grupo control B de tres personas.

#### Fase piloto

Para la fase piloto los resultados indican que la intervención cognitivo conductual logró un cambio fiable en los niveles de ansiedad total en el 90% (3) de los participantes del grupo piloto A. Además hubo un cambio fiable en los niveles de depresión en el 100% (4). Los resultados para este grupo fueron más significativos en comparación con el grupo control A en donde el 85% (3) se mantuvo sin presentar cambios significativos para la variable de ansiedad. En cuanto a depresión el 15% (2) tuvo aumento en los niveles, pero sin ser significativos y el 85% (4) tuvo disminución significativa en los niveles. A continuación se reportan los resultados específicos y los cambios arrojados.

#### Grupo piloto A

Ansiedad total. El análisis de resultados indica que el 90% (3) tuvo un cambio significativo en los niveles de ansiedad total al terminar la intervención, la media del RCI es de -4.36 y la SD 0.24. En el 10% (1) surgió un cambio fiable con la intervención (ver Tabla 24).

*Tabla 24. Ansiedad total en el grupo piloto A.*

Participante	P1	P2	Cambio	RCI	Interpretación
P1	22	18	-4	-1.69	No Fiable
P2	29	18	-11	-4.64	Fiable
P3	25	15	-10	-4.22	Fiable
P4	27	17	-10	-4.22	Fiable

P1 y 2: Puntación cruda.

RCI: Índice de cambio fiable

Inquietud/hipersensibilidad : El análisis de resultados indica que el 90% (3) tuvo un cambio significativo al terminar la intervención, la media del RCI fue de -2.67 y la SD 0.35. En el 10% (1) no surgió un cambio significativo con la intervención (ver Tabla 25).

*Tabla 25. Inquietud/hipersensibilidad en el grupo piloto A.*

Participante	P1	P2	Cambio	RCI	Interpretación
P1	12	8	-4	-2.46	Fiable
P2	11	8	-3	-1.84	No fiable
P3	13	9	-4	-2.46	Fiable
P4	11	6	-5	-3.08	Fiable

P1 y 2: Puntación cruda.

RCI: Índice de cambio fiable

Ansiedad Fisiológica. El análisis de resultados indica que el 50% (2) tuvo un cambio significativo al terminar la intervención, la media del RCI fue de -3.77y la SD 1.45. En el 50% (2) no surgió un cambio significativo con la intervención (ver Tabla 26).

*Tabla 26. Ansiedad fisiológica en el grupo piloto A.*

Participante	P1	P2	Cambio	RCI	Interpretación
P1	5	4	-1	-0.68	No fiable
P2	8	4	-4	-2.74	Fiable
P3	9	2	-7	-4.80	Fiable
P4	6	4	-2	-1.37	No fiable

P1 y 2: Puntación cruda.

RCI: Índice de cambio fiable

Preocupaciones sociales/ estrés. El 50% (2) tuvo un cambio significativo, la media fue de 2.21 y la SD 0; en el 50% (2) no surgió un cambio significativo (ver Tabla 27).

*Tabla 27. Preocupaciones sociales/estrés en el grupo piloto A.*

Participante	P1	P2	Cambio	RCI	Interpretación
P1	5	4	-1	-0.73	No fiable
P2	7	4	-3	-2.21	Fiable
P3	5	3	-2	-1.47	No fiable

P4	7	4	-3	-2.21	Fiable
----	---	---	----	-------	--------

P1 y 2: Puntación cruda.  
RCI: Índice de cambio fiable

### *Depresión*

Los resultados indican que hubo una disminución en los niveles de depresión en el 100% (4) del grupo experimental piloto A, la media final de los participantes corresponde a un -5.81 con una SD de 1.18 (ver Tabla 28).

*Tabla 28. Depresión en el grupo piloto A.*

Participante	P1	P2	Cambio	RCI	Interpretación
P1	29	2	-14	-4.86	Fiable
P2	36	18	-18	-6.25	Fiable
P3	44	14	-21	-7.29	Fiable
P4	27	4	-23	-4.86	Fiable

P1 y 2: Puntación cruda.  
RCI: Índice de cambio fiable

### Grupo control A

#### *Ansiedad*

Ansiedad total. El análisis de resultados indica que el 85% (3) se mantuvo sin presentar un cambio fiable, niveles de ansiedad total con las actividades normales de la institución. En el 15% (2) surgió un cambio aún sin la aplicación de la intervención, la media del RCI fue de -2.74 y la SD 0.29 (ver Tabla 29).

*Tabla 29. Ansiedad total en el grupo control A.*

Participante	P1	P2	Cambio	RCI	Interpretación
P5	29	23	-6	-2.53	Fiable
P6	20	21	1	0.42	No fiable
P7	28	27	-1	-0.42	No fiable
P8	26	19	-7	-2.95	Fiable
P9	30	30	0	0	No fiable

P1 y 2: Puntación cruda.  
RCI: Índice de cambio fiable

Inquietud/hipersesibilidad: El análisis de resultados indica que el 90% (4) se mantuvo sin presentar un cambio significativo, la media del RCI fue de -2.46 y la SD 2.13; en el 10%

(1) si tuvo cambios significativos aún sin haber participado con la intervención (ver Tabla 30).

*Tabla 30. Inquietud/hipersensibilidad en el grupo control A.*

Participante	P1	P2	Cambio	RCI	Interpretación
P5	12	10	-2	-1.23	No fiable
P6	14	6	-8	-4.92	Fiable
P7	14	14	0	0	No fiable
P8	9	7	-2	-1.23	No fiable
P9	13	13	0	0	No fiable

P1 y 2: Puntación cruda.

RCI: Índice de cambio fiable

Ansiedad Fisiológica. El análisis de resultados indica que el 100% (5) se mantuvo sin presentar un cambio significativo, la media del RCI fue 1.02 de y la SD 0.39 (ver Tabla 31).

*Tabla 31. Ansiedad fisiológica en el grupo control A.*

Participante	P1	P2	Cambio	RCI	Interpretación
P5	7	6	-1	-0.68	No fiable
P6	4	6	-2	-1.37	No fiable
P7	5	4	-1	-0.68	No fiable
P8	7	5	-2	-1.37	No fiable
P9	8	8	0	0	No fiable

P1 y 2: Puntación cruda.

RCI: Índice de cambio fiable

Preocupaciones sociales/ estrés. El 10% presentó un cambio significativo al termino de la fase piloto, con un RCI de -2.57; y el 90% (4) se mantuvo sin presentar un cambio significativo, la media del RCI fue -1.71 de y la SD de 0.85 (ver Tabla 32).

*Tabla 32. Preocupaciones sociales/estrés en el grupo control A.*

Participante	P1	P2	Cambio	RCI	Interpretación
P5	7	5	-2	-1.47	No fiable
P6	3	3	0	0	No fiable
P7	7	6	-1	-0.73	No fiable
P8	7	4	-3	-2.21	Fiable
P9	4	4	0	0	No fiable

P1 y 2: Puntación cruda.

RCI: Índice de cambio fiable

## *Depresión*

Los resultados indican que hubo una disminución en los niveles de depresión en el 85% (3) del grupo control A aún sin haber participado en la intervención, la media final de los participantes corresponde a un -6.02 con una SD de 3.11. Sin embargo en el 15% (2) aumentaron los niveles pero el cambio de RCI no fue significativo (ver Tabla 33).

*Tabla 33. Depresión en el grupo control A.*

Participante	P1	P2	Cambio	RCI	Interpretación
P5	46	24	-22	-7.64	Fiable
P6	27	20	-7	-2.43	Fiable
P7	44	45	1	0.35	No fiable
P8	28	5	-23	-7.99	Fiable
P9	39	41	2	0.69	No fiable

P1 y 2: Puntuación cruda.

RCI: Índice de cambio fiable

### **Fase experimental**

En la fase experimental los resultados indican que la intervención cognitivo conductual en los participantes logró un cambio fiable en los niveles de ansiedad total en el 100% (6) de los participantes del grupo experimental B. Además hubo un cambio fiable en los niveles de depresión en el 90% (5). Aunque los resultados en el RCI de la ansiedad en este grupo fueron similares a los resultados del grupo experimental intervención B en donde el 90% (2) presentó cambios significativos, es decir uno una disminución significativa de los niveles, no fue el mismo caso para la variable depresión en donde el 100% (3) mantuvo sus niveles elevados. Los resultados coinciden con la primera fase, en donde a pesar de que hubo cambios en el grupo control A y grupo control B los cambios fueron mayores en los grupos experimentales. A continuación se reportan los resultados específicos y los cambios logrados.

#### **Grupo experimental B**

Ansiedad total: El análisis de resultados indica que el 100% (6) tuvo un cambio significativo en ansiedad total al terminar la intervención, la media del RCI fue de -4.43 y la SD 4.37 (ver Tabla 34).

*Tabla 34. Ansiedad total en el grupo experimental intervención B.*

Participante	P1	P2	Cambio	RCI	Interpretación
P10	23	10	-13	-5.49	Fiable
P11	25	13	-12	-5.07	Fiable
P12	29	10	-19	-8.02	Fiable
P13	28	12	-16	-6.75	Fiable
P14	29	16	-13	-5.49	Fiable
P15	29	19	-10	-4.22	Fiable

P1y 2: Puntación cruda.

RCI: Índice de cambio fiable

Inquietud/hipersensibilidad : El análisis de resultados indica que el 100% (6) tuvo un cambio significativo en la subescala de Inquietud/hipersensibilidad al terminar la intervención, la media del RCI fue de -4.98 y la SD 1.14 (ver Tabla 35).

*Tabla 35. Inquietud/hipersensibilidad en el grupo experimental B.*

Participante	P1	P2	Cambio	RCI	Interpretación
P10	11	5	-6	-3.69	Fiable
P11	11	6	-5	-3.08	Fiable
P12	13	3	-10	-6.16	Fiable
P13	14	4	-10	-6.16	Fiable
P14	14	5	-9	-5.54	Fiable
P15	14	10	-4	-2.46	Fiable

P1y 2: Puntación cruda.

RCI: Índice de cambio fiable

Ansiedad Fisiológica. El 80% (4) tuvo un cambio significativo al terminar la intervención, la media del RCI fue de -2.87 y la SD 0.586; el 20% (2) no presentó cambios significativos, la media fue de 0.71 y la SD de 0 (ver Tabla 36).

*Tabla 36. Ansiedad fisiológica en el grupo experimental B.*

Participante	P1	P2	Cambio	RCI	Interpretación
P10	1	0	-1	-0.68	No fiable
P11	5	2	-3	-2.05	Fiable
P12	6	2	-4	-2.74	Fiable
P13	8	3	-5	-3.43	Fiable
P14	9	5	-4	-2.74	Fiable
P15	6	5	-1	-0.68	No fiable

P1y 2: Puntación cruda.

RCI: Índice de cambio fiable

Preocupaciones sociales/ estrés. El 90% (5) tuvo un cambio significativo al terminar la intervención, la media del RCI fue de -3.60 y la SD 0.71; el 10% (1) no presentó cambios significativos (ver Tabla 37).

Tabla 37. Preocupaciones sociales/estrés en el grupo experimental B.

Participante	P1	P2	Cambio	RCI	Interpretación
P10	7	2	-5	-3.69	Fiable
P11	7	3	-4	-2.95	Fiable
P12	6	3	-3	-2.21	Fiable
P13	4	0	-4	-2.95	Fiable
P14	3	3	0	0	No fiable
P15	6	1	-5	-3.69	Fiable

P1 y 2: Puntación cruda.

RCI: Índice de cambio fiable

### Depresión

Los resultados indican que hubo una disminución en los niveles de depresión en el 90% (5) del grupo experimental B al finalizar la intervención, la media final de los participantes corresponde a un -6.04 con una SD de 2.94. En el 10% (1) no surgió cambio de RCI significativo (ver Tabla 38).

Tabla 38. Depresión en el grupo experimental B.

Participante	P1	P2	Cambio	RCI	Interpretación
P10	7	0	-7	-2.43	Fiable
P11	26	12	-14	-4.86	Fiable
P12	45	21	24	-8.33	Fiable
P13	45	17	-28	-9.72	Fiable
P14	26	12	-14	-4.86	Fiable
P15	41	36	-5	-1.74	No fiable

P1 y 2: Puntación cruda.

RCI: Índice de cambio fiable

### Grupo control B

#### Ansiedad

Ansiedad total. El análisis de resultados indica que el 10% (1) se mantuvo sin presentar un cambio fiable en los niveles de ansiedad total con las actividades normales de la institución. En el 90% (2) surgió un cambio aún sin la aplicación de la intervención, la media del RCI fue de -4.86 y la SD 0.31 (ver Tabla 39).

Tabla 39. Ansiedad total en el grupo control B.

Participante	P1	P2	Cambio	RCI	Interpretación
P16	29	23	-4	-1.69	No fiable

P17	20	21	-11	-4.64	Fiable
P18	28	27	-12	-5.07	Fiable

P1 y 2: Puntación cruda.  
RCI: Índice de cambio fiable

Inquietud/hipersensibilidad: El análisis de resultados indica que el 100% si tuvo cambios significativos aún sin haber participado con la intervención, la media fue de -3-28 y la SD de 1.4 (ver Tabla 40).

*Tabla 40. Inquietud/hipersensibilidad en el grupo control B.*

Participante	P1	P2	Cambio	RCI	Interpretación
P16	14	10	-4	-2.46	Fiable
P17	11	3	-8	-4.92	Fiable
P18	12	8	-4	-2.46	Fiable

P1 y 2: Puntación cruda.  
RCI: Índice de cambio fiable

Ansiedad Fisiológica. El análisis de resultados indica que el 90% (2) se mantuvo sin presentar un cambio significativo, sin embargo en el 10% (1) si hubo un cambio significativo (ver Tabla 41).

*Tabla 41. Ansiedad fisiológica en el grupo control B.*

Participante	P1	P2	Cambio	RCI	Interpretación
P16	8	7	-1	-0.68	No fiable
P17	6	4	-2	-1.37	No fiable
P18	6	2	-4	-2.74	Fiable

P1 y 2: Puntación cruda.  
RCI: Índice de cambio fiable

Preocupaciones sociales/ estrés. El 10% presentó un cambio significativo al termino de la fase experimental, con un RCI de -2.21; y el 90% (2) se mantuvo sin presentar un cambio significativo, sin embargo el cambio mínimo fue una elevación, la media del RCI fue 1.1 de y la SD de 0.52 (ver Tabla 42).

*Tabla 42. Preocupaciones sociales/estrés en el grupo control B.*

Participante	P1	P2	Cambio	RCI	Interpretación
P16	6	7	1	0.73	No fiable
P17	4	2	-2	-1.47	No fiable
P18	5	2	-3	-2.21	Fiable

P1 y 2: Puntación cruda.  
RCI: Índice de cambio fiable

### Depresión

Los resultados indican que los niveles de depresión en el grupo control B se mantuvieron en el 100% (3) la media final del RCI corresponde a un -1.27 con una SD de 0.53 (ver Tabla 43).

Tabla 43. Depresión en el grupo control B.

Participante	P1	P2	Cambio	RCI	Interpretación
P16	35	31	-4	-1.39	No fiable
P17	27	25	-2	-0.69	No fiable
P18	27	22	-5	-1.74	No fiable

P1 y 2: Puntuación cruda.

RCI: Índice de cambio fiable

### Ira

En cuanto a la variable observada ira<sup>16</sup>, los resultados para la subescala ira estado indican que el 85% (15) se mantuvo sin presentar cambios significativos, la media del RCI general fue de. Para el 15% (3) hubo un cambio significativo en donde el 10% (2) tuvo un incremento de ira como estado. Para la subescala ira rasgo el 90% se mantuvo sin presentar cambios significativos. Y finalmente, para la subescala de expresión y control de la ira, el 100% (18) de los participantes no presentó cambios significativos en los puntajes. En la tabla 44 se concentran los datos.

Tabla 44. Resultados de la ira en la muestra de ambas fases.

Participante	Ira estado Post	Ira estado RCI	Ira rasgo Post	Ira rasgo RCI	IEI Post	IEI RCI
1	11	-0.96	18	0	12	1.19
2	15	0	20	-0.89	20	1.19
3	20	2.90	15	0	19	0.59
4	20	0	28	0	35	0.59
5	15	-0.96	18	0	15	0
6	14	0	11	-0.89	15	0.59
7	12	0	4	-0.89	10	0.59
8	25	-0.96	28	0	39	1.79

<sup>16</sup> La muestra que fue dividida en dos fases: 1) fase piloto, con un grupo piloto A, participantes del 1-4 y un grupo control, con cinco participantes, participantes del 5-9); y 2) fase experimental, con un grupo experimental B de seis participantes, participantes del 10-15) y un grupo control B con tres participantes, participantes del 16-18).

9	12	0	21	0	15	1.19
10	15	0	14	0	29	0
11	17	-2.90	21	-0.89	19	0.59
12	16	-0.96	12	0	13	1.79
13	15	0	22	-1.79	17	1.79
14	17	0	18	-0.89	15	1.79
15	23	3.87	30	-0.89	32	-0.59
16	18	0	11	-0.89	17	0
17	23	0.96	21	-2.69	32	0
18	14	-0.96	12	0	20	0.59

IEI: Control y expresión de la ira.

RCI: Índice de cambio fiable

## Discusión

El objeto de este trabajo fue medir la eficacia de una intervención cognitivo conductual dirigido a disminuir los niveles de ansiedad, depresión e ira en adultos con VIH o SIDA en ciudad Juárez. Es importante mencionar que la mayoría de las personas se encontraban en un estadio de VIH asintomático y en una adherencia entre moderada y adecuada y se encontró que el programa es efectivo en la disminución de los niveles de ansiedad y depresión en estos participantes, estos hallazgos concuerdan con los estudios de Lopez, Rodriguez y Vazquez (2012); Velazquez-Tello y García Cedillo (2015); Ybarr, Orozco y Valencia (2015) y Anderson et al, (2016). De manera específica a continuación se menciona los hallazgos encontrados y las limitaciones del trabajo.

Fase piloto. Para la fase piloto se comprobaron las siguientes hipótesis de investigación: 1) Los participantes del grupo piloto A presentaban niveles elevados de ansiedad y depresión pero no niveles elevados de ira en la evaluación inicial; 2) la intervención cognitivo conductual disminuye los niveles de ansiedad y depresión y en cuanto a la ira no hubo aumento significativo en los niveles de los participantes del grupo experimental piloto A; 3) los participantes mostraron una mayor disminución en los niveles de ansiedad y/o depresión en comparación con el grupo control A; y 4) los efectos de la intervención cognitivo conductual en el grupo piloto A son similares a los efectos que dicha intervención tuvo en el grupo experimental B.

Fase experimental. Para la fase experimental se comprobaron las siguientes hipótesis de investigación: 1) Los participantes del grupo experimental B muestran niveles elevados de ansiedad y depresión pero no muestran niveles elevados de ira en la evaluación inicial; 2)

la intervención cognitivo conductual disminuye los niveles de ansiedad y depresión y en cuanto a la ira no hubo aumento significativo en los niveles de los participantes; 3) los participantes muestran una mayor disminución en los niveles de ansiedad y/o depresión en comparación con el grupo control B; y 4) los efectos de la intervención cognitivo conductual en el grupo experimental B son similares a los efectos que dicha intervención tuvo en el grupo piloto A.

En cuanto a la ira, es una de las reacciones emocionales con las que se ha asociado al VIH y/o SIDA, sobre todo en estadios recientes y en fases sintomáticas en donde se han encontrado mayores niveles, esto concuerda con los resultados del presente estudio, ya que el 90% se encontraba en la fase de VIH y tenía una adherencia de adecuada-moderada para el grupo piloto intervención A, y en el grupo experimental intervención B el 80% también se encontraba en estadio de VIH. Estos resultados concuerdan con otros estudios en donde se midieron los niveles de ira y otras variables como la depresión y la ansiedad y la emoción de ira no se presentó en niveles significativos (Teva, et al (2005). Sin embargo los resultados difieren a los resultados de otros estudios (Moral y Segobia, 2014) en donde se encontró que a menos depresión mayores niveles de ira, ya que en el presente estudio no hubo cambios significativos. Es importante mencionar que los pacientes de la institución llegan de otros hospitales, muchas de las veces rehabilitados y estabilizados después de una crisis, es decir acuden no antes ni durante la crisis y llegan a la institución idónea para ellos ya que en el lugar se lucha en contra de la discriminación y estigma debido a la enfermedad u orientaciones sexuales dando como resultado una mayor sensación de cuidado y de apoyo en los pacientes según refieren. Sin embargo el estigma interno puede que persista, y puede provocar miedo a evidenciarse ante otros, una de las dificultades con la que me enfrenté al realizar este estudio es que la población en cuestión es resistente a participar en actividades terapéuticas grupales, el estigma interno y el miedo a ser rechazado por otros fueron algunas de las razones que refirieron. Los pacientes vienen de otros hospitales, usualmente habían pasado por crisis anteriormente.

Comparando las dos intervenciones aplicadas, los datos indican que en la fase dos hubieron mayores cambios, para analizar las razones es importante considerar las diferencias y limitaciones que se tuvo en cada fase, por ejemplo una de las diferencias principales entre

las fases, es que en la fase piloto no se realizó entrevista motivacional antes de comenzar con las sesiones de grupo mientras que en la fase experimental sí, en la primera fase el grupo piloto intervención A cumplió con nueve de las doce sesiones programadas, en cambio el grupo experimental intervención B cumplió con las doce sesiones. Otra de las diferencias entre dichos grupos son las características demográficas de las personas, en la segunda fase hubo mayor homogeneidad en cuanto a edades, otras de las características es que el 80% eran hombres homosexuales.

### **Conclusiones**

En conclusión los datos obtenidos muestran que el programa de intervención cognitivo conductual para disminuir sintomatología de ansiedad, depresión e ira en adultos con VIH o SIDA produce efectos significativos positivos en dichas variables. A continuación se especifican las hipótesis comprobadas y rechazadas para cada fase.

Se concluye además que es de suma importancia el diagnóstico y acompañamiento psicológico en cualquiera de las fases o estadios del VIH o para intervenir en su salud mental ya que de ello puede depender la progresión de la enfermedad. Se recomienda el uso del modelo cognitivo conductual para tratar las consecuencias psicológicas en el VIH o SIDA ya que por medio del trabajo en reestructuración cognitiva, manejo emocional, control y autorregulación conductual proporcionan herramientas fundamentales en los individuos para el afrontamiento positivo ante la enfermedad o ante cualquier situación de la vida. En los diseños es importante formar grupos homogéneos, pues eso puede aumentar la integración, además se recomienda el uso de reforzadores positivos durante las sesiones premiando la participación y buena actitud. El uso de la comida como un incentivo de sesión es una estrategia que puede mantener y/o aumentar la asistencia.

Una de las limitaciones que puede presentar este trabajo es no haber reportado los resultados de la variable de adherencia de manera comprobable para dar más soporte a los resultados. Además el 90% de la muestra experimental fueron hombres, lo cual sugiere una necesidad de estudio más amplio en mujeres.

### **Recomendaciones**

Intervención para el manejo de sintomatología de ansiedad, depresión e ira en adultos con VIH o SIDA.  
Alejandra Ramos Estrada.

Se recomienda aplicar el mismo programa de manera individual y comparar los resultados con los de los grupos. Es importante también formar un grupo más homogéneo en cuanto a sexo o bien, comparar los resultados del modelo en una muestra con más mujeres.

# Anexos

## Anexo 1

### Índice de tablas, figuras y gráficas

Tabla 1. Participantes en el grupo piloto A.....	48
Tabla 2. Participantes en el grupo control A.....	49
Tabla 3. Participantes en el grupo experimental B.....	50
Tabla 4. Participantes en el grupo control B.....	51
Tabla 5. Indicadores de ansiedad y su medición.....	57
Tabla 6. Indicadores de depresión y su medición.....	58
Tabla 7. Indicadores de ira y su medición.....	59
Tabla 8. Condición inicial. Grupo piloto A. Ansiedad.....	65
Tabla 9. Condición inicial Grupo piloto A. Depresión. ....	65
Tabla 10. Condición inicial Grupo control A. Ansiedad.....	66
Tabla 11. Condición inicial Grupo control A. Depresión.....	66
Tabla 12. Condición inicial Grupo experimental B. Ansiedad.....	67
Tabla 13. Condición inicial Grupo experimental B. Depresión.....	67
Tabla 14. Condición inicial Grupo control B. Ansiedad.....	68
Tabla 15. Condición inicial Grupo control B. Depresión.....	68
Tabla 16. Ira. Variable observada.....	69
Tabla 17. Selección de los participantes y diagnóstico.....	70
Tabla 18. Psicoeducación e integración grupal.....	72
Tabla 19. Entrenamiento en habilidades de autoregulación.....	73
Tabla 20. Área cognitiva.....	75
Tabla 21. Área conductual.....	77
Tabla 22. Afrontamiento y perdón.....	78

Tabla 23. Evaluación posttest al finalizar el programa de intervención.....	79
Tabla 24. Ansiedad total. Grupo piloto A.....	82
Tabla 25. Inquietid/hipersensibilidad. Grupo piloto A.....	82
Tabla 26. Ansiedad fisiológica. Grupo piloto A.....	82
Tabla 27. Preocupaciones sociales/estrés. Grupo piloto A.....	83
Tabla 28. Depresión. Grupo piloto A.....	83
Tabla 29. Ansiedad total. Grupo control A.....	83
Tabla 30. Inquietid/hipersensibilidad. Grupo control A.....	84
Tabla 31. Ansiedad fisiológica. Grupo control A.....	84
Tabla 32. Preocupaciones sociales/estrés. Grupo control A.....	84
Tabla 33. Depresión. Grupo control A.....	85
Tabla 34. Ansiedad total. Grupo experimental B.....	86
Tabla 35. Inquietud/hipersensibilidad. Grupo experimental B.....	86
Tabla 36. Ansiedad fisiológica. Grupo experimental B.....	86
Tabla 37. Preocupaciones sociales/estrés. Grupo experimental B.....	87
Tabla 38. Depresión. Grupo experimental B.....	87
Tabla 39. Ansiedad total. Grupo control B.....	88
Tabla 40. Inquietid/hipersensibilidad. Grupo control B.....	88
Tabla 41. Ansiedad fisiológica. Grupo control B.....	88
Tabla 42. Preocupaciones sociales/estrés. Grupo control B.....	88
Tabla 43. Depresión. Grupo control B.....	89
Tabla 44. Ira. Variable observada. Muestra de ambas fases.....	89

## Anexo 2. Entrevista sociodemográfica

<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	
Edad: _____ años	Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
Orientación sexual _____	
Estado civil: <input type="checkbox"/> soltera/o <input type="checkbox"/> casada/o <input type="checkbox"/> divorciada/o	
<input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> unión libre <input type="checkbox"/> viudo	Número de hijos: _____
Nivel de estudios: _____ Ocupación _____	
<b>OTRAS CARACTERÍSTICAS</b>	
Se atiende en la institución: _____	
Estadio de la enfermedad: <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> SIDA	
Ha presentado síntomas físicos debido a la enfermedad en las últimas dos semanas: _____	
Mencione cuales _____	
Adherencia: <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Mala	

### Anexo 3

#### **Consentimiento informado de participación en el programa de intervención cognitivo conductual, para el tratamiento de la ansiedad, la depresión y la ira en personas con VIH-SIDA.**

Apreciable usuario:

El VIH-SIDA es una enfermedad que provoca serias consecuencias en las personas, estas no solo se limitan a los síntomas físicos de la enfermedad, si no también a consecuencias psicológicas tales como la depresión, la ansiedad y respuestas emocionales negativas como la ira, provocando a su vez limitaciones en la calidad de vida. Es por ello que es necesario que los pacientes con VIH o SIDA lleven una intervención psicológica que ayude a lograr la adaptación a la enfermedad, procurando desde el inicio la salud mental.

El presente proyecto se llevará a cabo mediante un programa de intervención cognitivo conductual, el cual cuenta con los suficientes sustentos teóricos y metodológicos para lograr cambios positivos en el estado psicológico. El programa consistirá en la aplicación de pruebas psicológicas al inicio y al final de la intervención y será realizado de manera grupal en el departamento de psicología de la institución.

El nombre de los participantes no se revelará, la información obtenida a lo largo del proyecto será protegida y se mantendrá bajo estricta confidencialidad. Su uso será exclusivamente con fines de investigación y se manejará únicamente por las responsables de este estudio. En cuanto a los resultados de la investigación podrán ser publicados con fines educativos en revistas científicas, pero manteniendo el anonimato de cada participante. Su colaboración hasta el fin del estudio es importante, ya que de esta manera se podrán comparar los avances, sin embargo usted es libre de abandonar el proyecto cuando lo requiera sin ninguna consecuencia negativa. Los resultados estarán disponibles para los participantes al finalizar la investigación.

Procedimiento:

1. Se llevará a cabo un proceso de aplicación de pruebas psicológicas, para medir el estado de ansiedad, depresión e ira que presentan antes de la intervención.
2. Se implementará una sesión terapéutica grupal cada dos semanas, con el objetivo de disminuir la ansiedad, la depresión e ira.
3. Se aplicarán una vez más las pruebas psicológicas para medir los cambios que se lograron con la intervención psicológica.

Las responsables de este proyecto son la Lic. Alejandra Ramos Estrada y la Dra. Verónica Portillo Reyes. Si tiene alguna duda favor de comunicarse a los teléfonos de la unidad o al correo electrónico: al171454@alumnos.uacj.mx

En Ciudad Juárez, a \_\_\_\_\_

Participante \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nombre del  
investigador \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Testigos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Anexo 5. Autorregistro

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha-hora	Situación	Emoción 1-10	Pensamiento	Reinterpretación	Cambio emocional 1-10

## Anexo 6. Derechos asertivos

La asertividad es la aptitud de decir las cosas tal y como se piensan, sienten y quieren. Es un acto de amor propio en el cual se utiliza la firmeza pero también el respeto hacia otras personas. Para ser asertivos primero es necesario conocer tus derechos, sin olvidar que estos son los mismos para los demás.

1. Algunas veces, tienes derecho a ser el primero. Ceder siempre a los demás, no comunicar tus deseos o preferencias no te hace más cortés.
2. A cometer errores. Los errores forman parte de la vida, son necesarios para el aprendizaje. No te avergüences por ellos y defiende tu derecho a cometerlos.
3. A tener tus propias opiniones y creencias. Tener una opinión distinta a la mayoritaria no implica estar equivocado, ¡quizá justo lo opuesto!
4. A cambiar de idea, opinión, o actuación. Cambiar de opinión no es una traición a ti mismo, es evolucionar, aprender, ser flexible.
5. A expresar críticas y a protestar por un trato injusto, pero siempre de forma respetuosa a los demás.
6. A intentar cambiar lo que no te satisface. No te digas a ti mismo que no lo has intentado.
7. A pedir ayuda o apoyo emocional.
8. A sentir y expresar el dolor. Todos sentimos dolor, y tienes derecho a expresarlo ante aquellas personas que son importantes para ti si lo necesitas.
9. A ignorar los consejos de los demás. Cuando alguien te da un consejo es precisamente eso, no una orden de actuación.
10. A recibir el reconocimiento por un trabajo bien hecho. Esto se aplica a los demás, pero sobre todo a ti mismo. Reconoce tus méritos.
11. A negarte a una petición, a decir "no" sin sentirte culpable o egoísta. Decir "no" no te hace desleal o egoísta.
12. A estar sólo, aun cuando los demás deseen tu compañía.
13. A no justificarte ante los demás. En ocasiones con un "No, gracias" es suficiente. No tienes por qué dar excusas y menos si no son sinceras.
14. A no responsabilizarte de los problemas de los demás.
15. A no anticiparte a los deseos y necesidades de los demás y a no tener que intuirlos.
16. A ser tratado con respeto y dignidad. Cuando sientes que no eres tratado con la dignidad y el respeto que mereces, tienes derecho a protestar por ello.
17. A tener tus propias necesidades y que sean tan importantes como las de los demás.
18. A experimentar y expresar tus propios sentimientos, así como a ser su único juez.
19. A detenerte y pensar antes de actuar.
20. A pedir lo que quieres y la aceptar un no por respuesta.
21. A hacer menos de lo que eres capaz de hacer. No siempre puedes rendir al máximo.
22. A decidir qué hacer con tu cuerpo, tiempo, y propiedad.
23. A no usar tus derechos.

## Anexo 7. Pensamientos deformados

### **Pensamientos deformados**

Son ideas que llegan a nuestra mente de forma muy rápida, que no corresponden a la realidad y que nos llevan a hacer falsas conclusiones de lo que sucede. Estos pensamientos producen un dolor emocional intenso, pero este malestar es innecesario y puede evitarse.

*Psicóloga Alejandra Ramos 6561128133*



### Anexo 8. Pensamientos deformados

Ejemplo	Pensamiento deformado
El sufrimiento de mi familia es por mi culpa	
Nadie puede comprender por lo que estoy pasando	
Debería adaptarme pronto a mi enfermedad	
¿Y si lo que le pasó a él me pasa a mi?	
No hay nada que yo pueda hacer acerca de mi enfermedad	
Pude haber disfrutado el viaje con la familia a no ser por el terrible problema que tengo de salud.	
Es injusto que mi pareja no quiera cambiar por mi	
Han estado hablando cosas negativas de mi	
Me siento muy ansios@, eh de estar loc@	
Se siente tensión en casa, es por mi culpa	
Estos síntomas indican que moriré pronto	
Yo soy responsable de todo lo que pasa en mi casa	

## Referencias

- Adina, J. O., Maritim, E. K., Sindabi, A. M., & Disiye, M. A. (2017). Effect of cognitive behaviour therapy on depressive symptoms among HIV-infected outpatients in Kenya. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(2), 161–173.
- Agencia de la ONU para los refugiados (ACENUR). (2010). *Conocimientos básicos sobre la infección por VIH*. Recuperado de:  
<http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2011/7649.pdf>
- Agrawal, A., Jain, M., Agrawal, S., Singh, S., & Yadav, M. (2015). Psychological Dimension of HIV/AIDS and Recent Advances in Its Management.
- Alarcón, E., Teresa, M., & Ballester Arnal, R. (2006). Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 11, N.º 2*, pp. 79-90,2006 ISSN 1136-5420/06
- Alderete Aguilar, C; Cruz Maycott, R; Candela-Iglesias , M; Rodríguez Estrada, E y Reyes Terán, G. (2017). Assessment of depression, anxiety, hopelessness and suicidal risk in HIV+ inpatients. *Scielo*. 0185-3325. SMPUST. (23/08/17). En línea  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252017000100023&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252017000100023&script=sci_arttext)
- Andersen, L. S., Magidson, J. F., O’Cleirigh, C., Remmert, J. E., Kagee, A., Leaver, M., ... & Joska, J. (2016). A pilot study of a nurse-delivered cognitive behavioral therapy intervention (Ziphamandla) for adherence and depression in HIV in South Africa. *Journal of health psychology*, 1359105316643375
- Anderson, N., Heywood-Everett, S., Siddiqi, N., Wright, J., Meredith, J., & McMillan, D. (2015). Faith-adapted psychological therapies for depression and anxiety: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 176, 183-196.

- Ardilla, R. (2008). *Homosexualidad y Psicología. (2a ed.)*. Bogotá, Colombia. Manual moderno. ISBN 9789589446263
- Arnau, J. (1996). *Métodos y técnicas avanzadas de análisis de datos en ciencias del comportamiento*. Barcelona: Universidad de Barcelona. ISBN: 84-922004-3-X
- Arendt, G. (2006). Affective disorders in patients with HIV infection: Impact of antiretroviral therapy. *CNS Drugs*, 20(6), 507–518. <https://doi.org/10.2165/00023210-200620060-00005>
- Argimon, P. J. M. (2004). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Elsevier España..
- Ayuso, J. L. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca. ISBN: 9788427012288
- Bados López, A. (2008). *La intervención psicológica: características y modelos*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Ballester, A. R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-compartamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA. *Redalyc*. 0214 – 9915. SMPUST (17/08/17). En línea: <http://www.redalyc.org/html/727/72715402/>
- Barra-Almegia, E. (2014). Modelos psicosociales para la promoción de la salud y prevención de enfermedades. *Ciencia y enfermería VII (2): 19-25, 2001*. I.S.S.N. 0717 - 2079
- Bolaños Gutiérrez, M (2013). Implicaciones éticas, legales y sociales del diagnóstico de VIH/sida en la mujer. *Revista Cubana de Salud Pública. Redalyc*. ISSN 0864-3466. SMPUST (09/09/17). EN línea: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21425613007>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia, EE.UU.: University of Pennsylvania Press. ISBN: 0812276523

- Beck, A.T; Rush, A.J; Shaw, B.F y Emery, G. (2005). *Terapia cognitiva para la depresión, novena edición*. Bilbao: Descleé de browner. ISBN: 978-83-330-026-6.
- Becoña, E., Vázquez, F., & Oblitas, L. (2008). *Terapia cognitivo conductual. Psicoterapias Contemporaneas*, 89-109.
- Behar Rivero, D. S. (2008). *Introducción a la Metodología de la Investigación. Editorial Shalom*. ISBN 978-959-212-773-9.
- Bing, E. G., Burnam, M. A., Longshore, D., Fleishman, J. A., Sherbourne, C. D., London, A. S., ... & Morton, S. C. (2001). Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus–infected adults in the United States. *Archives of general psychiatry*, 58(8), 721-728.
- Bobes García, J, Portilla González, M. P. G. y Bousoño García, M. (2002). *Evolución conceptual y nosográfica*. Sáiz (Eds.), Trastorno de ansiedad generalizada (pp. 1-8). Barcelona, España: Ars Médica. ISBN: 84-9706-036-9.
- Bormann, J. E., & Carrico, A. W. (2009). Increases in positive reappraisal coping during a group-based mantram intervention mediate sustained reductions in anger in HIV-positive persons. *International journal of behavioral medicine*, 16(1), 74-80.
- Brandt, C. P., Zvolensky, M. J., Dumas, S. D., Grover, K. W., & Gonzalez, A. (2016). Pain-related anxiety in relation to anxiety and depression among persons living with HIV/AIDS. *AIDS care*, 28(4), 432-435.
- Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*, Ed. Siglo XXI de España, Barcelona. ISBN: 8432307114.
- Campbell, H., & Stanley, P. (1966). *Diseños experimentales*. Mexico DF: El Universitario. ISBN: 950-518-042X.
- Cardona, D.V; Medina, O.A; Herrera, S.M y Orozco, P.A; (2015). Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/Sida en Quindío, Colombia, 2015. *Scielo*.

Intervención para el manejo de sintomatología de ansiedad, depresión e ira en adultos con VIH o SIDA.  
Alejandra Ramos Estrada.

1729-519X. SMPUST (17/08/17). En línea:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2016000600010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000600010)

Caro, I. (2009). *Manual teórico-practico de terapias cognitivas*. España. Desclee De Brouwer, S.A.

Carlsoon, N;(2010). *Fundamentos de fisiología de la conducta*. Person: Madrid

Ceberio, M. R., & Watzlawick, P. (1998). *La construcción del universo*. Barcelona: Herder.  
ISBN: 9788425424687

Centro de investigación en enfermedades infecciosas (CIENI) (2011). 30 años de VIH: perspectivas desde México.

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA). (2017). *30 años del SIDA, perspectivas desde México*. Recuperado de:  
<http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/30aniosdelvihsida.pdf>

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA). (2017). *El VIH y sida en la República Mexicana: situación actua*. México.

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA). (2015). *Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH*. México. Recuperado de:  
[http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/Guia\\_ARV\\_2014V8.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/Guia_ARV_2014V8.pdf)

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA) (2009). *VIH/SIDA y salud pública. Manual para personal de salud Segunda edición actualizada y aumentada*.

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA). (2017). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 15 de noviembre de 2016*. Recuperado de:

[http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN\\_DIA\\_MUNDIAL\\_2016a.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_DIA_MUNDIAL_2016a.pdf)

Centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC). (2018). *Acerca del VIH-SIDA*. Recuperado de: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/whatishiv.html>

Chibanda, D., Cowan, F. M., Healy, J. L., Abas, M., & Lund, C. (2015). *Psychological interventions for Common Mental Disorders for People Living With HIV in Low-and Middle-Income Countries: systematic review*. *Tropical Medicine & International Health*, 20(7), 830-839.

Coe, R., Waring, M., Hedges, L. V., & Arthur, J. (Eds.). (2017). *Research methods and methodologies in education*. Sage. ISBN: 9780857020390.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (1992). Ley de la comisión nacional de los derechos humanos. Recuperado de:

[http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/normatividad/Ley\\_CNDH.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/normatividad/Ley_CNDH.pdf)

Comisión nacional de los derechos humanos (CNDH) (2017). VIH/SIDA y derechos humanos. En línea: <http://www.cndh.org.mx/VIH>

Cortés, F., & Gil, M. (1997). El constructivismo genético y las ciencias sociales: Líneas básicas para una reorganización epistemológica. R. García (Comp.), *La epistemología genética y la ciencia contemporánea. Homenaje a Jean Piaget en su centenario*, 69-90.

Crespo, M. y Larroy, C. (1998). *Técnicas de Modificación de Conducta: guía práctica y ejercicios*. Madrid: Dykinson (última edición, 2008).

Deffenbacher, J. (1997). *Entrenamiento en el manejo de la ansiedad generalizada*. En V. Caballo (Comp.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos Volumen I: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos* (p.p. 241-263). Madrid: Siglo XXI.

- Dethlefsen, T y Dahlke, R. (1983). *La enfermedad como camino. Un método para el descubrimiento profundo de las enfermedades*. Barcelona: Random House Mondadori S.A
- Díaz, M.; Ruiz, M. y Villalobos, A. (2012). *Historia de la Terapia Cognitivo Conductual. Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclee de Brouwer
- Fernandez, E. (2008). *The angry personality: A representation on six dimensions of anger expression. International handbook of personality theory and testing. (vol. 2). Personality measurement and assessment*, Sage, London, UK
- Fernández, M. Á. R., García, M. I. D., & Crespo, A. V. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclee de Brouwer. ISBN: 9788433025357
- Fernández, L. y Gómez, J. A. (2008). *La psicología preventiva en la intervención social*. Madrid: Síntesis.
- Fisher, J; Fisher, W.; Williams , S. y Malloy, T. (1994). *Empirical tests of an information - motivation-behavior skills mode of AIDS preventive behavior with gay men and heterosexual university students*. Health Psychology, 13, 238-250.
- Fisher, W. & Fisher, J. (1998). *Understanding and promoting sexual and reproductive health behavior: Theory and method. Annual Review of Sex Research*, 9, 39-77.
- Frutos, C., Nelson Aquino, D., Amado, D., Ferreira, M., & Reissner, M. C. D. (2016). *Calidad de Vida en el Paciente con VIH en el Servicio de Clínica Médica, Hospital Central-Instituto de Previsión Social Paraguay-2015. de Medicina Tropical*, 10.
- Garay, C. J., Korman, G. P., & Keegan, E. (2008). *Terapia cognitivo conductual en formato grupal para trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo. Subjetividad y Procesos Cognitivos*, (12).
- García Cedillo, I., Alfaro Castro, F., Rodríguez Delgado, M., & Sánchez Armáss Cappello, O. (2011). *Indicadores de enfermedades mentales en pacientes mexicanos con VIH/SIDA y su relación con la adherencia terapéutica. Actualidades en Psicología* Vol. 25 Núm. 112 2011.

- García-Cedillo, I & Rodríguez-Delgado. (2014). Situación en que viven y adhesión al tratamiento en mujeres y hombres de San Luis Potosí con VIH/SIDA.
- García-López, L. J., Piqueras, J. A., Rivero, R., Ramos, V., & Guadalupe, L. O. (2008). Panorama de la psicología clínica y de la salud. *CES Psicología*, 1(1), 70-93. ISSN: 2011-3080
- Garriga Trillo, A. J., Lubin Pigouche, P., Merino Merino, J. M., Padilla Suárez, M., Recio Saboya, P. y Suárez Falcón, J. C. (2010). *Introducción al análisis de datos*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia. ISBN: 978-84-363-6014-4
- Garry, M y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta. Que es y como aplicarla*. Pearson educación S.A. España. ISBN: 978-84-83223-80-29
- Gavino, A. (2006). Guía de técnicas de terapia de conducta. Editorial piramide. ISBN: 9788436816662
- Gaviria, A. M; Quiceno, J. M; Vinaccia, S; Martínez, L. A y Otalvaro, M. C. (2009). Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. *Redalyc*. 0716-6184. SMPUST (17/08/17). En línea: <http://www.redalyc.org/pdf/785/78511885001.pdf>
- Guardia Olmos, J., Freixa Blanchart, M., Pero Cebollero, M. y Turbany Oset, J. (2008). *Análisis de datos en psicología*. Madrid: Delta Publicaciones. ISBN: 987-84-92453-48-1
- Guba, E., & Lincoln, Y. (2002). *Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa*. *Por los rincones: Antología de métodos cualitativos en la investigación social*, 113-145.
- Hawley, L. L., Padesky, C. A., Hollon, S. D., Mancuso, E., Laposa, J. M., Brozina, K., & Segal, Z. V. (2017). Cognitive-behavioral therapy for depression using mind over mood: CBT skill use and differential symptom alleviation. *Behavior therapy*, 48(1), 29-44
- Hernández, R., Fernández-Collado., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4 ed.). México McGraw-Hill.

Hernández Sampieri, R; Fernandez Collado, C y Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta edición. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA

Hinkin CH, Castellon SA, Atkinson JH, Goodkin K. (2001). Neuropsychiatric aspects of HIV infection among older adults. *Journal of Clinical Epidemiology*;54 Suppl 1: S44-52

Ibor, E. L., Pagán, E. M., Lapuerta, C. L., Laderas, L. B., Díaz, J. M., & Rodrigo, E. A. (2015). Es importante valorar los síntomas de Ansiedad y Depresión en población VIH. *Rev Multidiscip del Sida*, 1(4), 52-5.

Infosida. (2019). *El VIH y la salud mental*. Recuperado de:  
<https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/27/92/el-vih-y-la-salud-mental>

Infosida. (2018). *Medicamentos contra el VIH autorizados por la FDA*. Recuperado de:  
<https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/21/58/medicamentos-contra-el-vih-autorizados-por-la-fda>

Infosida. (2017). *Visión general de la infección por el VIH*. Recuperado de:  
<https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/19/73/el-ciclo-de-vida-del-vih>

Instituto mexicano del seguro social (IMSS). (2017). *Tratamiento Antirretroviral del paciente adulto con infección por el VIH*. Recuperado de:  
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/245GER.pdf>

International Test Commission (ITC). (2014). El uso de los tests y otros instrumentos de evaluación en investigación. Recuperado de:  
[https://www.intestcom.org/files/statement\\_using\\_tests\\_for\\_research\\_spanish.pdf](https://www.intestcom.org/files/statement_using_tests_for_research_spanish.pdf)

EDITORES, S.A. DE C.V.

- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Labiano, M. (2004). *Introducción a la Psicología de la Salud*. En L. A. Oblitas (Eds.). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida* (pp. 3-21). México: Thompson Learning. ISBN: 9786074811254
- Lambán, I.E; Martínez, P. E; López, L. C; Bolea, L. L; Moreno D.J. y Artajona R.E. (2015). ¿Es importante valorar los síntomas de Ansiedad y Depresión en población VIH?. *Dyalnet*. 2340-3365. SMPUST (17/08/17). En línea: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5041097>
- Lamonte-Castillo, J.A. (2014). Infección por VIH/sida en el mundo actual. *Redalyc*. 1029-3019
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao : Desclée de Brouwer
- León, O. G. (2015). Montero García-Celay I. Métodos de investigación en psicología y educación: las tradiciones cuantitativa y cualitativa. Aracava
- Logie, C., & Gadalla, T. M. (2009). Meta-analysis of health and demographic correlates of stigma towards people living with HIV. *AIDS care*, 21(6), 742-753.
- López Blanco, B., Rodríguez García, E., Vázquez Pineda, F., & Alcázar Olán, R. J. (2015). Intervención cognitivo conductual para el manejo de la Ira.
- Lowther, K., Selman, L., Harding, R., & Higginson, I. J. (2014). Experience of persistent psychological symptoms and perceived stigma among people with HIV on antiretroviral therapy (ART): a systematic review. *International journal of nursing studies*, 51(8), 1171-1189.

- Lozano, F. y Pedrol P. D. (2011). Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH. *Dialnet*. 0213-005X. México: SMPUST (17/08/17). En línea:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3786399>
- Macías Bestard, C., Isalgué Marsillí, M., Loo Muñoz, N. D. L. M., & Acosta Sardina, J. (2018). Enfoque psicológico para el tratamiento de personas que viven con VIH/sida. *Revista Información Científica*, 97(3), 660-670.
- Malkowski, J. (2014). Beyond Prevention: Containment Rhetoric in the Case of Bug Chasing. *Journal of Medical Humanities*, 35(2), 211–228. <https://doi.org/10.1007/s10912-014-9280-x>
- Mendoza, J. E. V., Ramírez, M. C., & Morales, J. E. A. (2013). Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos. *Psicología y Salud*, 19(2), 215-221. ISO 690
- Ministerio de salud (2010). Guía clínica síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA. Recuperado de: [http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/chile\\_art.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/chile_art.pdf)  
Santiago: MINSAL, 2010.
- Moncada, H. & Kühne, W. (2003). Importancia de la investigación en psicoterapia para los psicólogos clínicos. *Terapia Psicológica*, 21, 193-201.
- Moral, J., y Segovia, P. (2011). Discriminación en mujeres que viven con VIH/SIDA. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2, 139-159.
- Moral, J., & Segovia, M. P. (2014). Discriminación y afectos negativos en mujeres que viven con VIH. *Boletín de Psicología*, (111), 71-91.
- Moskowitz, D. A y Michael E. R. 2007. The Ultimate High: Sexual Addiction and the Bug Chasing Phenomenon. *Sexual Addiction and Compulsivity* 1: 21–40.

- Muñoz, M. C. E., Orozco Ramírez, L. A., & Ybarra Sagarduy, J. L. (2015). Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Salud mental*, 38(3), 201-208.
- Miaja Avila, M y Moral De La Rubia, J (2014). Ansiedad ante la muerte y afrontamiento en personas viviendo con VIH/SIDA y población general. *Revista mexicana de investigación en psicología*. ISSN: 2007-3240.
- Moy, R. D. (2009). *Mental depression forms, causes and treatment*. Nueva York: Nova Science Publishers. ISBN: 978-1-60741-477-3.
- Nanni, M. G., Caruso, R., Mitchell, A. J., Meggiolaro, E., & Grassi, L. (2015). Depression in HIV infected patients: a review. *Current psychiatry reports*, 17(1), 530.
- Nakimuli-Mpungu, E., Bass, J. K., Alexandre, P., Mills, E. J., Musisi, S., Ram, M., ... & Nachega, J. B. (2012). Depression, alcohol use and adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: a systematic review. *AIDS and Behavior*, 16(8), 2101-2118.
- Newcomb, M. E., Bedoya, C. A., Blashill, A. J., Lerner, J. A., O'Cleirigh, C., Pinkston, M. M., & Safren, S. A. (2015). Description and demonstration of cognitive behavioral therapy to enhance antiretroviral therapy adherence and treat depression in HIV-infected adults. *Cognitive and behavioral practice*, 22(4), 430-438.
- Núñez Rojas, A. C., Tobón, S., Vinaccia Alpi, S., & Arias Henao, D. (2006). Diseño de un modelo de intervención psicoterapéutica en el VIH/SIDA a partir del enfoque procesual del estrés. *Suma psicológica*, 13(2).
- Núñez, A; Tobón, S; Vinaccia, S y Arias, A. D. (2006). Diseño de un modelo de intervención psicoterapéutica en el vih/sida a partir del enfoque procesual del estrés. *Redalyc*. ISSN: 0121-4381. SMPUST (09/09/17). En línea:  
<http://www.redalyc.org/pdf/1342/134216870001.pdf>

- Olivia Mendoza, F. J., Hernandez Pozo, M. D. R., & Calleja Bello, N. A. Z. I. R. A. (2010). Validation of the Mexican version of the State-trait anger expression inventory (STAXI-2). *Acta Colombiana de Psicología*, 13(2), 107-117.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Edo. De México: Thomson.
- Obst, J. (2008). *La Terapia Cognitiva Integrada y Actualizada*. (1ra edición). CATREC.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*.
- OMS. Organización Mundial de la Salud. (2016). *Objetivo: cero discriminación en la atención de la salud*. SMPUST (17/08/17). En línea  
<http://www.who.int/mediacentre/commentaries/zero-discrimination-day/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). *¿Cómo define la OMS la salud?*. Recuperado de: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *El suicidio*. SMPUST (17/08/17). En línea:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/#.WbM5jhz3jug.facebook>
- OMS. Organización Mundial de la Salud. La amenaza de la farmacorresistencia del VIH. Ginebra. OMS. En línea: <http://www.who.int/hiv/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). *NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana*. Recuperado de:  
<http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/drhumanos/NOM-010-SSA2-2010.pdf>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos* (No. 155.9042 L431e). Barcelona, ES: Ed. Martínez-Roca, 1986. ISBN: 9788427010130
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). *NORMA Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud*. Recuperada de:  
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/040ssa204.html>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998). *Norma oficial mexicana nom-168-ssa1-1998, del expediente clínico*. Recuperada de:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperada de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). *VIH/SIDA*. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Piqueras Rodríguez, J. A., Martínez González, A. E., Ramos Linares, V., Rivero Burón, R., García López, L. J. y Oblitas Guadalupe, L. A. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-74. ISSN: 0121-4381

Piña, J.A (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con vih. *Redalyc*. 6 (2): 399-407. SMPUST (17/08/17). En línea: <http://www.redalyc.org/html/647/64760217//>

Piña, J; Dávila, T. M; Sánchez-Sosa, J. J; Togawa, C. y Cázares R. O. (2008). Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Scielo*. 1680-5348. SMPUST (17/08/17). En línea: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892008000600002](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008000600002)

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). (2018). *Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. Recuperado de: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

Puyuelo, R. (1984). *La ansiedad infantil*. Barcelona: Herder S.A. Remor, E; Arranz, P y Ulla, S (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. España. Desclée de Brouwer, S.A.

- Ramos Rangel, Y., Cabrera Pérez, A., & González Aguiar, B. (2016). Estados emocionales negativos y variables clínicas en personas con virus de inmunodeficiencia humana/sida. *MediSur*, 14(6), 727-736.
- Rimm, D.C. y Masters, J.C. (1980). *Terapia de la conducta. Técnicas y hallazgos empíricos*. México: Trillas
- Rasoolinajad, M., Abedinia, N., Noorbala, A. A., Mohraz, M., Badie, B. M., Hamad, A., & Sahebi, L. (2018). Relationship Among HIV-Related Stigma, Mental Health and Quality of life for HIV-Positive Patients in Tehran. *AIDS and Behavior*, 1-10.
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Redalyc*. 0214 – 9915. SMPUST (09/09/17). En línea:  
<http://www.redalyc.org/html/727/72714212/>
- Ricoy Lorezno, C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Revista del Centro de Educacion*, 31(1), 11-22. ISSN: 0101-9031.
- Rodríguez, M. M., Morales, S. G., Arroyo, I. C., Meza, M. L., García, R. O., & Damian, R. F. (2018). Niveles de estrés en pacientes mexicanas embarazadas seropositivas al VIH. *Perinatología y Reproducción Humana*, 32(4), 155-159.
- Ruiz M.A; Dias, M.I y Villalobos, I. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclee De Brouwer, S.A.
- Santillán Torres Torija, C. (2014). Adherencia terapéutica en personas que viven con VIH/SIDA.
- Simón, M.A. (1999). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S.L.
- Spielberger, C. D., & Gorsuch, R. L. (1983). *State-trait anxiety inventory (form Y)*. Consulting Psychologists Press.

S.M.P Sociedad Mexicana de Psicología (2009) *Código ético del psicólogo*. 4ta edición.  
México: Trillas

Spies, G., Asmal, L., & Seedat, S. (2013). Cognitive-behavioural interventions for mood and anxiety disorders in HIV: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 150(2), 171-180.

Suárez I.D, ; Peñate, A.P y Crespo M. Y. (2009). La inteligencia emocional en personas que viven con VIH. *Revista Dialnet*. ISSN 1794-5992, ISSN-e 2389. SMPUST (17/08/17). En línea:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4788143>

Skinner. B.F. (1971). *Ciencia y conducta humana*. Editorial Fontanella

Tamayo y Tamayo, M. (2004). *El proceso de la investigación científica*, (4ta ed). México: LImusa. ISBN: 9681858727

Taylor, S. E. (2003). *Health Psychology*. Boston: McGraw-Hill. ISBN: 0-07-241297-6

Teva, I; Bermúdez, M; Hernández, Q. J y Buela, C. G. (2005). Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. *Redalyc*. 0185-3325. SMPUST (09/09/17).  
En línea: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58252806.pdf>

Tobón, S., & Vinaccia, S. (2014). Modelo de intervención psicológica en el VIH/sida. *Psicología*  
Tobón, S., & Vinaccia, S. (2014). Modelo de intervención psicológica en el VIH/sida. *Psicología y Salud*, 13(2), 161-174.

Uribe, A. (2005). Intervención grupal y calidad de vida en personas diagnosticadas de VIH. *Dyalnet*. 0121-5469. SMPUST (17/08/17). En línea:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3245916>

Varela-Arévalo, M. T. V., Torres, I. C. S., & Correa-Sánchez, D. C. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/sida. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta colombiana de psicología*, 11(2), 101-113. ISSN: 0123-9155.

- Velázquez Tello, M. I. & García Cedillo, I. (2015). Psicoeducación: una estrategia para promover la adherencia terapéutica en personas con VIH/SIDA. *Psicología.com*. ISSN: 1137-8492
- Adina, J. O., Maritim, E. K., Sindabi, A. M., & Disiye, M. A. (2017). Effect of cognitive behaviour therapy on depressive symptoms among HIV-infected outpatients in Kenya. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(2), 161–173.
- Vera-villarroel, P., Pérez, V., Moreno, E., & Allende, F. (2004). Diferencias en variables psicosociales en sujetos VIH homosexuales y heterosexuales. *Internacional Journal of Clinical Anf Health Psychology*, 4(1), 55–67
- Villa, I; Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH- SIDA. *Redalyc*. 1405-1109. SMPUST (17/08/17). En línea: <http://www.redalyc.org/pdf/291/29116106.pdf>
- Vilató, F; Liudmila, Martín, A; Libertad, & Pérez Nariño, I; (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4) SMPUST (17/08/17). En línea: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662015000400005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000400005&lng=es&tlng=es)
- Ybarra, J.L; Orozco, L.A y Valencia, A.I. (2015). *Intervenciones con apoyo empírico: herramienta fundamental para el psicólogo clínico y de la salud*. México: El Manual Moderno S.A. de C.V.
- Werner. H y Staddon. J.E.R (1983). *Manual de la conducta operante*. Editorial trillas