



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

UNAM

**PSICOTERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA
PACIENTES QUE PADECEN VIH-SIDA ATENDIDAS EN EL
SISTEMA DE ATENCION INTEGRAL (SAI)
DEL ESTADO DE TLAXCALA**

**TESIS TEÓRICA
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTA
EFRÉN TZOMPANTZI NETZAHUALCOYOTL**

Director Lic. Omar Moreno Almazán
Dictaminadores: Lic. Esperanza Guarneros
Reyes
Lic. Gustavo Montalvo
Martínez



Los Reyes Iztacala, Edo. De México, 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A nuestra grandiosa y máxima casa de estudios de nuestro país: la Universidad Nacional Autónoma de México, por haberme dado la oportunidad de poder cursar la licenciatura en psicología.

A todos y cada uno de mis tutores, ya que gracias a su empeño y dedicación pude adquirir los conocimientos necesarios para ahora poder concluir este proyecto que me había propuesto en mi vida.

Al Doctor en psicología Omar Moreno Almazán, que con su actuar siempre nos motivó a salir adelante y a aprender cada día más, además de haber sido mi asesor de tesis.

Al Doctor Israel Flores Arenales y a la Licenciada en psicología Tania López Sánchez, por compartir sus experiencias y conocimientos como integrantes del Sistema de Atención Integral de Tlaxcala.

A la vida misma, que a pesar de muchas cosas, aún me sigue otorgando la grandiosa oportunidad de seguir viviendo, estudiar, aprender y compartir mi vida, experiencias, emociones y conocimientos con muchas otras personas que día a día voy conociendo en mi camino.

A todas y cada una de las personas que de alguna u otra forma han contribuido para que este sueño se haya hecho realidad.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I. VIH-SIDA.....	
1.1 ANTECEDENTES.	
1.1.1 Descubrimiento de los virus del SIDA.	
1.2 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH)	
1.2.1 Estructura.	
1.2.2 Ciclo de replicación del virus.	
1.3 PRUEBAS PARA DETECTAR LA INFECCIÓN POR VIH.	
1.4 VÍAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH.	
1.4.1 Transmisión sexual.	
1.4.2 Transmisión parenteral.....	
1.4.3 Transmisión perinatal o maternoinfantil.....	
1.5 FASES DE DESARROLLO DEL VIH/SIDA. ...	
1.5.1 Fase aguda.	
1.5.2 Fase crónica.....	
1.5.3 Fase final.....	
1.6 SIDA Y ENFERMEDADES OPORTUNISTAS	
1.7 TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL	
CAPÍTULO II. IMPACTO PSICOLOGICO, FAMILIAR, SOCIAL Y LABORAL DEL VIH-SIDA.....	
2.1 IMPACTO A NIVEL INDIVIDUAL.	
2.2 IMPACTO A NIVEL FAMILIAR.....	
2.3 IMPACTO A NIVEL SOCIAL.	
2.4 IMPACTO A NIVEL LABORAL.....	

2.4.1 Impacto microeconómico: efecto del VIH/SIDA en las empresas.....

.

CAPÍTULO III. PSICOTERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.

3.1. BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS DE LA TERAPIA DE CONDUCTA.....

3.1.1. La reflexología rusa y las leyes del condicionamiento clásico.....

3.1.2 El conexionismo de Thorndike.

3.1.3 El conductismo de Watson.....

3.1.4 El neoconductismo.

3.1.5 Skinner y el condicionamiento operante.....

3.2 EVOLUCIÓN DE LA TERAPIA DE CONDUCTA.

3.2.1 Primera generación: el surgimiento de la terapia de conducta.....

3.2.1.1 El surgimiento en Sudáfrica.....

3.2.1.2 El surgimiento en Inglaterra.....

3.2.1.3 El surgimiento en los Estados Unidos de Norteamérica.....

3.2.2 Segunda generación: el papel de los aspectos cognitivos en terapia de conducta.....

3.2.2.1 El aprendizaje social de Bandura.

3.2.2.2 El surgimiento de las terapias cognitivas.

3.3 PROCESO TERAPEUTICO.

3.3.1 EVALUACIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

3.3.1.1 El análisis funcional.

3.3.2. TECNICAS DE EVALUACION PSICOLOGICA

3.3.2.1 La entrevista.....	
3.3.2.2 La observación.	
3.3.2.3 La autoobservación.	
3.3.2.4 Los autoinformes.	
3.3.2.5 Técnicas psicofisiológicas.	
3.5 INTERVENCIÓN.	
3.3.1 Técnicas de modificación de conducta.....	

CAPÍTULO IV. PROPUESTA DE APLICACIÓN DE LA PSICOTERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN PERSONAS CON VIH-SIDA QUE ACUDEN AL SAI EN EL ESTADO DE TLAXCALA.....

EJE 1. ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS.....

EJE 2. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN.....

EJE 3. PREPARACION PARA LA EVALUACION DEL VIH.

EJE 4. COMUNICACIÓN DE RESULTADOS DE NO SEROPOSITIVIDAD.
.....

EJE 5. COMUNICACIÓN DE RESULTADOS DE SEROPOSITIVIDAD.

EJE 6. TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO COGNITIVO CONDUCTUAL A PERSONAS QUE PADECEN VIH/SIDA EN EL SISTEMA DE ATENCION INTEGRAL DE TLAXCALA

A. PRIMER CONTACTO CON EL PACIENTE....

B. DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA..

C. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS TERAPÉUTICOS.

D. EVALUACIÓN.....

E. FORMULACIÓN CLÍNICA CONDUCTUAL...

F. INTERVENCIÓN.....

EJE 7: PREPARACIÓN PARA LA MUERTE.....

CONCLUSIONES.....

BIBLIOGRAFIA:

INTRODUCCIÓN

Actualmente el VIH-SIDA representa una de las enfermedades crónico-degenerativas de mayor crecimiento a nivel mundial, representando de igual forma una de las principales causas de muerte en los países en vías de desarrollo además de que en la actualidad aún no existe cura para esta enfermedad. En nuestro país aunque se han implementado diversos programas de prevención y tratamiento de este mal endémico esta enfermedad sigue expandiéndose por todas partes sin respetar nivel social, económico, etc. Es así, como de acuerdo a datos del CENSIDA de 1983 hasta la semana 52 del año 2012 en nuestro país se habían acumulado 160,864 casos de SIDA, y en el año 2012 hubo 4,598 nuevos casos de SIDA.

Para Lamotte (2004), la infección-enfermedad por VIH/SIDA es una afección crónica transmisible de tipo progresivo y causa viral, en la cual se establece una relación muy diversa entre huésped y virus, que finalmente condiciona la aparición de procesos morbosos oportunistas o tumores raros, o ambos.

¿Pero cómo es que el virus del VIH produce el SIDA? De acuerdo a Lamotte, et. al, El VIH infecta las células con receptor CD4, en especial a los linfocitos CD4 y los monocitos-macrófagos, lo cual trae como consecuencia una depleción lenta y progresiva de dichos linfocitos, a causa de la replicación viral dentro de ellos. El virus se replica constantemente: en una fase es más alta que en la otra; se calcula que se producen entre 100 y 1 000 billones de virus por día.

Para mayor comprensión, entonces el SIDA, es la enfermedad que es provocada por el VIH, en este sentido Levy (2008) nos menciona que el SIDA es una entidad clínica que se caracteriza por una reducción significativa de las células CD4⁺ y el desarrollo de infecciones oportunistas y cáncer, lo cual es el resultado de la replicación persistente y la diseminación del VIH.

Como observamos de los anteriores datos y definiciones el VIH/SIDA llega a representar una enfermedad muy dolorosa para quien la padece y además

puede tener diversas repercusiones a nivel familiar, social y laboral, en este sentido la intervención del psicólogo resulta muy importante ya que de igual forma esta enfermedad presenta diversas fases, presentando de igual forma diversos fenómenos psicosociales; como lo son la etapa de duelo, miedo, fatiga, estrés, problemas familiares, discriminación, ausencia laboral, despidos, entre otros.

De acuerdo a lo anterior, el psicólogo interviene para todas estos fenómenos que se presentan alrededor del sujeto que padece VIH/SIDA, ya que el área conductual y cognitivo para estos pacientes representan aspectos muy importantes a considerar para que puedan tener una mejor calidad de vida y mejor manejo de sus repercusiones psicológicas consecuencia de esta enfermedad.

En este sentido, la psicoterapia cognitivo-conductual representa una excelente opción para la intervención con pacientes que padecen VIH/SIDA. De acuerdo a Sarason y Sarason (2006), el termino psicoterapia cognitivo conductual se refiere a estas intervenciones que integran las psicoterapias cognitivos y de conducta, la psicoterapia cognitivo conductual refleja el interés cada vez mayor por parte de los terapeutas conductuales en las modificaciones cognitivas como medios para influir en las emociones y la conducta.

Por su parte, Caballo (2002), nos menciona que la psicología clínica conductual o cognitivo-conductual está más en boga hoy día que nunca lo había estado. Parece que la mayoría de los profesionales de la salud reconocen actualmente que para muchos trastornos “mentales” los procedimientos cognitivos-conductuales son eficaces, si bien en algunas disciplinas se sigue favoreciendo el tratamiento farmacológico, debido, a veces a un notable desconocimiento de las intervenciones cognitivo-conductuales.

De acuerdo a todo lo anterior, la presente tesis está dividida en cuatro capítulos:

En el primer capítulo se incluye información acerca del VIH, sus antecedentes, los tipos de VIH, la estructura de este virus, la forma en cómo se reproduce, los medios para detectar este virus en el organismo, las vías de transmisión y las tres fases que comprenden esta enfermedad, también definimos lo que es el SIDA, las enfermedades oportunistas que pueden presentarse derivado de esta enfermedad y por último los diversos medicamentos para el tratamiento de esta enfermedad; mejor conocido como tratamiento antirretroviral.

En el segundo capítulo, conscientes de que el VIH/SIDA representa una enfermedad muy compleja, en este tenor se expone con detalle las consecuencias o el impacto que tiene en cuatro diversos áreas; a nivel individual, familiar, social y laboral.

En el tercer capítulo se trata todo lo relacionado a la psicoterapia cognitivo-conductual haciendo un recorrido histórico desde los primeros antecedentes en donde encontramos a la reflexiología rusa, pasando por Thorndike, Watson y los neoconductistas, Skinner, todos ellos quien fueron sentando las bases de la terapia de conducta, para posteriormente encontrar el surgimiento de esta terapia en Sudáfrica, Inglaterra y Estados Unidos de Norteamérica y por ultimo para concluir con los aspectos cognitivos de esta psicoterapia donde encontramos a Bandura, Beck y Ellis.

Para finalizar, en el último capítulo aportamos una propuesta de intervención psicológica dividida en siete ejes, en estos abordamos la participación del psicólogo quien interviene desde los estudios epidemiológicos; a través de investigaciones para conocer las conductas de riesgo en la población, un segundo eje donde el psicólogo tiene el papel de prevenir el contagio por medio de cursos, talleres, pláticas, en un tercer eje se aborda la función que tiene el psicólogo para preparar a la persona que se va a realizar un prueba de detección del VIH, en un cuarto eje se aporta información acerca de cómo se tienen que informar a la persona que no es portadora del VIH, en el quinto eje se especifica la forma en cómo se deben de dar los resultados de seropositividad, con esto pasamos al sexto eje en donde tratamos con detalle cada uno de los pasos que se deben de seguir para el tratamiento cognitivo-

conductual para personas que ya han sido diagnosticadas con VIH y son enviadas al Sistema de Atención Integral en donde además de recibir atención psicológica, reciben atención médica, de nutrición, sexualidad, odontológica y de enfermería, por último en el séptimo eje abordamos la última etapa de los pacientes que padecen VIH/SIDA que es la etapa de la preparación para la muerte, tomando en cuenta que muchos pacientes tienen muertes prematuras derivado de diversas situaciones relacionadas con la enfermedad.

CAPÍTULO I. VIH-SIDA

1.1 ANTECEDENTES.

1.1.1 Descubrimiento de los virus del SIDA.

A. VIH-1.

A principios de la década de 1980, la búsqueda del agente causal del SIDA se enfocó en otros virus que provocan inmunodeficiencia, tales como retrovirus, parvovirus y herpesvirus. (Levy, 2008, pág. 21)

El primer retrovirus que afectó a los hombres fue descubierto en 1980 por un equipo estadounidense (el de Robert Gallo), y su papel patógeno fue puesto en evidencia por ese equipo y por un equipo japonés (el de Miyoshi e Hinuma). Ese virus llamado en inglés *Human T cell leukemia/Lymphoma virus* (HTLV I), causa leucemias que a menudo son mortales y parálisis que afectan sobre todo a los miembros inferiores. (Daudel y Montagnier, 2003, pp. 18-19)

Los primeros indicios de que el SIDA podría ser causado por un retrovirus surgieron en 1983, cuando Barré-Sinoussi y asociados en el Instituto Pasteur recuperaron un virus con actividad de la transcriptasa reversa o retrotranscriptasa (RT) de un nódulo linfóide perteneciente a un hombre con linfadenopatía persistente generalizada (LPG). (Levy, et al., 2008, pág. 22)

Lo anterior, lo confirman Daudel et al., 2003, al mencionar que el 3 de enero de 1983, una antigua alumna de nuestro instituto (Luc Montagnier), Francois Brun-Vézinet, trajo al Instituto Pasteur la muestra de un ganglio de un paciente atendido por el doctor Willy Rozenbaum en el hospital de la Pitié, en el servicio del profesor Gentilini. El estado del paciente, que padecía una hinchazón de los ganglios, indicaba que podía evolucionar hacia el SIDA. Las células del ganglio (linfocitos T) fueron cultivadas en el Instituto Pasteur. Se multiplicaron activamente durante varias semanas, y la investigación del virus la inicio el equipo de Luc Montagnier, constituido en particular por Françoise Barre-Sinoui y Jean-Claude Cherman. A partir del quinceavo día, en el cultivo se detectó la actividad de la transcriptasa inversa, actividad que permite transcribir el ARN

viral en ADN. Esa detección puso de manifiesto la presencia de un retrovirus. Se pensó entonces que ese retrovirus podría ser el Virus de la Leucemia Humana de Células T (HTLV I). A solicitud de los investigadores del Instituto Pasteur, Robert Gallo les envió reactivos que permitían descubrir la presencia de ese virus. Pero los resultados de las pruebas fueron negativos. En cambio, otros resultados confirmaron que se trataba de un nuevo retrovirus que atacaba a los seres humano, muy diferente del HTLV I. Fue así como en 1983 se descubrió el primer retrovirus del SIDA, designado con las siglas VIH 1 (Virus de Inmunodeficiencia Humana).

B. VIH-2.

Poco tiempo después de la identificación del VIH-1, un segundo virus de SIDA fue aislado en Portugal de pacientes con SIDA en África Occidental, específicamente en las Islas de Cabo Verde y en Senegal. Este virus difería en más del 55% del VIH-1 aislado previamente y era antigénicamente distinto, según se determinó a través de análisis de secuencias y estudios de clonación, por lo que se le designó como un nuevo tipo de VIH. Se aislaron otros VIH-2 de individuos de Guinea-Bissau, Gambia y Costa de Marfil. La principal diferencia serológica entre VIH-2 y VIH-1 reside en las glicoproteínas de la envoltura. (Levy et al., 2008, pp. 25-26)

1.2 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH)

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Se conocen dos serotipos del virus con múltiples variantes: el VIH-1, presente en todo el mundo, y el VIH-2, que se encuentra principalmente en África occidental. El VIH es miembro del género Lentiviridae de la familia de los retrovirus y se caracteriza por producir una infección lenta y persistente, la cual causa enfermedad luego de un largo periodo de replicación.

1.2.1 Estructura.

El virus es de forma esférica con un diámetro aproximado de 100 nm, está compuesto por un área central o nucleocapside formada por dos cadenas

lineales de ácido ribonucleico (ARN) y las enzimas asociadas, proteasa, integrasa y transcriptasa reversa necesarias para la primera fase o fase temprana de la replicación. Este complejo está rodeado por una matriz externa de proteínas entre las que se encuentra la p24, la de mayor importancia por su antigenicidad. Esta área central a su vez tiene una cubierta lipídica en cuya superficie resaltan 72 proyecciones compuestas por dos glicoproteínas 120, que está embebida dentro de la glicoproteína 41 o proteína transmembrana. Estas glicoproteínas contienen moléculas receptoras para unirse a las células blanco (linfocitos CD4, macrófagos y linfocitos T ayudadores principalmente). También contienen proteínas celulares del huésped como HLADR, HLA clase I y β_2 -microglobulina, las cuales adquiere de la membrana de la célula hospedera. (Correa, A. L., 2005, pág. 3)

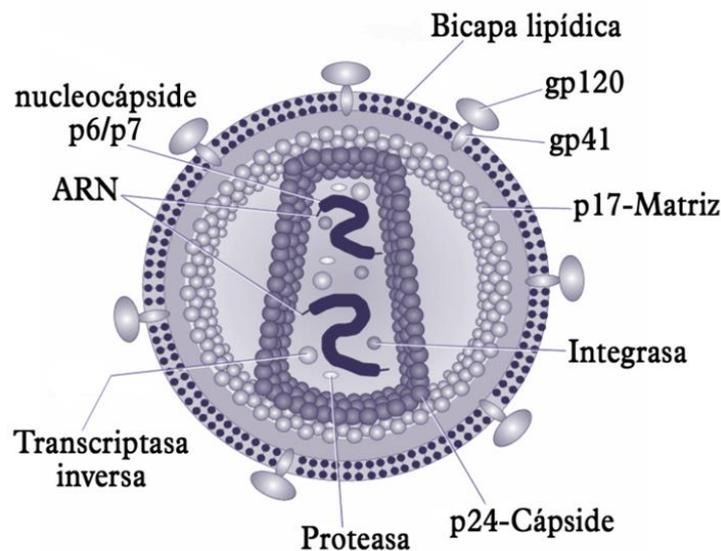


Fig. 1. Beyer, D. (2006). "Estructura del virión del VIH." [Imagen]. *Virus de Inmunodeficiencia Humana*, Wikipedia. Obtenido de <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:VIH-viri%C3%B3n.png#file>

1.2.2 Ciclo de replicación del virus.

Se inicia con la adhesión del virus por medio de la glicoproteína 120 a un receptor de la célula hospedera, la proteína CD4, requiriéndose además el correceptor CCR5 con las cepas macrofagotrópicas y CXCR4 para las cepas linfotrópicas. Después de la unión inicial se produce la internalización del core

en el citoplasma y la transcripción del ARN viral a ácido desoxirribonucleico (ADN) a través de la transcriptasa reversa. Posteriormente el ADN es transportado e integrado al núcleo de la célula hospedera, esta forma se conoce como provirus. Cuando la célula hospedera se activa, el ADN proviral es transcrito a ARN por la polimerasa de la célula hospedera y trasladado nuevamente al citoplasma en proteínas estructurales. Los subcomponentes virales forman las nucleocapsides por un proceso de gemación; a través de la membrana celular se forman las envolturas virales conformándose así los viriones completos que salen a la circulación para unirse nuevamente a las células susceptibles y reiniciar el ciclo de replicación. Al finalizar el proceso la célula hospedera se destruye. (Correa et al, 2005, pág. 3)

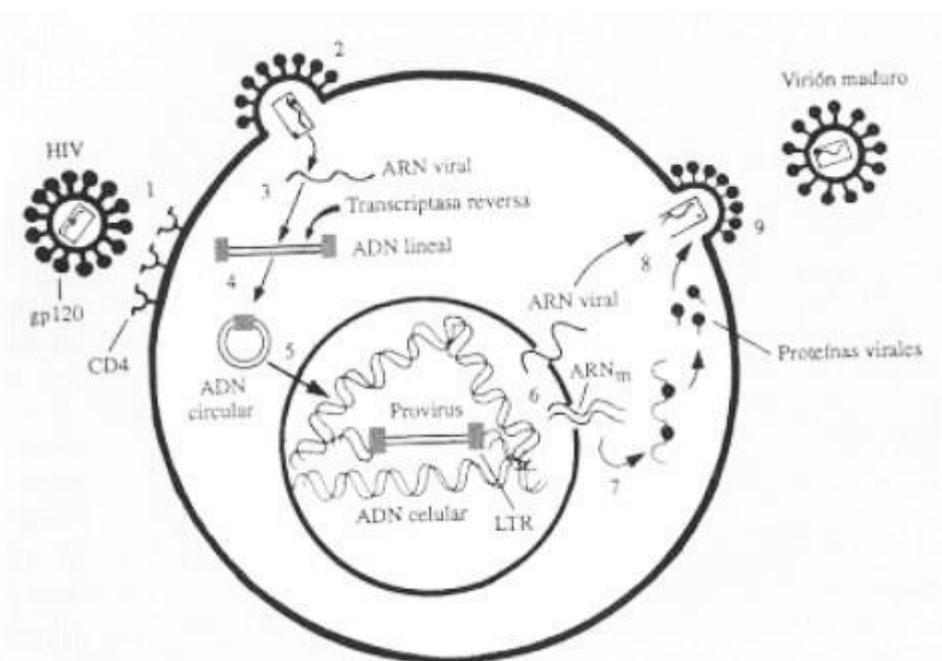


Fig. 2. Estévez. M. E. (1992). "Estructura y replicación del HIV." [Imagen] *El virus de la inmunodeficiencia humana*, Ciencia Hoy. Buenos Aires: El retorno de las pestes. Obtenido de <http://www.cienciahoy.org.ar/hoy21/inmunodeficiencia.htm>

1.3 PRUEBAS PARA DETECTAR LA INFECCIÓN POR VIH.

De acuerdo a Servin et al. (2009), para determinar si una persona está infectada por VIH se debe utilizar una serie de pruebas y algoritmos

establecidos según el comportamiento de la epidemia en cada país o región. En el caso de México, se recomienda utilizar pruebas de tamizaje y pruebas confirmatorias, previo consentimiento informado. Las pruebas de tamizaje son de carácter inicial y sirven para tener una idea de las personas sospechosas de estar infectadas; son muy sensibles y específicas, de bajo costo y siempre deberán confirmarse en los casos en que la prueba resulte reactiva con el fin de evitar confusiones al momento de afirmar que una persona está infectada con el VIH. Estas pruebas generalmente utilizan plasma o suero. Las más conocidas son la llamadas prueba de Elisa o EIA (por la técnica con la que se realizan); sin embargo, existen otras que también pueden utilizarse.

a) Pruebas de Elisa. Son las primeras pruebas de tamizaje o de escrutinio que se realizan cuando se sospecha que una persona está infectada por VIH. Su sensibilidad es muy alta, lo que permite conocer cuándo es probable que un individuo esté contagiado. Para realizar esta prueba es necesario que hayan transcurrido por lo menos ocho semanas desde el último contacto de riesgo para obtener un resultado confiable, de lo contrario puede ser errónea. Gracias a los avances tecnológicos, ya existen pruebas que han acortado esa cantidad de semanas, pero no siempre están disponibles.

b) Pruebas rápidas. Son métodos para la detección de anti anticuerpos contra el VIH en suero, plasma o sangre total y fluido oral, cuyo resultado se obtiene en minutos. Técnicamente son semejantes a las pruebas tradicionales o de Elisa, detectan anticuerpos contra el VIH a través de aglutinación, membranas de flujo, inmunocromatografía y, dependiendo del reactivo, pueden tener sensibilidad y especificidad cercanas a 100 por ciento. Su principal ventaja es que representan una alternativa para lugares que no cuentan con laboratorio con una infraestructura compleja o para trabajo de campo en condiciones especiales. Son fáciles de realizar y el resultado presuntivo está disponible en máximo 20 minutos. Sin embargo, es importante señalar que sus resultados también deben confirmarse siempre mediante un estudio de Western Blot, para establecer un diagnóstico positivo de infección por el VIH.

c) Pruebas confirmatorias. Entre estas se encuentra la Western Blot (WB), que es el método más empleado para la confirmación de los resultados reactivos por métodos de tamizaje. Ésta detecta anticuerpos específicos dirigidos contra determinados antígenos del VIH. La interpretación de los resultados se realiza de acuerdo con las recomendaciones internacionales.

d) Otras técnicas confirmatorias. Estas incluyen la inmunofluorescencia indirecta (IFI), que es una prueba relativamente simple, más económica y consume menos tiempo que el WB, pero requiere un microscopio de fluorescencia y personal capacitado.

1.4 VÍAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH.

1.4.1 Transmisión sexual.

Levy et al. (2008), nos explica esta forma de transmisión del VIH, de la siguiente manera:

A. Infección de la pareja receptiva.

Durante la actividad heterosexual u homosexual, la pareja receptiva tiene mayor riesgo de infección que la pareja activa. En algunos de los primeros estudios de la actividad heterosexual, se observó un incremento en la transmisión de la infección de hombre a mujer de dos a cinco veces más alta que la transmisión de mujer a hombre. Más recientemente, las tasas de transmisión parecen ser similares, aunque la pareja femenina receptiva todavía está en un mayor riesgo. La transmisión de mujer a hombre parece ser mayor durante la menstruación o cuando hay otro tipo de sangrado.

1. Infección de mujeres vía la zona genital: dado que el epitelio columnar y celular escamoso de la vagina puede ser una barrera contra la infección del virus, las ulceraciones causadas por enfermedades venéreas puede ser un requisito para la infección eficiente de este sitio. La ectopia cervical (erosión) se asocia significativamente con la transmisión del VIH en las mujeres. De igual forma se ha asociado una mayor transmisión heterosexual en mujeres con terapia anticonceptiva, en la cual se ha observado un aumento de la secreción de VIH por células cervicales infectadas. Al parecer, las hormonas femeninas

(particularmente la progesterona) pueden hacer que las células que forran la vagina se adelgacen y sean más susceptibles a la erosión. Algunos investigadores han reportado que las mujeres cuyas parejas sexuales son hombres incircuncisos tienen más riesgo de infección por VIH. En el caso de la transmisión de VIH asociada a la inseminación artificial, células infectadas por virus, junto con espermatozoides, entran al útero cuando son inyectados en el cérvix.

2. Infección por el recto: el alto riesgo de transmisión asociado al contacto anal/genital puede ser explicado, entre otras cosas, por la infección del VIH en la mucosa rectal y las abrasiones. Este riesgo de infección directa del intestino durante el contacto sexual pareciera ser igual para las parejas masculinas y femeninas. El responsable podría ser el contacto directo de la mucosa rectal con las células infectadas por VIH en el semen.

B. Infección de la pareja inactiva.

La pareja inactiva durante el contacto sexual tiene un riesgo relativamente más bajo de infección, aunque no es despreciable. En un contacto heterosexual, la mujer infectada podría ser más contagiosa durante la menstruación, pero esta condición no se considera un factor importante. La falta de circuncisión en varones se ha correlacionado en varios estudios con un mayor riesgo de infección (hasta el doble). La cópula anal heterosexual también causa un mayor riesgo de infección para los hombres. Por otra parte las enfermedades venéreas que involucran al prepucio podrían aumentar la probabilidad de transmisión del virus en líquidos vaginales a las células inflamatorias asociadas al prepucio.

C. Contacto oral-genital.

El contacto oral-genital también podría conducir a la infección por VIH de cualquier pareja, aunque en una baja frecuencia. La cavidad bucal carece de LC CD4⁺ y de receptores fc, lo que sugiere que es difícil la transmisión por esta vía. Por otra parte, la saliva tiene varios factores antivirales.

1.4.2 Transmisión parenteral.

Pasquau, Valera y García (2003), mencionan que diversos mecanismos están implicados en la transmisión del VIH por esta vía, como son:

A. Uso de drogas por vía parenteral: este hábito es responsable de una muy importante proporción de casos de SIDA en el mundo occidental, de manera directa (compartiendo las jeringuillas de inyección) o indirecta (transmisión sexual a las parejas de los usuarios de las drogas). La eficiencia transmisora del acto de compartir los hábitos de la drogadicción intravenosa (básicamente la reutilización del material de inyección) es mayor que la de las relaciones sexual y, en el comienzo de la pandemia, en poco tiempo las comunidades de usuarios de drogas por vía parenteral (ADVP) pasaron a tener tasas de infectados muy altas.

B. Transfusiones de sangre: las transfusiones de sangre, en el caso de estar contaminados por el VIH, se seguirían de la infección del receptor en más de 60%-95% de los casos. Desde que se aplica la búsqueda sistemática de anticuerpos del VIH en todas las muestras de sangre para transfundir – 1985 – el riesgo de infección por transfusión se ha convertido en un riesgo teórico residual. Para evitar este riesgo residual se ha llegado a proponer, sin que aún se haya puesto en marcha, el uso de la antigenemia p24 y, sobre todo, de la viremia plasmática (ARN del VIH), que se hacen detectables antes que los anticuerpos – reduciendo el “periodo de ventana” de una media de 20 días a 6 días -, para analizar todas las donaciones.

C. Transfusión de derivados sanguíneos: inicialmente provocaron la infección de hasta el 80% de los pacientes con hemofilia A y del 50% de los que tenían hemofilia B. desde 1984-1985 la mejora de los métodos de preparación de estos derivados y la posibilidad de utilizar productos obtenidos por recombinación genética, ha hecho que no se haya producido ningún nuevo caso de infección entre estos pacientes.

D. Accidentes de inoculación de sangre contaminada en el medio laboral: aunque suponen, en conjunto un riesgo de infección muy pequeño (<0.3%),

obligan a una alerta permanente. Casi siempre, los casos de infección se describen tras accidentes graves, en los que están implicados ciertos factores de riesgo bien conocidos como la inoculación directa de sangre, un pinchazo profundo (que provoca sangrado espontáneo) con una aguja hueca que acaba de ser insertada en un vaso sanguíneo del paciente, la presencia de sangre contaminada visible en el instrumento que causa el accidente, una carga viral elevada o un estadio muy avanzado de la enfermedad en el paciente, o la ausencia de guantes protectores o de quimioprofilaxis tras el accidente.

1.4.3 Transmisión perinatal o maternoinfantil.

De acuerdo a Pasquau et al. (2003), la transmisión puede producirse durante la gestación (6%), durante el parto sobre todo (18%) y en el posparto a través de la leche materna (4%). Entre los factores de riesgo que favorecen la transmisión se han descrito:

- a) En relación con la madre, la enfermedad avanzada y cargas virales plasmáticas elevadas, el tabaquismo y el uso activo de drogas por vía intravenosa.
- b) En relación con los problemas obstétricos, la ruptura de membranas que se prolongue por más de 4 horas, la presencia de corioamniotitis, y el parto vaginal, en contraposición a la cesárea, que ha demostrado un efecto reductor del riesgo en torno al 50%, probablemente por evitar la exposición y la ingestión del feto de secreciones y sangre maternas contaminadas durante el parto vaginal.
- c) En relación con el feto o recién nacido, la ingesta de leche materna, que proporcionaría un riesgo adicional de infección de aproximadamente 14% o entre un 10%-30% para periodos prolongados, la prematuridad y la baja edad gestacional

1.5 FASES DE DESARROLLO DEL VIH/SIDA.

Blanco, Mallolas y Gatell (2005), nos mencionan que las distintas fases en que se puede dividir la historia natural de la infección son: la *fase aguda*, que comprende desde el momento de la infección hasta que se produce la

seroconversión; la *fase crónica*, que puede ser más o menos sintomática, y una *fase final*, a partir del diagnóstico del sida.

1.5.1 Fase aguda.

Entre las 2 y 4 semanas después de la entrada del virus en el organismo, en más del 50% de los casos se producirá un cuadro clínico de infección aguda o primoinfección, de intensidad variable y caracterizado normalmente por fiebre, cefalea, adenopatías, mialgias y rash denominado mononucleosis-like o síndrome mononucleosido por su similitud con la monucleosis infecciosa producida por el virus Epstein-Barr. La infección aguda puede ocasionar cuadros con afectación neurológica como meningitis o mielopatía, e incluso cursar con infecciones oportunistas debidas a un profundo deterioro inmunológico, como la neumonía por pneumocystitis jiroveci o la esofagitis candidiásica.

A la semana del inicio de los síntomas se puede detectar una intensa viremia, entre 1000 y 10000 unidades infecciosas de VIH-1 por unidad de cultivo tisular (TCID₅₀) y entre 10^5 y 10^7 copias/ml de ARN del VIH-1 en plasma, no estando claro si esta disparidad de resultados es debida a aspectos derivados de las técnicas de cultivo viral o a la existencia de una producción predominante de virus defectivos.

1.5.2 Fase crónica.

Tras una fase aguda de la infección, caracterizada por la existencia de cargas virales plasmáticas muy elevadas (del orden de 10^5 y 10^7 copias/ml), éstas se reducen en aproximadamente 100 veces con el desarrollo de una respuesta T citotóxica hasta alcanzar entre los 6 y los 12 meses el steady-state de un equilibrio dinámico entre la producción y el aclaramiento del virus. Esto, sin embargo, no excluye la existencia de una tasa de replicación del VIH extremadamente alta en pacientes sin tratamiento antirretroviral que, aunque disminuye de forma espectacular con los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia.

Durante este periodo de infección crónica se puede detectar altos niveles de ARN del VIH-1 en todo el ganglio linfático, especialmente en las regiones perifoliculares de los centros germinales.

1.5.3 Fase final.

La fase avanzada de la infección o sida se caracteriza esquemáticamente por ser una fase con recuento de células CD4⁺ inferiores a 200/μl, aumento en la tasa de replicación viral, descenso de la actividad de los linfocitos T citotóxicos anti-VIH, destrucción de la arquitectura linfática, síntomas constitucionales y desarrollo de infecciones oportunistas.

1.6 SIDA Y ENFERMEDADES OPORTUNISTAS

La definición de los *Centers for Disease Control and Prevention* del SIDA incluye infecciones oportunistas y neoplasias, que se producen en rara ocasión en ausencia de una inmunodeficiencia grave. También clasifica a personas como afectadas por SIDA cuando tienen serología positiva a VIH así como ciertas infecciones y neoplasias que pueden presentarse en pacientes inmunocompetentes, pero son más comunes en personas infectadas con VIH. Varios trastornos inespecíficos, entre ellos se incluyen demencia y desgaste corporal (pérdida de peso documentada) – en presencia de serología VIH positiva – se consideran SIDA. La definición incluye criterios para diagnósticos tanto presuntivo como definitivo, de ciertas infecciones y neoplasias. Finalmente, las personas con una serología positiva a VIH y a quienes alguna vez han presentado una cifra de linfocitos CD4 por debajo de 200 células/μL o un porcentaje inferior a 14%. La inclusión de las personas con cifras bajas de CD4 refleja el reconocimiento de que la inmunodeficiencia constituye la característica definitoria del SIDA. La elección de un punto de corte en las 200 células/μL se apoya en varios estudios de cohorte, los cuales demuestran que más de 80% de las personas con cifras inferiores a esta cantidad desarrolla SIDA en el transcurso de tres años si no hay una terapéutica antirretroviral eficaz. (Katz y Hollander, 2003, pág. 1289)

1.7 TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Soto et al. (2012) manifiestan que el objetivo general del tratamiento antirretroviral es la supresión máxima y prolongada de la carga viral del VIH en el plasma, y la meta es que esto sea en niveles inferiores a 50 copias de RNA viral/ml. El control viral restaura y preserva la función inmune de los individuos (reconstitución inmune), disminuye la morbi-mortalidad relacionada o no al SIDA, mejora la calidad de vida y reduce el riesgo de transmisión. Estos beneficios requieren la prescripción oportuna de la terapia, la vigilancia de su efecto supresor viral sostenido y la prevención y acción oportuna ante la aparición de complicaciones relacionadas a los fármacos.

Guelar, Knobel y Carmona (2010), nos clasifican la terapia antirretroviral de la siguiente manera:

A. Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos/nucleótidos (ITIANs).

- Abacavir.
- Atripla: efavirenz + emtricitabina + tenofovir.
- Combivir: zidovudina + lamiduvina.
- Didanosina.
- Emtricitabina.
- Estavudina.
- Kivexa: abacavir + lamivudina.
- Lamivudina.
- Tenofovir.
- Trizivir: zidovudina + lamivudina + abacavir.
- Truvada: tenofovir + emtricitabina.
- Zidovudina.

B. Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleosidos (ITINANS).

- Efavirenz.
- Etravirina.

- Nevirapina.
- Atazanavir.

C. Inhibidores de la proteasa (IPS).

- Atazanavir.
- Darunavir.
- Fosamprenavir.
- Indinavir.
- Lopinavir.
- Nelfinavir.
- Ritonavir.
- Saquinavir.
- Tipranavir.

D. Inhibidores de la fusión.

- Enfuvirtida.

E. Inhibidores de la entrada: inhibidores del correceptor (CCR5).

- Maraviroc.

F. Inhibidores de la integrasa.

- Raltegravir

CAPÍTULO II. IMPACTO PSICOLOGICO, FAMILIAR, SOCIAL Y LABORAL DEL VIH-SIDA

2.1 IMPACTO A NIVEL INDIVIDUAL.

Avelar, Cornejo y Torres (2011), nos mencionan que dentro de las reacciones más inmediatas a la notificación del resultado de la prueba de VIH se pueden mencionar:

- A. *Shock emocional:*** suele presentarse inmediatamente después de conocer el diagnóstico, se expresa con un profundo desconcierto y confusión. Algunas personas lloran desconsoladamente, otras personas en silencio a lo largo de muchos minutos, habrá quien reaccione impulsivamente gritando o actuando con agresividad; así como, quien se muestre indiferente e intente retirarse de inmediato del consultorio.
- B. *Proceso de duelo:*** se presenta los días, semanas o meses siguientes de haber recibido el diagnóstico, comprende las siguientes fases:
 - 1.** Negación: caracterizada por un estado de incredulidad, confusión, ansiedad o desconcierto. Es usual que la persona ponga en duda la validez del diagnóstico y se realice la prueba en otro laboratorio, buscando un resultado diferente.
 - 2.** Resentimiento y cólera: se presenta ante una situación que se considera injusta, en la cual se buscan responsables y culpables. Las personas pueden reaccionar dirigiendo su hostilidad hacia distintos “blancos”, por ejemplo contra la persona que le transmitió el VIH, o indiferenciadamente contra la “sociedad”, como una reacción de venganza.
 - 3.** Negación o regateo: en esta fase ya hay una aceptación parcial del diagnóstico, pero se busca una cura sobrenatural mágica y, en retribución, la persona promete hacer un cambio significativo en su vida u ofrece un sacrificio. Es frecuente que estas personas

busquen refugio en grupos religiosos o espirituales, buscando “curas milagrosas”.

4. **Depresión:** es una reacción emocional muy frecuente que se alimenta de los sentimientos de culpa, autoreproches y deterioro de la autoestima.

5. **Aceptación del diagnóstico:** significa aprender a vivir con el VIH o con el SIDA. En esta etapa la persona reelabora sus planes de vida y esquema de valores. Comienza a privilegiar la calidad de vida antes de la cantidad de vida, se compromete a replantearse proyectos personales o de bien común. En general, esta es una etapa de desarrollo y enriquecimiento personal.

C. Ira: la cual surge de percibir injusta la situación, pues parece justo haber sido “elegido” por el virus, esto parece menos justo cuando se es joven y cuando el individuo considera que ha llevado un estilo de vida correcto y que otras personas hayan tenido más parejas y hayan sido más inestables en cuanto a su sexualidad y hayan tenido mejor suerte que él o ella.

D. Fatiga: la fatiga suele acompañar a la depresión, las personas que afrontan la depresión no sólo pierden la esperanza, sino también su energía física, se muestran cansadas o exhaustas. La fatiga además, es un resultado directo de la infección por VIH, ya que este priva al organismo de algunas de sus fuentes de energía. Es frecuente que las personas infectadas con VIH tengan anemia o cifras más bajas de glóbulos rojos. Además, las personas con VIH suelen padecer de diarrea y con esto el alimento se elimina del cuerpo antes de absorberse, de modo que el alimento no sirve de fuente de energía.

E. Miedo: este sentimiento se activa cuando tenemos un hecho real que nos conecta con una experiencia similar y que nos despierta objetivamente esa sensación. Es posible que cuando la persona pasa de una etapa en la que no es evidente la enfermedad a otra en la que sí la es, se alarme y vea a los síntomas como anuncio de un final inevitable. En el caso de las personas que viven con VIH el miedo se enfoca en las enfermedades oportunistas, el rechazo, el abandono de la familia o amigos y en la muerte.

- F. *Temor*:** es un sentimiento subjetivo que se presenta ante lo que creemos que pueda suceder. Las personas sienten temor ante aquello que no comprenden y que escapa a su control, temen a la dependencia de ser cuidados por alguien más y no ser capaces de valerse por sí mismo, sienten miedo al rechazo por su condición y también temen lo que el VIH pueda significar en su salud, como la demencia por SIDA, quedar ciegos, perder las habilidades cognitivas, entre otros.
- G. *Ansiedad*:** las reacciones de ansiedad y los ataques de pánico son frecuentes. Estos estados psicológicos tienen una expresión tanto psicológica como fisiológica. Los síntomas fisiológicos pueden parecer síntomas de SIDA, se debe tener precaución para poder reconocerlos y diferenciarlos. En las personas con VIH en ocasiones no es temor lo que sienten realmente, sino ansiedad, es decir que tienen sentimientos de miedo que son irreales.
- H. *Sentimientos de culpa*:** una de las múltiples peculiaridades de la infección por VIH es la cantidad de culpa que parece inspirar. Las personas se sienten culpables por haberse infectado, piensas que por alguna razón deben ser censurados por haber contraído el virus y que ellos mismos dieron pie a la infección. Muchas personas también se sienten culpables por la conducta que los puso en riesgo, por las prácticas sexuales que realizaron.
- I. *Angustia*:** es un estado emocional de aflicción que se manifiesta en la conducta. Las personas con VIH y aquellas con SIDA a menudo viven angustiadas, especialmente cuando tienen conocimiento de la infección o cuando aparecen los primeros síntomas.
- J. *Estrés*:** es un estado en que nos sentimos muy presionados y suele presentarse ante situaciones que están fuera de nuestro control, es importante saber que el efecto del estrés sostenido es dañino. La falta de manejo del mismo puede ocasionar enfermedades físicas y agotamiento mental deteriorando aún más la salud de éstas personas.
- K. *Pensamientos suicidas*:** la persona experimenta un estado de ánimo depresivo en el cual manifiesta desesperanza y un alto nivel

de ansiedad, lo que le puede llevar a intentar o concluir en un suicidio como resultado de un desequilibrio psicológico profundo.

- L. Sentimientos de pérdida:** a lo largo de la vida tendemos a posesionarnos de las personas y de las cosas, buscando muchas veces acumularlas o atesorarlas, es probable que una persona con VIH/SIDA enfrente todo tipo de pérdidas: salud, trabajo, independencia, aspectos físicos, pareja, seres queridos, nivel económico, entre otros.

Por su parte, Abrego et al. (1998), nos manifiestan que la experiencia desarrollada mediante estrategias individuales y/o grupales en la atención psicológica a enfermos seropositivos y/o grupales en la atención psicológica a enfermos seropositivos, o con el SIDA, demuestra que los padecimientos psíquicos y descompensaciones emocionales reconocen diferentes aspectos, que a continuación se detallan:

- A. Impacto ante la notificación:** este momento produce ansiedad y sentimientos de angustia, que se manifiestan por agitación, nerviosismo, molestias físicas, alteraciones en el sueño, trastornos cognitivos, cambios de ánimo y pérdida del impulso sexual. Otros pacientes experimentan depresión, la cual se manifiesta por un vacío emocional acompañado de sentimientos de inutilidad y culpa, predominando pensamientos suicidas y disminución de la autoestima. La negación también puede ser un mecanismo de esta etapa y se manifiesta por negar el hecho y sostener que su vida no se ve afectada de ningún modo.

- B. Vida sexual:** la conciencia de la seropositividad produce angustia traducida en no saber qué sucederá con la vida sexual. Este aspecto se acompaña con sentimientos de ira por haberse infectado, por la posibilidad de haber podido infectar a otros y porque se vive una perspectiva de vida sexual restringida. También es frecuente que se experimente temor a reanudar la vida sexual. La frustración, como una reacción esperada, se produce por todos los cambios que se

requieren ante la nueva situación y las limitaciones que ésta impone en la expresión de la sexualidad.

- C. *Expectativas de vida:*** frente a la dimensión del desarrollo de la enfermedad se experimenta temor a los malestares físicos o a la invalidez que genere dependencia. Otra reacción esperada puede ser la negación que dificulta el reconocer las limitaciones que la infección por el VIH o el SIDA pudiese originar. Es de esperar también que aparezca angustia al sentir que todos lo rechazan. La depresión se demuestra cuando se añora todo lo que ya no se puede hacer.
- D. *Tratamientos:*** en los tratamientos los pacientes reaccionan con demanda excesiva responsabilizando al gobierno y otras instituciones porque no dan una solución definitiva. La ansiedad origina que busquen alternativas de tratamiento, aunque estas sean contradictorias entre sí. La angustia les hace sentir que todo está en su contra y que cualquier alternativa medica es inalcanzable. La ambivalencia hace que por momentos, piensen que se les está atendiendo en forma adecuada y, en otros, sostienen todo lo contrario.
- E. *Notificación a la familia:*** al mismo tiempo que desean informar a la familia su seropositividad, temen hacerlo y manifiestan sentirse culpables. Temen ser rechazados, experimentan malestar por hacer sufrir a sus seres queridos; les puede afectar excesivamente cualquier evento familiar. Cuando algún paciente experimenta fuertes sentimientos de enojo, puede generarse la notificación en un momento no propicio y que se utilice como chantaje.
- F. *Relación de pareja:*** la ansiedad, la angustia y la depresión se traducen en los siguientes sentimientos respecto a la pareja: no saben si comunicarle o no el resultado, sienten miedo al rechazo y se deprimen al pensar que no podrán concluir proyectos. Desean estar en pareja y, al mismo tiempo, piensan que es mejor separarse. Generalmente uno de los dos demanda en forma excesiva la atención del otro. El sentimiento de culpa es dominante, cuando uno está sano y el otro no.

G. Medidas de salud general: frente a su salud, mientras disminuyen la ansiedad y la angustia, los pacientes reaccionan como frente a un pacto, por el cual comienzan a mantener todos sus cuidados en forma rigurosa, sienten que con ello todo tiene que ir bien y se muestran incluso obsesivos.

H. Muerte: se experimenta angustia ante el fin próximo. La depresión da lugar a que el paciente empiece a hablar de todo lo que se ha perdido o se puede perder. También lo deprime el dolor de la familia; siente enojo e impotencia por no poder cambiar el final. Aunque habrá quien mediante la negación comience a hablar de la muerte en general.

2.2 IMPACTO A NIVEL FAMILIAR.

En relación a este tema Abrego et al. (1998), nos manifiestan que desde el momento en que a alguien se le informa que es portador del VIH, surgen cambios en su comportamiento. Negar lo que se está viviendo es una actitud para defenderse de la realidad, con el fin de no sentirse atacado. Los pacientes pueden reaccionar de la siguiente manera:

- Niegan que les está sucediendo a ellos.
- Sienten que el mundo se ha terminado.
- Creen que el tiempo está contado y no hay nada que hacer.
- Dicen que no les importa lo que pasa.
- No quieren hablar del asunto.
- A veces se exponen al riesgo de reinfectarse.
- Evitan el acercamiento con familiares y amigos.

En este sentido, la familia será testigo del proceso que seguirá su curso, por lo cual, además del cuerpo también los sentimientos del enfermo y la familia necesitarán de la ayuda especializada de médicos, trabajadores sociales, enfermeras, sacerdotes, psicólogos, amigos, etc.

Cuando el paciente pase de una etapa asintomática a una sintomática, todo lo que antes había sido imaginado se convierte en un hecho real que no sólo

alarma a él sino a la familia, como anuncio de un final inevitable. Este momento se experimenta con tristeza por el dolor que la familia vivirá y por el deterioro físico paulatino que se nota en el enfermo.

En ocasiones no querrá ver ni escuchar a nadie. Posiblemente llegue a pensar que nadie comprende su situación, que la enfermedad es un castigo que merece por su mala conducta, generando sentimientos de culpa o coraje contra sí mismo.

El miedo ante la muerte puede ser un sentimiento permanente y amenazante. Posiblemente llegue a querer hablar de su muerte, situación que puede causar angustia a la familia; sin embargo el facilitarle esta expresión será de importancia fundamental para preparar la despedida entre el enfermo y su familia.

Aunque el apoyo familiar es importante, aceptar esta situación, en la familia, también produce desajustes, sentimientos ambiguos y ausencia de algunos miembros. Hay familiar que callan y no hacen comentarios entre sí.

En estos casos, generalmente el dolor del paciente es vivido intensamente por la familia y creen que el silencio ayuda al enfermo; sin embargo, hablar permitirá compartir y canalizar emociones que están guardadas y que son fuente de inseguridad y desajustes entre los miembros de la familia.

La familia también requiere de apoyo psicológico, sobre todo en las siguientes situaciones:

- Cuando la angustia no es controlable.
- Cuando la situación que viven impide el desarrollo de las actividades cotidianas de los miembros.
- Cuando no se logra proporcionar la atmosfera de confianza que el paciente necesita.
- Cuando no se ha aceptado la enfermedad.

- Cuando los miembros de la familia consideran que la situación es injusta.
- Cuando necesitan hablar con alguien y no lo hacen.

De acuerdo a un estudio llevado a cabo por Flores, Almanza y Gómez, (2008), en donde se exploró el impacto del VIH/SIDA en la experiencia de seis familias, mismo que se llevó a cabo a través de entrevistas semiestructuradas. Los resultados mostraron que en un primer momento se genera un impacto en la familia por el diagnóstico; la revelación del diagnóstico, es vivida por los miembros de la familia como un fuerte impacto emocional, que puede generar reacciones de incredulidad, tristeza, miedo o desesperación y manifestarse a través de alteraciones del estado de ánimo, como el llanto o el insomnio, posteriormente, al vivir con la enfermedad en su contexto social. De igual forma se desarrollan procesos de adaptación, como el silencio; así de forma implícita o explícita, en la familia se establecen reglas para determinar a quien se le puede hablar de la enfermedad y quien deberá ser excluido, en algunas familias se decidió que la enfermedad fuera conocida sólo por los miembros de la familia nuclear, y en otros casos se permitía seleccionar a algunos miembros de la familia extensa. Este silencio se amplía hasta la comunidad, donde se incluyen vecinos, compañeros y amigos de los familiares de la persona que con VIH/SIDA. La enfermedad se calla por una sensación de vergüenza, el miedo al rechazo y a la estigmatización, e incluso se hace pasar por otra enfermedad más aceptada socialmente, por último en cuanto al proceso de adaptación a la enfermedad se manifiesta una actitud de cierta “normalidad” que permite mitigar la tensión a la que se ven sometidas estas familias por el estigma social.

2.3 IMPACTO A NIVEL SOCIAL.

Cabrera, Cantelar, Blanco y Medina, (2003), manifiestan que el SIDA no sólo afecta al paciente, a familiares y amigos, sino que ha demostrado tener efectos considerables sobre toda la sociedad. Sus consecuencias han repercutido sobre instituciones religiosas, políticas y sociales, en fin, sobre la forma de vivir, y nos ha obligado tanto a reflexionar, como a evaluar conductas que permitan enfrentar, con éxito, la enfermedad. Desde el punto de vista de la sociedad,

uno de los grandes problemas que deben vencerse es la discriminación que desata el SIDA. Si somos capaces de superar el conflicto ético surgido con la aparición de este flagelo de la humanidad, será una muestra inequívoca de generosidad y de humanismo ofrendada a la sociedad. El temor al contagio por parte de la comunidad cercana es la consecuencia psicosocial más terrible de la infección por VIH y afecta tanto el sistema de apoyo familiar, como el entorno del paciente.

Desde el punto de vista económico, el impacto del SIDA es enorme, porque la mayoría de las personas afectadas se localizan en el grupo de edad más productiva (17-35 años). Esto es especialmente significativo, si se tiene en cuenta que muchos países atraviesan una grave crisis económica, que a su vez limita la posibilidad de importación de medicamentos y otros suministros para combatir la enfermedad. Es importante destacar que la infección por VIH no limita, por sí misma, la capacidad de trabajo, por lo que se torna una capacidad básica de solidaridad humana buscar las condiciones adecuadas para que las personas infectadas puedan continuar sus tareas habituales. (Cabrera, et al., 2003, pág. 70)

El sida también ha impactado seriamente a la mujer. Tanto es así, que se ha convertido en una causa importante de mortalidad en mujeres de 29 a 40 años de edad, y se presenta en los años más propicios para maternidad. Aun cuando la multiplicidad de compañeros sexuales y otros comportamientos de riesgo favorecen la infección por el VIH, la mayoría de las mujeres se contagian como consecuencia de sus relaciones habituales con un compañero estable infectado. La infección por VIH afecta a la mujer en su función de madre, esposa, educadora, sostén económico, depositaria de la cohesión familiar. En este sentido, pensamos que proteger a la mujer implica proteger a toda la familia, y por ende a la sociedad. (Cabrera, et al., 2003, pág. 70)

Por último, Cabrera, et al. (2003) nos comentan que el SIDA y la niñez; representa un controvertido tema devenido verdaderamente en pesadilla social. Se sabe que en ocasiones es vital la toma de decisiones en cuanto a la maternidad: durante el embarazo, mientras más avanzada este la infección por

VIH, mayor es la posibilidad de transmisión al feto, lo que constituye un verdadero dilema ético, es una enorme responsabilidad traer al mundo a un pequeño paciente con SIDA, ¿hasta dónde los padres son responsables?, ¿hasta dónde el personal médico? Pensamos que el médico y el psicólogo desempeñan una función vital en la orientación y persuasión científica y humana sobre las decisiones tomadas al respecto.

2.4 IMPACTO A NIVEL LABORAL.

De acuerdo a la Organización Internacional de Empleadores (2003) con la amplia investigación de la pandemia de SIDA realizada en África Subsahariana, el virus por lo general se ceba en la población en edad laboral; como afecta a las personas en los años más productivos de su vida, tiene como consecuencia una reducción en los ingresos, así como un aumento en las demandas de asistencia, gastos más elevados de atención sanitaria y fallecimientos prematuros. Asimismo, disminuyen los ahorros y los ingresos disponibles. A largo plazo, se reduce el mercado consumidor, lo que desemboca en una caída de los recursos disponibles para la producción e inversión. La reducción de la demanda de consumo, los recursos y las posibilidades de inversión afecta directamente el crecimiento económico.

En los países en desarrollo, donde el volumen de capital físico suele ser bajo, el capital humano representa uno de los activos económicos más importantes. Por lo tanto, el VIH/SIDA tiene efectos profundos en el grado de dependencia y otras consecuencias en la fuerza del trabajo.

En los países con alta prevalencia, debido a una morbilidad mayor, no hay sector de la economía que escape al impacto de la pandemia. Todos ellos se enfrentan a una disponibilidad reducida de mano de obra productiva y cualificada y de oportunidades de inversión. El efecto conjunto es un aumento en los costos de producción y servicios para las empresas, especialmente por la pérdida de trabajadores de los sectores del transporte y los servicios públicos, esenciales para la mayoría de las actividades de mercado.

2.4.1 Impacto microeconómico: efecto del VIH/SIDA en las empresas

De acuerdo a Organización Internacional de Empleadores et al. (2003), en los países de alta prevalencia, las empresas privadas han establecido una relación directa entre VIH/SIDA, disminución de la productividad, aumento de los costos de producción y disminución de los beneficios.

a) Disminución de la productividad.

La disminución de los niveles de productividad debida al aumento del absentismo y a los problemas organizativos lleva a una disminución de los beneficios, a menos que los costos de producción se reduzcan a una velocidad mayor. El absentismo debido a las enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA y al cuidado de miembros enfermos de la familia lleva al deterioro del ciclo de producción, a la infrautilización del equipamiento y al empleo de personal eventual, lo que puede afectar directamente la calidad de los productos y servicios.

Una empresa de producción y procesamiento de azúcar en Kenya registró un aumento del absentismo entre 1995 y 1997 equivalente a 8000 días de trabajo perdidos debido a enfermedades relacionadas con el VIH. Esas enfermedades y la mortalidad llevaron a un aumento de la desorganización en la fuerza de trabajo de la empresa como consecuencia del incremento de la sustitución de personal, la pérdida de cualificación y conocimientos tácitos, el decaimiento del estado de ánimo y los costos de sustitución de personal. Estos costos no se hacen evidentes de inmediato y son difíciles de cuantificar con exactitud. Aunque casi todo el mundo haya oído hablar del VIH/SIDA, aún persisten ideas erróneas sobre la infección por el VIH, incluso en los países desarrollados. Si los empleados carecen de información correcta sobre el VIH y el SIDA, el desarrollo normal de la actividad industrial puede verse afectado por:

- El miedo a infectarse, lo que puede derivar en el rechazo a trabajar con un empleado del que se sabe, o se rumorea, que tiene el VIH o el SIDA;
- Las falsas creencias y la estigmatización, que puede derivar en el maltrato al empleado; y

- La discriminación en las decisiones en materia de personal; por ejemplo, el despido injustificado de un empleado con VIH.

b) Aumento de los costos.

El VIH/SIDA aumenta los costos de diversas maneras:

- *Contratación y capacitación:* el aumento de la sustitución de personal y la pérdida de trabajadores cualificados eleva los costos de contratación y capacitación. Es posible que las empresas se vean en la necesidad de contratar mano de obra adicional para equilibrar las fluctuaciones y pérdidas de personal.
- *Cobertura de seguros y pensiones:* las primas de los seguros de vida y los compromisos en materia de fondos de pensiones de las empresas aumentan como consecuencia de las jubilaciones anticipadas y los fallecimientos.
- *Gestión sanitaria:* en los casos en los que las empresas ofrecen atención sanitaria, los costos de este servicio se incrementan significativamente con el aumento del VIH/SIDA

CAPÍTULO III. PSICOTERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL.

3.1. BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS DE LA PSICOTERAPIA DE CONDUCTA.

3.1.1. La reflexología rusa y las leyes del condicionamiento clásico.

De acuerdo a Kazdin (1983), un antecedente importante del conductismo y la modificación de conducta es el trabajo de tres destacados fisiólogos rusos: Iván M. Sechenov, Ivan P. Pavlov y Vladimir M. Bechterev. Lo que estos fisiólogos rusos hicieron fue aplicar los métodos objetivos de la fisiología a los problemas de la psicología.

A. *Ivan M. Sechenov.*

Sechenov introdujo los métodos experimentales en la fisiología rusa, motivo por el que se le considera como “el padre de fisiología rusa”.

Por otra parte, la aportación de Sechenov a la psicología fue doble: en primer lugar, intento librar a la psicología de conceptos no comprobados o metafísicos, y ubicarla decididamente en el ámbito de la ciencia. Defendió la utilización de los métodos de la fisiología en la investigación de los fenómenos psíquicos, ya que ellos permitían un análisis objetivo y fundamentado empíricamente. En segundo lugar, subrayó el papel de los reflejos y del aprendizaje en la explicación de la conducta, de esta manera quedó puesta de relieve la significación del ambiente en la explicación de los procesos psicológicos y de la conducta manifiesta. En realidad, Sechenov creía que eran los factores ambientales los que estimulaban y mantenían toda la vida psíquica.

B. *Ivan P. Pavlov.*

Desde 1902 hasta su muerte en 1936, Pavlov llevó a cabo una investigación programada sobre las características de los reflejos condicionados. El reflejo condicionado se establecía emparejando repetidamente un estímulo que elicita una reacción refleja (estímulo incondicionado) con un estímulo neutral (estímulo condicionado) en el sentido de que no provocaba una reacción

refleja. El emparejamiento del estímulo condicionado con el estímulo incondicionado se denominó reforzamiento, para establecer un reflejo condicionado se requería un reforzamiento repetido.

La contribución singular de Pavlov radica en haber intentado investigar de forma objetiva reflejos condicionados, desde el punto de vista del fisiólogo, tal y como lo había recomendado Sechenov. Pavlov investigó varios procesos relacionados con el desarrollo y eliminación del reflejo condicionado, entre estos se encuentran: la extinción, la generalización y la discriminación.

C. *Vladimir M. Bejterev.*

Bejterev creía que la reflexología sustituiría a la psicología, que tradicionalmente había venido dedicándose a cuestiones subjetivas inaccesibles a la experimentación y a la investigación científica. La psicología se había dedicado fundamentalmente al estudio de la conciencia, los procesos internos se estudiaban a través de los informes que proporcionaban los sujetos sobre sus propias experiencias subjetivas. La reflexología no se centraba en la experiencia subjetiva sino en la explicación e investigación de las pautas de respuesta en general y de los reflejos asociativos en particular. Ampliando la teoría de Sechenov, Bejterev explicó la forma en que los reflejos y la combinación de los reflejos eran responsables de la conducta, punto que más tarde hicieron suyo los conductistas americanos.

3.1.2 El conexionismo de Thorndike.

Según Thorndike, el aprendizaje se produce cuando existe una relación E-R temporal: siempre que se produce el estímulo es seguido por la misma respuesta, lo que indica, según él, que existe una conexión o vínculo entre ambos por vías neuro-locomotoras. Es decir, la conexión se produce mediante un mecanismo periférico, en el cual intervienen el aparato locomotor y las neuronas periféricas involucradas en la actividad, las que son responsables de la respuesta a un estímulo determinado. No interviene la mente. Si esas respuestas o conductas resultan gratificantes y fructíferas para quien las ejecuta, se imprimen en el sistema nervioso: esto es el aprendizaje. La estrategia que emplea el animal de experimentación para aprender es la del

ensayo y error. El aparato locomotor guía al animal hasta que consigue la meta en un número de intentos cada vez menor (respuesta, aprendizaje); si el estímulo es el hambre, conseguir el alimento en el laberinto es la respuesta, y hacerlo cada vez en un número menor de intentos es el aprendizaje. (Fonseca y Bencomo, 2011, pp. 78-79)

3.1.3 El conductismo de Watson.

Además de catalizar varias corrientes convergentes, el conductismo de Watson reaccionó con intensidad a los métodos de estudio prevalecientes en la psicología de la conciencia. Watson se rebeló contra el método de la introspección. Citando la dificultad de los introspectistas para llegar a acuerdos sobre los mismos procesos observados, argumentaba que la introspección no es una metodología objetiva y que depender de ella sería desastroso para la psicología. En consecuencia, el conductismo de Watson “restableció” la ciencia de la psicología. Al descartar tanto el contenido (conciencia) como la metodología (introspección), Watson propuso una reformulación completa de la psicología. Las ideas de Watson se centraban en la premisa de que el campo de la psicología es el comportamiento, medido en términos de estímulos y respuesta; así, la psicología se ocupa de los elementos periféricos de estímulo y respuestas que inciden en el organismo. Cada respuesta está determinada por un estímulo, de modo que es posible analizar la conducta mediante la relación causal entre los elementos del estímulo y la respuesta. Watson no negaba la posibilidad de que hubiera estados mentales centrales, como la conciencia, pero creía que, como estos supuestos estados son inmateriales y no es posible estudiarlos científicamente, son pseudoproblemas de la psicología. (Brennan, 1999, pág. 256)

3.1.4 El neoconductismo.

Entre 1930 y 1950, numerosos psicólogos, entre los que sobresalen Hull, Tolman, Guthrie y Skinner, abordan la tarea de construir la nueva ciencia. Todos mantienen el conductismo de Watson y todos lo depuran. La depuración consiste en preservar el objetivismo metodológico y prescindir del subjetivismo metafísico. Todos reconocen explícitamente la conciencia y la mente; todos las excluyen de sus sistemas, por inobservable, o tratan de reducirlas a conceptos

de contenido observable en la conducta y a relaciones públicamente verificables. Todos concuerdan en el propósito común de transformar el conductismo programático de Watson en un conductismo sistemático cuyos datos sean, exclusivamente, estímulos y respuestas físicamente designables y cuyos conceptos, enunciados y teorías tengan un significado estrictamente empírico. (Yela, 1996, pág. 171)

Una importante “novedad” que introduce el neoconductismo metodológico con respecto a los requisitos de objetividad del conductismo clásico consiste en que, en principio al menos, ya no es necesario rechazar lo mental en tanto que mental, sino tan sólo en la medida en que las hipótesis sobre lo mental no se avengan a ser construidas según los requisitos metodológicos asumidos. De este modo, el neoconductismo metodológico creyó poder prescindir de todo compromiso ontológico en torno al problema de lo mental limitando esta cuestión a una consideración puramente metodológica: al incorporar la metodología del positivismo lógico, este neoconductismo creyó poder desentenderse de toda argumentación que no se refiriese exclusivamente a los criterios metodológicos de legitimación de las variables teóricas. (Fuentes y Lafuente, 1991 citado en Robles, 1996)

A. Edwin R. Guthrie y el condicionamiento por contigüidad.

Kazdin et al. (1983), nos menciona que según Guthrie, lo único que se requiere para que se produzca aprendizaje es el emparejamiento de un estímulo con una respuesta. De esta manera, el emparejamiento de estímulos con conductas específicas era todo lo que se requería para que se produjera el aprendizaje. Él consideraba que la importancia de las recompensas era subsidiaria por cuanto podían cambiar los estímulos o la situación, de forma que ninguna respuesta nueva pudiera asociarse con el estímulo previo. Una recompensa alejaba al organismo del estímulo a que estaba condicionada la respuesta. La respuesta se condiciona a la situación cuando es la última que se ha realizado en ella. La consecuencia de una conducta, a través de la modificación de los estímulos, asegura que no se produzca desaprendizaje. El desaprendizaje resultaría de la asociación de una respuesta nueva o incompatible con el estímulo anterior.

B. Edward C. Tolman y el conductismo propositivo.

Kazdin et al. (1983), nos comenta que Tolman mantenía que toda conducta era propositiva o dirigida a una meta. Un organismo aprende unos medios para lograr un fin. Afirmaba que los organismos no aprenden respuestas específicas, en lugar de ellas aprenden significados y desarrollan cogniciones sobre los distintos estímulos que se relacionan con una meta.

C. Clark L. Hull y su teoría hipotético-deductiva.

Kazdin et al. (1983), nos expresa que al igual que Tolman, Hull utilizó variables intermedias para explicar la relación entre los estímulos y las respuestas. La proposición de variables intermedias para explicar una serie de relaciones específicas estímulo-respuesta, permitía hacer deducciones de fenómenos nuevos y predicciones comprobables empíricamente. Hull intentaba establecer con su sistema una asociación entre variables intermedias y acontecimientos ambientales.

D. Hobart Mowrer y su teoría de los dos factores.

Mowrer planteó la existencia de dos tipos de aprendizaje: aprendizaje de señales y aprendizaje de soluciones. El aprendizaje de señales implicaba el condicionamiento de respuestas involuntarias de órganos y glándulas entre las que se incluían distintas respuestas emocionales. En el aprendizaje de soluciones, las respuestas de solución de problemas adquiridas en la reducción del impulso, se manifiestan en la realización de conductas que conducen a la reducción de impulsos. Las respuestas voluntarias de los músculos esqueléticos son parte del aprendizaje de soluciones.

3.1.5 Skinner y el condicionamiento operante.

El condicionamiento operante es la teoría conductista por B. F. Skinner, se interesó en la psicología y leyó *Los reflejos condicionados* de Pavlov y *Behaviorism* de Watson. Skinner ha tenido un enorme impacto en la psicología, y especialmente en el campo de la educación.

Skinner (1953 citado en Schunk 1998), se refería a sus medios de examinar la conducta como análisis funcional: “las variables externas de las que la conducta es una función brindan lo que podríamos llamar el análisis causal o funcional, nos encargamos de predecir y controlar el comportamiento del individuo, y ésta es nuestra “variable dependiente”, el efecto del que buscamos la causa. Nuestras “variables independientes” – las causas de la conducta – son las condiciones externas de las que el comportamiento es una función. Las relaciones entre ambas – las “relaciones causales” en la conducta – son las leyes de la ciencia. La síntesis de estas leyes, expresada en términos cuantitativos, ofrece una imagen general del organismo como sistema de conducta”. (p. 35)

Schunk (1998), nos menciona que hay dos formas de condicionamiento, el tipo S y el tipo R. el *tipo S*, es el pavloviano, caracterizado por el apareamiento del estímulo reforzador (incondicionado) y otro estímulo (condicionado). Este tipo llama la atención sobre la importancia del estímulo que origina una respuesta del organismo, conocida como *conducta respondiente*. Aunque el condicionamiento del tipo S explica tales comportamientos como reacciones emocionales condicionadas, casi todas las conductas humanas son emitidas en presencia de estímulos, antes que provocadas automáticamente por ellos. Las respuestas son controladas por sus consecuencias, no por los estímulos que las anteceden. Esta forma de comportamiento, que Skinner llamaba de *tipo R* para subrayar el aspecto de respuesta, es *operante* en el sentido de que opera en el medio para producir un efecto. La extinción y el condicionamiento tipo R se explican de la siguiente manera:

“Si la ocurrencia de una conducta operante es seguida por la presentación de un estímulo reforzador, aumenta la fuerza (...) Si la ocurrencia de una conducta operante ya fortalecida por condicionamiento no es seguida por el estímulo reforzador, la fuerza decae”. (Skinner, 1938, pág. 21)

3.2 EVOLUCIÓN DE LA TERAPIA DE CONDUCTA.

3.2.1 Primera generación: el surgimiento de la terapia de conducta.

3.2.1.1 El surgimiento en Sudáfrica.

Kazdin et al. (1983), nos comenta que el desarrollo de la terapia de conducta en Sudáfrica procede fundamentalmente del trabajo llevado a cabo en Johannesburgo por Joseph Wolpe durante los años 40 y 50. Wolpe introdujo la desensibilización sistemática, una de las técnicas utilizadas e investigadas dentro de la terapia de conducta para el tratamiento de trastornos neuróticos. Wolpe utilizó el concepto hulliano de generalización del estímulo primario para explicar la transferencia de las reacciones neuróticas a otras situaciones diferentes de la originaria, y también especuló sobre los posibles mecanismos neurofisiológicos responsables de la generalización. De igual forma, Wolpe formuló un principio general sobre la inhibición recíproca que proponía como el fundamento de la curación:

“Si puede hacerse que ocurra una respuesta antagónica a la ansiedad en presencia de estímulos ansiógenos, de forma que se consiga una supresión parcial o completa de las respuestas de ansiedad, también se habrá conseguido debilitar el vínculo entre esos estímulos y las respuestas de ansiedad”. (Wolpe, 1958, pág. 71)

De esta forma Wolpe aplicó el principio de la inhibición recíproca al tratamiento de las reacciones neuróticas humanas. Lo primero que hizo fue idear un método para exponer al individuo a una jerarquía de situaciones ansiógenas y para instaurar respuestas inhibitorias. El método de la jerarquía de situaciones ansiógenas se aplicó de dos formas; al principio Wolpe exponía a sus clientes a las situaciones ansiógenas in vivo, y de una forma graduada. Sin embargo, debido a que la exposición in vivo era difícil de manejar, Wolpe empezó a tantear el uso de la imaginación. Los clientes imaginaban una serie graduada de situaciones ansiógenas. El cliente imagina los ítems en orden ascendente cuando ya está profundamente relajado. Si la relajación se mantiene en los ítems relativamente poco ansiógenos, se continúa con los ítems siguientes de la jerarquía hasta que el cliente puede imaginar el último ítem sin ansiedad. También utilizó respuestas asertivas y sexuales para inhibir la ansiedad. Así, la

relajación, la conducta asertiva y las respuestas sexuales, son las respuestas más utilizadas en el tratamiento por inhibición recíproca. Las respuestas asertivas y las sexuales, se utilizan normalmente en las situaciones reales donde se da la conducta problemática, como en situaciones interpersonales y en las relaciones sexuales, mientras que la relajación se suele utilizar durante la sesión en consulta. Otras respuestas que se han utilizado para inhibir la ansiedad han sido respuestas de evitación condicionadas, respuestas respiratorias (inhalación de dióxido de carbono), alivio de la ansiedad y respuestas motoras. La técnica de inhibición recíproca más utilizada es con preferencia la que consiste en la asociación de la relajación muscular con la imaginación de situaciones ansiógenas dispuestas de forma jerárquica. A este procedimiento es el que se le denomina desensibilización sistemática.

3.2.1.2 El surgimiento en Inglaterra.

De acuerdo a Kazdin et al. (1983), el desarrollo de la modificación de conducta en Inglaterra comenzó de forma independiente al trabajo de Wolpe en Sudáfrica. Los pioneros con mayor influencia han sido Hans J. Eysenck y, más indirectamente, N. B. Shapiro, ambos pertenecientes al Instituto de Psiquiatría de la Universidad de Londres, que está asociado al Hospital Maudsley. En 1960 Eysenck editó un libro titulado *Behavior Therapy and the Neuroses: Readings in Modern Methods of Treatment Derived from Learning Theory*; en el que presentaba un gran número de trabajos clínicos en el campo y distintas aplicaciones terapéuticas, incluyendo la desensibilización, la practica negativa, la terapia aversiva y otras técnicas. Por otra parte, el papel que Shapiro desempeñó en el desarrollo de la modificación de conducta es un tanto especial debido a que su interés fundamental estaba dirigido al paciente individual más que a las técnicas de modificación de conducta en general. Sin embargo, Shapiro fomentó el uso del condicionamiento en la sección de investigación clínica del departamento de psicología, reuniéndose con otros psicólogos para discutir sobre las obras de Pavlov, Hull y otros, y planificando intervenciones conductuales. Trabajó con H. G. Jones, Meyer y Yales en la aplicación de técnicas conductuales en diversos problemas clínicos en el Maudsley Hospital durante la década de los 50.

En este sentido, las aplicaciones de los principios del aprendizaje en la sección de entrenamiento en psicología clínica del departamento de psicología de Maudsley implicaban diversos métodos. H. G. Jones (1956) es responsable de una de estas primeras aplicaciones. Jones trató a una mujer adulta que sufría micción frecuente y de ansiedad en situaciones públicas. Meyer (1957) trató el miedo a los espacios abiertos y a los lugares cerrados y a las multitudes en dos pacientes adultos. Yales (1958) trató a una mujer adulta que tenía múltiples tics, al respecto Yales empleó una técnica conocida como practica negativa, que consiste en la repetición de la conducta que se desea eliminar. Estas primeras aplicaciones de los principios del aprendizaje en Maudsley condujeron a la investigación de varias técnicas, incluidos el método de la tarea graduada, el biofeedback, el alivio de la aversión y la practica negativa.

3.2.1.3 El surgimiento en los Estados Unidos de Norteamérica.

Kazdin et al. (1983), nos comenta que las aplicaciones del condicionamiento al campo terapéutico en los Estados Unidos siguieron líneas independientes. Las aplicaciones más importantes se deben a Knight Dunlap, quien ideó una técnica terapéutica llamada "practica negativa", Walter L. Voegtlin y Frederick Lemere, que desarrollaron una terapia aversiva para tratar a alcohólicos, y Andrew Salter, que creó la terapia de reflejo condicionado para tratar diversos desordenes. Al mismo tiempo que se desarrollaban estas técnicas se empezaban a aplicar los métodos del condicionamiento operante a la conducta humana. Estas primeras aplicaciones, reflejadas fundamentalmente en el trabajo de laboratorio de Ogden R. Lindsley y Sidney W. Bijou, sirvieron de base al perfeccionamiento de las técnicas operantes utilizadas con propósitos clínicos.

A. Knight Dunlap y la práctica aversiva.

Dunlap era psicólogo experimental en la Johns Hopkins Universityy colega de John B. Watson. Estaba interesado en la formación y eliminación de los hábitos, especialmente en el papel que tenía la repetición de la respuesta en el aprendizaje. Pero su interés fundamental estaba en el papel de la repetición en la eliminación de los hábitos indeseables. El procedimiento conocido como práctica negativa consiste en la realización voluntaria de una conducta que la

persona desea eliminar. Cuando un individuo repite una conducta, la expectativa de mejorar y la satisfacción que tiene eliminar la respuesta, romperán el hábito. Así pues, el hábito es erradicable mediante la realización voluntaria de la conducta. Una vez que el hábito indeseable se ha eliminado, la práctica positiva de la conducta deseada desarrolla el nuevo hábito. Aunque el término “práctica negativa” sugiere la importancia de la repetición de la conducta, la práctica repetida por sí sola no era suficiente para el cambio de la conducta. La eficacia de la repetición dependía de los pensamientos, deseos e ideales del individuo. El individuo debe practicar la respuesta con la idea de que la respuesta va a eliminarse. Según Dunlap el deseo de romper el hábito era el agente terapéutico fundamental.

B. Walter L. Voegtlin, Frederick Lemere y la terapia aversiva con alcohólicos.

La terapia aversiva empezó a utilizarse en el tratamiento de alcohólicos en 1935. El primer tratamiento se llevó a cabo en el Shadel Sanatorium, un centro de Seattle (Washington), dedicado al tratamiento de alcohólicos que acudían a él por iniciativa propia. Al frente del programa estaba Voegtlin, un gastroenterólogo que había elaborado una sustancia que provocaba náuseas (la emetina y sus derivados) para emplearla en el tratamiento. Este tratamiento conocido como “tratamiento del reflejo condicionado” consistía en la asociación de la vista, el olor y el sabor del alcohol con los agentes productores de la náusea y el vómito, tomados oralmente o inyectados. El objetivo del tratamiento era crear una reacción aversiva. El tratamiento era breve (duraba de cuatro a siete sesiones sobre un intervalo promedio de diez días, con sesiones individuales de treinta minutos hasta una hora) después de varios meses los pacientes volvían a recibir algunas sesiones para corregir o disminuir la tendencia a la recaída.

C. Andrew Salter y la terapia del reflejo condicionado.

En 1944 Salter publicó “What is Hypnosis; Studies in Auto and Hetero Conditioning, en el que ampliaba la interpretación hulliana de la hipnosis, incluyendo el condicionamiento. Posteriormente publicó otro libro, Conditioned Reflex Therapy; The Direct Approach to the Reconstruction of Personality en

1949, en el que consideraba el condicionamiento como el instrumento fundamental del cambio terapéutico, concediendo a la hipnosis un papel comparativamente menos importante. En este trabajo, describía una teoría general de la conducta desadaptativa y los procedimientos terapéuticos específicos que constituían la “terapia del reflejo condicionado”. Creía que el desajuste se debía fundamentalmente a una inhibición excesiva. El ajuste consistía en el equilibrio entre la excitación y la inhibición: “la salud mental”, radica en el equilibrio entre la inhibición y la excitación, aunque sea esta última sobre la que incidamos en la terapia. Según Salter, el desarrollo social suele provocar tanta inhibición que los individuos no tienen libertad para expresarse. El objetivo de la terapia es suprimir las inhibiciones y favorecer una personalidad “excitadora”. Como él señala “deshinibir la inhibición” es el principio de la terapia del reflejo condicionado.

3.2.2 Segunda generación: el papel de los aspectos cognitivos en terapia de conducta.

3.2.2.1 El aprendizaje social de Bandura.

De acuerdo a Weiten (2006), Bandura es uno de los teóricos que han incorporado un matiz cognoscitivo al conductismo desde la década de los sesenta del siglo pasado. Bandura (1977), Walter Mischel (1973) y Julian Rottet (1982) se alejan del conductismo “puro” de Skinner. Aceptan que el hombre es una criatura que piensa y siente. Más aún, algunos aclaran que Skinner, al prescindir de los procesos cognoscitivos, prescindía también del aspecto más distintivo e importante de la conducta humana. *Teoría del aprendizaje social* fue el nombre que Bandura y otros pensadores afines asignaron a su versión modificada del conductismo. Hoy Bandura lo llama *teoría cognitivo-social*.

Bandura coincide con la idea fundamental del conductismo: la personalidad se moldea principalmente por el aprendizaje. Pero sostiene que el condicionamiento no es un proceso mecánico en que se participa en forma pasiva. Por el contrario: “las personas se organizan ellas mismas, son proactivas, reflexivas y autorreguladoras, no simples organismos reactivos moldeados y dominados por los sucesos externos”. Bandura también destaca la importante función de la planeación para adelante, puntualizando que “nos

fijamos metas, prevemos las consecuencias probables de las acciones futuras, seleccionamos y creamos cursos de acción que produzcan los resultados deseados y eviten los negativos”. De esta manera Bandura, pugna por una posición denominada *determinismo reciproco*, en contraste con el enfoque altamente determinista de Skinner: el ambiente si determina la conducta (como aseguraba Skinner). Pero también la conducta determina el ambiente (en otras palabras podemos actuar para modificarlo). Más aún, los factores personales (estructuras cognoscitivas como las creencias y las expectativas) determinan y son determinadas por la conducta y el ambiente. Así pues, el *determinismo reciproco* es la idea de que los eventos mentales internos, los eventos ambientales externos y la conducta externa se influye unos a otros. (Weiten, et al, pp. 491-492)

3.2.2.2 El surgimiento de las terapias cognitivas.

Becoña y Oblitas (2010) , de las terapias existentes en la actualidad existe un acuerdo generalizado de que las más relevantes, por su utilidad y aplicabilidad clínica son la terapia racional-emotiva de Ellis, la terapia cognitiva de Beck, el entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum y el entrenamiento en solución de problemas de D`Zurilla.

1. La terapia racional-emotiva de Ellis.

Le cabe el honor a Albert Ellis de ser uno de los padres de la actual terapia cognitiva, esta terapia surge por la insatisfacción con el psicoanálisis como técnica de intervención. La terapia racional-emotiva se basa en el esquema ABC, el cual constituye la teoría de Ellis sobre como las personas tienen trastornos. (A) es cualquier evento activante, que según las creencias (B) racionales o irracionales que se tengan sobre (A) producirá consecuencias (C) conductuales y emocionales. Las creencias, racionales o irracionales; están en la base de las consecuencias que va a percibir la persona. La terapia se va a centrar, mediante la disputa (D), en cambiar dichas creencias irracionales. Subyacente a lo anterior está una de las ideas centrales de Ellis, muchos, por no decir, todos, de los problemas emocionales que tienen las personas, se deben a su modo erróneo e irracional de pensar.

2. La terapia cognitiva de Beck.

De modo semejante a Ellis, Aaron T. Beck fue formado en el campo psicoanalítico y ante las limitaciones y baja efectividad de éste se planteó la validación empírica de distintas formulaciones sobre la depresión lo que condujo a desechar paulatinamente el psicoanálisis, realizar estudios que han aportado un conocimiento esencial sobre la depresión y los estados emocionales, proponer un modelo cognitivo de la depresión y un tratamiento sumamente efectivo, y combinar las técnicas conductuales como elemento unido a las técnicas cognitivas en el trabajo práctico.

Beck es hoy conocido por su aportación esencial al tratamiento de la depresión, al proponer su terapia cognitiva de gran efectividad en el tratamiento de la depresión, dentro de la cual considera la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. *La tríada cognitiva* atañe a tres patrones cognitivos inadecuados presentes en el paciente depresivo: visión negativa del paciente acerca de sí mismo, tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa y visión negativa acerca de su futuro. Los *esquemas*, definidos como las actitudes, supuestos o creencias que tiene el sujeto, solo lo que le permite transformar los datos que percibe el sujeto en cogniciones. El tercer componente de su modelo cognitivo de la depresión son los errores cognitivos o errores en el procesamiento de la información. Estos son los que mantienen su creencia de la validez de los conceptos negativos y va a constituir un elemento esencial en la terapia su cambio. Estos son seis: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, personalización y pensamiento absolutista y dicotómico.

3. El entrenamiento en inoculación de estrés.

Donald Meichenbaum hace su incursión en el campo clínico cuando en 1969 junto con Goodman propone la “Técnica autoinstruccional” aplicada a niños impulsivos cambiando el diálogo interno de los mismos, conseguir incrementar su autocontrol sobre esa conducta. Con posterioridad Meichenbaum elaboró el entrenamiento en inoculación de estrés junto a Cameron en 1973, que

posteriormente fue ampliado y reelaborado respecto a su formulación en 1977. El objetivo del entrenamiento en inoculación es que el cliente reciba una inoculación de tensión, de modo paralelo a lo que ocurre cuando nos ponen una vacuna, para que esta inoculación cree anticuerpos psicológicos, estrategias y habilidades psicológicas que puedan ser utilizadas en situaciones de ansiedad y miedo. El entrenamiento en inoculación de estrés consta de tres fases: conceptualización, adquisición y ensayo de habilidades, y aplicación y seguimiento.

4. *Terapia de solución de problemas.*

De las tres terapias de solución de problemas (SP) indicadas por Mahoney y Arkhoff (1978): la terapia de solución de problemas de D´Zurilla y Golfried (1971), la terapia de solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure (1974) y la ciencia personal de Mahoney (1974, 1977) la que más atención ha recibido, mayor aceptación y utilización es la terapia de solución de problemas sociales de D´Zurilla que en los últimos años ha sido red denominada como Terapia de Solución de Problemas Sociales; dado que los problemas con los que se enfrenta una persona pueden ser tanto personales como interpersonales.

D´Zurilla y Golfried parten de que los seres humanos se caracterizan por ser solucionadores de problemas, y de que de unas a otras personas existen diferencias en esta habilidad. El entrenamiento en SP se orienta a que la persona adquiera adecuadas habilidades de SP. La formulación inicial de la SP de D´Zurilla y Golfried (1971) constaba de cinco etapas: a) orientación general; b) definición y formulación de problemas; c) generación de alternativas; d) toma de decisiones; y e) verificación.

3.3 PROCESO TERAPEUTICO.

3.3.1 EVALUACIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

Godoy (1991 citado en Buela, Verdugo y Sierra, 1997) nos menciona que el proceso de evaluación conductual se puede resumir de la siguiente manera:

- a) *Análisis del motivo de consulta.* Esta es la fase que menos atención ha recibido por parte de los investigadores e incluso por muchos terapeutas, que suelen comenzar directamente con la operacionalización de las conductas problema. No obstante, antes de iniciar la delimitación de tales conductas es necesario tener un conocimiento claro acerca del problema real del paciente.
- b) *Establecimiento de las metas últimas de tratamiento.* Éstas hacen referencia a los criterios necesarios para que el tratamiento pueda considerarse como un éxito, es decir, los cambios logrados deberán ser clínicamente relevantes y socialmente significativos; por tanto, su valoración debe enfocarse desde distintas perspectivas, dando solución a las demandas del paciente. Las metas últimas del tratamiento dependen, fundamentalmente, de los juicios de valor de los que de forma directa o indirecta intervienen en la terapia: el terapeuta, el paciente y el medio social en que vive el paciente.
- c) *Análisis de las conductas problema:* en el motivo de la consulta pueden distinguirse dos tipos de problemas: quejas y demandas. Las primeras se refieren a lo que el paciente pretende eliminar, es decir, lo negativo, mientras que las demandas hacen alusión a aquellas conductas o habilidades que el paciente pretende adquirir. Para delimitar las conductas problema es necesario operativizarlas en términos conductuales.
- d) *Estudio de los objetivos terapéuticos:* las conductas meta son aquellas sobre las que se centra la intervención. Cuando se han modificado las conductas objetivo, supuestamente deben haber quedado resueltas las quejas y las demandas. Pero no toda queja o demanda supone una conducta objetivo, ya que es frecuente que ante una queja o demanda el terapeuta proponga varios puntos sobre los que debe incidir la terapia; y por el contrario, en algunos casos se pretende abordar varias quejas o demandas con la intervención sobre una única conducta objetivo. Por último, hay que tener presente que el problema no suele ser monosintomático, por ello resulta necesario establecer una prioridad en las conductas objetivo.

- e) *Criterios directrices para la elección del tratamiento adecuado.* La evaluación debe incluir una recomendación de cuál puede ser el tratamiento más adecuado. Esto implica la existencia de conocimientos sobre las técnicas de intervención por parte del evaluador. Existen diversas estrategias para seleccionar el tratamiento más adecuado al caso. Éstas pueden agruparse en tres categorías: el análisis funcional, la estrategia de la conducta clave (cambiar una conducta que esta cambie a otra) y la estrategia diagnóstica (una vez que se ha hecho el diagnóstico se elige el tratamiento que se ha demostrado más eficaz para ese tipo de trastorno).
- f) *Evaluación de los resultados de tratamiento.* Una vez finalizado el tratamiento, éste debe ser evaluado por diversas razones:
1. Obtener información acerca de la magnitud y dirección de los cambios.
 2. Apreciar el grado en que se han alcanzado las metas últimas del tratamiento y, en consecuencia, si el tratamiento puede considerarse o no un éxito.
 3. La evaluación del tratamiento ofrece garantías sobre su calidad.
 4. Facilita el avance de la evaluación y de la intervención, pues permite identificar los procedimientos de evaluación e intervención más eficaces y su mejor adecuación para uno u otro trastorno.

3.3.1.1 El análisis funcional.

De acuerdo a Muñoz (2006) el término análisis funcional proviene de la tradición conductista que lo utilizaba para designar con él el proceso de identificación de relaciones funcionales entre estímulos y respuestas, aunque ha tenido más aplicaciones. En la actualidad se sigue utilizando como sinónimo EC por muchos autores; sin embargo, parece más adecuado, utilizarlo como referido a aquella fase de la misma que identifica las relaciones funcionales, pero que no abarca todo el proceso. En palabras de Haynes y O'Brien el análisis funcional se define como la identificación de relaciones funcionales causales, importantes y controlables aplicables a un conjunto específico de conductas meta para un cliente individual.

3.3.2. TECNICAS DE EVALUACION PSICOLOGICA.

3.3.2.1 La entrevista.

Fernández (1997) nos menciona que la entrevista se ha constituido en una de las técnicas esenciales de la evaluación conductual. Desde este enfoque, la entrevista es una parte indispensable del proceso de evaluación y terapia (desde el momento en que ambos se funden de modo que el primero va validando las estrategias que se desarrollan en el segundo, a modo de un sistema de retroalimentación permanente). Inicialmente la entrevista permite establecer la relación terapéutica, tomar las decisiones clínicas preliminares y posibilita que el terapeuta comience a recoger la información necesaria para determinar las metas y prioridades del tratamiento.

Desde este punto de vista, el papel de la entrevista se comprende mejor desde su aportación al principal objetivo de la evaluación conductual que es la certera y completa identificación de las conductas problema, atendiendo tanto a su naturaleza como al contexto en el que se producen. Este último aspecto del contexto es esencial para el análisis funcional, ya que tras la identificación de la naturaleza del problema conductual es crucial el rastreo de las condiciones estimulares, tanto antecedentes como consecuentes, que controlan esa conducta. Aunque una relación funcional más precisa se suele establecer a través de registros de observación o autoinformes específicos, la entrevista permite una aproximación inicial rápida, flexible y económica que posibilita al evaluador ir desarrollando las primeras hipótesis acerca del curso del tratamiento. Así la entrevista permite sondear las relaciones de las posibles conductas problema entre sí y los contextos donde se desarrolla, así como las consecuencias para el funcionamiento adaptativo del sujeto, de modo que permite ir estableciendo criterios de prioridad.

De acuerdo a Morganstern (1988 citado en Fernández 1997) algunos aspectos esenciales en el proceso de la entrevista conductual, son:

- a. *Preparación del cliente para la evaluación:* debido a la peculiaridad de la evaluación conductual como un proceso continuo y su ruptura con el

papel del profesional tradicional que busca por encima de todo la etiqueta diagnóstica, el evaluador conductual debe exponer al sujeto estas peculiaridades y prepararle para un tipo de proceso distinto del que pueden haber formado.

- b. *Especificación del problema*: en muchas ocasiones los sujetos tienen dificultad para exponer lo que les ocurre. Es frecuente encontrar expresiones muy vagas e imprecisas y se hace necesario un esfuerzo por delimitar el problema para lo que suele resultar útil solicitar una especificación a través de actividades o conductas concretas, así como coordinadas espaciales.
- c. *Redefinición del problema*: obviamente es esencial para el evaluador redefinir los trastornos en términos operativos dentro del marco conductual. Los sujetos suelen tener sus propios conceptos acerca de lo que les ocurre, bien sea desde una perspectiva muy personal o simplemente porque utilizan conceptos más o menos conocidos.
- d. *Ampliación de la evaluación*: si bien el objetivo inicial es la conducta problema, es indispensable evaluar el grado en que se ha generalizado y afecta al funcionamiento del sujeto en los distintos contextos (familia, trabajo, relaciones sociales, etc.) en que se desenvuelve. Se requiere una exploración de estos diferentes aspectos que permite observar la incidencia en ellos del problema, así como la presencia de otras alteraciones.

De igual forma encontramos diversas clasificaciones de entrevistas, en este sentido Fernández et al. (1997), nos menciona que tratar de clasificar las entrevistas no es tarea sencilla debido a la diversidad de aplicaciones y procedimientos que en ella caben, un primero criterio, es el que se refiere al grado de estructuración, en donde tenemos:

- a) *Entrevista no estructurada*: el entrevistador tiene total libertad para explorar las áreas de evaluación que considere oportunas, así como el modo de plantear las cuestiones y su registro. Este formato tiene como ventaja la posibilidad de adaptar la técnica a cada caso en particular, así como la de poder desplegar los recursos de la experiencia del

profesional. Lógicamente, tiene la desventaja de que se pueden estar pasando por alto lagunas de contenido que hubieran resultar relevantes.

- b) *Entrevista semiestructurada*: en este caso el evaluador se debe ajustar a un guion de áreas de contenido que se deben explorar obligadamente, si bien mantiene un amplio margen de libertad para la forma concreta de abordar y verbalizar las cuestiones, su grado de generalidad, la secuencia, etc. En este caso se resuelve al menos parcialmente el sesgo de contenidos de la evaluación, intentando equilibrar la ventaja de la pérdida de fiabilidad con respecto a entrevistas mas estructuradas.
- c) *Entrevista estructurada*: el grado de estructura puede referirse a dos cuestiones diferentes; por un lado, se puede referir a la especificación previa de las áreas de información que se deben explorar o aspectos a evaluar, pero además la estructura puede referirse a la secuencia y los propios términos en que se plantean las cuestiones. Cuando todo ello está preestablecido se habla de entrevista totalmente estructurada.

El segundo criterio fundamental para la clasificación de las entrevistas es su finalidad, dentro de esta categoría tenemos:

- a) Entrevista inicial o de contacto, en la que el evaluador aborda por primera vez el caso cara a cara. El objetivo esencial es la identificación del sujeto y del problema que le lleva a buscar ayuda.
- b) Entrevista anamnésica, centrada en la reconstrucción histórica de aspectos relevantes en la vida del sujeto, incluyendo la evolución del problema o trastorno que en la actualidad presenta.
- c) Entrevista de planificación, que sería aquella sesión con el sujeto en la cual se sondearían las posibilidades de continuidad del curso de la intervención, objetivos a alcanzar, estrategias evaluadoras y/o terapéuticas, temporalización del proceso, etc.
- d) Entrevista terapéutica, en la que el contacto cara a cara no solo tiene, en el ámbito clínico, una finalidad de obtener información.

3.3.2.2 La observación.

La observación sistemática constituye un método directo para la recogida de información que juega un importante papel tanto en la realización del análisis funcional previo a la intervención, como en la evaluación de la eficacia de la intervención terapéutica. Se caracteriza por centrarse en conducta externas y su objetivo es tratar de determinar y cuantificar las dimensiones de la conducta o conductas problema, así como las variables que las mantienen, es decir, los estímulos que la preceden facilitando o provocando su aparición, y las consecuencias que las siguen, precisando de esta forma el contexto en el cual se manifiesta la conducta. La observación permite recoger información en el medio natural del cliente con un mínimo de inferencia, y proporciona una cuantificación precisa del nivel de conducta antes y después de la intervención, ya que el informe del paciente o de las personas cercanas no es suficiente, debido a que puede estar sometido a distorsiones, efectos de halo, fallos de la memoria, etc. (De la Puente, Labrador y García, 2006, pág. 115)

3.3.2.3 La autoobservación.

De la Puente, Labrador y De Arce (2006), nos mencionan que la autoobservación, como procedimiento en modificación de conducta, consiste en tratar de atender deliberadamente a la emisión de la propia conducta y registrar dicha emisión a través de algún procedimiento previamente establecido. La autoobservación implica dos procesos separados: Primero, el individuo debe discriminar la presencia o ausencia de la conducta objetivo; respuesta que puede ser fisiológica, cognitiva y/o motora. Segundo, la discriminación y observación de la conducta debe ir seguida del acto de registrar dicha emisión.

En medio clínicos la autoobservación se ha convertido en un procedimiento muy utilizado, esto se debe a varias razones: 1) Es un procedimiento que enfatiza de manera implícita el control del individuo sobre su propia conducta, lo cual es congruente con las ideas vigentes en modificación de conducta. 2) Facilita que el paciente tenga un feedback continuo de los cambios de su conducta, incluso fuera del contexto terapéutico. 3) Es un procedimiento que el paciente se puede llevar a todos los sitios, y además tiene una buena relación

ganancia-costo. 4) Al ser un procedimiento transportable, puede suministrar una completa y minuciosa información acerca de la conducta problema en condiciones que resultaría difícil o muy costoso obtenerla con métodos alternativos. 5) En la autoobservación se elimina el sesgo asociado a la presencia de un observador externo. 6) La autoobservación permite acceder a datos que de otro modo serían inaccesibles al modificador de conducta.

3.3.2.4 Los autoinformes.

Pérez (1997), nos menciona que un autoinforme supone un mensaje verbal que una persona emite sobre cualquier tipo de manifestación propia; es decir, los autoinformes son producto de la introspección o la autoobservación que una persona realiza sobre su propia conducta. No obstante pese a su utilidad, los autoinformes como procedimiento de recogida de información han sido profusamente criticados, fundamentalmente a partir de la aparición del modelo conductual, las razones han sido de tipo teórico, como por motivos de naturaleza empírica, y entre estas tenemos:

- a) El carácter subjetivo de los datos obtenidos a través de los autoinformes frente al énfasis que desde el modelo conductual se realiza acerca de la objetividad de la evaluación.
- b) La falta de validez externa de los datos obtenidos por autoinformes.
- c) La evaluación realizada a través de los mismos se dirige mayoritariamente a la evaluación de rasgos de personalidad.

Por otra parte, Pérez et al., nos menciona que se pueden describir cuatro tipos de autoinforme: la entrevista; los cuestionarios, inventarios y escalas; el autoregistro, y las técnicas de pensamiento en voz alta.

- a) *Los cuestionarios, inventarios y escalas:* se les denomina así a los autoinformes estructurados que se presentan de manera integrada y en forma de lista o formulación secuenciada, aunque de igual manera se les denomina repertorio, listado o escala. Los cuestionarios implican respuestas expresadas dicotómica o nominalmente (sí/no,

verdadero/falso...), los inventarios pueden responderse tanto de manera nominal como ordinal (1.º, 2.º, 3.º, etc.) y en las escalas la respuesta es ordinal o de intervalo (nada = 0; algo = 1; bastante = 2; mucho = 3; muchísimo = 4)

3.3.2.5 Técnicas psicofisiológicas.

García y Roa (2006), nos comentan que la evaluación psicofisiológica es un procedimiento de observación que nos permite obtener información sobre procesos psicofisiológicos y procesos psicológicos encubiertos, que difícilmente pueden ser evaluados de otra manera. El objeto primordial de esta evaluación, no es la detección y medida de respuestas fisiológicas en sí misma, sino el establecer cómo afectan las conductas habituales de la persona (sean conductas cognitivas, motoras o, asimismo, fisiológicas) a determinadas respuestas fisiológicas. Los campos de máxima aplicación de la evaluación psicofisiológica, siguiendo un orden de mayor a menor pertinencia, son:

- a) En primer lugar, tanto por el interés de la información obtenida mediante la evaluación psicofisiológica así como por su utilización, tenemos a los trastornos psicofisiológicos o psicosomáticos.
- b) En segundo lugar, tenemos a los trastornos fisiológicos o físicos con correlatos psicológicos.
- c) Por último, tenemos a los trastornos fisiológicos o físicos con correlatos psicológicos.

3.5 INTERVENCIÓN.

Muñoz (2006), nos explica que en distintas ocasiones, se ha mencionado que la relación entre evaluación y tratamiento debe ser completa, es decir, el tratamiento se diseña a partir de la hipótesis de mantenimiento de cada problema que presente el sujeto, o sea, que no puede aplicarse un tratamiento sin una evaluación previa. De igual forma, el nivel de desarrollo de la modificación de la conducta determina que en la inmensa mayoría de los casos el tratamiento no resida en la aplicación de una sola técnica, por el contrario, un tratamiento adecuado debe incluir diversas técnicas de modificación de

conducta aplicadas en diversos momentos, que actúen sobre los distintos componentes del problema, tanto específicos como generales.

3.3.1 Técnicas de modificación de conducta

Labrador. Cruzado y Muñoz, (2006) nos clasifican las técnicas de modificación de conducta de la siguiente manera:

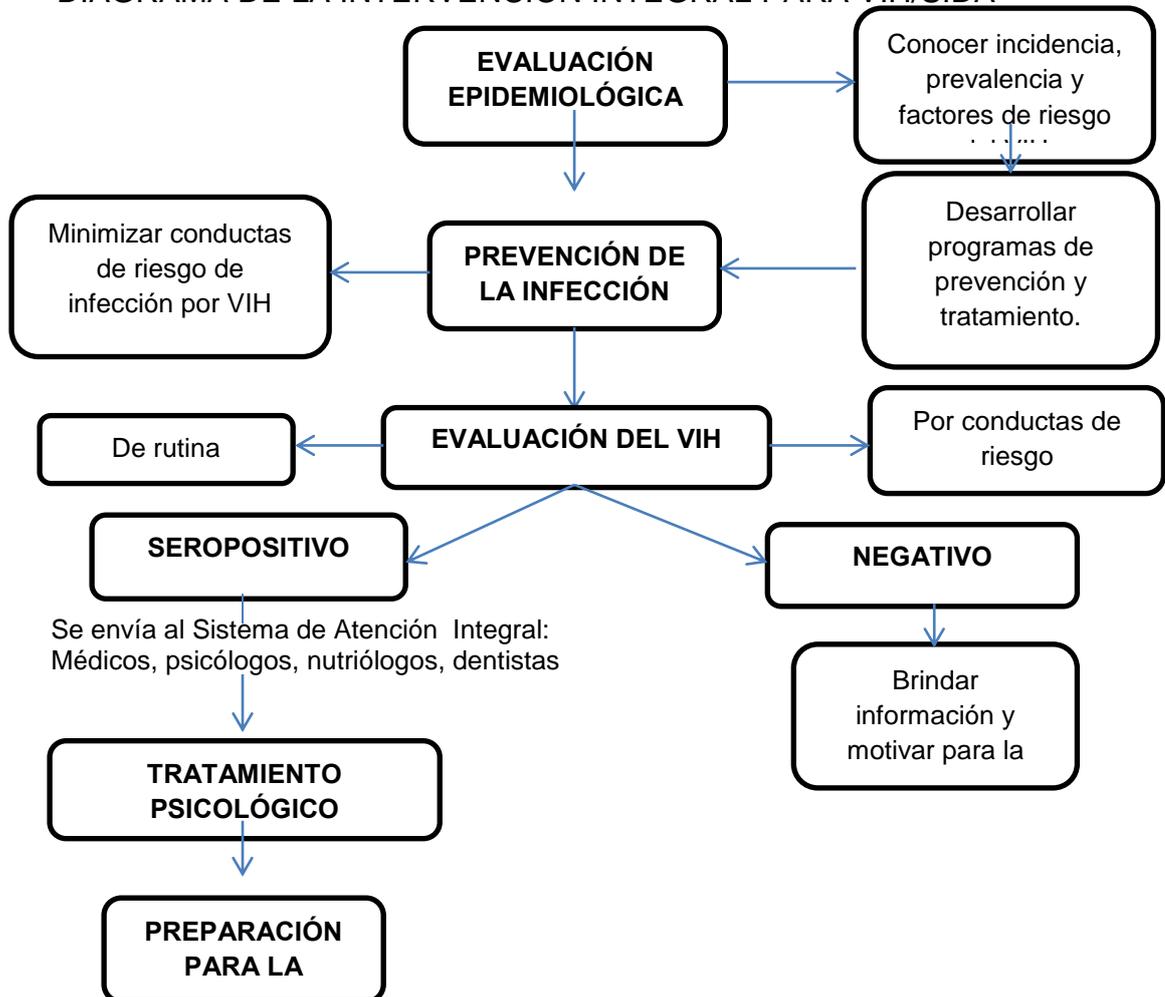
- a) Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. Dentro de estas tenemos:
 - La relajación progresiva o diferencial.
 - Entrenamiento autógeno.
 - Técnicas de control de la respiración.
 - Otros procedimientos para disminuir la activación: técnicas de biofeedback, visualización o relajación en imaginación, técnicas de meditación, yoga.
- b) Desensibilización sistemática.
- c) Técnicas de exposición. Donde encontramos las siguientes modalidades: exposición en imaginación y en vivo, exposición en grupo y autoexposición.
- d) Hipnosis y terapia de autorregulación.
- e) Técnicas operantes para el desarrollo de conductas. Entre las que encontramos el moldeamiento y el encadenamiento.
- f) Técnicas para la reducción de conductas operantes:
 - Extinción.
 - Procedimientos de reforzamiento diferencial.
 - Costo de respuesta o castigo negativo.
 - Tiempo fuera de reforzamiento (time out).
 - Saciación.
 - Sobrecorrección.

- g) Sistemas de organización de contingencias: economías de fichas y contratos conductuales.
- h) Técnicas aversivas.
- i) Técnicas de autocontrol.
- j) Técnicas de modelado.
- k) Técnicas de biofeedback.
- l) Control de dialogo interno y autoinstrucciones.
- m) Terapias racionales y de reestructuración cognitiva. Aquí encontramos la terapia racional emotiva de Ellis y la terapia cognitiva de Beck.
- n) Técnicas de solución de problemas.
- o) Inoculación del estrés.
- p) Condicionamiento encubierto.
- q) Entrenamiento en habilidades sociales.

CAPÍTULO IV. PROPUESTA DE APLICACIÓN DE LA PSICOTERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN PERSONAS CON VIH-SIDA QUE ACUDEN AL SAI EN EL ESTADO DE TLAXCALA

En esta propuesta, además de poner mayor énfasis en el tratamiento psicoterapéutico en personas que son portadoras del VIH-SIDA, considero muy importante dar a conocer una propuesta más completa de la intervención que como psicólogos podemos hacer incluso desde antes de que las personas sean portadoras del VIH-SIDA, por lo que en este sentido he dividido mi propuesta en los siguientes ejes: estudios epidemiológicos, prevención de la infección, preparación para la evaluación del VIH, comunicación de resultados de no seropositividad, comunicación de resultados de seropositividad, tratamiento psicoterapéutico y preparación para la muerte.

DIAGRAMA DE LA INTERVENCIÓN INTEGRAL PARA VIH/SIDA



EJE 1. ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS.

De acuerdo a Tobón y Vinaccia (2006), la prevalencia del VIH está en constante aumento, y ello hace que sea necesario realizar continuamente estudios sobre su incidencia, prevalencia y factores de riesgo a fin de adquirir información que sirva para desarrollar programas de prevención y tratamiento. Al respecto, la psicología contribuye a realizar estudios epidemiológicos integrales, aportando instrumentos psicométricos para la valoración de actitudes y comportamientos de riesgo para desarrollar la enfermedad. Estos estudios se llevan a cabo a través de una metodología establecidamente previamente, en donde se selecciona una muestra de determinada población a quienes se les aplica determinados instrumentos de medición (inventarios, escalas, cuestionarios) para que posteriormente a través de análisis estadísticos, conocer los resultados y emitir una conclusión de dichos estudios. Además, antes de llevar a cabo cualquier tipo de prevención es necesario conocer los significados y representaciones que un determinado grupo tiene sobre el proceso de salud-enfermedad. Con respecto al SIDA, una de las actividades que realiza la psicología en los estudios epidemiológicos es determinar las representaciones sociales asociadas a los factores de riesgo, que hacen que estos se produzcan y mantengan.

ELEMENTOS DE LA EVALUACION EPIDEMIOLOGICA	
Ambitos de acción	Toda la comunidad
Objetivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar la incidencia y prevalencia del SIDA. 2. Evaluar conductas y factores de riesgo. 3. Analizar grupos de riesgo.
Técnicas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Metaanálisis de investigaciones. 2. Estudios epidemiológicos.
Evaluación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Corroborar la eficacia de los estudios epidemiológicos. 2. Constatar la calidad de los diseños metodológicos.
Tiempo	Proceso permanente dentro del marco de una política de salud pública.

EJE 2. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN.

Tobón y Vinaccia Et al. (2006), nos mencionan que a partir de los estudios epidemiológicos, se pasa al eje de la prevención de la infección, la cual tiene como objetivo central que las personas desarrollen conductas saludables que minimicen los riesgos de infección por el VIH. En la prevención del SIDA, el psicólogo tiene el reto de favorecer actitudes positivas hacia el uso del condón y la esterilización de las jeringas en el empleo de drogas por vía intravenosa. En esta línea es necesario:

1. Promover la percepción del riesgo de la infección en la población, ya que con frecuencia se encuentran personas para quienes el SIDA no es un problema que les incumba.
2. Fomentar prácticas educativas en la familia sobre el uso del condón.
3. Desarrollar la comunicación asertiva con el fin de favorecer el sexo seguro y soportar la presión de algunas parejas sexuales que se niegan a usar los medios apropiados.
4. Entrenar a los adolescentes en habilidades de afrontamiento de situaciones de riesgo.
5. Buscar no sólo el desarrollo de conductas saludables, sino también crear condiciones psicológicas y sociales para que se mantengan en el tiempo, pues se ha observado una alta tasa de recaídas en las conductas de riesgo a pesar de haber al comienzo un cambio en ellas.
6. Hacer que las conductas de salud sean atractivas a las personas, enlazándolas a situaciones placenteras con el fin de que eso fomente su puesta en práctica.

Todas estas acciones se llevan a cabo por medio de pláticas, conferencias, talleres o cursos dirigidos a diversos sectores de la población.

COMPONENTES DE LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	
Ámbitos de acción	Toda la comunidad
	1. Informar a la comunidad sobre el SIDA 2. Desarrollar conductas saludables y mantenerlas en el tiempo.

Objetivos	3. Fomentar la formación personal en cuanto al desarrollo de la asertividad, la autoestima y el afrontamiento de situaciones de riesgo.
Técnicas	Modelamiento, persuasión, técnicas de comunicación, encuestas, pláticas, conferencias, talleres o cursos dirigidos a diversos sectores de la población.
Evaluación	1. Eficacia del programa en la creación de conductas de salud y mantenimiento de ellas a lo largo del tiempo. 2. Calidad de la metodología. 3. Disminución de casos de contagio en un determinado periodo de tiempo.
Tiempo	Debe ser un proceso permanente de largo tiempo en el marco de una política de salud pública.

EJE 3. PREPARACION PARA LA EVALUACION DEL VIH.

Tobón y Vinaccia Et al. (2006), nos explican que en este punto puede hallarse a dos tipos de personas: aquellas que acuden a practicarse una evaluación de rutina para el VIH dentro de una conducta de prevención individual o pública o para tener una constancia de no estarlo, y quienes acuden porque consideran que han realizado conductas de riesgo para la infección y sospechan de su posible seropositividad, pero que todavía no tienen una constancia fehaciente de ello. Debido a las connotaciones, denotaciones, símbolos y mitos altamente negativos que hay en torno al SIDA, la posibilidad de ser seropositivo es altamente estresante. Cuando el médico o enfermero concluyen que es necesario que la persona se someta al procedimiento de rutina para la prueba de anticuerpos para el VIH, es necesario que lo hagan con mucha prudencia y que en ese momento le brinden al paciente un espacio en el cual éste pueda expresar sus emociones y pensamientos. Deben brindarle información suficiente sobre el procedimiento y las estrategias de afrontamiento que le permitan manejar de una forma adecuada sus emociones ante la posibilidad de ser seropositivo. El profesional de salud debe tener en cuenta que con frecuencia acuden personas angustiadas que creen tener SIDA sin mostrar

comportamientos de riesgo. Muchas de ellas son hipocondriacas, las cuales se deben derivar a la consulta psicológica.

Suele suceder que la intervención psicosocial solamente se lleva a cabo una vez que se establece de manera firme que la persona es seropositiva, no obstante, se ha podido establecer que cuanto más temprano comienza la intervención psicosocial, la enfermedad se desarrolla de una forma menos negativa.

ELEMENTOS DE LA PREPARACION PARA EL ANALISIS DEL VIH	
Tipo de intervención	La intervención debe ser individual y confidencial.
Objetivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Escuchar al paciente de manera activa y darle un espacio para que exprese sus temores y ansiedades y ayudarlo a manejarlos. 2. Brindarle información suficiente sobre la prueba, los resultados, la significación de los resultados, la enfermedad y las conductas preventivas. 3. Proporcionarle estrategias de afrontamiento con relación al examen ante una posible seropositividad. 4. Ante estados emocionales exacerbados difíciles de manejar antes de la evaluación o durante ésta, el médico o enfermero deben de remitir al paciente a consulta psicológica.
Técnicas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrevista. 2. Escucha activa y comprensiva. 3. Brindarle estrategias de afrontamiento para su ansiedad y depresión.
Evaluación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pre: aplicar un cuestionario para evaluar información sobre sida, conductas de riesgo, estado y afrontamiento del estrés. Debe hacerse al comienzo de la entrevista. 2. Post: después del último examen o entrevista y

	antes de la comunicación definitiva de los resultados de la evaluación.
Duración	Desde que asiste el paciente por primera vez hasta la anterior a aquella en que se comuniquen los resultados.

EJE 4. COMUNICACIÓN DE RESULTADOS DE NO SEROPOSITIVIDAD.

Es importante que la comunicación de resultados de que no hay seropositividad se lleve a cabo entre el psicólogo y otro miembro del equipo sanitario preparado previamente para ello. El acto de entrega debe ser individual y confidencial, posibilitándole a la persona sentirse en un ambiente de confianza y apoyo. La experiencia muestra como en muchos casos en que no hay seropositividad la infección ha ocurrido posteriormente debido a que se continúan practicando conductas de riesgo. Es por ello esencial aprovechar el momento de la comunicación para reforzar en la persona comportamientos saludables y prevenir situaciones de riesgo. Al respecto, le corresponde al psicólogo capacitar al equipo sanitario sobre cómo establecer una relación empática con la persona y cómo brindarle información y motivarla en torno a la prevención.

COMPONENTES DE LA COMUNICACIÓN DE NO SEROPOSITIVIDAD	
Tipo de intervención	La intervención debe ser individual y confidencial
Objetivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Darle un espacio para que exprese sus temores, ansiedades y posible inseguridad frente a la prueba y posibilitarle estrategias de afrontamiento de dichos estados emocionales. 2. Darle información suficiente sobre la eficacia de la prueba y el significado del diagnóstico. 3. Recomendar el uso del condón y el no compartir jeringas en caso de adicción a drogas por vía intravenosa.

	4. Remitir a intervención psicológica en caso de hipocondría, comportamientos sexuales difíciles de modificar o abuso de drogas.
Técnicas	1. Comunicación asertiva. 2. Escucha activa y comprensiva. 3. Brindarle estrategias de afrontamiento para posibles estados emocionales negativos.
Evaluación	1. Pre: aplicar un cuestionario para evaluar actitudes y conductas de riesgo para el sida y enfermedades de transmisión sexual, así como para estado y control emocional. 2. Post: después de la intervención, volver nuevamente a aplicar los cuestionarios.

EJE 5. COMUNICACIÓN DE RESULTADOS DE SEROPOSITIVIDAD.

Tobón y Vinaccia Et al. (2006), nos resaltan que es preciso tener en cuenta que la comunicación de seropositividad es un hecho altamente estresante y, por ende, el profesional que comunique tal resultado debe tener una sólida formación profesional y personal para acompañar a la persona y ayudarle a superar este crítico momento. Además, es necesario comprender que cada paciente es único en la manera de reaccionar ante la noticia de que está infectado, ya que tal reacción está mediada por su personalidad, condiciones económicas, educación, conocimiento del VIH/SIDA y otras características. Durante la comunicación de resultados han de emprenderse tres acciones fundamentales: 1) comunicarle al paciente la seropositividad para la infección, 2) informarle todo lo relacionado con el tratamiento, la infección y los factores de un buen pronóstico y 3) promover en él las estrategias adecuadas para un buen control de la infección y de los estados emocionales, tales como la aceptación, reevaluación, optimismo y demás.

La comunicación de seropositividad debe hacerse en el marco de una intervención psicosocial que posibilite una disminución del estrés, desarrolle estrategias de afrontamiento adecuadas para un buen pronóstico, favorezca la

expresión emocional y habilite competencias en el paciente para que pueda comunicar el hecho de su seropositividad a otras personas. El diagnóstico de VIH conlleva una percepción negativa de la salud general, disminuye la vitalidad y la práctica de conductas saludables y favorece las no saludables. Es por ello muy importante que, además de otro miembro del equipo sanitario, esté presente el psicólogo para ayudar al enfermo a manejar el estrés y el impacto emocional.

COMPONENTES DE LA COMUNICACIÓN DE RESULTADOS DE SEROPOSITIVIDAD	
Tipo de intervención	La intervención debe ser individual y confidencial.
Objetivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicar los resultados de forma clara, precisa y asertiva al paciente. 2. Escuchar al paciente de manera activa y permitirle que se desahogue. 3. Asesorar en estrategias de afrontamiento ante la situación estresante con el fin de reducir la ansiedad y la depresión. 4. Suministrar información sobre el periodo asintomático, la aparición del sida y la necesidad de prevenir reinfecciones. 5. Informar sobre plan de tratamiento, revisiones médicas y posible contagio a otros. 6. Romper en el paciente el estereotipo de infección = sida = muerte. 7. Motivar hacia la adherencia al tratamiento médico e intervenciones psicosociales posteriores. 8. Promover la comunicación de seropositividad a la pareja y la forma de hacerlo. 9. Asesorar en la eliminación del hábito de fumar, la rehabilitación en cuanto al consumo de drogas e intercambio de jeringas, y motivar para se practique

	una actividad física regular y supervisada.
Técnicas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicación asertiva, persuasiva y empática. 2. Desahogo y comprensión. 3. Entrenamiento en estrategias de afrontamiento para el estrés, las emociones y la infección.
Evaluación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pre: evaluar el nivel de información que se tiene sobre la infección y el sida, estereotipos, comportamientos de riesgo de infectar a otros y afrontamiento. 2. Post: después de la intervención, evaluar la satisfacción con la misma, actitudes frente a la infección, afrontamiento y estado emocional.

EJE 6. TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO COGNITIVO CONDUCTUAL A PERSONAS QUE PADECEN VIH/SIDA EN EL SISTEMA DE ATENCION INTEGRAL DE TLAXCALA

En el año 2006 en congruencia con la recomendación del Plan Regional de VIH/ITS para el sector Salud 2006-2015, emitido por la Organización Panamericana de la Salud, el término de Servicios Especializados de Atención (SEA) fue sustituido por Servicio de Atención Integral de las personas con VIH/SIDA (SAI), sin mayor implicación que la igualdad en la terminología internacional.

Objetivo general: dar a conocer el tratamiento psicoterapéutico a personas que actualmente son atendidas en el Sistema de Atención Integral del Estado de Tlaxcala.

Objetivo específico: explicar fase a fase la psicoterapia cognitivo-conductual a personas que actualmente padecen VIH/SIDA y que son atendidas en el Sistema de Atención Integral del Estado de Tlaxcala, con el objetivo principal de propiciar la salud mental de estos pacientes, aspecto muy importante y fundamental para poder tener una mejor calidad de vida a pesar de padecer una enfermedad crónica-degenerativa.

Antes profundizar en el proceso terapéutico que proponemos para los pacientes que padecen VIH/SIDA en el SAI de Tlaxcala, daremos a conocer datos sobre lo que es el SAI y algunos datos generales de los pacientes que son atendidos en dicha unidad.

En el año 2006 en congruencia con la recomendación del Plan Regional de VIH/ITS para el sector Salud 2006-2015, emitido por la Organización Panamericana de la Salud, el término de Servicios Especializados de Atención (SEA) fue sustituido por Servicio de Atención Integral de las personas con VIH/SIDA (SAI), sin mayor implicación que la igualdad en la terminología internacional.

MISIÓN

Proporcionar atención médica integral especializada, de calidad, con criterios de igualdad y respeto; sin discriminación ni estigmatización, tendiente a prevenir y controlar la infección por VIH/SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual en la población no derechohabiente y grupos vulnerables.

VISIÓN

Ser el modelo de atención integral ambulatoria a nivel operativo donde se dé solución a las necesidades de la población no derechohabiente con VIH/SIDA y otras ITS en materia de detección, diagnóstico, tratamiento, control y prevención, en un marco de respeto a los derechos humanos y a la diversidad sexual.

- Número de pacientes registrados en SALVAR : 527
- Número de personas en tratamiento antirretroviral: 487
- Número de personas en control: 21 seropositivos
- Hijos de Madres con VIH: 19 infectados
- Hijos de madres con VIH en seguimiento : 27
- Total de Pacientes Privados de la libertad: 1
- Defunciones: 249

Fuente: salvar.salud.gob.mx

A. PRIMER CONTACTO CON EL PACIENTE.

El primer contacto que el paciente tiene con el psicoterapeuta influye mucho en el transcurso del proceso terapéutico, ésta aseveración puede aplicarse incluso a otros profesionales de la salud como médicos, enfermeras, dentistas, etc.

Al respecto Abrego et al. (1998), nos menciona que habitualmente se menosprecia el momento de la presentación entre dos personas; queda como mero formalismo social. Sin embargo, es de fundamental importancia, ya que es el principio del manejo de identidad, tanto del paciente y del entrevistador, como del centro de salud. Las primeras impresiones, aunque puedan ser erróneas, resultan duraderas, así que conviene poner especial atención al inicio de esta identidad compartida, en la que el paciente y el profesional comienzan a existir uno frente al otro. Un momento importante de la presentación lo es la recepción; aquí es conveniente que el personal de salud reciba al paciente en la entrada del centro de información o en la recepción de la clínica, o cuando menos, en la puerta del consultorio. Considerando que es el primer contacto con el paciente, hay que sostener un tono de cordial bienvenida, porque las actitudes de este tipo pueden ayudarlo a disminuir la ansiedad desde el principio. Es importante señalar que esta actitud debe ser asumida también por el personal que se encuentre en la recepción, ya que es la primera impresión que el paciente tendrá del centro de salud.

Otro aspecto que considero muy importante al tener el primero contacto con el paciente es lo relacionado al rapport; en donde a decir de Morga (2012) el objetivo principal es lograr que el paciente, se sienta cómodo en presencia del psicoterapeuta, así como dispuesto a hablar lo más posible fuera de cualquier tipo de inhibiciones. De esta forma el rapport consiste en crear una atmósfera cálida y de aceptación, de tal forma que el entrevistado se sienta cómodo, tranquilo, comprendido y a salvo y se comunique de manera abierta sin temor a ser juzgado o criticado, el entrevistador tiene la responsabilidad de hacer que el paciente participe y lo vea como una persona que puede ayudarlo y que es digna de confianza, por lo que entonces el rapport está basado en la confianza, el respeto y la aceptación mutuos.

Aragón (2002 citado en Morgia 2012) nos menciona que el rapport se facilita con algunas actitudes del entrevistador, entre ellas menciona mantener un contacto visual apropiado, una postura relajada, natural y centrada en el paciente; un lenguaje espontáneo, amistoso y con un tono cálido y expresivo; aceptación incondicional y empática.

De igual forma considero que el psicoterapeuta debe tener diversas cualidades al momento de iniciar las primeras entrevistas o contactos con el paciente, en este sentido Morgia et al. (2012) menciona que la mayor cualidad que debe poseer el psicoterapeuta es la capacidad para entender los pensamientos, sentimientos, impulsos y modos de proceder conscientes del paciente, tomando en cuenta sus propias vivencias, pero sin dejarse invadir por ellas; para constituirse como un elemento útil dentro del proceso psicológico tendrá que saber manejar dos conceptos fundamentales: la empatía y la intuición.

Otro aspecto muy importante que se debe llevar a cabo en la primera sesión con el paciente es lo referente al encuadre terapéutico; en el cual se deben establecer las reglas del contexto terapéutico, como lo que se permitirá y lo que no en el consultorio, las reglas básicas del trabajo, los horarios, los días a la semana en que se serán las citas y además explicar la forma en cómo se llevará a cabo el proceso terapéutico. En este sentido, Domínguez (2011), nos menciona que también las relaciones terapéuticas son de carácter profesional, porque lo que necesitan un encuadre y pueden ser retribuidas; se denomina encuadre a la estructuración de la propia relación, que viene dada a priori por el terapeuta, y pactada con el acompañado (mediante lo que se llama “alianza terapéutica”), en forma de reglas que hagan posibles los procedimientos terapéuticos: duración y frecuencia de las sesiones, rol de cada uno, lugar de las sesiones, objetivos que se procuran, tareas que conlleva la terapia, etc. Esto le da a la relación cierta formalidad y también ciertos límites (en sus objetivos y el tiempo). Una exigencia básica de la relación terapéutica en su vertiente profesional es la confidencialidad; lo que se habla entre terapeuta y acompañado queda protegido por el secreto profesional. Este tipo de relación no debe confundirse con ningún otro tipo de relación de carácter personal (por

lo que se aconseja nunca ser terapeuta de personas con las que existen vínculos de sangre o amistad), lo que no quiere decir que, en el trato del otro como persona, no sean necesarios ciertos ingredientes de amabilidad, calidez, empatía o cercanía que hagan personales y personalizantes dichas relaciones. Esta calidez y calidad en el trato son necesarias para llevar a cabo lo que proponen ciertos autores conductistas: el terapeuta como objeto para el modelado y como reforzador de conductas. También son necesarios para que el terapeuta pueda ser orientador, como propone el cognitivismo

B. DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA.

Antes de definir el motivo de consulta el psicoterapeuta debe tomar en cuenta diversos aspectos al momento de la entrevista con el paciente, entre estas tenemos las siguientes que Morga et al. (2012) nos señala:

- Mostrar interés por el paciente que se entrevista y por sus problemas.
- Comprender y emplear el lenguaje del paciente.
- Comprender por qué el paciente experimenta determinados sentimientos.
- Reactivar los sentimientos y establecer relación afectiva a través de la escucha activa y la atención a cuanto acontece.
- Recapitular y asumir adecuadamente los elementos de la historia del paciente.
- Saber preguntar adecuadamente y en el momento oportuno, y saber utilizar señales no verbales.
- Tener autodominio y la paciencia requerida para respetar el ritmo de los pacientes.
- Identificarse con el paciente sin que su estado emocional se afecte por los problemas.
- Valorar a los pacientes y hacer que se sientan seguros y motivados.

De igual forma, nos señala Morga et al. (2012), que otra de las funciones del psicoterapeuta es el arte de preguntar, sobre todo en los casos de entrevistas abiertas o semiestructuradas. Dentro de las entrevista las preguntas tienen

como fin primordial traducir los objetivos específicos del entrevistador en un mensaje capaz de llegar efectivamente al entrevistado y proporcionar la información que realmente precisamos encontrar. Por lo tanto, las preguntas podrán ser planteadas siempre y cuando se respeten los objetivos que originaron la entrevista. De manera evidente, las preguntas competentemente formuladas pueden canalizar al entrevistado hacia las metas y los objetivos propuestos por el entrevistador: no obstante, una utilización poco cuidadosa o irresponsable de las preguntas podrían conducir todo el proceso hacia el fracaso.

Otro aspecto que debe tomar muy en cuenta el psicoterapeuta, al momento de definir el motivo de consulta es el que se refiere a escuchar activamente, en este sentido Acevedo (2009 citado en Morga 2012), nos menciona que entre las habilidades que se requiere para escuchar eficazmente, tenemos las siguientes:

- a. Atención. Es importante que el entrevistador centre su atención en el entrevistado, en lo que hace y en lo que dice, y sobre todo es importante que el entrevistado sienta que se le presta atención.
- b. Percepción. En este punto es importante que todos los entrevistadores debe reconocer y concientizarse de sus propias ideas y paradigmas culturales para prevenir distorsiones dentro de su campo perceptual, es decir, evitar que notemos sólo los aspectos que confirmen nuestros propios valores y creencias. Este aspecto le permite al entrevistador mejorar la objetividad del proceso.
- c. Concentración. Además de centrar nuestra atención y de percibir los mensajes del entrevistado, el entrevistador, deber ser capaz de eliminar de su conciencia, en la medida de lo posible, cualquier fuente de distracción, enfocándose exclusivamente en el proceso de la entrevista.
- d. Retención. Un buen entrevistador tiene que estar consciente de su necesidad de recordar los eventos de la entrevista tal como sucedieron para resumirlos y evaluarlos.

Entre los obstáculos que impiden escuchar eficazmente se encuentran: la intolerancia, que haga que se juzgue al entrevistado desde los parámetros éticos del entrevistador e impida la aceptación necesaria para el rapport; la impulsividad, al sugerir respuestas o interrumpir al entrevistado; anticipación, es decir, presumir que con unas cuantas palabras se puede evaluar o juzgar la entrevista o al entrevistado; indolencia, perder el interés y la atención en el proceso y permitirse aburrirse en la misma entrevista.

Al definir el motivo de consulta también nos corresponde como psicoterapeutas elegir la persona con la que vamos a trabajar en el proceso terapéutico; al respecto debemos de tomar en cuenta lo que la persona puede y no puede hacer para resolver el problema, preguntarse qué es lo que la persona puede cambiar y que no puede cambiar y cuáles son las posibilidades reales de acción de la persona.

Una vez que se han tomado en cuenta todo lo anterior y se ha definido la persona con la que se va a trabajar, ahora si corresponde definir el motivo de consulta en donde encontramos dos elementos:

1. QUEJAS: que suelen referirse a lo que va mal y se quiere eliminar, a lo que causa problemas, a lo negativo y molesto.
2. DEMANDAS: hacen referencia a lo que se quiere adquirir, a lo positivo.

Al respecto Godoy (2008) nos refiere que posiblemente no existe una fase del proceso de evaluación conductual menos estudiada que el análisis del motivo por el que paciente acude a consulta o por el que otras personas importantes de su medio lo traen. Prácticamente toda la literatura versa sobre el resto de las fases, aun cuando algunas hayan sido estudiadas con mucha mayor profusión que otras. Es más, la mayoría de los autores suelen pasarla casi completamente por alto, comenzando con la traducción del motivo de consulta en conductas operacionalmente definidas, de tal forma que a lo más que suelen llegar es a dar algunos consejos de tipo general. Sin embargo, la importancia de atender a una descripción completa de cuáles pueden ser las

quejas y demandas del paciente y de su ambiente, aparece clara en los llamamientos de algunos autores para que el evaluador conductual se asegure de que la conceptualización teórica que hace del problema representa adecuadamente los motivos por los que realiza la consulta. Esta necesidad de atender y clarificar todo el conglomerado de quejas y demandas que presenta el propio paciente, así como las demandas que el entorno en que vive le presenta, requiere una exploración minuciosa y activa por parte del evaluador, si es que no quiere quedarse únicamente en aquellos problemas más llamativos o más molestos que son los primeros en salir a la luz en las entrevistas diagnósticas iniciales y que pueden quedar como los únicos existentes, si el terapeuta no se mantiene vigilante.

Por último hay que mencionar que tanto las quejas como las demandas tienen que ser traducidos en conductas, ya que éstas pueden ser observables. Nos debemos concentrar en lo observable, en lo que puede describirse de un modo claro y concreto en términos de cosas y hechos, es decir; tomando en cuenta la duración, frecuencia, aspectos observables, aspecto medibles, fáciles de notar y aspectos conductuales, o sea una definición del problema de tipo operacional.

C. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS TERAPÉUTICOS.

Una vez que el problema ha sido definido operacionalmente ya tenemos el motivo de consulta y es momento de comenzar a plantear los objetivos terapéuticos. Para esto se tienen que definir los siguientes niveles:

- a) Metas últimas del tratamiento:** los resultados finales hacen referencia a los criterios utilizados para considerar el tratamiento como un éxito. A estos resultados, por tanto, se les pedirá que posean validez clínica y social. Por ello, los cambios directa o indirectamente logrados deberán ser clínicamente relevantes y socialmente significativos. Ello supone que puedan utilizar los distintos valoradores sociales que resulten pertinentes. Esto es los resultados finales deben haber solucionado las demandas del paciente y de los agentes sociales significativos que lo rodean. Las

metas últimas del tratamiento dependen fundamentalmente de los juicios de valor de los que directa o indirectamente intervienen en la terapia, en terapia de conducta se supone que los objetivos finales que deben alcanzarse son un asunto a consensuar entre el paciente y el terapeuta. (Godoy, et al., 2008)

b) Resultados instrumentales: son aquellas que son suficientes para alcanzar otros resultados sin intervención adicional. También llamadas conductas objetivo hacen referencia a aquellas variables concretas de la conducta o del contexto en el que éstas suceden y sobre las que se enfoca el tratamiento. Las conductas objetivo, constituyen aquella clase de conductas a las que se dirige o sobre las que se centra la intervención terapéutica. Una vez modificadas las conductas objetivo se supone que deber quedado igualmente satisfechas las quejas y demandas del paciente. Sin embargo, no toda demanda o queja produce una conducta objetivo, con frecuencia una demanda o queja supone que el terapeuta debe proponer varios puntos sobre los que la terapia debe incidir y al revés, en algunas ocasiones se espera poder cubrir varias quejas o demandas con la intervención sobre un único punto. (Godoy, et al., 2008)

Nelson y Hayes (1986 citados en Godoy, 2008) desde un punto de vista centrado en el problema, nos señalan algunas consideraciones que utilizan los terapeutas de conducta para guiarse en la elección de las conductas objetivo y de la secuencia más adecuada en que debe abordarse cada una de ellas. Dichas consideraciones son las siguientes:

- Deben cambiarse los comportamientos que son física, social o económicamente peligrosos para el paciente o para los que le rodean.
- Una conducta es anormal y debe modificarse si es aversiva para el propio sujeto o para otros, bien porque se aparta de lo que se espera del sujeto en ciertas situaciones, bien porque resulta impredecible.

- Se debe cambiar una determinada conducta si así se flexibiliza el repertorio del paciente, de tal forma que se aumenta el bienestar individual y social a largo plazo.
- La conducta a implantar en lugar de la conducta problema debe establecerse en términos positivos y constructivos, en oposición a la visión supresora o negativa.
- Deben obtenerse niveles óptimos de funcionamiento y no solo niveles medios.
- Se deben seleccionar para su modificación únicamente aquellas conductas que el contexto continuará manteniendo.
- Solo se deben considerar como conductas objetivo aquellas que son susceptibles de ser tratadas, dados los recursos con que cuentan el paciente y el terapeuta y con los medios disponibles en un determinado momento de desarrollo de las técnicas terapéuticas.

De igual forma Godoy et al. (2008) nos explica, en relación a la prioridad en las conductas objetivo, que la cuestión acerca de que conducta objetivo se debe intentar alcanzar, en primer lugar se plantea siempre que el problema no sea “monosintomático”, es decir; siempre que exista más de una conducta objetivo. En estos, la conducta a modificar en primer lugar será:

- La conducta que resulte más molesta para el paciente o los otros significativos, ya que de esta forma el propio paciente o los otros, como mediadores, estarán más motivados a continuar con el tratamiento si se benefician con la intervención.
- La conducta más fácil de modificar, ya que los resultados rápidos motivaran al paciente y/o a los otros significativos y los llevaran a esforzarse y a colaborar en los intentos terapéuticos.
- La conducta que produzca la máxima generalización de los efectos terapéuticos.
- La primera conducta de la cadena en el caso de que varias conductas constituyan una cadena comportamental.

- c) Resultados intermedarios:** facilitan la continuación del tratamiento del tratamiento o posibilitan la aplicación de determinadas técnicas de intervención. (Godoy, et al., 2008)

D. EVALUACIÓN.

Una vez que ya hemos definido el motivo de consulta y que ya tenemos claro cuáles son los objetivos que hay que cumplir a lo largo del proceso terapéutico, procedemos a realizar la evaluación; la cual constituye la parte más importante del proceso terapéutico. Al respecto como ya lo hemos mencionado contamos con diversas técnicas de evaluación psicológica: la entrevista, la observación, autoobservación, autoinformes, técnicas psicofisiológicas, técnicas neuropsicológicas, etc.

De todas las técnicas mencionadas anteriormente, es la entrevista la que tiene mayor aplicación, por lo que en esta etapa del proceso terapéutico la utilizamos para realizar:

- a) *El análisis descriptivo:* que es el tipo de información que interesa en la evaluación conductual, y debe describir contextos, situaciones, estímulos conductas (motoras, fisiológicas y cognitivas) variables del organismo y los cambios que pueden ocurrir en todas ellas; esta información debe tener el menor nivel de interpretación posible. De acuerdo a Bruch y Meyer (1996) el análisis descriptivo se obtiene a partir del punto de vista del paciente, buscamos una afirmación operacionable de los problemas que se presentan (conductas objetivo). Animamos de forma activa al paciente para que se abstenga de incorporar la jerga o las interpretaciones de su problema, como podrían sugerir otros profesionales durante el transcurso de evaluaciones o tratamientos previos.
- b) *El análisis funcional:* de acuerdo a Bruch y Meyer et al. (1996) el análisis funcional está diseñado para examinar la información recogida en el análisis descriptivo según los principios del aprendizaje, tal como son aplicados por el psicoterapeuta conductual experto. De modo más

detallado, podemos hacer uso del modelo de ecuación conductual (E-O-R-C-K); la E representa las condiciones estimulatorias antecedentes, la O el organismo que reacciona, teniendo en cuenta, tanto los factores biológicos como psicológicos, la R que se refiere a la respuesta conductual actual, la C que indica las consecuencias de la respuesta tanto a corto como a largo plazo y del análisis del triple sistema de respuesta cognitivo-verbal, fisiológico-autónomo y motor conductual.

- c) *El análisis secuencial integrativo*: que de acuerdo a Aragón y Silva (2002) comienza su análisis con los estímulos que provocan en el presente las respuestas de las personas y termina con las consecuencias que tales conductas producen en el medio ambiente, además de que integra lo cognoscitivo con lo propiamente conductual, pues el análisis de los antecedentes y los consecuentes de la conducta problema no es reducido solo a variables ambientales, sino que el análisis funcional se dirige también a los eventos internos representados por el dialogo interior, las estrategias utilizadas en la solución de problemas, las atribuciones, etc. De igual manera se acepta que las conductas problema pueden estar compuestas por actividades encubiertas, por lo cual se admite que aquellas pueden manifestarse con diferente grado de intensidad mediante las tres modalidades de respuesta: motora, cognoscitiva y fisiológica. En síntesis, se afirma que las características del análisis secuencial integrativo establecen, por un lado, que la conducta de las personas se manifiesta de manera secuencial, por lo que la evaluación debe dirigirse a la secuencia temporal producida entre los antecedentes, los consecuentes y la conducta.

Después de haber realizado los tres procedimientos anteriores considero importante tomar en cuenta los *criterios directrices para la elección del tratamiento adecuado*, en donde Nelson y Hayes (1986 citado en Godoy 2008) han propuesto que las estrategias principales para elegir tratamiento pueden agruparse en tres categorías clasificatorias:

- a) *La estrategia del análisis funcional*: que es la estrategia clásica en terapia de conducta para unir evaluación y tratamiento, esto es, para derivar el tratamiento adecuado a partir de los datos de la evaluación.
- b) *La estrategia de la conducta clave*: que parte del supuesto de que los trastornos conductuales están constituidos, por clases de conductas que se interrelacionan en los tres sistemas de respuesta: motor, cognitivo y fisiológico. Se supone igual que el modificar alguna clase de conductas, o algunas conductas de una determinada clase, modifica otras clases o la clase entera.
- c) *La estrategia diagnóstica*: según este enfoque, una vez que se le ha asignado a la persona un diagnóstico determinado, se elegirá el tratamiento que se ha encontrado más efectivo para ese tipo de trastorno, suponiendo que tal tratamiento exista.

Por último, en esta fase del proceso terapéutico, es muy importante realizar una evaluación antes, durante y después de tratamiento. Por lo que en este sentido Bruch y Meyer et al. (1996), nos mencionan que el proceso de establecer y verificar la formulación del problema nos lleva a sugerir medidas apropiadas que confirmen el análisis clínico, a establecer líneas base apropiadas para la conducta objetivo y a evaluar el cambio y el resultado terapéutico.

E. FORMULACIÓN CLÍNICA CONDUCTUAL.

Castro y Ángel (1998) mencionan que la formulación clínica conductual, sirve de guía para decidir sobre el tipo de tratamiento más eficiente, es decir aquel con la mejor razón coste-beneficio, en un paciente determinado. Además, permite identificar y ordenar los múltiples determinantes del comportamiento, a nivel general, y la diversidad de las interacciones entre procesos psicológicos, los cuales, aunque similares en sus manifestaciones, presentan importantes diferencias en las causas que las originan.

De igual forma nos mencionan que es importante diferenciar entre formulación de hipótesis y formulación clínica:

- a) *Formulación de hipótesis*: se refiere al establecimiento de relaciones tentativas entre eventos específicos o conjuntos de eventos, de carácter probabilista, sujetas a validación, que permiten hacer predicciones sobre el comportamiento.
- b) *Formulación clínica*: además de la formulación de hipótesis implica la generación de un modelo causal dentro del cual se enmarcan y se interrelacionan las distintas hipótesis.

Para poder generar una formulación clínica primero debemos de construir las hipótesis, que serán las guías y directrices de nuestro trabajo clínico. En este sentido, las dos principales fuentes de información que permiten generar hipótesis clínicas: los datos directos de la observación del comportamiento y el conocimiento de regularidades derivado a partir de un marco teórico.

En relación a la formulación de hipótesis, Castro y Ángel et al. (1998) explican que el proceso de formulación de hipótesis consiste en un conjunto de operaciones inductivas a través de las cuales se infieren relaciones funcionales tentativas entre acontecimientos, relaciones que tienen un valor predictivo sobre el comportamiento futuro. Podemos mencionar que las hipótesis pueden ser:

- a) *Hipótesis correlacionales*. observación de regularidades. Cuando se observan acontecimientos que suelen ocurrir de forma regular, es decir que son predecibles en el tipo, se generan hipótesis que describen variables asociadas o correlacionadas, u ocurre en el caso de los sistemas de clasificación.
- b) *Hipótesis causales*. En las relaciones funcionales causales, a diferencia de las anteriores, no solamente se observan regularidades sino que se pueden establecer la direccionalidad de la relación.

Una vez que se han dejado claro algunos conceptos importantes para el proceso de formulación clínica, pasaremos a explicar la metodología de la formulación clínica. Al respecto es importante mencionar que los medios de

obtención de información para la elaboración de aquella son: la entrevista estructurada y la observación conductual.

Metodología de la formulación clínica.

De acuerdo a Castro y Ángel et al. (1998), exponen que la metodología para la elaboración de la formulación clínica, son las siguientes:

Etapa I. Descripción del motivo inicial de consulta.

En la etapa inicial se trata de reunir información general sobre el motivo de consulta y las condiciones personales y contextuales del paciente. Esta etapa proporcionará los primeros indicios para que el terapeuta se pueda ubicar con respecto tanto a los objetivos y expectativas del paciente como a las condiciones personales y ambientales dentro de las cuales se va a desarrollar el trabajo profesional.

Paso 1. Observe y registre las características del comportamiento del paciente durante la entrevista inicial.

Paso 2. Obtenga información sobre los motivos iniciales o las razones por las que el paciente decidió buscar ayuda profesional

Paso 3. Describa la historia y/o acontecimientos desencadenantes de cada uno de los motivos de consulta.

Paso 4. Establezca el nivel inicial en el que el paciente presenta su motivo de consulta.

Paso 5. Formule las primeras hipótesis sobre los niveles determinados en el paso anterior y establezca la dirección ascendente o descendente para cada uno de los problemas según el nivel en el que se encuentre.

Etapa II. Información general, personal y contextual.

Una vez descritas las características y niveles del motivo de consulta, es necesario pasar a obtener información contextual sobre las condiciones

individuales y ambientales, de tal forma que dicho motivo de consulta ya se pueda enmarcar dentro del entorno de la persona.

Paso 6. Obtenga los datos personales y demográficos del paciente de personas significativas.

Paso 7. Obtenga información sobre los recursos y el grado de satisfacción en las principales áreas del ambiente funcional que se relacionan con las actividades de la persona: ambiente físico, condiciones económicas, área afectiva/pareja actual, área laboral y/o académica, área social, área de ocio.

Etapa III. Análisis histórico molar.

Antes de iniciar la etapa de formulación molar, es necesario reunir información sobre la historia de la persona con el objeto de identificar fuentes de influencia, factores de adquisición y de condicionamiento, factores de predisposición y, en general, la forma en la que acontecimientos históricos significativos tienen influencia en la situación actual del paciente.

Paso 8. Obtenga información sobre las características de sus padres.

Paso 9. Haga un recuento de los principales acontecimientos significativos en la historia de la persona: infancia, niñez, adolescencia, edad adulta.

Paso 10. Genere las primeras hipótesis sobre factores de adquisición.

Etapa IV. Introducción a la formulación molecular: análisis funcional.

Una vez identificados los motivos de consulta en los diversos niveles, es necesario proceder al establecimiento de las relaciones funcionales entre los elementos identificados en el nivel IV. De acuerdo con lo especificado en la descripción del análisis funcional, proceda a realizar el análisis funcional molecular.

Paso 11. Describa las características topográficas y los parámetros de la respuesta.

Paso 12. Determine los sistemas y/o procesos de los que forma parte esa unidad de respuesta particular.

Etapa V. Integración de la formulación conductual por procesos.

El objetivo de esta etapa es resumir e integrar los datos obtenidos en los diversos niveles de análisis en un cuadro coherente que sirva de base para la planificación del tratamiento.

Paso 13. Complete la matriz de formulación clínica, a partir de los resultados de la información hasta ahora reunida, comience por incluir en la primera columna el resumen de los factores de predisposición para los diferentes procesos.

Paso 14. Establezca la relación entre los diversos niveles de formulación. En este paso, relacione los datos de la información molar con los resultados del análisis funcional molecular y con las hipótesis preliminares de adquisición y de motivo de consulta, con el fin de explicar las relaciones causales.

Paso 15. Con base en la verificación de hipótesis, establezca los mecanismos comunes a la acción de los distintos procesos.

Paso 16. Determine los procedimientos a través de los cuales pretende modificar los mecanismos comunes.

Etapa VI. Establecimiento del plan de tratamiento.

El siguiente paso, una vez especificados los procedimientos, consiste en establecer relaciones con los procedimientos de intervención.

Paso 17. Establezca las prioridades del tratamiento. Con base en la formulación clínica establezca en qué procesos debe intervenir con el fin de producir cambios en los otros niveles.

Paso 18. Distribuya tentativamente las actividades clínicas en un cronograma de actividades.

Paso 19. En la medida en la que se va desarrollando el tratamiento, complete el resumen de la sesión.

Paso 20. Evalúe regularmente los resultados de la intervención de acuerdo con las predicciones de la formulación y haga los ajustes y revisiones necesarias.

F. INTERVENCIÓN.

PROBLEMAS MÁS COMUNES EN PERSONAS CON VIH-SIDA QUE ACUDEN AL SAI

PROBLEMA	TECNICAS COGNITIVO- CONDUCTUALES
Adherencia al tratamiento	Entrenamiento en auto instrucciones, Moldeamiento, encadenamiento
Adicción al alcohol	Solución de problemas, modelado, auto instrucciones, ensayo encubierto, ensayo manifiesto
Adicción al tabaquismo	Técnicas aversivas, autoobservación, relajación, control de estímulos, manejo de contingencias, desensibilización sistemática, contratos de contingencia, autocontrol
Adicción a la cocaína	Contrato terapéutico, deshabitación física, deshabitación psicológica, exposición, reestructuración cognitiva
Angustia	Valoración cognitiva, relajación progresiva
Ansiedad	Entrenamiento en solución de problemas, relajación progresiva,

	reestructuración cognitiva, exposición cognitiva
Autoestima	Valoración cognitiva, reestructuración cognitiva
Duelo	Escucha, empatía y acompañamiento, reestructuración cognitiva
Depresión	Terapia racional emotiva, psicoeducación, reestructuración cognitiva
Distimia	Terapia cognitiva
Estrés	Entrenamiento en solución de problemas, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, relajación progresiva.
Rehabilitación motriz fina	Rehabilitación neuropsicológica
Relación de pareja	Entrenamiento en habilidades de comunicación, entrenamiento en solución de problemas, contrato conductual, reestructuración cognitiva.

Fuente: Sistema de Atención Integral de Tlaxcala

EJE 7: PREPARACIÓN PARA LA MUERTE

De acuerdo a Tobón y Vinaccia Et al. (2006), la percepción de la proximidad de la muerte genera en muchos pacientes con sida profundas emociones negativas, así como en sus familiares y amigos. La preparación para la muerte ocurre cuando el afectado con sida esté próximo a morir y solicite dicha preparación. Tal demanda de intervención psicosocial puede formularse también por parte de los familiares, pareja o amigos. La preparación para la muerte pretende: 1) Trabajar con el paciente y personas cercanas el manejo de las emociones negativas y alteraciones emocionales; 2) Facilitar el proceso de despedida, de preparación para la muerte, de cierre del ciclo vital del individuo; asimismo, ha de facilitársele al paciente que va a morir la expresión de sus

últimos deseos. La intervención va más allá de la muerte del paciente ya que se está interviniendo también con la pareja, familiares o amigos con el fin de que puedan “elaborar” la pérdida, y 3) Proporcionarle apoyo espiritual. Esto debe hacerse sin importar las creencias religiosas específicas de los pacientes. Toda persona vive de una u otra forma la experiencia espiritual, pues es una forma de ser auténticamente humana. Todos los profesionales que trabajan con el sida deben de tener una profunda vivencia espiritual para que puedan acompañar en este proceso a la persona que va a morir.

COMPONENTES PARA LA PREPARACION PARA LA MUERTE	
Tipo de intervención	Individual Pareja Familia Grupal (familiares, allegados e infectados)
Objetivos	1. Controlar posibles alteraciones emocionales. 2. Facilitar el proceso de despedida al paciente, familiares, pareja y amigos. 3. Proporcionar apoyo emocional.
Técnicas	1. Entrenamiento en técnicas de autocontrol emocional. 2. Reestructuración cognitiva. 3. Escucha, empatía y acompañamiento. 4. Intervención espiritual.
Evaluación	Pre y post. La evaluación se puede llevar a cabo empleando un cuestionario donde se anoten las necesidades de intervención y los logros tenidos con respecto a estas necesidades; para ello es necesario involucrar familia y amigos.

CONCLUSIONES

El VIH/SIDA sigue aun siendo una enfermedad muy estigmatizadora para quien lo padece, además de que estas personas son muy discriminadas por padecer dicha enfermedad. Pero ¿Por qué esta enfermedad tiene estas características muy arraigadas? Al momento de estar realizando esta investigación me fui dado cuenta que en realidad esta enfermedad actualmente no es tan grave como comúnmente se piensa. Anteriormente se pensaba que esta enfermedad solo se presentaba en personas que mantenían relaciones homosexuales o en personas que eran muy promiscuas, también se pensaba que esta enfermedad se contagiaba por besar a una persona con esta enfermedad o por compartir comida o incluso por mantener un contacto muy cercano con estas personas. Actualmente se sabe que esto es totalmente falso que como lo hemos descrito en la presente investigación solo hay tres formas de contagio: vía sexual, parenteral y por vía perinatal o maternoinfantil. De igual forma se creía falsamente que esta enfermedad era mortal y que en unos pocos años la persona infectada moría, ahora sabemos que esta enfermedad es muchísimo menos grave, que incluso hay enfermedades más mortales y más difíciles de sobrellevar como lo es el cáncer, la diabetes o la insuficiencia renal, en realidad actualmente existen antirretrovirales muy efectivos que hacen que la vida de una persona con VIH/SIDA pueda llevar su vida normalmente, sin más cuidado que tomar sus medicamentos y algunos otros cuidados en cuanto a nutrición y atención psicológica, vale decir también que estas personas pueden llevar su vida sexual normal, con los cuidados necesarios, incluso hasta llegar a procrear hijos sin que estos niños nazcan o vivan infectados.

De acuerdo a todo lo anterior, podemos mencionar que uno de los grandes problemas de esta enfermedad es la falta de información, tanto para quien padece dicha enfermedad, como para la población en general, de esta forma la presente tesis tuvo como un objetivo dotar de información respecto de lo que realmente representa el VIH/SIDA para que de esta forma se tenga conocimiento y así modificar nuestras conductas.

De igual forma la intención de esta investigación es dar a conocer la función del psicólogo en el VIH/SIDA, así como también la forma en como brindar atención psicológica a pacientes que padecen VIH/SIDA específicamente en personas que son atendidas en el Sistema de Atención Integral del Estado de Tlaxcala; la cual es la institución encargada de brindar atención médica, psicológica, odontológica, a personas que no tienen algún tipo de seguridad social, ya que el tratamiento farmacológico resulta demasiado costoso.

Podemos mencionar que ésta enfermedad tiene un origen en muchas ocasiones de tipo conductual, al no llevar a cabo las medidas preventivas necesarias para evitar el contagio; como lo es principalmente conductas sexuales de riesgo o el inadecuado uso del condón.

En relación a lo anterior se pensó en el tratamiento psicológico desde la perspectiva cognitivo-conductual, por ser está la más adecuada para las personas que padecen VIH/SIDA, esto ya que por medio de la perspectiva cognitivo-conductual podemos modificar tanto comportamientos, hábitos, así como también ideas, sentimientos, emociones, los cuales se ven alterados al momento que una persona sabe que es portadora del VIH.

BIBLIOGRAFIA:

Abrego, L., De Caso, L. E., García, P., Hernández, S., López, A., Magalón, N., et al. (1998). *Guía para la atención psicológica de personas que viven con el VIH/SIDA*. Distrito Federal: CONASIDA.

Aragón L. E. y Silva, A. (2002). *Fundamentos teóricos de la evaluación psicológica*. Distrito Federal: Pax.

Avelar, V. Y., Cornejo, I. B. y Torres, J. D. (2011). “*Efectos psicológicos en personas de ambos sexos entre las edades de 20 a 50 años diagnosticadas con VIH en el período de enero de 2006 a junio de 2010 pertenecientes a la Fundación Salvadoreña Para La Lucha Contra El Sida “María Lorena” (CONTRASIDA) del Municipio de San Salvador*”. Tesis de Licenciatura no publicada. Departamento de Psicología, Universidad de el Salvador, San Salvador, El Salvador. Recuperado el 18 de marzo de 2013, de: <http://ri.ues.edu.sv/572/1/10136869.pdf>

Becoña, E. y Oblitas, L. A. (2010). Terapia cognitivo-conductual: antecedentes técnicas. *Revista de psicología veritas*, 1 (3), 49-70

Beyer, D. (2006). “Estructura del virión del VIH.” [Imagen]. *Virus de Inmunodeficiencia Humana*, Wikipedia. Obtenido de <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:VIH-viri%C3%B3n.png#file>

Blanco, J. L., Mallolas, J. y Gatell, J. M. (2005). Historia natural, clasificación y pronóstico de la infección por VIH-1. En Gatell, J. M., Clotet, B., Podzamczar, D., Miró, J. M. y Mallolas, J. (Eds.), *Guía práctica del SIDA: Clínica, diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Masson. 49-51.

Brennan, J. F. (1999). *Historia y sistemas de la psicología*. Naucalpan: Prentice Hall.

Bruch, M. y Meyer, V (1996). La entrevista conductual. En Buela, G, Caballo, V. y Sierra, J. C. (Dir.) *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI. 85-107.

Buela, G., Verdugo, M. A. y Sierra, J. C. (1997). El proceso de evaluación psicológica. En Buela, G. y Sierra, J. C. (Dir.) *Manual de evaluación psicológica: fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno. 163-171.

Buela, G. y Sierra, J. C. (1997). *Manual de evaluación psicológica: fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno.

Cabrera, N., Cantelar, N., Blanco, O. y Medina, V. (2003). SIDA: impacto psicosocial. *Revista Cubana de Psicología*, 1, 68-71. Recuperado el 17 de marzo de 2013, de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v20s1/09.pdf>

Castro, L. y Ángel, G. (1998). Análisis de los trastornos psicológicos. En Caballo, V. (dir.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.

Correa, A. L. (2005). El virus de la inmunodeficiencia humana. En Vélez, H., Rojas, W., Borrero, J y Restrepo, J. (Eds.), *Fundamentos de medicina: Manual de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas. 3-5

De la Puente, M. L., Labrador, F. J. y García, M. P. (2006). La observación conductual. En Labrador, F. J., Cruzado, J. A. y Muñoz, M. (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide. 115-135

De la Puente, M. L., Labrador, F. J. y De Arce, F. (2006). La autoobservación. En Labrador, F. J., Cruzado, J. A. y Muñoz, M. (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide. 136-150.

Daudel, R. y Montagnier, L. (2003). *El SIDA*. Distrito Federal: Siglo XXI.

Domínguez, X. M. (2011). *Psicología de la persona*. Madrid: Palabra.

Estévez, M. E. (1992). "Estructura y replicación del HIV." [Imagen] *El virus de la inmunodeficiencia humana*, Ciencia Hoy. Buenos Aires: El retorno de las pestes. Obtenido de <http://www.cienciahoy.org.ar/hoy21/inmunodeficiencia.htm>

Fernández, J. (1997). La entrevista. En Buela, G. y Sierra, J. C. (Dir.) *Manual de evaluación psicológica: fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno. 272-296

Fonseca, H. y Bencomo, M. N. (2011). Teorías del aprendizaje y modelos educativos: revisión histórica. *Salud, Arte y Cuidado*, 04, 71-93. Recuperado el 20 de marzo de 2013, de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3938580>

Flores, F., Almanza, M. y Gómez, A. (2008). Análisis del impacto del VIH/SIDA en la familia: una aproximación a su representación social. *Psicología Iberoamericana*, 02, 6-13. Recuperado el 17 de marzo de 2013, de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/1339/133920328002.pdf>

García, E. y Roa, A. (2006). Evaluación psicofisiológica. En Labrador, F. J., Cruzado, J. A. y Muñoz, M. (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide. 181-225.

Godoy, A. (2008). El proceso de la evaluación conductual. En Caballo, V., (Dir.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI. 91-93.

Guelar, A., Knobel, H. y Carmona, A. (2010). *Guía de terapia antirretroviral*. Madrid: Stendhal.

Katz, M. y Hollander, H. (2003). Infección por VIH. En Tierney, L. M., McPhee, S. J. y Papadakis, M. A. (Eds.), *Diagnóstico clínico y tratamiento*. Distrito Federal: El Manual Moderno. 1289-1319.

Kazdin, A. (1983). *Historia de la modificación de conducta: Fundamentos experimentales de la investigación actual*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Labrador, F. J., Cruzado, J. A. y Muñoz, M. (2006). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.

Lamotte, G. A. (2004). Infección-enfermedad por VIH-SIDA. *Medisan*, 4, 49-63. Recuperado el 28 de febrero de 2013 de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san06404.pdf

Levy, J. A. (2008). *El VIH y la patogénesis del SIDA*. Distrito Federal: Fondo de Cultura Económica.

Morga, L. E. (2012). Teoría y técnica de la entrevista. Estado de México: Red Tercer Milenio. Recuperado el 17 de abril de 2013 de: http://www.aliatuniversidades.com.mx/bibliotecasdigitales/pdf/salud/Teoria_y_tecnica_de_la_entrevista.pdf

Muñoz, M. (2006). Forma de proceder y pasos en el desarrollo de la evaluación conductual. En Labrador, F. J., Cruzado, J. A. y Muñoz, M. (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide. 115-135

Organización Internacional de Empleadores (2003). *Manual sobre el VIH/SIDA para empleadores: guía para la acción*. Ginebra: ONUSIDA. Recuperado 15 de abril de 2013 de: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/jc767-employershandbook_es.pdf

Pasquau, J., Valera, B. y García, P. (2003). Mecanismos de transmisión del VIH. En Pachón, J., Pujol, E. y Rivero, A. (Eds.), *La infección por el VIH: Guía práctica*. Sevilla: Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas. 55-65

Pérez, F. J. (1997). Autoinformes. En Buela, G. y Sierra, J. C. (Dirs.) *Manual de evaluación psicológica: fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno. 297-314.

Robles, F. J. (1996). *Para aprehender la psicología: un análisis histórico-epistemológico del campo psicológico*. Madrid: Siglo XXI.

Sarason, B. y Sarason, I. (2006). [Psicopatología: psicología anormal: el problema de la conducta](#). Distrito Federal: Pearson.

Servín, G., Orozco, V., Nery, A. M., Rivero, M. A., Meléndez, A., García, A. Y., et al. (2009). *Guía para enfermeras en la atención del paciente con VIH/SIDA*. Distrito Federal: CENSIDA.

Schunk, D. H. (1998). *Teorías del aprendizaje*. Naucalpan: Prentice-Hall.

Soto, L. E., Quiroz, L. A, Andrade, J., Jáuregui, M., Calva, J. J., Mozqueda, J. J. et al. (2012). *Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH*. Distrito Federal: Censida.

Tobón, S. y Vinaccia, S (2006). Modelo de intervención psicológica en el VIH/SIDA. *Psicología y salud, 02*. Recuperado el 27 de abril de 2013 de: http://www.uv.mx/psicysalud/Psicysalud%2013_2/13_2/Stob%C3%B3n.html

Weiten, W. (2006). *Psicología: temas y variaciones*. Distrito Federal: Cengage Learning.

Yale, M. (1996). La evolución del conductismo. *Psicothema, 08*, 165-186. Recuperado el 21 de marzo de 2013, de: <http://www.psicothema.com/pdf/657.pdf>