



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**

**MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO Y NIVELES DE ANSIEDAD EN
PACIENTES CON VIH ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN
PSICOEDUCATIVA**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA. MAYRA FABIOLA MARTÍNEZ LEYVA**

**TUTORA:
DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA**

**ASESORA CLINICA:
DRA. NOHEMÍ NUÑEZ RODRIGUEZ**

GENERACIÓN 2011-2014

MÉXICO D.F 2014





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

TUTORA

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR EN LA UMF No. 20**

ASESORA CLINICA

**DRA. NOHEMI NUÑEZ RODRIGUEZ
ESPECIALISTA MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO 24,
MÉDICO RESPONSABLE DE LA CLÍNICA DE VIH DEL HGZ No 24**

Vo. Bo.

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR UMF No. 20**

Vo. Bo.

**DR. MAXIMO ALEJANDRO GARCIA FLORES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD EN UMF No. 20**

DEDICATORIA

A MI PADRE:

Cuando de entre los vivos te arrancó la suerte en un instante trágico una noche lúgubre se fue mi fe y mi esperanza contigo.

Ante un féretro sin vida, absorta en mis pensamientos de bellos momentos que ya no tendría contigo, se escapaban de mis manos los momentos no vividos, honda pena dejando en mi corazón herido, deseando seguirte para verte siempre conmigo.

Enorme vacío dejó tu partida en nuestro hogar, mi único anhelo en las sombras que vinieras a darme consuelo y aliviar el dolor de mis heridas, pensé que no podría seguir adelante sin tu apoyo, sin tu fortaleza y generosidad y una noche solitaria al reclinar mi cabeza sobre mi almohada te acercaste y tu mano me bendijo, dulcemente y con ternura tus labios estamparon un beso sobre mi frente y me dijiste que nunca me dejarías y que estabas conmigo, desde ese entonces me he topado con personas y situaciones que me han enseñado a enfrentar la vida como tú lo hacías y ahora no me queda duda que desde el cielo te las ingenias para seguirme enseñando desde la muerte, ahora no me ahoga el llanto y sé que por ti soy capaz de salir adelante y terminar lo que he empezado.

Gracias padre por guiarme en el camino y por estar orgulloso de mi, por siempre apoyarme en mis decisiones, en mi carrera y por creer en mi hasta cuando a veces yo misma no creía.

A MI MADRE:

Por apoyarme siempre en todo momento durante la carrera y mi vida, por ayudarme a salir adelante y no dejarme caer, por impulsarme en cada momento a ser mejor.

A MIS SOBRINOS:

Por ser mi luz en la oscuridad

AGRADECIMIENTOS

A MIS HERMANOS:

Porque día a día me muestran entereza y fortaleza para enfrentar la vida, porque siempre me han apoyado para crecer profesionalmente.

A MI FAMILIA:

Por su apoyo incondicional

A LA DRA CARMEN AGUIRRE:

Quien sin su apoyo y dedicación no hubiera sido posible la elaboración de esta tesis y ha sido parte fundamental en mi formación como especialista en Medicina Familiar.

A LA DRA SANTA VEGA:

Por su enseñanza, tiempo y dedicación para nuestra formación como Médicos Familiares.

INDICE

RESUMEN

ANTECEDENTES.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
OBJETIVO.....	20
JUSTIFICACIÓN.....	21
HIPOTESIS.....	25
SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.....	26
RESULTADOS.....	34
DISCUSIÓN.....	41
CONCLUSIONES.....	42
RECOMENDACIONES.....	43
BIBLIOGRAFÍA.....	44
ANEXOS.....	50

MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO Y NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON VIH ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

MARTÍNEZ LEYVA MAYRA FABIOLA¹; AGUIRRE GARCIA MARÍA DEL CARMEN²; NUÑEZ RODRIGUEZ NOHEMÍ³

¹Alumna de curso de especialización UMF 20 ²Profesora Titular del curso de especialización MF ³Investigador asociado Médico responsable de Clínica de VIH HGZ 24

Recibir el diagnóstico de VIH es devastador y las consecuencias emocionales en estos pacientes pueden hacer que el afrontamiento de esta enfermedad sea especialmente difícil.

Objetivo: Se determinaron los mecanismos de afrontamiento y niveles de ansiedad en pacientes con VIH antes y después de una intervención psicoeducativa.

Material y método: Estudio cuasiexperimental en pacientes del HGZ 24, con diagnóstico mínimo 6 meses de VIH, invitados a participar en un taller psicoeducativo de 6 horas en tres sesiones abordando concepto/generalidades; mitos/realidades; estigmatización/discriminación de los pacientes con VIH/SIDA y entrenamiento en relajación para manejo de estrés y ansiedad. Previo consentimiento informado pre y post se realizó encuesta de aspectos sociodemográficos, BAI y Escala de Modos de Afrontamiento revisada. Se usó estadística descriptiva y no paramétrica (Rangos de Wilcoxon)

Resultados: 10 pacientes con media de edad de 42.20 años \pm 9.42, masculinos 80%, femenino 20%, BAI con media=2.0 antes y posterior media de 1.7 y una diferencia de -0.3 con una $p=0.429$ no significativa. En cuanto al afrontamiento presentando solo significancia en la EEM con $p=0.020$ y en PSD de 0.048.

Discusión y conclusiones No se observó cambios significativos en el grado de ansiedad posterior a un corte de 3 semanas.

Palabras claves: Mecanismos de afrontamiento, niveles de ansiedad, VIH/SIDA, intervención psicoeducativa

COPING MECHANISMS AND ANXIETY LEVELS IN HIV PATIENTS BEFORE AND AFTER A PSYCHO-EDUCATIONAL INTERVENTION

¹Mayra Fabiola Martínez Leyva, ² Maria Del Carmen Aguirre García; ³Nohemí Nuñez Rodríguez

Resident expertise of Family practitioner at UMF 20 ²Professor FP specialization course
Research Associate Medical Clinic responsible for HIV HGZ 24

Being diagnosed with any life -threatening illness is devastating, but the emotional, social and financial implications of patients with HIV can make coping with this disease especially difficult.

Objective: coping mechanisms and anxiety levels were determined in patients with HIV before and after an educational intervention.

Methods: Quasi-experimental study in patients HIV clinic HGZ 24 with diagnostic time 6 months. Invited to participate in a psychoeducational workshop 6 hours divided into three sessions that addressed Concept and Overview of HIV/AIDS Myths and realities of HIV/AIDS Stigma and discrimination against patients with HIV/AIDS and relaxation training for management stress and anxiety. Informed consent pre and post survey was conducted of sociodemographic, the Beck Anxiety Inventory and Coping Scale Revised modes both validated.

Descriptive and non-parametric statistics (Wilcoxon) was used.

Results: 10 patients with mean age of 42.20 ± 9.42 years, male 80%, female 20%, mean = 2.0 BAI prior and posterior mean of 1.7 and a difference of -0.3 with a $p = 0.429$ not significant. As for coping presenting only with significance at $p = 0.020$ SEM and 0.048 PSD.

Discussion and Conclusions No significant changes were observed in the degree of anxiety to cut back 3 weeks.

Keywords: Coping mechanisms levels of anxiety, HIV/AIDS, psychoeducational

ANTECEDENTES

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) ha significado un golpe terrible para el mundo y los miembros de las instituciones de salud pública, quienes durante la segunda mitad del decenio de 1970-1979 se hallaban convencidos de que la amenaza de las enfermedades provocadas por bacterias y virus era cosa del pasado. El decenio de 1980-1989 trajo consigo dos nuevas causas de preocupación: el desarrollo de variedades de bacterias resistentes a fármacos y la aparición del SIDA, (estado final de la infección por VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, que actualmente es una pandemia que está causando una creciente mortalidad y morbilidad en todo el mundo (1)

El VIH/Sida es un problema de salud pública a nivel mundial. Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas (ONUSIDA) sobre VIH/SIDA, en el año 2006 había en el mundo 39.5 millones de personas con VIH; de los cuales 37.2 millones eran adultos, 17.7 millones mujeres y 2.3 millones menores de 15 años. En el mundo, diariamente se infectan de VIH alrededor de 11 mil personas, lo que significa que 4.3 millones de personas contrajeron la infección en el año 2006. La epidemia ha tenido consecuencias importantes en la población adolescente y joven; aproximadamente el 40% de las nuevas infecciones por VIH se presentan en jóvenes de edades entre 15 y 24 años. Únicamente durante dicho año, el SIDA causó 2.9 millones de muertes en personas infectadas con el VIH (2)

Un total de 2.7 millones de personas adquirieron infección por VIH en 2010 disminuyendo de 3.1 millones en 2001 y contribuyendo a un total de 34 millones de personas con VIH en 2010 (3).

A principios del siglo XXI, la comunidad internacional enfrentó un desarrollo formidable en retos en salud, ninguno más que en los países de las regiones más pobres del mundo: África Subsahariana. Aunque la incidencia global de infección por VIH alcanzó su nivel máximo en la década de 1990, más de 3 millones de personas

estaban siendo infectadas por año, el SIDA se había convertido en una de las principales causas de muerte en adultos en África Subsahariana y el ataque total de la epidemia no se dejaría sentir hasta el 2006, cuando más de 2,2 millones de personas mueren cada año relacionadas a causa del SIDA (4).

En México la incidencia de VIH/SIDA tuvo un crecimiento inicial relativamente lento, pero después presentó una fase de crecimiento acelerado que alcanzó su pico en 1999. Entre 2000 y 2003 se mantuvo estable y empezó a descender en 2004. La tasa de mortalidad en adultos de 25 a 44 años inició una fase de descenso a finales de los noventa, que continúa a la fecha. En las mujeres la mortalidad se incrementó ligeramente entre 1997 y 2004, pero en los hombres se redujo 14%. Los casos acumulados registrados hasta el final de 2006 sumaban poco más de 110,300 y se estima que para el 2009 se contaba con alrededor de 220,000 portadores del VIH (3,4)

La epidemia de SIDA en México afecta sobre todo a grupos que mantienen prácticas de riesgo: la prevalencia en hombres que tienen sexo con hombres es de 15%, en trabajadoras del sexo comercial es de 2% y en usuarios de drogas inyectables de 6%, contra sólo 0.3% en la población general adulta. Se estima que de ese total de infectados el 59% lo desconocen, lo anterior significa un alto riesgo a la salud pública. Para el 2010 se reportaron 4,547 casos nuevos de SIDA y 4,524 nuevas infecciones por VIH (3,4).

Es muy posible que la mortalidad por esta causa se contenga en el mediano plazo en México como resultado del desarrollo de nuevos antirretrovirales y el incremento del acceso a ellos. Desde 2003, todos los pacientes con VIH/SIDA tienen acceso gratuito a estos medicamentos. Es importante, sin embargo, no bajar la guardia y fortalecer las acciones tendientes a abatir la transmisión del virus. La principal vía de transmisión en México es la sexual (4).

A pesar de que en América Latina y el Caribe la epidemia de VIH/Sida es más reciente, el número de infecciones por VIH rebasó la cifra de 1.7 millones (además de

250 mil producidas en habitantes del Caribe), según los datos del Consejo Nacional para la Prevención y control del Sida de México (CONASIDA).

Cuando una persona se infecta con VIH, el virus entra en el cuerpo y se multiplica principalmente en los glóbulos blancos. El virus del VIH debilita el sistema inmunológico, dejando al cuerpo vulnerable a las infecciones y otras enfermedades, que van desde la neumonía hasta el cáncer. El VIH puede también afectar directamente al cerebro, causando deterioro en la memoria y el pensamiento; adicionalmente, algunos medicamentos que se emplean para combatir o aminorar sus efectos pueden tener efectos colaterales sobre la salud mental. Los problemas en la salud mental pueden afectar a cualquiera, pero las personas con VIH son más proclives a experimentar un amplio rango de condiciones de riesgo a su salud mental en el curso de sus vidas. Lo más común son los sentimientos vinculados a un agudo malestar emocional, depresión y ansiedad, que frecuentemente acompañan a las experiencias adversas de la vida (5).

ONUSIDA define el estigma y la discriminación como: "proceso de desvalorización de la gente que viven con/o asociado con el VIH y el SIDA" La discriminación sigue al estigma y es el trato desigual e injusto de una persona sobre la base de su estado serológico, real o percibida. "(6)

El estigma tiene raíces muy antiguas que remontan a la Grecia clásica, donde los grupos marginados eran marcados con hierro candente como señal permanente de su condición. Se ha descrito como una característica que "desprestigia considerablemente" a un individuo ante los ojos de los otros. El sociólogo estadounidense Erving Goffman ha sostenido que el individuo estigmatizado es una persona con una "identidad dañada" que es "convertida en indigna" a los ojos de los demás. También tiene importantes consecuencias sobre el modo en que los individuos se perciben a sí mismos (7).

El estigma y la discriminación asociados al VIH/SIDA tienen muchos otros efectos. En particular, tienen grandes consecuencias psicológicas en relación con el modo en que las personas con el VIH/SIDA se perciben a sí mismas, lo cual conduce en algunos casos a la depresión, la falta de autoestima y la desesperación. También socavan la

prevención haciendo que las personas teman averiguar si están o no infectadas, y solicitar tratamiento, por miedo a las reacciones de los demás. Hacen que quienes corren el riesgo de infectarse y algunos de los afectados sigan manteniendo relaciones sexuales sin protección debido a su convencimiento de que comportándose de forma diferente levantarían sospechas acerca de su estado seropositivo. Y hacen que las personas con el VIH/SIDA sean percibidas erróneamente como una especie de “problema” y no como parte de la solución para contener y controlar la epidemia (7).

El estigma es perjudicial en sí mismo, porque puede conducir a sentimientos de vergüenza, culpa y aislamiento de las personas con el VIH, y también porque las concepciones negativas a menudo conducen a los individuos a hacer cosas o a dejar de hacer cosas que perjudican a otros o que les niegan servicios y derechos. El personal hospitalario o penitenciario, por ejemplo, puede negar los servicios de salud a una persona con el VIH/SIDA. O los empresarios pueden despedir a un trabajador en razón de su estado seropositivo real o supuesto. Las familias y las comunidades pueden rechazar y condenar al ostracismo a quienes tienen o se considera que tienen el VIH/SIDA. Tales actos constituyen una discriminación en razón del estado seropositivo real o supuesto y violan los derechos humanos. También resultan evidentes la autoestigmatización o la vergüenza sentida por las personas con el VIH/SIDA cuando internalizan las respuestas y reacciones negativas de los demás. La autoestigmatización puede conducir a la depresión, el retraimiento y los sentimientos de autodesprecio. Silencia y socava la fuerza de individuos y comunidades ya debilitados y hace que las personas se culpen a sí mismas de su situación. Está vinculada con lo que algunos autores han llamado el estigma “sentido”, en oposición al representado, en la medida en que afecta fundamentalmente a los sentimientos y el sentido del orgullo de un individuo o una comunidad (7).

Las familias de pacientes con VIH/SIDA también son víctimas de procesos de estigmatización, que se asocian directamente a la forma en que manejan este problema de salud. Junto con este tipo de presiones sociales externas, las familias de personas VIH positivas o con SIDA deben de pasar por todo un proceso de adaptación del que se

tiene aún poco conocimiento y que incluye no solo la negociación de la identidad familiar con el exterior, sino también la delimitación de responsabilidades en la atención del paciente con SIDA, entre la familia y los servicios de salud (8).

Diversos autores han propuesto la categoría de “estrés” (4, 9) como la variable psicosociológica intermedia que vincula las condiciones de vida con la salud mental. Su interés fundamental radica en explorar por qué algunos individuos desarrollan respuestas patológicas ante ciertas condiciones de vida, mientras que otros expuestos a las mismas condiciones se mantienen sanos. Aunque se han explorado diversos caminos, los principales intentos han consistido en buscar variables que expliquen las variaciones en el impacto del “estrés” sobre la salud. El apoyo social ha sido propuesto como una de esas variables (10)

El apoyo social es entendido como las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación (11).

La red social es un conjunto de contactos que dan identidad social a los individuos, apoyo de diferentes tipos e influye en la búsqueda de ayuda que hacen las personas (3), por lo tanto se refiere a los contactos personales, comunitarios e institucionales por los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo material, instrumental, emocional e informativo. La primera fuente de ayuda de los individuos generalmente es la familia, cuyas características e historia influyen en la presencia de factores protectores de la salud o de riesgo para enfermar, de igual forma determinan el uso de los recursos de la comunidad, incluyendo el sistema de salud (4). Las redes de apoyo social se subdividen en informales cuando el sistema de apoyo para el individuo sólo abarca la familia, los amigos los grupos comunitarios autónomos, no incluye a las instituciones públicas y privadas; y en las de tipo formal se contemplan las instituciones u organizaciones no gubernamentales que poseen un sistema burocrático, en el que se consideran objetivos específicos y participan profesionales (11).

Bowling define a la red social como las relaciones sociales identificables que rodean a un individuo, teniendo en cuenta las características de las mismas. Durante años la categoría de redes sociales fue asumida como indicador de apoyo, si la persona pertenecía a una red estaba apoyada (12)

El SIDA produce los mismos trastornos psicológicos que otras enfermedades mortales e incurables, pero además, lleva consigo el estigma social que dificulta de forma importante la adaptación del paciente a la enfermedad, generando así respuestas emocionales negativas que, entre otras, pueden desencadenar intentos e ideaciones suicidas. Así, para algunas personas el suicidio podría constituirse en una de las mejores alternativas disponibles para escapar y evitar el sufrimiento y los sentimientos de culpabilidad. De hecho, la ideación suicida es un síntoma que aparece con relativa frecuencia entre los pacientes con infección por VIH (Ayuso, 1997) (13).

Al iniciar una aproximación académica a la población infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, se establece contacto con la vulnerabilidad del ser humano como no es frecuente en otras áreas, incluso en otras enfermedades crónicas. Sus emociones, sus historias, sus familias (en los casos en que aún cuentan con ella) y el miedo a la muerte surgen al reconocer la falta de control sobre su enfermedad, y su propia vida. Aún en los pacientes que han sido diagnosticados oportunamente y que cuentan con un tratamiento farmacológico adecuado, las recaídas son constantes, el avance de la enfermedad notorio, y no es secreto para ellos que no hay una cura aún para su enfermedad. Es por esto que se esperaría encontrar una alta incidencia en la depresión, depresión mayor, de la intención y la ideación suicida, ya que según Caballo (1998) la presencia de éstas se podría entender como intentos desesperados de controlar el proceso de enfermedad, como una respuesta frente a temores concretos en cuanto a una muerte inminente, a infectar a otras personas, y a la discriminación y estigmatización social. Estas respuestas, se estima, tendrían una relación directa con los estados emocionales descritos, entre otros por Velandia (1999), como lo son la negación, la transición, la aceptación y la adaptación. Mc Kusick (1986) y Kelly y St. Lawrence (1989) comunican que las reacciones psicológicas más habituales de una

persona al conocer su seropositividad comprenden ansiedad (50-75% Joseph y cols), miedo (a desarrollar SIDA, reacciones adversas por medicamentos, dolor, deformación física, a ser abandonado, rechazado, estigmatizado o ambos por su familia, amigos y red social, a perder el valor y no poder enfrentar la enfermedad y finalmente a enfrentar la muerte), ira y enojo (surgiendo la pregunta ¿por qué a mí? A las personas que lo rechazan o lo abandonaron, enojo contra la persona que posiblemente lo contagio), depresión (Pudiendo ser altos (Mc Kusick, 1986) llegando a presentar desequilibrios psiquiátricos (31%), especialmente depresión mayor y distimias) y negación (pasando por tres etapas, crisis inicial, etapa de transición y etapa de aceptación).

Los investigadores han notado que las manifestaciones de la depresión tienden a elevarse en el año que precede a la muerte relacionada con el SIDA. Las manifestaciones del SIDA y la cuenta de CD4 no predicen el riesgo de depresión. Sin embargo, parece ser que los síntomas depresivos predicen el desarrollo del SIDA y sus manifestaciones clínicas (14). La mejoría de los trastornos depresivos después del tratamiento ha mostrado una mejoría en la calidad de vida de los pacientes y un incremento en la adherencia al tratamiento antirretroviral, por lo que puede haber un beneficio sustancial en la salud de estos pacientes una vez establecido un tratamiento farmacológico y psicoterapéutico (15).

Existe una compleja relación entre la enfermedad física y el suicidio, considerándose incluso como un relevante factor de riesgo. Las personas con enfermedades que afectan el cerebro presentan altas tasas de suicidio si se les compara con personas que tengan otro tipo de enfermedades, incluso con aquellas que tienen enfermedades francamente malignas. Algunas de las enfermedades con las que se ha asociado el riesgo de suicidio son: la insuficiencia renal crónica con diálisis, neoplasias malignas de cabeza y cuello, VIH/ SIDA, lupus, enfermedades de la espina dorsal, trasplante de riñón, enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple y úlcera péptica. Sin embargo, algunas de las enfermedades mencionadas anteriormente no incluyen afecciones cerebrales (Hughes y Kleepies, 2001; y Maris, 1981). La ideación suicida es un síntoma que aparece con relativa frecuencia entre los pacientes con infección por VIH. Además,

algunos estudios epidemiológicos han demostrado que los individuos con VIH tienen una mayor probabilidad de suicidarse que el resto de la población general (Belkin, Fleishman, Stein y cols., 1989; Haller y Miles, 2003). De hecho, según Rundel et al. (1992), Gala et al. (1992), McKegey y O'Dowd (1992) y O'Dowd, Biederman y McKegey (1993), el impacto diagnóstico de VIH/SIDA incrementa el riesgo de suicidio particularmente justo después de haber recibido el resultado positivo y de haberse distanciado de los amigos, mencionando que en otros dos momentos específicos podría incrementarse el riesgo suicida: en los seis meses posteriores a haber recibido el diagnóstico y en el momento en que aparecen los síntomas del SIDA. La primera prueba que mostraba un incremento del riesgo de suicidio en pacientes con SIDA se obtuvo en Nueva York a partir del análisis de los casos de suicidio que se presentaron (Marzuk, Tierney y Tadriff, 1988, citado en García, 1998). Resultados semejantes se han obtenido en trabajos realizados en América Latina (Plott, Benton y Winslade, 1989, citado en García, 1998). El estudio de Schneider (1989), tuvo como objetivo investigar los indicadores biológicos relacionados con la ideación suicida en pacientes con SIDA, así como la muerte por SIDA y los eventos de enfermedad en la predicción del intento suicida. La muestra fue de 798 hombres homosexuales y bisexuales. De manera consistente con Depue y Monroe (1986) citados por este autor, los diferentes modelos explicativos del intento suicida consideran que pueden o no existir, síntomas depresivos. Luego, parecería ser que la intención suicida en personas seropositivas podría depender de si están o no en fase SIDA (13).

En la exploración psicológica de un paciente con VIH se debe tener en cuenta la identificación de los factores que han demostrado ser predictores de un riesgo suicida elevado; los factores psicosociales que pueden precipitar el suicidio en pacientes con VIH son: el estigma relacionado con la enfermedad, la retirada del apoyo familiar, la pérdida del puesto de trabajo, la dependencia de los demás para el desempeño de actividades de la vida cotidiana, la pérdida de personas allegadas y la amenaza de la enfermedad como algo inexorable y terminal (García, 1998). El riesgo suicida parece incrementarse en el período que sigue inmediatamente después de la notificación de la infección, lo que confirma la importancia de las estrategias de prevención en el

momento de dicha notificación. Hay una serie de síntomas depresivos que se asocian con frecuencia a la conducta autolítica: Sentimientos de culpa, inquietud motora, anestesia afectiva, ideas delirantes y alteraciones graves del sueño (Crespo, Vicente, Ochoa y Morales, 1992). Como ha sido mencionado, el suicidio es un aspecto complejo biopsicosocial que resulta de la depresión, la soledad y el déficit o ausencia de soporte social. La infección por VIH con todas sus negativas connotaciones y la discriminación que genera, puede ser una causa de intentos e ideación suicida. Algunos factores se han asociado a la ideación suicida en personas con VIH; por ejemplo, la orientación sexual (homosexual), la sero-positividad del compañero, la pérdida de la pareja por SIDA, historia de autolesiones y presencia de síntomas físicos. Algunas de las variables psiquiátricas que predicen la ideación suicida incluyen el policonsumo de sustancias psicoactivas, historia de depresión y sensación de soledad y abandono (Glor y Smith, 2005). El estigma ha sido considerado también como una variable predictora del suicidio y por supuesto, en países como la India y como los latinoamericanos, puede serlo mucho más. De hecho, existen algunos estudios realizados en la India acerca de la relación entre el suicidio y el VIH que indican que estas personas intentan suicidarse antes de ser discriminadas o incluso, por miedo a ello (Chandra, Desai y Ranjan, 2005). Por ejemplo, en uno de los estudios que estos autores citan se evaluó la historia de intentos e ideaciones suicidas además de la depresión en 51 mujeres seropositivas, encontrándose persistencia de las ideaciones de este tipo en el 14% de las mujeres, ideas de muerte en el 20% e intentos suicidas en el 8%. Otro estudio realizado recientemente en Bangalore (India) y citado también por estos mismos autores, indica que dentro de los factores de riesgo para el suicidio están el sexo femenino, el bajo nivel educativo y presencia de malestar físico. Incluso, reportan que las variables psiquiátricas asociadas al suicidio fueron las mismas que las reportadas a nivel mundial: depresión (73%), soledad y ansiedad (29%). Los predictores más importantes de los intentos suicidas previos fueron una historia positiva de desórdenes psiquiátricos (particularmente diagnóstico de depresión), una larga historia de abuso de sustancias psicoactivas e historia familiar de intentos suicidas. Estos hallazgos indican que las tasas de ideación suicida aumentan en los hombres seropositivos y que los factores psicosociales en esta población están estrechamente ligados con la intención y la

ideación suicida. De acuerdo con la tesis de grado de Morrisson (1991), las personas con VIH han mostrado un riesgo significativamente mayor de presentar depresión y suicidio en comparación con la población general. Su estudio fue realizado con hombres homosexuales seropositivos y seronegativos, encontrando que efectivamente, el grupo de seropositivos presentaba mayores tasas de intención e ideación suicida. Schoenfeld (1991) realizó un estudio con hombres homosexuales adultos tanto seropositivos como seronegativos, seropositivos asintomáticos y SIDA. Los resultados no revelan diferencias entre los grupos. No obstante, un dato interesante es que existe una correlación entre la percepción de disponer de un grupo de apoyo social insuficiente y la ideación suicida. Tres de los 49 sujetos de la muestra intentaron suicidarse después de recibir el diagnóstico positivo. Los intentos suicidas relacionados con el VIH parecen estar asociados con historia previa de intentos suicidas, estar enfermo y el consumo moderado de alcohol y otras sustancias psicoactivas durante el último año. En su tesis, Pompeo (1994) comparó la intención e ideación suicida en un grupo de hombres homo-sexuales y uno de hombres heterosexuales. Para los primeros, los factores de riesgo fueron baja autoestima, dificultad en la solución de problemas, abuso de sustancias, depresión y abuso físico. De hecho, los homosexuales jóvenes presentaron mayores niveles de intención e ideación suicida y déficit en solución de problemas que los heterosexuales. La media de intentos suicidas en homosexuales hombres fue de 3.1. La media de edad del primer intento para esta misma población fue de 15.1 años, la media de edad para el último intento fue de 17.3 años, 75% de los sujetos que presentaron intento suicida tenía historia de por lo menos uno anterior y el 25% de dos. Los hallazgos de este estudio son congruentes con los de Paul, Catania, Pollack y Moskowitz (2002), quienes encontraron que efectivamente, la tendencia a la ideación y conducta suicida es mayor en hombres homosexuales e igualmente en bisexuales, especialmente en aquellos que son jóvenes (13)

Otros de los factores relacionados con el incremento del riesgo de suicidio en los pacientes con VIH/SIDA son el desorden mental orgánico, particularmente el delirium y la demencia, los cuales suelen presentarse en etapas avanzadas de la infección. De hecho, de acuerdo con Breibart (1987; 1990), en la evaluación predominan los signos

de delirium superpuestos a la demencia SIDA. Así mismo, depresión, desesperanza, tristeza, nostalgia del pasado, culpas, múltiples duelos y aislamiento son en conclusión, los principales factores de riesgo para la conducta suicida en estos pacientes seropositivos. Tal y como se ha observado la depresión y el suicidio, este último generalmente consecuencia de la depresión, son dos condiciones que pueden presentarse usualmente en el pacientes con VIH/SIDA (13). Para evaluar la presencia de éstos, se han utilizado históricamente diferentes instrumentos de tipo psicométrico como por ejemplo el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Ideación Suicida (SSI).

Krueger, D. (1988) expone que todo individuo que sufre una incapacidad física o una enfermedad crónica irreversible y en especial las que ponen en riesgo la vida como el VIH/SIDA, experimenta una pérdida importante y dolorosa que para muchos es la más devastadora de sus vidas, estando directamente asociada con una mayor incidencia a los cuadros depresivos. Mazzotti, G. (1994), refiere que la depresión en individuos infectados con VIH por lo general es posible efectuarse con base en la duración sostenida, pérdida penetrante de la autoestima y culpa irracional, siendo necesario ser tratada mediante sistemas psicoterapéuticos. Smickley (1976) narrado por Beck en 1983 y Markowitz, J y Colabs.(1998), proponen la aplicación adecuada de intervenciones psicoterapéuticas basándose en los resultados positivos obtenidos en sus respectivas investigaciones al aplicar la terapia cognitiva conductual e interpersonal a pacientes deprimidos con VIH (1)

Los problemas en la salud mental pueden afectar a cualquiera, pero las personas con VIH son más proclives a experimentar un amplio rango de condiciones de riesgo a su salud mental en el curso de sus vidas. Lo más común es:

MALESTAR EMOCIONAL: Recibir un diagnóstico de VIH positivo puede producir fuertes reacciones emocionales. Al principio, provoca un estado de choque y negación que puede cambiar a sentimientos de temor, culpa, ira, tristeza y desesperanza. Algunas personas desarrollan incluso ideación suicida. Es comprensible que el enfermo

pueda sentirse desesperado, temeroso de la enfermedad, la incapacidad e incluso la muerte.

ANSIEDAD: La ansiedad es un sentimiento de pánico o aflicción que frecuentemente se acompaña de síntomas físicos, como sudoración, dificultad para respirar, taquicardia, agitación, nerviosismo, cefalea y pánico. La ansiedad puede coexistir con la depresión o ser vista como un desorden por sí misma, frecuentemente causada por circunstancias que producen temor, confusión o inseguridad.

MIEDO: Entre los temores más usuales está el miedo a las diversas enfermedades oportunistas; a desarrollar SIDA, ante el posible dolor que podría enfrentar, deformación física, a ser abandonado

DEPRESIÓN: La depresión es una grave condición que afecta los pensamientos, las emociones y la habilidad requerida para el funcionamiento en la vida diaria. Es el doble de lo común en las personas con VIH, comparada con la que se observa en la población general. La depresión se caracteriza sobre todo por la presencia de la mayoría de los siguientes síntomas: tristeza, apatía, fatiga, dificultad para concentrarse, pérdida de interés en las actividades, cambios en el apetito y el peso corporal, problemas para dormir, descuido personal y posiblemente pensamientos suicidas. Algunas investigaciones han reportado que aproximadamente un quinto de la población afectada (19%) manifiesta esta ideación suicida, y que aquellos pacientes que reportan una mayor autoeficacia para afrontar la enfermedad son menos susceptibles a tales pensamientos (Carrico, Johnson, Morin y cols., 2007) (1).

CALIDAD DE VIDA: La Organización Mundial de la Salud ha desarrollado un instrumento para evaluar la calidad de vida de los enfermos en cuatro dimensiones: psicosocial, física, ambiental y general. Cuando se ha utilizado para supervisar a una muestra de pacientes portadores de VIH, se ha visto que en la dimensión psicosocial son variables importantes el apoyo emocional que recibe el paciente, las estrategias de

afrontamiento centradas en las emociones y en el problema y el estado civil de los enfermos (Seidl, Zannon y Troccoli, 2005) (5)

Ante el SIDA, el duelo se origina al momento del diagnóstico, generando una respuesta emocional ante la enfermedad. La incertidumbre ante la posibilidad de haber contraído la enfermedad puede ocasionar que la persona sufra la misma angustia y estrés que una persona que sabe que tiene VIH/SIDA. Se han observado estados ansioso-depresivos en personas expuestas a prácticas de riesgo ya que no están preparadas para un resultado positivo. De la misma forma en este grupo existen personas que no se practican el examen de detección de HIV ya que piensan que los resultados del examen no son concluyentes o carecen de resultados exponiéndolos a la estigmatización, ostracismo, pérdida del trabajo, seguro médico, sus relaciones sociales o de pareja; y la imposibilidad de sobrellevar el alto nivel de estrés y ansiedad que les puede producir un resultado positivo. Ante este hecho resulta importante conocer las consecuencias emocionales en el individuo luego de saberse seropositivo, pues debe recordarse que en el momento de informar a una persona que tiene una enfermedad crónica y terminal desde el punto de vista psicológico atraviesa por varias etapas, las cuales van desde la negociación hasta llegar a la aceptación. Mc Kusick (1986) y Kelly y St. Lawrence (1989) comunican que las reacciones psicológicas más frecuentes de una persona al conocer su seropositividad son ansiedad, miedo, ira, depresión, somatización y negación (1).

Los aspectos relacionados con el procesamiento humano de la información, son de suma importancia en el curso de las enfermedades, predictivos en la evolución de patologías crónicas y de obligada consideración en la problemática del VIH. En función al procesamiento de información, las amenazas a la salud e integridad física, influyen en las emociones y propician distintas conductas de enfermedad. Estos estados anímicos se describen en términos de temores o miedos, sentimientos asociados y mecanismos adaptativos utilizados. La presencia de estos estados anímicos, se ve acompañada de trastornos emocionales (16).

Las clasificaciones diagnósticas como el DSM-IV atribuyen al duelo normal síntomas depresivos moderados como la pérdida de interés por el mundo exterior, tristeza, sentimientos de culpa, insomnio, anorexia, sin que esto acompañe de grandes déficits funcionales ni de inhibición psicomotora. El duelo anticipatorio permite iniciar el proceso antes de que ocurra la muerte, pero no significa que no habrá dolor en el momento en que ésta ocurra y constituye una oportunidad para que se proporcione al enfermo mayor tranquilidad y bienestar. Por esta razón Mora (2002), hace referencia a la importancia de implementar estrategias psicológicas tales como las terapias de soporte y las terapias cognitivas y comportamentales (16).

El sujeto puede hacer uso de sus recursos personales y sociales para afrontar el estrés. El tipo de coping (afrontamiento) son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo y el uso de ellos dependerá de las características de la situación estresora y de la valoración cognitiva que el sujeto haga de la misma. En opinión de Lazarus y Folkman (1984), las formas de afrontamiento dependen fundamentalmente de los recursos disponibles y de las dificultades que pueda tener para alcanzarlos, dentro del contexto de una interacción determinada. Las formas en que el individuo hace frente al estrés constituyen las estrategias de afrontamiento (17).

Dentro de esta línea conceptual, la investigación sobre la relación entre estrategias de afrontamiento y personalidad, más en concreto el estudio de las influencias de las características de personalidad en los procesos de afrontamiento (Suls, David y Harvey, 1996), ha llevado a establecer diferencias entre dos conceptos que podrían parecer similares: los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento. Para Fernández Abascal (1997), los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. A su vez, las

estrategias de afrontamiento serían los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes. En este sentido, los estilos de afrontamiento se pueden considerar como disposiciones generales que llevan a la persona a pensar y actuar de forma más o menos estable ante diferentes situaciones (Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1995), mientras que las estrategias de afrontamiento se establecerían en función de la situación. Otros autores (Pelechano, 2000), han considerado que ambos conceptos son complementarios, siendo los estilos de afrontamiento formas estables o consistentes de afrontar el estrés, mientras que las estrategias de afrontamiento serían acciones y comportamientos más específicos de la situación. Igualmente, otros estudios han combinado la perspectivas disposicional y contextual y han apoyado la vinculación de ambos constructos (p.e., Bouchard, 2003; David y Suls, 1999; Moos y Holahan, 2003) (18).

Las estrategias de afrontamiento pueden clasificarse en adaptativas y desadaptativas, las cuales dependen de múltiples factores, interviniendo tanto las diferencias intraindividuales como también las interindividuales. Sin embargo, también es cierto que diferentes estudios han encontrado relaciones entre el uso de determinadas estrategias y su grado de adaptación al dolor (19)

Posteriormente otros estudios mostraron que existen una mayor variedad de modos de afrontamiento. Por ejemplo, la escala de Modos de afrontamiento (Ways of Coping WOC) de Folkman y Lazarus (1985), cubre al menos ocho estrategias diferentes: (20)

1. Confrontación: Intentos de solucionar directamente la situación
2. Planificación: Pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.
3. Distanciamiento: Intentos de apartarse del problema o evitar que le afecte.
4. Autocontrol: Esfuerzos de controlar sus sentimientos y respuestas emocionales.
5. Aceptación de responsabilidad: Reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.

6. Escape-Evitación: Empleo de un pensamiento irreal improductivo o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
7. Reevaluación positiva: Percibir los posibles aspectos positivos que haya tenido la situación estresante.
8. Búsqueda de apoyo social: Acudir a otras personas para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional.

Las personas que viven con VIH/SIDA se enfrentan a un rechazo social, con una expectativa de vida corta y en algunas ocasiones aislados de la comunidad en general, esto puede traer consigo unas estrategias de afrontamiento pasivas que pueden dificultar una adherencia al tratamiento positiva. El VIH no tiene cura, pero se puede ofrecer a las personas que conviven con este virus una buena calidad de vida, en este sentido la comunidad médica, enfermeras, psicólogos, psiquiatras, etc, tienen como obligación generar un espacio donde el paciente no se sienta discriminado y donde este pueda tener acceso a la salud, a un apoyo terapéutico y a la satisfacción de sus necesidades básicas (21)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La persona que padece infección por el VIH reacciona con elevados niveles de ansiedad, ira y hostilidad (22). El diagnóstico o en sí misma la enfermedad supone un gran impacto emocional. La aparición de síntomas de depresión es esperable ante el conocimiento del diagnóstico de VIH, pero estos síntomas pueden convertirse en patología si no desaparecen tras un proceso de ajuste a su situación (23)

El sida es un elemento devastador; el caos que representa la enfermedad obliga a los individuos a enfrentar el estrés mediante ciertas estrategias (Lobera, Villagrán-Vázquez y Díaz-Loving, 1998) descritas como los esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Se considera que las estrategias de afrontamiento pueden ser de tres tipos: (24)

- a) Enfocadas al problema.
- b) Enfocadas a la emoción o cognición, ya sea con pensamientos desiderativos, distanciamiento o énfasis en lo positivo.
- c) Un enfoque mixto, es decir, actos o intentos de hacer algo activo en combinación con los recursos sociales, que conducen a la búsqueda activa de apoyo en una red de personas y/o instituciones para cambiar, a mediano o largo plazo, relación persona ambiente (Lazarus y Folkman, 1984).

Los problemas para hacer frente al fenómeno del SIDA son diversos, entre los cuales destacan dos: el primero, estigma que rodea a los homosexuales, sean seropositivos asintomáticos o seronegativos, así como a otros enfermos con VIH. Esto trae como consecuencia que los enfermos no traten abiertamente su preferencia sexual ni su padecimiento (Lobera, Villagrán-Vazquez y Díaz-Loving, 1998); y segundo, la dificultad de plantearse escenarios posibles para hacer frente a la enfermedad si ésta llegara a presentarse (Lobera, Villagrán-Vazquez y Díaz-Loving, 1998). (20)

Olson y sus colaboradores (1989) han postulado que los recursos de afrontamiento con los cuales cuentan pueden ser de diferentes tipos:

- a) Reencuadre
- b) Apreciación pasiva
- c) Búsqueda del apoyo espiritual
- d) Movilizarse en búsqueda de fuentes formales de apoyo
- e) Adquirir apoyo social

Existen en realidad muchas estrategias posibles de afrontamiento que puede manejar un individuo y se ha encontrado de manera general que las mujeres que padecen esta enfermedad presentan una respuesta de evitación psicológica.(25) El uso de unas u otras en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce (26)

Los estudios sobre afrontamiento y enfermedad crónica buscan determinar los estilos y estrategias que favorecen un mejor ajuste a las condiciones de la enfermedad y que disminuyen los riesgos asociados a las mismas. Se ha sugerido que el afrontamiento de tipo activo y el estilo enfocado en el problema parecen estar asociados a los resultados psicológicos más positivos al favorecer la adaptación a la nueva condición de enfermo; por su parte, los afrontamientos por evitación, confrontación, distanciamiento, autocontrol y escape parecen estar asociados a resultados psicológicos negativos, tales como depresión y ansiedad. Sin embargo, algunas investigaciones reconocen que el uso de estrategias mixtas (centradas en el problema y en la emoción) brindarían una mayor versatilidad al afrontamiento de las condiciones estresantes, ya que el meramente centrado en el problema es útil cuando la enfermedad es percibida como un evento que puede ser controlado por quien la padece; en cambio, el enfocado en la emoción muestra mayores resultados positivos cuando la enfermedad se percibe como incontrolable. (27, 28)

Estudios de reestructuración cognitiva en la depresión en pacientes de VIH/SIDA de un centro hospitalario revelaron que después de la aplicación de la Técnica de Reestructuración Cognitiva, los niveles de depresión de los pacientes son diferentes significativamente por lo que observaron que la aplicación de esta técnica es eficaz para disminuir los niveles de depresión (29, 30) pero en la actualidad no existen investigaciones con respecto a dichas intervenciones en México en relación a los factores emocionales y los estilos de afrontamiento. En esta investigación se pretendió conocer los mecanismos de afrontamiento utilizados por los pacientes de la clínica de VIH así como también los niveles de ansiedad y observar las modificaciones posterior a la intervención psicoeducativa así como manejo de estrés, lo que nos puede ser útil para futuras investigaciones así como para la implementación de estrategias o programas dirigidos específicamente en este ámbito.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿CUALES SON LOS MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO Y NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON VIH ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Determinar los mecanismos de afrontamiento y niveles de ansiedad en pacientes con VIH antes y después de una intervención psicoeducativa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir perfil sociodemográfico de los pacientes con VIH/SIDA
2. Clasificar e identificar los niveles de ansiedad en pacientes con VIH/SIDA antes y después de una intervención psicoeducativa.
3. Conocer los mecanismos de afrontamiento antes y después de una intervención psicoeducativa.

JUSTIFICACIÓN

Cada día se desarrollan más estudios sobre la etiología del VIH/SIDA, sus manifestaciones clínicas y su abordaje terapéutico; se ha hablado mucho acerca del origen de este tipo de padecimiento el cuál se ha adjudicado a malos espíritus, castigo divino, o bien, se supone que ha surgido como resultado de un mal comportamiento de quienes la padecen; como resultado de estas creencias, se les ha llegado a manejar con torturas, estigmas, desprecio, rechazo, marginación, aislamiento, exorcismos, etc. Por tanto resulta explicable que la reacción inicial de la sociedad frente al SIDA haya sido de rechazo lo que nos ha dejado claro que es necesario un refuerzo de los servicios de salud mental destinados al control de estrés, respaldo social y aumento de la autoestima de las personas que viven con el VIH/SIDA o están afectadas por él (1).

Los investigadores y los profesionales han realizado importantes progresos en la identificación de las causas y las dimensiones del estigma y la discriminación, el desarrollo de prácticas herramientas para programas con múltiples audiencias y de normalización de medidas para la evaluación de los programas. Este trabajo culminó en una serie de principios generales para la lucha contra el estigma y la discriminación. Estos principios constituyen la base de las acciones propuestas que los programas nacionales del SIDA pueden tomar - junto con los donantes y la sociedad civil - para reducir el estigma y la discriminación produciendo esto una disminución del estrés psicológico, lo cual se considera de suma importancia ya que el estigma junto con la falta de apoyo, el estrés crónico, el aislamiento social, la desmoralización son factores contribuyentes para el desarrollo de trastornos depresivos, ansiedad así como el riesgo suicida. (6,7)

Un estudio realizado en Estados Unidos demostró que más de la mitad de una muestra de 2 864 pacientes infectados con VIH tenían un desorden psiquiátrico, mostrando que un 60% presentaron un trastorno depresivo (31,32). Otra investigación en España, demuestra que la mayoría de los varones con VIH manifestaban síntomas

de ansiedad y depresión leve, moderada y grave. En cambio, las mujeres tuvieron una menor prevalencia de síntomas depresivos (33)

En un estudio del HGZ No 11 del IMSS de prevalencia de depresión en el 2009 con 180 pacientes con VIH encontraron que el 70.63% tuvo una puntuación normal, 10.63% reacción de ansiedad, y 18.76% depresión. La prevalencia de depresión entre las mujeres fue de 33.3%, mientras que entre los varones fue de 14.5%. De todos los pacientes que se encuentran en tratamiento con IP, 23% calificó con depresión, mientras que la cifra fue de 13% para los pacientes en tratamiento con ITRNN. (34)

Se realizó un programa de intervención grupal cognitivo-conductual para los pacientes con Infección por VIH en la Universidad Jaime I de Castellón, España, tras la intervención se observan cambios significativos en el grado de adhesión al tratamiento de los pacientes y de variables clínicas relevantes como la ansiedad, depresión o la autoestima, su perturbación afectiva, su irritabilidad, el grado de interferencia de la enfermedad en distintas esferas de sus vidas, el apoyo social percibido y el locus de control sobre la salud. (35)

Un estudio en el HGZ No 1 del IMSS, en Oaxaca, tuvo el propósito de esclarecer los estilos de afrontamiento ante la infección del VIH en un grupo de pacientes diagnosticados con esta enfermedad. En este estudio se encontró que el estilo de afrontamiento más frecuente en las mujeres es el apego a la religión y que adoptan un mecanismo de negación (36) de su realidad con más frecuencia que los hombres. Por su parte estos hacen más uso de las drogas y del humor, pero también recurren un poco más frecuentemente al replanteamiento positivo de su realidad y al desahogo de sus emociones. Sin embargo, con menos frecuencia que las mujeres, confrontan de manera activa y buscan apoyo emocional o instrumental. En los primeros años de recibir el diagnóstico los pacientes recurren al auto aliento como principal estilo de afrontamiento de su condición; también muestran más capacidad para hacer planes sobre su persona y recurrir al humor y los pacientes con más de cinco años de haber

sido diagnosticados manifiestan una mayor recurrencia el desahogo de sus emociones y reducen ligeramente su capacidad de confrontación activa. (37)

Recibir el diagnóstico de cualquier enfermedad que amenace la vida es devastador, pero las consecuencias emocionales, sociales y financieras de los pacientes con VIH-SIDA pueden hacer que el afrontamiento de esta enfermedad sea especialmente difícil, ya que la pérdida de personas allegadas y la amenaza de la enfermedad como algo inexorable y terminal aumenta el estrés psicológico y por lo tanto la prevalencia de depresión, ansiedad así como el riesgo suicida, lo que confirma la importancia de las estrategias de afrontamiento en el momento de dicha notificación y durante el trayecto de la enfermedad, ya que juegan un papel muy importante en la determinación de los niveles de salud y bienestar de los individuos (38, 39) y en la actualidad no existen investigaciones sistemáticas en México que arrojen luz sobre las estrategias a las cuales recurren estos pacientes para enfrentar la enfermedad y su desarrollo concomitante con depresión y ansiedad, aunque diversos estudios relacionan estas emociones o estados psicopatológicos con una mejor o peor calidad de vida, adherencia al tratamiento e inclusive una relación entre los niveles de CD4 con ansiedad y depresión como lo muestra un estudio realizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente encontrando que los pacientes con VIH/SIDA con un nivel medio de carga viral tienen mayor ansiedad estado que el grupo con un nivel de carga viral bajo, encontrando una significancia estadística de $p < 0.05$, lo que abre un campo poco explorado en la salud mental de estos pacientes. (40, 41)

Además de conocer las fuentes de estrés que pueden surgir, también es importante conocer cuáles son las estrategias que utiliza este grupo para enfrentar y adaptarse a las situaciones y eventos de la vida que pueden proporcionarles estrés. El afrontamiento según Coles y Coles (1978), es la respuesta del individuo necesaria para que se intuya la urgencia del cambio, la cual genera la exigencia de que se produzcan conductas nuevas y creativas por lo que las estrategias de afrontamiento son útiles para:

- a) Disminuir el grado de vulnerabilidad ante el estrés generado por la enfermedad.

- b) Fortalecer y mantener los recursos que le han resultado útiles para protegerse del impacto total del problema.
- c) Reducir, limitar e incluso eliminar el impacto del padecimiento.
- d) Involucrarse activamente en el proceso por medio del cual se trata de modificar el medio ambiente externo o las circunstancias sociales, de manera que sea más fácil ajustarse a las situaciones difíciles con las cuales la enfermedad les enfrentará

HIPÓTESIS

HIPOTESIS ALTERNA:

Existieron cambios en los mecanismos de afrontamiento y niveles de ansiedad en pacientes con VIH después de una intervención psicoeducativa

HIPOTESIS NULA:

No existieron cambios en los mecanismos de afrontamiento y niveles de ansiedad en pacientes con VIH después de una intervención psicoeducativa

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO

El presente estudio se realizó en el Hospital General de Zona No 24 del IMSS en la Ciudad de México el cual es un hospital de 2do nivel que cuenta con especialidades como Medicina interna, Endocrinología, Psiquiatría, Neurología, Dermatología, Cardiología, Neumología, Cirugía General, Angiología, Coloproctología, Urología, Oftalmología, Gastroenterología, Medicina del Trabajo, Medicina Preventiva, y que cuenta con una Clínica para pacientes diagnosticados por medio de ELISA con Infección de VIH y son referidos para su manejo y tratamiento.

DISEÑO

Cuasi experimental con mediciones pre y post.

GRUPO DE ESTUDIO

Personas adultas infectados con VIH que se encontraban en tratamiento en la clínica de VIH del HGZ No 24 del IMSS., que vivan en México (D.F), con niveles educativos desde el analfabetismo hasta los estudios universitarios, con diagnóstico confirmado de seropositividad o SIDA, con cualquier estado civil (casado, soltero, unión libre, separado, divorciado), con cualquier tipo de orientación sexual (homosexual, bisexual, heterosexual), que estuvieran en diferentes fases de la enfermedad según el curso clínico de la misma, con un tiempo de evolución que osciló desde seis meses del diagnóstico hasta veinte 20 años o más, y que estuvieron libres de signos o síntomas relacionados con cualquier enfermedad física o mental y/ o enfermos con signos y síntomas propios de una o varias entidades clínicas asociadas o no al VIH/ SIDA.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes infectados con VIH que se encontraron en tratamiento en la clínica de VIH del HGZ No 24 del IMSS.

Pacientes con al menos 6 meses de diagnóstico

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes con alteraciones neurológicas que impidieron realizar procesos mentales superiores.

Pacientes con signos o síntomas relacionados con cualquier enfermedad física o mental y/ o enfermos con signos y síntomas propios de una o varias entidades clínicas asociadas al VIH/ SIDA

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Todo aquel paciente que no terminó la intervención en un 80% o que se retiró durante la intervención.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Determinado por un grupo natural de pacientes conformados por la convocatoria de la emisión del taller.

Muestra no probabilística.

Se consideró al menos una cuota de 10 pacientes.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
Edad	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento al momento del estudio	Se medirá a través del interrogatorio directo al paciente con fecha de nacimiento	Número enteros en años cumplidos	Cuantitativa continua
Sexo	Características fenotípicas y genotípicas que identifican al individuo como masculino o femenino	Observación directa del paciente	Masculino Femenino	Nominal dicotómica
Escolaridad	Tiempo en el cual se ha acudido a un centro de enseñanza	Mediante el interrogatorio	Años cursados y aprobados en un sistema educacional	Cualitativa ordinal
Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo	Mediante el interrogatorio	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo	Cualitativa politómica
Religión	Conocimientos dogmáticos sobre una entidad divina.	Mediante en el interrogatorio	Católico Cristiano Testigo de Jehová	Cualitativa politómica
Ocupación	Situación laboral actual de los pacientes en estudio	Tipo de trabajo que desempeña el paciente y que le genera ingresos	Empleado Contador Maestro Comerciante Hogar	Nominal politómica

VARIABLES DEPENDIENTES				
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
NIVELES DE ANSIEDAD	Sentimiento de pánico o aflicción que frecuentemente se acompaña de síntomas físicos, como sudoración, dificultad para respirar, taquicardia, agitación, nerviosismo, cefalea y pánico, puede coexistir con la depresión o ser vista como un desorden por sí misma, frecuentemente causada por circunstancias que producen temor, confusión o inseguridad.	Inventario de Ansiedad de Beck (VER ANEXOS)	En absoluto Levemente Moderadamente Severamente	Ordinal
MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO	Procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes	Inventario de Estrategias de Afrontamiento (VER ANEXOS)	0: en absoluto 1: un poco 2: bastante 3: mucho 4: totalmente	Ordinal
INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA	Conjunto de técnicas y estrategias de intervención basadas en la neurología y las teorías del aprendizaje, cuyo objetivo fundamental es facilitar y optimizar el proceso de aprendizaje tomando en cuenta las potencialidades cognitivas, afectivas y sociales, estimulando habilidades intelectuales y hábitos, fortaleciendo el desempeño emocional-social.	Taller que se describe en los anexos	Completar al menos el 80%	Independiente Nominal

DESCRIPCION DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio en pacientes con VIH/SIDA pertenecientes al HGZ No 24, que se encuentra en Insurgentes Norte 1226 D.F Delegación Norte, conformados por la convocatoria de la emisión de un taller psicoeducativo.(Ver Anexos)

Se brindó un consentimiento informado (Ver Anexos) así como una encuesta dónde se especificaron los datos de identificación de los participantes en el estudio y se investigó el perfil sociodemográfico como género, edad, escolaridad, estado civil, gusto sexual, ocupación, etc los cuales serán brindados de manera anónima.

Los instrumentos que se utilizó en la presente investigación son:

INVENTARIO DE ANSIEDAD BECK (Ver Anexos): Inventario de autoinforme de lápiz y papel. No obstante, se pudo administrar como una entrevista si es necesario.

El objetivo fue valorar la presencia de síntomas de ansiedad y su gravedad. Desarrollado con el objetivo de discriminar de manera más fiable entre ansiedad y depresión.

El tiempo de administración estimado fue de 5 minutos, cada ítem del BAI recogió un síntoma de ansiedad y para cada uno de ellos la persona evaluada debe indicar el grado en que se vió afectado por el mismo durante la última semana utilizando para ello una escala tipo Likert de cuatro puntos: 0 (Nada en absoluto), 1 (Levemente, no me molestó mucho), 2 (Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo), ó 3 (Gravemente, casi no podía soportarlo).

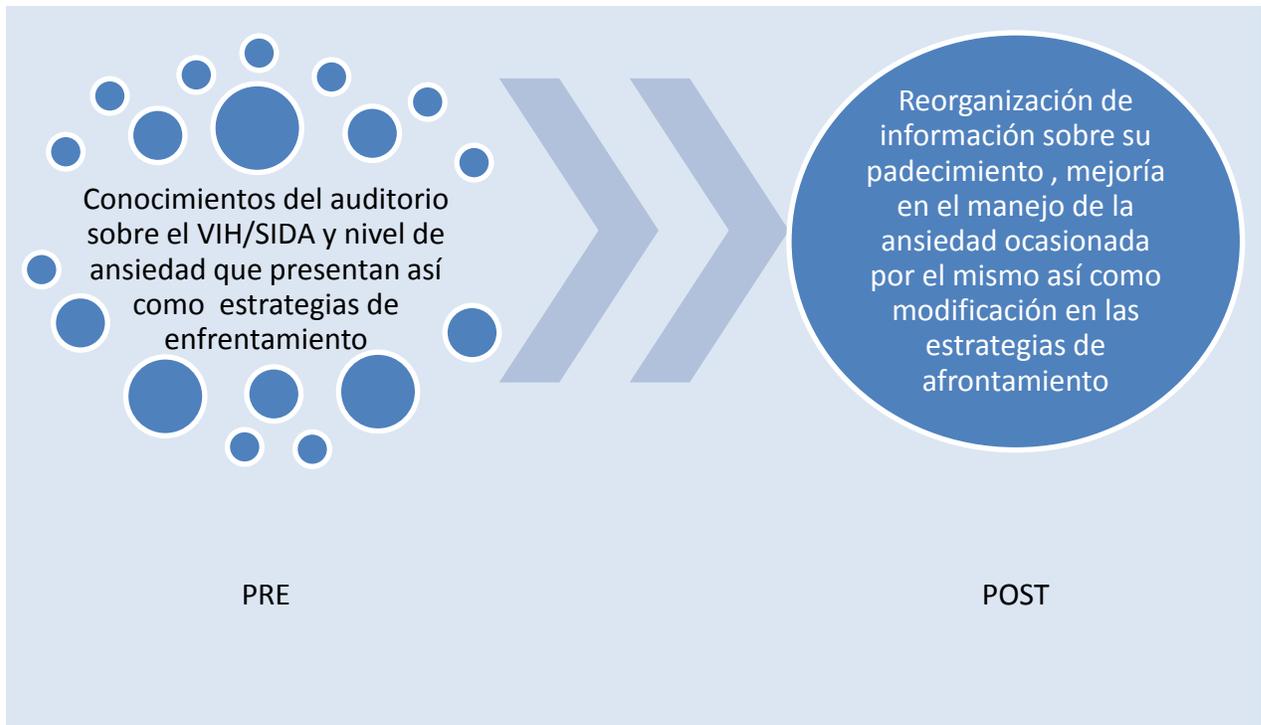
Cada ítem se valoró de 0 a 3 puntos en función de la respuesta dada por la persona evaluada y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtuvo una puntuación total cuyo rango fue de 0 a 63, con puntos de corte para definir las distintas categorías de gravedad de la ansiedad: 0-7 = "normal"; 8-15 = "leve"; 16-25 = "moderada", y 26-63 = "grave.

INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (Ver Anexos): Evaluó los diferentes modos de afrontamiento o coping: Resolución de problemas, Autocrítica, Expresión emocional, Pensamiento desiderativo, apoyo social, reconstrucción cognitiva, evitación de problemas y retirada social.

Constó de 40 ítems, con un tiempo de aplicación de 15 a 20 minutos la cual llevó a cabo pre-tratamiento y evaluación post- tratamiento. Sirvió para evaluar de manera general las estrategias de afrontamiento. Los 41 ítems describieron formas de actuar ante los problemas. Fue una escala tipo Likert de 4 puntos, de 0 (“en absoluto”) a 3 (“en gran medida”).

Se pudo obtener una puntuación total, una puntuación de estrategias centradas en el problema y de estrategias centradas en la emoción y una puntuación para cada una de las 8 diferentes subescalas o modos de afrontamiento (afrontamiento directo, apoyo, negación, escape/evitación, planificación y solución de problemas, reevaluación positiva, aceptación de responsabilidad y autocontrol).

TALLER PSICOEDUCATIVO: Se llevaron a cabo sesiones educativas a través de la clínica de VIH del HGZ No 24 en un total de 3 con duración de 2 hrs cada uno (Ver anexos), con el objetivo de reorganizar las ideas y conceptos sobre el VIH/SIDA



Se manejaron los siguientes temas por sesión:

Sesión 1

- Presentación del grupo
- Consentimiento informado
- Aplicación de cuestionarios pre intervención psicoeducativa
- Interacción con los pacientes acerca del conocimiento de su padecimiento

Sesión 2

- Concepto y Generalidades de VIH/SIDA
- Mitos y realidades del VIH/SIDA
- Estigmatización y discriminación de los pacientes con VIH/SIDA
- Meditación para manejo de estrés y ansiedad

Sesión 3

- Reforzamiento de conocimientos adquiridos
- Meditación para manejo de estrés y ansiedad
- Aplicación de cuestionarios

Se aplicarán los instrumentos al inicio del mismo y una vez

Se codificara y capturará la información en el programa estadístico y se realizaran tablas de salida para su análisis y discusión y se procederá a redactar el escrito final.

ANALISIS ESTADÍSTICO

El análisis de variables se realizó con el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS 21), se presentó en tablas y figuras. La forma en las que se describieron los datos fue mediante frecuencias y porcentajes. Se utilizaron Pruebas no paramétricas para muestras relacionadas (Wilcoxon).

RESULTADOS

Se conformó un grupo natural de 10 pacientes con una media de edad de 42.20 años \pm 9.42 (24 – 56), (Tabla 1), con el siguiente perfil sociodemográfico:

- Sexo masculino en un 80%, femenino en un 20%, (Tabla 1).
- Estado civil solteros en un 90% contra un 10 % de casados, (Tabla 1).
- Escolaridad con 40% de Licenciatura, 30% secundaria y 20% carrera técnica (Tabla 1).
- Ocupación 30% empleados, 20% dedicados al hogar, 10% dedicados a su licenciatura o carrera técnica, (Tabla 1).
- Religión 90% practican el catolicismo y 10% no profesan ninguna religión, (Tabla 1).

TABLA 1 PERFIL SOCIODEMOGRAFICO		
EDAD		
N	10	
Media	42.20	
Desv. Típica	9.426	
Varianza	88.844	
SEXO		
	N	%
MASCULINO	8	80.0
FEMENINO	2	20.0
TOTAL	10	100.0

**TABLA 1
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**

ESTADO CIVIL		
	N	%
SOLTERO	9	80.0
CASADO	1	20.0
TOTAL	10	100.0
ESCOLARIDAD		
	N	%
SECUNDARIA	3	30.0
PREPARATORIA	1	10.0
LICENCIATURA	4	40.0
TECNICA	2	20.0
TOTAL	10	100.0
OCUPACIÓN		
	N	%
COMERCIANTE	2	20.0
CONTADOR	1	10.0
EMPLEADO	3	30.0
ENFERMERO	1	10.0
HOGAR	2	20.0
MAESTRO	1	10.0
TOTAL	10	100.0
RELIGIÓN		
	N	%
ATEO	1	10.0
CATÓLICA	9	90.0
TOTAL	10	100.0

En cuanto a la escala de Ansiedad de Beck se calculó una media para los 21 ítems de 12.3000 antes y 8.3000 después con una diferencia de -4.000 y una $p=0.126$ no significativa. (Tabla 2 Escala de Ansiedad de Beck, Tabla 3 Estadísticos de contraste).

TABLA 2 PRUEBAS NO PARAMÉTRICAS PRUEBA DE KOLMOGOROV-SMIRNOV BAI 21 ÍTEMS			
VARIABLES	ANTES	DESPUES	DIFERENCIAS
N	10	10	10
MEDIA	12.3000	8.3000	-4.0000
DESV. TÍPICA	12.10188	6.79951	11.09554
DIFERENCIAS EXTERNAS ABSOLUTA	0.277	0.186	0.193
DIFERENCIAS EXTERNAS POSITIVA	0.277	0.186	0.193
DIFERENCIAS ABSOLUTAS NEGATIVA	-0.155	-0.142	-0.164
Z DE KOLMOGOROV-SMIRNOV	0.876	0.589	0.612
P DE WILCOXON	0.427	0.878	0.848
Prueba no paramétrica para K dependientes			

TABLA 3 ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE ^a 21 ÍTEMS	
	EAB POST – EAB PRE
Z	• 1.532 ^b
P DE WILCOXON	0.126
a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon	
b. Basado en los rangos positivos	

En cuanto a la escala de Ansiedad de Beck calificada se encontraron 4 pacientes con ansiedad normal, 4 pacientes con ansiedad leve y 2 con ansiedad grave (Tabla 4 Frecuencia BAI) y calculándose una media de 2.0000 antes de la intervención psicoeducativa. En la evaluación posterior se encontró un cambio en cuanto a la evaluación presentando 5 pacientes en la normalidad, 3 con ansiedad leve y 2 con ansiedad moderada de los cuales una media de 1.7000 y una diferencia de -0.3000 con una $p=0.429$ no significativa. (Tabla 5 Pruebas no paramétricas y Tabla 6 Estadístico de contraste)

TABLA 4 FRECUENCIA BAI					
BAI ANTES			BAI DESPUES		
CALIFICACIÓN	N	%	CALIFICACIÓN	N	%
1	4	40	1	5	50
2	4	40	2	3	30
4	2	20	3	2	20
TOTAL	10	100	TOTAL	10	100

Normal= 1; Ansiedad leve= 2; Ansiedad moderada= 3; Ansiedad grave= 4



TABLA 5 PRUEBAS NO PARAMETRICAS PRUEBA DE KOLMOGOROV-SMIRNOV			
VARIABLES	ANTES	DESPUES	DIFERENCIAS
N	10	10	10
MEDIA	2.0000	1.7000	-0.3000
DESV. TIPICA	1.5470	0.82327	1.15950
DIFERENCIAS EXTERNAS ABSOLUTA	0.300	0.302	0.227
DIFERENCIAS EXTERNAS POSITIVA	0.300	0.302	0.227
DIFERENCIAS ABSOLUTAS NEGATIVA	-0.193	-0.198	-0.173
Z DE KOLMOGOROV-SMIRNOV	0.949	0.956	0.718
P DE WILCOXON	0.329	0.320	0.681
Prueba no paramétrica para K dependientes			

TABLA 6 ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE ^a	
	EAB POST – EAB PRE
Z	• 0.791 ^b
P DE WILCOXON	0.429
c. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon d. Basado en los rangos positivos	

El afrontamiento percibido por los pacientes antes de la intervención psicoeducativa se evaluó por dimensiones encontrando una media en la resolución de problemas (REP) de 12.4000 y 13.8000 pre y post respectivamente con una diferencia de 1.4000 con una p de 0.116581 no significativa, sin encontrar cambios en la resolución de problemas en el tiempo transcurrido. En cuanto al punto de autocrítica (AUC) se encuentra una media en la pre evaluación de 8.7000 y post evaluación de 7.6000 con una diferencia de -1.1000 y una p de 0.273, no significativa. En la expresión emocional (EEM) presenta una media de 8.3000 antes y de 10.5000 después así como una diferencia de 2.2000

con una p significativa de 0.020 lo cual nos indica que si se presenta un cambio antes y después de la intervención psicoeducativa en este rubro para la expresión emocional encontrando una mejoría. En el pensamiento desiderativo se presenta una media de 12.7000 antes de la intervención y de 10.9000 después de la intervención con una diferencia de -1.8000 y una p de 0.048 significativa, mostrando nuevamente un cambio en esta dimensión. En el apoyo social (APS) se encuentra una media antes de 12.4000 y después de 13.100 con una diferencia de 0.7000 con una p no significativa de 0.389, por lo que no encontramos cambio o mejoría en la percepción del apoyo social. La reconstrucción cognitiva (REC), presenta una media de 10.6000 pre intervención y 11.7000 posterior a la intervención con una diferencia de 1.1000 sin una p significativa de 0.607 ya que el proceso de adaptación lleva por lo menos un período de 6 semanas. La evitación de problemas presenta una media de 8.1000 antes y una media de 8.4000 después con una diferencia de 0.3000 Y una p no significativa de 0.812 por lo tanto si cambios en este rubro. Por último en cuanto a la retirada social se encuentra una media de 9.4000 antes y después de 7.1000 con una diferencia de -2.3000 y una p no significativa de 0.071 sin embargo cerca de encontrarse con un cambio.

**TABLA 7
COMPARACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTES Y DESPUES DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA**

	REP			AUC			EEM		
	PRE	POST	≠	PRE	POST	≠	PRE	POST	≠
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
MEDIA	12.4000	13.8000	1.4000	8.7000	7.6000	-1.1000	8.3000	10.5000	2.2000
DESV TÍPICA	5.85377	4.87169	2.75681	5.53875	4.67143	2.99815	5.35516	5.38000	2.29976
≠ EXTREMAS ABSOLUTA	0.231	0.197	0.258	0.161	0.234	0.343	0.193	0.179	0.165
≠ EXTREMAS +	0.127	0.145	0.258	0.102	.234	.257	0.145	0.142	0.131
≠ EXTREMAS -	-	-	-	-.161	-.167	-.343	-.193	-.179	-.165
Z KOLMOGOROV SMIRNOV	0.230627	0.197283	0.142318						
Z BASADO EN RANGOS NEGATIVOS	0.729308	0.623864	0.814863	0.509	0.740	1.085	0.610	0.566	0.523
P WILCOXON	0.662053	0.831197	0.520161	0.958	0.644	0.190	0.851	0.906	0.947
Z BASADO EN RANGOS NEGATIVOS	DIFERENCIA REP PRE Y POST -1.569286			DIFERENCIA AUC PRE Y POST -1.095			DIFERENCIA EEM PRE Y PST -2.318		
P DE WILCOXON	DIFERENCIA REP PRE Y POST 0.116581			DIFERENCIA AUC PRE Y POST 0.273			DIFERENCIA EEM PRE Y POST 0.020		

TABLA 7
COMPARACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTES Y DESPUES DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

	PSD			APS			REC		
	PRE	POST	≠	PRE	POST	≠	PRE	POST	≠
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
MEDIA	12.7000	10.9000	-1.8000	12.4000	13.100	0.7000	10.6000	11.7000	1.1000
DESV TÍPICA	8.13839	6.78970	2.61619	5.52167	5.3634	2.54078	4.76562	5.14350	3.54181
≠ EXTREMAS ABSOLUTA	0.301	0.227	0.320	.271	.167	.191	.162	.173	.211
≠ EXTREMAS +	0.195	0.208	0.146	.136	.099	.153	.150	.164	.211
≠ EXTREMAS -	-0.301	-0.227	-0.320	-.271	-.167	-.191	-.162	-.173	-.124
Z KOLMOGOROV SMIRNOV	0.953	0.718	1.012	.857	.527	.605	.513	.546	.668
P WILCOXON	0.324	0.681	0.257	0.454	0.944	0.857	0.955	0.927	0.764
Z BASADO EN RANGOS NEGATIVOS	DIFERENCIA PSD PRE Y POST -1.980			DIFERENCIA APS PRE Y POST -0.862			DIFERENCIA REC PRE Y POST -0.514		
P DE WILCOXON	DIFERENCIA PSD PRE Y POST 0.048			DIFERENCIA APS PRE Y POST 0.389			DIFERENCIA REC PRE Y POST 0.607		

TABLA 7
COMPARACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTES Y DESPUES DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

	EVP			RES		
	PRE	POST	≠	PRE	POST	≠
N	10	10	10	10	10	10
MEDIA	8.1000	8.4000	0.3000	9.4000	7.1000	-2.3000
DESV TÍPICA	5.72422	4.03320	3.80205	4.71876	4.72464	3.40098
≠ EXTREMAS ABSOLUTA	0.243	0.146	0.135	0.151	0.144	0.218
≠ EXTREMAS +	0.243	0.146	0.127	0.123	0.144	0.149
≠ EXTREMAS -	-0.186	-0.100	-0.135	-0.151	-0.098	-0.218
Z KOLMOGOROV SMIRNOV	0.769	0.461	0.426	0.476	0.456	0.691
P WILCOXON	0.596	0.984	0.993	0.977	0.986	0.726
Z BASADO EN RANGOS NEGATIVOS	DIFERENCIA PSD PRE Y POST -0.238197			DIFERENCIA APS PRE Y POST -1.807		
P DE WILCOXON	DIFERENCIA PSD PRE Y POST 0.812			DIFERENCIA APS PRE Y POST 0.071		

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A través del presente estudio se observó que a un corte de tres semanas posterior a una intervención psicoeducativa para el manejo del estrés no existieron cambios significativos en cuanto al grado de ansiedad a pesar de encontrar una disminución ponderal en las evaluaciones posteriores a dicha intervención y en cuanto a los mecanismos de afrontamiento sólo se encontró una modificación en cuanto a la expresión emocional (EEM) y el pensamiento desiderativo (PSD) con una p menor a 0.05.

Un estudio realizado en el HGZ N1 del IMSS en Oaxaca 2009 encuentran que los estilos de afrontamiento caracterizados por los pacientes con VIH positivos son estilos de afrontamiento de evitación psicológica a su condición de salud o su condición actual por lo cual presentan un mayor riesgo emocional; Se sabe que el apoyo emocional y el afrontamiento centrado en las emociones son predictores significativos de una mejor calidad de vida observando en nuestro estudio un cambio en dos rubros de aspecto emocional (con una p significativa $p=0.020$ EEM y $p=0.048$ PSD) por lo que la intervención psicoeducativa se podría considerar benéfica para la modificación de estas estrategias en un período de tiempo y seguimiento más largo. (37)

Sin embargo no se percibieron cambios en el grado de ansiedad a pesar de encontrar una disminución ponderal en las evaluaciones posteriores a la intervención psicoeducativa en cuanto a los mecanismos de afrontamiento de esta corte sólo se percibió una modificación en dos rubros con un valor significativo, sin embargo faltaría realizar un nuevo seguimiento por lo menos a seis u 8 semanas que marca el proceso de adaptación, explorar cualitativamente los cambios referidos por el propio paciente, reforzar la intervención, canalizar a terapia individual, familiar o grupal dependiendo de las necesidades de cada individuo.

CONCLUSIONES

Con el siguiente estudio podemos determinar:

- Se describió el perfil sociodemográfico de los pacientes con VIH/SIDA encontrando una media de edad de 42.20 años \pm 9.42 (24 – 56) con un predominio del sexo masculino en un 80%, femenino en un 20%, estado civil solteros en un 90% contra un 10 % de casados, escolaridad con 40% de Licenciatura, 30% secundaria y 20% carrera técnica, ocupación 30% empleados, 20% dedicados al hogar, 10% dedicados a su licenciatura o carrera técnica, religión 90% practican el catolicismo y 10% no profesan ninguna religión.
- En cuanto a la escala de Ansiedad de Beck calificada se encontraron 4 pacientes con ansiedad normal, 4 pacientes con ansiedad leve y 2 con ansiedad grave. En la evaluación posterior se encontró un cambio presentando 5 pacientes en la normalidad, 3 con ansiedad leve y 2 con ansiedad moderada con una diferencia de -0.3000 sin embargo se encontró una $p=0.429$ no significativa.
- En el inventario de Estrategias de afrontamiento antes y después de una intervención psicoeducativa se muestra diferencia con respecto a las estrategias emocionales presentando significancia estadística en Expresión emocional y pensamiento desiderativo, sin encontrar cambios significativos en las otras variables

RECOMENDACIONES

En nuestro estudio se encontró nulas modificaciones en la ansiedad tras la intervención, sin embargo se encontró una disminución en el grado de ansiedad aunque no fue significativo, probablemente debido a que el período de adaptación de un individuo es de 6 a 8 semanas. En cuanto a los mecanismos de afrontamiento se encuentran mínimas modificaciones en dos puntos de valor emocional por lo cual sería conveniente realizar un seguimiento en un período de 6 a 8 semanas y reforzar la intervención en el aspecto del manejo del estrés y brindarles más herramientas que puedan usar en su vida cotidiana abriendo un campo de estudio en cuanto a la salud emocional del paciente VIH positivo que ha sido olvidado.

BIBLIOGRAFIA

1. Velasco Maria Luisa, J.F Julian Sinibaldi. "Manejo Del Enfermo Crónico Y Su Familia" Edit. Manual Moderno, México D.F 2001, pp. 138-194
2. ONUSIDA "Situacion De La Epidemia De Sida" Programa Conjunto De Las Naciones Unidas Sobre El Vih/Sida (Onusida) Y Organización Mundial De La Salud (Oms). Ginebra, Suiza. Diciembre 2006. Pp.
3. WHO, UNAIDS, UNICEF. "Global HIV/AIDS Response. Epidemic update and health sector progress towards Universal Accses. Progress report 2011. Pp. 1-223.
4. WHO, UNICEF and UNAIDS. "A guide on indicators for the monitoring and reporting on the health sector response to HIV/AIDS". Geneva, World Health Organization, 2011 (<http://www.who.int/hiv/data/tool2011/en>, accessed 15 October 2011).
5. Jaime Ernesto Vargas Mendoza, Minerva Cervantes Ramírez, Jorge Everardo Aguilar Morales. "Estrategias De Afrontamiento Del Sida En Pacientes Diagnosticados Como Seropositivos". Psicología y Salud, Vol. 19, Núm. 2: 215-221, julio-diciembre de 2009.
6. UNAIDS. "Reducing HIV Stigma and Discrimination: a critical part of national AIDS programmes. A resource for national stakeholders in the HIV response"
7. ONUSIDA "Campaña Mundial Contra El Sida. Marco Conceptual Y Base Para La Acción: Estigma Y Discriminación Relacionados Con El VIH/SIDA" 2002–2003.

8. Powell-Cope GM. Family caregivers of people with AIDS: Negotiating partnerships with professional health care providers. *Nurs Res* 1994; 43(6):324-433.
9. Ferrando SJ, Freyberg Z. "Neuropsychiatric aspects of infectious diseases". *Crit Care Clin* 2008; 24: 889-919.
10. Gonzalez A. Evaluación en psicogerontología. Editorial Manual Moderno. 2009. 97-99.
11. Danzinger R. The social impact of HIV/AIDS in developing countries. *Soc Sci Med* 1994;39(7):905-917.
12. Khan RL, Antonucci T. Convoys over the life course: Attachment roles and social support. *Life-span Development and Behavior*. New York: Academic Press 1980; 253-286.
13. Palacios Espinosa Ximena, Rueda Latiff Andrés, Paola Valderrama Herrera "Relación De La Intención E Ideación Suicida Con Algunas Variables Sociodemográficas, De La Enfermedad Y Aspectos Psicoafectivos En Personas Con El Vih/Sida" *Revista Colombiana de Psicología*, número 015 Universidad Nacional de Colombia Bogotá, Colombia pp. 25-38
14. Bonuck KA. AIDS and families: Cultural, psychosocial and functional impacts. *Soc Work Health Care* 1993; 18(2):75-88.
15. Wells PB. "The impact of mental health and traumatic life experiences on antiretroviral treatment outcomes for people living with HIV/AIDS". *J Antimicrob Chemother* 2009; 63: 636-640.

16. Quintero Castro Johana Patricia. "Estrategias de afrontamiento en pacientes homosexuales que viven con el VIH". Estrategias de afrontamiento y VIH. Universidad de la Sabana. Pp 1-34.
17. B. Ojeda Pérez; J. Ramal López; F. Calvo Francés; R. Vallespín Montero. "Estrategias de afrontamiento al estrés y apoyo social" *Psiquis*, 2001;22 (3): 155-168.
18. Felipe Castaño Elena; León del Barco Benito. Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2010, 10, 2, pp. 245-257
19. Vázquez Valverde C; Crespo López M; M. Ring J. Capítulo 31. En: *Estrategias de Afrontamiento*. 1995. Pp. 425-435.
20. Lazarus RS. Coping Strategies. En: McHugh S, Vallis TM (eds.). *Illness behavior. A multidisciplinary model*. New York: Plenum Press, 1986; 303-308.
21. Quintero Castro Johana Patricia. Estrategias de afrontamiento en Pacientes Homosexuales Que viven con el VIH. *Estrategias de Afrontamiento y VIH*. Universidad de la Sabana. 2006. Pp 1-34
22. Moscoco Ms, Bermudez Mp, "Ira Y Hostilidad: Evaluación E Implicaciones En El Tratamiento Psicológico De Pacientes infectados Por Vih" *Emociones Y Salud*. Ariel, Barcelona 1999. Pp. 233-250
23. Church J. The application of cognitive-behavioral Therapy for depression to people with Human Inmunodefocoency Virus (HVI) and Acquired Immunedeficiency Syndrome (AIDS. *Psychooncology*, 7:78-88, 1998.

24. Autor capítulo: Velasco Campo María Luisa; Luna Portilla María del Rocio. Capítulo 3 en: Director, coordinador. Editor. "Instrumentos de Evaluación en Terapia familiar y de Pareja" edición, lugar, editorial año, pagina inicial y final capitulo.
25. Vargas Mendoza Jaime Ernesto; Cervantes Ramírez Minerva y Aguilar Morales Jorge Everardo. Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos. *Psicología y Salud*, Vol. 19, Núm. 2: 215-221, julio-diciembre de 2009.
26. Lazarus, R.S; Folkman, S. *Stress, appraisal and coping*. Nueva York; Springer. (Traducción Castellana en Martínez Roca, Barcelona, 1984).
27. Vázquez C, Ring C. What do you do and what do you feel when you feel blue? Trabajo presentado en el II World Congress of Cognitive Therapy, junio 1992, Toronto, Canadá.
28. Castaño Elena Felipe; León del Barco Benito. Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2010, 10, 2, pp. 245-257
29. Moya Chávez María Ysabel. Reestructuración Cognitiva En La Depresión De Pacientes con VIH/SIDA. *AV. PSICOL.* 16(1) 2008. Enero-Diciembre. Pp 169-176.
30. Pimentel Rodríguez Mónica; Aland Bisso Andrade. Niveles de ansiedad y depresión en pacientes VIH/SIDA asintomáticos y sintomáticos. *Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna* 2000: 13:8-12

31. Bing EG, Burnam MA, Longshore D, et al. "Psychiatric disorders and drug use among Human Immunodeficiency Virus–Infected adults in the United States". *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 721-728.
32. Eller LS. "Depressive symptoms in HIV Disease". *Nurs Clin N Am* 2006; 41: 437-453.
33. Teva I, Bermudez M, Hernández-Quero J, Buena-Casal G. "Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA". *Salud Mental* 2005; 5: 40-49.
34. Jorge Galindo Sainz, Miguel Ortega Ramírez. Prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General de Zona # 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*, vol. 30, núm. 4, Octubre-Diciembre 2010.
35. Rafael Ballester Arnal. Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-compartamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA. *Psicothema* 2003. Vol. 15, nº 4, pp. 517-523.
36. Carrobes, J.A., Remor, E. y Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
37. Jaime Ernesto Vargas Mendoza; Minerva Cervantes Ramírez; Jorge Everardo Aguilar Morales. Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos. *Psicología 216 y Salud*, Vol. 19, Núm. 2: 215-221, julio-diciembre de 2009.

38. Molassiotis A, Callaghan P. A pilot study of the effects of cognitive behavioral group therapy and peer support/counselling in decreasing psychological distress and improving quality of life in Chinese patients with symptomatic HIV disease. *AIDS patient care ST*, 16:83-96, 2002.
39. Martín I Cano, Perez de Ayala P y Cols: Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con VIH avanzada. *Anales de Medicina Interna*. 19:396-404, 2002.
40. Avelar Rodríguez, Vanessa Yamileth; Cornejo Gómez, Iliana Bedilia; Torres Ayala; Juana Dolores. 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" Memoria Final De Trabajo De Grado Para Optar Al Título De Licenciatura En Psicología. Ciudad Universitaria, Febrero De 2011. Pp 15-179.
41. Inmaculada Teva; de la Paz Bermudez; Hernandez Quero; Buela Casal Gualberto. Evaluación de la Depresión, Ansiedad e Ira en Pacientes con VIH/SIDA. *Salud Mental*, Octubre, año/vol. 28, Número 005. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de La Fuente. D:F, México. Pp. 40-49

ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO Y NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON VIH ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

Patrocinador externo (si aplica): No aplica

Lugar y fecha: El estudio se realizará en Hospital General de Zona 24 durante 2014

Justificación y objetivo del estudio: Recibir el diagnóstico de cualquier enfermedad que amenace la vida es devastador, pero las consecuencias emocionales, sociales y financieras de los pacientes con VIH-SIDA pueden hacer que el afrontamiento de esta enfermedad sea especialmente difícil, por lo cual nuestro objetivo es determinar los mecanismos de afrontamiento y niveles de ansiedad en pacientes con VIH/SIDA antes y después de una intervención psicoeducativa.

Procedimientos: Si usted acepta a participar ocurrirá lo siguiente:
Se le informará y pedirá el consentimiento informado para la realización de un estudio de investigación.
Llenar un cuestionario con sus datos personales. El investigador responsable se ha comprometido a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento relacionado con los datos obtenidos con el estudio, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación (en su caso).

Posibles riesgos y molestias: La realización de este estudio no produce ningún riesgo ni molestia.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Obtendrá información clara y concisa sobre el VIH/SIDA y aprenderá técnicas de relajación para el manejo de ansiedad.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Participación o retiro: Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

Privacidad y confidencialidad: El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): Se ofreceran pautas para referir a la(s) paciente(s) a orientación familiar, en caso necesario o de ser solicitado.

Beneficios al término del estudio: Los resultados del presente estudio contribuirán para la búsqueda de implementación de programas específicos de apoyo para pacientes con VIH/SIDA

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Aguirre García María del Carmen. Profesor titular de la especialidad de Medicina Familiar, UMF 20. Matricula: 10859357, Calz. Vallejo 675 Col. Magdalena de las Salinas; México D.F.; Tel: 53331100.Ext. 15320. E-mail: carmenaguirre1@yahoo.com.mx

Investigador asociado: Dra. Nohemí Nuñez Rodríguez. Asesor clínico de la especialidad de Medicina Interna del Hospital General de Zona No 24, Médico responsable de Clínica de VIH. Matrícula 9935291 nohemis74@yahoo.com.mx

Colaboradores: Dra. Mayra Fabiola Martínez Leyva Residente de Medicina Familiar, UMF 20 IMSS. Matricula: 99358261. Calz. Vallejo 675 Col. Magdalena de las Salinas; México D.F; Tel: 53331100. Ext, 15320 mayley15@yahoo.com.mx

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

FOLIO: _____

Datos Generales

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____
Preferencia sexual: _____ Escolaridad: _____
Ocupación: _____ Religión: _____

Inventario de Estrategias de Afrontamiento 1ra Parte

(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si está mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.

Inventario de Estrategias de Afrontamiento 2da Parte

De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica marcando el número que corresponda:

0: en absoluto; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho; 4: totalmente

Asegúrese de responder todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. Sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

1. Luché para resolver el problema	0 1 2 3 4
2. Me culpé a mí mismo	0 1 2 3 4
3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0 1 2 3 4
4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0 1 2 3 4
5. Encontré a alguien que escuchó mi problema	0 1 2 3 4
6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0 1 2 3 4
7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0 1 2 3 4
8. Pasé algún tiempo solo	0 1 2 3 4
9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0 1 2 3 4
10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0 1 2 3 4
11. Expresé mis emociones, lo que sentía	0 1 2 3 4
12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0 1 2 3 4
13. Hablé con una persona de confianza	0 1 2 3 4
14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0 1 2 3 4
15. Traté de olvidar por completo el asunto	0 1 2 3 4
16. Evité estar con gente	0 1 2 3 4
17. Hice frente al problema	0 1 2 3 4
18. Me critiqué por lo ocurrido	0 1 2 3 4
19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir	0 1 2 3 4
20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0 1 2 3 4
21. Dejé que mis amigos me echaran una mano	0 1 2 3 4
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0 1 2 3 4
23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0 1 2 3 4
24. Oculté lo que pensaba y sentía	0 1 2 3 4
25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0 1 2 3 4
26. Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0 1 2 3 4
27. Dejé desahogar mis emociones	0 1 2 3 4
28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0 1 2 3 4
29. Pasé algún tiempo con mis amigos	0 1 2 3 4
30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0 1 2 3 4
31. Me comporté como si nada hubiera pasado	0 1 2 3 4
32. No dejé que nadie supiera como me sentía	0 1 2 3 4
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0 1 2 3 4
34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0 1 2 3 4
35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0 1 2 3 4
36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0 1 2 3 4
37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0 1 2 3 4
38. Me fijé en el lado bueno de las cosas	0 1 2 3 4
39. Evité pensar o hacer nada	0 1 2 3 4
40. Traté de ocultar mis sentimientos	0 1 2 3 4
Me consideré capaz de afrontar la situación	0 1 2 3 4

INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (CLAVES DE CORRECCIÓN)

Resolución de problemas (REP)	01 + 09 + 17 + 25 + 33
Autocrítica (AUC)	02 + 10 + 18 + 26 + 34
Expresión emocional (EEM)	03 + 11 + 19 + 27 + 35
Pensamiento desiderativo (PSD)	04 + 12 + 20 + 28 + 36
Apoyo social (APS)	05 + 13 + 21 + 29 + 37
Reestructuración cognitiva (REC)	06 + 14 + 22 + 30 + 38
Evitación de problemas (EVP)	07 + 15 + 23 + 31 + 39
Retirada social (RES)	08 + 16 + 24 + 32 + 40

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Lea cada uno de los ítems e indique cuánto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

		En absoluto	Leve	Moderado	Severo
1	Hormigueo o entumecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Sensación de calor/acalorado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Temblor en las piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Incapacidad para relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Miedo a que suceda lo peor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Mareos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Palpitaciones o taquicardia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Sensación de inestabilidad o inseguridad física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Terrores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Nerviosismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Sensación de ahogo o bloqueo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Temblor de manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Temblores generalizados o estremecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Miedo a perder el control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Dificultad para respirar/ahogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Miedo a morir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Sobresaltos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Molestias digestivas o abdominales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Palidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Rubor facial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Sudoración (no debida al calor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TALLER PSICOEDUCATIVO

Es el conjunto de técnicas y estrategias de intervención basadas en la neurología y las teorías del aprendizaje, cuyo objetivo fundamental es facilitar y optimizar el proceso de aprendizaje tomando en cuenta las potencialidades cognitivas, afectivas y sociales, estimulando habilidades intelectuales y hábitos, fortaleciendo el desempeño emocional y social.

OBJETIVO

Aumentar el grado de conocimiento de los pacientes con VIH/SIDA sobre su padecimiento brindándoles información del mismo y realizando estrategias de relajación para así mejorar el manejo de ansiedad y lograr de la misma forma una modificación en las estrategias de afrontamiento presentadas por los pacientes antes de la realización del taller.

DURACIÓN

Un total de 6 horas.

SESIONES

3 sesiones de 2 horas cada uno.

TEMAS INCLUIDOS

- Concepto y Generalidades de VIH/SIDA
- Mitos y realidades del VIH/SIDA
- Estigmatización y discriminación de las personas con VIH/SIDA

SESIÓN	DURACIÓN	TEMAS	DESCRIPCIÓN
1	2 Horas	1. Presentación del grupo 2. Aplicación de cuestionarios pre intervención psicoeducativa previo consentimiento informado 3. Interacción con los pacientes acerca del conocimiento de su padecimiento	Se realizará el primer contacto con el grupo mediante la presentación del instructor con una duración aproximada de 5 minutos, posteriormente se procederá a realizar la aplicación de las herramientas de evaluación con una duración de 45 minutos. Tras la aplicación de los instrumentos se realizará un breve receso de 10 minutos y se continuará con una lluvia de ideas para por parte de los pacientes acerca de los conceptos generales del VIH/SIDA con una duración de 60 minutos
2	2 Horas	1. Concepto y Generalidades de VIH/SIDA 2. Mitos y realidades del VIH/SIDA 3. Estigmatización y discriminación de los pacientes con VIH/SIDA 4. Entrenamiento en relajación para manejo de estrés y ansiedad	Mediante conferencia se realizará la exposición del tema apoyado con una presentación realizada en Powerpoint ante el grupo, impartida por el instructor, permitiendo la interacción mediante preguntas por el auditorio y opiniones sobre el mismo, permitiendo la resolución de dudas y reforzamiento del tema. Se realizará un receso de 15 minutos tras los primeros 60 minutos de la sesión. Explicación acerca de la utilidad de la relajación: síntomas fisiológicos de la ansiedad. ¿Qué síntomas tienen ellos? Distintos tipos de relajación: relajación progresiva y aplicación a todo el Tarea: aplicar la relajación una vez al día (explicar condiciones).

SESIÓN	DURACIÓN	TEMAS	DESCRIPCIÓN
3	2 Horas	1. Revisión de Tarea 2. Reforzamiento de conocimientos adquiridos 3. Aplicación de cuestionarios 4. Meditación para manejo de estrés y ansiedad	Cómo se sintieron posterior a la aplicación de la relajación una vez al día. Se realizará mediante lluvia de ideas por el auditorio con el objetivo de reafirmar conocimientos obtenidos por la audiencia y nuevamente con la resolución de preguntas y dudas que surjan durante los primeros 45 minutos de sesión. Receso de 15 minutos. Aplicación de herramientas de evaluación y culminación del taller con una meditación apoyada de material de audio de 30 minutos cerrando con aportaciones de los participantes.