



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA S. C.



INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8901-25

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*“PROPUESTA PARA MODIFICAR LAS DISTORSIONES
COGNITIVAS ACERCA DE LA SALUD MENTAL
UTILIZANDO TERAPIA RACIONAL EMOTIVA EN
PERSONAS DIAGNOSTICAS CON VIH/SIDA DE 20 A 30
AÑOS DE EDAD EN EL CAPASITS.”*

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MALENNIE ALVA HERNÁNDEZ

ASESOR DE TESINA:

MTRA. EN C.S. PERLA MORALES GONZALEZ

XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO DE 2019.



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.

DEDICATORIAS

*“El universo apoya los proyectos valiosos, especialmente
los que son algres y expansivos”*

JULIA CAMERON.

A Dios por darme cada día la oportunidad de seguir adelante, en este bonito caminar.

A mi Madre

Por haber estado ahí cuando siempre la necesitaba por sus consejos y sus motivaciones sobre todo entregarme su amor a cada instante.

A mis Amigos

Que me han acompañado en los malos y buenos momentos de la vida así como tus motivaciones.

A los Maestros

Por la formación que me brindaron, y los que creen en mi como persona y profesionalista.

INTRODUCCIÓN

*“Cuando la inspiración no me encuentra, hago
medio camino para encontrarla”*

SIGMUND FREUD.

El tema a tratar es sobre las afecciones de la salud mental, en personas diagnosticadas con VIH/SIDA, si bien se sabe que cuando diagnostican una enfermedad de gran significado, el paciente le pasa por la cabeza muchos pensamientos negativos y entre uno de ellos que ya no hay cura para la enfermedad, que el tratamiento no va a funcionar, y su economía no es suficiente para cubrir los gastos de aquella enfermedad o que simplemente se va a morir, entonces comienza una etapa de negación de la enfermedad y se enoja por todo y con todos los que están a sus alrededor. Inicia con problemas emocionales tanto el enfermo como la familia, un desgaste emocional y físico por ambos y en algunas situaciones la familia deja al enfermo luchar con su propia enfermedad porque se desespera porque no hay un avances y comienza a buscar otras alternativas que puede costar la vida de ambos con tratamientos más costosos e inservibles para el enfermo.

Se va a manejar el tema de pacientes diagnosticadas con VIH/SIDA, la cual se sabe este tipo de enfermedades la sociedad la ha catalogado como una maldición porque el simple hecho que no hay un cuidado al momento de tener relaciones sexuales sin protección o de besar a una persona con SIDA y no tener conciencia de lo que se hace con el simple hecho de compartir un alimentos, son muchos los comentarios que se hacen sobre esta enfermedad que la han llegado a estigmatizar y no quieren involucrarse con este tipo de gente inclusive la misma familia la aísla para que no contamine más, pero la sociedad no sabe que hoy en día gracias a la prevención y la cultura del cuidado de la salud se puede dar esperanza de vida a los pacientes diagnosticados para que tengas una excelente calidad de vida y además pueden llegar a formar una familia siempre con un cuidado adecuado.

Por otro lado siguiendo con las personas diagnosticadas con VIH/SIDA, al momento de recibir la noticia entran en un estado de duelo por la pérdida de la salud, llegan a desarrollar estrés, ansiedad, depresión y cambios de humor repentinamente por la no aceptación de esa enfermedad la cual también llegan autolesionarse y llegar al suicidio en algunos caso llegan a infectar a otra persona. Es por esto que existen centros de salud para brindarles ayuda a estos pacientes para que tengan una buena calidad de vida como son los hospitales, fundaciones y el CAPASITS que no tiene ningún precio, es totalmente gratuito y sobre todo los pacientes tienen sus datos de información , apoyo psicológico para trabajar con ellos.

ÍNDICE

1.1 Definición de psicología de la salud	1
1.1.1 Antecedentes de la psicología de la salud	2
1.1.2 La relación mente-cuerpo	9
1.1.3 Medicina psicosomática.....	10
1.1.4 Modelo biopsicosocial en la psicología de la salud	11
1.2 Conductas de salud (salud mental)	11
1.2.1 La salud mental: causas y efectos.....	15
1.3 Conductas que mejoran la salud.....	19
1.3.1 Predicción de la conducta de salud.....	19
1.4 Promoción de la salud mental.	24
1.5 Psiconeuroinmunología.....	31
1.5.1 El Sistema Inmunológico	32
1.5.2 Trastornos del Auto- inmune	32
CAPÍTULO II.....	34
VIH/SIDA.	34
CAPÍTULO II. VIH/SIDA.	35
2. Antecedentes del VIH/SIDA.....	35
2.1 Antecedentes del VIH /SIDA en México	37
2.2 Definición de VIH/SIDA.....	39
2.2.1 ¿Qué es el VIH?	39
2.2.2 ¿Qué es el SIDA?	40
2.3 Causas de VIH/SIDA.....	40
2.4 SIGNOS Y SÍNTOMAS DE VIH/SIDA.....	41
2.6 Tratamiento de VIH/SIDA	44
2.7 Impacto psicosocial de la infección con VIH/SIDA.....	48
2.7.1 Reacción inmediata al resultado de la prueba de VIH :	50
2.7.2 Trastornos psiquiátricos más frecuentes en pacientes con SIDA.	57
2.7.8 SIDA, Salud Mental : Pre-test y pos-test	59
2.9 Recomendaciones generales para la asistencia psicológica y psiquiátrica de pacientes con VIH/SIDA.....	63

CAPÍTULO III.....	65
.....	65
TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.....	65
(ALBERT ELLIS)	65
3.1 Antecedentes De La Terapia Racional Emotiva (Albert Ellis).....	66
3.2 Definición de Conducta	68
3.3 El Modelo Cognitivo.....	69
3.4 . Terapia Racional Emotiva Conductual	70
3.4.1 Los ABC de la Terapia Racional Emotiva Conductual.....	71
3.5 Filosofía De Vida Y Salud Psicológica.....	76
3.5.1 Adquisición y Mantenimiento de las Alteraciones Psicológicas.	80
3.6 El Proceso De Terapia Racional Emotiva Conductual.	82
3.6.1. El Vínculo entre el Pensamiento y la Emoción	85
3.7 La Triada cognitiva	86
3.8.Distorsiones cognitivas en personas que viven con VIH.....	88
3.9 El modelo de creencias sobre la salud.....	94
3.10 Aplicabilidad diferencial de los métodos de la evaluación conductual.	99
3.11 Principales técnicas de intervención.....	102
3.11 Tecnicas psicologicas aplicadas al tratamiento.....	107
CAPÍTULO IV.	109
ETAPA DE JUVENTUD.....	109
.....	109
CAPITULO IV. ETAPA DE JUVENTUD.	110
4.1 Definición de la etapa de la juventud	110
4.2 Desarrollo Físico en la Juventud.....	112
4.3 Desarrollo Personal.	112
4.4 Desarrollo Familiar	114
4.5 Desarrollo y Cambios Cognoscitivos.....	116
4.6 Estadios y tareas del desarrollo de la Juventud.....	116
.....	118
CAPÍTULO V.	118

METODOLOGÍA A DESARROLLAR	118
CAPÍTULO V. METODOLOGÍA A DESARROLLAR.	119
5.1 Área:	119
5.2 Título:	119
5.3 Tema:	119
5.4 Delimitacion del tema:	119
5.5 Justificacion de tema	119
5.5 Planteamiento del problema	121
5.5.1 Justificación del problema	122
5.6 Hipotesis	123
5.7 variables	123
5.9 Unidad de muestra	124
5.10 Objetivo general	124
5.10. Objetivos específicos	124
5.11 Teoría	124
5.12 Método	125
Mixto cuantitativo –cualitativo	125
5.13 diseño de la investigación	125
5.14 Tipos estudio	125
5.15 Universo	125
5.16 Muestra	125
5.17 Criterio de inclusión	126
5.17.1. Criterio de exclusión	126
5.17.2 Criterio de eliminación	126
CAPÍTULO VI.	127
PROPUESTA	127
PROGRAMA PARA MODIFICAR LAS DISTORSIONES COGNITIVAS ACERCA DE LA SALUD MENTAL UTILIZANDO TERAPIA RACIONAL EMOTIVA EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON VIH/SIDA DE 20 A 30 AÑOS DE EDAD EN EL CAPASITS. ...	127
CAPÍTULO VI.	128

PROGRAMA PARA MODIFICAR LAS DISTORSIONES COGNITIVAS ACERCA DE LA SALUD MENTAL UTILIZANDO TERAPIA RACIONAL EMOTIVA EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON VIH/SIDA DE 20 A 30 AÑOS DE EDAD EN EL CAPASITS. ...	128
1° Sesión.....	134
2° Sección	136
3° Sección.....	137
4° Sección	139
5° Sección.....	141
6° Sección.....	143
7° Sección	144
8° Sección.....	146
9° Sección.....	148
10° Sección	150
BIBLIOGRAFÍA.....	152
GLOSARIO	155

CAPÍTULO I.
PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

CAPÍTULO I. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

“El comportamiento humano deriva de tres fuentes principales: el deseo, la emoción y el conocimiento”

PLATÓN

En este capítulo se pretende describir la importancia de la salud mental donde las personas tienen la capacidad para enfrentar problemas, conflictos y las dificultades de la vida diaria donde el tiempo en que vivimos nos hace más propenso a caer en enfermedades mentales aunque algunas se dan por herencia o por ambiente donde nos desarrollamos desde la casa hasta el trabajo donde se elabora, no es porque el otro individuo tenga la culpa sino el hombre por su forma de razonar.

Ayudados con la psicología de la salud la cual diseña estrategias para la promoción de la salud y la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, para cambios de conducta para reducir la probabilidad de riesgo en enfermedades crónicas-degenerativas que es el caso de personas diagnosticadas con VIH/SIDA la cual, todavía esta enfermedad esta estigmatizada y discriminada por la misma sociedad ya comienza desde paciente, pasando por la familia o en caso de alguna aprehensión sentimental o el trabajo esto hace que la propia persona tienda a tener distorsiones cognitivas hacer de su salud mental.

1.1 Definición de psicología de la salud

Se puede definir como el estudio del comportamiento humano y animal, que posteriormente pasó a aceptarse como el estudio científico del funcionamiento mental y del comportamiento. La psicología intenta describir, explicar, predecir y, cuando sea posible, intervenir para controlar o modificar los procesos mentales y comportamentales, desde el lenguaje, la memoria, la atención y la percepción hasta

las emociones, la conducta social y la conducta saludable, por nombrar tan sólo unos pocos.

La psicología de la salud integra muchas teorías y explicaciones cognitivas, del desarrollo y sociales, pero las aplica exclusivamente a la salud, la enfermedad y el cuidado de la salud.

Stone (1979) define la psicología de la salud como una especialidad de la psicología que comprende la aplicación de los conceptos y métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de salud, ya sea que se hable de los niveles de atención a la salud, de salud pública, de educación y planificación de la salud, o bien de otros componentes del sistema, añadiendo que la práctica tradicional de la psicología clínica vendría a constituirse en una de sus subdivisiones.

La psicología de la salud fue definida originalmente por Matarazzo (1980) como el conjunto de las contribuciones explícitas educativas y de formación, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología para: Promoción y mantenimiento de la salud. Prevención y tratamiento de la enfermedad. Identificación de la etiología y los correlatos diagnósticos de la salud, de la enfermedad y de las disfunciones ligadas a ella para el análisis y mejora del sistema de cuidado de la salud y para la formación de la política sanitaria.

1.1.1 Antecedentes de la psicología de la salud

En 1960, en los Estados Unidos, la psicología aplicada se orienta hacia la necesidad de dar respuesta a los problemas planteados por el interés en la prevención de enfermedades y promoción de la salud. El término de Psicología de la salud comenzó a ser usado sistemáticamente en 1968 por psicólogos cubanos. En 1969, William Schofield publicó un artículo en la revista *American Psychologist*, En dicho artículo Schofield menciona que muy pocos trabajos se referían sobre la salud no

mental. 1973, la American Psychological Association organizó un grupo de trabajo sobre investigación en salud. En 1975, Dubos sostiene que la salud es “el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de ese medio”.

En 1977 se creó una nueva división de la American Psychological Association con la denominación de Psicología de la salud. Engel mencionó que los factores psicosociales son tan o más importantes que las causas puramente biológicas del bienestar, esta postura condujo al modelo biopsicosocial (FERNANDEZ RODRIGUEZ & PEREZ ALVAREZ , 2010).

En 1978, la Health Psychology, la división de la psicología de la salud, hacia la cual confluyen distintas disciplinas de la psicología para el surgimiento de esta nueva área: experimental, social, clínica, fisiológica, desarrollo de estudios epidemiológicos.

La psicología clínica de la salud es un campo relativamente nuevo referido a ciertas formas de investigación e intervención en problemas psicofisiológicos y médicos; a pesar de que el interés en la interacción entre la conducta y la enfermedad es tan antiguo como la práctica de la medicina misma, el trabajo sistemático de esta disciplina es muy reciente.

La psicología clínica de la salud puede ser considerada como un área derivada de la terapia conductual donde se han realizado numerosas investigaciones sobre la conducta humana, enfermedad y prevención de la misma a través de cambios conductuales.

A modificar sus conductas con el fin de ser más sanos. Algunas de las razones del crecimiento de la psicología clínica de la salud a partir del decenio de 1980-89 fueron:

- 1._La insuficiencia del modelo biomédico para explicar claramente las conductas de salud y enfermedad.

2._La importancia que se le dio a la calidad de vida a la prevención de la enfermedad.

3._El importante cambio a finales del siglo XX de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónico-degenerativas como principales causas de mortalidad, lo cual dio la pauta para abocarse a la atención en los estilos de vida saludables y el incremento en la investigación aplicada sobre estos problemas.

Las conductas de salud incluyen todos aquellos comportamientos que promueven o potencian un estado de salud general; por ejemplo seguir un régimen alimenticio de riesgo son las que contribuyen a disminuir la probabilidad de aparición de un problema asociado con alguna enfermedad esto incluye conductas aparentemente dispersas como lavarse las manos después de ir al baño ,dejar de fumar .

Otros aspectos importantes relacionado con las conductas de la salud es su inestabilidad en el tiempo; algunas de las razones de esto son:

- a) Las diferentes conductas están bajo el control de factores distintos en la misma persona.
- b) Una misma conducta de salud puede estar bajo el control de varios factores en diferentes personas.
- c) Los factores que controlan una conducta de salud quizá cambien a lo largo del desarrollo de la misma.
- d) Los factores que controlan una conducta de salud tal vez cambien a lo largo de la vida de una persona.

Lamentablemente en México aún no se logra el completo reconocimiento de la labor del psicólogo en el campo de la salud, por lo que el trabajo es arduo y deberá enfocarse hacia el cumplimiento de las siguientes premisas básicas de la función del psicólogo en el campo de la salud:

- Cambios en la conducta (estilos de vida) pueden reducir la probabilidad de riesgo en ciertas enfermedades.
- La conducta y su relación con factores ambientales incrementa el riesgo de ciertas enfermedades crónicas
- Las técnicas conductuales permiten modificar, sistematizar y mantener los cambios.

Las principales áreas de investigación en la psicología de la salud son:

- El estilo de vida de las personas como protector o disparador de enfermedades crónico-degenerativas.
- El papel del estrés en el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas
- El impacto del medio ambiente en el desarrollo de diversos tipos de neoplasias.
- El papel de regímenes alimenticios y de ejercicio enfermedades crónicas como la hipertensión, coronariopatías y cáncer, entre otras.

Las líneas de desarrollo de la psicología de la salud pueden ser las siguientes:

- Realizar investigaciones con el objetivo de cambiar el estilo de vida de las personas para prevenir algunas enfermedades crónico-degenerativas.
- Diseñar y aplicar programas de intervención con el objeto de modificar conductas que por sí mismas constituyan un problema.
- Intervenir con el objetivo de enfocar el cambio de conducta hacia la persona que proporciona cuidados en el área de la salud con el fin de mejorar la presentación de servicios a los usuarios.
- Aplicar programas para mejorar la adherencia terapéutica, entendida como el apego de los pacientes hacia diferentes regímenes de tratamiento ya sean médicos o conductuales.
- Desarrollar programas para prevenir algunas enfermedades crónico-degenerativas (como problemas cardiacos, cáncer y diabetes entre otros).

Desde el punto de vista de la psicología clínica de la salud, aparte del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, la prevención se percibe como fundamental.

La prevención ha sido dividida tradicionalmente por los médicos en tres niveles:

- a) Prevención primaria: consiste en intervenciones para prevenir enfermedades.
- b) Prevención secundaria: intervención temprana que quizá incluya un tratamiento de la enfermedad y que sirve para minimizar su seriedad.
- c) Prevención terciaria: intervención que busca minimizar las complicaciones de una enfermedad establecida en la cual probablemente se incluya la medicina clínica.
- d) Prevención cuaternaria: esfuerzos de rehabilitación capaces de impedir un mayor deterioro después que la enfermedad ha sido tratada, haciendo énfasis en reducir al máximo la incapacidad o incrementar habilidades de afrontamiento.

Psicología médica

La definición muy amplia y general de lo que es la psicología médica formulada por Asken (1979); según este autor su objetivo es el estudio de los factores psicológicos relacionados con cualquiera de los aspectos de la salud física, la enfermedad y su tratamiento a nivel del individuo, el grupo y los sistemas. La psicología médica no representan una orientación teórica particular los problemas de la misma pueden ser conceptualizados desde cualquier orientación deseada.

Medicina conductual.

La medicina conductual de la psicología de la salud constituye el ejercicio más difícil de delimitación conceptual dentro de esta área de conocimiento ya que hasta los años ochenta ambos términos se usaron casi indistintamente para referirse a esta nueva aproximación de tipo biopsicosocial a la salud.

El término medicina conductual fue utilizado por primera vez en 1973 apareciendo en el título del libro biofeedback. Se presenta este término como un sinónimo y completo de biofeedback en el nacimiento de esta disciplina. La medicina conductual nace como una extensión de la tradición teórica conductista, por el cual su preocupación principal fueron las conductas de salud y enfermedad, las contingencias que las mantienen y los cambios necesarios que habría que operar en las mismas para modificar dichas conductas. En la práctica clínica, la medicina conductual emplea las técnicas de modificación de conducta para la evaluación, prevención y tratamiento de la enfermedad física o disfunciones psicofisiológicas, además de la utilización del análisis funcional de la conducta para la comprensión de las conductas asociadas a los trastornos médicos y problemas en el cuidado de la salud.¹

Es este sentido Schwartz y Weiss formularon una definición de la medicina conductual, ampliamente aceptada en la que se recogen sus características esenciales: la medicina conductual es un campo interdisciplinario ocupado en el desarrollo e integración de la ciencia biomédica y conductual, conocimiento y técnicas relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de esas técnicas y ese conocimiento para la prevención diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

La Conducta de salud y sus determinantes

De acuerdo con la definición de Kasl y Cobb las conductas de salud son aquellas conductas que la persona manifiesta, mientras se encuentra sana, con el propósito de prevenir la enfermedad. Por lo tanto, la conducta de salud engloba en palabras de

¹ TAYLOR, S. E. (2005). *PSICOLOGÍA DE LA SALUD* . MÉXICO : MC GRAW HILL .

Matarazzo (1984) los esfuerzos de las personas por reducir sus patógenos conductuales y practicar conductas que sirvan como inmunogenos conductuales.²

Desde la perspectiva psicológica, merecen ser destacadas la influencia del contexto social, la percepción del síntoma, los síntomas emocionales y las creencias sobre la salud.

El contexto social: El contexto social de la persona ejerce una notable influencia sobre sus hábitos de salud.

La percepción del síntoma: En el momento en que aparecen algunos síntomas inesperados muchas personas deciden iniciar un cambio en ciertas conductas de salud. Es estos casos los síntomas se suelen considerar como una señal de un potencial problema físico y los cambios que se producen en las conductas de salud constituyen una manera de reducir el riesgo percibido.

Los estados emocionales: Pueden modificar notablemente las conductas de salud. De hecho situaciones de ansiedad o de aburrimiento suelen ser potenciales desencadenantes de la conducta.

Las creencias sobre la salud: Tiene una persona también influyen en sus hábitos cuando se padece una enfermedad es muy probable que el que la sufre desarrolle, sobre la base de sus conocimientos y experiencia toda una serie de valoraciones en relación a los cambios que se van produciendo y que pueden influir notablemente en las conductas de la salud que adopte.

2

FERNANDEZ RODRIGUEZ , C., & PEREZ ALVAREZ , M. (2010). LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD . EN C. FERNANDEZ RODRIGUEZ, & M. PEREZ ALVAREZ, *MANUAL DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD* (PÁGS. 21-39). MADRID: PIRAMIDE .

1.1.2 La relación mente-cuerpo

Un breve repaso a la historia nos permitirá observar como el modo de entender la salud que propone la psicología de la salud esta esbozado formalmente en culturas muy distintas a la nuestras. En la antigua Grecia se consideraba que la muerte y el cuerpo estaban esencialmente. Hipócrates es el mejor representante de esa tradición. La salud según él, era la resultante de un estado de armonía del individuo consigo mismo y con el exterior, mientras que la enfermedad es la ruptura de ese equilibrio por causas naturales. Ahora bien dentro de las causas naturales no solo incluía las de naturaleza biológica, sino también las relativas al comportamiento del individuo y su personalidad. China también se desarrolló una concepción naturalista de la salud y de la enfermedad.

Esta aproximación evoluciono de un modo independiente a las nociones desarrolladas en el mundo occidental. El concepto clave para entender la noción de enfermedad en la cultura china seria el balance de fuerzas. Durante la edad media se produjo un giro en esta concepción naturalista de la salud en el mundo occidental hacia una visión dualista del ser humano según cual dentro de cada persona, hay un espíritu eterno que vive dentro de un cuerpo.

Este enfoque espiritualista se hizo cada vez más dominante debido al poder creciente de la iglesia católica en todos los ámbitos de la sociedad en esas épocas. Su influencia en la práctica médica era tal que, en el año 1139, el papa Inocencio II dictó una norma por la que prohibía a los sacerdotes dispensar medicina, con el objeto de que se dedicaran más intensamente a las prácticas propias de su ministerio. La enfermedad era vista como el resultado de la violación de una ley divina y la curación como resultado de la fe y arrepentimiento del pecado. Los procedimientos curativos eran en realidad prácticas religiosas.

Durante el renacimiento se recuperó una cierta conceptualización de la enfermedad en términos naturalistas. Sera durante el renacimiento cuando tenga lugar el hecho que cambio la historia de la medicina y posibilito la aparición, consolidación y

absoluta primicia del modelo biomédico. Tuvo su fundamento doctrinal en el dualismo mente-cuerpo y la teoría que quizá mejor la represento de la de Rene Descartes. Planteo que lo físico y lo espiritual son dos realidades separadas mientras que el cuerpo pertenecía a la realidad física, la mente sería una realidad espiritual.

1.1. 3 Medicina psicosomática

La medicina psicosomática constituyo el primer intento de investigar, dentro del ámbito médico, las relaciones entre las variables psicosociales y las alteraciones psicofisiológicas. El término fue acuñado en 1918 por Heinroth. Con él se quiso dar cuenta de las relaciones entre los procesos psicológicos y las estructuras somáticas. Históricamente se han descrito dos momentos la evolución de medicina psicosomática. El primero comprende entre 1935 y 1960 y se caracteriza por la notable influencia del psicoanálisis de hecho, en esta fase la medicina psicosomática se centró fundamentalmente en el estudio de la etiología y patogénesis de la enfermedad física desde una perspectiva abiertamente psicodinámica. Se asumía que las causas de algunas enfermedades orgánicas concretas se encuentran en ciertas características de personalidad, conflictos interpersonales y el modo de responder a dichos conflictos. A partir de 1965 se observa un cambio de orientación en esta disciplina. se abandonan progresivamente las formulaciones psicoanalíticas para explicar la enfermedad se busca una base más sólida de conocimiento equiparable al de la medicina y se plantea la necesidad del desarrollo de las técnicas terapéuticas eficaces para el tratamiento de las enfermedades psicosomática, este cambio de orientación queda plasmado en los objetivos que según Lipowski 1977 le corresponderían a la medicina psicosomática ;1) el estudio del papel de los factores psicológicos , biológicos y sociales en la homeostasis del ser humanos; 2) una aproximación holística a la práctica de la medicina y 3) una relación con la práctica psiquiátrica de consulta – apoyo (TAYLOR S. E., 2005).

1.1.4 Modelo biopsicosocial en la psicología de la salud

El ser humano se representa como un todo en el cual se clasifican tres tipos de necesidades representadas en esferas: la esfera biológica, la psicológica y la social, todas ellas enmarcadas en un determinado contexto social, económico y político que influye en ellas de una determinada manera. Esta clasificación de necesidades humanas es conocida como modelo multicausal o Bio-psico-social.

La esfera biológica es la conocida como estructura física que nos permite a los seres humanos la existencia. La esfera psíquica alberga todos aquellos factores que conforman el comportamiento humano, sus funciones psíquicas y emocionales, es decir, la actuación de una persona mediante sus pensamientos o ideología.

La esfera social es el lugar que una persona ocupa en el mundo y sus relaciones con los demás en todos los ámbitos y contextos, tales como la familia, los amigos o el trabajo.

Un proceso de intervención ante una persona o grupo de personas carentes de ciertas necesidades, debe albergar y analizar estas tres esferas, pues son altamente importantes para que una persona se sienta autorrealizada, es decir, debe tener estas tres esferas bien posicionadas para poder lograrlo.

Con esto se quiere decir, que si una persona carece de una de las tres esferas puede no llegar a autorrealizarse y por lo tanto no alcanzar sus metas. La esfera biológica es la que equivale a las necesidades básicas, todo lo necesario para que una persona pueda alcanzar su completo desarrollo físico.

1.2 Conductas de salud (salud mental)

El diagnóstico era impuesto por chamanes y la cura eran pócimas o brebajes. Galeano padre de la medicina clasificó la locura en manía y melancolía. Manía: exceso de sangre y bilis amarilla se manifestaba con alucinaciones. Melancolía exceso de

bilis negra y se manifestaba con depresión. En siglo II D.C en este tiempo la locura se consideró como enfermedad. A partir del derecho de Constantino en el año 313 se impuso el cristianismo y clasificó la locura como una posesión diabólica a finales del imperio romano surgen los primeros hospitales. A lo largo de la edad media se impone la idea de posesión diabólica con respecto a la enfermedad mental continuando con las fallidas trepanaciones craneales entre otros tratamientos profundizándose más aun con la desafortunada peste negra. En el renacimiento la salud mental da un giro debido al gran aporte de Descartes del dualismo. A partir de estos importantes hitos se incluyó la psicofarmacología en el mundo.

La salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, e incluye padecimientos como la depresión, la ansiedad, la epilepsia, las demencias, la esquizofrenia, y los trastornos del desarrollo en la infancia, algunos de los cuales se han agravado en los últimos tiempos. En este sentido, lograr que la población conserve la salud mental, además de la salud física, depende, en gran parte, de la realización exitosa de acciones de salud pública para prevenir, tratar y rehabilitar.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es el “bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductual es, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación”

Len Doyal y Ian Gough definen las necesidades humanas básicas y estipulan lo que las personas deben lograr si han de evitar el daño serio y sostenido.

En estos términos, daño serio, se entiende como “estar fundamentalmente incapacitado para perseguir lo que uno considera lo bueno”. El argumento desemboca en las necesidades básicas: Puesto que la sobrevivencia física y la autonomía personal son precondiciones de cualquier acción individual en cualquier cultura y constituyen las necesidades humanas más básicas (aquellas que deben

satisfacerse en algún grado antes que los actores puedan efectivamente participar en su forma de vida buscando alcanzar otras metas).

- La sobrevivencia no es suficiente, ya que constituye una necesidad humana básica la salud física. Para desempeñarse adecuadamente en sus vidas diarias la gente no sólo necesita sobrevivir, necesita también poseer una módica salud básica.
- El nivel de autonomía, entendida como la capacidad de iniciar una acción, la capacidad de formular propósitos y estrategias, e intentar ponerlas en acción, está determinado por tres variables según Doyal y Gough: el nivel de entendimiento de nosotros mismos, de nuestra cultura, y de lo que se espera de nosotros; la capacidad psicológica de formular opciones para uno mismo (su salud mental); y las oportunidades objetivas de actuar en consecuencia y la libertad implicada en ello.

Relación entre enfermedad mental y enfermedad física.

Existe una gran variedad de enfermedades médicas que dan como resultado trastornos mentales claramente identificados y a los que se han denominado secundarios. Son numerosas las enfermedades médicas que generan trastornos mentales en individuos susceptibles, entre éstas predominan las endocrinológicas, las cardiopatías, las inmunológicas y las neurológicas.

Calidad de vida y autodeterminación en salud mental.

Calidad de vida y autodeterminación, son dos conceptos que en los últimos años según han sido objeto de numerosos estudios para encontrar la relación que guardan entre sí.

a) Concepto de calidad de vida.

El concepto de calidad de vida –según es “difícil de definir, ya que se trata de un término global y multidisciplinar. Además, hay que considerar los aspectos objetivos y subjetivos al momento de definirla. Por otra parte, es necesario tener en cuenta que el concepto de calidad de vida debe considerarse desde una perspectiva cultural, puesto que cambia dependiendo de las culturas, el momento histórico y la sociedad. Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida implicaría una serie de componentes, todos ellos de carácter objetivo, que son la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, los vestidos, el ocio y los derechos humanos” (Casal, 2001).

Ardila (2003) propone a su vez una definición de calidad de vida más integradora y actual: Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva.

Como aspectos objetivos, el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida.

b) Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

Involucra el funcionamiento y los síntomas físicos, los factores psicológicos y los aspectos sociales. Los efectos secundarios de naturaleza psicológica de los padecimientos crónicos suelen aparecer a lo largo del tratamiento. Por tanto, es crucial tratar la cuestión referida a la calidad de vida relacionada con la salud, toda vez que los tratamientos farmacológicos pueden afectarlos, así como la propia situación de vivir con una enfermedad crónica.

Con respecto a la CVRS es un concepto multidimensional que debe incluir los siguientes aspectos:

- 1) el funcionamiento físico, que incluye el cuidado personal, el desempeño de actividades físicas y de roles
- 2) los síntomas físicos relacionados con la enfermedad o su tratamiento
- 3) los factores psicológicos, que aglutinen desde el estado emocional por ejemplo, la ansiedad y la depresión- hasta el funcionamiento cognoscitivo
- 4) los aspectos sociales, es decir, las relaciones sociales de la persona con los demás.

c) El concepto de autodeterminación

Se utilizó inicialmente en la evaluación de programas como principio de garantía de bienestar y calidad de vida. En los últimos años se ha empleado como una dimensión importante dentro de los programas de rehabilitación psicosocial. Así, la atención en salud mental se centró más en los usuarios y familiares, y menos en los profesionales.

1.2.1 La salud mental: causas y efectos.

La vulnerabilidad como causa de trastornos mentales

La necesidad de que todos los miembros de la familia se integren al mercado laboral, incluyendo a madres con niños pequeños y los niños mismos, así como la migración internacional, aun cuando representan oportunidades para el progreso económico, incrementan los riesgos para los problemas mentales, ya que en las familias se cambian los roles tradicionales de la mujer y el hombre, además de crear un

ambiente poco propicio para la comunicación y supervisión de todos los miembros de la familia, provocando estrés adicional que puede llevar a la depresión y la ansiedad.

Se presenta una lista de las causas y efectos de la salud mental:

a) Pobreza: como problema de mala nutrición, carencia de servicios básicos, marginalidad acceso limitado a los servicios educativos y de salud, repercuten directamente en las condiciones de vida de la familia y de la sociedad. Este es un problema complejo, en el que la dimensión de la carencia, la privación o la marginalidad son los rasgos que habitualmente se destacan. Encuestas recientes han demostrado que las familias pobres tienen una mayor prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad; los niños que viven en la pobreza se encuentran más expuestos a enfermedades médicas, estrés familiar, apoyo social inadecuado y a la depresión de los padres. La pobreza se asocia con la falta de apoyo y de estimulación, ambientes caóticos, estrés psicológico y bajo control en las familias

b) Trabajo (Personas desempleadas): tienen más síntomas depresivos que las que encuentran trabajo. Inclusive, las personas con empleo que perdieron su trabajo tienen un riesgo doble de estar deprimidas que las que mantienen su empleo.

c) Educación (Bajo nivel educacional): Varios estudios han demostrado una asociación significativa entre la prevalencia de “trastornos mentales comunes” y el bajo nivel educacional. Más aún, un bajo nivel de educación dificulta el acceso a la mayoría de trabajos profesionales, aumenta la vulnerabilidad e inseguridad y contribuye al mantenimiento de un capital social disminuido. El analfabetismo o el escaso nivel educacional y la enfermedad están íntimamente ligados en el ámbito de la pobreza.

d) Violencia y trauma: En comunidades afectadas por la pobreza, la violencia y el abuso son frecuentes. Ellas afectan el bienestar mental general y pueden inducir trastornos mentales en los más vulnerables.

e) Mujeres trabajadoras: Las familias mexicanas se encuentran en un complejo momento de transición debido al cambio de los roles en el hogar y a una doble carga para las mujeres, en la que además de cumplir con las labores del hogar, aportan una mayor contribución económica, esto ha provocado un incremento en su intervención en las decisiones familiares, se ha traducido en un fuerte aumento en las tensiones, lo que ha incrementado de manera considerables la incidencia de la problemática mentales en este grupo.

f) Personas con discapacidad: Las personas con discapacidad son aquellas que por razones físicas, psicológicas y sociales requieren de mayor apoyo para interactuar con su medio y desarrollar sus potencialidades. En México la discapacidad se asocia con otro factor de vulnerabilidad que es la pobreza. Si la población discapacitada no es atendida adecuadamente, padece desajustes psicosociales, problemas de desintegración familiar, analfabetismo, desempleo, mendicidad y problemas económicos graves, todos ellos estresores emocionales importantes.

g) Niños y niñas en situación de calle: El niño de la calle es todo menor que depende o está en condiciones de depender de su propia actividad en la calle para sobrevivir; de igual modo existen menores que trabajan en la calle para contribuir al ingreso familiar, llamados también niños en la calle.

h) Madres adolescentes. La maternidad y paternidad adolescentes son fenómenos de actualidad que cuentan cada vez con mayor atención por parte de las políticas públicas en México. Son innumerables los factores involucrados en el embarazo en la adolescencia: falta de información sobre educación sexual y reproductiva, familias disfuncionales, consumo de drogas, reproducción de patrones culturales, falta de oportunidades de desarrollo para los jóvenes y la presencia de problemas mentales como el trastorno por déficit de atención, entre otras.

i) Población indígena: Los diferentes pueblos indígenas son un grupo que se identifica como el menos saludable, con menores niveles de escolaridad, de empleos, de economía y de vivienda, y también por la falta de infraestructura en sus

comunidades para atender problemas de salud. Lo anterior se entiende por la marginación social y el aislamiento. Todos estos factores contribuyen a un nivel de salud bajo y a propiciar un círculo vicioso de desventajas en las comunidades indígenas que los hace propensos a padecer enfermedades mentales. En el país están identificados al menos 63 grupos indígenas cuya esperanza de vida al nacer es de 69 años, a diferencia de 74 años en la población nacional.

La tasa de mortalidad es 58% más alta entre los niños indígenas, la desnutrición crónica es el principal problema de salud y convierte a los niños indígenas en una población altamente vulnerable a padecer retrasos en el desarrollo físico y mental. Con mayor probabilidad de presentar complicaciones durante el embarazo y que tengan hijos con bajo peso al nacer o prematuros. Para la población con diferencias étnicas y lingüísticas, el racismo y la discriminación también afectan los niveles de salud mental.

j) Población migrante: México, se ha convertido en un expulsor de población económicamente activa, que en busca de opciones de sobrevivencia sale del país exponiéndose a los riesgos y tensiones que implica el cambio de residencia, la adaptación a una cultura diferente, la discriminación étnica, la incertidumbre económica y la preocupación por el abandono de la familia. Esta población al llegar a otro país con una cultura diferente se enfrenta a situaciones de estrés importante para lograr su adaptación a la barrera del idioma, la discriminación, la pérdida de su identidad, sentimientos de autodevaluación y de inadecuación, miedo, conductas persecutorias que los llevan a estar en constante estado de alerta, desconocimiento de las leyes, que con frecuencia los colocan en situaciones de arresto y cárcel. Estas tensiones, son desahogadas a través del consumo de alcohol o de otro tipo de sustancias a las que tienen acceso, así como por caer en conductas de riesgo sexual.

k) Enfermos mentales delincuentes recluidos: Uno de los problemas de salud mental manejado con menor éxito en el país es el de los enfermos mentales delincuentes,

que se encuentran en áreas específicas de los reclusorios y en pabellones de los hospitales psiquiátricos, como es el caso del Hospital Granja “Dr. Samuel Ramírez Moreno”. La Ley establece la inimputabilidad para personas que delinquen estando mentalmente perturbadas, que enferman durante su juicio o durante el cumplimiento de una pena con reclusión.³

1.3 Conductas que mejoran la salud

Conductas de Salud: Son las conductas que adoptan las personas para mejorar o conservar la salud. Cambiar conocimientos y creencias, modificar actitudes y valores, aumentar la capacidad de tomar decisiones, cambiar comportamientos establecer ambientes sanos, conseguir cambios sociales hacia la salud, favorecer la capacidad y el poder de individuos, grupos y comunidades. Impulsar alto nivel de bienestar, mejorar calidad de vida.

1.3.1 Predicción de la conducta de salud

Analizar los factores que permiten predecir la conducta de salud consiste en considerar que determinadas influencias son distales, como la situación socioeconómica, la edad, el grupo étnico, el sexo y la personalidad y otras como de influencia proximal como las creencias y actitudes particulares hacia una conducta promotora de la salud varios modelos de comportamiento saludables han sido propuestos y verificados en términos de su capacidad para explicar y predecir la práctica o no practica ya sea de una conducta de riesgo ya de promoción de la salud

3

CASAL, G. B. (2001). *MANUAL DE EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD*. ESPAÑA: SIGLO XXI.

a través del análisis de las actitudes y creencias sobre la salud que tiene el individuo (FERNANDEZ RODRIGUEZ & PEREZ ALVAREZ , 2010).

Personalidad: es hablando en términos generales lo que hace que los individuos se diferencien entre sí en tanto en cuanto cada uno de nosotros piensa y se comporta de una forma característica mostrando unos rasgos que son especialmente permanentes independientes de las características situaciones específicas diferentes investigadores han propuesto distintos tipos de rasgos o dimensiones clave de la personalidad (Gutierrez & Raich, 2014).

El modelo de los tres factores de Eysenck 1944.

1. Extraversión (carácter social abierto) diametralmente opuesto a la introversión (carácter solitario tímido).
2. Neuroticismo (carácter ansioso, preocupado, con sentimiento de culpa): diametralmente opuesto a la estabilidad emocional (carácter relajado, satisfecho).
3. Psicotismo (carácter egocéntrico, agresivo, antisocial): diametralmente opuesto a autocontrol (carácter agradable, considerando obediente).

Según Eysenck (1970,1991) la personalidad del individuo se refleja en las puntuaciones que recibe cada persona en cada una de estas tres dimensiones. Sin embargo existe otro modelo que identifica cinco grandes dimensiones de la personalidad.

Modelo de los cinco factores de McCrae Y Costa 1985.

1. Neuroticismo : Las personas que presentan ansiedad, hostilidad, depresión , timidez ,impulsividad y vulnerabilidad.
2. Extraversión: Los extrvertidos obtienen energía de la interacción con los demás, mientras que los introvertidos la obtienen de ellos mismos. La extraversión incluye los rasgos de activo, hablador y asertivo.
3. Apertura (a la experiencia) : Las personas a las que les gusta aprender cosas nuevas y disfrutar de experiencias nuevas normalmente obtienen una puntuación alta

en Apertura a la experiencia. Incluye rasgos como la perspicacia y la imaginación, así como el interés por una gran variedad de cosas.

4. Afabilidad : Estas personas son amables, cooperativas y compasivas. Las personas con un nivel bajo de cordialidad son más distantes. Los rasgos incluyen el ser amable, cariñoso y simpático

5. Responsabilidad: las personas que tienen un alto nivel de tensión son fiables y resolutivos. Los rasgos incluyen ser organizados, metódicos y meticulosos.

Estos cinco grandes factores han sido validados posteriormente en distintas culturas y en diferentes momentos de la vida entre los 14 y los 50 años y más. Los cinco grandes rasgos son por tanto relativamente estables y duraderos. La aproximación de la personalidad está limitada en cuanto a su reconocimiento de los factores cognitivos y circunstanciales que también afectan a la personalidad y a la conducta. La responsabilidad se suele relacionar con una conducta de salud positiva, mientras que el neuroticismo se relaciona con una conducta de salud negativa.

Las creencias sobre la salud el MHLC (lugar de control de salud multidimensional), que identifica tres dimensiones estadísticamente independientes:

1. Interna: fuertes creencias internas que consideran que es el propio individuo el principal determinante de su estado de salud. Las creencias internas están relacionadas teóricamente con un elevado nivel de conducta protectora de la salud y con el constructor de autoeficacia de Bandura.
2. Externa/Azar: fuertes creencias externas que consideran como la suerte , el destino o el azar determinan el estado de salud de una persona más que su propia conducta.
3. Terceros poderosos: fuertes creencias que consideran que el estado de salud está determinado por las acciones de otras personas con poder, como los profesionales médicos y de la salud.

Si los individuos no valoran su salud, se cree que es improbable que muestren una conducta protectora de su salud (incluso si consideran que ellos controlan su estado de salud) porque la salud no es una de sus principales prioridades los individuos con un lugar de control de salud interno o un lugar de control de salud en terceros poderosos que también valoran su salud son por tanto los que tienen más probabilidad de tener una conducta de protección de la salud independientemente de que se trate en el caso del lugar de control interno de empezar a hacer ejercicio físico o en el caso de un lugar de control de salud de terceros poderosos de asistir a un centro de salud local para buscar asesoría nutricional .

Las creencias sobre otras personas poderosas pueden evitar que un individuo asuma la responsabilidad activa de la conducta relevante, lo que hace que estos individuos confieren en exceso en las curas médicas.⁴

Normas sociales, familia y amigos: Los seres humanos son básicamente seres sociales. Nuestra conducta es el resultado de muchas influencias; la cultura y el entorno generales en los que hemos nacido; la cultura cotidiana en la que vivimos y trabajamos; los grupos, subgrupos e individuos con los que nos relacionamos y nuestras propias emociones, creencias, valores y actitudes personales, influidas todas ellas por todos estos factores más generales. Aprendemos vicariamente a través de quedar expuestos a observar las conductas y experiencias de otros. La conducta de los que nos rodean crea una norma social percibida que sugiere una aprobación implícita de determinada conducta.

Actitudes:son las representaciones de sentido común que tienen los individuos respecto a objetos, personas y sucesos. A partir de la década de 1960 ha aumentado la aceptación de un modelo de tres componentes de la actitud, por el que se

4

PAEZ, D. (1986). *SALUD MENTAL Y FACTORES PSICOSOCIALES* . MADRID: FUNDAMENTOS .

considera que las actitudes son relativamente duraderas y generalizables y están compuestas de tres elementos relacionados: pensamiento (cognición), emoción y conducta:

1. Cognitivo: creencias sobre el objeto actitudinal
2. Emocional: los sentimientos hacia el objeto actitudinal
3. Conductual (o intencional) : la acción pretendida hacia el objeto actitudinal

Autoeficacia: El constructo autoeficacia se define como la creencia en las capacidades de uno mismo para organizar y llevar a cabo los recursos para la acción necesario para resolver situaciones prospectivas. El éxito en la consecución de una meta también se retroalimenta de forma autorreguladora para aumentar el sentimiento personal de autoeficacia cuando la competencia del comportamiento personal no está relacionada o está menos estrechamente relacionada con el resultado, la autoeficacia será menos predictiva del resultado.

Los resultados del cambio de conducta de salud individual y del mantenimiento del cambio, el rendimiento personal es importante y por tanto, no resulta sorprendente que se haya concluido que la eficacia sirve de elemento de predicción. La autoeficacia también es importante a la hora de recuperarse de los contratiempos (Paez, 2013).

Los seres humanos no son consistentes: Los individuos pueden ser muy inconsistentes en su práctica de conductas de salud. Los individuos no solo difieren entre sí en cuanto a las justificaciones o motivaciones de su conducta sino que además es probable que sus propias motivaciones vayan cambiando con el tiempo las inconsistencias pueden explicarse, tal vez por los hallazgos de que:

Las distintas conductas de salud están controladas por distintos factores externos. Las actitudes hacia la conducta de salud pueden variar entre los distintos individuos y para un mismo individuo.

- En el caso de un mismo individuo, la conducta de salud puede estar motivada por distintas expectativas.
- Los individuos difieren en cuanto a sus metas y motivaciones
- Los factores de motivación pueden cambiar a lo largo del tiempo
- Los desencadenantes y barreras de la conducta están influidos por el contexto. ⁵

1.4 Promoción de la salud mental.

La promoción de la salud mental consiste en acciones que crean entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. Entre ellas hay una serie de acciones para aumentar las posibilidades de que más personas tengan una mejor salud mental. Un ambiente de respeto y protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales básicos es fundamental para la promoción de la salud mental. Sin la seguridad y la libertad que proporcionan estos derechos resulta muy difícil mantener un buen nivel de salud mental.

Modelo conceptual la Salud Mental

Hay muchas opiniones acerca de los componentes y procesos de la salud mental.

La salud mental se define como:

- Un estado: De bienestar psicológico y social total de un individuo en un entorno sociocultural dado, indicativo de estados de ánimo y afectos positivos (por ejemplo, placer, satisfacción y comodidad) o negativos (por ejemplo, ansiedad, estado de ánimo depresivo e insatisfacción).

⁵

PAEZ, D. (1986). *SALUD MENTAL Y FACTORES PSICOSOCIALES*. MADRID: FUNDAMENTOS .

- Un proceso: indicativo de una conducta de afrontamiento; por ejemplo, luchar por conseguir la independencia, autonomía (ambos aspectos clave de la salud mental).
- El resultado de un proceso: un estado crónico debido a una confrontación aguda e intensa con un factor estresante, como sucede en el trastorno por estrés postraumático, o a la presencia continua de un factor estresante, no necesariamente intenso.
- Características de la persona: como los “estilos de afrontamiento” la competencia (incluidos el afrontamiento eficaz, el dominio del entorno y la autoeficacia) y la aspiración son características de una persona mentalmente sana, que se muestra interesada por su entorno, participa en actividades motivadoras y busca su propia proyección por medios personalmente significativos. (Casal, 2001)

Concepto de enfermedad mental

Los límites son claros con las enfermedades médicas, pero si difuminan cuando nos acercamos a los comportamientos especiales o anormales, en el campo de la enfermedad mental. La consideración científica de lo que es un trastorno psíquico varía con el tiempo, de forma que comportamientos antes valorados como patológicos (homosexualidad) hoy no se incluyen en los actuales sistemas diagnósticos y, por el contrario, se incluyen otros que eran considerados vicios (juego patológico, exhibicionismo), productos de la maldad humana (piromanía, cleptomanía, paidofilia) o normales (trastornos del deseo sexual, trastornos orgásmicos, sobre todo la frigidez en la mujer). En el contexto de la psiquiatría se integran tres tipos de trastornos diferentes, si dejamos al margen las toxicomanías y las demencias. Por una parte, las psicosis esquizofrenia, trastornos bipolares, psicosis afectivas, en las que el sujeto pierde el contacto de los criterios de la realidad y se instala en un mundo cualitativamente distinto. Son las verdaderas enfermedades mentales en sentido estricto.

Los trastornos psíquicos no psicóticos que comportan síntomas y un sufrimiento para el paciente o un riesgo de vida (neurosis clásicas, patología sexual, trastornos de la alimentación, trastornos psicósomáticos). Finalmente, también acoge la psiquiatría los trastornos de personalidad, en los que la patología viene dada por agrupaciones de rasgos peculiares (no síntomas clínicos), que hacen sufrir al sujeto (por ej.: personalidad evitativa o dependiente) o le generan importantes conflictos en la relación interpersonal (personalidades histriónicas, narcisistas, paranoides o esquizoides) y/o social (personalidades antisociales o límites).⁶

La naturaleza y origen de cada una de estas patologías son distintas, ya que en las psicosis la base biológica es fundamental, en los trastornos de personalidad priman los condicionantes educacionales y ambientales, sin que pueda descartarse en alguno de ellos una participación hereditaria y en el resto de patologías se imbrican causas biológicas y psicosociales según el trastorno.

- 1) Unos comportan síntomas clínicos (psicosis y neurosis), mientras que otros (trastornos de personalidad) generan conflictos, pero no síntomas.
- 2) La personalidad se introduce como un factor que condiciona el tratamiento y el pronóstico, y
- 3) Los tratamientos son básicamente distintos, según se trate de psicosis o trastornos de personalidad.

6

CASAL, G. B. (2001). *MANUAL DE EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD*. ESPAÑA: SIGLO XXI.

Clasificación de las enfermedades mentales

El campo de la salud mental, de la psiquiatría, está gobernado por síntomas (la realidad interna que describe el paciente siempre es subjetiva), lamentablemente no cuenta con signos, como la medicina en general.

El primer paso es realizar el diagnóstico (conocimiento a través de) a través de la semiología que es el arte de recoger signos y síntomas de la enfermedad para poder integrarlas en síndromes, que nos llevará a un preconcepto de lo que será el diagnóstico, después se harán los exámenes complementarios para detectar la etiología; el reconocimiento de qué enfermedad se trata, y luego vendrá el tratamiento, lo que producirá la cura. El control de una enfermedad mental en términos ideales apunta a la capacidad, ya sea para prevenir su presentación o para modificar su curso con un determinado tratamiento. Por esta razón, el control es el objetivo más importante de una clasificación de las enfermedades psiquiátricas.

Una clasificación es comprensiva cuando permite entender las causas de las enfermedades mentales y el proceso que se desarrolla en su persistencia y evolución en el tiempo.

a) Clasificación nosológica tradicional : Neurosis, Psicosis y personalidades psicopáticas.

b) clasificación nosológica moderna (DSM V).

En la actualidad el esfuerzo hecho por la American Psychiatric Association's plasmado en el DSM. Clasificación que, como se ha planteado, es provisoria y que aunque presenta varias limitaciones, debiera servir de marco de referencia para elaborar año a año una clasificación que cada vez se acerque más a ser comunicativa, comprensiva y controladora, objetivos en los que la praxis psiquiátrica se realiza. Toma en consideración varios ejes para efectuar el diagnóstico.

Eje I: síndromes clínicos actuales.

Eje II: trastornos del desarrollo y trastornos de la personalidad.

Eje III: trastornos y estados físicos.

Eje IV: gravedad del estrés psicosocial.

Eje V: evaluación global del rendimiento del sujeto.

Neurosis : Son enfermedades de la personalidad caracterizadas por conflictos intrapsíquicos que inhiben las conductas sociales. “Las neurosis son enfermedades menores de la organización de la personalidad, cuyos síntomas simbolizan los conflictos inconscientes y las defensas contra la angustia”.

Clasificación de las Neurosis.

a) Según la escuela psicoanalítica: Neurosis indiferenciada (N. de Angustia).

Neurosis diferenciadas: N. Fóbica. N. histérica. N. obsesiva. N. Hipocondríaca.

b) En el actual DSM-V estos trastornos quedan recogidos en tres apartados (trastornos de ansiedad, somatomorfos y disociativos).

En el DSM-V los trastornos obsesivos y trastornos por estrés se incluyen entre los trastornos de ansiedad.

Neurosis:

- Trastornos de ansiedad
- Trastorno obseso-compulsivo.
- Trastornos de ansiedad fóbica.
- Trastornos del ánimo
- Trastornos somatomorfos
- Trastornos disociativos
- Trastornos de la conducta alimentaria, sexuales, del sueño, etc.

Psicosis : Es una enfermedad que conduce a que el inconsciente se torne consciente y tome posesión del control sobre el individuo. Implica que el individuo es peligroso para sí mismo, la sociedad o los demás.

La psicosis es un trastorno psicótico se manifiesta por si mismo mediante cuatro signos o síntomas principales, de los cuales debe estar presente al menos uno para realizar el diagnóstico:

Ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico gravemente desorganizado.

Trastornos de la personalidad : Los rasgos de personalidad son pautas duraderas de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo. Cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos, y causan incapacitación social, disfuncionalismo ocupacional, y/o malestar subjetivo, hablamos entonces de “trastorno de personalidad.”

Características clínicas.

1. Respuesta inflexible e inadaptada al estrés (Baja tolerancia a la frustración).
2. Incapacidad para trabajar y amar.
3. Los trastornos de la personalidad casi siempre se producen en respuesta a un contexto social.
4. Una peculiar capacidad para ponerse debajo de la piel de los demás.
5. Tienen uniformemente problemas en sus relaciones laborales y afectivas.
6. No suelen verse a sí mismos como los ven los demás y carecen de empatía para los demás.
7. Afectan profundamente a los demás a menudo de forma sutil e inconsciente

¿Es mejor tener una enfermedad que un problema psicológico?

La consideración de los problemas psicológicos como enfermedades se ha introducido sobre el supuesto de que tiene un efecto positivo en reducir los juicios morales y la discriminación de las personas que los sufren. El supuesto es que los modelos de enfermedad biológica son des-estigmatizantes y dan seriedad en comparación con los modelos psicológicos.

La promoción de la visión de que los problemas psicológicos tienen causas biológicas ha llegado a formar parte de los programas dirigidos a la reducción de estigma, ha sido adoptada por el influyente Instituto Nacional para la Salud Mental de EEUU y está extendido entre los profesionales de la salud mental (dejando ya aparte el marketing farmacéutico) (FERNANDEZ RODRIGUEZ & PEREZ ALVAREZ , 2010).

Así, se ha visto que las personas con supuestas enfermedades mentales son tratadas con distancia y consideradas como imprevisibles y poco fiables, incluso por los familiares y los propios clínicos. Así mismo, a los pacientes a los que se les da a entender que el trastorno tiene causas biológicas, consideran que el tratamiento requerido llevará más tiempo, son más pesimistas acerca de la mejoría y adoptan un papel más pasivo ante los clínicos y su propio problema que si se les da a entender que tiene causas psicológicas.

Las explicaciones psicológicas de las supuestas enfermedades mentales son eficaces también en mejorar las imágenes de las personas en el ámbito de la salud mental, más allá de la atención primaria. En vez del argumento de que la enfermedad mental es como cualquier enfermedad médica, las explicaciones psicológicas se centran en los estresores ambientales y el trauma como factores causales, incluyendo abuso infantil, pobreza y estrés laboral, de acuerdo con la idea de considerar los síntomas psiquiátricos como reacciones entendibles a eventos vitales. Como dice un paciente, tener una enfermedad mental no es como tener diabetes (FERNANDEZ RODRIGUEZ & PEREZ ALVAREZ , 2010).

Las explicaciones biológicas o genéticas de condiciones psiquiátricas/psicológicas no mejoran la visión negativa de los problemas de salud mental y que la gente en general tiende a reaccionar más favorablemente a la consideración psicológica. Es de ahí importante en el trabajo terapéutico, continúan estos autores, que este “mensaje de esperanza” sea transmitido a los pacientes para que sean proactivos en trabajar sus problemas de estrés y psicológicos, y para que los terapeutas exploren las experiencias psicosociales de los pacientes a lo largo de sus vidas en vez de atribuir sus problemas a causas biológicas o genéticas (Val & Bennett, 2008).

1.5 Psiconeuroinmunología

Hipócrates afirmaba que las enfermedades son consecuencia de un desequilibrio de los "humores internos", que puede ser restablecido con buena alimentación y con reposo del cuerpo y del espíritu. Pasteur, que creía en el origen microbiano de las enfermedades, pasó media vida discutiendo con Claude Bernard (que defendía la importancia de equilibrio del medio interno) acerca de este asunto para, en su lecho de muerte, darle la razón .

Desde hace relativamente pocos años se viene desarrollando una nueva disciplina científica denominada Psiconeuroinmunología (PNI). Este campo del conocimiento explora las interconexiones puestas en evidencia, a través de diversos estudios entre los sistemas nervioso, inmunológico y endocrino. Tanto el sistema inmunológico como los sistemas cardiovascular y nervioso han sido estudiados en forma aislada e incluso como sistemas autónomos y es recientemente con los avances de la medicina experimental, que se ha tendido hacia la integración en el estudio de dichos sistemas, especialmente a partir de la descripción de los efectos del stress sobre la inmunidad o la capacidad de respuesta defensiva del organismo ante los ataques de virus, hongos o bacterias. Hoy en día es conocido que el SNC desempeña un significativo papel en la regulación del sistema inmunológico (SI) y existe una reciprocidad en el control del cerebro por el SI (Paez, 2013).

La salud y la enfermedad con la Psiconeuroinmunología ya no pueden ser vistas con aquella lógica reduccionista y mecanicista, que consideraba al cuerpo como una máquina, a la enfermedad como averías de la máquina, a la intervención del médico o los profesionales de la salud como los reparadores de la máquina y la salud como la ausencia de averías o enfermedades (Casal, 2001).

1.5.1 El Sistema Inmunológico

El sistema inmunitario es el sistema de defensa del cuerpo contra organismos infecciosos y otros agentes invasores. A través de una serie de pasos denominados "respuesta inmunitaria", el sistema inmunitario ataca a los organismos y sustancias que invaden el cuerpo y que le podrían provocar enfermedades.

El sistema inmunitario está compuesto por una red de células, tejidos y órganos que colaboran entre sí para proteger al cuerpo. Unas de las células importantes implicadas en la respuesta inmunitaria son los glóbulos blancos, también conocidos como "leucocitos". Los hay de dos tipos básicos, que se combinan entre sí para localizar y destruir a los organismos o sustancias que provocan enfermedades (FERNANDEZ RODRIGUEZ & PEREZ ALVAREZ , 2010).

1.5.2 Trastornos del Auto- inmune

Un trastorno autoinmunitario ocurre cuando el sistema inmunitario ataca y destruye tejido corporal sano por error. Hay más de 80 tipos diferentes de trastornos autoinmunitarios.

Las células sanguíneas del sistema inmunitario ayudan a proteger al cuerpo de sustancias nocivas. Entre los ejemplos están: bacterias, virus, toxinas, células cancerosas, al igual que sangre o tejidos de fuera del cuerpo. Estas sustancias

contienen antígenos. El sistema inmunitario produce anticuerpos contra estos antígenos que le permiten destruir estas sustancias dañinas.

Un trastorno autoinmunitario puede afectar a uno o más órganos o tipos de tejido. Las zonas afectadas con frecuencia por los trastornos autoinmunitarios son: Vasos sanguíneos, Tejidos conectivos, Glándulas endocrinas tales como la tiroides o el páncreas, Articulaciones, Músculos, Glóbulos rojos, Piel.

Síntomas: Los síntomas varían con base en el tipo y la localización de la respuesta inmunitaria defectuosa. Los síntomas comunes comprenden: Fatiga, Fiebre, Malestar general, Dolor articular.

Pruebas y exámenes: El proveedor de atención médica llevará a cabo un examen físico. Los signos dependen del tipo de enfermedad. Los exámenes que se pueden hacer para diagnosticar un trastorno autoinmunitario incluyen: exámenes de anticuerpos antinucleares, pruebas de autoanticuerpos, conteo sanguíneo completo, análisis de orina (ONUSIDA, 2017).

CAPÍTULO II.

VIH/SIDA.

CAPÍTULO II. VIH/SIDA.

*“La esperanza es el sueño del hombre
despierto” ARISTÓTELES.*

La finalidad de este capítulo es dar a conocer la importancia que tiene el impacto psicosocial que tiene el paciente a recibir un diagnóstico sobre el VIH/SIDA de esta manera llega a afectar su salud mental por que aun no tiene la información adecuada no se tiene aun todavía un control de paciente infectados por distintas situaciones como la economía, la zona donde se habita, la pena o culpabilidad por tener esta enfermedad , además de su entorno social. De igual forma se va a revisar y dar a conocer cuales son los síntomas y signo del VIH/ SIDA asi también las pruebas que se realizan para detectar la infección y los tratamiento que puede tener el paciente al contagiarse donde la mayoría prefiere tomar otras desiciones como el suicidio , poco tratan de buscar ayuda por lo cual tiende a pasar por un proceso de duelo ya que a perdido su salud y tendrá que adaptarse a sus nuevo estilo de vida , con la ayuda de sus familiares y personal con el conocimiento de esta enfermedad .

2. Antecedentes del VIH/SIDA

La historia del desarrollo del SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), se ha comentado que todo comenzó desde el chango, que lo portaba, donde un integrante de la aldea de África tuvo encuentro intimo con el chango y lo contagio con este virus y de ahí se fue propagando en la década de los años sesenta. Donde se esparció rápidamente por aire, Uganda y otras naciones centroafricanas.

Por otro lado, el alto índice de relaciones sexuales extramaritales y el poco uso del condón, y alta incidencia de gonorrea facilitaron la diseminación de infección del SIDA también entre la población heterosexual. De África, el mal parece haberse extendido lentamente hacia Europa y Haití de ahí a Estados Unidos a través de

vacacionista norteamericanos (FERNANDEZ RODRIGUEZ & PEREZ ALVAREZ , 2010).

La teoría del cazador : Según ella el VIH se transfirió a los humanos como resultado de que estos últimos mataban y comían chimpancés, o su sangre se introducía a lesiones o heridas que el cazador presentaba en esos momentos.

La teoría de la conspiración :Encuestas recientes llevadas a cabo en los Estados Unidos, identificaron un número significativo de afroamericanos que creen que el VIH se manufacturó como parte de un programa bélico-biológico, diseñado principalmente para atacar al creciente número de homosexuales y negros en ese país.

El descubrimiento del VIH -1980:

Fueron los investigadores franceses Luc Montagnier y Françoise Barré- Sinoussi los descubridores del virus de la inmunodeficiencia humana , durante los años ochenta Françoise Barré – Sinoussi llevo algunos trabajos fundamentales de identificación del VIH como causa del SIDA hubo un pugna entre estos y Robert Gallo , que finalmente la comunidad científica otorgo la peternidad del descubrimiento al equipo francés.

“En el año 2003 , 40 millones de personas alrededor del mundo 37 millones de adultos y 2.5 millones de niños menores de 15 años Vivian con el síndrome de mil adultos entre las edades de 15 a 49 años están infectados con el virus.”⁷

⁷ CORDOVA , V. J. (2009). EL VIH/SIDA SE HACE VISIBLE . 25 AÑOS DE SIDA EN MÉXICO LOGROS , DESACIERTOS Y RETOS, 18-25.

2.1 Antecedentes del VIH /SIDA en México

En México los primeros casos del SIDA se identificaron en 1983. Hubo un incremento notable en los siguientes años de esa década y de la siguiente. La atención se otorga generalmente en hospitales de tercer nivel, aunque los institutos de seguridad social IMSS, implementaron módulos o clínicas de atención en todo el país en la década de los ochenta. La evolución de la historia de la infección por VIH: muerte tras muerte al no contar con un tratamiento eficaz, ni siquiera alguna medida que produjera una mínima mejoría de la calidad de vida de los enfermos. Solo tratábamos las enfermedades oportunistas y las neoplasias, esperar la muerte.

“En 1996 México tuvo en ese momento la oportunidad de ser el primer país en vías de desarrollo que permitiera el acceso al tratamiento antirretroviral en forma inmediata y a todos los enfermos. El número de casos nuevos detectados no disminuyó. La tasa de mortalidad por VIH/SIDA por cien mil habitantes en México tampoco cambio. “⁸

Así mismo, la epidemia de infección por VIH en México se concentra en las poblaciones claves de mayor riesgo, entre las que destacan los trabajadores sexuales, con una prevalencia media de 15%, hombres que tienen sexo con otros hombres 11%, usuarios de drogas inyectadas 5%, las trabajadoras sexuales 2%, y las personas privadas de la libertad 1.5%.

En el Estado de México se han registrado de manera acumulada desde el año de 1986 hasta el 31 de octubre del 2018; 20,873 casos de SIDA, y en últimos 32 años en la entidad se registra 6,535 por infección de VIH las Jurisdicciones que

⁸ IGLESIAS CHIESA, D. M. (15 DE NOVIEMBRE DE 2018). *WWW.CENSIDA.SALUD.GOB.MX*. RECUPERADO EL 20 DE MARZO DE 2019, DE *WWW.CENSIDA.SALUD.GOB.MX*: [HTTP://WWW.CENSIDA.SALUD.GOB.MX](http://www.censida.salud.gob.mx)

ocupan los primeros seis lugares: Nezahualcóyotl, Ecatepec, Naucalpan, Cuautitlán, Amecameca y Toluca ⁹

Costo por paciente con Tratamiento ARV:\$34,616.08 al año

Inversión anual pacientes ISEM:\$331,231,906.05 (2018)

Casos nuevos registrados durante 2016: 567

Casos nuevos registrados durante 2017: 507

Casos nuevos registrados durante 2018: 490

Pacientes que se atienden en el ISEM: 7,694 al 31 octubre 2018

En tanto para el año 2018 se tiene hasta el mes de octubre una cifra de 231 defunciones registradas con una tasa preliminar de 0.98 por cada 100,000 habitantes (México, 2018).

La epidemia de la infección por VIH en México es predominantemente sexual, ya que este tipo de transmisión ha sido la causante de más del 90% de los casos acumulados.

Es por ello que la vigilancia epidemiológica de la infección por VIH plantea un nuevo reto, pues se deben establecer estrategias específicas que permitan prevenir la infección en la población del Estado de México, permitiendo la búsqueda de nuevas alternativas y mecanismos que permitan satisfacer los requerimientos del sistema y guiar con mayor confiabilidad y precisión el desarrollo de los planes basados en una mejor y oportuna toma de decisiones(ONUSIDA, 2017).

⁹

MÉXICO, I. D. (5 DE FEBRERO DE 2018). *INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO*. RECUPERADO EL 21 DE MARZO DE 2019, DE INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO: [HTTP://SALUD.EDOMEX.GOB.MX/ISEM](http://salud.edomex.gob.mx/ISEM)

El Programa nacional y, asimismo los estatales de VIH/SIDA/ITS, como el del Estado de México, juegan un papel de capital importancia para enfrentar estos padecimientos que están afectando también a la población mexiquense. Sin embargo, a pesar de los múltiples esfuerzos realizados para disminuir la incidencia de casos de VIH/sida, a la fecha se siguen sumando casos nuevos, pues muchos desconocen su situación y cuando son atendidos, se hace en etapas avanzadas de la enfermedad.

El pronóstico y la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA, se ha modificado sustancialmente debido al mejor conocimiento de la eficacia, tolerancia y durabilidad de los diferentes esquemas antirretrovirales y la disponibilidad creciente de los medicamentos diseñados para este padecimiento prueba de ello es la disminución de la mortalidad y que en el Estado de México, desde hace 10 años no se han registrado recién nacidos positivos, de madres infectadas con el virus del VIH en control con tratamiento antirretroviral.

La actualización constante sobre procedimientos médicos y medicamentos antirretrovirales a los que asisten los médicos tratantes de las Unidades de Atención, aunado la atinada prescripción especificada en cada caso, con ventajas farmacocinéticas y psicológicas que favorecen la simplificación de los esquemas terapéuticos y el apego a los mismos.

2.2 Definición de VIH/SIDA

2.2.1 ¿Qué es el VIH?

Es el virus de inmunodeficiencia humana y es el causante del SIDA este virus ataca el sistema inmunológico del cuerpo humano destruyendo específicamente el sistema inmunológico Se sabe que el VIH es silenciosos, y va actuando por años sin que presente algún síntoma, por lo cual la persona infectada pasa ese tiempo sin saber

que lo tiene y aunque parezca y se sienta completamente sana puede transmitirlo a otras personas. (DE LA FUENTE , 2012)

2.2.2 ¿Qué es el SIDA?

Es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida es la etapa final de la infección por el VIH. Este cuadro clínico se presenta entre 7 y 10 años después de que la persona ha sido portadora sin síntomas del VIH. Se caracteriza por una debilidad muy fuerte del sistema de defensas del organismo, lo que ocasiona un conjunto de graves enfermedades que pueden causar la muerte (FERNANDEZ RODRIGUEZ & PEREZ ALVAREZ , 2010).

2.3 Causas de VIH/SIDA.

El VIH se encuentra en todos los fluidos corporales, pero sólo en concentración suficiente para poder ser transmitido en: semen, sangre, fluidos vaginales y la leche materna.

- **Vía sexual:** La transmisión puede ser a través del contacto sexual vaginal, anal sin protección, es decir sin utilización de una barrera protectora, condón, campo de látex (para práctica de sexo oral). Durante relaciones sexuales sin protección, a través de las mucosas de la vagina, ano y boca el virus puede ingresar al organismo.
- **Vía sanguínea:** La transmisión puede ser a través de sangre o hemoderivados infectados. Puede darse al compartir jeringas infectadas para inyección, extracción o transfusiones.
- **Transmisión Perinatal:** Una mujer infectada y embarazada puede transmitir la infección al bebé en el período intrauterino a través de la placenta, durante el parto o en la lactancia.

- Sin embargo, el VIH se puede transmitir a la persona que recibe sangre u órganos de un donante infectado. Para reducir este riesgo, los bancos de sangre y los programas de donación de órganos hacen chequeos (exámenes) minuciosos a los donantes, la sangre y los tejidos.¹⁰

2.4 SIGNOS Y SÍNTOMAS DE VIH/SIDA

El VIH no produce síntomas. Los síntomas que se pueden observar en personas viviendo con VIH se relacionan con enfermedades específicas que presentan a consecuencia del debilitamiento del sistema inmunológico, producido por el VIH.

¿Cómo se desarrolla el virus?

Un tiempo después de infectarse las células inmunitarias de la persona comienzan a producir anticuerpos frente al virus. Generalmente se tarda entre 2 y 8 semanas tras la infección en desarrollar anticuerpos detectables, y casi todas las personas los han generado a los 3 meses de la práctica de riesgo. Hasta que se generan estos anticuerpos se puede obtener un resultado negativo, aun estando infectado conociéndose este tiempo como “periodo ventana”.

Durante este periodo, si la persona está infectada por el VIH, puede tener altos niveles del virus en sangre, en los fluidos sexuales o en la leche materna, aunque no tenga anticuerpos en la sangre que puedan ser detectados.

VIH –SIDA y sus características

A los seropositivos o portadores del VIH se debe diferenciarlos de los enfermos con SIDA. “Los portadores del VIH son aquellos que presentan anticuerpos frente al VIH detectados por análisis de laboratorio ELISA Western-Blot, es decir, individuos que

¹⁰

OMS. (7 DE FEBRERO DE 2007). OMS. OBTENIDO DE VIH/SIDA: [HTTP://WWW.WHO.INT/TOPICS/HTV_AIDS/ES/](http://www.who.int/topics/htv_aids/es/)

las pruebas de laboratorio les dieron positivos pero no tienen ningún síntoma de enfermedad alguna. Son personas que albergan al VIH en el interior de su organismo y pueden llegar a contagiar. En cambio las personas enfermas de SIDA, si bien hospedan al VIH al interior de su organismo también pueden llegar a contagiar, ya que presentan determinados signos y síntomas asociados a la enfermedad del SIDA.

Esta infección pasa por varias etapas:

PRIMERA FASE: La entrada del virus en el cuerpo se conoce como infección aguda, en esta etapa pueden presentarse síntomas como: fiebre ligera, malestar general, dolores musculares, crecimiento de ganglios. Aunque pocas personas muestran alguna manifestación, durante la primera fase los síntomas pueden confundirse con alguna otra infección viral, como la gripe, unas semanas después desaparecen todas las molestias. A partir de esta fase ya se puede transmitir la infección a otras personas.

SEGUNDA FASE: En esta etapa se conoce a la persona infectada como portador asintomático y el virus no causa todavía daño aparente a las defensas dentro del cuerpo, la segunda fase es de duración muy variable y la persona puede estar aparentemente sana durante años. La única forma de saber que está infectada es a través de las pruebas que detectan los anticuerpos contra el VIH.

TERCERA FASE: En esta aparecen abultamientos en el cuello, axilas e ingle que persisten durante meses. Estos bultos son los ganglios crecidos. La tercera fase se conoce como: Linfadenopatía generalizada y no todas las personas infectadas pasan por ella.

CUARTA FASE: Se conoce con el nombre de SIDA, es la última etapa de la enfermedad; aquí surgen infecciones oportunistas y tumores malignos que nos

indican que el sistema de defensas se encuentra dañado. El SIDA es un padecimiento crónico y grave.¹¹

2.5 Diagnóstico de VIH/SIDA

Las personas que piensan que pueden estar infectadas por el VIH pueden someterse a una prueba para estar seguras. Las dos pruebas que se practican con más frecuencia son las pruebas de ELISA y la prueba de transferencia de Western que permiten conocer únicamente la reacción del organismo frente al virus. El cuerpo humano tarda por lo menos de 2-6 meses en reaccionar al virus una vez que ha invadido la circulación sanguínea. “Un resultado negativo de una prueba de detección no es garantía de que la persona no haya contraído la infección en el curso de los últimos 2-6 meses. (ONUSIDA, COMUNICAR EN VIH Y SIDA, 2008)

Las pruebas que se realizan para detectar la infección de VIH son:

1. Para el diagnóstico:

- ELISA
- WESTERN-BLOT

En la actualidad, una vez confirmado el diagnóstico de la infección por VIH, el médico solicita un recuento de linfocitos y una carga viral, para establecer en qué estado se encuentra el individuo y como progresa la enfermedad. Estos exámenes deben repetirse al menos cada tres meses, para determinar el grado de progresión, la respuesta al tratamiento (buena o mala) y el riesgo de infecciones” (CORDOVA, 2009).

¹¹

DE LA FUENTE , R. (2012). SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. EN R. DE LA FUENTE ,
PSICOLOGÍA MEDICA (PÁGS. 382 -384). MÉXICO : FONDO DE CULTURA ECONOMICO .

En los últimos años, la transmisión sexual de la infección por VIH ha experimentado un cambio preocupante, pues en un comienzo, la mayoría de individuos afectados eran homosexuales masculinos. Desde hace algún tiempo, los estudios muestran que en esta población, la tasa de transmisión tiende a estabilizarse, pero está aumentando entre las personas heterosexuales y es así como cada día es mayor el número de mujeres afectadas. Finalmente, no ha sido demostrado que el VIH se transmita por la saliva o el sudor (ONUSIDA, COMUNICAR EN VIH Y SIDA, 2017).

2.6 Tratamiento de VIH/SIDA

Actualmente el tratamiento contra el SIDA se fundamenta en la utilización de los llamados fármacos antirretrovirales. El tratamiento antirretroviral es la utilización de fármacos para frenar la reproducción del virus. De esta manera, se evita la destrucción de las defensas y se impide el desarrollo de enfermedades oportunistas.

Al reducir la reproducción del virus, no sólo se reduce la posibilidad de progresar en la enfermedad, sino que se permite al sistema inmunitario de nuestro organismo ir reconstituyendo las defensas dañadas (TAYLOR S. E., 2012).

Es posible inhibir al máximo la reproducción del virus del SIDA utilizando combinaciones de tres o más antirretrovirales. Se trata de una terapia compleja, cuyos resultados pueden ser muy diferentes de unas a otras personas, sin embargo, está demostrado que el tratamiento antirretroviral reduce la progresión de la enfermedad y logra que se recuperen las defensas dañadas de las personas con SIDA. (ONUSIDA, COMUNICAR EN VIH Y SIDA, 2017)

El inicio del tratamiento es una decisión muy importante, ya que el uso inadecuado de los fármacos contra el virus puede tener consecuencias negativas. El éxito del tratamiento depende muy directamente del cumplimiento estricto de la medicación, sin saltarse ninguna de las dosis y respetando el horario de cada toma con precisión de acuerdo con la pauta prescrita por el médico. Es importante pues hacer un

calendario de tomas y dosis que se adapte la rutina de cada enfermo, para lo cual existen ayudas externas a las que el enfermo puede acudir en busca de consejo. (ONUSIDA, COMUNICAR EN VIH Y SIDA, 2017)

Atención integral:

México ha logrado establecer una estrategia para tratar clínicamente a todas las personas con VIH que lo requieran. La seguridad social, a través del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), da atención a sus derechohabientes afectados por la epidemia, mientras que el gobierno federal cuenta con el Programa de Acceso Gratuito dirigido a quienes laboran por su cuenta, trabajan en el sector informal o están desempleados.

Se estiman en más de 40,000 las personas que en todo el país toman actualmente antirretrovirales. Este hecho ha permitido, a pesar de las altas tasas de mortalidad, que mucha gente siga viviendo luego de 15, 20 y más años de haber sido diagnosticada. (México, 2018)

La descentralización del sector salud desde 1997 y los convenios con la federación permiten que en prácticamente todas las entidades federativas existan servicios especializados para atender personas con VIH, ya sea mediante la Secretaría de Salud o a través de las instituciones locales de seguridad social, entre las que destacan los Consejos Estatales para la Prevención del Sida (Coesidas) y los Centros para la Atención del Sida y Otras Infecciones de Transmisión Sexual. (México, 2018)

Estas anotaciones, sin embargo, podrían resultar engañosas por el hecho de que la tasa anual de mortalidad es de 4.7 personas por cada 100,000 habitantes, es decir, sencillamente no ha descendido. Y es que la noción de atención integral en México dista de aproximarse a los estándares internacionales, al concentrarse en ofrecer a

los pacientes la dotación mensual de sus medicamentos, medida que resulta insuficiente para mantenerlos con vida, ya que la discriminación que cotidianamente enfrentan también acaba por provocar la muerte (IGLESIAS CHIESA, 2018).

¿Problema de salud pública?

Reportes gubernamentales señalan que en lugar de descender sigue incrementándose el fallecimiento de personas por SIDA. ¿Por qué la gente sigue muriendo si al mismo tiempo se invierte más dinero en la compra de antirretrovirales y se crean nuevas unidades de atención especializada? Buscando contestar esta pregunta se han formulado dos respuestas:

- 1) Porque persiste el manejo inadecuado de pacientes; muchos enfermos pierden su seguridad social en el IMSS y cuando pasan a los servicios de la Secretaría de Salud no reciben la continuidad esperada; persiste la negligencia del personal asignado para atender el VIH/SIDA sin contar con la capacitación ni el compromiso adecuados; muchos casos de sida se detectan tardíamente.
- 2) Porque los pacientes desconocen cómo apegarse al tratamiento; no se alimentan ni hacen ejercicio adecuadamente; carecen de interés para adquirir información y cuidarse por sí mismos; y porque se enteran de su estado serológico cuando llegan a los servicios de salud en estado avanzado de sida.¹²

¹²

IGLESIAS CHIESA, D. M. (15 de NOVIEMBRE de 2018). *www.censida.salud.gob.mx*. RECUPERADO EL 20 DE MARZO DE 2019, de *www.censida.salud.gob.mx*: <http://www.censida.salud.gob.mx>

Implicaciones derivadas del diagnóstico VIH.

Las reacciones ante el diagnóstico positivo del VIH se ven acompañadas por una serie de implicaciones, que no se limitan al individuo portador del virus sino que abarcan el contexto social del mismo, pero además incluye el ámbito emocional, sexual y cognitivo de la persona.

Implicaciones Sociales: Se refiere al hecho que la persona con diagnóstico VIH positivo tiende a disminuir la interacción con otras personas, se muestra aislada de los demás, incluso de su propia familia, además tratan de ignorar las reacciones que la sociedad expresa con relación al tema (DE LA FUENTE , 2012)

Implicaciones Emocionales: Estas incluyen ansiedad, miedo, culpa y depresión. La ansiedad se manifiesta con un estado constante de alerta y malestar y se acompaña de reacciones físicas tales como: sudoración, palpitaciones, tensión muscular, presión en el pecho, entre otras. Estas reacciones físicas en ocasiones son erróneamente atribuidas al diagnóstico seropositivo, lo cual a su vez provoca que aparezcan más signos de ansiedad. En cuanto al miedo este suele asociarse al temor de ser rechazado por los demás, lo cual puede resultar desesperanzador. (DE LA FUENTE , 2012)

La culpa generalmente se experimenta por la forma en que el individuo se juzga a sí mismo, sobre todo centrándose en sus prácticas sexuales, que puede incluir infidelidad, falta de protección, promiscuidad, homosexualidad a pesar de haber sido practicados de manera voluntaria genera culpabilidad debido a las opiniones de los demás al respecto o también por el hecho de pensar en la posibilidad de haber contagiado a alguien antes de saber el diagnóstico.

Implicaciones Sexuales: La actividad sexual se ve disminuida debido a las concepciones que las relaciones sexuales originan vacío e insatisfacción emocional, o que su diagnóstico es un castigo por sus prácticas sexuales, por lo que se crea culpabilidad y esto puede ser lo que detenga el contacto sexual, aunque puede darse

también por algunos trastornos funcionales como la impotencia, además pueden incluir temor a contagiarse a otras personas aunque se utilicen métodos de protección. (DE LA FUENTE , 2012)

Implicaciones Cognoscitivas: Algunas de las reacciones son esperadas ante la ansiedad y depresión que acompañan al diagnóstico tales como: altos grados de distracción, deterioro de la memoria, mala concentración, alteración de la orientación y confusión general. Los efectos de los trastornos del sistema nervioso originados por el VIH en la conducta se manifiestan por alteraciones afectivas que producen respuestas inadecuadas a crisis o acontecimientos médicos y sociales, trastornos de la personalidad que originan cambios de carácter no predecibles; síndromes como la demencia que incluyen defectos en el habla, falta de seguridad cognoscitiva creciente y estados de delirio (DE LA FUENTE , 2012).

2.7 Impacto psicosocial de la infección con VIH/SIDA

Hoy en día, miles de personas resultan positivas en los análisis de VIH, pero aún no han desarrollado SIDA . Todos los expertos en salud creen que la mayoría de ellas desarrollará el virus del SIDA .De esta manera, este grupo de gente vive en un estado de incertidumbre y temor. ¿Cómo se maneja la situación es lo que todo paciente pregunta al menos?

La primera reacción al resultar seropositivo parece ser un aumento de corta duración en el nivel de estrés. También las personas que resultaron seropositivas parecen reducir drásticamente su participación en actividades de riesgo. La mayoría de las personas a quienes se les diagnostica SIDA lleva a cabo cambios positivos en sus hábitos de salud casi inmediatamente después del diagnóstico.

Los cambios hacia dietas más sanas, el aumento en el ejercicio que se hace, el dejar o disminuir el consumo de tabaco y la reducción en el uso de drogas están entre los cambios más frecuentes que la gente dice haber hecho para mejorar su calidad de

vida con la espera de incidir positivamente en el tratamiento de su enfermedad. Muchos cambios de estos cambios aumentan el bienestar psicológico y por lo tanto pueden impactar en la salud física. Las intervenciones que reducen la depresión son potencialmente valiosas en la lucha contra el SIDA porque la depresión desarrolla muchos males relacionados con el sistema inmunológico (Casal, 2001).

“VIH está pasando a ser considerada una enfermedad crónica, habiendo disminuido de forma muy significativa su morbilidad y mortalidad como consecuencia de los avances alcanzados en su tratamiento; aún así continua comportando una problemática muy compleja que además de los fisiopatológicos, involucra factores psicológicos, sociológicos y económicos. Tal situación requiere necesariamente un enfoque multidisciplinar, donde no quede marginado ninguno de esos aspectos” (ONUSIDA, 2017).

Los objetivos a cubrir bajo ese enfoque multidisciplinar serían:

- Aportar la información adecuada al enfermo sobre los recursos y Posibilidades de actuación en su caso concreto.
- Ofrecer los tratamientos biomédicos pertinentes.
- Proporcionar las estrategias psicológicas necesarias para que el enfermo pueda afrontar de la manera más positiva posible tanto la enfermedad como los tratamientos.
- Prestar el apoyo social y emocional conveniente y necesario en cada fase del proceso de enfermedad.

Ha sido comentada ampliamente la relación entre esta enfermedad y diferentes alteraciones a nivel psicológico, como puede ser el aumento del estrés por la percepción de síntomas; además los pacientes pueden experimentar ansiedad, abatimiento y depresión ante las distintas situaciones críticas que pueden acontecer dentro del proceso, tales como el inicio del tratamiento, cambios negativos en la carga viral, aparición de otras enfermedades o nuevos síntomas, etc.

2.7.1 Reacción inmediata al resultado de la prueba de VIH :

Los aspectos psicológicos físicos , sociales y existenciales de la vida de las personas afectadas por el VIH/SIDA se ven claramente alterados , con repercusiones negativas para su calidad de vida.

“Shock emocional”

Suele presentarse inmediatamente después de conocer el diagnóstico, se expresa con un profundo desconcierto y confusión. Algunas personas lloran desconsoladamente, otras permanecen en silencio a lo largo de muchos minutos, habrá quien reaccione impulsivamente gritando o actuando con agresividad; así como, quien se muestre, indiferente e intente retirarse de inmediato del consultorio.

El llamado “proceso de duelo”, detallado brevemente a continuación:

Proceso de duelo: Se presenta en los días, semanas o meses siguientes de haber recibido el diagnóstico. Fue estudiado y descrito por Elizabeth Kübler-Ross para enfermos de cáncer, pero resulta aplicable a la experiencia de personas viviendo con VIH y SIDA, y comprende las siguientes fases:

1. Negación: Caracterizada por un estado de incredulidad, confusión, ansiedad o desconcierto. Es usual que la persona ponga en duda la validez del diagnóstico y se realice la prueba en otro laboratorio, buscando un resultado diferente. Es también

expresión de negación, la actitud de quien vive a espaldas del diagnóstico, como si desconociera que está infectado por el VIH. La negación constituye un mecanismo defensivo de evasión, es una huída frente a una noticia que representa una amenaza para la estabilidad emocional.

2. Resentimiento y cólera: Se presenta ante una situación que se considera injusta, en la cual se buscan responsables y culpables. Las personas pueden reaccionar dirigiendo su hostilidad hacia distintos “blancos”, por ejemplo contra la persona que le transmitió el VIH, o indiferenciadamente contra la “sociedad”, como una reacción de venganza. Eventualmente la persona puede reaccionar de manera hostil hacia el/la consejero/a, el equipo de salud, la familia, así como también podría hacerlo contra Dios o un poder sobrenatural. En algunos casos la hostilidad se vuelca así mismo, apareciendo ideas, gestos o actos suicidas, o bien negándose a cumplir las recomendaciones médicas, yendo en contra de su salud.

3. Negación o regateo: En esta fase ya hay una aceptación parcial del diagnóstico, pero se busca una cura sobrenatural mágica, búsqueda de refugio en grupos religiosos o espirituales.

4. Depresión: Es una reacción emocional muy frecuente que se alimenta de los sentimientos de culpa, autoreproches y deterioro de la autoestima. Aparece al enfrentarse con el real significado de las pérdidas actuales (su expectativa de vida, por ejemplo), y las futuras (temor al progreso de la enfermedad y a la muerte, a ser rechazado por sus familiares y amigos, a ser despedido del trabajo, entre otros). Además se acompaña de trastornos del sueño, del apetito, dificultad de concentración, entre otros, y en ocasiones esto paraliza a la persona, incluso puede fortalecer una idea suicida, lo cual lo llevaría a que se pueda generar una visión pesimista sobre sí mismo y su entorno, lo cual puede resultar en aislamiento social, que a su vez fomenta la soledad y el sentimiento de desamparo. Por otra parte la depresión está caracterizada por un estado de apatía, desinterés, sentimiento de

tristeza y desesperanza. Además pueden aparecer alteraciones en la alimentación, cansancio y preocupación excesiva por la salud. (T.Beck & Rush, 2010)

5. Aceptación del diagnóstico: Significa aprender a vivir con el VIH o con el SIDA. En esta etapa la persona reelabora sus planes de vida y esquema de valores. Comienza a privilegiar la “calidad” de vida antes que la “cantidad” de vida, se compromete a replantearse proyectos personales o de bien común. En general, esta es una etapa de desarrollo y enriquecimiento personal.¹³

Es necesario precisar que estas cinco fases del proceso de duelo no se dan necesariamente en forma secuencial, ni se cumplen todas. Por ejemplo, puede haber quien permanezca todo el tiempo en negación o en depresión, o quien no logre llegar a la aceptación, o quien retroceda a fases superadas en función de los estadios de la infección. Por otra parte, existen otras reacciones emocionales de igual importancia que se presentan al momento de conocer el diagnóstico VIH positivo y durante el transcurso del proceso de duelo detallado anteriormente, entre ellas están:

La Ira : La cual surge de percibir injusta la situación, pues parece injusto haber sido “elegido” por el virus, esto parece menos justo aun cuando se es joven y cuando el individuo considera que ha llevado un estilo de vida correcto y que otras personas hayan tenido más parejas y hayan sido más inestables en cuanto a su sexualidad y hayan tenido mejor suerte que él/ella. La ira puede ser expresada ya sea directa o indirectamente, en cuanto a la expresión implica acciones como gritar, tirar cosas, llorar y estar consciente de que se está enojado; en cambio, la expresión indirecta puede incluir descargar la ira en las relaciones con otras personas mostrándose hostil en su trato, desplazando su sentimiento de enojo sobre algo o alguien más, sin atribuir realmente la ira a su causa verdadera y parecen estar molestas o irritadas

¹³ TAYLOR, S. E. (2012). BREVE HISTORIA DEL SIDA . EN S. E.TAYLOR, *PSICOLOGIA DE LA SALUD* (págs. 388-400). MEXICO: MC GRAW HILL .

todo el tiempo y con todas las personas. Algunas personas dicen que no están particularmente enojadas y en realidad, así es (TAYLOR S. E., 2012).

Otros están realmente furiosos pero dicen no estarlo, porque no se sienten bien al expresar una emoción que es, después de todo, abrumadora. Por esta razón algunas personas no dirigen su ira contra otras, sino hacia sí mismas, se sienten deprimidas o culpables o sienten odio hacia ellas mismas, cuando esto sucede la persona comienza a tener manifestaciones caprichosas, como rechazar alimentos, medicinas, negarse a recibir el cuidado de otros o renuncia a cuidar de sí misma.

Fatiga: La fatiga suele acompañar a la depresión, las personas que afrontan la depresión no sólo pierden la esperanza, sino también su energía física, se muestran cansadas o exhaustas. La fatiga además, es un resultado directo de la infección por VIH, ya que este priva al organismo de algunas de sus fuentes de energía. Es frecuente que las personas infectadas con VIH tengan anemia o cifras más bajas de glóbulos rojos. Además, las personas con VIH suelen padecer de diarrea y con esto el alimento se elimina del cuerpo antes de absorberse, de modo que el alimento no sirve de fuente de energía. La fatiga es común en cualquier persona, hasta en un 25% de todos los individuos sin infección por VIH se quejan de estar fatigados crónicamente, la diferencia es que casi todas estas personas siguen activas y las pruebas de laboratorio son normales, en cambio en personas infectadas por VIH y bajas en células CD4, la fatiga va a alterar su vida. Aunque las causas de la fatiga pueden ser físicas, los efectos son psicológicos. De hecho la depresión no sólo es causa sino también efecto de la fatiga (TAYLOR S. E., 2012).

Miedo

Este sentimiento se activa cuando tenemos un hecho real que nos conecta con una experiencia similar y que nos despierta objetivamente esa sensación. Es posible que cuando la persona pasa de una etapa en la que no es evidente la enfermedad a otra en la que sí la es, se alarme y vea a los síntomas como anuncio de un final inevitable.

En el caso de las personas que viven con VIH el miedo se enfoca en las enfermedades oportunistas, el rechazo, el abandono de la familia o amigos y en la muerte (TAYLOR S. E., 2012).

Temor

Es un sentimiento subjetivo que se presenta ante lo que creemos que puede suceder. Las personas sienten temor ante aquello que no comprenden y que escapa a su control, temen a la dependencia de ser cuidados por alguien más y no ser capaces de valerse por sí mismos, sienten miedo al rechazo por su condición y también temen lo que el VIH pueda significar en su salud, como la demencia por SIDA, quedar ciegos, perder las habilidades cognoscitivas, entre otros. Así también temen contagiar a alguien más con el virus y por supuesto, también sienten temor a la muerte, así como a la forma en que ésta se les presente (TAYLOR S. E., 2005).

Ansiedad

Las reacciones de ansiedad y los ataques de pánico son frecuentes. Estos estados psicológicos tienen una expresión tanto psicológica como fisiológica. Los síntomas fisiológicos pueden parecer síntomas de SIDA, se debe tener precaución para poder reconocerlos y diferenciarlos. Las personas con VIH en ocasiones no es temor lo que sienten realmente, sino ansiedad, es decir que tienen sentimientos de miedo que son irreales.

Pueden sentir que algo terrible estuviera a punto de suceder, no pueden decir claramente a qué le temen, sólo tienen una sensación de inquietud, se sienten incómodos e intranquilos dondequiera que se encuentren, pueden mostrarse irritables, tensos y preocupados por su cuerpo, además sufren insomnio y problemas de concentración (TAYLOR S. E., 2005).

Sentimiento de culpa

Una de las múltiples peculiaridades de la infección por VIH es la cantidad de culpa que parece inspirar. Las personas se sienten culpables por haberse infectado, piensan que por alguna razón deben ser censurados por haber contraído el virus y que ellos mismos dieron pie a la infección.

Muchas personas también se sienten culpables por la conducta que los puso en riesgo, por las prácticas sexuales que realizaron. Para muchas personas, el rechazo social es angustiante y se sienten aisladas, pero a veces toman la desaprobación social como un castigo o pago ante su diagnóstico de seropositividad (TAYLOR S. E., 2005).

Angustia

Es un estado emocional de aflicción y congojo que se manifiesta en la conducta. Las personas VIH positivas y aquellas con SIDA a menudo viven angustiadas, especialmente cuando tienen conocimiento de la infección o cuando aparecen los primeros síntomas.

Estrés

Es un estado en que nos sentimos muy presionados y suele presentarse ante situaciones que están fuera de nuestro control, es importante saber que el efecto del Estrés sostenido es dañino. La falta de manejo del mismo puede ocasionar enfermedades físicas y agotamiento mental deteriorando aún más la salud de éstas personas.

Pensamientos suicidas

La persona experimenta un estado de ánimo depresivo en el cual manifiesta desesperanza y un alto nivel de ansiedad, lo que lo puede llevar a intentar o concluir en un suicidio como resultado de un desequilibrio psicológico profundo.

Sentimientos de pérdida

A lo largo de la vida tendemos a posesionarnos de las personas y de las cosas, buscando muchas veces acumularlas o atesorarlas, es probable que una PVVS enfrente todo tipo de pérdidas: salud, trabajo, independencia, aspectos físicos, pareja, seres queridos, nivel económico, entre otros.

Adherencia.

Es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TARV (tratamiento antirretroviral) que permita mantener el sostenimiento riguroso del mismo, con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral”.

Es fundamental e imprescindible para el abordaje integral de esta patología que el psicólogo esté dispuesto a revisar el posicionamiento clásico y ortodoxo en la atención clínica. El psicólogo deberá conocer sobre aspectos médicos, indicaciones y contraindicaciones de los antirretrovirales, frecuencia en la realización de carga viral .

Será de vital importancia que el psicólogo se implique con el paciente en el complejo proceso de la Adherencia: ayudar en la toma correcta de medicación, facilitar recursos para que el paciente se comprometa con el TARV y desplegar estrategias terapéuticas que incluyan a familiares o allegados del paciente que puedan colaborar con el tratamiento.

Esto último sólo se logra conociendo sobre aspectos que a priori parecerían no tener que ver con la psicología, como ser, por ejemplo, efectos indeseables de los antirretrovirales y que son fundamentales para abordar correctamente esta enfermedad.¹⁴

Factores psicológicos y psiquiátricos que influyen en la adherencia.

Las manifestaciones psicológicas han recibido cada vez más y mejor atención en los últimos años, ya que el aumento tanto de la calidad como de la esperanza de vida ha permitido disponer de períodos de observación más prolongados y, secundariamente, se han descrito numerosos trastornos mentales, ocasionados tanto por enfermedades orgánicas, trastornos del comportamiento, como por efectos adversos de los antirretrovirales utilizados.

Existen altas tasas de ideación, intentos y consecución de suicidios en personas infectadas con VIH. Además, los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos y los cuadros de stress productos de la no elaboración de la infección por VIH, sumados a la necesidad de una nueva modalidad de vincularse con la sexualidad hacen necesario nuevos modelos de intervención psicológica que exceden largamente la posibilidad de manejo por parte del médico infectólogo (TAYLOR S. E., 2012).

2.7.2 Trastornos psiquiátricos más frecuentes en pacientes con SIDA.

La relación entre esta enfermedad y diferentes alteraciones a nivel psicológico , como puede ser el aumento del estras por la percepción de síntomas; además los pacientes pueden experimentar ansiedad y depresión ante las distintas situaciones que pueden acontecer dentro del proceso tal como el inicio del tratamiento.

¹⁴ BECK, J. S. (2006). *TERAPIA COGNITIVA* . BARCELONA: GEDISA.

Además, según Rojo y Benlloch (2015), los pacientes que ya han desarrollado el SIDA pueden presentar diferentes trastornos psiquiátricos.

ENTIDAD	CAUSA	CLÍNICA
-Reacción de adaptación con ánimo ansioso -Reacción de adaptación con ánimo depresivo	-Falta de adaptación a la nueva situación. -Falta de adaptación a la nueva situación.	-Temor, inquietud, insomnio preocupación, ansiedad. -Tristeza, llanto, desánimo, malestar, sentimientos de culpa, insomnio/hipersomnia
-Reacción de adaptación con otros síntomas -Depresión mayor	-Falta de adaptación a la nueva situación -Independiente del diagnóstico de SIDA, cambios evolutivos o estrés	-Trastornos de conducta, mixtos y otros. -Tristeza, llanto, pesimismo, enlentecimiento psicomotor, concentración difícil, insomnio, hipersomnia, sentimientos de inutilidad, culpa, y ansiedad
-Síndrome afectivo orgánico	-Tóxico o metabólico	Igual a depresión mayor o a trastorno bipolar maníaco
-Delirium -Demencia SIDA	-Sufrimiento cerebral de causa orgánica -VIH	-Hipovigilia, confusión, desorientación temporoespacial puede haber alucinosis visual, contenido depresivo o agitación.

		-Patrón subcortical, cuadro clínico relativamente estereotipado
--	--	---

Tabla 1. Trastorno psiquiátricos Rojo y Balloch.

Algunas de las reacciones negativas hacia los seropositivos son el rechazo y el aislamiento social; las personas afectadas por el VIH inician ellas mismas, incluso, un distanciamiento de los demás con objeto de mantener en secreto su situación.

“Cualquier enfermedad crónica impacta la vida cotidiana de los afectados tanto en sus relaciones sociales (la opinión que tienen los demás para ellos), como en el sentido de si mismos (su opinión personal de ellos mismos). Además menciona que el diagnóstico de una enfermedad crónica o amenazante constituye el inicio de un largo procedimiento de adaptación, el cual se puede considerar como una crisis. El instante del diagnóstico es sumamente importante, ya que frecuentemente determina la marcha del futuro de la persona con VIH y señala el comienzo de un nuevo proceso; considerando lo anterior, es una crisis que influye en muchos sectores de la vida de las personas” (FERNANDEZ RODRIGUEZ & PEREZ ALVAREZ , 2010).

2.7.8 SIDA, Salud Mental : Pre-test y pos-test

En nuestra experiencia a lo largo de los últimos 15 años observamos que, conforme a como fue avanzando la epidemia de SIDA, también se fue modificando la manera en que una persona se acercaba a una consulta para saber su condición serológica con respecto al VIH. Sin embargo, y a pesar de que la mayoría de la población se ha enterado de que con acceso a la medicación antirretroviral el SIDA se puede transformar en una enfermedad crónica, un estado emocional de gran ansiedad, incertidumbre y angustia continúa dominando ésta primer consulta.

Es en esta primera consulta en donde el psicólogo debe realizar:

- Evaluación psicológica de la situación que lleva a una persona a realizarse un test de HIV en ese momento determinado de su vida para descartar de esta manera, ideas delirantes, hipocondríacas o procesos psicológicos patológicos.
- Luego de explorar si han existido prácticas de riesgo, el psicólogo debe proporcionar información clave a cerca de la transmisión del VIH, ya sea por vía vertical, vía sanguínea y fundamentalmente, la vía sexual.
- Explicar que un resultado negativo no significa que la persona queda inmunizada contra el HIV, si en cambio, que hasta el momento no ha tenido contacto con el virus y que es importante evitar conductas de riesgo para no contraer la infección.
- Explicar que un primer resultado positivo debe ser confirmado con un método diagnóstico que se denomina Western Blot. En caso de que este resultado confirme la primera prueba, explicar todas las posibilidades terapéuticas que existen para tratar la infección y dar a conocer todos los soportes psicológicos con los que cuenta la institución para orientar, acompañar y tratar desde lo psicoterapéutico todas las dificultades que puedan surgir a partir del diagnóstico de VIH.
- Trabajar a partir de un modelo psicoeducativo con las alteraciones emocionales que puedan surgir a partir del diagnóstico de VIH; estas alteraciones se manifiestan junto a otros estados emocionales como ser situaciones de duelo, ansiedad, angustia.
- Realizar seguimiento, control y tratamiento de estas alteraciones emocionales. (Gutierrez & Raich, 2014).
- Evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral y variables psicológicas relacionadas
- En el momento actual existen proyectos para validar este último aspecto, en función de diversos factores relacionados con el propio tratamiento, el estado del paciente, algunas de sus características, etc. Pero antes de la predicción,

carecemos de instrumentos validados que evalúen la propia adhesión al tratamiento referida por el paciente. La estimación de «qué se toma el paciente» se puede realizar de distintas formas, todas ellas con ventajas e inconvenientes. A continuación resumimos los métodos más habituales de recogida de información en este sentido.¹⁵

- a) Información verbal referida por el paciente al clínico. Es probablemente el método más utilizado a causa de su aplicabilidad. Sin embargo, no existe un sistema estandarizado para preguntar al paciente. Algunos autores han realizado propuestas de preguntas que podrían guiar al profesional en la evaluación de la adhesión, pero a pesar de su indudable utilidad clínica, estas evaluaciones no permiten una cuantificación porcentual del cumplimiento. El inconveniente principal del autoinforme del paciente es que generalmente existe una tendencia a sobreestimar el propio cumplimiento y que no hay garantías de la veracidad de la información.

- b) Autorregistro de las tomas. El paciente debe apuntar la medicación que consume, la hora y aquellos otros datos que se consideren relevantes en un registro preparado para tal fin. Los autorregistros permiten una descripción detallada de cómo la persona toma el tratamiento farmacológico a lo largo del tiempo.

- c) Recuento de la medicación dispensada. Es el método utilizado habitualmente en los ensayos clínicos. El paciente debe retornar la medicación sobrante y a partir de ella se calcula el consumo. Sin embargo, este sistema requiere un considerable esfuerzo, ya que supone: hacer el recuento, conocer

15

GUTIERREZ, T., & RAICH, M. R. (2014). *INSTRUMENTOS DE EVALUACION EN PSICOLOGIA DE LA SALUD*. MADRID: ALIANZA : PSICOLOGIA Y EDUCACION .

exactamente el día de inicio del tratamiento, asegurarse de que no se ha consumido más medicación a causa de vómitos, o que ninguna otra persona ha utilizado la medicación de aquel frasco, entre otros.

- d) Análisis del fármaco en sangre o marcadores bioquímicos. Como ya se ha señalado, la determinación de la presencia del fármaco en plasma u otras localizaciones es el método más objetivo para verificar la información que nos da el sujeto. Sin embargo, tiene importantes limitaciones como puede ser el hecho de que sólo informan del momento en que se ha obtenido la muestra de análisis. Además, la muestra deberá obtenerse por sorpresa para evitar que la persona consuma el tratamiento al saber que será evaluada.

- e) Sistemas electrónicos de recuento . Se trata de frascos con un dispositivo microelectrónico que registra el número de pastillas extraídas e incluso la hora. Tiene como inconveniente que la extracción no asegura el consumo. Además, su elevado coste los hace impensables fuera de una investigación. Permite la cuantificación del consumo, del respeto a los intervalos temporales pero no de las condiciones de alimentación.

- f) Eficacia terapéutica del fármaco. En este caso se infiere la adhesión en función de la evolución clínica del paciente. Es un método útil en escasas ocasiones. Además, carece de sentido en ensayos clínicos. En la infección por VIH, sin embargo, la evolución de la carga viral puede resultar un buen indicador de adhesión, a pesar de que debe utilizarse con las debidas precauciones y limitaciones. De esta forma, en una situación de confidencialidad, podría existir más facilidad para que el afectado expresara sus problemas para seguir el tratamiento y las dosis que no ha tomado.

2.9 Recomendaciones generales para la asistencia psicológica y psiquiátrica de pacientes con VIH/SIDA.

- Establecer un vínculo terapéutico.
- Coordinación e Integración entre los componentes del equipo de Salud.
- Diagnóstico de patología psicológica y psiquiátrica asociada.
- Psicoeducación como parte integrante del tratamiento respecto a trastornos psicológicos, neurocognitivos, neuropsiquiátricos y VIH.
- Proporcionar estrategias de reducción de conductas de riesgo.
- Trabajar la adaptación psicológica y social de que significa vivir con VIH.
- Trabajar sobre la incapacidad, agonía y muerte.
- Asesorar e informar a los pacientes; algunos de ellos con mayor grado de implicancia, se transformarán en agentes multiplicadores de salud.
- Asesorar e informar a familiares y allegados comprometidos; algunos de ellos con mayor grado de implicancia se transformarán en agentes multiplicadores de salud.
- Garantizar la confidencialidad y el secreto profesional de parte todo el equipo de salud como un derecho irreductible del paciente que vive con VIH.
- Garantizar un enfoque y abordaje biopsicosocial.
- Trabajar con estrategias específicas como ser Educación emocional y Resolución de conflictos.
- Adaptación a las diferentes condiciones culturales de los pacientes.
- Tratamiento psicológico grupal como estrategia privilegiada para mejorar niveles de adherencia y mejor calidad de vida. Fomentar la identificación de “par a par”.
- Tratamiento Psiquiátrico, en caso de ser necesario. La atención al paciente con VIH debe incluir la evaluación y atención psicológica; los principios fundamentales de dicha intervención son: escucha y apoyo, asesoramiento y orientación, confidencialidad y secreto profesional, psicoeducación , coordinación y adaptación en los distintos contextos asistenciales. Todo lo recientemente

mencionado contribuirá a una mejor adherencia del paciente que se encuentra en tratamiento antirretroviral (Paez, 2013).

CAPÍTULO III.
TERAPIA RACIONAL EMOTIVA
(ALBERT ELLIS) .

CAPÍTULO III.TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (ALBERT ELLIS) .

“Casi todo lo absurdo de nuestra conducta es el resultado de imitar a aquellos a los que no podemos parecer”

SAMUEL JOHNSON

En este capítulo se va a revisar la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis lo cual es la mas importancia acerca de este trabajo , va ayudar al paciente que parece de VIH /SIDA y a desarrollado distorsiones cognitvas que afectado su salud mental al recibir el diagnostico, por lo mismo el paciente puede llegar a tomar otras medidas no eficaces para su tratamiento psicológico porque creen que teniendo el virus ya no hay remedio para su salud pero es todo lo contrario recibiendo y apoyando de expertos de la salud mental puede tener una calidad de vida excelente y al mismo tiempo puede apoyar a otros paciente que tiene lo mismo. Esto también implica a los familiares del paciente a involucrarse para apoyarlo en todo aspecto físico y moral porque la familia es a veces los primero que comienzan a discriminar estas personas pero saben como contrajo el virus.

3.1 Antecedentes De La Terapia Racional Emotiva (Albert Ellis)

ESTOICISMO: (Escuela filosófica griega y grecorromana fundada por Zenón de Citio en el siglo IV a. C.) aparece alrededor del año 300 a.C. Sus principales representantes son: Epícteto, Séneca i Marco Aurelio. El interés se centra en lo que depende de uno, es decir, el razonamiento. "El estoicismo consideraba la filosofía dividida en tres partes: la lógica, la física y la ética".

FILOSOFIAS ORIENTALES: Lao-Tsé, Confucio, Buda. La temática continua siendo la misma. Uno mismo, se crea su propio sufrimiento, cuando piensa de manera irracional y disfuncional.

FILOSOFÍAS OCCIDENTALES: Kant, Schopenhauer, John Dewey, Bertrand Russell. Representan el enfoque actitudinal de la filosofía por paliar el sufrimiento y buscar la plenitud y la felicidad.

Según su modelo, muchas personas construyen creencias erróneas a partir de acontecimientos negativos que les hacen intalarse en actitudes o formas de sentir que provocan emociones o conductas disfuncionales que les perpetúan su sufrimiento innecesario o desproporcionado con respecto a la situación (Ruiz, Diaz, & Villalobos, 2012).

El Conexionismo de Thorndike

Thorndike ha sido el conductista no-pavloviano americano más influyente en las tres primeras décadas del siglo XX . Thorndike utilizó métodos objetivos y rechazó el estudio de los procesos mentales y la conciencia, centrándose en la adquisición de respuestas inexistentes en el repertorio del organismo (sin interés en reflejos neuronales). Thorndike y Pavlov tenían diferentes conceptos del reflejo S-R (estímulo-respuesta), ya que ambos explicaban la respuesta aproximativa (ninguno explicaba bien los efectos del castigo o el aprendizaje de evitación. Thorndike es considerado el precursor de la psicología educativa moderna (teoría del aprendizaje activo que lo niños aprendan por si mismos) (Goldfried, 1996).

El Conductismo de Watson

John B. Watson comenzó el conductismo (término acuñado por él) debía ser objetivo y tener los siguientes principios: 1) El objeto de la psicología es la conducta manifiesta E-R (rechazo de la conciencia alma), 2) metodología de la experimentación animal como método objetivo en psicología (reflejo condicionado como sustituto de la introspección), 3) el conductismo supone una ruptura con las corrientes anteriores que no describen la conducta en términos observables, y 4) conducta explicada en términos E-R del sistema nervioso (conducta verbal como reflejos espinales). (Goldfried, 1996).

El Neoconductismo

Edwin R. Guthrie es considerado el neoconductista más ortodoxo al llevar al extremo el principio de contigüidad de estímulos (emparejamiento). En *The psychology of learning* exponía técnica para romper hábitos o desaprender conductas mediante la presentación progresiva de estímulos (desensibilización sistemática).

Tolman tuvo una gran influencia en la psicología de la Gestalt y defendió que lo que se producía en el aprendizaje eran una asociación E-E y no E-R. Los organismos no aprenden conductas concretas, sino significados (expectativas) sobre los estímulos que se relacionan con una meta (Martinez, 2005).

Skinner y el Condicionamiento Operante

Skinner (psicólogo más influyente del siglo XX) primera vez el término *Terapia de Conducta* en la literatura psicológica. La clasificación que hizo Skinner del aprendizaje estaba basada en los paradigmas de Pavlov y Thorndike, señalando que había ciertas áreas donde los dos condicionamientos no se distinguían. Desarrolló una metodología, el análisis experimental de la conducta, centrado en las relaciones entre comportamiento y estímulos ambientales (sin referirse a constructos inferidos, sólo a relaciones funcionales (Martinez, 2005).

3.2 Definición de Conducta

Las acciones y reacciones del sujeto ante el medio. Generalmente, se entiende por conducta la respuesta del organismo considerado como un todo: apretar una palanca, mantener una conversación, proferir enunciados, resolver un problema, atender a una explicación, realizar un contacto sexual; es decir, respuestas al medio en las que intervienen varias partes del organismo y que adquieren unidad y sentido por su inclusión en un fin.

Dado que la conducta, y a diferencia de los estados y procesos mentales, es algo dado a la percepción, es un fenómeno observable y cuantificable, las teorías psicológicas que más se han esforzado por hacer de la psicología una ciencia, considerarán que, o bien la psicología debe utilizar como método la observación y análisis de la conducta (así por ejemplo, la psicología cognitiva y su defensa del "conductismo metodológico"), o, junto con la tesis anterior, que la psicología misma debe renunciar al estudio de la mente para centrarse exclusivamente en el estudio de la conducta. Este último caso fue el del conductismo (Beck, 2006).

3.3 El Modelo Cognitivo

En 1913 con la publicación de Watson “psicología desde el punto de vista de un conductista”. Da a conocer la propuesta estímulo-respuesta. Antecedentes Históricos: Aprendizaje Clásico: (Pavlov) La cual es apoyada de tres enfoque Aprendizaje Operante: (Skinner) Aprendizaje Social: (Bandura) basado en la Terapia Cognitiva de Aarón Beck y en la Terapia Racional Emotiva de Ellis.

Se hace hincapié en las influencias que el pensamiento ejerce sobre las emociones, aunque admiten que no toda la vida emocional se puede explicarles del pensamiento. El pensamiento del sujeto refleja su sistema de creencias, su modelo de interpretación del mundo Teoría cognitiva tratamiento psicológico derivado de la investigación de laboratorio desde el enfoque de conducta.

La fundamentación empírica y teórica, sólidamente científica, se considera una característica esencial en sus desarrollos. Teoría Conductual Posterior al psicoanálisis. Los pensamientos producen emociones y éstas determinan conductas. Las conductas, a su vez, refuerzan los pensamientos que, en último lugar, mantienen homeostasis con el entorno (Caballo, 2015).

3.4 . Terapia Racional Emotiva Conductual

Albert Ellis (1913- 2007) Psicólogo estadounidense, es el creador de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) y precursor del enfoque psicoterapéutico cognitivo. Su método terapéutico intenta descubrir las irracionalidades de nuestros pensamientos y, con ello, sanar las emociones dolorosas, dramatizadas y exageradas que provocan. En 1957 publicó su primer libro sobre Terapia Racional Emotiva Conductual: How to Live with a Neurotic (Cómo Vivir con un Neurótico). Dos años más tarde constituyó el Institute for Rational Living, dedicado a la aplicación, enseñanza y promoción de la TREC y del cual fue presidente hasta su muerte.

La creencia de que los problemas psicológicos derivaban probablemente de una historia de condicionamiento inapropiada sirvió de base a la primera generación de terapeutas de conducta para el desarrollo de tratamientos basados en los principios operantes y del condicionamiento clásico, no obstante, el modelo subyacente estímulo- respuesta fue puesto en entredicho con relativa rapidez acusado de no dar cuenta de la complejidad de la conducta humana, así mismo, el fracaso de estas intervenciones al ser aplicadas a problemas del estado de ánimo como la depresión abrió la puerta a la cognitivización de la Terapia de Conducta y así al comienzo de la llamada segunda generación.

Albert Ellis fue uno de los psicólogos más influyentes del siglo XX y una de las figuras más destacadas en el ámbito de la psicología tras su rompimiento con la escuela psicodinámica. Ellis consideraba que su teoría se podía resumir en la frase del famoso filósofo griego estoico Epíteto, el cual afirmaba que <<Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos>> (Martinez, 2005).

Por otro lado siguiendo con el TREC, el cual consideraba que los problemas conductuales y emocionales podían tener su génesis a partir de sus tres fuentes: la del pensamiento, la emocional y la conductual. De esta forma se describe que las

personas son en gran parte responsables de sus sentimientos perturbados, que son generados tanto consciente o inconscientemente.

Fundamentos teóricos y filosóficos.

La TREC considera al ser humano como un organismo complejo y biopsicosocial con una fuerte tendencia a establecer metas y propósitos y tratar de conseguir, las metas básicas son a) permanecer vivo, b) obtener el mayor bienestar posible y evitar el malestar innecesario. De estas metas básicas se derivan todo el resto de subtemas que las personas se van proponiendo a lo largo de la vida y que además de proporcionarles felicidad, les permiten da cierto sentido a su vida.

3.4.1 Los ABC de la Terapia Racional Emotiva Conductual.

Cuando los individuos intentan conseguir sus metas, en los distintos ambientes que conforman su entorno, se van encontrando con acontecimientos activadores (A) que les permiten o dificultan la consecución de sus metas en función de las valoraciones que realicen de estas situaciones estimulares.

Para analizar las interrelaciones entre acontecimientos, cogniciones y consecuencia, Ellis (1984) propone el modelo ABC: los acontecimientos activadores(A) por si mismos no provocan consecuencias emocionales, conductuales o cognitivas (C); estas dependerán de cómo se perciba o interprete (B) dicho acontecimiento activador.

En otras palabras “A” son los acontecimientos activadores a los que respondemos, “C” la respuesta cognitiva, emocional o conductual que damos y “B” las creencias que tenemos sobre “A” que son las que explican en mayor medida nuestra respuesta “C”, siendo, “B” el mediador fundamental entre “A” y “C” (Beck, 2006).

Mecanismos cognitivos del malestar.

Desde el punto de vista psicológico, la idea central de la teoría de la TREC está en la distinción entre creencias racionales e irracionales y su decisiva contribución en el desarrollo de las emociones, conductas y pensamientos adecuados o disfuncionales. Ellis (1994; 1995) define las creencias racionales como cogniciones evaluativas de significado personal que son de carácter preferencial que se expresan en forma de “deseo”, “preferencia”, “gusto”, “desagrado”.

Los pensamientos racionales son flexibles y ayudan al individuo a establecer libremente sus metas y propósitos.

Los pensamientos irracionales son, por el contrario, cogniciones evaluativas de carácter absolutista y dogmático, se expresan de forma rígida con términos tales como debería de y tendría que y generan emociones negativas perturbadoras que interfieren claramente en la consecución de metas y propósitos que proporcionan felicidad.

La racionalidad e irracionalidad no se define en la TREC en un sentido absoluto sino relativo porque lo que realmente dificulta o ayuda a conseguir las metas dependerá de la persona y de su situación particular.

Las creencias irracionales nucleares tienen algunas características similares a las del constructo de esquemas negativo tal y como lo definen la terapia cognitiva de Beck y otras teorías y terapias cognitivo-conductuales. Por ello, DiGiuseppe considera que sería más exacto denominar a las creencias irracionales.

Las creencias irracionales se pueden considerar esquemas de amplio espectro que operan a muchos niveles, conjuntos de expectativas o creencias sobre lo que es y debería ser el mundo y lo que es y debería ser bueno o malo.

Maultsby (1975) señala tres de los criterios que cumplen estas creencias o esquemas irracionales: 1) no responden a los principios de la lógica porque se basan

en interpretaciones incorrectas con la evidencia empírica, 2) son automáticos y el individuo no es consciente del papel mediador que ejercen sobre sus pensamientos, sentimientos y conductas y 3) obstaculizan la consecución de las metas y propósitos básicos.

Ellis (1984) define que las creencias irracionales de catastrofismo , baja tolerancia a la frustración y depreciación global ,se derivan de las demandas o exigencias absolutistas de los debería o tendría . Wessler (1984) sin embargo considera que los cuatro tipos de creencias pueden ser primarios y en ocasiones ser los pensamientos irracionales relacionados con demandas y exigencias absolutistas (debería, tendría) los que se deriven de alguno de los otros tres (catastrofismo, baja tolerancia a la frustración y depreciación de uno mismo).

La segunda tendencia biológica que viene a contrarrestar el determinismo de la primera es la capacidad de los seres humanos de poder elegir cambiar sus pensamientos y conductas disfuncionales.

Esto implica que las personas, a pesar de su tendencia al pensamiento irracional, no son esclavas de ella puesto que pueden trascender sus efectos eligiendo, aunque con esfuerzo, si desean cambiar su forma de pensar irracional y, como consecuencia, eliminar sus emociones negativas perturbadoras.¹⁶

Emociones adaptativas y desadaptativas

La TREC considera que no todas las emociones negativas son disfuncionales ni todas las emociones positivas adaptativas o saludables. Las emociones adecuadas son todos aquellos sentimientos positivos y negativos que va experimentando un individuo a lo largo de su vida que no interfieren con el establecimiento y consecución de metas. El amor, el placer, la curiosidad, la alegría son algunos de los

¹⁶

CONCALVES, O. (2003). *PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA* . ESPAÑA: DESCLEE DE BROUWER.

ejemplos de emociones positivas adecuadas. El dolor, la tristeza, la frustración, la incomodidad o el malestar son ejemplos de emociones negativas adecuadas.

Entre los sentimientos positivos inadecuados estarían la grandilocuencia o prepotencia que ¹⁷podría interferir con la consecución de metas y propósitos; entre los negativos estarían los sentimientos de ira, depresión, ansiedad, desesperación, desesperanza, incapacidad o inutilidad.

Estos sentimientos negativos se consideran inadecuados porque incrementan la percepción subjetiva de malestar o frustración y suelen bloquear las acciones que facilitan el afrontamiento de las dificultades que surgen en todo proceso de consecución de meta.

Según Ellis (1994) las emociones negativas y positivas saludables estarían asociadas a pensamientos o creencias racionales y las emociones negativas y positivas perturbadoras lo estarían a pensamientos irracionales. (Martinez, 2005)

Ansiedad perturbadora y ansiedad del yo.

Ellis (1979b; 1980) considera que cuando los individuos presentan demandas absolutistas sobre el mundo, otras personas, o ellos mismos, cuando estas demandas fallan, se genera malestar emocional que dará lugar a dos tipos de perturbación psicológica: 1) Ansiedad del Yo, 2) ansiedad perturbadora.

La ansiedad del yo: se define como un malestar emocional intenso que se acompaña con frecuencia por sentimientos fuertes de depresión, vergüenza, culpa o incapacidad. Este tipo de ansiedad la suelen experimentar las personas cuando: (1) sienten que su “yo” o su valía personal está amenazado, (2) “deben” o “tienen” necesariamente que hacer bien cualquier cosa y/o ser aprobados por los demás y (3)

17

MARTINEZ, F. G. (2005). *TEORIA DEL DESARROLLO COGNITIVO*. MEXICO : MC GRAW HILL.

sienten que es “horroroso”, “terrible” o catastrófico” no hacer bien las cosas y no ser aprobados por los demás como ellos creen que “deberían” o tendrían” que serlo.

La ansiedad del yo supondría, por tanto, el auto-desprecio de la persona por no cumplir con las exigencias que tiene sobre ella misma, los otros y el mundo. La auto-condenación implica por una parte descalificarse globalmente y por otra “diablificarse” como si uno fuera un ser malo y nada valioso.

La alternativa racional y saludable al auto condenación sería la aceptación incondicional de unos mismos reconociéndose como ser falible.

La auto-aceptación incluye, entre otras cosas, aprender a evitar calificaciones o valoraciones globales y ser capaz de reconocer que, como ser humano que es, comete y cometerá errores, de ese modo estará en condiciones de realizar un afrontamiento adecuado de los problemas.

La ansiedad perturbadora: hace referencia al malestar emocional que experimentan las personas cuando : (1) consideran que su vida o bienestar se encuentran amenazados (2) consideran que deben o tienen que conseguir lo que desean necesariamente o “no deben o no tienen” que experimentar o padecer lo que no desean y (3) consideran que es terrible ,horroroso o catastrófico , en lugar de desagradable o incomodo , no conseguir lo que creen que deben o tienen que tener o sienten lo que creen que no deben o no tienen que sentir . en definitiva , la ansiedad perturbadora implica una baja tolerancia a la frustración que se origina porque la persona hace demandas a si mismo, a los otros o al mundo que tiene que ver con normas dogmáticas sobre las condiciones de bienestar y vida confortable que deberían tener . La tolerancia a la frustración es la alternativa saludable y racional a este tipo de perturbación. La ansiedad perturbadora puede ser igualmente un síntoma primario o secundario, aunque, según Ellis (1990), generalmente suele ser un síntoma secundario.

A veces es difícil reconocer este tipo de ansiedad y puede confundirse con la ansiedad generalizada a flotante, puesto que la ansiedad que puede llegar a provocar la propia sintomatología de ansiedad puede hacer que esta se manifieste en distintas situaciones, ajenas todas ellas a la situación original que produjo el malestar inicial. La detección de la ansiedad perturbadora es importante porque será el paso previo al tratamiento de los problemas de ansiedad específica.

Cuando el cliente haya aprendido a dejar de horrorizarse de sus propios sentimientos de ansiedad, cuando acepte que sentirse ansioso es tan terrible, dejara de obsesionarse por ese sentimiento y entonces según los preceptos de la TREC, podrá trabajar para superar la ansiedad que le producen los estímulos concretos.

Ellis resalta la necesidad de tratar de forma independiente estos dos tipos de ansiedad (perturbadora y del yo) aunque a veces se solapen, porque en cada uno de ellas están implicadas creencias irracionales diferentes. La ansiedad del yo , está asociada a creencias relacionadas con incompetencia o descalificación personal , mientras que las creencias con la ansiedad perturbadora tiene que ver con la no aceptación del malestar como emoción humana o con la consideración de que las emociones negativas son malas y por tanto no se deben de tener.

3.5 Filosofía De Vida Y Salud Psicológica.

La importancia concedida en la TREC a aspectos filosóficos queda reflejada como se ha ido viendo a lo largo de este capítulo, en la consideración de lo que se entiende por creencias irracionales y en lo que a su juicio son las dos principales perturbaciones psicológicas.

PRINCIPIO	ENUNCIADO
Interés por uno mismo	Aunque el sacrificio y el preocuparse por otras personas pueden ser convenientes y necesarios en determinados momentos o situaciones, como regla general, el interés por uno mismo ha de ser superior al interés que se preste a los demás.
Interés Social	Puesto que somos seres sociables, vivimos en comunidad y una parte importante de nuestras gratificaciones se derivan de la interacción social, es necesario actuar moralmente y defender y respetar los derechos de los demás y contribuir al bienestar y supervivencia de la sociedad.
Autodirección	Las personas sanas asumen la responsabilidad de dirigir y gobernar su propia vida sin “necesitar” o “demandar” constantemente el apoyo de los demás.
Tolerancia a la frustración	Los individuos racionales se conceden a sí mismos y a los demás el derecho a equivocarse, evitando condenar y procuran modificar las condiciones desagradables o adversas si pueden o aceptarlas si no se pueden cambiar.
Flexibilidad	Las personas sanas y maduras procuran evitar establecer reglas rígidas e inalterables con ellos mismos y con los demás. Sus planteamientos y actitudes son tolerantes y pluralistas. Mantienen posturas flexibles y están abiertas al cambio.
Aceptación de la incertidumbre	Es adaptativo y saludable reconocer y aceptar el hecho de que vivimos en un mundo incierto y probabilístico y admitir que, por el momento, no existen certezas o verdades

	“absolutas”, ni probablemente existirán.
Compromiso creativo	Las personas tienden a sentirse más felices cuando se implican vitalmente en algún proyecto ajeno a ellas mismas, les interesa algún tema creativo y asumen algún compromiso social al que dedican parte de su vida cotidiana.
Pensamiento científico	Los individuos sanos tienden a ser objetivos, racionales y científicos. Autorregulan sus emociones y conductas reflexionando sobre ellos mismos y las consecuencias de sus acciones. Evalúan mediante la aplicación de las reglas de la lógica y del método científico la consecución de sus metas y propósitos.
Auto-aceptación	Las personas con buena salud mental están contentas de estar vivas. Se aceptan a sí mismas y tienen capacidad para divertirse. No hacen valoraciones globales de sí mismos en función de sus logros externos o del juicio de los demás. Eligen aceptarse a sí mismos de forma incondicional, evitan clasificarse en categorías preestablecidas e intentan disfrutar en lugar de estar probándose continuamente.
Asumir riesgos	Las personas sanas tienden a asumir los riesgos que a veces acompañan a la consecución de sus objetivos, aunque exista la posibilidad de fallar. Tienden a ser aventureros, pero no son temerarios.
Hedonismo en sentido amplio	Las personas bien ajustadas son hedonistas porque buscan el bienestar y evitan el dolor pero no están obsesionadas con la obtención de gratificaciones o placeres de forma inmediata. No renuncian al beneficio presente por temor al dolor futuro ni renuncian al beneficio futuro por las dificultades que se

	pueden encontrar en el presente.
No utopismo	Las personas sanas aceptan el hecho de que las utopías son, probablemente, inalcanzables y, por tanto, admiten que no siempre van a obtener todo lo que desean ni van a poder evitar sentir en algunas ocasiones sufrimiento o dolor.
Auto-responsabilidad por el propio malestar emocional	Los individuos sanos aceptan la parte de responsabilidad que tienen sobre sus trastornos emocionales en lugar de culpar de forma defensiva a los demás o a los acontecimientos.

Tabla 2. La TREC ,favorece el Ajuste Emocional.

Desde la primera formulación de la TREC, Ellis señala una serie de valores y actitudes que denomina racionales que contribuyen al bienestar psicológico y que tienen que ver con una particular manera de estar y entender la vida. Los trece principios fundamentales que constituyen el marco filosófico esencial suscrito por la Terapia Racional Emotiva Conductual. Ayudar a las personas a elegir y a asumir como propio este tipo de filosofía de vida, se convierte en un objeto esencial de la TREC. A lo largo del proceso terapéutico pueden cambiarse o eliminarse determinadas creencias irracionales situacionales o globales , pero si no se cambia la filosofía de base pueden surgir con el tiempo nuevas creencias irracionales que causen nuevos trastornos emocionales.

La teoría de la TREC argumenta que si bien una filosofía de vida basada en absolutismo y demandas está en la bases de muchos problemas emocionales, una filosofía basada en el relativismo y en lo deseable es una característica central de la persona psicológicamente saludable.

Esta filosofía reconoce que los humanos tienen muchas cosas que les gustan, desean, quieren o prefieren, pero si se niegan a elevar estos valores no absolutos a dogmas y demandas categóricas estarán psicológicamente menos perturbados.

3.5.1 Adquisición y Mantenimiento de las Alteraciones Psicológicas.

La terapia racional emotiva conductual no ha elaborado ninguna teoría específica para explicar cuál es el mecanismo mediante el que se adquieren los problemas psicológicos. La teoría postula que la tendencia biológica a pensar irracionalmente no es similar en todos los seres humanos. a veces el contexto educativo en el que se desarrolla el individuo puede potenciar o reducir la tendencia a pensar irracionalmente pero no todas las personas se ven influidas en la misma medida aun estando en el mismo contexto. En definitiva se asume que las experiencias vividas pueden afectar al proceso de adquisición de la perturbación psicológica, pero lo que realmente es decisivo es como nosotros mismos vivimos e interpretamos nuestras experiencias.

La TREC, sin embargo si hace una propuesta sobre cómo se mantienen no perpetúan los problemas psicológicos. Ellis (1979) señala tres insights TREC de los que carecen (no necesariamente de todos), las personas que mantienen trastornos emocionales.

Insight n°1: la perturbación humana viene determinada por las creencias irracionales que se activan ante las situaciones vitales negativas, sin embargo, si la persona que padece un trastorno emocional considera que se debe a los acontecimientos negativos que le ocurren, tratara de cambiar las situaciones pero no las creencias que se le han activado y son las responsables reales de su malestar.

Insight n° 2: si las personas siguen reafirmando sus creencias rígidas y extremas, estas se mantendrán, aunque se reconozcan la influencia de sus creencias

irracionales en el malestar emocional, si la persona dedica su esfuerzo a encontrar el origen de ellas en lugar de tratar de cambiarlas, estas se mantendrán.

Insight n°3: solo trabajando de forma constante en el presente y en el futuro las creencias irracionales y practicando creencias racionales alternativas se conseguirá cambiar.

La TREC señala igualmente como un factor importante en el mantenimiento del malestar emocional, sostener una filosofía de vida basada en una baja tolerancia a la frustración. Considerar que no se debe sentir incomodidad, malestar o dolor , que obtener metas u objetivos no deben ir acompañados nunca de esfuerzos o conflictos importantes. En definitiva, adoptar lo que Ellis denomina hedonismo a corto plazo para evitar mayor impide en ocasiones alcanzar un mayor bienestar a largo plazo.

Otra propuesta de explicación de la perpetuación de los trastornos psicológicos se deriva de la teoría freudiana sobre los mecanismos de defensa. Según la TREC las personas utilizan diversos mecanismos de defensa (evitación, racionalización, negación) para negar la existencia de problemas o para minimizar su gravedad

No obstante, si bien pueden evitar con ello la tendencia a la auto-condenación (soy débil o incompetente) o la consideración de que no son capaces de asumir sus problemas si no tienen ayuda (sin ayuda no lo puedo superar) o bien producir un incremento de su malestar (no lo puedo soportar), están perpetuando sus creencias irracionales y consecuentemente ,su trastorno emocional.

Por último, la TREC apunta otros dos factores. el primero ,la percepción y valoración del coste y beneficio por trabajar el cambio de creencias y su consecuencia emocional . el segundo factor , la profecía autocumplida , implica actuar de acuerdo con las predicciones y evaluaciones realizadas de manera que las respuestas de uno mismo o de los otros permiten confirmar la hipótesis inicial sobre el origen del malestar (Caballo, 2015).

Las razones que se apuntan en la TREC para que las personas perpetúen su malestar emocional son las siguientes:

- Considerar que si en lugar de cambiar las creencias irracionales se cambian los acontecimientos o situaciones se eliminara el problema emocional.
- Creer que el hecho de entender que las creencias irracionales están a la base de sus problemas emocionales es suficiente para que estas cambien.
- No trabajar con tenacidad para detectar las creencias irracionales, ni practicar las alternativas racionales a estas creencias para que puedan asumirse como propias.
- Seguir actuando en consonancia con las creencias irracionales.
- Creer que mantener las creencias irracionales y sus consecuencias reporta mayor beneficio que el que se obtendría si se llevara a cabo el cambio hacia creencias alternativas mas saludables.
- Vivir en ambientes y realizar conductas que apoyan las creencias irracionales que sustentan sus problemas.
- Tener un déficit importante de habilidades sociales, habilidades de comunicación, destrezas de resolución de problemas o de otras destrezas o competencias relevantes para un adecuado funcionamiento personal , profesional o social.

3.6 El Proceso De Terapia Racional Emotiva Conductual.

Fases del proceso.

El proceso de intervención que se lleva a cabo en la TREC puede dividirse en cinco fases o etapas: 1) evaluación psicopatológica, 2) evaluación Racional –Emotiva, 3) Insight Racional –Emotivo, 4) aprendizaje de una base de conocimiento racional y 5) aprendizaje de una nueva filosofía de vida.

Evaluación psicopatológica.

En TREC, cuando se trabaja con clientes que pueden tener un trastorno emocional clínicamente relevante, el primer paso, como es el resto de psicoterapias cognitivo-conductuales, es realizar una exploración psicopatológica completa. Para ello se utilizan varias estrategias diagnósticas.

En primer lugar suelen aplicarse los criterios diagnósticos estandarizados del DSM. En segundo lugar se analizan los factores psicológicos o biológicos implicados en el problema o problemas utilizando como instrumentos básicos de evaluación entrevistas clínicas, cuestionarios, test psicológicos, medidas de autoinforme, etc. una vez llevado a cabo un diagnóstico adecuado en el caso de poblaciones clínicas se comienza la Evaluación Racional Emotiva, propia y específica de la TREC.

Evaluación Racional-Emotiva.

La evaluación Racional Emotiva se comienza realizando una lista con los problemas que presentan el cliente, clasificándolos en internos y externos y teniendo en cuenta si son a su vez primarios o secundarios.

Problemas externos son los que dependen fundamentalmente de acontecimientos ambientales, (divorcio, despido laboral). cuando los sucesos ambientales provocan reacciones emocionales intensas o conductuales disfuncionales, se considera que la persona tiene problemas internos. Son precisamente en los problemas internos en lo que se centra principalmente la TREC.

El análisis detallado de las emociones y conductas disfuncionales y de los acontecimientos que los provocan va dirigido muy especialmente a ir detectando creencias, opiniones o explicaciones que encierren exigencias absolutistas, catastrofismo, baja tolerancia a la frustración o auto-descalificación general.

Es importante detectar y clasificar los problemas teniendo en cuenta si son primarios o secundarios. El hecho de padecer una fobia social o un miedo al abandono (problemas primarios) pueden provocar en la persona una devaluación de si mismo y tal desesperanza, que desemboca en una depresión (problema secundario). En general es conveniente comenzar a trabajar los síntomas secundarios puesto que pueden estar incrementando los síntomas primarios. Por consiguiente, el trabajo terapéutico se llevara a cabo fijando las metas a alcanzar en: a) los problemas secundarios, b) en los problemas primarios y c) en los problemas externos.

Una vez definidos estos, se establecen para cuando uno de ellos una primera aproximación a las relaciones entre los acontecimientos activadores (A) ,creencias irracionales (B) y consecuencias emocionales (c). A continuación se fijan las metas globales siguiendo el modelo teórico de la TREC.

Insight Racional-Emotivo.

Una vez realizando el proceso de Evaluación Racional, se explican los principios teóricos que sustentan la TREC, así como los tres insight que se deben alcanzar para llevar a cabo el proceso de cambio. Las situaciones o acontecimientos en si mismos no son los responsables del malestar, son las creencias irracionales que se activan ante cada situación.

Puesto que el origen del malestar no son las experiencias actuales ni las de la infancia, sino las creencias irracionales que se generaron ante ellas si se cambia el contenido de las creencias, también cambiara el problema emocional. Por tanto, la responsabilidad del cambio emocional está en uno mismo, no en las situaciones o acontecimientos que vivimos. El deseo de cambio de creencias irracionales y de una filosofía de vida perjudicial, no es suficiente, es necesario trabajar duramente y de forma constante para que el cambio realmente se produzca.

Aprender una base de conocimiento racional.

Esta cuarta fase es en la que se lleva a cabo la Terapia Racional Emotiva Conductual propiamente dicha puesto que en ella se enseña y entrena una base de conocimiento racional que permita aprender a debatir y refutar creencias irracionales y a generar o afianzar creencias racionales alternativas para eliminar los problemas actuales y prevenir que se repitan en el futuro.

Aprender una nueva filosofía de vida.

En esta última fase se pretende alcanzar dos objetivos: 1) conseguir que las creencias racionales que se han ido instaurando a lo largo de las etapas anteriores se arraiguen y 2) fortalecer el hábito de detectar, debatir y refutar creencias irracionales sobre todo las basadas en exigencias absolutistas, creencias catastrofistas, auto-descalificaciones globales y baja tolerancia a la frustración.

3.6.1. El Vínculo entre el Pensamiento y la Emoción

La relación entre el pensamiento y la emoción es lo que causa la alteración o dificultad emocional no es lo que sucede en el punto A (situación), sino que las personas crean una estructura de creencias en el punto B (pensamientos) y refuerzan estas creencias en una forma negativa y muchas veces perjudicial, lo cual se manifiesta en las reacciones conductuales o emocionales: el punto C (consecuencia)

Ellis desarrolló su teoría ejemplificándola como se muestra en este gráfico:

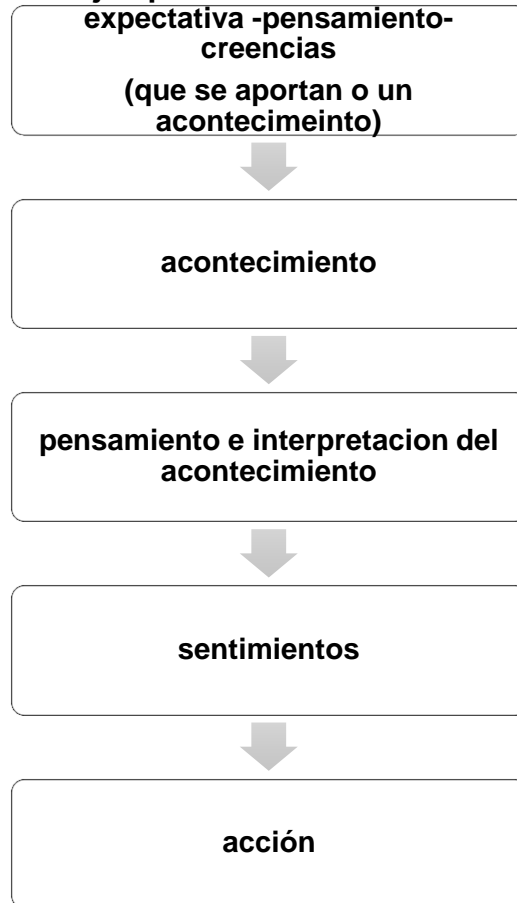


Tabla 3. Teoría de Ellis ejemplificada.

3.7 La Triada cognitiva

La triada cognitiva hace referencia a tres esquemas o patrones cognitivos que inducen al individuo a percibirse a sí mismo, al mundo y al futuro desde un punto de vista negativo. La visión negativa de sí mismo hace que el individuo se perciba como incompetente, inadecuado y desgraciado y se refleja en la percepción de un mundo que le hace demandas excesivas o insuperables, exento de interés y que no proporciona ninguna gratificación. La visión negativa del futuro es de desesperanza

debido a la convicción de que nada de lo que percibe o experimenta en el presente cambiara, salvo para incrementarse las dificultades, el desánimo o el sufrimiento.

Según el modelo de estos tres patrones cognitivos se derivan el resto de los síntomas que suelen aparecer en los cuadros depresivos: falta de motivación , deseos de suicidio, pasividad ,dependencia , indecisión , falta de energía , etc.

La consolidación de esquemas negativos y la predisposición a sesgar la información es posible que venga de la infancia. Experiencias personales negativas , la identificación con personas significativas o percepciones de actitudes de otros hacia el niño podrían facilitarle el aprendizaje de actitudes y creencias que configuran una parte importante del contenido de los esquemas referentes a uno mismo , el futuro y el mundo. Además otros factores que contribuyen a una mayor predisposición a que se consoliden o activen unos esquemas negativos. Beck resalta especialmente dos estilos de personalidad: autonomía y sociotropía.

Los individuos autónomos tienen a obtener mayor satisfacción cuando esta proviene de la autonomía, independencia, libertad y logro personal, mientras que en los individuos sociotrópicos el bienestar es mayor cuando se sienten aceptados , con afecto , acompañados y tienen aprobación social . Los estilos de personalidad pueden ayudar a predecir ante que circunstancias o situaciones pueden activarse esquemas depresivos y por consiguiente a cuales son más proclives o vulnerables.

Un esquema inactivo durante años puede llegar a activarse ante una situación o acontecimiento vital determinado. La respuesta dada por el individuo y las conexiones existentes entre los esquemas pueden activar a su vez otros igualmente negativos , de manera que los esquemas idiosincrásicos se van haciendo más activos y pueden llegar a ser evocados por cada vez mayor número de estímulos que mantienen escasa relación lógica con ellos . Se considera que la persona este predispuesta por esquemas cognitivos a ser sensible a este tipo de sucesos. Eso

explicara por qué ante acontecimientos vitales importantes, determinadas personas caen en depresión y otras no.

Cuando la depresión es leve, el individuo puede contrarrestar la influencia de los esquemas negativos por la activación de otros esquemas más positivos o menos negativos.

Cuando la depresión es más severa, los errores en el procesamiento de la información son mayores y se incrementa el número de distorsiones cognitivas que dificultan la activación de esquemas positivos adecuados. La identificación de los patrones o esquemas positivos adecuados. La identificación de los patrones o esquemas negativos y el análisis de la evidencia actual que los sustenta, puede ayudar a disminuir la fuerza con la que el paciente tiene esos esquemas y sus coloridos y a poder sustituirlos o reemplazarlos por nuevos esquemas más adaptativos.

3.8. Distorsiones cognitivas en personas que viven con VIH

El estudio científico de los procesos mentales como la percepción, el pensamiento, la memoria y la atención. Entre los psicólogos más destacados en la aplicación de este modelo al campo de la psicología clínica se encuentran Albert Ellis (1962) y Aaron Beck (1963) quienes han propuesto modelos teóricos para el estudio de la personalidad y tratamientos para el abordaje terapéutico en la psicopatología.

“los problemas emocionales como la depresión y la ansiedad, surgen a partir de la interpretación (comúnmente inadecuada) que la persona da a los eventos que le preocupan” . A esas interpretaciones exageradas e incongruentes de la realidad, A los eventos capaces de suscitar emociones y de activar determinados procesos de pensamientos acerca de los cuales las personas tienden a perturbarse a sí mismas se les ha llamado eventos activadores .

El diagnóstico VIH positivo puede ser considerado como un acontecimiento potencialmente estresante y traumático, al estar asociado con un proceso de enfermedad de carácter crónico, irreversible y mortal que involucra, además, sentimientos de vergüenza, rechazo social, posible pérdida de trabajo y desprestigio social.

Antes de definir el concepto de distorsiones cognitivas centrémonos en el término esquemas. Una definición de esquemas extraída de un consenso de investigadores es la siguiente: “elementos organizados de reacciones y experiencias pasadas que forman un cuerpo de conocimientos relativamente cohesivo y persistente, capaz de guiar percepciones y evaluaciones subsecuentes”

Los esquemas negativos activados en los individuos depresivos les llevan a cometer una serie de errores en el procesamiento de la información o distorsiones cognitivas que por una parte, facilitan los sesgos que se producen a la hora de percibir la información del medio y por otra permiten al depresivo mantener la validez de sus creencias.

En sus primeros escritos, Beck identificó 6 distorsiones que cometían los pacientes depresivos: 1) inferencia arbitraria, 2) abstracción selectiva, 3) generalización excesiva, 4) maximización / minimización, 5) personalización, 6) pensamiento absolutista y dicotómico.

Posteriormente, Beck amplió a 11 las distorsiones cognitivas modificando el nombre de alguna de las anteriores y añadiendo 5 nuevas: 1) pensamiento de todo o nada, 2) sobregeneralización, 3) descontar lo positivo, 4) saltar a las conclusiones, 5) leer la mente, 6) adivinación, 7) magnificar / minimizar, 8) razonamiento emocional, 9) declaraciones de “debería”, 10) etiquetar y 11) culpabilidad inapropiada.

Otros autores han ido incrementando el número de sesgos cognitivos negativos. Por ejemplo Freeman y Dewolf (1992) y Freeman y Oster (1999) incluyeron tres nuevas

distorsiones: 1) valía personal dependiente de opiniones externas, 2) comparación y 3) perfeccionismo.

De todos los errores cognitivos que se han ido señalando, Yurica y DiTomasso (2004) reconocen las 17 distorsiones cognitivas (como se muestra en la tabla 4.) más frecuentes que estarían de acuerdo en resaltar la mayoría de los terapeutas cognitivos. Muchas de estas distorsiones no son exclusivas de pacientes depresivos y suelen estar presentes en otros muchos trastornos o problemas emocionales o conductas disfuncionales.

Las distorsiones cognitivas recogidas por Yurica Y DiTomasso.

DISTORSIONES COGNITIVAS	DEFINICIÓN	EJEMPLO
Inferencia arbitraria / saltar a las conclusiones	Proceso de obtener una conclusión negativa en ausencia de evidencia empírica suficiente que la avale	No encuentro trabajo porque soy un desastre.
Catastrofismo	Proceso de evaluar el peor resultado posible de lo que ocurrió o va ocurrir.	Es peor que no lo intente porque fracasare y será horrible.
Comparación	Tendencia a compararse llegando generalmente a la conclusión de ser inferior o mucho peor que los demás	Aunque me esfuerzo no consigo ser tan grande como mi compañero
Pensamiento	Tendencia a colocar las	O saco un 10 en el

dicotómico/ blanco o negro.	experiencias o comportamientos de unos mismo y de los demás en categorías que solo admiten dos posibilidades opuestas (bueno /malo, positivo /negativo)	examen o soy un fracasado.
Descalificación de lo positivo	Proceso de rechazar o descalificar las experiencias , rasgos o atributos positivos.	Me salió bien la cena pero fue por chiripa
Razonamiento emocional	Formar opiniones o llegar a conclusiones sobre unos mismo , los otros o situaciones basándose en las emociones que experimenta	Siento terror de subirme al avión, es muy peligroso volar.
Construir la valía personal en base a opiniones externas	Desarrollar y mantener la valía personal en función de la opinión de los otros	Mi novio me dice que soy una inculta, seguro que tiene razón.
Adivinación	Proceso de pronosticar o predecir el resultado negativo de conductas.	Estoy segura de que aunque salga con amigos me sentiré mal
Etiquetado	Etiquetarse a uno mismo o a los demás de forma peyorativa	Soy un fracaso

magnificación	Tendencia a exagerar o a magnificar lo negativo de un rasgo , persona ,situación o acontecimiento	Me ha salido el examen fatal es horrible , no lo puedo soportar
Leer la mente	Conclusión arbitraria de que alguien está pensando negativamente de uno sin evidencia que la apoye	Sé que mi padre , en el fondo ,piensa que soy un inútil
Minimización	Proceso de minimizar o quitar importancia a algunos eventos ,rasgos o circunstancias	Me han llamado los amigo cinco veces pero podrían haberme llamado mas
Sobregeneralizacion	Proceso de extraer conclusiones basándose en una o pocas experiencias , o aplicarlas a una amplia gama de situaciones no relacionadas.	Me ha salido mal la comida nunca seré capaz de hacer nada bien
Perfeccionismo	Esfuerzos constantes por cumplir con alguna representación interna o externa de perfección sin examinar lo razonable de estas normas perfectas ,	Las cosas hay que hacerlas perfectas si no es mejor no hacerlas.

	a menudo en un intento de evitar experiencias subjetivas de fracaso	
Abstracción selectiva	Proceso de focalizarse exclusivamente en un aspecto ,detalle o situación negativa , magnificando su importancia poniendo así toda la situación en un contexto negativo	Soy un desastre. He perdido el paraguas.
Afirmaciones con debería	Hace referencia a las expectativas o demandas internas sobre las capacidades , habilidades o conductas de uno mismo o de los otros , sin analizar si son razonables en el contexto en el que están llevándose a cabo	Debería haberse dado cuenta de que yo lo estaba pasando mal y no continuar preguntándome

Tabla 4. Las distorsiones cognitivas por Yurica y Ditomasso.

Pensamientos automáticos

Los pensamientos automáticos, como ya se ha señalado anteriormente, son las auto-verbalizaciones , pensamientos o imágenes que aparecen ante una situación externa o interna determinada y que son el resultado de la interacción en el caso de la depresión de los supuestos depresogénicos , los acontecimientos activadores , los sesgos que se comenten al interpretar tales acontecimientos . Son una parte tan

importante de la expresión de las creencias o de la visión de uno mismo y del mundo que los pacientes suelen considerarlos aseveraciones verdaderas no distorsionadas.

3.9 El modelo de creencias sobre la salud

Uno de los primeros modelos y mejor conocidos es el modelo de creencias sobre la salud (Rosenstock 1974; Becker 1974). Este modelo propone que la probabilidad de que una persona realice determinada conducta de salud depende de factores demográficos: clase social, sexo, edad y una serie de creencias que pueden surgir de determinada clave para la acción interna o externa.

Estas creencias incluyen las percepciones de la amenaza y la evaluación de la conducta en cuestión, añadiéndose posteriormente las claves para la acción y la motivación para la salud. En cuanto a la forma en que se combina los diversos componentes:

- Percepción de la amenaza.
- Evaluación conductual
- Claves para la acción
- Motivación para la salud

La teoría de la acción razonada y la teoría de la conducta planeada

Un modelo cognitivo de la conducta de salud deriva de la teoría de la utilidad subjetiva esperada , es decir los individuos son activos y generalmente toman decisiones de forma racional, decisiones influidas por la utilidad percibida (utilidad para los individuos) de determinadas acciones o conductasla teoría de la acción razonada (TAR) y posteriormente , la teoría de la conducta planeada (TCP) se conocen como los modelos de cognición social . Estos modelos suponen que la conducta social esta determinada por las creencias de una persona sobre la

conducta en un contexto social dado y por sus percepciones y expectativas sociales y no simplemente por sus cogniciones o actitudes (T.Beck & Rush, 2010).

<p>Creencias que la persona tiene sobre la conducta que otros esperan de ellos</p> <p>Motivación para actuar conforme a lo que los demás esperan</p>	<p>Creencias de que la conducta tendrá unas consecuencias</p> <p>Valoración de la importancia de esas consecuencias</p>
Norma subjetiva	Actitud hacia la conducta
Intención	
Conducta	

. Tabla 5. Teoría de la conducta planeada.

La Teoría de La Acción Razonada

Este modelo (Ajzen y Fishbein ,1970) supone que los individuos se comportan de forma orientada a metas y que se sopesan de forma racional las consecuencias de sus acciones (expectativas de resultados) antes de tomar la decisión sobre la realización de la conducta o no. El modelo intenta analizar y desarrollar los procesos psicológicos implicados en la creación de una relación entre la actitud y la conducta al incorporar influencias sociales más generales y la necesidad de creación de la intención se cree que la conducta esta determinada proximalmente por la intención conductual que a su vez esta influida por la actitud del individuo hacia la conducta-objeto (creencias sobre la expectativa de resultado), la percepción de la presión social respecto a la conducta lo que se le conoce como norma subjetiva . el grado en

que quieren cumplir o estar en líneas con las preferencias o normas de los demás se conoce como motivación para cumplir . “El modelo afirma que la importancia de las actitudes de una persona hacia la conducta es ponderada con respecto a las creencias sobre la norma subjetiva por lo que una persona que tiene una actitud negativa hacia el cambio de conducta , puede desarrollar no obstante una intención positiva al cambio cuando su norma subjetiva “ (Val & Bennett, 2008). La intención conductual se considera el determinante proximal de la conducta y refleja tanto la motivación del individuo para comportarse de determinada manera como el refuerzo que el individuo está preparado a hacer para realizar esa conducta.

La Teoría de La Conducta Planeada

Se define el control conductual percibido como la creencia de una persona de que tiene el control sobre su propia conducta en determinadas situaciones , incluso cuando afronta determinados obstáculos . el modelo también proponía que el control conductual percibido influiría directamente sobre la intención y así indirectamente sobre la conducta .

También se considera que era posible que existiera una relación directa entre el control conductual percibido y la conducta si las percepciones del control eran precisas , lo que significa que si una persona cree que tiene el control. Las propias creencias sobre el control conductual percibido están influidas por muchos factores ,incluyendo la conducta previa y los éxitos y fracasos anteriores respecto a la conducta en cuestión y así el constructo control conductual percibido es muy parecido al de autoeficacia. (TAYLOR S. E., 2005)

Limitaciones de la teoría de la conducta planeada

La capacidad predictiva de la conducta a partir de las variables de la teoría de la conducta planeada es significativamente inferior que la predicción de la intención conductual , lo que proporciona una fuerte evidencia de la necesidad de identificar mas variables que llevan al individuo a pasar de la intención a la acción . aunque el modelo afirma que es suficiente , es decir que las otras variables que no están en el modelo no proporcionarían una predicción mayor de la intención o de la conducta varios autores han puesto esta afirmación y señalan que hay otros factores que de hecho mejoran la explicación de la varianza de la intención y consiguientemente de la conducta . estos incluyen variables que son o nien afectivas (emocionales) o que bien están relacionadas con el proceso de planificación implicada en la iniciación de la acción que sigue a la generación de la intención:

Normas morales: en vez de que la conducta este influida únicamente por las normas sociales subjetivas como en la teoría de la conducta planeada se admite que algunas intenciones y conductas pueden estar parcialmente motivadas por normas morales en particular las conductas que implican directamente.

Remordimiento anticipado : se ha visto que la anticipación del remordimiento si se toma determinada decisión sobre una conducta influye tanto sobre las intenciones de conducta futura como sobre la propia conducta futura.

Identidad propia : la forma en que uno se percibe y se califica a si mismo puede influir sobre la intención mas alla del efecto de las principales variables de la teoría de la conducta planeada.

Intención de implantación : se considero que la creación de una intención de implantación forma parte de un proceso por el que la intención pasa a la acción , es decir reducción de la distancia entre intención y conducta destacada por las

limitaciones de la predicción de la conducta de los estudios sobre la teoría la conducta planeada.¹⁸

Modelos por etapa de la conducta de salud

Los modelos por etapas por su parte consideran que los individuos se encuentran en etapas discretas ordenadas y cada una denota una mayor inclinación a cambiar el resultado de la etapa anterior . los modelos descritos en esta ultima sección con modelos por etapas .

Según Weinstein , una teoría por etapas tiene cuatro propiedades:

1. Un sistema de clasificación para definir las etapas : se acepta que las clasificaciones de las etapas son cosntructos teóricos y auque se define un prototipo para cada etapa , pocas personas se ajustaran de forma perfecta a este ideal.
2. Orden de las etapas : la gente debe pasar a treves de todas las etapas para llegar al punto final de acción o mantenimiento , pero la progresión hasta el punto final no es ni inevitable ni inevitable ni irreversible .
3. Barreras comunes para el cambio que tiene que superar la gente en el mismo estadio: esta idea podría ser útil para animar la progresion a través de las etapas si las personas que se encuentran en una etapa tienen que superar problemas similares .
4. Distintas barreas para el cambio que tiene que superar las personas que se encuentran en distintas etapas: si los factores que hicieran que se pase a la siguiente etapa fueran los mismos independientes de la etapa se podría utilizar la

¹⁸ BECK, J. S. (2006). *TERAPIA COGNITIVA* . BARCELONA: GEDISA.

misma intervención para todas las etapas por lo que estas resultarían redundantes (Beck, 2006).

3.10 Aplicabilidad diferencial de los métodos de la evaluación conductual.

Los distintos métodos de evaluación individual estarán también afectada por las siguientes variables:

Nivel de desarrollo intelectual del cliente: Es obvio que la capacidad cognitiva será un factor determinante en la decisión del método de evaluación. La comprensión de la metodología y los objetivos de evaluación son elementos básicos en muchas estrategias de evaluación.

Grado de afectación del funcionamiento cognitivo: Los datos procedentes de algunos métodos de evaluación pueden verse muy afectados por la afectación cognitiva que el sujeto evaluado pueda tener (entrevista, auto-registro, auto-informes). Posibles problemas neurológicos, medicaciones, deterioro cognitivo por adicciones, traumatismos, etc. son elementos relevantes a la hora de decidir qué método utilizar, o de establecer el grado de fiabilidad de la información obtenida.

Reactividad al método de evaluación: Algunas formas de evaluación afectan a las variables medidas cuando son utilizadas en algunos contextos, circunstancias o personas modificando su ocurrencia.

Posibilidad de cooperación de las personas del entorno: Muchos métodos de evaluación implican la participación de personas allegadas: familia, profesores, miembros de la plantilla de la institución, etc.

Coste de los métodos de evaluación: Es obvio que la utilización de algunos métodos de evaluación como la observación en vivo o la evaluación psicofisiológica requieren una cantidad y tipo de recursos que pueden hacerlos prohibitivos para

algunos evaluadores, tanto en términos económicos, como teniendo en cuenta el tiempo de administración y corrección.

Restricciones y contingencias del propio evaluador. Algunas veces las estrategias de evaluación son dictadas por las posibilidades del propio evaluador.

Características del terapeuta y relación con el paciente.

La Terapia Cognitiva no solo se centra en las distorsiones cognitivas del cliente, también en los problemas externos relacionados con su malestar. Durante las primeras entrevistas, el terapeuta es más directivo en la recogida de información diagnóstica y en la explicación del tratamiento. Igualmente su responsabilidad es decisiva a la hora de enseñar a detectar y cuestionar los pensamientos, distorsiones y creencias y en la selección de las técnicas de intervención que pueden ser más adecuadas en distintos momentos. No obstante, es el paciente el que ha de detectar sus pensamientos idiosincrásicos y aprender a cuestionarse las inferencias que le llevan a otorgar un significado particular a sus experiencias. Antes de finalizar la terapia, el terapeuta colabora igualmente en la valoración sobre si el paciente ha adquirido las habilidades y entrenamiento necesario para detectar y cuestionarse los pensamientos que se activen ante situaciones futuras y que le produzcan malestar emocional.

Blackburn Y Davidson: (1990) agrupan las habilidades fundamentales del terapeuta cognitivo en dos bloques: 1) habilidades generales similares a las exigidas a cualquier psicoterapeuta y 2) habilidades específicas requeridas a un terapeuta cognitivo.

Son las siguientes:

Habilidades Generales	Habilidades Especificas
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de psicopatología • Habilidades de entrevista • Habilidades terapéuticas generales (empático, genuino, cálido, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento del modelo cognitivo • Colaboración • Educación y cortesía • Habilidad para escuchar • Profesionalidad • Flexibilidad • Humor

Tabla 6. Blackburn y Davidson.

Estructuración del proceso terapéutico.

Igram y Hollon (1986) señalan los 7 pasos que se llevan a cabo a lo largo del proceso terapéutico para conseguir el cambio cognitivo:

1. Proporcionar la lógica del tratamiento
2. Entrenar al cliente en técnicas de autorregistro
3. Promover la realización de conductas mediante técnicas específicas y programación de tareas para casa.
4. Identificar pensamientos automáticos, creencias subyacentes y procesos por lo que se han formado y mantienen.
5. Contrastar creencias y llevar a cabo un examen lógico de las estrategias de razonamiento defectuosas.
6. Articular los supuestos básicos subyacentes (esquemas)
7. Preparar para la terminación de la terapia y prevenir de recaídas.
8. La duración del tratamiento de la mayoría de los trastornos emocionales conlleva un número de sesiones limitadas: en el caso de la depresión reactiva unipolar

entre 15 y 20 con una periodicidad semanal. En casos mas graves podría ser conveniente realizar dos sesiones semanales durante 4-5 semanas y posteriormente se pasaría a una semanal.

3.11 Principales técnicas de intervención.

Técnicas conductuales

La mayoría de las técnicas forman parte del repertorio habitual de la Terapia de Conducta, si bien el objetivo último que se persigue con la aplicación de estas técnicas es distinto. Mientras que para el terapeuta de conducta el cambio en la conducta manifiesta es un fin en si mismo, para el terapeuta cognitivo es un medio para conseguir la modificación de las cogniciones del paciente que es el objetivo primordial de la Terapia Cognitiva . las técnicas conductuales se consideran herramientas que permiten realizar al paciente experimentos mediante los cuales pueda probar la validez de sus hipótesis o creencias. El hecho de hacer cosas que antes no hacía, porque creía que no podía o no era capaz, le permite descubrir cómo algunos pensamientos influyen negativamente en sus emociones motivación y conducta.

Role-playing : en la aplicación de esta técnica se presenta una especial atención a los pensamientos automáticos de los pacientes. El role- playing se suele llevar a cabo durante las sesiones, mediante ensayo de conducta o modelado con el terapeuta. Se trata de realizar con esta técnica experimentos en los que comprobar o refutar la hipótesis planteada en relación a sus creencias ante una acción o interacción determinada.

Técnicas de afrontamiento: además de las anteriormente indicadas se utilizan otras muchas técnicas conductuales según el trastorno objeto de tratamiento, aunque siempre en el objeto de modificar los pensamientos disfuncionales.

Relajación: las técnicas de relajación constituyen un conjunto de procedimientos de intervención útiles no solo en el ámbito de la psicología clínica y de la salud sino también en el de la psicología aplicada en general. Su desarrollo histórico es relativamente reciente dado que las principales técnicas de relajación, tal como se utilizan actualmente tienen sus orígenes formales en los primeros años de nuestros siglos.

Definir la relajación por referencia exclusivamente a su correlato fisiológico por ejemplo ausencia de tensión muscular, la relajación en sentido estricto constituye un típico proceso psicofisiológico de carácter interactivo, donde lo fisiológico y lo psicológico no son simples correlatos uno del otro, sino que ambos interactúan siendo partes integrantes del proceso, como causa y como producto. De ahí que cualquier definición de la relajación deba hacer de activación somática y autónoma, subjetivos informes verbales de tranquilidad y sosiego y conductuales.

Relajación y emoción

Desde el ámbito de la emoción, la relajación se ha entendido como un estado con características fisiológicas, subjetivas y conductuales similares a las de los estados emocionales, pero de signo contrario. Las teorías sobre las emociones difieren en el papel que asignan a las respuestas corporales en la evocación de la experiencia emocional. Una de las posturas teóricas más influyentes conocida como teoría del arousal-cognición, propone que la emoción es el producto de una interacción entre un estado de activación fisiológica y un proceso cognitivo de percepción y atribución causal de dicha activación a claves emocionales del ambiente (Caballo, 2015).

Relajación y estrés

En cuanto a los procesos motivacionales, la investigación sobre el estrés ha sido sin duda, el marco conceptual más relevante para el estudio de la relajación. El estrés se tiende a conceptualizar actualmente como la respuesta biológica ante situaciones percibidas y evaluadas como amenazantes y ante las que el organismo no posee

recursos para hacerle frente adecuadamente , esta forma de entender el estrés resalta el componente biológico de la respuesta , pero al mismo tiempo pone de manifiesto la importancia de dos variables psicológicas mediadoras : la valoración cognitiva de la situación y la capacidad del sujeto para hacerle frente.

Relajación y aprendizaje

El aprendizaje de respuestas biológicas constituye otro marco de referencia teórico para entender las técnicas de relajación . las diferentes técnicas pretenden facilitar el aprendizaje del patrón de respuesta biológica correspondiente al estado de relajación , utilizando procedimientos diversos. Por lo general las técnicas de relajación no suelen explicitar los mecanismos de aprendizaje implicados . sin embargo en la mayoría de ellas no es difícil identificar posibles mecanismos investigados extensamente en otros contextos.¹⁹

Técnicas cognitivas

Beck denomina técnicas cognitivas al conjunto de técnicas que se utilizan para facilitar el cuestionario socrático que permite identificar y cambiar pensamientos negativos. Los dos procedimientos fundamentales mediante los cuales se lleva a cabo la detección y el cuestionario de pensamientos, distorsiones y creencias son los autorregistros y el descubrimiento guiado.

19

GOLDFRIED, M. R. (1996). *DE LA TEORIA COGNITIVA - CONDUCTUAL A LA PSICOTERAPIA DE INTEGRACION* . DESCLEE DE BROUWER .

Autorregistros

Los autorregistros se utilizan desde las fases iniciales para recoger información sobre el estado emocional del paciente a lo largo del día y conocer ante que situaciones, personas o conductas se incrementa o disminuye el malestar, así como para analizar el grado de dominio y agrado de las actividades que llevan a cabo. El estado emocional suele valorarse en una escala de 0 (sentirse muy mal) a 100 (sentirse muy bien). Tienen una doble utilidad: permiten obtener información detallada de lo que ocurre al paciente a lo largo de la semana y sirven de línea base para comparar los cambios posteriores (Goldfried, 1996).

Técnicas psicológicas aplicadas a la prevención

Grupos de apoyo social

El apoyo social a través de grupos ha resultado efectivo en la modificación de conductas que facilitan la propagación de otras enfermedades. El apoyo social puede ofrecer un ambiente donde la conducta riesgo (estímulos delta) tiene poca probabilidad de ser reforzada.

Técnicas de autocontrol

Las técnicas de autocontrol pueden entrenar a individuos a evitar o reducir la posibilidad de enfrentar a situaciones de alto riesgo. Estas técnicas pueden enseñarse tanto a los adolescentes como a los adultos. Estrategias cognitivo-conductuales pueden ayudar a individuos a evitar conductas riesgo en fiestas, bares y cabarets; Kelly y Cols (1989) sugirieron a los sujetos a usar verbalizaciones específicas “yo puedo cambiar las prácticas sexuales riesgosas” para evitar conductas riesgo.

Entrenamiento en Habilidades Sociales

Es necesario entender que los esfuerzos para cambiar conductas (eliminar las de alto riesgo y aumentar las de sexo seguro) ocurrirán en un contexto social. Un modo de reducir este riesgo es enseñar a las personas habilidades sociales que les faciliten el conocer a otras parejas o mantener relaciones con un solo individuo (Kelly y Lawrence, 1986).

Enseñar a personas sexualmente activas a rehusar involucrarse en comportamientos riesgosos y aprender a discutir abiertamente las alternativas, como el sexo seguro, puede ser muy valioso para prevenir la propagación del VIH. Kelly, y cols. (1989) demostraron que el uso de la asertividad sexual disminuye las conductas de alto riesgo en una población homosexual y bisexual. Ellos enseñaron a sujetos a discutir de antemano su compromiso hacia el sexo seguro, resistir presiones que lleven a conductas riesgosas, y rehusar actividades sexuales con aquellas personas con las cuales solo se pretenda tener relaciones sociales. Sería interesante ver cómo podrían influir estas conductas preventivas en poblaciones heterosexuales.

Alteración de estímulos Discriminatorios

Esto se refiere a arreglar y modificar las condiciones ambientales antecedentes que aumentan la probabilidad de comportamientos de alto riesgo (e. g., sexo sin condón). Por ejemplo, se sabe que el uso de alcohol, marihuana, y otras drogas están asociadas a conductas de alto riesgo. La persona se siente más desinhibida y se olvida del "sexo seguro" (Hingson, Strunin, y Heeren, 1990; Friedman, Klein, Specter, Pross, Newton, Blanchard, y Widen, 1988). Los psicólogos tienen que buscar maneras de alterar estas condiciones ambientales (estímulos discriminativos que hacen más probables las conductas riesgo. Por ejemplo, si las conductas de sexo riesgoso ocurren en los bares, podría entrenarse a que las personas solo fueran a estos lugares acompañados por sus parejas para así reducir el riesgo de sexo casual.

3.11 Técnicas psicológicas aplicadas al tratamiento.

El apoyo psicológico para aquellos que han sido encontrados seropositivos pero que aún no han desarrollado síntomas del SIDA, es una de las áreas que más atención han recibido y que sin duda solo e importante en términos de la ayuda inmediata que se puede prestar. a una; persona que sufre de tensión, ansiedad o rabia al. enterarse de que es positivo sino que también es relevante en términos de cómo la respuesta emocional del individuo podría afectar el curso de la infección (Caballo, 2015).

Manejo de la Tensión y Estrés

En la última década se han acumulado evidencias acerca de la interconexión entre el sistemas nervioso central y el Sistema Inmunológico (Taylor, 1990). Algunos investigadores han encontrado que el número de células disminuye en situaciones de estrés y por ende la efectividad del sistema inmunológico se afecta. Investigaciones preliminares han encontrado que las técnicas para el manejo del estrés disminuyen la tensión y ansiedad en individuos infectados con el VIH (Glaser y Kiecolt-Glaser, 1988). De esta manera, se espera que la capacidad del sistema inmunológico no se deteriore y el paciente con el VIH viva más (Kel1y, Sto Lawrence, Hood y Brasfeld, 1989). Sin embargo una investigación reportó que el uso del manejo del-estrés no mejor el sistema inmunológico de personas infectadas pero sí tuvo éxito para reducir el número de contactos sexuales casuales (Coates, McKusick, Kuno, y Stites, (1989).

Cuidado del Paciente Infectado.

.Las nuevas drogas experimentales para tratar a los enfermos del, SIDA han logrado prolongar la vida de muchas personas que sufren de esta enfermedad que ya se considera "crónica" (Benjamín,1981). Sin embargo, estos pacientes tienen que Cambiar su estilo de vida y cumplir con el régimen médico que exige esta

enfermedad. Esto representa desde luego un desafío para el cuadro tradicional de profesionales. de la salud que trabajan con estos pacientes.

El rol del psicólogo podría ser la búsqueda de incentivos para hacer que las personas cumplan con los regímenes médicos y toleren tratamientos que podrían ser dolorosos. La necesidad de integrar a un profesional como el psicólogo en el manejo de esta enfermedad es más evidente a medida que el SIDA se está volviendo .una enfermedad "crónica".

**CAPÍTULO IV.
ETAPA DE JUVENTUD.**

CAPITULO IV. ETAPA DE JUVENTUD.

En este capítulo se describirá las distintas etapas que un joven va teniendo para llegar a su vida adulta y cuales son los procesos psicológicos que tendrá .

Es claro que la psicología de cada joven, de cada individuo en México, sólo es realmente entendible si se analiza el medio psicológico en que se desenvuelve, el conjunto dinámico de creencias, valores actitudes, hábitos, sentimientos, que expresan quienes lo rodean, y que puede recibir el nombre de cultura.

4.1 Definición de la etapa de la juventud

Juventud a un momento de la vida humana que se extiende desde el comienzo de la pubertad hasta aproximadamente los treinta años. Si bien no es posible dar cuenta de una cifra exacta en años, lo cierto es que el tiempo en que una persona se considera joven ha ido extendiéndose con el paso de los años como consecuencia del alargamiento de la esperanza de vida y la posibilidad de lograr mejores condiciones de existencia como producto del avance económico y la medicina. En efecto, en el pasado una persona comenzaba su vida adulta a una edad mucho menor que la actual.

Pauta de desarrollo normal desde la adolescencia a la adultez:

- Erick Erickson: Estadio IV dura entre 18 años hasta los 30 aproximadamente.
- Papalia, D.(1997): Adultez joven o juventud: 20 a 40-45 años.
- Transición a la edad adulta (17-25 años): los jóvenes se distancian de la familia por una gran necesidad de independizarse y poseen algún grado de autonomía
- Entrada al mundo adulto (25-30 años): han establecido un estilo de vida propia independiente de la familia y tratan de lograr sus objetivos sin cuestionarse los medios

- Transición de los 30 (30-40 años): se cuestionan ámbitos como el trabajo y la familia
- Arraigo (40-50 años): se comprometen profundamente con los aspectos importantes de su vida y se desligan de influencias anteriores
- Transición de la madurez (50-60 años): se cuestionan la mayoría de los aspectos de su vida junto a la concientización del tiempo que les queda.

Comienza con el término de la adolescencia y su desarrollo depende del logro de las tareas de la adolescencia, constituye el período de mayor fuerza, energía y resistencia física. Se producen menos enfermedades y se superan rápidamente, en caso que ésta se presenten.

Por tal motivo, el índice de mortalidad es bajo; dentro de las causas de muerte, en los varones se encuentran los accidentes y en las mujeres el cáncer. La mantención del estado físico depende de factores como la dieta adecuada y el ejercicio físico (Papalia, 1997).

Modelos de Crisis Normativas:

Describen el desarrollo como una secuencia definida de cambios sociales y emocionales con la edad.

Erik Erikson. Estadio 6: intimidad v/s aislamiento: Los jóvenes adultos deben lograr la intimidad y establecer compromisos con los demás, si no lo logran permanecerán aislados y solos. Para llegar a ella es necesario encontrar la identidad en la adolescencia (Papalia, 1997).

- Intimidad: búsqueda de compromiso con otro. Implica una pérdida temporal de su yo en la relación íntima
- Aislamiento: es necesaria para el desarrollo de la individualidad pero puede llevar a la soledad y a la incapacidad de unirse con otro

Georges Vaillant: Adaptación a la vida: Logró identificar 4 formas básicas de adaptación: madura, inmadura, psicótica y neurótica.

4.2 Desarrollo Físico en la Juventud

En la adultez joven la fuerza, la energía y la resistencia se hallan en su mejor momento. El máximo desarrollo muscular se alcanza alrededor de los 25 a 30 años, luego se produce una pérdida gradual. Los sentidos alcanzan su mayor desarrollo: la agudeza visual es máxima a los 20 años, decayendo alrededor de los 40 años por propensión a la presbicia; la pérdida gradual de la capacidad auditiva empieza antes de los 25 años; el gusto, el olfato y la sensibilidad al dolor y al calor comienza a disminuir cerca de los 45 años (Rice, 1997).

En esta etapa también se produce el nacimiento de los hijos, ya que tanto hombres como mujeres se encuentran en su punto máximo de fertilidad (Papalia, 1997).

4.3 Desarrollo Personal.

Soltería:

Stein (1981), plantea cuatro tipologías de solteros: voluntarios temporales o estables e involuntarios temporales o estables.

Ventajas de la soltería: mayores oportunidades de autodesarrollo, satisfacción y desarrollo personal; conocer gente distinta; independencia y autosuficiencia económica; mayor experiencia sexual; libertad y control sobre la propia vida; expansión y cambio de carácter.

Desventajas de la soltería: soledad y falta de compañía; penurias económicas; incomodidad en ciertas situaciones sociales; frustración sexual; presión por

prejuicios, entre otros. Profesional, social, individualista, activista, pasivo o de apoyo, son algunos de los estilos de vida que un soltero podría adoptar.

Sexualidad:

El adulto joven debe lograr:

- Independencia.
- Competencia.
- Responsabilidad e igualdad en relación con su sexualidad.
- Determinar el estilo de vida que llevará, en esta tarea debe tomar decisiones relacionadas con:
 - Tipo de relación sexual (informal, formal, recreativa).
 - Forma de expresión de su sexualidad (heterosexual, homosexual, bisexual).
 - Contraer o no matrimonio.
 - Tener o no un hijo.
 - Mantener relaciones extramatrimoniales .
 - Cambio de actitud en torno al tema de las relaciones prematrimoniales; permisividad.
 - No existe temor para hablar del tema.
 - Las mujeres jóvenes que sostienen relaciones prematrimoniales, entablan relaciones afectivas y sin promiscuidad.

Desarrollo de pareja

Amor: Habilidad para alejar las diferencias y los antagonismos a través de una “mutualidad de devoción” , Permite la vida en pareja y la crianza de los hijos.

Rice (1993), divide al amor en cinco elementos:

- Amor romántico: ternura o apasionamiento, sentimientos intensos.

- Amor erótico: atracción sexual, sexo y amor son interdependientes; una relación sexual satisfactoria fortalece el amor de pareja. Amor dependiente: mutua dependencia, que en casos extremos podría llegar a transformarse en obsesión o comportamiento neurótico.
- Amor filial: basado en compañía o interés común.
- Amor altruista: interés y preocupación genuinos, dar y recibir son mutuos.

Sternberg (1986), propone tres elementos en el amor: intimidad, pasión y compromiso; de cuya combinación resultan ocho tipos de relaciones: ausencia de amor; gusto por el otro; apasionamiento; amor vacío, romántico, de compañía, ilusorio y finalmente un equilibrio de los tres elementos.

4.4 Desarrollo Familiar

Matrimonio: La calidad de la vida matrimonial tiene fuerte incidencia en la felicidad y satisfacción de los individuos. El ciclo familiar se divide en etapas que reflejan los cambios ocurridos. Entre las tareas de ajuste matrimonial se presentan los siguientes planos: satisfacción y apoyo emocional; ajustes sexuales; hábitos personales; roles sexuales; intereses materiales; trabajo, empleo y logros; vida social; familia; decisiones; conflictos y resolución de problemas; moral, valores e ideologías.

Divorcio: A continuación se presentan algunos de los problemas más dañinos para una relación matrimonial: comunicación; expectativas irreales sobre el matrimonio o el cónyuge; problemas de roles; ausencia de amor y demostraciones de cariño; alcoholismo; sexualidad disfuncional; relaciones extramaritales, entre otros. Los procesos de desafecto pueden llevar a divorcio, Kersten (1990), plantea que el desafecto se presenta en tres etapas: inicial, intermedia y final. Esta última se caracteriza por el deseo de finalizar el matrimonio. Entre las alternativas al divorcio se encuentran: terapia matrimonial, mejoramiento de la relación o separación. Los

ajustes posteriores al divorcio son: superar el trauma emocional; manejo de las actitudes de la sociedad; soledad; adecuación social, sexual y financiera; contacto con el cónyuge, entre otros.

Paternidad: Otro de los hechos que se dan en la edad adulta temprana, es el nacimiento de los hijos. Con la llegada de los hijos la pareja debe reorganizarse para enfrentar nuevas tareas y generar nuevas reglas en el sistema familiar.

- El deseo de tener hijos es casi universal, lo que se explica a partir de diferentes enfoques psicológicos:
- Freud: el deseo instintivo de las mujeres, por dar a luz y criar hijos.
- Eriksson: el generar es una necesidad básica del desarrollo. Deseo de establecer y guía a la próxima generación.
- Funcionalismo: la reproducción sería el deseo de inmortalidad.

Otros teóricos: paternidad es parte de un proceso natural y universal propio del mundo animal. Otros estudios, realizados en parejas con y sin hijos, destaca como motivación principal el anhelo de establecer una relación estrecha con otro individuo. Las actitudes de las parejas frente al embarazo, responden a situaciones de tipo económico y personal, ya que se presentan otras prioridades: formarse, conseguir trabajo y tener una vivienda. Estos aspectos influyen en la decisión de las parejas, cada vez más para no tener hijos.

Si la pareja desea tener hijos, la paternidad presenta etapas relacionadas con las etapas del desarrollo por la que atraviesan sus hijos. En esta etapa el foco deja de ser la pareja y pasan a ser los hijos. Las tareas fundamentales son el cuidado y la crianza. Apertura a nuevos contextos en sus relaciones.

4.5 Desarrollo y Cambios Cognoscitivos

En relación al desarrollo intelectual, son capaces de considerar varios puntos de vista simultáneamente, aceptando las contradicciones, lo que se conoce como pensamiento dialéctico. (Rice, 1997).

Shaie plantea un modelo de desarrollo cognitivo donde identifica cinco etapas por las que pasa la gente para adquirir conocimiento

- Etapa de logro: el individuo reconoce la necesidad de aplicar el conocimiento adquirido durante la etapa anterior para alcanzar metas a largo plazo.
- Etapa de responsabilidad: el individuo utiliza sus capacidades cognitivas en el cuidado de su familia, personas de su trabajo y comunidad.
- Etapa ejecutiva: desarrollan la habilidad de aplicar el conocimiento complejo en distintos niveles, por ejemplo: Instituciones Académicas, Iglesia, Gobierno, entre otras.

4.6 Estadios y tareas del desarrollo de la Juventud

Aquí comienza una mayor articulación de objetivos pues hay más dominio de la propia vida. Se plantean cuestionamientos, valores e ideales acerca del matrimonio, Dios, el trabajo, la profesión.

En cuanto a la personalidad, el modelo de crisis normativas caracteriza el desarrollo como una serie de cambios sociales y emocionales. Por otro lado, el modelo de los momentos adecuados, lo visualiza como un período de cambios que dependen del contexto social, para determinar los sucesos importantes y su ocurrencia.

En esta etapa lo ideal es elegir una pareja, establecer una relación, plantearse la paternidad, lograr amistades duraderas y un trabajo estable (Papalia, 1997).

Para Piaget y Kohlberg, el desarrollo moral depende del desarrollo cognitivo, sería una especie de superación del pensamiento egocéntrico una capacidad creciente para pensar de manera abstracta.

Kohlberg en su teoría del desarrollo moral, plantea que en las etapas quinta y sexta el desarrollo moral es una esencia una función de la experiencia. Los individuos sólo podrían alcanzar estos niveles (si es que los alcanzan) pasados los 20 años, ya que para que las personas reevalúen y cambien sus criterios para juzgar lo que es correcto y justo requieren de experiencias, sobre todo aquellas que tienen fuertes contenidos emocionales que llevan al individuo a volver a pensar.

Según Kohlberg, existen dos experiencias que facilitan el desarrollo moral: confrontar valores en conflicto (como sucede en la universidad o el ejército) y responder por el bienestar de otra persona (cuando un individuo se convierte en padre). (Papalia, 1997, pág. 458).

CAPÍTULO V.
METODOLOGÍA A DESARROLLAR

CAPÍTULO V. METODOLOGÍA A DESARROLLAR.

5.1 Área: Psicología Clínica y de la Salud

5.2 Título: Propuesta para modificar las distorsiones cognitivas acerca de la salud mental, utilizando Terapia Racional Emotiva, en personas diagnosticadas con VIH/SIDA

5.3 Tema: Propuesta para modificar las distorsiones cognitivas acerca de la salud mental , utilizando Terapia Racional Emotiva , en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de 20 a 30 años de edad en el CAPASITS

5.4 Delimitacion del tema: Propuesta para modificar las distorsiones cognitivas acerca de la salud mental, utilizando Terapia Racional Emotiva , en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de 20 a 30 años de edad en el CAPASITS (centro ambulatorio de prevención y atención en SIDA e ITS).

5.5 Justificacion de tema

El tema a tratar es la propuesta a la modifiacion las distorsiones cogntivas acerca de la salud mental, utilizando Terapia Racional Emotiva , en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de 20 a 30 años de edad en el CAPASITS (centro ambulatorio de prevención y atención en SIDA e ITS).

Sobre la información del VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), se sabe que es el causante del SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida); virus afecta el sistema inmunitario de tal manera que la persona se vuelva más propensa a enfermarse. Por otro lado el SIDA es la fase más grave de la infección por VIH y con el tiempo termina provocando la muerte. Toda la población tiene riesgo a contraer cualquier virus desde una gripe hasta una infección en el estómago , dentro de la comunidad o lugar donde vivimos debemos de contar con información y tratamientos adecuados para radicar cada enfermedad que el paciente lo requiera .

En la etapa de la juventud siempre quieren experimentar y conocer el mundo en todas sus dimensiones; ir más allá de los límites.

No sabiendo que deben cuidar de su vida sobre todo su salud física y emocional mientras tanto en esta etapa se determina todo para que sea un adulto con una calidad de vida excelente, en la juventud comienzan con el enamoramiento el cual lo lleva al matrimonio o estar estable con una sola pareja por la eternidad o poco tiempo, a buscar una oportunidad para seguir estudiando o buscar un campo laboral, encontrar un hobbie y por otra parte confrontan ciertas situaciones de la vida, como el desamor, obstáculos para realizar las metas que se ponen, duelos y enfermedades nos enfocamos en el VIH en algunas veces se inicia en esta etapa con la curiosidad de empezar la vida sexual activa y en este momento el joven quiere experimentar de todo tener relaciones coitales con diferentes parejas para sentirse más amado, por infidelidad, por soledad, la expresión de género y otras más situaciones, así mismo el tatuarse la piel, y entrar al mundo de la drogadicción hay varios métodos para ingerir la droga ya sea por aspiración, líquida, pastilla y la inyectada el cual hacemos un énfasis porque no se sabe si la jeringa está infectada o es nueva para su uso; y el otro caso es el de donar sangre en lugares que no tengan las condiciones apropiadas de sanidad puede la persona contraer cualquier virus.

El concepto de Terapia Racional Emotiva se refiere entender pensamientos, sentimientos y conductas actúan como de forma integrada en el individuo y que la perturbación emocional proviene, no de los hechos en sí, sino de la evaluación que hacemos de esos hechos, los estamos percibiendo. Esta terapia se ocupa en entender el tipo de pensamientos que el paciente está desarrollando en base un diagnóstico de VIH/SIDA.

Dentro de la misma terapia se puede hacer incapie para que el paciente o familiares mas cercanos tengan la información sobre la prevención de la trasmisión de VIH/SIDA, es decir tener actitudes y pensamientos favorables hacia su diagnóstico y saber manejar su salud mental, además del paciente sus familiares tengan una actitud positiva hacia el diagnóstico de VIH/SIDA y traten de trabajar en conjunto para el proceso de la enfermedad se más favorable de quien porta virus.

Ahora es el turno de la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Al ser diagnosticado con cualquier infección , la persona enferma se aísla y solo está en su mundo mientras que no busca una solución lo deja pasar y no hay un avance favorable en su infección, el paciente se va deteriorando físicamente y mentalmente; en lo físico simplemente puede llegar a perder el movimiento y uno de los cinco sentidos en cuanto a lo mental la razón , desarrolla continuamente pensamientos negativos como el de acabar con su vida y también los trastornos más severos como la ansiedad , estrés depresión ,fobia , y es la salud mental que entra con este papel a prevenir y tratar aquel desequilibrio que está afectando mentalmente al paciente o cualquier persona.

5.5 Planteamiento del problema

¿Qué efectos causa las distorsiones cognitiva en la salud mental en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA?

5.5.1 Justificación del problema

La vida que hoy en día llevamos está cambiando continuamente , el hombre tiene a estar presionado por la sociedad, el lugar donde trabaja, la escuela , la familiar y por lo que está pasando en el país, esto hace que sus emociones en un subir y bajar , el mismo ha roto el equilibrio de su salud lo que hace que tenga malestares en sus cuerpo y esto a la vez más vulnerable a sentirse emocionalmente fatal porque siente que todo está perdido o no sabe cómo levantar de la batalla de sus enfermedad que ha contraído o aquel malestar que jamás pensó tenerlo y que hay gente que depende de él, son tanto factores que hace el hombre tenga problemas con su salud mental y no se dé cuenta de lo que está ocurriendo a su alrededor y más cuando la enfermedad que le han detectado ya está avanzada o se elimine solo debe llevar un tratamiento adecuado y específico para su cuidado. Y por consecuencia entran en un estado de estrés por no saber qué hacer, con la enfermedad, la perdida de sus trabajo o de amigos y familiares, las dificultades en la escuela o con simple hecho de ser víctimas de discriminación, violencia o abuso en todo caso la muerte esto hace que afecte negativamente su salud emocional por el estar pensado y la negatividad que tiene hacia la vida y sobre todo a sus enfermedad.

Al ser diagnosticado con el VIH el paciente pasa por la negación de no tener el virus y tiene pensamiento negativos hacia él, la culpa del a enfermedad, el enojo hacia él o las demás personas, y no someterse a un tratamiento el miedo si funciona o no. Esas son las posibles afecciones emocionales que el paciente experimenta y la salud mental o psicología de la salud va a estudiar por qué las causas, prevenir y tratar de dar una segunda opción para sobrellevar su enfermedad y entrar en la aceptación y trabajar con él para ayudarse y al agente que está a su alrededor

5.6 Hipotesis

HI= Al disminuir las distorsiones cognitivas aumenta la salud mental en personas diagnosticadas con VIH/SIDA menor número de personas de perturbaciones emocionale.

HO= Si se mantiene las distorsiones cognitivas no hay cambio de salud mental en personas diagnosticadas.

HA= La depresión y la ansiedad puede provocar las distorsiones cognitivas en personas diagnosticadas con VIH/SIDA.

5.7 variables

V.I:

VIH/ SIDA= EL virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra infecciones y enfermedades.

SIDA = el síndrome de inmunodeficiencia adquirida; infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las 20 infecciones o cánceres relacionados con VIH. (OMS, OMS, 2007)

SALUD MENTAL = La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos

V.D:

Terapia Racional Emotiva = De modo terapéutico es descubrir las irracionalidades de nuestro pensamiento y con ello sanar las emociones dolorosas , dramatizadas y

exageradas que son consecuencias de los esquemas mentales distorcionados. (Ruiz, Diaz, & Villalobos, 2012)

5.8 Unidad de análisis

U.A= pacientes

5.9 Unidad de muestra

U.M= Pacientes diagnosticados con VIH/SIDA

5.10 Objetivo general

- Analizar las distorsiones cognitivas acerca de la salud mental, utilizando terapia racional emotiva , en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de 20 a 30 años de edad

5.10. Objetivos específicos

- Identificar las distorsiones cognitivas en el paciente diagnosticado con VIH/SIDA.
- Describir que trastornos emocionales que se desarrollan a partir de un diagnostico con VIH/SIDA
- Determinar la importancia de la salud mental en personas con diagnosticadas con VIH/SIDA
- Desarrollar redes de apoyo hacia las personas diagnosticadas con VIH/SIDA (pacientes, amigos, familiares)
- Generar un foro de la importancia de la prevención y cuidado de VIH/SIDA en los pacientes con una vida sexual activa.

5.11 Teoría

Terapia racional emotiva

Se encarga de evaluar las consecuencias (emoción, fisiología y conducta) así mismo identificar el acontecimiento como la existencia de un problema emocional

secundario y enseñar la conexión “B-C” y haga conexión de las ideas irracionales del paciente con las “C” no saludable al mismo tiempo contruir y reforzar las nuevas creencias racionales (Caballo, 2015).

5.12 Método

Mixto cuantitativo –cualitativo

Implican que se recolectara y analizaran los datos de manera cualitativa y cuantitativa, tratando de integrar ambos métodos. La finalidad de tratar de realizar inferencias de producto de toda la información que dé ha recolectado para tener la acción. (SAMPIEÍ, 2016)

5.13 diseño de la investigación

No experimental transaccional-descriptivo: es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, es la investigación donde no hacemos variar intencionalmente las variables independientes. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. (PAITÁN & ELÍAS , 2016)

5.14 Tipos estudio

Ex - post- facto: descriptivos: Forman una opción de investigación cuantitativa con descripciones muy precisas y cuidadosas respecto de fenómenos educativos (México, 2018)

5.15 Universo

100 pacientes del CAPASITS

5.16 Muestra

30 pacientes diagnosticados con VIH/SIDA de 20 a 30 años de edad ambos sexo

5.17 Criterio de inclusión

Pacientes diagnosticados con VIH/SIDA de 20 a 30 años de edad ambos sexos

5.17.1. Criterio de exclusión

Pacientes niños, o más de 50 años de edad

5.17.2 Criterio de eliminación

- Pacientes que no cumplen el 80% de asistencia.
- Pacientes que decidan retirarse.

CAPÍTULO VI.

PROPUESTA

**PROGRAMA PARA MODIFICAR LAS DISTORSIONES
COGNITIVAS ACERCA DE LA SALUD MENTAL
UTILIZANDO TERAPIA RACIONAL EMOTIVA EN
PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON VIH/SIDA DE 20 A
30 AÑOS DE EDAD EN EL CAPASITS.**

CAPÍTULO VI.

PROGRAMA PARA MODIFICAR LAS DISTORSIONES COGNITIVAS ACERCA DE LA SALUD MENTAL UTILIZANDO TERAPIA RACIONAL EMOTIVA EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON VIH/SIDA DE 20 A 30 AÑOS DE EDAD EN EL CAPASITS.

“MI VIDA, UNA BATALLA, LA ESPERANZA.”

Introducción

La finalidad de este programa es mostrar al paciente diagnosticado con VIH/SIDA que a pesar de su diagnóstico el podrá tener una calidad de vida excelente comenzando por eliminar cada pensamiento que lo invade y que no deja avanzar en su tratamiento, donde ellos mismo llegan a dañarse emocionalmente y físicamente porque no aceptan la enfermedad y a nadie le gusta que le digan que está enfermo es por eso que el programa presente comprender y evaluar las creencias que cada paciente elabora hacia su persona, y cuáles son los pensamientos que detonan, para creer que no tiene solución, que van a morir de inmediato o que van a contagiar a sus seres queridos con solo tocarlos.

Cada dinámica está diseñada para que el paciente logre expresar la emoción que siente en el momento que está hablando, que tenga la confianza y sobre todo el respeto que debe tenerse, distinguir entre la creencia, conducta y la emoción ya que es la que siempre hace que el hombre logre llegar a su meta o intentar, que si también los pensamientos y es aquí donde entra la creencia juega un papel importante ya viene a crear pensamientos que cada ser humano cree y no logra que el hombre situé la realidad intente imaginar o suponer pensamientos que no ayudan al hombre o paciente porque esta viviendo en algo erróneo para él y la gente que lo rodea.

Objetivos del taller

Objetivo general

- Comprender y evaluar la relación existente entre las actitudes y la conducta del paciente diagnosticado con VIH/SIDA, el cual tiende a sufrir posibles distorsiones cognitivas donde puede afectar su salud mental.

Objetivos específicos

- Desarrollar las habilidades necesarias para afrontar y controlar las creencias que el paciente tiene ante el diagnóstico de VIH/SIDA y su impacto en su salud mental así mismo a los familiares cercanos.
- Relacionar y comprender la intención como la conducta que el paciente experimenta durante la etapa de tratamiento y cuáles son las técnicas que le han ayudado afrontar esta enfermedad.
- Diseñar y aplicar técnicas y métodos con el objetivo de incrementar hábitos y estilos de vida personales de salud mental.

Intervención psicología

El propósito del programa es comprender y evaluar la relación entre las actitudes y conductas en cual lo lleva a crear ideas o creencias que impidan realizar ciertas acciones que beneficien al paciente ya sea en lo psicológico como fisiológico. El paciente del CAPASITS (centro ambulatorio de prevención y atención en SIDA e ITS, además de contar con información por parte de los especialistas del sector salud se trabaja en lo emocional para que elijan una nueva forma de vida y tener más esperanza de vida y reiniciar su vida así como sus labores podrán ayudar a las demás gente y prevenir para que no siga incrementando el número de personas diagnosticadas con VIH/SIDA , en este centro el cual se implementara la teoría de la conducta planeada que es parte de la terapia racional emotiva de Albert Ellis.

Teoría de la conducta planeada

También conocida como teoría de la acción razonada donde sus autores son Fishbein y Ajzen hablan de actitud, creencia, intención y conducta es una interpretación cognitiva del trabajo psicológico.

Las relación entre las actitudes y la conducta son la proposición de que la mejor manera de predecir una conducta es preguntar si la persona tiene la intención de realizarla.

Componentes:

- Norma subjetiva: producto de lo que el individuo percibe respecto a las creencias de otros. Las personas importantes representan una guía acerca de que es correcto hacer.
- Actitud hacia la conducta: producto de las creencias del individuo acerca de una conducta determinada y de cómo se evalúan esas creencias u opiniones.

- Intención: una declaración interna para actuar.
- Conducta: la acción realizada.
- Creencia: resultado es decir las consecuencias percibidas del comprometerse.
- La acción se llevara cabo si igual la actitud de la persona es favorable, y la norma social también es favorable

Las secciones que se van a trabajar con el paciente van ayudarlo a comprender lo que se pasa y que todo diagnosticado tiene diferente forma de reaccionar ante una situación así que uno tiene la capacidad para cambiar y darle una mejor aceptación porque cada sección podrá ver la enfermedad desde diferentes puntos de vista y eso ayudara a que mejore para su salud emocional por resultado estará físicamente estable, para buscar el mejor tratamiento para la infección. De esta manera podrá tomar las opiniones que más le pueden favorecer y desechar las que no le sirven ,ellos también tiene derecho y darle a su vida una mejor salud mental y no ser víctimas o discriminados como la sociedad va etiquetando.

Esquema de actividades del programa .

N° de Sección	Contenido: se revisara.
<p>1. Sección: Presentación y Aplicación de Test Creencias Irracionales de Ellis.</p> <p>Tiempo : 60 minutos.</p>	<p>En la 1. Sección es el comienzo del programa , se le explicara al paciente de lo que tratara el programa , asi como el tiempo que requiere. Y también la aplicación del primer test .</p>
<p>2. Sección: Tus 5 minutos.</p> <p>Tiempo: 90 minutos.</p> <p>3. Seccion : ¿Qué eliges creer ?</p> <p>Tiempo : 45 minutos.</p> <p>4. Seccion: En tu vida.</p> <p>Tiempo : 35 minutos.</p>	<p>Sección 2, 3, 4 se inicia con la explicacion del tema de creencias y cual es la importancia que el paceinte le da al momento de recibir el diagnostico e ir poco a poco trabajando en ellas para eliminar las que le llegan a ser limitantes para él .</p>
<p>5. Sección: Cartel de las emociones.</p> <p>Tiempo : 35 minutos.</p> <p>6. Sección: Mis sentimientos.</p> <p>Tiempo : 60 minutos.</p> <p>7. Sección: Aplicación de Test Inventario de Beck.</p> <p>Tiempo: 90 minutos.</p>	<p>Seccion 5, 6, 7 se va ha trabajar con las emociones que es lo que siente, como puede expresar el paceinte las emociones que tiene duante la dinámica y la aplicación del inventario de Bek para indacar sobre la posible ansieda que lleguen a tener.</p>
<p>8. Sección: Escucho mi cuerpo</p> <p>Tiempo:60 minutos.</p>	<p>Sección 8, 9, 10 se trabajara la conducta del porque el actuar del paceinte, juntos con la creencia y las emociones, al ultimo la</p>

<p>9. Sección: Técnica de la imaginación Racional-Emotiva. Tiempo: 90 minutos.</p> <p>10. Sección: Termina del programa y Retest. Tiempo: 90 minutos.</p>	<p>aplicación nuevamente del inventario de Beck.</p>
---	--

1° Sesión: Iniciando.

Actividades a realizar:

Presentación

Presentación del ponente ante el grupo de pacientes del CAPASITS.

Se dará inicio del programa el cual se explica la forma de trabajar, tiempo objetivos y lineamientos que ambos el ponente y el paciente deben de respetar.

Las técnicas que se empleen dentro del programa tienen como propósito de generar confianza para el paciente para que ambos tengan un favorable ambiente y se trabaje adecuadamente en las siguientes secciones.

Dinámica de presentación La cebolla.

Objetivo: Dar comienzo al programa mediante la presentación de esta dinámica

Tiempo: 30 minutos

Material: pacientes

Desarrollo: para la realización de esta dinámica se necesita un voluntario que ejercerá de granjero mientras que el resto del grupo formara una cebolla. Para poder formar la cebolla todos los miembros deberán unirse entre sí, de manera muy fuerte como si se tratara de capa de una misma cebolla. Una vez la cebolla este lista el granjero deberá pelarla capa a capa. Cada vez este consiga pelar una capa, la persona que ha sido despendida del grupo se convertirá es un segundo granjero que ayudara en la labor de pelar la cebolla. Así una a una las capas despendidas pasaran a formar parte del grupo de granjeros. Al finalizar la dinámica compartir en grupo verbalmente las sensaciones vividas.

Aplicación de Test Creencias Irracionales de Ellis.

Objetivo: Conocer las creencias que el paciente está formando al recibir su diagnóstico.

Procedimiento de aplicación: Cada paciente de ingreso tendrá en su manos el test creencias irracionales de Ellis, el contestara cada pregunta sin pensar mucho tiempo, contestando acertadamente lo que piensa y pasara de inmediato a las siguiente pregunta. El test tiene como misión poner de manifiesto sus ideas auto-limitadoras particulares que contribuyen, de forma encubierta, a su estrés.

Tiempo aproximado: 20 minutos.

Materiales: lápices, gomas, sacapuntas juego de copias del test.

Espacio: sala luminosa y ventilada con mobiliario adecuado para los pacientes.

2° Sección: Dinámica TUS 5 MINUTOS.

Objetivo: Cada integrante del grupo pase a expresar todo lo que vive después de ser diagnosticado con VIH/SIDA, solo pequeñas frases y también sirve para tomar confianza ponente.

Material: La actitud y 5 minutos de cada miembro del grupo

Duración: Depende del el número de integrantes del grupo

Procedimiento: Pasar a un integrante del grupo a que exprese lo que trae durante 5 minutos y decir todo lo que tenga y por parte de los demás solo poner atención y escuchar con respeto no hacer pregunta.

Cierre: La dinámica de los 5 minutos , como dice el titulo ayuda al paccinte a expresarse y a mismo tiempo sentirse en confianza , con apoyo de la gente que lo escucha ,lo cual es pude hablar de lo que esta pasando en ese momento el sentir , la reacción ante el diagnostico y su familia , y como la enfermedad le ha cambiado sus estilo de vida y su forma de pensar hacia él . lo cual el paciente comienza a ver otra perspectiva de la realidad que vive, el paciente tiene la decisión de continuar con su tratamiento o darse por vencido y no luchar por su vida. Y en esta dinámica inica el camino hacia una lucha que no debe parar.

3°Sección: Dinámica ¿Qué eliges creer?

Actividades a realizar:

a) Explicar la diferencia de una:

- Creencias limitantes: son aquellos pensamientos que por su naturaleza impiden que realices ciertas acciones o conductas que te beneficiarían física, psicológica, emocional o socialmente.
- Creencias potenciadoras son aquellas que animan o provocan conductas que te llevan a adonde quieres llegar o te conducen a tu objetivo deseado.

b) Me explico mejor:

- La profecía auto-cumplida: Consiste, a grandes rasgos, en que si crees en algo (acerca de tu propia capacidad) mucho tiempo y con muchas ganas, ese algo acaba siendo real.

Objetivo: Proporcionar información teórica y practica a los paciente de CAPASITS que conozca sobre el tema de las creencias y que papel importante juega dentro de este procesos que está viviendo.

Tiempo: 45 minutos.

Materiales: Sala de proyección para revisar la información , video que ejemplifican el tema ,carteles.

Espacio: Sala de usos múltiples.

Desarrollo: Al comienzo se va dar una introducción a grandes rasgo de la teoría de la conducta planeada y sus componentes como son norma subjetiva, actitud hacia la conducta, intención, conducta, creencia. Siguiendo con tema de las creencias y la relación que se con el diagnóstico del VIH/SIDA.

Dinámica : Papelitos.

Objetivo: Dentro del grupo interactuar y dar a conocer los diferentes puntos de vista de cada miembro.

Material: hojas, lápices.

Tiempo : 20 minutos.

Procedimiento: Dividir una hoja en 4 partes y escribir 4 frases; 2 positivas y 2 negativas y darle un papel a cada miembro del grupo.

Cierre: en esta dinamica los pacientes se dan cuenta que siempre las opiniones negativas son toman en cuenta e inicia la formación de creencias mal intencionadas hacia la persona , el paciente comienza a idealizar pensamientos que están afectando su salud mental no deja que avances en su vida diaria o tratamiento que lleva acabo. Es de importancia cambiar los posibles pensamientos y situar al paciente en la realidad para que el mismo logre poner sus propios limites , aceptarse como es.

4° Sección: Dinámica En Tu Vida.

Objetivos: Comprender los pensamientos que tienen el paciente y las creencias que forma después del diagnóstico y cuál es la idea que trae sobre el VIH/SIDA, donde adopto creencias limitantes porque no quiere ver más allá de su enfermedad.

Procedimiento: El pontente va explicar cuál es la razón del porque es importante enfocarnos en las creencias limitantes y cambiar estas creencias paraqué el paciente cambie el estado emocional como se encuentra

Materiales: lápiz, gomas y sacapuntas para hacer anotaciones

Tiempo; 35minutos

Lugar: CAPASITS, sala de usos múltiples.

Desarrollo: Se le explica al paciente VIH/SIDA que es lo que debe hacer parca cambiar esas creencias se le van a dar 5 pasos para que logre cambiar las creencias.

- a) Detectar creencia limitante. Es necesario que identifiques en concreto qué creencia limitante quieres cambia. “¿Por qué he hecho esto?” o “¿por qué mantengo este hábito?”

- b) Para saber si es una creencia limitante, es necesario que sepas qué consecuencias tienes pensando eso. ¿Qué te estás perdiendo? ¿Qué estás ganando pensando eso?
- c) Darse cuenta de su intención positiva: ¿Qué hay de bueno en esa creencia que hace que mantengas ese pensamiento?
- d) Elegir un nuevo pensamiento o creencia potenciadora necesario que la nueva creencia potenciadora mantenga esa intención protectora.
- e) Sustituir la antigua creencia por la nueva y practicarla. Sólo con la práctica y con la repetición se lograrán conexiones neuronales suficientes para que el nuevo pensamiento se asiente y dirija nuestra vida.

5°Sección: Dinámica El Cartel de las Emociones.

Actividades a realizar:

- a) Conoce que es una emoción es una reacción interna a nivel psicológico, seguida de consecuencias fisiológicas, que surgen al ocurrir acontecimientos externos a nuestra persona.
- b) Cuáles son las emociones que tiene el paciente diagnosticado con VIH/SIDA ante y durante su diagnóstico.
- c) El paciente debe de conocer las emociones que evoca durante el diagnóstico y como estas pueden perjudicar su salud mental.

Objetivo: Comprender la reacción de sus emociones que tiene el paciente con VIH/SIDA y como puede tratarlas para tener una salud mental y pueda tener una calidad de vida estable.

Tiempo: 35 minutos.

Materiales: Carteles sobre las emociones, hojas en blanco, colores.

Asistencia: Paciente diagnosticado con VIH/SIDA recién ingresado al CAPASITS.

Espacio: sala de usos múltiples.

Desarrollo: Cada persona es un mundo, y todos reaccionamos de manera diferente. Y esta sección vamos a entender que sucede o que sentimos cuando predicen sobre el diagnóstico como por ejemplo la tristeza. En cualquier caso, cuando nos dicen que sufrimos una enfermedad, es inevitable que pensamientos negativos y también nos domina la ira. Donde se percibe la situación como injusta, no se comprende, y entra muchas veces en juego el preguntarse ¿por qué a mí?

Cierre: El paciente conocerá los temas de las emociones, elaborando el cartel por el mismo, podrá darse cuenta que son las más importantes junto con la actitud que le ponga él tendrá otra perspectiva de vida y lo que hace para estar en armonía y paz y no autoagredirse por creen en opiniones destructivas.

6°Sección: Dinámica Mis Sentimientos.

Objetivo: Describir y expresar emociones lograr establecer conductas deseadas.

Materiales:

- Hojas de papel
- Lápices o plumas
- Sala de usos múltiples

Tiempo: 60 minutos

Desarrollo: El participante debe decir los sentimientos que experimenta con más frecuencias (lluvia de ideas). El los anotara en una hoja. Estos suelen ser : alegría, odio, tristeza, satisfacción, bondad, resentimiento, ansiedad, amor, celos, coraje, miedo, vergüenza, compasión.

Cierre: Al terminar de expresar los sentimientos la persona debe analizar cuáles son los sentimientos que mejor expresan y en cuales tienen mayor dificultad. Para poder trabajar en esos aspectos positivos como negativos.

7° Sección: Aplicación de Test Inventario de Ansiedad de Beck.

Objetivo:

Conocer los síntomas de ansiedad y discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión.

Procedimiento de aplicación:

Indicar cada uno de los siguientes síntomas más comunes en la ansiedad que ha tenido más relevancia durante las últimas semanas.

Tiempo : 20 minutos.

Materiales: lápices, gomas, sacapuntas juego de copias del test.

Espacio: Sala luminosa y ventilada con mobiliario adecuado para los pacientes.

Dinamica : **DESPRENDIMIENTO.**

Objetivo: Que el paciente se desprenda de todo lo negativo.

Tiempo: 70 minutos.

Material: Una playera viejita del paciente, plumones, tijeras una bolsa, encendedor.

Desarrollo : Ponte la playera y comienza a escribir todo lo negativo de tu persona, de tus comportamientos, de tus actitudes, de tus acciones, de todo; después corta cada una de esas cosas negativas arráncalas o ve cortándolas con las tijeras; cuando termines colócalo en la bolsa y cuando estés listo quémalo, si no deseas hacerlo aquí llévatelo a tu casa y hazlo allá.

8° Sección: Dinámica Escucho Mi Cuerpo.

Objetivo: El paciente exprese y tome un momento de relajación para ayudar a las sensaciones del cuerpo así como escuchar lo que el cuerpo quiere.

Tiempo: 20 minutos

Materiales: sala o lugar tranquilo sin ruido, con mucho espacio.

Desarrollo:

- a) Por favor, empieza por buscar una postura cómoda y estable, cierra los ojos y haz tres respiraciones relajantes.

- b) Forma una imagen de ti mismo. Repara en tu postura sobre la silla como si te estuvieras viendo desde fuera.

- c) Sé consciente de la respiración en tu cuerpo y practica la atención plena a la respiración durante unos minutos. Deja que tu cuerpo respire por sí mismo mientras tú sientes cada espiración, una detrás de otra.

- d) Después de unos minutos, libera la atención de la respiración y abre tu consciencia a todo tu cuerpo, al espacio dentro de la piel. Tu cuerpo vibra de actividad a cada momento. Deja que tu atención sea atraída por cualquier

sensación predominante. Simplemente, advierte una, dos o tres sensaciones en sucesión, tales como tu corazón latiendo, los pies húmedos, el cuello tirante, las manos calientes, la frente fría, la mandíbula apretada o el contacto de tu cuerpo con la silla.

- e) Deja que cada sensación sea tal y como es. Si te sientes incómodo, inclínate mentalmente hacia ella amable y suavemente.
- f) Deja que tu atención se centre en las sensaciones del cuerpo tanto como se vea atraída naturalmente por ellas y vuelve luego a tu respiración. Puedes volver a la respiración cada vez que necesites recuperar y estabilizar tu atención.
- g) Luego abre tu consciencia de nuevo a cualquier sensación corporal que te atraiga: la que sientas con más fuerza. Acógela de manera lenta y relajada. El objetivo es permanecer con las sensaciones que se producen en el momento presente, no identificar tantas sensaciones como sea posible.
- h) Durante los diez o quince minutos restantes, siéntete a ti mismo respirando y luego siente cualquier otra sensación predominante de tu cuerpo. Ve sucesivamente de la respiración a las otras sensaciones y de éstas a aquélla de una manera relajada, lenta.
- i) Nota tu respiración junto a las otras sensaciones que se producen en tu cuerpo.
- j) Abre suavemente los ojos

9°Sección: Técnica de la Imaginación Racional-Emotiva.

Objetivo: Aprender un nuevo método de entrenamiento para cambiar pensamientos y emociones negativas inapropiadas (incluida la ansiedad), por otros pensamientos y emociones más apropiados a las situaciones.

Tiempo: 60 minutos

Materiales: sala o lugar tranquilo sin ruido, con mucho espacio.

Desarrollo:

a) ¿En qué consiste la imaginación racional-emotiva?

-En las sesiones anteriores hemos estado aprendiendo a identificar la ansiedad y a explicarla, hoy vamos a practicar una técnica para manejar los pensamientos que nos suscitan ansiedad y para tratar de cambiarlos por otros que nos hacen sentirnos mejor.

b) ¿Cómo se hace la imaginación racional-emotiva?

-En primer lugar trata de relajarte. Para ello puede serte útil adoptar una postura cómoda y cerrar los ojos.

Imagina vívidamente y con el mayor número de detalles (qué ves, oyes, a qué te huele...) una situación en la que te hayas sentido nervioso, intranquilo, con ansiedad...

-Centra tu atención en identificar los pensamientos y emociones que se producen en esa situación. ¿Qué pensamientos pasan por tu mente? ¿Cómo te hacen sentir esos pensamientos?

Ahora imagina que aun en esa situación te sientes bien, sin emociones negativas. Trata de cambiar las emociones negativas de nerviosismo o ansiedad que sentías en esa situación que estás imaginando por emociones más adecuadas a esa situación.

Señala cuáles son esas emociones que te hacen sentirte mejor.

c) Intenta identificar los pensamientos que te hacen sentirte mejor y más tranquilo. ¿Qué pensamientos son los que te producen ese bienestar? ¿Qué pensamientos has empleado para cambiar tus emociones?

d) Recuerda

Es interesante que vayas poniendo en práctica las técnicas que aprendemos en el grupo para así poder obtener resultados.

a) Tareas

Practicar la técnica de la imaginación racional-emotiva imaginando aquellas situaciones que produzcan ansiedad.

Continuar con la técnica de cambio de evaluaciones sobre ansiedad propuesta en la sesión anterior.

10°Sección: Terminación del Programa y Retest.

Objetivo: Anunciar la despedida del programa, a los jóvenes del CAPASITS, a través de la dinámica de las figuras. Así como la aplicación del instrumento de creencia de Ellis.

Tiempo: 90 minutos

Materiales:

- Sala o lugar tranquilo sin ruido, con mucho espacio
- Formato de aplicación de Test de Creencias irracionales de Ellis.

Desarrollo: Se les aplicará nuevamente el Test de Creencias irracionales de Ellis a los jóvenes, para ver su progreso durante el programa, al mismo tiempo seguir implementando estrategias o técnicas para que el paciente lo implemente en su hogar. Trátate de enfrentar los problemas que se le presentan, pueda dar una solución poco a poco, corte con las creencias que lo han llevado a limitarse de las actividades que tenía anteriormente.

De esta manera se termina el programa con una última dinámica para los jóvenes, la cual podrán exponer a los demás compañeros el sentir de sus emociones.

Dinámica las Figuras.

Objetivo: Conocer más a fondo cada miembro del grupo sus fortalezas, debilidades, metas y su identificación

Material: hojas, colores, tijeras.

Duración: no hay límite de tiempo

Procedimiento:

Dibujar 4 figuras en cada hoja donde cada figura va a tener diferentes fines , explicar por qué eligieron colocar aquellas palabras en esa figura y que significado le dan a cada figura, ¿que cambiarían? y ¿Qué dejarían?. Y estas son las figuras que tendrán que dibujar y el tamaño que ellos decidan.

- Manzanas-agradable.
- Estrella- valores y virtudes.
- Flor-proyectos y metas.
- Algo que te identifique –desagradable.

Cierre: La dinamica esta vez ayudara al paciente a seguir trabjando en su persona, aceptación de todas las maneras , ya no creen en la opiniones de los demás solo en él , amarse como debe ser que es un ser único y especial que la vida le esta dando oportunidad de cambiar conductas, pensamientos ,creencias y seguir luchando en la batalla de su vida para resirtir y demostrar que la enfermedad no es impedimentos para seguir los sueños.

BIBLIOGRAFÍA

- BECK, J. S. (2006). *TERAPIA COGNITIVA* . BARCELONA: GEDISA.
- BELLOCH, A. Y. (1986). *BELLOCH, A Y BAÑOS R. (1986) CLASIFICACIÓN Y CATEGORIZACIÓN EN PSICOPATOLPSICOLOGIA CLÍNICA TRANSTORNOS BIO-PSICO-SOCIALES* . VALENCIA : PROMOLIBRO.
- CABALLO, V. E. (2015). *MANUAL DE TECNICAS DE TERAPIA Y MODIFICACION DE CONDUCTA* . ESPAÑA : SIGLO XXI.
- CASAL, G. B. (2001). *MANUAL DE EVALUACION EN PSICOLOGIA CLINICA Y DE LA SALUD* . ESPAÑA: SIGLO XXI.
- CONCALVES, O. (2003). *PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA* . ESPAÑA: DESCLEE DE BROUWER.
- CORDOVA , V. J. (2009). *EL VIH/SIDA SE HACE VISIBLE . 25 AÑOS DE SIDA EN MEXICO LOGROS , DESACIERTOS Y RETOS*, 18-25.
- COSACOV, E. (2007). *DICCIONARIO DE TERMINOS TECNICAS DE LA PSICOLOGIA* . ARGENTINA : CORDOBA .
- CRAIG, G. (1996). *DESARROLLO PSICOLÓGICO*. PRENTICE HALL.
- DE LA FUENTE , R. (2012). *SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA*. EN R. DE LA FUENTE , *PSICOLOGIA MEDICA* (PÁGS. 382 -384). MEXICO : FONDO DE CULTURA ECONOMICO .
- FERNANDEZ RODRIGUEZ , C., & PEREZ ALVAREZ , M. (2010). *LA PSICOLOGIA DE LA SALUD* . EN C. FERNANDEZ RODRIGUEZ, & M. PEREZ ALVAREZ, *MANUAL DE PSICOLOGIA DE LA SALUD* (PÁGS. 21-39). MADRID: PIRAMIDE .
- GOLDFRIED, M. R. (1996). *DE LA TEORIA COGNITIVA - CONDUCTUAL A LA PSICOTERAPIA DE INTEGRACION* . DESCLEE DE BROUWER .
- GUTIERREZ, T., & RAICH, M. R. (2014). *INSTRUMENTOS DE EVALUACION EN PSICOLOGIA DE LA SALUD* . MADRID: ALIANZA : PSICOLOGIA Y EDUCACION .
- IGLESIAS CHIESA, D. M. (15 DE NOVIEMBRE DE 2018). *WWW.CENSIDA.SALUD.GOB.MX*. RECUPERADO EL 20 DE MARZO DE 2019, DE *WWW.CENSIDA.SALUD.GOB.MX*: [HTTP://WWW.CENSIDA.SALUD.GOB.MX](http://www.censida.salud.gob.mx)
- KAZDIN, A. E. (2000). *MODIFICACION DE LA CONDUCTA Y SUS APLICACIONES PRACTICAS* . MEXICO : MANUAL MODERNO .
- LANDÍVAR, E. G. (2010). *MI SALUD MENTAL : UN CAMINO PRACTICO* . ESPAÑA: DESCLEE DE BROUWER.

- M.NEZU, A., & LOMBARDO , E. (2006). *COGNITIVO CONDUCTUAL : UN ENFOQUE BASADO EN PROBLEMAS* . MEXICO: MANUAL MODERNO.
- MARTIN, G., & PEAR, J. (2008). *MODIFICACION DE LA CONDUCTA "QUE ES Y COMO APLICARLA "*. MADRID : PEARSON PRENTICE .
- MARTINEZ, F. G. (2005). *TEORIA DEL DESARROLLO COGNITIVO* . MEXICO : MC GRAW HILL.
- MÉXICO, I. D. (5 DE FEBRERO DE 2018). *INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO*. RECUPERADO EL 21 DE MARZO DE 2019, DE INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO: [HTTP://SALUD.EDOMEX.GOB.MX/ISEM](http://salud.edomex.gob.mx/ISEM)
- OMS. (7 DE FEBRERO DE 2007). OMS. OBTENIDO DE VIH/SIDA: [HTTP://WWW.WHO.INT/TOPICS/HTV_AIDS/ES/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/)
- ONUSIDA. (2008). *COMUNICAR EN VIH Y SIDA. MANUAL DE CAPACITACION EN VIH Y SIDA PARA COMUNICACIONES SOCIALES* , 5-6 .
- ONUSIDA. (2017). *COMUNICAR EN VIH Y SIDA. MANUAL DE CAPACITACION EN VIH Y SIDA PARA COMUNICACIONES SOCIALES*, 5-6.
- PAEZ, D. (2013). *SALUD MENTAL Y FACTORES PSICOSOCIALES*. MADRID: FUNDAMENTOS.
- PAITÁN, H. N., & ELÍAS , M. (2016). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA-CUALITATIVA READACCIÓN DE LA TESIS* . BOGOTÁ ,COLOMBIA : EDICIONES DE LA U .
- PAPALIA, D. (1997). *DESARROLLO HUMANO*. MÉXICO: MC. GRAW-HILL. .
- PSIQUIATRÍA, A. A. (2014). *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS* . ARLINGTON , EEUU: AMERICAN PSYCHIATRIC PUBLISHING.
- RICE, F. (1997). *DESARROLLO HUMANO*. MÉXICO: PRENTICE HALL.
- RUIZ, M. A., DIAZ, M. I., & VILLALOBOS, A. (2012). *MANUAL DE TECNICAS DE INTERVENCION COGNITIVOS CONDUCTUAL*. MADRID: DESCLEE DE BROUWER.
- RYLE, G. (2008). *EL CONCEPTO DE LO MENTAL* . NUEVA YORK: PAIDOS.
- SAMPIEÍ, R. H. (2016). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN* . MÉXICO: MC GRAW HILL.
- STROSAHL, K., & HAYES , S. (2007). *TERAPIA DE ACEPTACION Y COMPROMISO* . ESPAÑA: DESCLEE DE BROUWER.
- T.BECK, A., & RUSH, A. J. (2010). *TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESION*. ESPAÑA: DEACLEE DE BROUWER .
- TAMER. (1995). *EL ENVEJECIMIENTO HUMANO: LA PROBLEMÁTICA DEL ENVEJECIMIENTO HUMANO: IMPLICACIONES Y TRASCENDENCIA PSICOSOCIO-POLÍTICA Y CULTURAL*.
- TAYLOR, S. E. (2005). *PSICOLOGIA DE LA SALUD* . MEXICO : MC GRAW HILL .

TAYLOR, S. E. (2012). BREVE HISTORIA DEL SIDA . EN S. E.TAYLOR, *PSICOLOGIA DE LA SALUD* (PÁGS. 388-400). MEXICO: MC GRAW HILL .

TRULL, T. (2008). *PSICOLOGIA CLINICA* . MEXICO.

VAL, M., & BENNETT, P. (2008). *PSICOLOGIA DE LA SALUD* . MADRID, ESPAÑA : PEARSON .

GLOSARIO

Actitudes: son las representaciones de sentido común que tienen los individuos respecto a objetos, personas y sucesos.

Afabilidad: Estas personas son amables, cooperativas y compasivas. Las personas con un nivel bajo de cordialidad son más distantes. Los rasgos incluyen el ser amable, cariñoso y simpático

Apertura (a la experiencia): Las personas a las que les gusta aprender cosas nuevas y disfrutar de experiencias nuevas.

Autoeficacia: Define como la creencia en las capacidades de uno mismo para organizar y llevar a cabo los recursos para la acción necesaria para resolver situaciones prospectivas.

Conducta: Las acciones y reacciones del sujeto ante el medio. Generalmente, se entiende por conducta la respuesta del organismo.

Conductas de Salud: Son las conductas que adoptan las personas para mejorar o conservar la salud. Cambiar conocimientos y creencias, modificar actitudes.

Extraversión: Los extravertidos obtienen energía de la interacción con los demás, mientras que los introvertidos la obtienen de ellos mismos. La extraversión incluye los rasgos de activo, hablador y asertivo.

Psicología Médica: Es el estudio de los factores psicológicos relacionados con cualquiera de los aspectos de la salud física, la enfermedad y su tratamiento a nivel del individuo, el grupo y los sistemas.

Psicología de la Salud: Conjunto de las contribuciones explícitas educativas y de formación, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología para: Promoción y mantenimiento de la salud.

Psicosis: Es una enfermedad que conduce a que el inconsciente se torne consciente y tome posesión del control sobre el individuo.

Responsabilidad: Las personas que tienen un alto nivel de tensión son fiables y resolutivas. Los rasgos incluyen ser organizados, metódicos y meticulosos.

SIDA: Es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida es la etapa final de la infección por el VIH.

VIH: Es el virus de inmunodeficiencia humana y es el causante del SIDA este virus ataca el sistema inmunológico del cuerpo humano destruyendo específicamente el sistema inmunológico.

ANEXO

ANEXO 1

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

Autores: Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J y Erbauhg J.

Descripción: El Inventario de Depresión, más conocido por Inventario de Beck debido a su creador Aaron T. Beck y colegas, fue elaborado en 1961 con el fin de hacer una evaluación objetiva de las manifestaciones de la depresión. El objetivo del inventario es evaluar la profundidad o intensidad de la misma. Su fundamentación teórica es el enfoque cognitivo de la depresión, que considera que este trastorno tiene manifestaciones conductuales, afectivas, cognitivas y somáticas. De acuerdo a esta perspectiva teórica, las manifestaciones afectivas y conductuales son el resultado de cogniciones de carácter depresivo que se basan, a su vez, en creencias irracionales, de ahí la fuerte carga en síntomas cognitivos del inventario (*Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J y Erbauhg J., 1961; Beck AT, Steer RA y Garbin ME, 1988*).

El Inventario de Depresión de Beck se ha popularizado para evaluar la depresión, dada su bien demostrada confiabilidad y validez y es uno de los instrumentos más utilizados en nuestro país. Lamentablemente, su introducción en la asistencia no estuvo precedida del necesario proceso de validación, trabajo que fue acometido en la década del 90 por la Lic. Isabel Louro y un equipo de investigadores de la Maestría en Psicología de la Salud (*Lugo, Louro y Ballarre, 1996*).

El inventario consta de 21 categorías de síntomas y actitudes, con 4 o 5 afirmaciones, cada una reflejando un grado creciente de profundidad de la depresión. El sujeto debe marcar la alternativa más adecuada a su situación actual, 14 categorías corresponden a síntomas de naturaleza cognitiva y afectiva y 7 a síntomas somáticos y conductuales. El inventario tiene una forma abreviada de 13

ítems, pero la que se ha popularizado en la asistencia y la investigación es la de 21 ítems.

Aplicación: Se utiliza en adultos, preferentemente de forma autoadministrada, siendo el tiempo promedio de realización 20 minutos. Puede aplicarse también a manera de entrevista (de hecho, su autor inicialmente lo concibió un instrumento heteroaplicado), lo que incrementa el rango de sujetos que pueden ser evaluados. Con esta modalidad se ha aplicado con éxito en pacientes ancianos con deterioro cognitivo leve, enfermos crónicos, pacientes quirúrgicos, etc. Los psicometristas con experiencias en la aplicación del BDI reportan que, de manera heteroaplicada, puede elicitar reacciones emocionales intensas (llanto, tristeza) en personas que aunque no necesariamente tengan una depresión clínica, están confrontando situaciones estresantes o pérdidas. Esta información proviene de los usos racionales sobre técnicas para la evaluación de la ansiedad y la depresión que se realizaron entre 1990 y 1993 a instancias del Grupo Nacional de Psicología del MINSAP y el CENAPETS, impartidos por la autora.

Corrección e Interpretación: Cada una de las 21 proposiciones tiene varias alternativas de respuesta, a seleccionar una de ellas por el sujeto. De acuerdo a la alternativa seleccionada, este obtendrá una anotación que fluctúa entre 0 y 3 puntos. Se suma, además, la anotación alcanzada en cada una de las 21 categorías para obtener una anotación total. La misma, permite determinar el grado de la depresión: leve, moderada y severo.

La versión de 21 ítems no tiene puntos de corte establecidos. Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:

- Depresión ausente o mínima: puntuación media en el BDI de 10,9 puntos.
- Depresión leve: puntuación media de 18,7.
- Depresión moderada: puntuación media de 25,4.
- Depresión grave: puntuación media de 30 puntos.

Las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems se pueden reflejar en un perfil que permite visualizar las dimensiones más afectadas. A pesar de las bondades de este instrumento, deben tenerse precauciones a la hora de su interpretación en pacientes con enfermedades crónicas y dolor, ya que ha sido cuestionada su utilidad para diagnosticar la depresión en pacientes con enfermedades crónicas (*Martín, 2002*). Hay escaso acuerdo con respecto a cual debe ser el punto de corte apropiado para identificar depresión clínica en pacientes con enfermedades crónicas. Algunos autores señalan que puede hablarse de depresión cuando el paciente obtiene puntuaciones superiores a 9 (*Rodin, 1991*); superior a 13 (*Salkind, 1989*) o mayor que 17 (*Moffick, 1986*). Puede plantearse que las puntuaciones altas correspondientes al diagnóstico de depresión moderada y grave son de interés clínico, no así las que se corresponden con depresión leve (*Martín, 2002*). De hecho, *Radloff (1977)* encontró que alrededor del 20% de la población sana y el 70% de la población de pacientes psiquiátricos obtenían este diagnóstico en el BDI.

Lugo y cols. (1996) en un grupo de sujetos cubanos supuestamente no deprimidos, encontraron que la Media de la puntuación era de 20.2 con una desviación típica de 7.07. Por lo tanto, creemos que la utilidad diagnóstica del BDI va en tres direcciones:

1ro. Porque permite identificar la naturaleza de los síntomas depresivos más importantes que tiene el paciente.

2do. En los casos de puntuaciones altas (depresión moderada y media) puede indicar la presencia de una depresión clínica, que deberá ser corroborada con otros procedimientos diagnósticos, ya que hay consenso de que el BDI no permite identificar trastornos como la depresión mayor o la distimia (*Beck AT, Steer RA y Garbin ME, 1988*).

3ro. Porque permite evaluar los efectos de los tratamientos, ya que la prueba puede aplicarse varias veces al mismo sujeto. De hecho, el propio Beck ilustra estudios de casos en que se utilizan aplicaciones sucesivas del BDI para evaluar los efectos de su terapia cognitiva (*Beck, 1989*)

	Calificación	Gráfico				
		0	1	2	3	
1 0 1 2 2 3 - ABCDE						Estado de animo
2 0 1 2 2 - - ABCD						Pesimismo
3 0 1 2 2 3 - ABCDE						Fracaso
4 0 1 1 2 3 - ABCDE						Descontento
5 0 1 2 2 3 - ABCDE						Sentimiento de culpa
6 0 1 2 3 3 - ABCDE						Necesidades
7 0 1 1 2 3 - ABCDE						Odio a sí mismo
8 0 1 2 2 - ABCD	-					Auto acusación
9 0 1 2 2 2 3 ABCDEF						Impulso suicida
10 0 1 2 3 - - ABCD						Llanto
11 0 1 2 3 - ABCD	-					Irritabilidad
12 0 1 2 3 - - ABCD						Aislamiento social
13 0 1 2 3 - - ABCD						Incapacidad de decidir
14 0 1 1 3 3 - ABCDE						Imagen corporal
15 0 1 2 3 - ABCD	-					Incapacidad para el trabajo
16 0 1 2 3 - ABCD	-					Trastorno en el sueño
17 0 1 3 - ABCD	-					Fatigabilidad
18 0 1 2 3 - ABCD	-					Pérdida de afecto
19 0 1 2 3 - ABCD	-					Pérdida de peso
20 0 1 2 3 - ABCD	-					Hipocondría
21 0 1 2 3 - ABCD	-					Pérdida de la libido

RESPUESTAS:

1.	A	B	C	D	E	
2.	A	B	C			
3.	A	B	C	D	E	
4.	A	B	C	D	E	
5.	A	B	C	D	E	
6.	A	B	C	D	E	
7.	A	B	C	D	E	
8.	A	B	C	D		
9.	A	B	C	D	E	F
10.	A	B	C	D		
11.	A	B	C	D		
12.	A	B	C	D		
13.	A	B	C	D		
14.	A	B	C	D		
15.	A	B	C	D	E	
16.	A	B	C	D		
17.	A	B	C	D		
18.	A	B	C	D		
19.	A	B	C	D		
20.	A	B	C	D		
21.	A	B	C	D		

HOJA DE CALIFICACIÓN Y PERFIL.
Inventario de Depresión de BECK

Nombre: _____ Edad: ____ Fecha: _____

DIMENSION 1 2 3

1. Estado de ánimo
2. Pesimismo
3. Fracaso
4. Descontento
5. Sentimientos de culpa
6. Necesidad de castigo
7. Odio a sí mismo
8. Autoacusaciones
9. Impulsos suicidas
10. Llanto
11. Irritabilidad
12. Aislamiento social
13. Incapacidad de decisión
14. Imagen corporal
15. Incapacidad para el trabajo
16. Trastornos de sueño
17. Fatigabilidad
18. Pérdida del apetito
19. Pérdida de peso
20. Hipocondría
21. Pérdida de libido

Muy bajo (0-4)____

No dep. (5-12)___

Dep. Leve (13-20)___

Dep. Moderada (21-25)___

Dep. severa (más de 26)___

Puntuación_____ Diagnóstico:_____

Inventario de depresión de Beck

Nombre_____ Edad_____ Sexo_____

A continuación aparece un grupo de alternativas con una letra delante de cada una. Estas alternativas están agrupadas por números. Usted debe escoger una de ellas, es decir, solo una letra, por cada número.

ANEXO 2

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Autor: A. T. Beck, 1988

Administración: Autoaplicado

Objetivo: Valorar la severidad de los síntomas de ansiedad, y discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión.

Descripción: El Inventario de Ansiedad de Beck, está compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad relacionados con las manifestaciones físicas de la misma, según los criterios diagnósticos del DSM-IV. No existe punto de corte aceptado para distinguir entre población normal y ansiedad, ni entre depresión y ansiedad, lo que limita su uso, no obstante, los aspectos que mide la prueba han demostrado ser sensibles al cambio tras el tratamiento, por lo que es un instrumento útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos, posterior al tratamiento. La prueba fue validada en pacientes con trastornos de pánico, no debe considerarse una medida específica de ansiedad generalizada. Según los autores, el inventario debe ser utilizado acompañado por otros cuestionarios como el inventario de Depresión de Beck y las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton. En un análisis comparativo realizado por Piotrowski, 1999, encontró es el tercer test más utilizado para valorar ansiedad.

Orientaciones al examinador: Se procede de igual forma que al comienzo de todo test. Es importante señalar al sujeto que los síntomas que aparecen en la prueba hacen referencia a la última semana y al momento actual.

Calificación: Cada ítem se puntúa de 0 a 3, de la siguiente manera

0 = en absoluto

1 = Levemente, no me molesta mucho

2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo

3 = Severamente, casi no podía soportarlo

La puntuación total es la suma de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación).

El rango de la escala es de 0 a 63.

La puntuación media en pacientes con ansiedad es 25,7 (DE 11,4)

Se propone punto de corte para distinguir trastorno de pánico los 26 puntos. Sujetos sin patología obtiene una puntuación media de 13,4 con una DE 8,9.

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

Nombre: _____ Fecha: _____

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual.

Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se *corresponda*:

0 = en absoluto

1 = Levemente, no me molesta mucho

2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo

3 = Severamente, casi no podía soportarlo

Inventario de Ansiedad de Beck.

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO 3

TEST CREENCIAS IRRACIONALES DE ELLIS

A continuación se presentan una serie de ideas acerca de diversos aspectos de la vida. Deberá indicar en que medida describen su forma de pensar habitual con la siguiente clave de acuerdo:

TD= Totalmente en desacuerdo.

BD= Bastante en desacuerdo.

AD= Algo en desacuerdo.

AA= Algo de acuerdo.

BD= Bastante de acuerdo.

TD= Totalmente de acuerdo.

	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Es importante para mí que los demás me aprueben	1	2	3	4	5	6
Me gusta el respeto de los otros pero no necesito tenerlo.	6	5	4	3	2	1
Quiero gustar a todo el mundo.	1	2	3	4	5	6
Puedo gustarme a mi mismo incluso cuando no les agrado a otras personas.	6	5	4	3	2	1
Si no gusto a otras personas es su problema no el mío.	6	5	4	3	2	1
Aunque me gusta la aprobación, no es una autentica necesidad para mí.	6	5	4	3	2	1
Es molesto pero no insoportable que te critiquen.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Necesidad de Aceptación por parte de los demás	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Odio fallar en cualquier cosa.	1	2	3	4	5	6
Me gusta tener éxito en cualquier cosa pero no siento que lo tenga que lograr	6	5	4	3	2	1
Para mí es extremadamente importante tener éxito en todo lo que hago.	1	2	3	4	5	6
No me importa realizar cosas que no puedo hacer bien.	6	5	4	3	2	1
Se puede disfrutar de las actividades por si mismas sin importar lo bueno que sea en ellas.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Altas Autoexpectativas	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Las personas que actúan mal merecen lo que les ocurre.	1	2	3	4	5	6
Demasiadas malas personas escapan al castigo que merecen	1	2	3	4	5	6
Aquellos que actúan mal deben ser castigados.	1	2	3	4	5	6
La inmoralidad debería castigarse intensamente.	1	2	3	4	5	6
Todo el mundo es básicamente bueno.	6	5	4	3	2	1

Nadie es malvado, incluso cuando sus actos lo sean.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Culpabilización	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Es mejor aceptar las cosas como son, incluso si no me gustan.	6	5	4	3	2	1
Las cosas deberían ser diferentes de cómo son.	1	2	3	4	5	6
Es terrible pasar por situaciones que no me gustan	1	2	3	4	5	6
Es difícil para mí realizar tareas desagradables.	1	2	3	4	5	6
Creo que puedo soportar los errores de los demás.	6	5	4	3	2	1
Una vida de facilidades rara vez es recompensante	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Intolerancia a la frustración	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
No hay motivo para temer peligros inesperados o sucesos futuros.	6	5	4	3	2	1
Si no puedo evitar que ocurra algo, es mejor no preocuparse por ello	6	5	4	3	2	1
No puedo soportar correr riesgos.	1	2	3	4	5	6
Es mejor no pensar en cosas tales como la muerte o grandes desastres.	6	5	4	3	2	1
Es conveniente planificar lo que haría en diferentes situaciones peligrosas.	1	2	3	4	5	6
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Preocupación y ansiedad	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Si una persona quiere, puede ser feliz casi bajo cualquier circunstancia.	6	5	4	3	2	1
Las personas no se ven perturbadas por las situaciones sino por la forma en que las ven.	6	5	4	3	2	1
Yo soy la causa de mis propios estados de ánimo.	6	5	4	3	2	1
Normalmente las personas que son desdichadas se han hecho a sí mismas de esa manera.	6	5	4	3	2	1
Una persona no permanecerá mucho tiempo enfadada o triste a menos que se mantenga a sí misma de esa manera.	6	5	4	3	2	1
Nada es insoportable en sí mismo, solo en la forma en que tú lo interpretas	6	5	4	3	2	1
La persona hace su propio infierno dentro de sí mismo.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Irresponsabilidad Emocional	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Es mejor posponer las decisiones importantes.	1	2	3	4	5	6
Es preferible tomar las decisiones tan pronto como se pueda.	6	5	4	3	2	1

Es mejor evitar las cosas que no puedo hacer bien.	1	2	3	4	5	6
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Evitación de Problemas	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Todo el mundo necesita alguien de quien depender para ayuda y consejo.	1	2	3	4	5	6
Considero adecuado resolver mis propios asuntos sin ayuda de nadie.	6	5	4	3	2	1
Encuentro fácil aceptar consejos.	1	2	3	4	5	6
Soy el único que realmente puede entender y afrontar mis problemas.	6	5	4	3	2	1
Creo que no tengo que depender de otros	6	5	4	3	2	1
He aprendido a no esperar que otros se preocupen acerca de mi bienestar.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Dependencia	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Siempre nos acompañaran los mismos problemas.	1	2	3	4	5	6
Es casi imposible superar las influencias del pasado.	1	2	3	4	5	6
Por el hecho de que en una ocasión algo afecte de forma importante a tu vida, no significa que tenga que ser necesariamente así en el futuro.	6	5	4	3	2	1
Rara vez pienso que experiencias del pasado me estén afectando ahora.	6	5	4	3	2	1
Somos esclavos de nuestras propias historias personales.	1	2	3	4	5	6
Una vez que algo afecta a tu vida siempre lo hará.	1	2	3	4	5	6
La gente nunca cambia básicamente.	1	2	3	4	5	6
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Indefensión	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Existe una forma correcta de hacer cada cosa.	1	2	3	4	5	6
No hay una solución perfecta para las cosas.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Perfeccionismo	Suma:					

Tras contestar el test anterior y calcular la puntuación para cada una de las creencias sumando los puntos correspondientes a cada frase, compare sus puntuaciones con los datos que se ofrecen en la siguiente tabla (provisionalmente no están disponibles los datos a todas las creencias pero en breve lo estarán)