

**Universidad de Costa Rica**  
**Facultad de Ciencias Sociales**  
**Escuela de Psicología**

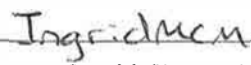
**Trabajo final de graduación para optar al grado de licenciatura de**  
**Psicología**

**Programa de intervención psicológica cognitivo conductual**  
**emocional para el desarrollo de estrategias de afrontamiento en**  
**personas con VIH**

**Ingrid Chacón Medrano**  
**Alicia Sandoval Poveda**

**2012**

Sustentantes



---

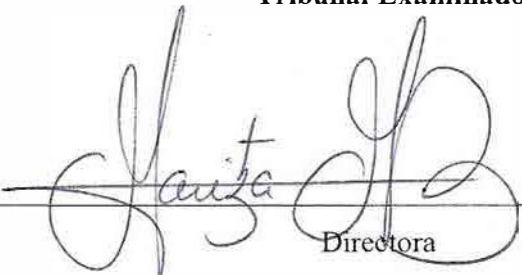
Ingrid Chacón Medrano

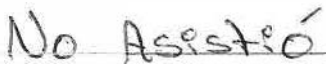



---

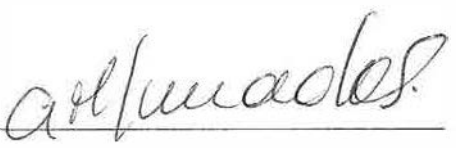
Alicia Sandoval Poveda


**Tribunal Examinador**

  
Directora  
Licda. Maritza Mata Barahona

  
Lector  
Ronald Ramírez Henderson Ph. D.

  
Lector  
Lic. Roberto Gutiérrez González

  
Presidenta del tribunal  
Dra. Ana María Jurado

  
Profesora invitada  
M.A. Gloriana Rodríguez Arauz

## Resumen

La presente investigación tuvo por objetivo general diseñar un programa de intervención psicológica cognitivo conductual emocional que mejore el bienestar de personas con VIH, identificando las principales estrategias de afrontamiento funcionales para estas. Para ello, buscó identificar estrategias de afrontamiento funcionales que permitan a las personas con VIH hacer frente a su condición de portadores del virus, así como establecer y desarrollar los procedimientos del programa de intervención psicológica cognitivo conductual emocional para fomentar estrategias de afrontamiento funcionales en personas con VIH.

El trabajo se enmarcó dentro del campo de la medicina conductual y el modelo cognitivo conductual emocional. Se utilizó la teoría de enfrentamiento al estrés de Lazarus y Folkman (1984/1986), además de conceptos básicos sobre el VIH/sida y el sistema inmunológico, dados los efectos negativos sobre el sistema inmune que tienen tanto el estrés como el VIH. Además, se repasaron antecedentes internacionales y nacionales sobre la intervención en el área de la salud con personas con VIH.

Se utilizó un enfoque mixto de investigación con un diseño de investigación dividido en tres fases. En la primera fase se utilizaron tanto técnicas cuantitativas como cualitativas: se realizaron entrevistas semi estructuradas a profesionales de las áreas de Medicina (Infectología), Enfermería, Trabajo Social y Psicología, con experiencia en la atención de personas con VIH. Además, se diseñó un cuestionario sobre estrategias de afrontamiento que fue aplicado a 37 personas con VIH.

Con base en los resultados obtenidos se identificaron 12 estrategias de afrontamiento, a partir de las cuales se diseñó en la segunda fase el programa de intervención. Se realizó una búsqueda bibliográfica para respaldar la definición y clasificación de las estrategias de afrontamiento, así como recolectar insumos sobre la intervención psicoterapéutica. Se diseñó el programa de acuerdo a la estructura de intervención propia del modelo cognitivo conductual emocional y en torno a esas estrategias de afrontamiento. En la tercera fase se realizó una valoración por criterio de expertos, en la cual se entregó el programa diseñado a tres



psicólogas con experiencia trabajando con personas con VIH junto a una guía de validación, la cual completaron brindando su calificación de las distintas partes del programa y su totalidad.

Las 12 estrategias de afrontamiento se clasificaron 6 como funcionales (ocultar estratégicamente el diagnóstico, lucha por el bienestar, reevaluación positiva, afrontamiento espiritual, búsqueda de información, búsqueda de apoyo), 3 como mixtas (afrontamiento religioso, negación, evitación) y 3 como disfuncionales (rumiación-fatalismo, dependencia y conductas de riesgo). A partir de esto se diseñó el programa de intervención para mejorar las estrategias de afrontamiento, el cual incluyó un marco referencial con los temas VIH/sida, sistema inmunológico, estrés y afrontamiento, contextualización de la población, estrategias de afrontamiento identificadas en la población, medicina conductual y modelo cognitivo conductual.

Después del marco referencial, se desarrolló el programa de intervención, dividido en evaluación inicial, propuesta de sesiones, intervención de las estrategias de afrontamiento y valoración de la intervención y seguimiento, además de algunas recomendaciones generales para el trabajo con la población. Para la evaluación se diseñaron dos instrumentos: una entrevista conductual para la evaluación de estrategias de afrontamiento y un cuestionario de estrategias de afrontamiento basado en el utilizado en la investigación.

Para la propuesta de sesiones no se realizó un esquema fijo, sino que se planteó que se estructure cada intervención trabajando solamente aquellas estrategias de afrontamiento que necesite la persona, según los resultados de la evaluación realizada. Por lo tanto, se presenta de manera separada la intervención para cada una de las estrategias. En el caso de las estrategias funcionales se busca fomentar su aplicación; en el caso de las mixtas, eliminar el uso disfuncional y propiciar el uso funcional; en el caso de las disfuncionales, extinguirlas para dar paso al uso de las estrategias funcionales.

Se concluyó además que las estrategias de afrontamiento funcionales identificadas parecen responder más a la amenaza que implica el medio social que a la infección por VIH en sí, lo que lleva a la importancia de trabajar en una mayor sensibilización y educación sobre la vivencia de las personas con VIH.

## Dedicatoria

*A Dios, por la oportunidad de realizar este proyecto tan hermoso y por poner a tantos ángeles en mi camino que me permitieron seguir adelante a pesar de los obstáculos.*

*A mi familia especialmente a mis padres y hermano y hermana por su apoyo, entrega y amor, además por todos los sacrificios que hoy me ayudan a ser la persona que soy.*

*A mi esposo (Luis), por su gran amor, su tolerancia, respeto, apoyo, comprensión y por tantas cosas que me ha entregado sin pedir nada a cambio, te amo mi vida y gracias por todo, y Dios quiera que terminar esta etapa signifique más éxitos para nosotros.*

*A mi hijo (Dylan), por ser mi ángel y mi inspiración diaria, por hacer que mi corazón conociera sentimientos que no creía poder experimentar, te amo mi bebe y espero que algún día estés orgulloso de tu madre y que de este proyecto aprendas que no importan los obstáculos siempre debemos luchar por lo que queremos.*

*A la familia Sandoval Poveda, por acogerme en su hogar y hacerme parte de un ambiente familiar tan maravilloso, que Dios los bendiga y me permita contar con su apoyo y amor siempre. En especial a Alicia, mi querida hermana, mi compañera, amiga, colega y comadre por decidir emprender junto a mí este proyecto tan hermoso y por estar a mi lado en tanto momentos lindos y feos del proceso.*

*A todas aquellas personas que con palabras de esperanza estuvieron junto a mí en este proceso que culmina muchos años de aprendizajes.*

*A todas las personas con VIH y profesionales en psicología que puedan sacar provecho de esta investigación y así logren hacer que tanto esfuerzo valga la pena.*

Ingrid

## Dedicatoria

*Llegamos el final de un largo camino. Ahora, con la esperanza de iniciar una nueva aventura, quiero detenerme a escribir unas palabras a aquellas personas a quienes va dedicado no solo el resultado final, sino todo este largo proceso que al fin termina.*

*Este trabajo es para mi familia. Para mi papá y mi mamá, quienes siempre han estado pendientes y dispuestos a mostrarme su apoyo incondicional. Por su cariño, paciencia y ejemplo, que me han permitido ser quien soy al día de hoy. A mi hermano Antonio, quien me ha enseñado a tener el valor de seguir nuestra vocación. A mi hermana Ana, mi gran compañera y modelo, quien siempre está aquí a mi lado. A mi abuelita Ana, quien aunque no llegó a verme en el proceso de tesis, siempre será una parte importante de mi familia y mi vida.*

*También quiero mencionar de manera especial a mis amigas y amigos, quienes tanto de muy cerca como de muy lejos me han ayudado a no desfallecer nunca y seguir luchando hasta alcanzar esta meta. Especialmente a mi amiga Nela, quien ha estado allí paso a paso acompañándome y animándome no solo a lo largo de este trabajo sino desde el primer día de la carrera.*

*Más allá de la amistad, a Ingrid, mi compañera en este largo camino, colega, amiga, hermana, comadre. Gracias por permitirme vivir esta aventura juntas. Y a nuestro compañero especial, ese tercer nombre que debería estar en esta tesis: mi ahijado Dylan, quien nos ha acompañado sin saberlo, dándonos alegría e inspiración, creciendo junto a nuestro proyecto.*

*Finalmente, quiero recordar de manera especial a la primera persona con VIH a quien tuve la dicha de conocer, de quien aprendí tantas cosas nuevas sobre la vida. Este trabajo también es, sin saberlo, un poco suyo.*

Alicia

## **Agradecimientos**

La realización de este trabajo final de graduación no habría sido posible sin contar con el apoyo y colaboración de muchas personas a quienes queremos agradecer por ayudarnos y permitirnos llevar este proyecto a buen puerto.

Primero que nada, queremos agradecerle a Dios por habernos dado la constancia y la fortaleza necesarias para no desfallecer en el proceso y plantar cara a las dificultades. Gracias a nuestras familias, las cuales confiaron en nosotras en todo momento para llevar a cabo este trabajo, brindándonos apoyo y ayuda en todo lo que estuvo a su alcance. Igualmente queremos agradecer a nuestros amigos y amigas quienes nos animaron constantemente a salir adelante.

También queremos agradecer de manera especial a los miembros del comité asesor que nos acompañaron paso a paso a lo largo del camino. A Maritza Mata, por la motivación que nos brindó desde un inicio para seguir adelante con este tema y por el tiempo que ha invertido en este proyecto. A Ronald Ramírez, por aceptar participar de este proyecto con nosotras y su invaluable ayuda y aportes, pues su experiencia fue de gran importancia para el desarrollo de la investigación. A Roberto Gutiérrez, por aceptar participar de un proyecto académico ajeno a su trabajo diario pero de un tema de su mayor interés, gracias por compartir con nosotras su experiencia con esta población y por ser la persona que nos acercó y sensibilizó al trabajo con las personas con VIH, confiando en nuestra capacidad para ello.

Además, gracias a todas las profesionales que brindaron su tiempo y sus conocimientos para participar como evaluadoras expertas en las distintas fases del proyecto, pues sin ellas no habríamos podido lograr nuestros objetivos. Queremos agradecer particularmente a Elena Alvarado, quien nos apoyó en el desarrollo de la tesis desde el anteproyecto mostrando gran interés en el tema. Igualmente a Gloriana Rodríguez, quien aceptó amablemente ser nuestra profesora invitada para la defensa.

De igual forma agradecemos a todos los y las profesionales que sacaron el tiempo de sus ocupadas agendas para participar en las entrevistas que llevamos a cabo para el desarrollo

del trabajo, así como al personal de las distintas instituciones con las cuales trabajamos que se mostraron abiertos a colaborar en el proceso.

Un agradecimiento especial a la Fundación Vida por acogernos en su institución y apoyar este proyecto con todos los medios que les fue posible. Igualmente a ASOVIIH-SIDA, a la Iglesia Luterana Costarricense y la Casa-Hogar Nuestra Señora del Carmen por abrirnos sus puertas para colaborar al desarrollo de la investigación.

Finalmente, queremos agradecer al motor y razón de ser de esta investigación: a todas las personas con VIH que de una u otra manera participaron en este proyecto y nos dieron la posibilidad de acercarnos y conocer sus experiencias de vida, las cuales fueron enriquecedoras no solo para la investigación sino para nosotras mismas como profesionales y como personas.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>MARCO REFERENCIAL .....</b>	<b>3</b>
1. ANTECEDENTES .....	3
1.1 <i>Antecedentes internacionales</i> .....	4
1.2 <i>Antecedentes en Costa Rica</i> .....	12
1.2.1 Trabajo Social .....	12
1.2.2 Psicología.....	13
2. MARCO CONCEPTUAL .....	17
2.1 <i>VIH/sida</i> .....	17
2.2 <i>Sistema Inmunológico</i> .....	21
2.3 <i>Estrés</i> .....	22
2.4 <i>Afrontamiento</i> .....	27
2.5 <i>Medicina conductual</i> .....	32
2.6 <i>Modelo cognitivo conductual emocional</i> .....	35
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>40</b>
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	40
2. OBJETIVOS .....	41
2.1 <i>Objetivo general</i> .....	41
2.2 <i>Objetivos específicos</i> .....	41
3. PROPUESTA METODOLÓGICA .....	42
3.1 <i>Tipo de investigación</i> .....	42
3.2 <i>Diseño metodológico</i> .....	42
3.2.1 Primera Fase .....	43
3.2.2 Segunda Fase .....	44
3.2.3 Tercera Fase.....	45
4. PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN .....	45
4.1 <i>Primera Fase: Recolección de información de campo</i> .....	45
4.1.1 Entrevistas a profesionales.....	45

4.1.2	Cuestionarios de estrategias de afrontamiento personas con VIH.....	49
4.2	<i>Segunda Fase: Construcción del programa de intervención</i> .....	56
4.3	<i>Tercera Fase: Valoración por criterio de expertos</i> .....	58
	<b>PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</b> .....	<b>61</b>
1.	ENTREVISTAS CON PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON PERSONAS CON VIH.....	61
2.	CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO .....	66
2.1	<i>Escalas de estrategias de afrontamiento</i> .....	66
2.2	<i>Conductas de riesgo</i> .....	67
2.3	<i>Preguntas abiertas</i> .....	68
3.	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	70
4.	DISEÑO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA EL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH.....	74
4.1	<i>Descripción del programa diseñado</i> .....	75
4.2	<i>Descripción de los instrumentos de evaluación diseñados para el programa</i> .....	78
4.2.1	Entrevista conductual de estrategias de afrontamiento en personas con VIH .....	78
4.2.2	Cuestionario de estrategias de afrontamiento para personas con VIH .....	82
4.3	<i>Intervención de las estrategias de afrontamiento</i> .....	84
5.	VALORACIÓN POR CRITERIO DE EXPERTOS .....	87
5.1	<i>Resultados de la valoración</i> .....	87
5.2	<i>Cambios realizados a partir de los resultados de la valoración realizada</i> .....	91
6.	PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EMOCIONAL PARA EL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PERSONAS CON VIH .....	93
	<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>245</b>
	<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>266</b>
	<b>RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES</b> .....	<b>271</b>
	RECOMENDACIONES .....	271
	LIMITACIONES .....	275
	<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>277</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>305</b>

## Índice de tablas

<b>Tabla 1</b> Fases de la infección.....	18
<b>Tabla 2</b> Distribución de ítems del Cuestionario de estrategias de afrontamiento.....	83

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> Eje cortico hipotalámico hipofisario suprarrenal (Eje HPA).....	24
<b>Figura 2</b> Circuito del síndrome de estrés, basado en Umaña y Mejía (2008).....	26
<b>Figura 3</b> Esquema de elaboración del programa de intervención en estrategias de afrontamiento.....	57
<b>Figura 4</b> Porcentaje de distribución de respuestas relacionadas con las estrategias de afrontamiento evaluadas.....	68



## Índice de abreviaturas

AIDS.....	Acquired immunodeficiency syndrome
ANOVA oneway.....	Análisis de varianza de un factor
ASOVIH-SIDA.....	Asociación Costarricense de personas que viven con VIH-sida
AVERT.....	AIDS Education & Research Trust
CCSS.....	Caja Costarricense del Seguro Social
CD4.....	<i>cluster of differentiation</i> (grupos de diferenciación)
CED.....	Cuestionario de Estrés Diario
ELISA.....	Enzyme Linked Immuno Sorbent Test Assay
HAART.....	Highly active antiretroviral treatment
HIV.....	Human immunodeficiency virus
IFI.....	Inmuno fluorescencia indirecta para la detección de la infección por VIH
LIA.....	Inmuno análisis en línea para la detección de la infección por VIH
NK.....	<i>Natural Killer</i>
ONUSIDA.....	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
P24.....	Proteína encontrada en el VIH
R/S.....	Pruebas para la detección de la infección por VIH rápidas y sencillas
RIPA.....	Radio inmuno precipitación para la detección de la infección por VIH
Sida.....	Síndrome de inmunodeficiencia humana
SGA.....	Síndrome General de Adaptación
SPSS.....	Programa estadístico para ciencias sociales
STAI.....	State-Trait Anxiety Inventory

TARV.....	Tratamiento Antirretroviral
UCR.....	Universidad de Costa Rica
UGR.....	Universidad de Granada
UNAIDS.....	The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS
USB.....	Unidades subjetivas de bienestar
VIH.....	Virus de inmunodeficiencia humana

## INTRODUCCIÓN

Hay enfermedades que impresionan a la humanidad por su alta incidencia y por los efectos físicos y psicológicos para la persona que la padece; este es el caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (sida), transmitido por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). En Costa Rica, se estima que viven con la infección 9600 personas mayores de 15 años (UNAIDS, 2010) y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) señala que hay más de 5000 personas portadoras del virus (Castro, 2007). La mayor cantidad de personas viviendo con sida se encuentra entre los 25 y 44 años de edad (Ministerio de Salud, 2005).

Actualmente, no existe cura para esta infección pero se cuenta con la Terapia Antiretroviral Altamente Activa (HAART por sus siglas en inglés o TARV por sus siglas en español), la cual consiste en una serie de fármacos que impiden la replicación del virus (Sánchez, 2001) prologando la vida de las personas, por lo que ahora esta infección es considerada una enfermedad crónica y como tal debe ayudarse a la persona a lidiar con los efectos físicos, psicológicos y sociales de la infección y del tratamiento (Ballester, 2003; Chesney, Chambers, Taylor, Johnson y Folkman, 2003; Uribe, 2005).

Con los adelantos en el estudio de esta infección, se le ha dado mayor importancia a los aportes de disciplinas como la Psicología, que ofrece herramientas para que las personas con este virus tengan una mejor calidad de vida. El presente trabajo propone un aporte en la intervención psicológica para ayudarles a desarrollar estrategias de afrontamiento al estrés funcionales, ya que el afrontamiento que se realice puede influir en la inmunocompetencia y la progresión de la infección (Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003). Además se toma en cuenta que las personas deben hacer frente a consecuencias del VIH tanto a nivel psicológico como social, aspectos que se encuentran en constante cambio y generan nuevas dificultades (Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003).

Por tanto, preparar a las personas en estrategias de afrontamiento funcionales les ayudará a hacer frente a cualquier situación valorada como amenazante, sin importar la edad, sexo o etapa de la infección en la que se encuentren. Ante diversas circunstancias adversas, el

afrontamiento puede ayudar a mantener el bienestar psicológico.

En esta investigación, se diseñó un programa de intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual emocional (Ramírez, 2003) para el desarrollo de estrategias de afrontamiento funcionales en personas con VIH, tomando en cuenta la perspectiva de estas personas y de profesionales que trabajan con ellas en Costa Rica.

Se construyó un cuestionario para evaluar las estrategias de afrontamiento en estas personas y se realizaron entrevistas semiestructuradas con profesionales de las áreas de Psicología, Medicina (Infectología), Trabajo Social y Enfermería que trabajan con esta población, para contextualizar la situación de las personas con VIH. Se consideraron los cambios que realizan a partir del diagnóstico y las dificultades que se les presentan. Además en estas entrevistas se indagó la manera en que las personas con VIH enfrentan las dificultades y se les solicitaron recomendaciones para formular el programa de intervención. A partir de estos resultados y una exhaustiva revisión bibliográfica, se elaboró el programa de intervención psicoterapéutica con pautas específicas de intervención y se realizó una valoración del contenido del programa por expertos.

Este programa de intervención, a diferencia de otros creados con objetivos similares (Núñez, Tobón, Vinaccia y Arias, 2006), se desarrolló tomando en cuenta las características del contexto costarricense para las personas con VIH y los/as profesionales que trabajan con ellas. Además, se enmarcó dentro de la perspectiva de la medicina conductual, lo que significó un aporte al desarrollo de la Psicología en este campo.

Para la presentación del trabajo se expone en primer lugar una serie de antecedentes fundamentales para la investigación y los principales elementos teóricos a tomar en cuenta para plantear el problema y los objetivos de la investigación. Después, se presenta el diseño metodológico, conformado por tres fases: recolección de información, formulación del programa de intervención psicoterapéutica y la valoración por criterio de expertos. Posteriormente se presentan los resultados obtenidos, incluyendo el programa de intervención creado. Además se presenta la discusión de los resultados y finalmente se exponen las conclusiones, las recomendaciones y las limitaciones alcanzadas al realizar esta investigación.

## CAPÍTULO I

### MARCO REFERENCIAL

En primer lugar se presentan los antecedentes de este trabajo que abordan la población de personas con VIH, las estrategias de afrontamiento o aspectos metodológicos que dan pie al trabajo realizado en la presente investigación. Estos antecedentes se presentan divididos en antecedentes internacionales y nacionales, dividiéndose los segundos entre trabajos elaborados desde la disciplina de Trabajo Social y los elaborados desde la Psicología.

En segundo lugar, se presenta un marco conceptual que define los principales términos utilizados en la investigación y el área de trabajo en que la misma se desarrolla. Se empieza por definir el VIH/sida, el sistema inmunológico y el estrés. Posteriormente, se define el afrontamiento desde la teoría de Lazarus y Folkman (1984/1986) en la cual se basa el programa de intervención y se explica la medicina conductual y el modelo cognitivo conductual emocional, en los cuales se desarrolla la intervención planteada.

#### *1. Antecedentes*

La existencia del VIH/sida se descubrió en Estados Unidos en 1981, cuando aparecieron cinco curiosos casos de neumonía y otros del Sarcoma de Kaposi. A partir de entonces empezaron a investigarse el origen de los cánceres y las infecciones oportunistas que se estaban presentando. Inicialmente se asoció sólo con los grupos de personas homosexuales, pero hacia finales de los años 80 aparecieron los primeros casos en personas heterosexuales que se inyectaban drogas. El término de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida se acuñó en 1982 (AVERT, 2010).

En Costa Rica los primeros cuatro casos aparecieron en 1984 entre personas con hemofilia que recibían hemoderivados para controlar su enfermedad. En 1985 apareció la primera persona homosexual portadora de la enfermedad (Güell, 1999). A continuación se

presenta un resumen de trabajos que se han realizado con esta población y que tienen relación con el tema del afrontamiento, primero se presentan los trabajos a nivel internacional y luego los realizados en el país.

### *1.1 Antecedentes internacionales*

Ballester (2005) señala que la intervención con personas con VIH tiene ahora interrogantes propios de una enfermedad crónica más que de una enfermedad terminal. Los problemas psicológicos en esta población no afectan solamente su calidad de vida al causar malestar emocional, sino que repercuten en su estado físico, debido a la relación entre los estados cognitivos y emocionales con el sistema inmune, su influencia sobre la adherencia al tratamiento y sobre los hábitos de salud.

En el campo de la intervención psicoterapéutica, el modelo cognitivo conductual emocional se ha mostrado eficaz para el trabajo con esta población (Moreno, Perera y Sánchez, 1999), pues ayuda a las personas a modificar las conductas y cogniciones, sus efectos secundarios y los estilos de vida (Ballester, Campos, García y Reinoso, 2001).

La mayoría de investigación sobre intervenciones terapéuticas es en el tema de adherencia (Marco, Knobel y Guelar, 2000; Ballester *et al*, 2001; Ballester, García, Reinoso y Campos, 2002; Kelly y Kalichman, 2002; Remor, 2002; Spire, Duran, Souville, Leport, Raffi y Moatti, 2002; Ballester, 2003; Piña, Dávila, Sánchez-Sosa, Togawa y Cázares, 2008), pero se ha ampliado a cómo darles a las personas con VIH una mejor calidad de vida ya que gracias al tratamiento y a su seguimiento estricto pueden vivir la infección como una enfermedad crónica y no terminal.

Al tener VIH se debe hacer frente a estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que son una amenaza real a su salud física y mental por los efectos del estrés en el organismo (Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003, Núñez, Tobón, Vinaccia y Arias, 2006). A continuación se presentan las investigaciones cercanas a este modelo realizadas con la población, especialmente aquellas relacionadas con la investigación e

intervención en el afrontamiento de las personas con VIH/sida.

Roca, Tejero, Trujols, Soler, Cid, Campins y Pinet (1999) realizaron un estudio en Barcelona con 107 pacientes diagnosticados con Trastorno por Dependencia Opiácea seropositivos y seronegativos, enmarcado dentro de la medicina conductual, para analizar la relación entre el estrés, la alexitimia y el afrontamiento. Señalaron que algunos factores amortiguadores del estrés (locus de control, apoyo social y estrategias de afrontamiento) debían evaluarse para facilitar la intervención terapéutica y disminuir el estrés percibido para evitar sus efectos adversos sobre la respuesta inmune. Así, plantearon que las distintas formas de afrontamiento influyen en la infección y su desarrollo, por lo que el afrontamiento debería reflejarse en la intervención.

Encontraron tres formas diferentes de afrontamiento a la infección por VIH y con respecto a cada una de ellas propusieron maneras de intervención diferentes. La primera forma de afrontamiento, miedo y angustia respecto al sida, implica estrategias de evitación para disimular la amenaza, fatalismo y externalización del problema que aumentan la ansiedad, la fatalidad y la desesperanza sin modificar la situación. En estos casos los autores proponen el uso de técnicas cognitivas psicoeducativas, de relajación y reestructuración cognitivo-conductual (Roca *et al*, 1999).

Una segunda forma de afrontamiento encontrada por Roca *et al* (1999) se refiere a un afrontamiento de racionalización y “emocionabilidad” donde el apoyo social resultó un factor importante en personas no alexitímicas o sin mucha información sobre conductas de riesgo. Las personas con esta forma de afrontamiento buscan el apoyo social para modular sus emociones. Se considera conveniente un entrenamiento en estrategias de afrontamiento que permita a la persona ajustar su tipo de afrontamiento dependiendo de la situación que enfrente y expresar sus emociones.

Finalmente, la tercera forma de afrontamiento encontrada por Roca *et al* (1999) es el espíritu de lucha, donde se da la internalización de estrategias de afrontamiento de la enfermedad y expectativas de futuro, relacionado con un mayor espíritu de lucha en las situaciones. De acuerdo a los autores, las personas con este tipo de afrontamiento de espíritu

de lucha tendrían su sistema inmunológico bajo menor riesgo, necesitando una intervención psicoterapéutica mínima.

Inouye, Flannelly y Flannelly (2000) por su parte realizaron un estudio en Hawaii para determinar si un tratamiento en autocontrol y habilidades de afrontamiento tenía repercusión sobre la salud y el bienestar de personas con VIH. Dicho tratamiento se brindó de manera individual para determinar sus efectos independientemente del apoyo social que brindan las intervenciones grupales, sobre las que se han hecho la mayor parte de los trabajos de intervención.

Se incluyeron habilidades de autocontrol cognitivo conductuales, entrenamiento de manejo emocional y relajación asistida con retroalimentación biológica. El resultado del estudio demostró una mejora en el ánimo de los participantes, sus habilidades de afrontamiento y sus actitudes de salud, logrando una significativa disminución del odio, confusión, tensión, depresión y fatiga después de la intervención realizada, así como el uso de estrategias de afrontamiento más efectivas y un menor uso de estrategias no efectivas. Estas mejoras estuvieron acompañadas de un aumento de percepción de control interno de la salud.

Pernas, Iraurgi, Bermejo, Basabe, Carou, Paez y Cabarcos (2001) examinaron las diferencias en las formas de afrontamiento de personas toxicómanas y no toxicómanas con VIH en Galicia, sin encontrar diferencias significativas en la manera que las personas de ambos grupos afrontan su condición de seropositividad ni en cuanto a sus formas de afectividad. En ambos grupos se encontró que las formas de afrontamiento activas cognitivas y conductuales se asocian con una mayor afectividad positiva y una menor ansiedad, mientras que las formas de afrontamiento negativas se asocian a mayor depresión, afectividad negativa, ansiedad de rasgo y ansiedad estado.

En general, se encontró que ambos grupos utilizaban en mayor medida métodos activos-cognitivos de afrontamiento, seguido de formas activas-conductuales y en menor cantidad afrontamiento por evitación. Entre las estrategias más utilizadas están el crecimiento personal, la resignación y la rumiación, de las cuales la primera es considerada adaptativa y las otras dos se relacionan con estados afectivos negativos. Además, los investigadores



encontraron que el apoyo social puede funcionar como una forma de asistencia al afrontamiento (Pernas *et al*, 2001).

Más autores han trabajado el hecho de que es necesario que las personas con VIH desarrollen un afrontamiento funcional ante el estrés. Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora (2003) exploran los estilos de afrontamiento en relación con el apoyo social percibido de las personas con VIH en España y en Perú. Encontraron que el afrontamiento activo se presenta mediante estrategias como una confrontación adecuada de las emociones propias, crecimiento personal, distracción, expresión de emociones, demanda de información, búsqueda de apoyo emocional, potenciación de los recursos personales y espíritu de lucha.

Por otro lado se presenta el afrontamiento pasivo en donde se encuentran estrategias de fatalismo, negación, resignación pasiva, rumiación, desesperanza y aislamiento. Estas estrategias pasivas llevan a estrés emocional y depresiones lo que afecta negativamente el sistema inmune, mientras que el afrontamiento activo le da la posibilidad de un mayor bienestar psicológico que influye en la mejora de la respuesta inmunológica (Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003).

También se han realizado investigaciones de entrenamiento en habilidades de afrontamiento, como en el estudio clínico de Chesney, Chambers, Taylor, Johnson y Folkman (2003) realizado en San Francisco, Estados Unidos, con 149 hombres homosexuales o bisexuales con ánimo deprimido, niveles bajos de CD4 y edades entre los 21 y los 60 años. En su estudio compararon los efectos de un entrenamiento en habilidades de afrontamiento (elaborado teóricamente) con un grupo que recibía información sobre VIH, utilizando como grupo control una lista de espera. El estudio parte de la hipótesis de que enseñar estrategias adaptativas de afrontamiento a las personas con VIH les ayuda a reducir el estrés y aumentar su estado de ánimo positivo.

La intervención estuvo compuesta de 10 sesiones de 90 minutos con los temas: introducción al tema de afrontamiento (entrenamiento en apreciación y habilidades de comunicación), afrontamiento enfocado en la emoción, afrontamiento enfocado en el problema, habilidades de negociación, ejercicios de relajación y práctica de habilidades de

afrontamiento para estresores relacionados con el VIH, apoyo social, esperanza y establecimiento de nuevas metas, sabotaje del afrontamiento y recuperación del sabotaje (Chesney *et al*, 2003).

Los resultados obtenidos demostraron una disminución en el estrés percibido y un aumento de las habilidades de afrontamiento, comparado con los resultados obtenidos por un programa de información. Se encontró relación entre estados psicológicos positivos y un mejor afrontamiento de los aspectos negativos asociados a la enfermedad, así como un aumento en la autoeficacia de afrontamiento y un estado mental positivo.

En el desarrollo del tema del afrontamiento en personas con VIH ha sido importante la teoría de Lazarus y Folkman (1984/1986) sobre procesos de afrontamiento. De acuerdo a Núñez *et al* (2006) en su artículo publicado en Colombia, esta teoría permite la integración de distintos métodos y técnicas. Estos autores diseñaron dentro del enfoque procesual del estrés de Lazarus y Folkman (1984/1986) un modelo general de terapia psicológica para personas con VIH que tiene como eje el desarrollo de estrategias de afrontamiento de las personas ante todas las repercusiones que tiene la infección en su vida.

En su trabajo, Núñez *et al* (2006) proponen una intervención que retoma los procesos de afrontamiento. En primer lugar destacan la importancia de una evaluación integral del paciente, que permita determinar la problemática dentro del contexto de la persona. Los objetivos que plantean son determinar el foco de la intervención y las estrategias de afrontamiento a mejorar, promover un mayor autoconocimiento y determinar la manera en que la persona está afrontando el estrés “*tomando en cuenta las demandas psicosociales, la evaluación cognitiva, las estrategias de afrontamiento, los factores moduladores, las variables sociales, las respuestas del estrés y el estatus de salud.*” (Núñez *et al*, 2006, p.110).

La intervención pretende que las personas desarrollen un afrontamiento más adaptativo y beneficioso para su salud, afianzando la autonomía de la persona y enseñándole a prevenir y afrontar las situaciones de estrés. Núñez *et al* (2006) proponen cuatro etapas distintas de la terapia dependiendo del momento de la infección en que se encuentre el paciente.

En la fase de comunicación de resultados la intervención debe favorecer estrategias de afrontamiento a estar infectado y romper estereotipos sobre el sida y la muerte. Es importante desarrollar el manejo de cogniciones negativas sobre la infección, contrarrestar pensamientos negativos causantes de la ansiedad y depresión, expresar sentimientos y buscar apoyo emocional. Como técnicas proponen hablar de manera directa y facilitar la expresión de sentimientos (Núñez *et al*, 2006).

En la intervención durante la fase asintomática se establece como propósito la integración de la persona a la sociedad y los estilos de vida saludables. Se deben afianzar estos estilos de vida, lograr la automotivación, contrarrestar pensamientos negativos y practicar relajación. En la fase sintomática, cuando aparecen las enfermedades oportunistas y la persona desarrolla el sida, se establece que el propósito clave de la intervención debe ser orientar en el manejo de los síntomas y el estado emocional negativo asociado, reforzando las estrategias de afrontamiento enfocadas a manejar la tensión física y las emociones negativas. Se propone enfatizar la relajación, la ocultación de síntomas, el apoyo emocional y los pensamientos relacionados con la muerte (Núñez *et al*, 2006).

Finalmente, en la fase de preparación para la muerte, se establece como propósito facilitar la aceptación del proceso de muerte y la despedida. La intervención debe ser un acompañamiento empático para asumir la muerte como una etapa de la vida, ayudando a la persona a elaborar las emociones negativas (Núñez *et al*, 2006).

Por su parte, en Canadá Kowal, Overduin, Balfour, Tasca, Corace y Cameron (2008) estudiaron la relación entre afrontamiento, síntomas depresivos y calidad de vida. Las estrategias de afrontamiento pueden mejorar o empeorar los aspectos físicos y psicológicos de la persona con VIH, incluido el dolor. Enfrentar estresores de una manera activa se asocia con un aumento en la calidad de vida, mientras que hacerlo de una manera rumiativa y emocional se asocia con una menor calidad de vida. Además, encontraron relación entre un afrontamiento orientado a la acción y una disminución de los síntomas depresivos. Sin embargo, en personas en estados avanzados de la enfermedad se encontró que un afrontamiento más pasivo y centrado en la emoción se asocia con una calidad de vida mejor (Kowal *et al*, 2008).

A partir de estos resultados, recomendaron realizar intervenciones cognitivo conductuales o psicoeducativas sobre el uso de estrategias adaptativas de afrontamiento y facilitar los cambios de comportamiento para mejorar la calidad de vida. Además, propusieron el uso de modelos de tratamiento interdisciplinarios o multidisciplinarios como los utilizados en otras enfermedades crónicas, incluyendo tratamiento físico, psicológico, social y en algunos casos espiritual.

Por su parte, Kraaij, Garnefski, Schroevers, Van der Veek, Witlox y Maes (2008) estudiaron la relación entre el afrontamiento cognitivo, la autoeficacia y el crecimiento personal con hombres homosexuales con VIH en Holanda. Encontraron que el uso de estrategias como el reenfoque positivo, la revaloración positiva y poner en perspectiva se relacionó con un mayor crecimiento personal, así como un menor uso de la estrategia de culpar a otros. La percepción de autoeficacia (llevar a cabo las metas a pesar de las limitaciones que la infección pudiera implicar) se relacionó con un mayor crecimiento personal.

Con base en estos resultados, Kraaij *et al* (2008) proponen que se pueden ofrecer intervenciones cognitivo conductuales para mejorar el crecimiento personal en personas con VIH, con un enfoque en el contenido de pensamientos y el ajuste de las metas, combinando estrategias cognitivas de afrontamiento positivas con la autoeficacia para cumplir metas.

Un año después, García, Carpe, Rodríguez, Govín y Masjuan (2009) realizaron un estudio en Cuba con 27 personas portadoras de VIH que no presentaban depresión. Encontraron que las personas para poder afrontar la situación inicialmente utilizaron estrategias de evasión como mantenerse ocupadas ya fuera trabajando o estudiando, con el objetivo de distraerse. Después, buscaron el apoyo a la familia y posteriormente del sistema de salud, cooperaron con el tratamiento y se acercaron a una religión, lo que denota un replanteamiento de vida en busca del desarrollo personal. También se destaca que las personas al analizar su vida como portadoras de VIH realizan un replanteamiento positivo considerando que la infección les había aportado algo positivo y les había permitido ser mejores personas espiritualmente y con los demás.

Gaviria, Quiceno, Vinaccia, Martinez y Otalvaro (2009) estudiaron en Colombia las estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en hombres adultos jóvenes de nivel educativo alto, laboralmente activos y con dos años de diagnosticados. No se encontraron niveles clínicamente significativos de ansiedad y depresión. Se encontró un alto uso de estrategias focalizadas en el problema (de tipo cognitivo), búsqueda de apoyo en la religión y los profesionales de salud, empleo de estrategias de control emocional, con un poco uso de estrategias de reacción agresiva. Las estrategias más relevantes para encontrar solución cognitiva a sus problemas físicos y emocionales fueron la búsqueda de alternativas, refrenar afrontamiento, reevaluación positiva, la religión y la búsqueda de apoyo profesional.

En otro estudio, Vargas, Cervantes y Aguilar (2009) realizaron un estudio en México relacionado con estrategias de afrontamiento en personas con VIH en el cual participaron 20 personas. Identificaron que las personas en los primeros años del diagnóstico recurren a estrategias como el auto aliento, el humor y presentan más capacidad para hacer planes personales. Por otro lado, la estrategia de desahogo se presenta más en las personas que tienen más de cinco años de haber sido diagnosticadas, y presentan una ligera reducción de la confrontación activa.

En el estudio se recomienda dar mayor apoyo a las personas que poseen más tiempo de diagnóstico para que puedan seguir luchando a pesar de la infección y fomentar la búsqueda de información por parte de las personas. Por último, afirman que no existe una estrategia de afrontamiento “dorada” para esta población y se debe evaluar cada caso para desarrollar o fomentar la que mejor le convenga.

La revisión de estas investigaciones revela la importancia de un adecuado afrontamiento en personas con VIH y de ubicar las mejores estrategias para ayudar a la persona a desarrollar un afrontamiento funcional.

## ***1.2 Antecedentes en Costa Rica***

Diferentes disciplinas han aportado información en el tema de VIH para brindar una mejor atención a las personas infectadas y en nuestro país se han desarrollado investigaciones que han ayudado a mejorar la calidad de vida de estas personas. A continuación se presentan aquellos trabajos investigativos realizados en Costa Rica que son relevantes para el presente estudio, formulados desde las disciplinas de Trabajo Social y Psicología.

### ***1.2.1 Trabajo Social***

El inicio de la investigación en este tema por parte de las ciencias sociales se dio desde Trabajo Social. En la Universidad de Costa Rica inician los trabajos finales de graduación sobre el sida a finales de los años 80 e inicios de los años 90 (Davis, Méndez, Ulate y Ulate, 1989; Frajman, 1992; Hidalgo y Flores, 1992; Quirós, 1992).

Güell (1999) investigó los efectos sociales que tiene en las personas conocer su diagnóstico de VIH positivo, que inciden negativamente en su autocuidado y estilos de vida. Diseñó una experiencia de intervención terapéutica desde Trabajo Social con un enfoque cognoscitivo, para reestructurar el pensamiento identificado en hombres homosexuales portadores del virus que causa culpa, ansiedad, temor, ira y depresión. Aunque se trató de un grupo terapéutico con enfoque cognoscitivo se incluyeron técnicas de otros modelos, en una terapia breve grupal de 20 sesiones con 8 personas.

En su intervención, Güell (1999) identificó que los participantes experimentaban una serie de distorsiones cognoscitivas previas a la aparición del virus que conformaban una cosmovisión alrededor de la culpa, el castigo y la anormalidad tras el descubrimiento de la orientación sexual, las cuales se acentuaron tras el diagnóstico.

Con la mejoría en el tratamiento farmacológico, nace la necesidad de hablar sobre el proyecto de vida, ya que las personas empiezan a tener más tiempo para vivir pero no logran saber cómo enfrentar su nueva condición de vida y cumplir sus metas.

Así Warner (2005) realizó en el Hospital San Juan de Dios una experiencia grupal para establecer un proyecto de vida de personas con VIH. Señala que después de recibir el diagnóstico positivo las personas sufren una crisis psicosocial que les hace pensar que su vida se acabó y pierden el interés por las metas que se habían propuesto, por lo que se debe intervenir para que las personas entiendan que pueden continuar con su vida.

La intervención busca fortalecer recursos internos y externos para mejorar la calidad de vida estableciendo un proyecto de vida, el cual es fundamental para lograr la satisfacción personal. Para establecer el proyecto de vida la persona con VIH puede escoger una de dos opciones, la primera es redefinir el proyecto que ya tenía, realizando los cambios necesarios. La segunda opción es establecer un proyecto de vida nuevo en donde se concreten estilos de vida que antes no se tenía (Warner, 2005).

Por su parte, López y Monge (2005) realizaron una investigación con mujeres embarazadas y/o con hijos menores de 18 meses que viven con VIH en el que ubicaron factores de vulnerabilidad y recursos personales. Encontraron que el afrontamiento que estas mujeres tuvieron a su diagnóstico estuvo intrínsecamente ligado con sus historias de vida y el apoyo familiar. Además, determinaron que no existía en ellas un concepto claro de la enfermedad y en su lugar tenían muchos mitos, estereotipos y prejuicios.

Entre sus recursos, identificaron una conexión entre las fortalezas personales y el apoyo de la familia. No se identificaron recursos comunitarios, siendo más bien encontrada una situación de aislamiento social. En cuanto al apoyo institucional, la CCSS fue la única señalada como un recurso de apoyo (López y Monge, 2005).

### ***1.2.2 Psicología***

En las primeras investigaciones sobre el tema del VIH en el área de Psicología aparece el trabajo sobre afrontamiento realizado por Gutiérrez (1994), quien entiende el “afrontamiento al sida” como los esfuerzos cognitivos-comportamentales que se dirigen a superar, controlar o amortiguar las amenazas de la enfermedad. Considera que las estrategias que utilizan los individuos no responden a la información que reciben sobre el sida, sino a la

interpretación que le dan de acuerdo a su personalidad. Señala que quien presenta negativismo y tiene los tipos de afrontamiento negación/fatalista y religión logra mantener un equilibrio emocional a expensas de no controlar las amenazas del sida.

Durán (2004) realizó una investigación sobre el impacto de la infección en el proyecto de vida y en la autopercepción de hombres homosexuales y mujeres heterosexuales con pareja. No encontró mayores diferencias entre los grupos en las ideas y las reacciones emocionales que presentan al recibir el diagnóstico, pues experimentan desde miedo a la muerte hasta incertidumbre al preguntarse por qué les ha tocado vivir dicha situación. En cuando al área laboral, reciben un gran impacto debido a la infección.

Por otro lado, después de aceptar el diagnóstico y pasar la crisis inicial se encontró que las personas logran establecer un plan a futuro apropiado a sus condiciones. Además, el estudio encontró que para ambos grupos la religión juega un papel importante. En ocasiones las personas mejoran la relación con Dios después del diagnóstico y quienes poseían creencias firmes y activas se sienten más seguras al hacer frente a la enfermedad. En ambos casos la familia resultó un punto de apoyo. Las personas pueden replantear su vida de manera positiva y vivir con el virus en su cuerpo. El virus no es una sentencia de muerte, e incluso en muchas ocasiones es una oportunidad de superarse (Durán, 2004).

Con un diseño metodológico similar al de esta investigación, Benavides (2006) realizó un manual de intervención psicológica desde la perspectiva cognitivo conductual en psicología de la salud y medicina conductual para desarrollar adherencia a la terapia antiretroviral. Para ello, la autora realizó entrevistas con profesionales (de Medicina, Trabajo Social y Psicología) que trabajan con la población y a personas con VIH.

El manual diseñado constó de cuatro secciones. La primera desarrolla aspectos generales teóricos e históricos sobre el virus, el tratamiento y la adherencia. En la segunda sección se realiza una serie de consideraciones clínicas y objetivos de intervención. La tercera está constituida por las estrategias de evaluación y técnicas de intervención y en la cuarta se presentan las técnicas que se pueden utilizar en el desarrollo del tratamiento. Se proponen 12 sesiones de atención.



En otro estudio, Meza y Vargas (2007) realizaron un estudio de casos con mujeres que habían sido infectadas por su pareja, en el que encontraron que las estrategias usadas por estas mujeres se caracterizan por comunicar su condición solo a personas cercanas, mientras que la formación de nuevas relaciones con personas en situaciones similares toma una gran importancia, así como utilizar el apoyo religioso como fuente de fortaleza.

Por otro lado, dentro de las investigaciones más recientes se encuentra la de Alvarado (2008) quien realizó en la Clínica de Coronado una intervención desde el modelo cognitivo conductual emocional para mejorar su calidad de vida de personas con VIH. Realizó intervenciones psicoterapéuticas individuales dentro de las cuales les ayudó a identificar los principales estresores en su vida cotidiana y dio importancia a la adquisición y fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento.

Se dio énfasis a las estrategias de afrontamiento activo frente a estresores psicosociales. En la intervención se incluyeron la relajación, ejercicios de respiración, identificar emociones y aprender a controlarlas así como el trabajo en la percepción de autoeficacia para prevenir complicaciones de salud, valorar factores de protección y de riesgo y adquirir/mantener hábitos saludables.

Alvarado (2008) encontró que en la mayoría de los casos las personas consultaban la atención psicológica por situaciones de su vida en general (estresores psicosociales) y no necesariamente por aspectos relacionados directamente con el diagnóstico de VIH. Además determinó que en ocasiones las personas presentan conductas de evitación ante el diagnóstico y el tratamiento, lo que provoca que su situación de salud se agrave y que el contagio del virus se disperse.

Como parte de su trabajo, Alvarado (2008) estructuró un programa de intervención cognitivo conductual emocional para la mejora en la calidad de vida de un grupo de mujeres adultas que viven con VIH, aunque no llegó a aplicarlo. La intervención propuesta busca desarrollar cuatro áreas: habilidades y estrategias cognitivas, habilidades de control de la activación emocional, habilidades conductuales y habilidades de afrontamiento paliativo; en esta última utiliza técnicas para cambiar la perspectiva, la expresión de las emociones, el uso

del apoyo social, la aceptación y afrontamiento de los cambios en la salud debido a la enfermedad.

En este programa, estableció dos fases; la primera de evaluación inicial en donde se realiza una entrevista conductual cuyo objetivo es conocer las reacciones ante el diagnóstico. La segunda fase se refiere a la aplicación del programa grupal. Este consta de 12 sesiones y cada una tiene un eje temático: modelo de intervención, adherencia, técnicas de relajación y su relación con el sistema inmunológico, repertorio de conductas saludables, expresión asertiva de emociones, redes de apoyo social, plan de actividades personales placenteras, y derechos humanos y el VIH.

Alvarado (2008) recomienda que se continúen desarrollando propuestas de trabajo con esta población que vayan más allá de solamente información y psicoeducación sobre la infección. Agrega que las propuestas deben considerar las particularidades del contexto y que se deben buscar factores de riesgo y factores protectores para ayudar al bienestar de la población. También señala que se deben tomar en cuenta tanto a aquellas personas que acaban de recibir el diagnóstico como a quienes tienen muchos años de convivir con el virus. Otra recomendación que aplica a su programa es que en caso de que alguna de las personas participantes posea problemas con el consumo de sustancias lleve un tratamiento paralelo.

Después de este repaso en los principales antecedentes de la investigación, es necesario estudiar los principales conceptos en los cuales se enmarca el presente trabajo.

## 2. Marco conceptual

A continuación se presentan los principales conceptos necesarios para el desarrollo y comprensión de la presente investigación. Se explicarán los conceptos de VIH/sida y sistema inmunológico, así como estrés y afrontamiento. Además, se revisará la definición de medicina conductual y del modelo cognitivo conductual emocional, en los que se enmarca el programa de intervención.

### 2.1 VIH/sida

El sida es un conjunto de síntomas que se caracterizan por la deficiencia del sistema inmunitario de la persona. De acuerdo a Hall (2003) es la manifestación más severa de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). El VIH es un microorganismo que sólo puede desarrollarse en el interior de una célula viva y que se reproduce en las células CD4<sup>1</sup>; el virus las debilita y las células mueren (Espada, Lloret, García, Gázquez y Méndez, 2006).

En resumen, el VIH altera la respuesta inmunitaria al destruir las células CD4, además de tener otros efectos adversos que desencadenan en el descenso de las células inmunitarias (Abbas, Lichtman y Pober, 2000). Cuando estas células desaparecen, el organismo se ve expuesto a diversas enfermedades (Asociación Costarricense de personas que viven con VIH-sida ASOVIH-SIDA, 1995; Espada *et al*, 2006).

Hall (2003) señala que el VIH puede estar en cualquier fluido corporal que tenga plasma o linfocitos (sangre, semen, secreciones vaginales, leche, saliva, exudados de heridas), pero se transmite sólo cuando el contacto implica una cantidad suficiente de virus. Por lo tanto existen tres formas básicas de transmisión; la primera es por el contacto sexual íntimo, la mayoría de los casos por las relaciones sexuales coitales. La segunda vía de transmisión es la transmisión sanguínea, la cual se produce al introducir en el cuerpo sangre infectada. Esto suele suceder por las agujas compartidas en personas que consumen drogas. Finalmente, la

<sup>1</sup> Células del sistema inmunológico.

tercera vía es la transmisión vertical, de una madre a su hijo; es la principal causa del sida pediátrico, y puede ocurrir en el útero, durante el parto o a través de la leche materna (Abbas, Lichtman y Pober, 2000).

El curso de la enfermedad es lento, ya que aunque el virus va destruyendo células inmunitarias, el sistema va generando nuevas. Después de un tiempo, que varía según la persona, el virus se vuelve activo y aparecen una serie de enfermedades que caracterizan el sida. Por esta razón se denomina personas VIH positivas (seropositivas, asintomáticas) a las personas que tienen el virus pero lucen sanas y se sienten bien, aunque de igual forma pueden transmitir el virus (González, 2003).

Se han identificado cuatro etapas por la que atraviesa la infección por VIH como se representan en la tabla I (Abbas, Lichtman y Pober, 2000; Espada *et al*, 2006; Sánchez, 2001):

**Tabla 1** Fases de la infección

<i>Fase</i>	<i>Explicación</i>	<i>Duración- momento</i>	<i>Síntomas</i>
<b><i>Infección inicial</i></b>	Hay una respuesta inmunitaria como ante cualquier virus.	Inmediatamente después de que se adquiere el virus hasta unas 3 semanas.	No se suelen presentar síntomas, algunas personas presentan síntomas parecidos a una gripe, como fiebre, dolor de cabeza, dolor de garganta con faringitis, entre otros, lo que es llamado síndrome agudo por VIH.
<b><i>Fase ventana</i></b>	El virus no puede ser detectado, pero es posible transmitirlo.	Puede ser un periodo de aproximadamente 3 semanas si se cuenta con una prueba ELISA de cuarta generación.	Puede no presentar síntomas o algunos síntomas recurrentes similares a los de la gripe.
<b><i>Fase asintomática o fase latente</i></b>	El virus continúa replicándose, es detectable en las pruebas de laboratorio, no suelen presentarse síntomas.	Puede durar normalmente un promedio de 6 años. Si es de progresión rápida entre 1 y 3; si es de progresión lenta entre 10 y 14 años.	Algunas personas presentan el “ <i>complejo relacionado con el SIDA</i> ” que se trata de fiebres, sudores nocturnos, pérdida de peso, diarrea y brote cutáneo, sudoración nocturna, inflamación de ganglios, candidiasis bucal, fiebre.

<b><i>Fase sintomática</i></b>	La cantidad de células CD4 desciende por debajo de los 250/mm <sup>3</sup> y se desarrolla el sida. En Costa Rica se medica a las personas a partir de los 350/mm <sup>3</sup> por considerarse que se encuentran en alto riesgo de desarrollar esta fase.	La duración de la etapa depende de la complicación de salud que presente la persona.	Infecciones oportunistas, neoplasias, pérdida de peso, diarrea, tumores malignos y degeneración del sistema nervioso central, complejo de demencia del sida (pérdida de memoria y alteraciones neuropsiquiátricas no específicas). Las personas se ven afectadas por infecciones que no tendrían efecto en personas inmunocompetentes.
--------------------------------	--	--	--

La detección del virus se realiza a través de pruebas de detección de anticuerpos y antígenos. Dentro de las pruebas que se utilizan para detectar los anticuerpos están la prueba de inmunosorción enzimática, que es la más común (Enzyme Linked Immuno Sorbent Test Assay: ELISA) y también están las pruebas rápidas y sencillas (R/S). Tras realizar alguna de estas pruebas se analizan los resultados; si la prueba es negativa, se considera a la persona como VIH-negativa y no se realizan más pruebas. Por el contrario si la primera prueba es positiva se debe comprobar con alguna otra como la Western Blot o el inmunoanálisis en línea (LIA) (Bartlett y Finkbeiner, 1996; Gómez y Marini, 2011; ONUSIDA, 2000). Existen otras pruebas de confirmación como la inmunofluorescencia indirecta (IFI) o la radio inmuno precipitación (RIPA) (Gómez y Marini, 2011). También se realizan pruebas de antígenos víricos como el p24<sup>2</sup> que permite identificar partículas del virus en la sangre, esta prueba puede realizarse desde una semana después de la infección hasta 3-4 semanas después (Gómez y Marini, 2011; Hall, 2003). El periodo de detección se habla generalmente de que tarda unos 6 meses, pero en la CCSS se pueden utilizar pruebas del antígeno p24 que permiten la detección 15 días después de la infección.

La infección por VIH no tiene cura en la actualidad, de manera que la persona tendrá el virus en su organismo de por vida. Sin embargo, se considera una enfermedad crónica, ya que

---

<sup>2</sup> Proteína encontrada en el VIH.

se puede tratar por medio de los medicamentos antirretrovirales. Este tratamiento farmacológico es complejo y delicado, pues implica inhibir la replicación del virus y al mismo tiempo los efectos negativos de los fármacos. Para ello se administran varios productos que conforman la denominada terapia antirretroviral altamente activa (HAART por sus iniciales en inglés o TARV por sus siglas en español). Con este tratamiento la persona puede extender largo tiempo su condición asintomática (Hall, 2003, Sánchez, 2001).

El tratamiento es a largo plazo, y el incumplimiento puede provocar la resistencia a los fármacos, lo que sería un problema ya que existe una determinada cantidad de esquemas de tratamiento y al no cumplir con las indicaciones de los medicamentos se podrían ver limitadas las opciones de medicación para la persona. Además, el consumo de los antirretrovirales implica exámenes frecuentes para determinar el descenso de la carga viral y el conteo de células CD4. Por estas razones, Hall (2003) señala que es necesario que la persona cumpla mínimo entre el 90% y el 95% de las dosis para que esta funcione adecuadamente.

Sin embargo, el tratamiento farmacológico no es el único necesario para las personas con VIH. Además de este se requiere intervención psicológica ya que la infección implica una serie de consecuencias de tipo psicosocial y lograr mantener un bienestar psicológico puede repercutir en un buen estado de salud. Una vez que la persona recibe el diagnóstico deberá pasar por el proceso de adaptación que puede durar entre 3 y 6 meses. La manera en que la persona se adapte influirá en el curso posterior a la enfermedad. Se debe considerar que en general las personas seropositivas son vulnerables a los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Espada *et al*, 2006).

Es necesario conocer lo que implica el diagnóstico de VIH para ayudar a la persona a desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas para hacer frente a los problemas que se generan en todas las áreas de su vida a raíz del diagnóstico. Desde la Psicología se debe intervenir para ayudar a la persona a afrontar las situaciones y encontrar el bienestar psicológico, biológico y la reinserción social. Debe buscar un cambio en el significado de la infección, ayudar a la persona a continuar con su vida y propiciar la adaptación social y funcional (Arranz, 1994; Calderón, 1999; Moreno, Perera y Sánchez, 1999; Uribe, 2005).

## 2.2 Sistema Inmunológico

El sistema inmunológico o sistema inmune trabaja en el organismo bajo el principio de protegerlo de todo lo que sea extraño (Gómez de la Concha, Boimorto y Fernández, 1995). Según Abbas, Lichtman y Pober (2000) “una definición más completa y moderna considera a la inmunidad como una reacción a las sustancias extrañas, incluyendo a los microorganismos así como a macromoléculas [...] sin que dicha reacción tenga una repercusión, fisiológica o patológica” (p. 4).

Existen dos tipos de inmunidad, la primera innata o inespecífica que es la que está antes de entrar en contacto con el agente extraño y después de este contacto sigue igual, este tipo de inmunidad es la primera línea defensiva (Abbas, Lichtman y Pober, 2000; Gómez de la Concha, Boimorto y Fernández, 1995).

El segundo tipo de inmunidad es la específica o adquirida, la cual se desarrolla cuando el organismo tiene contacto con el agente extraño y luego se guarda memoria de este encuentro, esto hace que se pueda dar una respuesta más fuerte y eficaz en posteriores contactos con el agente extraño (Abbas, Lichtman y Pober, 2000; Gómez de la Concha, Boimorto y Fernández, 1995).

El sistema inmunológico posee gran cantidad de células. Dentro de las más importantes se encuentran (Gómez de la Concha, Bustos y Caturla, 1995; Martínez, 2009):

- **Linfocitos T:** es la primera población de células que se estimula en una respuesta inmune, estas células se encargan de colaborar con todo tipo de respuestas inmunes. Antes de ser Linfocitos T maduros, sufren de una diferenciación en donde “*van modificando determinadas estructuras en su superficie*” (Gómez de la Concha, Bustos y Caturla, 1995, p. 5). Así que se utilizan las siglas CD (*cluster of differentiation*, grupos de diferenciación) para nombrar a los timocitos (Linfocitos T inmaduros), “*los timocitos inmaduros a su paso por la corteza [del Timo<sup>3</sup>] adquieren pronto los antígenos de diferenciación CD1, CD2, CD5, CD4, CD8 y*

<sup>3</sup> El timo es un órgano del sistema linfático, responsable de la maduración de los linfocitos T.

*pequeñas cantidades de CD3*” (Gómez de la Concha, Bustos y Caturla, 1995, p. 5).

- **Linfocitos B:** son las células encargadas de producir inmunoglobulinas. Salen de la médula ósea y pasan a los órganos linfoides secundarios<sup>4</sup>. Estas células son las que después de estar en contacto con el antígeno producen células de memoria.
- **Linfocitos no-B y no-T:** Tienen una función citotóxica<sup>5</sup> en dos vías, citotoxicidad natural por lo que a las células se les denomina NK (*Natural Killer*) y la segunda vía es la citotoxicidad natural dependiente de anticuerpo a estas se les llama células K.

Para desarrollar una respuesta inmune se deben atravesar tres fases, en la primera (fase de reconocimiento) los linfocitos T y B reconocen el agente extraño, en la segunda (fase de activación) se activan las células necesarias para responder ante el antígeno y en la tercera (fase efectora) se elimina el agente extraño. El VIH también es un agente extraño pero en su caso afecta directamente el sistema inmunológico como ya se ha explicado.

Sin embargo, otros factores además de los agentes extraños pueden afectar el desempeño del sistema, como el estrés, ya que posee efectos inmunosupresores (Leiva, Alfaro y Soto, 2008; Martín, Cano, Pérez, Aguayo, Cuesta, Rodríguez y Pujol, 2002; Valdez y Flores, 1985).

### **2.3 Estrés**

No existe una definición concluyente de estrés; sin embargo es posible entenderlo de manera general como un estado de activación ante diferentes demandas ambientales (Carrobbles, 1995). González (1994) explica que Cannon determinó la reacción de lucha o huida que se presenta cuando el organismo, por supervivencia, desarrolla ante cualquier estresor físico o social sentimientos como el miedo y/o el enojo. Sandín (2003) agrega que la importancia del trabajo de Cannon estuvo en determinar que el cuerpo puede reaccionar

<sup>4</sup> Los órganos linfoides secundarios son el bazo, los ganglios linfáticos y el tejido linfoide, estos órganos se distribuyen a lo largo del tubo digestivo y sistema circulatorio (Gómez de la Concha, Bustos y Caturla, 1995).

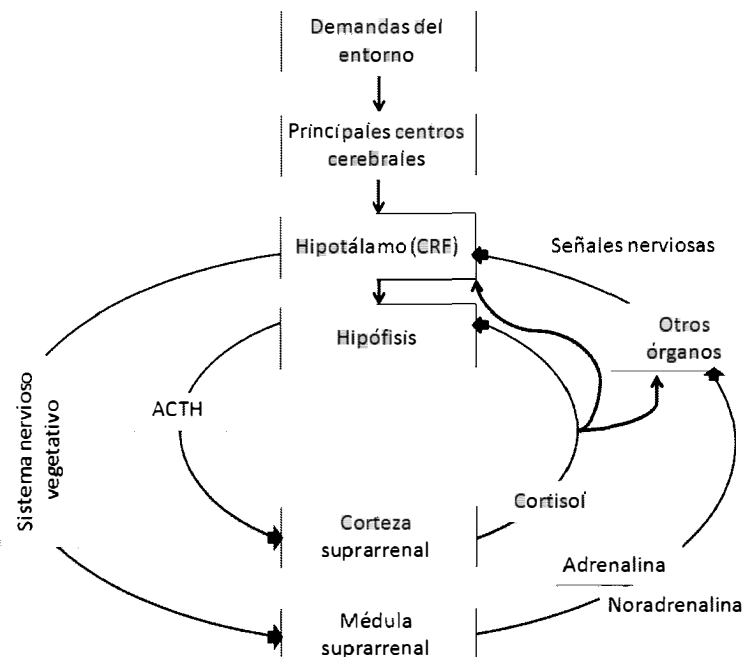
<sup>5</sup> Función de destruir ciertas células, como las células extrañas, células cancerosas y células infectadas por un virus.



fisiológicamente ante estímulos estresantes de tipo social más que a los estresores físicos. Según Méndez, Olivares y Quiles (2001) esta preparación para la huida o la defensa es una función adaptativa del organismo y no es perjudicial en sí misma.

El concepto de estrés fue popularizado por Hans Selye en 1936 definiéndolo como los cambios psicofisiológicos producidos en el organismo al ser expuesto a una situación desagradable. Selye propuso el Síndrome General de Adaptación (SGA), que consiste en las reacciones del organismo ante una exposición continua al estrés. En este síndrome se analiza el estrés como un proceso de tres etapas: reacción de alarma, etapa de adaptación o resistencia y etapa de agotamiento (Amigo, 2000; Carrobles, 1995; González, 1994).

1. **Reacción de alarma:** se producen cambios a nivel psicofisiológico y comportamental para compensar la demanda que se presenta, se libera corticoides para preparar el cuerpo ante una situación física o mental agotadora (Amigo, 2000; Carrobles, 1995; González, 1994).
2. **Etapa de adaptación o resistencia:** el organismo se ve obligado a mantener la sobre-activación (Amigo, 2000; Carrobles, 1995). Esta activación se produce en el sistema nervioso central y tiene efectos en el sistema endocrino (Valdez y Flores, 1985). La cadena de activación afecta el eje cortico-hipotalámico-hipofisiario-suprarrenal (eje HPA). Se desencadena con la evaluación de una situación como estresante por parte de la corteza cerebral, que provoca una activación del hipotálamo y segrega el factor liberador de corticotropina que da la señal en la hipófisis de segregar la hormona adenocorticotropina. Esta se libera a la sangre y llega a las glándulas suprarrenales, produciendo la liberación de hormonas glucocorticoides. Este eje se puede ver graficado en la figura 1 (Bryce, 2001; Valdez y Flores, 1985). Carlson (1996) menciona que los glucocorticoides a largo plazo poseen efectos negativos en el cuerpo de la persona, ya que pueden causar aumento de la presión sanguínea, daños en tejido muscular, supresión del sistema inmunológico, entre otros efectos.



**Figura 1** Eje cortico hipotalámico hipofisario suprarrenal (Eje HPA)

3. **Etapa de agotamiento:** se termina la activación del organismo, ya que no puede ser mantenida indefinidamente. Aparecen signos de cansancio, como sudor, ansiedad, inquietud y dolores en el cuerpo (Amigo, 2000; Carrobles, 1995; Gabinete Psicopedagógico UGR, 2001).

A través de los años se han realizado grandes esfuerzos para explicar el estrés considerando todos estos aspectos, Lazarus y Folkman (1984/1986) presentan el estrés como producto de la interacción entre la persona y el entorno, ya que se presenta cuando algo en el entorno es valorado por la persona como una amenaza o como un evento que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar.

Se debe tener presente la importancia del componente cognitivo dentro de la concepción del estrés, ya que lo que determina si una relación individuo-ambiente desborda o no los recursos de la persona es la evaluación cognitiva de esa persona (Lazarus y Folkman, 1984/1986).

Se presentan tres clases de valoraciones cognitivas, la primera es cuando la persona valora la situación que se le presenta esta puede ser irrelevante, positiva o bien estresante (daño/perdida, de amenaza o de desafío). La segunda evaluación cognitiva se da cuando la persona analiza lo que debe y puede hacer. El tercer tipo de valoración cognitiva es la llamada “reevaluación” que se presenta cuando se realiza un cambio en la evaluación previa a partir de recibir información nueva, ya sea de la misma persona o del entorno. La reevaluación en ocasiones se debe a resultados de esfuerzos cognitivos de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984/1986).

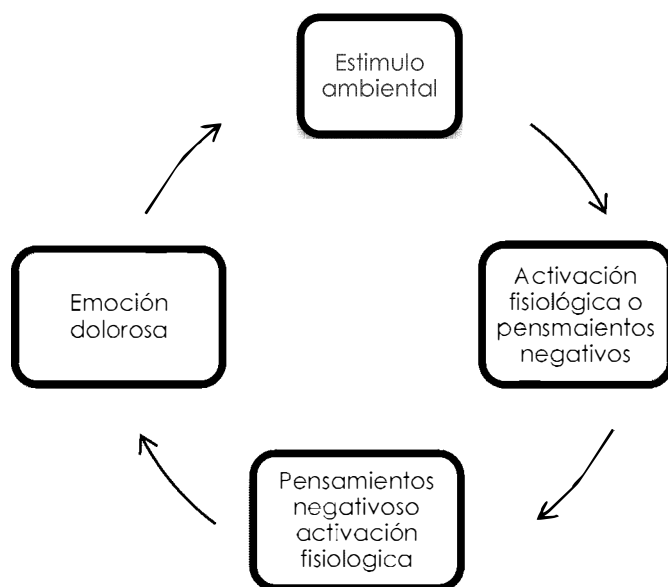
La valoración de daño/pérdida se relaciona con un daño que ya ha sucedido; la valoración de amenaza con un daño anticipado y la de reto con la posibilidad de obtener una ganancia de la experiencia. También puede haber una valoración de la situación estresante como beneficio (Lazarus y Folkman, 1987).

La valoración cognitiva que realice cada persona sobre sus capacidades para hacer frente a una situación va a generar emociones que deben ser tomadas en cuenta al valorar el concepto de estrés. La pérdida se relaciona con enojo o tristeza, la amenaza con ansiedad y miedo, los retos con ansiedad mezclada con excitación (Folkman, 2010). La calidad e intensidad de la reacción emocional va a depender de factores de personalidad y los estilos de afrontamiento de cada persona (Lazarus y Folkman, 1987).

Debe considerarse además que, aunque las emociones negativas son las que caracterizan principalmente el estrés, las emociones positivas que se presentan deben ser tomadas en cuenta, ya que se relacionan con la restauración de recursos fisiológicos, psicológicos y sociales para el proceso de afrontamiento, así como con proveer motivación y alivio a la persona (Folkman, 2008).

Esto debe considerarse al visualizar el circuito de retroalimentación negativo generado por el estrés, ya que su mente y su cuerpo envían señales que se influyen mutuamente. Esta retroalimentación puede ser en dos vías (Umaña y Mejía, 2008): En la primera, la persona reacciona ante un estímulo ambiental con una activación fisiológica y esta activación genera pensamientos negativos que hacen a la persona sentirse ansiosa, colérica, deprimida, entre

otras emociones dolorosas; esto hace a la vez que la activación fisiológica aumente y empiece de nuevo el circuito del estrés. En la segunda vía, la persona ante un estímulo ambiental reacciona con pensamientos negativos y estos generan una activación fisiológica que genera la emoción dolorosa que a la vez aumenta los pensamientos negativos y el círculo inicia de nuevo (ver figura 2).



**Figura 2** Circuito del síndrome del estrés, basado en Umaña y Mejía (2008)

Por esta razón, para la intervención del tratamiento del estrés se busca romper este circuito de retroalimentación modificando algunos de los tres elementos básicos, el ambiente, los pensamientos negativos o las respuestas fisiológicas (Umaña y Mejía, 2008) para así lograr un bienestar general en la vida de la persona.

El estrés es un proceso normal y adaptativo pero con propensión a convertirse en un problema de sobre activación crónico (Carrobes, 1995). Los efectos del estrés crónico pueden catalogarse como inmunosupresores y se manifiestan en infecciones, reacciones alérgicas, enfermedades autoinmunes, entre otras (Leiva, Alfaro y Soto, 2008; Martín, Cano, Pérez, Aguayo, Cuesta, Rodríguez y Pujol, 2002; Valdez y Flores, 1985).

## 2.4 Afrontamiento

En 1984, Lazarus y Folkman, establecieron que el estrés debe concebirse como una relación entre la persona y el entorno, pues se presenta cuando éste es evaluado como amenazante o excesivo a los recursos personales y por tanto pone en peligro el bienestar. Estos autores definen el proceso de afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales que se utilizan para manejar las demandas específicas externas o internas que son consideradas como excedentes a los recursos del individuo. Estos esfuerzos están en constante cambio pues es un proceso que se desarrolla conforme se presentan dichas demandas (Lazarus y Folkman, 1984/1986). Además también debe considerarse la dimensión de la emoción como otro de los componentes que se evalúan en el proceso de afrontamiento.

El afrontamiento es un proceso caracterizado por tres aspectos: el primero son las valoraciones del individuo sobre lo que realmente piensa o hace, en contraposición a lo que normalmente hace o haría ante determinadas situaciones. El segundo aspecto se refiere al contexto específico en el que se analiza lo que el individuo piensa o hace, ya que el afrontamiento depende de la situación en que se desenvuelve. El tercer aspecto que caracteriza al afrontamiento como proceso es que se va dando un cambio en las cogniciones y las conductas de las personas conforme se desarrolla la interacción con el entorno.

El afrontamiento implica una constante interacción con el medio, por tanto es necesario que las personas constantemente estén evaluando su entorno. Casado (2002) menciona que siempre se realiza una evaluación primaria y una evaluación secundaria. La primera es cuando la persona evalúa la situación y la analiza como amenazante y la segunda cuando la persona evalúa los recursos que posee para afrontar la situación. Ante esta segunda evaluación hay dos posibles resultados: que la persona considere que sus recursos son suficientes y asuma la situación como un reto o desafío a enfrentar, o bien, que considere que no posee recursos y califique la situación como una amenaza y se sienta desbordada por la misma (Casado, 2002).

Se debe considerar que el afrontamiento no posee etapas específicas a seguir, según Lazarus y Folkman (1984/1986) las etapas que otros autores mencionan “*pueden ser el simple reflejo de las demandas físicas o ambientales cambiantes y de las correspondientes secuencias*

*internas que tienen lugar en el sujeto” (p. 169).*

El afrontamiento posee dos funciones primordiales, la primera es manipular o modificar el problema y la segunda modificar la respuesta emocional que provoca el problema. Así se localizan dos tipos de afrontamiento: el afrontamiento dirigido al problema y el afrontamiento dirigido a la emoción (Casado, 2002; Lazarus y Folkman, 1984/1986; Vázquez, Crespo y Ring, 2000). Cada tipo de afrontamiento utiliza diferentes estrategias las cuales son definidas por Solís y Vidal (2006) como los *“procesos concretos y específicos que se utilizan en cada contexto y pueden ser cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes”* (p.35).

Por su parte Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango y Aguirre (2006) especifican que estos procesos son un *“conjunto de recursos y esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación”* (p. 328). Para esta investigación las estrategias de afrontamiento se entienden como procesos cognitivos, emocionales y/o conductuales que se utilizan para cambiar la situación que ha sido evaluada como amenaza o para disminuir el malestar emocional causado por la amenaza en la persona.

Dentro del afrontamiento dirigido al problema, existen dos grupos de estrategias: las referidas al entorno y las estrategias referidas a la persona; el primer grupo está constituido por estrategias que buscan modificar las presiones del ambiente, las dificultades que se presentan, los procedimientos que se utiliza, entre otros. En el grupo de las estrategias referidas al sujeto se encuentran estrategias de afrontamiento que buscan modificar los cambios en los sentimientos y pensamientos, como *“la variación del nivel de aspiraciones, la reducción de la participación del yo, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos”* (Lazarus y Folkman, 1984/1986, p. 175).

Se debe tomar en cuenta que las estrategias para afrontar el problema están dirigidas a ayudar a manejar el problema y no a resolverlo; las estrategias son definidas según el problema que se está afrontando. Este tipo de afrontamiento suele considerarse funcional por

el sentido de la autoeficacia que crea en la persona una vez que se hace la situación más manejable (Casado, 2002; Lazarus y Folkman, 1984/1986; Vázquez, Crespo y Ring, 2000).

El afrontamiento basado en la emoción incluye estrategias que se encargan de minimizar y regular el nivel de trastorno emocional (Casado, 2002; Lazarus y Folkman, 1984/1986; Vázquez, Crespo y Ring, 2000).

Dentro de este tipo de afrontamiento se incluyen estrategias que buscan aumentar el trastorno emocional, ya que algunas personas *“necesitan sentirse verdaderamente mal antes de pasar a sentirse mejor y para encontrar consuelo necesitan experimentar primero un trastorno intenso para pasar luego al autorreproche o a cualquier otra forma de autocastigo”* (Lazarus y Folkman, 1984/1986, p. 173).

También se encuentran las estrategias llamadas reevaluaciones cognitivas que cambian el significado del acontecimiento amenazante y así atenúan el malestar emocional (Lazarus y Folkman, 1984/1986). Además, existen estrategias conductuales en las que se incluyen acciones como realizar ejercicio físico, meditar, ingerir bebidas alcohólicas, buscar apoyo emocional, entre otras (Casado, 2002; Lazarus y Folkman, 1984/1986; Vázquez, Crespo y Ring, 2000).

Otra de las clasificaciones utilizadas al estudiar el proceso de afrontamiento es clasificar las estrategias de afrontamiento en pasivas y activas. Las estrategias pasivas muestran un peor ajuste ya que suelen ser estrategias de fatalismo y desesperanza, las cuales buscan hacerse daño a sí mismo y no mejorar en la situación estresante. Las estrategias activas por su lado presentan un mejor ajuste ante la situación estresante ya que suelen ser estrategias como buscar ayuda e informarse, lo que muestra que aun cuando la situación no se pueda cambiar las personas toman acciones para estar mejor (Soriano, 2002).

Sin embargo, no es posible afirmar de ante mano que un tipo de afrontamiento es más funcional que otro en las diferentes situaciones ya que este depende de la situación y de la capacidad de la persona que lo ponga en práctica. Como señala Valderrama (2003) *“el afrontamiento es un proceso que depende del contexto más que de una disposición estable, lo*

*que significa que las variables situacionales juegan un papel determinante en el afrontamiento” (p.23).*

En algunos casos, como las situaciones de enfermedad grave y crónica y en situaciones similares, el afrontamiento no puede buscar la eliminación de la situación estresante sino más bien la adaptación de la persona a la situación que vive sin que esta sea una experiencia negativa y no limite las posibilidades de continuar los proyectos de vida (Perona y Galán, 2004). La eficacia del afrontamiento estará ligada más al control que logre la persona de la situación que enfrenta que en realidad a la resolución de la misma (Valderrama, 2003).

Por tanto al evaluar la funcionalidad o eficacia de las estrategias de afrontamiento puestas en práctica por las personas se debe tomar en cuenta que *“la efectividad de una respuesta de afrontamiento dependerá del grado en que resulte adecuada a las demandas internas y/o externas de la situación en específico”* (Valderrama, 2003).

González y Padilla (2006) señalan que la estrategia de afrontamiento para ser funcional debe tener efectividad en tres esferas: en el funcionamiento social, en el aspecto moral y en la salud de la persona. De manera que en el funcionamiento social por ejemplo, utilizar una estrategia de afrontamiento debe permitir una adecuada adaptación al medio social, debe brindar más recursos para que la persona se valga por sí misma y que le ayude a rendir mejor intelectualmente. En el aspecto moral se debe evaluar lo que las personas sienten sobre sí mismas y sus condiciones de vida al utilizar la estrategia de afrontamiento, el bienestar y satisfacción que perciben. Al evaluar las estrategias de afrontamiento en la esfera de la salud se debe valorar si ayudan a mantener o mejorar la salud (González, y Padilla, 2006).

De esta manera, para valorar la efectividad o funcionalidad de una estrategia de afrontamiento deben tomarse en cuenta el contexto, las características de la persona y las interacciones entre ambos elementos (Valderrama, 2003). Los efectos de una estrategia se deben analizar en la situación específica en que se utiliza y tomar en cuenta los efectos a largo plazo (Perona y Galán, 2004).

Después de esta reflexión sobre la efectividad de las estrategias de afrontamiento se



podría considerar una estrategia de afrontamiento funcional a aquella con un valor adaptativo y que trae consecuencias como disminuir el estrés. Las estrategias de afrontamiento disfuncionales se relacionan con procesos que interfieren en la adaptación de la persona al medio y que conllevan niveles altos de estrés (Valderrama, 2003).

Por último, Lazarus y Folkman (1984/1986) afirman que el sujeto afrontará la situación dependiendo “*de los recursos de que disponga y de las limitaciones que dificulten el uso de tales recursos*” (p.180). Los recursos para el afrontamiento provienen de la persona ya sea porque los posea directamente o que tenga medios para encontrar otros recursos necesarios; los autores definen recursos como aquellos “*factores que preceden e influyen en el afrontamiento*” (p. 181).

Existen distintos tipos de recursos, Lazarus y Folkman (1984/1986) mencionan cuatro tipos:

- ✓ **Recursos físicos:** dentro de ellos se encuentra la salud física y energía con que cuenta la persona. Estos recursos se hacen evidentes especialmente cuando se debe hacer frente a problemas que exigen esfuerzos importantes y por largo tiempo. Cualquier persona, aun cuando se encuentre enferma o débil, puede hacer frente a las situaciones, pero estar saludable y llena de energía facilita el afrontamiento.
- ✓ **Recursos psicológicos:** incluye las creencias positivas del individuo que son base para desarrollar esperanza y que facilitan el afrontamiento en las condiciones más adversas. También se encuentran creencias en donde la persona percibe que las situaciones son susceptibles de cambio y las creencias que le brindan sensación de control. Otros de estos recursos son la habilidad para la resolución de problemas y las habilidades sociales.
- ✓ **Recursos sociales:** en estos se encuentra el apoyo social, ya que influye en el proceso de afrontamiento, especialmente cuando la persona cuenta con un apoyo emocional, informativo y tangible.

- ✓ **Recursos materiales:** incluyen el dinero, los bienes y servicios a los que se tenga acceso, entre otros. Estos recursos son importantes y efectivos en el afrontamiento siempre y cuando se sepan aprovechar pues con dinero es más fácil satisfacer necesidades de salud, alimentación, entre otras. Incluso la misma sensación de tener dinero disponible hace que la persona se sienta menos vulnerable y realice un afrontamiento más efectivo.

Además Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig (1993) agregan a esta clasificación los recursos culturales, que son aquellas creencias que la persona posee sobre la salud y enfermedad, así como los procesos de atribución causal, estas *“creencias, normas, valores, símbolos, [que] vienen dadas por la cultura propia del individuo”* (p. 352). También proponen los recursos estructurales, los cuales incluyen los roles y obligaciones que la sociedad establece que deben cumplir las personas, pues *“sin la gama de papeles sociales en el repertorio del sistema social, la persona carecería de una serie importante de elementos para afrontar acontecimientos estresantes”* (p.352).

## 2.5 Medicina conductual

Godoy (1995) define este campo como la integración de conocimientos de disciplinas tanto biomédicas como psicosociales, para *“la promoción y mantenimiento de la salud, así como la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades”* (p.872). Se caracteriza por aplicar estrategias conductuales para la evaluación, control y modificación de factores biofísicos y psicosociales, así como por la investigación de factores conductuales para promover la salud.

De acuerdo a Rodríguez (1984) se han dado muchas definiciones de medicina conductual, las cuales tienen en común que se trata de la actividad biopsicosocial y la teoría del aprendizaje social extendidas a problemas de salud y enfermedades físicas, haciendo uso de las contribuciones del análisis experimental de la conducta.

Doleys, Meredith y Ciminero (1982) señalan dos perspectivas en la definición de la

medicina conductual. La primera se enfoca en el desarrollo e integración de conocimiento y tecnologías de las ciencias del comportamiento y la segunda en la aplicación del análisis conductual en los problemas de salud. Las metas de esta disciplina se enfocan primero, en la investigación empírica; segundo en la prevención y reducción de enfermedades y conductas relacionadas; tercero, en el desarrollo de tratamientos y estrategias de intervención para las enfermedades; y cuarto, en la integración de otras ciencias de la conducta en un enfoque multidisciplinario.

Sobre este último punto cabe señalar que un trabajo puede ser interdisciplinario al representar la integración de conocimientos de ciencias biomédicas y del comportamiento, sin que necesariamente se encuentren involucrados profesionales de todos los campos (Begelman, 1982).

De acuerdo a Godoy (1995), la interdisciplinaridad fue base para la formación de la medicina conductual, al reconocer que los factores comportamentales afectan el desarrollo de las enfermedades, en especial en las enfermedades crónicas. Según Rodríguez (1988) aceptar un enfoque multifactorial para explicar el origen y evolución de las enfermedades ayudó a formular investigación conjunta para lograr explicaciones que las distintas disciplinas por separado no habían podido alcanzar. La biomedicina y la psicología de la salud fueron las disciplinas con mayor participación en la formación de la medicina conductual.

Según Umaña y Mejía (2008) conocer la variables biofísicas, ambientales y psicológicas de distintos problemas de salud ha favorecido que se aborden de manera más efectiva distintos trastornos crónicos. Dentro de esta colaboración la Psicología ha aportado la metodología de estudio experimental de sujeto único, la evaluación conductual, técnicas de terapia y modificación de conducta y la relación entre las conductas y ciertas enfermedades (Godoy 1995; Umaña y Mejía, 2008).

La medicina conductual ha evolucionado rápidamente gracias al reconocimiento desde el área de la salud de que los factores psicológicos influyen en todas las ramas de la medicina y por lo tanto el/la profesional en Psicología puede trabajar más allá de los problemas psicopatológicos. Se ha confirmado que los factores psicológicos influyen en las enfermedades

graves y crónicas. Además, desde inicios de los años 90 se expandió el interés de la medicina conductual en los trastornos asociados y/o producidos por estrés y los factores psicológicos que afectan el estado físico, considerando que algunos trastornos son consecuencia del estilo de vida de las personas y por lo tanto se orienta la intervención hacia la modificación de patrones conductuales (Labrador, Larroy y de la Puente, 2008).

Según Godoy (1995) la medicina conductual establece que la salud y la enfermedad están multideterminadas por distintas variables:

- ✓ Variables biofísicas: genéticas, anatomofisiológicas, bioquímicas, endocrinas, inmunológicas.
- ✓ Variables psicológico-comportamentales: conductas de riesgo (hábitos que son factores de riesgo para enfermedades), las estrategias de afrontamiento al estrés (entre lo que se consideran también factores de predisposición al estrés y las capacidades, habilidades y recursos de la persona) y las respuestas al tratamiento médico y cumplimiento de este (relacionadas con el comportamiento de adherencia).
- ✓ Variables externas ambientales: características del ambiente físico, estímulos estresantes ambientales, soporte social y comportamientos de otras personas en su entorno (Godoy, 1995).

El abordaje de la medicina conductual tiene por objetivo la explicación de los trastornos, indagando las variables externas e internas relevantes sobre los problemas para el posterior diseño de programas de intervención que respondan adecuadamente ante esas variables (Godoy, 1995).

En cuanto al tratamiento, la medicina conductual incorporó varias estrategias propias de la intervención psicológica como las estrategias cognitivo-conductuales y el biofeedback, junto a otras técnicas como “[...] *los programas de entrenamiento en respiración/relajación, las técnicas de reestructuración cognitiva, las técnicas de afrontamiento del estrés, el*

*entrenamiento en habilidades sociales, la solución de problemas y las diferentes técnicas de autocontrol” (Godoy, 1995, p.885).*

Según Umaña y Mejía (2008), la medicina conductual permite identificar antecedentes y consecuencias para realizar un análisis funcional de los síntomas estableciendo patrones conductuales sobre los que enfocar la intervención psicológica.

La visión de la medicina conductual del ser humano como un ser biopsicosocial otorgándole la capacidad de participar de manera activa en su proceso de salud-enfermedad hace que sea importante considerar las variables cognitivas, conductuales y emocionales para que la persona tome conciencia sobre su papel en el control de su salud (Umaña y Mejía, 2008).

## ***2.6 Modelo cognitivo conductual emocional***

El modelo cognitivo conductual emocional de acuerdo a Lega, Caballo y Ellis (2002) integra intervenciones conductuales que intentan disminuir conductas y emociones disfuncionales a través de la modificación del comportamiento, e intervenciones cognitivas que buscan lo mismo modificando evaluaciones y patrones de pensamiento. Para esta investigación se utiliza la definición de Ramírez (2003), según quien el modelo cognitivo conductual emocional es un

sistema terapéutico que interviene a nivel contextual en el ser humano al buscar la modificación sistemática de los tres niveles interactivos de respuestas (cognitivo, conductual y emocional) por medio de la utilización de procedimientos empíricamente validados, con el propósito de instrumentar en la persona las habilidades necesarias para ejercer efectivamente su autocontrol y así, potenciar su desarrollo.

De acuerdo a Fiorentino (2006) las intervenciones cognitivo conductuales comparten los siguientes supuestos:

- ✓ Las personas actúan como procesadores activos de información que interpretan y

evalúan a través de experiencias pasadas y aprendizajes previos lo que llega a ellos.

- ✓ Los pensamientos influyen en los procesos psicológicos y fisiológicos, y la conducta en los procesos de pensamiento y memoria.
- ✓ Las personas aprenden patrones de pensamiento, comportamiento y reacciones emocionales, que pueden ser adaptativos o desadaptativos y que pueden reemplazarse.
- ✓ Interacción recíproca entre factores personales, ambiente y conducta.
- ✓ Las personas son agentes activos de cambio de sentimientos, pensamientos y comportamientos.

Lega, Caballo y Ellis (2002) proponen una serie de conceptos desde los cuales el modelo cognitivo conductual entiende las cogniciones. Para realizar una intervención psicoterapéutica desde este modelo se debe tener en consideración los esquemas cognitivos, que son reglas generales e inflexibles que las personas utilizan de filtro para procesar la información que reciben del medio, y se basan en aprendizajes previos. Son las bases de la evaluación de experiencias, juicios y distorsiones cognitivas (percepciones erróneas de la realidad), ya que a través de ellos se evalúa lo que es percibido. Cuando la información recibida no encaja con el esquema suele ser modificada por la persona para que calce, en lugar de variar el esquema (Lega, Caballo y Ellis, 2002).

Las emociones por su parte son formas complejas de comportamiento que provienen de procesos sensoriomotores, estimulación de los tejidos del sistema nervioso y procesos cognitivos. Las emociones son producto de las creencias e interpretaciones de la persona sobre su realidad (Lega, Caballo y Ellis, 2002). De acuerdo a Mahoney y Arnkoff (1978, citados por Méndez, Olivares y Moreno, 2001) los seres humanos a través de los procesos cognitivos desarrollan patrones afectivos y conductuales, los cuales pueden ser modificados al intervenir sobre los procesos cognitivos desadaptativos.

Lega, Caballo y Ellis (2002) citan algunas características propias de la terapia cognitivo conductual enumeradas por Ingram y Scott (1990), entre las que se encuentran el análisis funcional de variables, el uso de estrategias conductuales y cognitivas para modificar cogniciones, la verificación empírica, la terapia breve, la colaboración terapeuta-paciente y la posición directiva del terapeuta.

Los tratamientos desde este modelo incluyen elementos esenciales: planes y metas realistas determinados de manera conjunta, refuerzo de comportamientos adaptativos y eliminación de los desadaptativos, actividades diarias establecidas de manera gradual con refuerzos contingentes para lograr experiencias exitosas, ayuda de terceros fuera de la terapia a quienes se enseñan los principios básicos de la modificación de conducta, aprendizaje de técnicas para el manejo de situaciones problemáticas aplicables en la vida cotidiana y reconocimiento de los comportamientos no saludables (Fiorentino, 2006).

De acuerdo a Freeman (1992), el trabajo desde este modelo psicoterapéutico posee los siguientes pasos: conceptualizar el problema, desarrollar una relación de colaboración, motivar a la persona para el tratamiento, formulación sobre su problema por parte de la persona, metas de intervención, enseñar a la persona el modelo cognitivo conductual emocional, la intervención y la prevención de recaídas.

Para llevar a cabo estos pasos se debe realizar una evaluación al inicio del trabajo con la persona y otra evaluación al final de la intervención. De acuerdo a Rubio, Santacreu y García (1999) la evaluación ayuda a identificar una conducta problema, las variables que pueden relacionarse con esta conducta y a su vez, permite establecer las técnicas de intervención y la evaluación que se realizará al final.

De acuerdo a Montgomery (2010) a partir de los datos obtenidos en la evaluación se realiza el análisis funcional, que consiste en determinar los factores y los aspectos relacionados que mantienen, controlan o inhiben una conducta. Este análisis puede ser molecular o molar. El análisis molecular se centra en determinar unidades de conducta. De acuerdo a Sanabria (2002) este análisis se limita a eventos puntuales sin establecer las relaciones entre ellos. Por su parte, el análisis molar de acuerdo a Sanabria (2002) estudia

paquetes conductuales, de manera que en lugar de desglosar las respuestas y los reforzadores, permite apreciar las conductas en el tiempo. Asimismo, Montgomery (2010) señala que realizar este tipo de evaluación permite hacer un análisis de carácter sintético y funcional, con énfasis en las interacciones entre los componentes.

En cuanto a la intervención que se plantea a partir de la evaluación realizada, Caro (2007) establece que desde este modelo de intervención se considera la necesidad de ajustar cada psicoterapia a los casos individuales, pero contando con procedimientos clínicos a los cuales recurrir en casos diferentes. El uso de técnicas y procedimientos validados son una de las características principales del modelo.

Existen distintos tipos de técnicas que pueden utilizarse desde la modificación de conducta en la terapia cognitivo conductual emocional. Olivares y Méndez (2001) las clasifican en 13 tipos: relajación y respiración, desensibilización sistemática, técnicas de exposición, técnicas operantes, modelado, condicionamiento encubierto, técnicas aversivas, retroalimentación biológica, habilidades sociales, autocontrol, reestructuración cognitiva, habilidades de afrontamiento y resolución de problemas. Estos distintos tipos de técnicas son descritos por distintos manuales especializados a fines del modelo (Beck, 2000; Labrador, Cruzado y Muñoz, 2004; Caballo, 2005; Caballo, Buela-Casal, y Carrobles, 1995; Kazdin, 2000; Latorre y Beneit, 1994; Lega, Caballo y Ellis, 2002; Olivares y Méndez, 2001).

Para la presente investigación se clasificaron en cuatro grupos de técnicas de acuerdo al objetivo para el cual son utilizadas: reestructuración cognitiva (Beck, 2000; Méndez, Olivares y Moreno, 2001), adquisición de habilidades (Beck, 2000; Caballo, 2005; Cruzado, 2004; Díaz, Comeche y Vallejo, 2004; Méndez y Beléndez, 1994; Méndez, Olivares y Ortigosa, 2001; Méndez, Olivares y Ros, 2001; Ospina y Restrepo, 2003; Pérez, 1994; Umaña y Mejía, 2008; Warner, 2005), solución de problemas (Becoña, 2004; D’Zurilla y Goldfried, 1971; Marrero y Carballeira, 2002) y relajación (Beck, 2000; Labrador, de la Puente y Crespo, 2004; Méndez, Olivares y Quiles, 2001).

En el modelo cognitivo conductual emocional, se debe realizar una evaluación final para verificar a través de datos fiables si se ha dado un cambio real y confiable que ayude a



mejorar el nivel de funcionamiento de la persona en su vida diaria (Kazdin, 2000). De acuerdo a Silva (2004) esta evaluación se realiza a lo largo de toda la intervención, pues al inicio se plantea una línea base que se utiliza de comparación al terminar el proceso, momento en que se confirma si se alcanzaron las metas terapéuticas propuestas. Además, se deben realizar sesiones de seguimiento para evaluar si se han generalizado los resultados de la intervención en la situación de la persona.

## CAPÍTULO II

### METODOLOGÍA

#### 1. *Problema de investigación*

El estrés repercute negativamente en el sistema inmune de las personas (Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003). En el caso de las personas con VIH esto provoca una mayor propensión a las enfermedades oportunistas y al desarrollo del sida (Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003; Espada *et al*, 2006; Gutiérrez, 1994; Nuñez *et al*, 2006; Uribe, 2005).

Por lo tanto, se ha visto la importancia de que se desarrollen estrategias adecuadas de afrontamiento que permitan respuestas conductuales, emocionales y cognitivas funcionales ante las diferentes situaciones estresantes que deban enfrentar (Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003; Chesney *et al*, 2003; Pernas *et al*, 2001; Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 1993), lo que ayudaría a mantener una mejor respuesta inmune y un mayor bienestar (Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003).

Para lograr esto, es conveniente conocer estrategias de afrontamiento funcionales para las personas con VIH y así diseñar procedimientos de intervención específicos para desarrollar estas estrategias, enmarcados en el modelo psicoterapéutico cognitivo conductual emocional y los aportes de la psicología a la medicina conductual. Por ello, en el presente estudio, se establece como pregunta de investigación:

*¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento funcionales que debe ofrecer un programa de intervención psicológica a personas con VIH?*

## ***2. Objetivos***

A continuación se presentan los objetivos que guiaron el desarrollo de la presente investigación:

### ***2.1 Objetivo general***

Diseñar un programa de intervención psicológica cognitivo conductual emocional que mejore el bienestar de personas que viven con VIH/sida identificando las principales estrategias de afrontamiento funcionales para estas.

### ***2.2 Objetivos específicos***

1. Identificar estrategias de afrontamiento funcionales que permitan a las personas con VIH hacer frente a su condición de portadores del virus.
2. Establecer y desarrollar los procedimientos del programa de intervención psicológica cognitivo conductual emocional para fomentar estrategias de afrontamiento funcionales en personas con VIH.

### ***3. Propuesta Metodológica***

Se detalla a continuación la metodología utilizada para desarrollar el presente trabajo. Se presenta el tipo de investigación, el diseño metodológico y los procedimientos utilizados para recolectar, sistematizar y analizar la información, así como para la formulación final del programa y su respectiva valoración por juicio de expertos.

#### ***3.1 Tipo de investigación***

La investigación es de enfoque mixto, ya que combina los enfoques cuantitativo y cualitativo, aplicando componentes de ambos en el proceso (Hernández, Fernández y Baptista, 2003). Se utilizaron técnicas cuantitativas con la aplicación y análisis de cuestionarios a una muestra de personas con VIH y técnicas cualitativas para realizar y analizar las entrevistas con profesionales que trabajan con la población.

El alcance es de tipo descriptivo. Un estudio descriptivo tiene como propósito decir cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno (Hernández, Fernández y Baptista, 2003), lo que se hizo en el estudio, al describir las estrategias utilizadas por las personas y así conocer el fenómeno del afrontamiento en las personas con VIH.

#### ***3.2 Diseño metodológico***

La investigación se realizó en tres fases. En la primera de ellas se recolectó la información necesaria para la realización del programa de intervención. La segunda consistió en la formulación de dicho programa y la tercera en la valoración de la propuesta de intervención por criterio de expertos.

### **3.2.1 Primera Fase**

La primera fase de la investigación se compuso de las siguientes partes:

- ✓ **Revisión bibliográfica:** se consultaron textos nacionales e internacionales para identificar estrategias de afrontamiento y el abordaje que se puede realizar desde el modelo cognitivo conductual emocional. Además, se tomaron en cuenta las referencias sobre los efectos del diagnóstico de VIH en las conductas, cogniciones y emociones de las personas y las estrategias de afrontamiento frente a esta condición de salud.
- ✓ **Preparación de protocolos:** Se utilizó lo consultado en la revisión bibliográfica para mejorar el protocolo preliminar de entrevista a profesionales. Además, se construyó un cuestionario para identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas con VIH, el cual fue sometido a valoración por criterio de expertos y a una prueba piloto.
- ✓ **Recolección de información de campo:** Se entrevistó a profesionales que trabajan con personas con VIH, para identificar las estrategias de afrontamiento funcionales y disfuncionales en la población, así como el abordaje de estas desde su trabajo y las particularidades del contexto costarricense. Posteriormente se aplicaron los cuestionarios a personas con VIH para identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan.
- ✓ **Procesamiento información recolectada:** se procesó y analizó la información recolectada tanto con las entrevistas como con los cuestionarios, realizando el análisis de contenido y un análisis estadístico de los datos respectivamente. De esta manera se identificaron las estrategias de afrontamiento, definiéndolas y clasificándolas en funcionales, mixtas y disfuncionales, de acuerdo a la información recolectada.

### 3.2.2 Segunda Fase

Una vez identificadas las estrategias de afrontamiento, se realizó una búsqueda bibliográfica para respaldar de acuerdo a investigaciones anteriores la definición y clasificación realizada de cada estrategia de afrontamiento, y a la vez, recolectar insumos sobre la intervención psicoterapéutica de las mismas. A partir de esta revisión se construyó el programa de intervención dentro de la estructura propia del modelo psicoterapéutico cognitivo conductual emocional.

Se planteó conocer las intervenciones psicoterapéuticas que se estaban utilizando con esta población en Costa Rica y evaluarlas por medio del método denominado como “*problem-solving*” que propone conocer las soluciones que se han utilizado hasta el momento y formular otras soluciones o medios para desarrollarlas, de manera que se obtengan mejores resultados (Fiorenza y Nardone, 2004). No fue posible poner en práctica este método ya que no se encontraron intervenciones psicoterapéuticas articuladas, aunque se consideraron los recursos y las áreas de apoyo que una persona con VIH que tiene disponibles en el contexto costarricense.

El diseño de la intervención se guió por la estructura de intervención propia del modelo cognitivo conductual emocional. La intervención se estructuró alrededor de las estrategias de afrontamiento identificadas, de manera que se determinó un propósito de intervención para cada una de ellas, ya fuera que se quisiera propiciarla/mantenerla, modificarla o eliminarla. Además se establecieron las técnicas propias del modelo cognitivo conductual emocional que respondían de mejor manera para cumplirlo.

Siguiendo la estructura del modelo cognitivo conductual, se diseñó una evaluación inicial para guiar la identificación de las estrategias de afrontamiento. Para ello se construyeron dos instrumentos de recolección de datos, una entrevista conductual y un cuestionario de preguntas cerradas. También se estructuró una evaluación final y seguimiento. Además, se incluyó una primera parte de marco referencial para ofrecer información sobre los conceptos teóricos necesarios para poner en práctica el programa y la definición de todas las técnicas de intervención incluidas en este.

### ***3.2.3 Tercera Fase***

Consistió en la valoración por criterio experto del programa de intervención. Se entregó el programa de intervención realizado junto a una guía de evaluación a tres psicólogos/as que conocieran del modelo teórico utilizado y tuvieran conocimientos sobre atención clínica de personas con VIH. Ante la dificultad de encontrar profesionales con ambas características se priorizó la experiencia atendiendo personas con VIH por encima de un conocimiento amplio o profundo del modelo cognitivo conductual emocional, lo cual se reemplazó por tener una noción básica del mismo. Esto aportaría un insumo previo a la realización de una futura validación empírica del documento.

## ***4. Procedimientos de investigación***

### ***4.1 Primera Fase: Recolección de información de campo***

#### ***4.1.1 Entrevistas a profesionales***

##### ***a. Sujetos.***

Se contactó con 8 profesionales que trabajan en la atención de personas con VIH, dos de cada una de las siguientes disciplinas: Medicina (Infectología), Trabajo Social, Psicología y Enfermería. Como criterio de selección se estableció que el/la profesional debía tener al menos dos años de experiencia trabajando con personas con VIH/sida, ya sea en los hospitales nacionales o instituciones que atiendan a esta población.

Se contactó con los/as profesionales en Infectología, Trabajo Social y Enfermería en las clínicas de atención integral a las personas con VIH/Sida de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Las psicólogas entrevistadas fueron localizadas una a través de Asociación Costarricense de Personas con VIH-SIDA (ASOVIH-SIDA) y otra a través de datos brindados por Fundación Vida.

Los/as profesionales entrevistados fueron los siguientes:

- ✓ Médico infectólogo, seis años de experiencia en la Clínica de atención a personas con VIH/sida del Hospital Calderón Guardia. Once años en atención de la población.
- ✓ Médico internista infectólogo, veinte años como jefe de la Unidad de Infectología en el Hospital San Juan de Dios, veintiocho años de experiencia con la población.
- ✓ Enfermero de la Clínica de atención a personas con VIH/sida en el Hospital Monseñor Sanabria, nueve años en el puesto, mismos años de experiencia con personas con VIH/sida.
- ✓ Enfermera en la Clínica de atención a personas con VIH/sida del Hospital México, catorce años en el puesto, quince años de experiencia con la población.
- ✓ Trabajadora social especializada en intervención terapéutica. Siete años como jefa del área de Trabajo Social del Hospital San Juan de Dios, veinte años de experiencia atendiendo a personas con VIH.
- ✓ Trabajadora social, seis años como trabajadora social de la Clínica de atención a personas con VIH/sida en el Hospital San Juan de Dios, mismo tiempo de experiencia en atención de esta población.
- ✓ Psicóloga coordinadora del Trabajo Comunal Universitario de la Universidad de Costa Rica llamado “Derechos Humanos de las Personas que viven con VIH/sida” desde 1995. Quince años de experiencia con la población, fue directora de la Fundación Vida.
- ✓ Psicóloga clínica voluntaria en ASOVIIH-SIDA, siete años de experiencia en la atención de personas con VIH/sida.



### ***b. Protección de sujetos.***

Para protección de los/as profesionales entrevistados/as, se les entregó una carta en donde se concertó la cita de la entrevista, se les explicó el trabajo a realizar y lo que se requería de ellos/as. Además, al momento de la entrevista se firmó el correspondiente consentimiento informado con la información básica del proyecto, ofreciéndoles la oportunidad de consultar los resultados de la investigación una vez que presentada y aprobada en la universidad.

### ***c. Descripción del instrumento de entrevista.***

La entrevista que se realizó con los/las profesionales fue semi-estructurada. Se contó con una guía de preguntas (ver anexo 1) que permitió a las entrevistadoras introducir preguntas adicionales (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Las entrevistas se llevaron a cabo durante una sesión de una hora aproximadamente, según la disponibilidad y la información que pudo brindar desde su experiencia cada profesional. En la sesión de entrevista se abordaron tres áreas: la vivencia de las personas con VIH/sida, el trabajo de los/as profesionales con la población y el contexto costarricense.

Los temas abordados en la primera área fueron la reacción ante el diagnóstico, los cambios que deben realizar las personas en los estilos de vida, las dificultades a raíz de su condición, el afrontamiento en la población y las acciones que otros profesionales de la salud pueden aportar.

En el área del trabajo de los/as profesionales los temas tratados fueron el tipo de intervención que realizan, la intervención para mejorar el afrontamiento en la población y las recomendaciones para la formulación de un programa de intervención para mejorar el afrontamiento en la población. En la tercera área se les preguntó por la influencia del contexto costarricense, tanto en la intervención profesional como en las experiencias que deben enfrentar las personas con VIH.

*d. Criterios de confiabilidad y validez.*

Para garantizar la confiabilidad de la entrevista se aplicó el mismo protocolo en todos los casos y se cuenta con las grabaciones, cada una de ellas transcritas de manera literal, lo que garantizó la recolección de toda la información brindada por los/as profesionales.

Para la validez del análisis de contenido de la entrevista se realizó una triangulación, que se basa en comprobar que datos de fuentes separadas converjan (Kazdin, 2000). En este caso, fue triangulación por investigadoras distintas. Ambas investigadoras por separado realizaron el análisis de la información en categorías para la posterior comparación de resultados, lo que permitió determinar si las categorías estaban claras y se estaban realizando correctamente.

*e. Recolección, sistematización y análisis de información.*

La entrevista se inició con la lectura y firma del consentimiento informado, aclarando las dudas y características de la investigación. Luego se procedió a aplicar el protocolo de entrevista semi-estructurada.

Para sistematizar la información, las entrevistas se grabaron en audio, y se transcribieron literalmente: una investigadora hizo la transcripción y la otra la revisó escuchando nuevamente la grabación y viceversa con las ocho entrevistas. Una vez realizada la transcripción y la revisión, cada investigadora leyó por aparte el texto de todas las transcripciones junto a una ficha de categorías por medio de la cual se clasificó la información obtenida.

Se realizó un análisis de contenido de tipo cualitativo. De acuerdo a Moreiro (2004) este análisis se realiza en tres etapas: reconocimiento, reducción y representación. El reconocimiento consiste en leer, oír o ver los documentos para identificar la información que contienen y comprender el mensaje que transmiten.

En la etapa de reducción, se aminora la información a datos esenciales según los objetivos que se buscan. Este proceso nunca es mecánico, implica decisiones sobre qué información se utiliza y de qué forma va a ser codificada. En esta etapa se realiza la codificación, donde se condensan los datos creando categorías a partir de ellos, utilizándolos

para generar ideas y localizar relaciones, identificando datos significativos para proseguir el análisis. Para ello, se creó una lista inicial de códigos para realizar la primera lectura. Esto ayuda a identificar temas y organizar el conjunto de datos (Coffey y Atkinson, 2003).

Para iniciar el análisis se contó con los temas que se indagaban en la entrevista como categorías iniciales. Según Ruiz e Ispizua (1989), las categorías no son estáticas, sino que se da un proceso cíclico en el que constantemente se regresa a ellas para revisarlas, ampliarlas o modificarlas a la luz de la interpretación que se realiza de los datos. Cada investigadora clasificó la información en las categorías preestablecidas y definió otras nuevas a partir de la información recolectada. Las fichas de categorías de ambas investigadoras se confrontaron para generar una ficha unificada de categorías con las coincidencias y acuerdos logrados, estableciendo una definición para cada categoría. En esta ficha se distribuyó la información brindada por cada uno de los/as profesionales entrevistados/as y posteriormente se identificaron las coincidencias entre lo referido por los/as profesionales en cada una de las categorías (ver anexo 2).

La última etapa según Moreiro (2004) es la representación, en la cual se da una nueva expresión de la información, de manera que se comunique lo que fue posible encontrar en esta. Esto se materializó en la posterior presentación de resultados.

#### ***4.1.2 Cuestionarios de estrategias de afrontamiento personas con VIH***

##### ***a. Sujetos.***

Según The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS) (2008) aproximadamente hay 9600 personas con VIH en todo Costa Rica, sin embargo no se encontraban disponibles los datos específicos sobre hombres y mujeres infectados/as por lo que se consideró que no era viable realizar una muestra probabilística para esta investigación debido a las dimensiones muestrales que serían necesarias.

Por consiguiente, se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, el cual consiste en seleccionar a las personas que estén disponibles y a las que se pueda acceder desde la investigación (Hernández, 2009). De esta manera se contactaron distintos lugares y

asociaciones que trabajan con personas con VIH, utilizando en primer lugar las referencias realizadas por la ASOVIIH-SIDA.

Se planteó aplicar el instrumento a 50 personas con VIH, 25 hombres y 25 mujeres que hubieran sido mayores de edad al recibir el diagnóstico de VIH positivo, entre las edades de 25 y 44 años.

Sin embargo, después de seis meses dedicados a la aplicación de los cuestionarios, se obtuvieron 37 cuestionarios válidos para la investigación. Según Coolican (1990/1994) el tamaño óptimo de la muestra para obtener resultados significativos está entre 25 y 30 personas, razón por la que se consideró un número adecuado para continuar el trabajo ante la falta de más opciones para contactar otras personas y el tiempo invertido en esto para el proceso de investigación.

Además, el rango de edad se amplió a los 55 años, dadas las características de la población que pudo ser contactada. Se mantuvieron los criterios de exclusión establecidos desde el inicio: la presencia de trastorno mental o deficiencias cognitivas y encontrarse en tratamiento psicológico. Los lugares por medio de los cuales se ubicó a la muestra participante fueron los siguientes:

- a. Fundación Vida: organización no gubernamental que brinda apoyo a personas con VIH/sida, tanto adultos como menores de edad, a sus familias y a los niños/as cuyos progenitores portadores del virus han fallecido.
- b. Casa Hogar Nuestra Señora del Carmen: hogar sin fines de lucro para personas con VIH/sida que provienen de procesos de discriminación o que necesitan albergue temporal para recibir el tratamiento.
- c. Grupo Manú: grupo de apoyo a personas con VIH, perteneciente a la Iglesia Luterana de Costa Rica.
- d. Grupo de apoyo: grupo de apoyo anónimo para hombres homosexuales con VIH.

### ***b. Protección de los sujetos.***

Para la protección de las personas participantes, el cuestionario incluyó un encuadre en donde se explicó a los participantes sobre la investigación y la aplicación de los cuestionarios así como los riesgos y beneficios de contestarlo, además se les informó que podrían detener su participación en el momento en que lo desearan y la información personal solicitada no incluyó datos que permitieran su identificación.

Además del encuadre, la aplicación de los cuestionarios se dio a conocer a través de dos medios: un cartel informativo en las instituciones donde se realizó la aplicación y un volante informativo que se entregó a todas las personas que participaron.

El cuestionario fue anónimo por lo que no se solicitó un consentimiento informado a cada participante, de acuerdo a las disposiciones legales del país ya que según la Ley General del VIH/sida de nuestro país en el artículo 8 señala que no se puede hacer pública la condición de VIH positivo sin el previo consentimiento de la persona y por la misma razón no se quiso dejar consignado en ningún sitio. En su lugar se realizó un consentimiento informado y una carta dirigida a las instituciones con las cuales se trabajó para explicar el propósito de la investigación. Además se realizó el compromiso de entregar un documento de devolución a las instituciones una vez que el proceso del presente trabajo final de graduación fuera terminado.

### ***c. Descripción del instrumento.***

El instrumento aplicado (ver anexo 3) estuvo constituido por cinco partes:

- a. Escalas de estrategias de afrontamiento: se conforma de 24 ítems con una medición de escala Likert de 4 puntos (siempre, casi siempre, a veces y nunca) como respuesta ante la situación “cuando usted enfrenta un problema”. Estos ítems conforman las escalas de búsqueda de apoyo social, evitación, afrontamiento religioso, rumiación-fatalismo y reevaluación positiva, así como 6 ítems más sobre conductas de riesgo. Las escalas de estrategias de afrontamiento se definieron de la siguiente forma:

- i. Búsqueda de apoyo social: recurrir a otras personas para sentirse mejor (3 ítems).
  - ii. Evitación: la persona no realiza acciones para hacer frente al problema y elude pensamientos sobre el tema (2 ítems).
  - iii. Afrontamiento religioso: buscar apoyo o ayuda en Dios a través de conductas religiosas (5 ítems).
  - iv. Rumiación-Fatalismo: pensamientos repetitivos sobre el problema con la creencia de que no hay soluciones posibles que no lleven a que la persona resuelva la situación (9 ítems).
  - v. Reevaluación positiva: evaluar el problema ubicando los aspectos positivos que este puede traer a su vida (5 ítems).
- b. Conductas de riesgo: compuesta por seis ítems sobre conductas de riesgo que se ponen en práctica cuando se enfrentan a un problema. Cuatro ítems fueron referentes al consumo de sustancias (alcohol, pastillas tranquilizantes, tabaco y drogas ilícitas) y dos sobre conductas sexuales (aumento de frecuencia y no uso del preservativo). Estos no conformaron una escala sino que se tomaron como ítems críticos pues cada uno mide una conducta diferente. Además, en estos ítems se agregó la opción “no aplica” para los casos en que fuera necesario.
- c. Estrategias de afrontamiento al VIH/sida: este apartado se refiere a conductas que deben realizar las personas que tienen el virus para tener una buena calidad de vida. Este apartado se conforma de 16 ítems con el mismo diseño de medición de escala Likert. Tres se refieren a acciones de la vida diaria que permiten a la persona tener un bienestar físico y psicológico, cuatro son sobre la utilización de distintos medios de información para conocer sobre la infección y aspectos relacionados a esta, cinco sobre su relación con el personal de salud, dos sobre el cumplimiento del tratamiento y dos sobre la interacción con otras personas o grupos de personas con VIH. Aunque no se

planteó inicialmente como una escala, dados los resultados de confiabilidad ( $\alpha=.722$ ) en la muestra final se conformó con ella la escala de estilo de vida recomendado para las personas con VIH.

- d. Preguntas abiertas: se formularon dos preguntas abiertas, “De todo lo que ha hecho para hacer frente a la situación de VIH positivo, ¿qué es lo que más le ha ayudado?” y “¿Qué más necesitaría para hacerle frente a su situación?”
- e. Datos demográficos: se preguntó el sexo, la edad, la ocupación, el nivel educativo, la orientación sexual, el tiempo de diagnóstico, las manifestaciones del sida en cuanto a enfermedades oportunistas, la toma de tratamiento antirretroviral y la comunicación a algún familiar sobre la condición de VIH positivo.

El instrumento fue diseñado para ser aplicado de manera individual. La persona que lo aplica debe leer el cuestionario a la persona que va a contestarlo y marcar las respuestas brindadas por esta. A la persona se le entrega una ficha de ayuda con las opciones de respuestas escritas y representadas gráficamente para que las tenga claras y presentes a lo largo de toda la aplicación.

#### ***d. Criterios de confiabilidad y validez.***

El instrumento aplicado fue construido y valorado específicamente para esta investigación. Para su construcción se identificaron las estrategias de afrontamiento utilizadas por la población según lo encontrado en las investigaciones consultadas para el marco referencial, tanto costarricenses (Alvarado, 2008; Gutiérrez, 1994; López y Monge, 2005; Meza y Vargas, 2007) como internacionales (Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003; Gavira *et al*, 2009; Kowal *et al*, 2008; Kraai *et al*, 2008; Pernas *et al*, 2001; Roca *et al*, 1999). Con base en esto se determinó cuales estrategias aparecían con mayor frecuencia.

Con la información recolectada, se formuló primero un cuestionario que fue sometido a evaluación de expertos. El instrumento realizado constaba de cuatro partes, datos demográficos, siete escalas de estrategias de afrontamiento en general, dos apartados referidos a estrategias que deben desarrollar las personas para hacer frente específicamente a su

condición como VIH positivos y una pregunta abierta para recabar más información sobre las estrategias de afrontamiento que las perciben como más beneficiosas para ellas.

Como evaluadoras expertas participaron dos profesoras de la escuela de psicología de la Universidad de Costa Rica (UCR). La primera tiene una maestría en Intervención en la Ansiedad y el Estrés (orientación cognitivo-conductual y psicobiología) y un doctorado en Cognición, Emoción y Estrés. La segunda tiene una maestría en Psicología con un Énfasis en Psicología de la Salud. La tercera evaluadora tiene una maestría en Psicología de la Salud y realizó su trabajo final de graduación trabajando con personas con VIH/sida. A todas las profesionales se les brindó una guía de valoración con la definición de lo que pretendía medir cada escala para que ubicaran los ítems formulados.

Se presentaron dificultades con dos ítems que fueron corregidos para responder de manera más precisa a la escala a la que pertenecían. Además, se trasladaron los datos demográficos al final del cuestionario para evitar que los/as participantes se indispongan ante la solicitud de datos personales y relacionados con su infección al inicio de la aplicación. Se agregó una pregunta sobre nivel educativo y otra sobre orientación sexual. Las evaluadoras dieron recomendaciones para plantear en un lenguaje más sencillo algunas preguntas. Así mismo se agregaron seis preguntas (de la 36 a la 41) correspondientes a conductas de riesgo como estrategias de afrontamiento.

Una vez realizada la valoración se llevó a cabo una prueba piloto con 30 personas con VIH en la Fundación Vida. Se creó una base de datos utilizando el programa estadístico para ciencias sociales (SPSS v.18) y se calculó el *alfa de Cronbach* (ver anexo 4) para establecer la consistencia interna de las escalas propuestas, estableciendo .70 como el valor menor para aceptar la consistencia interna (Celina y Campo, 2005).

Con base en los resultados se decidió eliminar una escala de expresión de sentimientos ( $\alpha=.509$ ) y se eliminaron ítems que distorsionaban las escalas. También se unieron las escalas de rumiación y fatalismo al encontrar una fuerte confiabilidad entre ambas que no alcanzaban por separado ( $\alpha=.832$ ). Las conductas de riesgo no formaron una escala al medir conductas



diferentes entre sí (consumo de distintas sustancias legales e ilegales, así como hábitos sexuales).

*e. Recolección, sistematización y análisis de información.*

Los instrumentos se aplicaron entre noviembre del 2010 y mayo del 2011 en distintos lugares según la disposición de los/as participantes. Para sistematizar la información se elaboró una base de datos con el programa SPSS v.18. Se conformaron las escalas que evalúan las estrategias en el instrumento y se analizaron las frecuencias según sexo, edad, orientación sexual, nivel educativo, tiempo de haber recibido el diagnóstico, manifestación de enfermedades oportunistas, toma del tratamiento antirretroviral y comunicación de su condición a algún familiar.

Posteriormente se realizaron correlaciones de Pearson entre las escalas de afrontamiento, la escala de estilo de vida recomendado para personas con VIH, los ítems críticos de conducta de riesgo y el nivel educativo, la edad y el tiempo de diagnóstico. Se realizaron pruebas de T de Student con la variable de sexo y las distintas escalas de estrategias y los ítems críticos, así como un análisis de varianza de un factor (ANOVA *oneway*) para la orientación sexual, las escalas de afrontamiento y los ítems críticos.

Las preguntas abiertas se codificaron de acuerdo a las estrategias de afrontamiento ubicadas en las entrevistas con los/as profesionales, de manera que se clasificaron las distintas acciones referidas por los/as participantes para afrontar la infección en las estrategias de afrontamiento identificadas en el análisis de las entrevistas realizadas a los/las profesionales

En la mayoría de estrategias de afrontamiento hubo acuerdo, sin embargo por los resultados obtenidos en los cuestionarios se agregó la categoría de afrontamiento espiritual, entendido como apoyarse en Dios como una fuente de fuerza para hacer frente a la infección y las situaciones asociadas. Además fue necesario unificar el nombre la estrategia de afrontamiento llamada “evitación” en las categorías de análisis de las entrevistas y la denominada “evasión” en los cuestionarios ya que ambas comprendían los mismos componentes, refiriéndose a lo mismo; por lo que se decidió utilizar solamente el nombre de

“evitación”. Con base en los resultados obtenidos se determinó que existen estrategias de afrontamiento que dependiendo del uso que les den las personas pueden ser funcionales o disfuncionales por lo que se les denominó “estrategias de afrontamiento mixtas”.

#### ***4.2 Segunda Fase: Construcción del programa de intervención***

Para la confección del programa de intervención se realizó una revisión bibliográfica acerca de las estrategias de afrontamiento identificadas en la fase anterior, localizando datos acerca de cómo se han definido con anterioridad, en qué otras situaciones o enfermedades se han investigado y cómo se han abordado terapéuticamente.

Después de la revisión bibliográfica se establecieron los parámetros para elaborar la evaluación inicial propia de un programa de intervención desde el modelo cognitivo conductual emocional. Se creó una entrevista conductual en donde se indagan todos los datos importantes para establecer las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas y otros aspectos de su situación para determinar la intervención.

Se diseñó un cuestionario en donde se recopilan datos sobre la presencia de las diferentes estrategias de afrontamiento; tomando como base el cuestionario utilizado en la fase de recolección de datos de esta investigación y considerando distintos trabajos anteriores en donde se han utilizado cuestionarios sobre estrategias de afrontamiento (Balcázar, Gurrola, Bonilla, y Vírseda, 2011; Cano, Rodríguez y García, 2006; Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2001; Londoño *et al.*, 2006; Moran, Landero y González, 2010; Nava, Ollua, Vega y Soria, 2010; Nava, Vega y Soria, 2009; Ongarato, De la iglesia, Stover y Fernández, 2009; Remor, 2001; Sandín y Chorot, 2003; Vargas, Cervantes y Aguilar, 2009).

Por último se estableció un análisis funcional general de cada una de las estrategias de afrontamiento en donde se brinda información acerca de los antecedentes que ayudan a que se presente la estrategia, los componentes conductuales, emocionales y cognitivos que implican y las consecuencias utilizar la estrategia de afrontamiento.

El siguiente paso consistió en la revisión de las intervenciones que se han realizado en las diferentes estrategias y en otras enfermedades crónicas, además de una revisión

bibliográfica de técnicas de intervención cognitivo conductuales con el fin de elegir aquellas adecuadas para trabajar los aspectos importantes de cada uno de los componentes de las estrategias de afrontamiento.

En cuanto a la intervención, se dedicó una sección del documento para establecer el propósito a trabajar en cada una de las estrategias de afrontamiento y exponer las técnicas que responden al trabajo de esos aspectos claves. El resumen del proceso de construcción del programa de intervención puede ser apreciado en el esquema presentado en la figura 3.

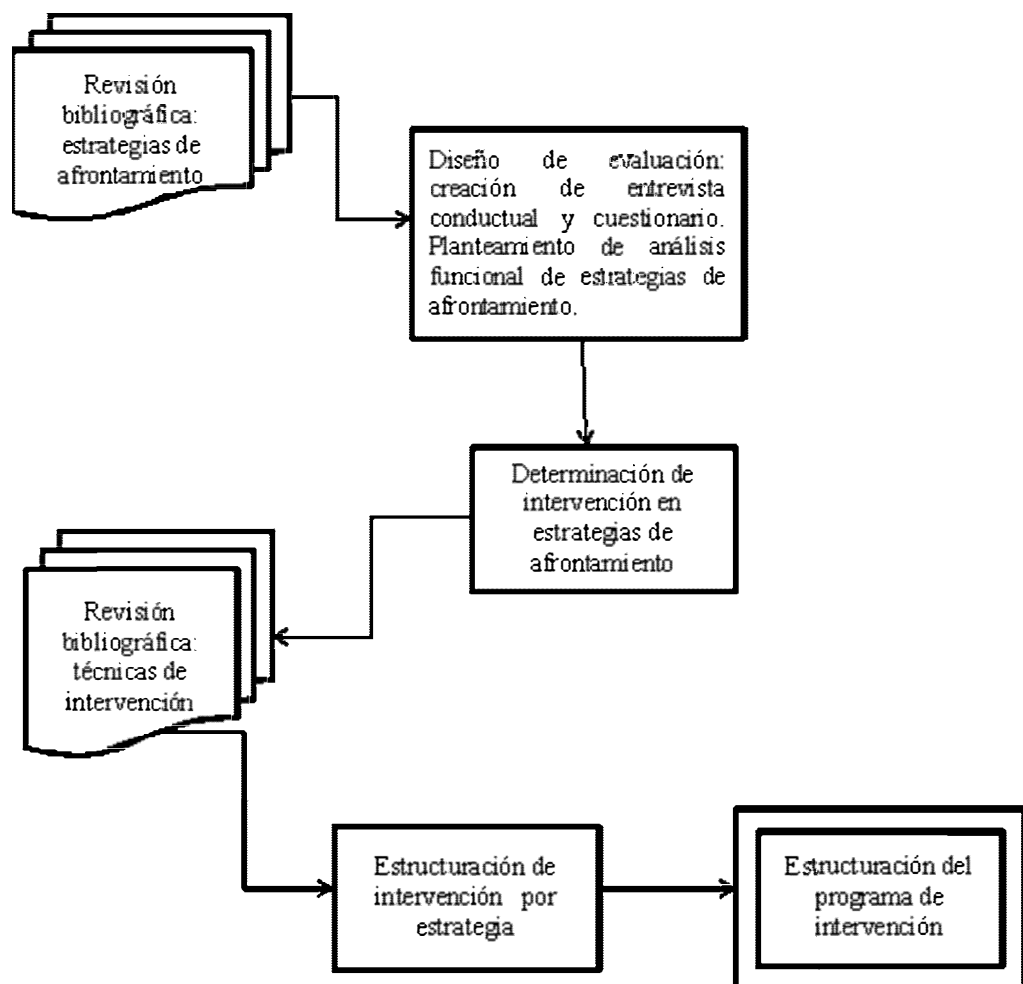


Figura 3 Esquema de elaboración del programa de intervención en estrategias de afrontamiento

Después de la sección de intervención por estrategia se estableció un aparatado para la explicación de la valoración final y el seguimiento en donde se le indica al/a profesional cómo puede evaluar los cambios realizados por la persona en el afrontamiento a través de la intervención y la manera de establecer las sesiones de seguimiento correspondientes.

Además, se incluyó al inicio del programa de intervención una sección de marco referencial en la cual se incluyeron los temas necesarios para la utilización y comprensión del programa, al considerar necesario que los/as profesionales cuenten con una noción básica de los conceptos indispensables para aplicar el programa y la caracterización tanto de la población como de las estrategias de afrontamiento.

#### ***4.3 Tercera Fase: Valoración por criterio de expertos***

La valoración por criterio de expertos del programa de intervención diseñado se realizó durante los meses de febrero y marzo del 2012. Para ello se contó con la colaboración de tres psicólogas clínicas con experiencia en el trabajo con las personas con VIH. Esto consiste en entregar el documento final a profesionales que cumplen los criterios establecidos en la investigación para valorar según su experiencia y conocimientos la viabilidad de aplicación del programa diseñado, la pertinencia, comprensión, coherencia, claridad e integración de los elementos que lo componen.

La primera de las evaluadoras tiene una maestría en Psicología Clínica y estudios en Neuropsicología Clínica. Trabaja en la Unidad de Control y Prevención del VIH/sida e infecciones de transmisión sexual de la CCSS. Su experiencia trabajando con la población ha sido en psicoeducación con Terapia Racional Emotiva Conductual en relación al virus y la adaptación a estilos de vida saludable. Ha realizado intervención en crisis, atención individual, en pareja y a familias, así como psicoterapia grupal.

La segunda evaluadora es licenciada en Psicología, egresada de la maestría de Psicología con mención en Psicoanálisis, aunque su formación de licenciatura incluyó instrucción en el modelo cognitivo conductual y ha desarrollado labores de docencia desde este modelo. Labora en el Hospital Clínica Bíblica. Su experiencia trabajando con la población

consiste en apoyo psicológico ante el proceso del diagnóstico, acompañamiento ante los resultados de los exámenes y terapia de grupo familiar.

La tercera de las evaluadoras tiene una maestría en Psicología Clínica y Salud, es Especialista en Psicología Clínica de la Universidad de Costa Rica y labora en su especialidad en el Servicio de Ginecología del Hospital Calderón Guardia. Ha realizado entrevistas e intervención con personas con VIH en ASOVIHSIDA y en el Hospital Calderón Guardia en la práctica profesional de la maestría en Psicología Clínica.

A las tres evaluadoras se les entregó una copia completa del programa de intervención psicológica para el desarrollo de estrategias de afrontamiento en personas que viven con VIH. Además, se les hizo entrega de una guía de valoración (ver anexo 5) compuesta de la siguiente manera:

- a. Introducción: Se presenta el trabajo final de graduación, el propósito de la valoración y algunas instrucciones generales para la misma.
- b. Datos generales del experto: se solicitan los datos para identificar al evaluador/a. Nombre, formación académica, lugar y puesto de trabajo y se pide una breve descripción de la experiencia laborando con personas con VIH.
- c. Instrucciones de calificación: se explica, mostrando con ejemplos, la manera correcta de contestar las tablas de calificación contenidas en la guía.
- d. Calificación: para cada sección del programa y para el programa en general, se presentan dos tablas. En la primera, se definen las categorías a calificar y la segunda es una tabla de calificación en la cual se solicita por categoría una pregunta dicotómica sobre si esta se presenta y una escala Likert para saber en cuánto calificaba el/la profesional que estaba presente esa categoría en una escala de 1 a 4, siendo 1 el valor menor y 4 el mayor. Además, se solicitan observaciones y comentarios. En el caso de la intervención, se cuestiona por la intervención propuesta en cada una de las

estrategias y no por la sección al completo. Las secciones calificadas son las siguientes:

- i. Apreciación de la sección de marco referencial: en este caso se califica la pertinencia y la comprensibilidad de la sección.
- ii. Evaluación inicial: se califica igualmente la pertinencia y la comprensibilidad de la sección.
- iii. Evaluación de la intervención de las estrategias de afrontamiento: en este caso se califica para la intervención propuesta en cada estrategia la pertinencia, la coherencia con el propósito, la coherencia con la intervención en las otras estrategias y la claridad.
- iv. Evaluación del programa en general: sobre el programa completo se evalúa la presentación, la pertinencia, la coherencia, la integración, la claridad y la viabilidad.

Cada evaluadora completó la guía y al finalizar se puso en contacto con las investigadoras para concretar una cita de devolución, en la cual además de entregar la guía de valoración completa, brindaron su retroalimentación oral de la revisión.

Una vez recibidas las tres validaciones, se procesaron las respuestas obtenidas en una base de datos del programa estadístico para ciencias sociales (SPSS v.18). No se pudo aplicar el coeficiente Kappa para evaluar la concordancia entre evaluadores porque dos evaluadoras tuvieron la misma respuesta en todos los ítems evaluados, por lo cual el programa las consideró una constante que no podía ser utilizada para el cálculo al considerar las respuestas de ambas como constantes.

Por esta razón, en su lugar, se hizo una evaluación de la apreciación realizada por las evaluadoras de cada una de las secciones, tomando nota de la calificación brindada, las observaciones realizadas y los cambios sugeridos en caso de que se presentara alguno

## CAPÍTULO III

### PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En esta sección se presentan en primer lugar los resultados obtenidos en la fase de recolección de información (entrevistas con los profesionales y cuestionario de estrategias de afrontamiento), por medio de los cuales se determinaron las estrategias de afrontamiento que debían contemplarse en el programa de intervención.

Posteriormente, se presenta la conformación del programa de intervención diseñado y los resultados obtenidos en la fase de valoración por expertos. Por último se adjunta íntegro el programa de intervención diseñado, con los cambios realizados después de la retroalimentación recibida en la valoración.

#### *1. Entrevistas con profesionales que trabajan con personas con VIH*

La información recolectada en las entrevistas con profesionales, fue analizada de acuerdo a las categorías que se formularon en el análisis de contenido, las cuales se distribuyeron en tres áreas generales: aspectos relacionados con las personas con VIH, aspectos relacionados con el trabajo de los profesionales y contexto costarricense.

Por medio de las entrevistas con los/as profesionales fue posible conocer de modo contextualizado las reacciones y circunstancias alrededor de recibir el diagnóstico de VIH positivo, los cambios que deben realizar las personas, las dificultades que enfrentan y los recursos y estrategias de afrontamiento más utilizados.

A continuación se presentan las principales conclusiones a las que se pudo llegar sobre cada una de estas categorías:

- ✓ **Diagnóstico:** las principales reacciones ubicadas fueron el llanto, pensamientos sobre la cercanía de la muerte, negación del diagnóstico, preocupación por las reacciones de otras personas y lo que pasará en el futuro; además de sentimientos de temor o alivio al terminar la incertidumbre. Se pudo determinar que esperar o no el diagnóstico es una circunstancia influyente en la reacción de las personas. En este punto se logró determinar la existencia de dos grupos de personas, uno en que reacciona con una crisis ante el diagnóstico y otro que experimenta calma al terminar la incertidumbre producida por las sospechas de haber contraído el virus. Otra circunstancia que influye en la reacción de las personas es que la información que se obtenga sobre el VIH en el momento de recibir el diagnóstico sea clara, veraz y adecuada al nivel de comprensión de la persona. Asimismo influirá en su reacción la información que conozca previamente.
  
- ✓ **Cambios:** Los cambios necesarios para que las personas con VIH mantengan una condición de salud estable están orientados a lograr un estilo de vida saludable, incluyendo una buena alimentación y ejercicio. Además, se establece la necesidad de usar el preservativo en todos sus contactos sexuales. Sin embargo, en la población se pueden presentar limitaciones para realizar estos cambios que pueden ser por falta de recursos económicos, nivel de comprensión de las personas sobre la necesidad de los mismos y falta de apoyo profesional especializado (como en el caso de las adicciones). Relacionado con este último punto otro cambio que se destacó es la necesidad de eliminar el consumo de tabaco, alcohol y drogas.
  
- ✓ **Dificultades:** las dificultades encontradas se dividieron en externas e internas. La principal dificultad externa encontrada es la discriminación que sufren las personas con VIH en distintos ámbitos de su vida. Esta parece ser provocada por la desinformación de la población en general sobre el tema. Otras dificultades están relacionadas con la condición de salud en sí en cuanto al consumo y los efectos del tratamiento antirretroviral y el desarrollo propio de la infección. Por su parte, como dificultad interna se destaca que algunas personas tienen constantemente la creencia de que los demás saben de su infección aunque no se la hayan comunicado o que cualquier acción



en su contra es debido a ser personas con VIH, lo que fue denominado por algunos/as profesionales como “discriminación interna”. A esto se suman las situaciones difíciles que la persona haya vivido con anterioridad, las cuales inciden en la manera que pueda afrontar la infección.

- ✓ Afrontamiento: se ubicaron tanto recursos de afrontamiento como estrategias.
  - Recursos de afrontamiento: se localizaron el aprendizaje producto de las experiencias anteriores y la red de apoyo con la que cuenta la persona, la cual puede estar integrada por tres grupos distintos: familia y amigos, pares y personal de atención en salud. A esto se suma el apoyo de instituciones, en particular aquellas que brindan apoyo económico, emocional, albergue u otras necesidades que en algunos casos no está cubriendo directamente el sistema de salud.
  - Estrategias de afrontamiento: Las estrategias de afrontamiento identificadas fueron ocho, cuatro de ellas funcionales. De estas, dos son orientadas al problema: ocultar el diagnóstico y lucha por el bienestar. Las otras dos son estrategias orientadas a la emoción: buscar información y buscar apoyo. Otras dos estrategias corresponden a estrategias disfuncionales orientadas a la emoción: dependencia y conductas de riesgo. Por último la negación y la evitación se clasificaron como estrategias mixtas, ya que se presentan tanto de manera funcional como disfuncional según la situación.

Además de estos aspectos relacionados con las personas con VIH, se indagó con los/as profesionales sobre su labor y la atención que se está brindando a esta población, para conocer el contexto de intervención en que se encuentran las personas a quienes está dirigida la aplicación del programa. Sobre estos temas se obtuvieron los siguientes resultados:

- ✓ El sistema de salud cuenta con las clínicas para la atención de las personas con VIH y brinda el tratamiento antirretroviral. Sin embargo, falta incorporar más disciplinas a las clínicas y mejorar la calidad de los medicamentos. Como por ejemplo, la Psicología no

está integrada en la mayoría de las clínicas para la atención de las personas con VIH. Las disciplinas de Trabajo Social y Enfermería asumen temáticas e intervenciones en su lugar, lo que ha permitido que tengan más experiencia y conocimientos sobre el trabajo con la población.

- ✓ Las intervenciones que se efectúan en la actualidad están orientadas hacia lograr una estrategia de afrontamiento como la denominada en esta investigación como “lucha por el bienestar”. Sin embargo este trabajo se está realizando principalmente en los primeros momentos después de recibir el diagnóstico.
- ✓ En la atención que se brinda; los/as profesionales proporcionan información sobre la infección sin propiciar que las personas la busquen por sí mismas o desarrollen las habilidades para hacerlo. Esto podría relacionarse con que las personas no vean la búsqueda de información como una de las estrategias que más les ayuda a hacerle frente a su condición de salud, ya que carecen en algunos casos de los recursos para hacerlo o no ven la necesidad de ello.
- ✓ Es necesario trabajar en prevención y en educación de la población costarricense para eliminar los estigmas sociales y a la vez realizar capacitación sobre el tema con todos/as los/as profesionales que se desempeñan en atención de salud, con el fin de reducir la discriminación hacia las personas con VIH en los distintos ámbitos. A la vez es una forma de lograr prevención en la población nacional.

Finalmente, con las entrevistas se obtuvieron recomendaciones para trabajar con personas con VIH, así como los aspectos que según la experiencia de los/las profesionales era necesario incluir al elaborar un programa sobre estrategias de afrontamiento. Los principales resultados encontrados al respecto son los siguientes:

- ✓ Para la intervención se recomienda favorecer los aspectos que se relacionaron con las estrategias de “búsqueda de información” y “lucha por el bienestar”, evitando fomentar todo lo que se relacionó con la estrategia de dependencia.

- ✓ Se refiere la necesidad de trabajar los temas del manejo del estrés y la ansiedad, ya que las personas reflejan un uso de conductas no adecuadas para disminuir el estrés como fumar, tener más sexo y tomar tranquilizantes no recetados. Estas conductas podrían sustituirse brindando a las personas herramientas para el manejo del estrés.
- ✓ La interdisciplinariedad, la integralidad y el respeto son las características que se recomiendan para cualquier intervención con la población.
- ✓ No hay un acuerdo entre los/as profesionales sobre lo que es necesario para abordar de manera apropiada el afrontamiento de las personas con VIH, lo que evidencia la necesidad de brindar propuestas concretas para ello.

La información recolectada en las entrevistas con los/as profesionales que atienden a las personas con VIH fue utilizada para caracterizar a la población e identificar estrategias de afrontamiento utilizadas por la población. Asimismo, los resultados en cuanto a la sección de aspectos relacionados con las personas con VIH se utilizaron para diseñar la evaluación inicial, particularmente los elementos a incluir en la entrevista de evaluación que se diseñó posteriormente. Los consejos de los/as profesionales para la intervención con la población fueron considerados para la elaboración de la intervención. También de estas entrevistas se desglosaron aspectos positivos y negativos para caracterizar el contexto en el que se desenvuelven las personas con VIH en Costa Rica.

A continuación se presentan los datos obtenidos con la otra parte de la recolección de información, el cuestionario de estrategias de afrontamiento aplicado a las personas con VIH.

## ***2. Cuestionario de estrategias de afrontamiento***

Se aplicaron 37 cuestionarios, a personas con edades comprendidas entre los 25 y 54 años; 20 hombres y 17 mujeres. De estas personas, un 35.1% se caracterizaron como hombres homosexuales, un 59.5% heterosexuales (5 hombres y 17 mujeres heterosexuales) y un 5.4% hombres bisexuales.

En cuanto a su experiencia como personas con VIH, un 94.6% toma tratamiento antirretroviral, mientras que 43.2% manifestó haber presentado enfermedades oportunistas. En cuanto al tiempo de conocer su diagnóstico el promedio fue de 9.11 años, aunque el rango varió de los 3 a los 26 años. De las 37 personas entrevistadas, el 83.8% le han dicho al menos a alguno de sus familiares sobre su condición de ser VIH positivo.

Los cálculos de consistencia interna realizados por medio del alfa de Cronbach para las escalas de afrontamiento en la aplicación final del instrumento fueron mayores a .70 (menos en el caso de la escala de evitación, por lo que no fue considerada en los resultados evaluados). Pueden verse los resultados detallados en el anexo 4.

A continuación se presentan los resultados significativos encontrados con los análisis estadísticos realizados a partir de los datos obtenidos con los cuestionarios aplicados.

### ***2.1 Escalas de estrategias de afrontamiento***

Los resultados encontrados al realizar los análisis correspondientes con las escalas de estrategias de afrontamiento son los siguientes:

- ✓ En las estrategias de afrontamiento medidas a través de las escalas no se presentaron diferencias entre los grupos por sexo, tratamiento antirretroviral, comunicación de la condición y manifestación del sida. Tampoco se encontró correlación entre las estrategias de afrontamiento y la edad o el tiempo de diagnóstico.
- ✓ Mediante un ANOVA OneWay se encontró que las personas homosexuales ( $M=7.46$ ,  $DE=3.15$ ) presentan menos afrontamiento religioso que las personas heterosexuales

( $M=10.36$ ,  $DE=3.43$ ), siendo esto significativo [ $F(2,34)=4.053$ ,  $p<.05$ ]. Mientras que entre las personas bisexuales no hay diferencias significativas.

- ✓ También se encontró significativo [ $F(2,34)=3.302$ ,  $p<.05$ ] que las personas heterosexuales ( $M=12.409$ ,  $DE=2.80$ ) utilizan más la reevaluación positiva que las personas bisexuales ( $M=7$ ,  $DE=2.82$ ). En cuanto a las personas homosexuales no hubo diferencias significativas en esta estrategia de afrontamiento.
- ✓ Se encontró relación entre el nivel educativo y tres escalas de afrontamiento. Con la escala de reevaluación positiva ( $r=.329$   $p=.047$ ) y con la escala de estilo de vida recomendado para las personas con VIH ( $r=.484$   $p=.003$ ) se dio una correlación positiva. Por otro lado, se encontró una correlación negativa con la escala de afrontamiento religioso ( $r=-.334$   $p=.043$ ).
- ✓ Se encontró correlación positiva entre la escala de estilo de vida recomendado para las personas con VIH y la escala de reevaluación positiva ( $r=.352$   $p=.038$ ).
- ✓ Además, se presentó una correlación positiva entre la escala de búsqueda de apoyo social y la escala de afrontamiento religioso ( $r=.336$   $p=.042$ ).

## ***2.2 Conductas de riesgo***

En cuanto a las conductas de riesgo, estos fueron los resultados obtenidos:

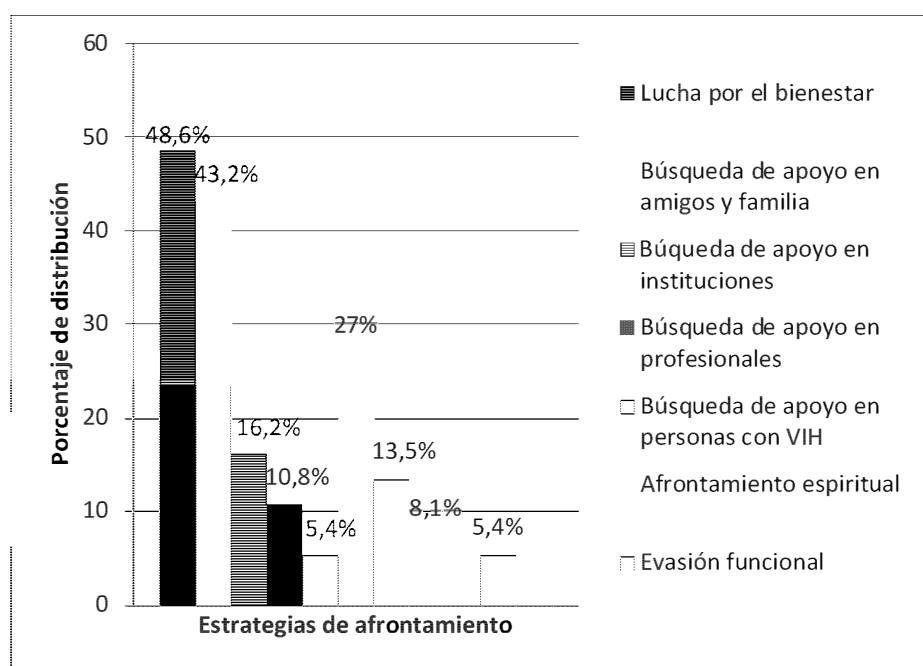
- ✓ Se encontró una correlación negativa entre el afrontamiento religioso y el consumo de drogas ilícitas ( $r=-.429$   $p=.008$ ).
- ✓ Además, tomar pastillas para tranquilizarse que no le ha recomendado un doctor correlacionó de manera positiva con fumar más ante un problema de lo que normalmente se fuma ( $r=.529$   $p=.001$ ). De igual forma, fumar más de lo usual ante un problema correlacionó positivamente con tener más relaciones sexuales por semana al encontrarse con un problema ( $r=.434$   $p=.007$ ).

- ✓ También se encontró que tener sexo sin protección correlaciona negativamente con la edad en años, lo que parece indicar que en la población entrevistada a menor edad tiene más relaciones sexuales sin preservativo ( $r = -.351$   $p = .033$ ).

### 2.3 Preguntas abiertas

Las categorías utilizadas para clasificar la información recolectada en las preguntas abiertas fueron ocultar estratégicamente el diagnóstico, lucha por el bienestar, búsqueda de información, búsqueda de apoyo, negación, evasión, dependencia y afrontamiento espiritual.

- ✓ La distribución de las estrategias que más les han ayudado a hacer frente a una situación se muestra en la figura 4:



**Figura 4** Porcentaje de distribución de respuestas relacionadas con las estrategias de afrontamiento evaluadas

- ✓ Con la aplicación de la prueba T de Student, se encontró que las personas que buscan apoyo en las instituciones ( $M = 5.50$ ,  $DE = 0.837$ ) utilizan más la estrategia de evitación [ $t(20) = 5.133$ ,  $p < .001$ ] que las personas que no acuden a estas instituciones ( $M = 2.87$ ,  $DE = 2.125$ ).

- ✓ Las personas que buscan apoyo en otras personas con VIH (M=9, DE=0.000) utilizan más la estrategia de búsqueda de apoyo social [t(34) =7.234, p<.001] que las personas que no acuden a los pares (M=5.14, DE=3.154).
- ✓ Se encontró que las personas que utilizan la evasión funcional (M=1,67, DE=1,366) fuman más ante un problema [t(35)=2,588, p<.05] que las personas que no utilizan la evasión funcional (M=0,42, DE=1,025).

Sobre esta misma estrategia se encontró que las personas que utilizan la evasión funcional (M=6,17, DE=2,714) presentan menos afrontamiento religioso [t(35) =-2,324, p<.05] que las personas que no la utilizan (M=9,68, DE=3,487).

Además del análisis estadístico realizado en las preguntas abiertas, al revisar el contenido de las respuestas desde un punto de vista cualitativo, se evidencia que las personas otorgaban en ocasiones a estrategias de evitación y de negación elementos que les ayudaban a enfrentar situaciones difíciles, realizando acciones propias de estas estrategias de afrontamiento disfuncionales pero con resultados positivos y de manera intencional. Utilizar de esta forma las estrategias de afrontamiento (negación y evitación) les permitía a las personas actuar como no lo hubieran podido hacer de estar pensando constantemente en el problema con el que estaban lidiando.

Toda la información recolectada con los cuestionarios fue utilizada, junto a la información recolectada con las entrevistas, para definir las estrategias de afrontamiento identificadas con la población. Los datos obtenidos sirvieron para considerar algunos aspectos sobre la población a la hora de plantear el programa. La relevancia del nivel educativo hace dar mayor importancia a la información y las habilidades de las personas para tener acceso a esta. La falta de diferencias en las estrategias de afrontamiento entre edades, tiempo de diagnóstico, fases de la infección y sexo también fue considerado en la falta de diferenciación entre estos grupos al plantear la intervención.

Los resultados también resaltaron la importancia de contemplar el afrontamiento religioso, el cual se destacó en varios casos y de considerar las conductas de riesgo que se hicieron presentes en los resultados. Además, el instrumento utilizado fue la base para el

cuestionario de evaluación de estrategias de afrontamiento que fue incluido en el programa de intervención posteriormente.

A continuación se presentan las estrategias de afrontamiento que fueron determinadas a partir del análisis de los resultados de todos los datos recolectados en la investigación.

### *3. Estrategias de afrontamiento*

Después de analizar los resultados obtenidos en ambos componentes de recolección de información (entrevistas y cuestionarios), se procedió a listar todas las estrategias de afrontamiento localizadas, ya que se tomaron en cuenta todas, independientemente de si se había encontrado sólo en uno de los medios utilizados.

En su mayoría hubo coincidencia entre las identificadas por medio de las entrevistas y las ubicadas con los cuestionarios. Sin embargo, en estos últimos se evaluó la estrategia de afrontamiento religioso y fue necesario unificar los componentes de la estrategia denominada evitación en las categorías de análisis de las entrevistas y la denominada evasión en los cuestionarios. Además, de acuerdo a los cuestionarios fue posible identificar que existen estrategias de afrontamiento que dependiendo de su uso pueden ser funcionales o disfuncionales las cuales se denominaron “mixtas”.

En total, se identificaron 12 estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas con VIH. Se clasificaron en tres categorías (funcionales, mixtas y disfuncionales) de acuerdo a los resultados referidos en cuanto a su uso, sin embargo debe considerarse que la funcionalidad va a depender siempre del contexto en que se utilice y cómo funciona para la persona, de manera que serán más o menos funcionales para las personas según cada caso.

Las estrategias identificadas fueron las siguientes: 6 funcionales (ocultar estratégicamente el diagnóstico, lucha por el bienestar, reevaluación positiva, afrontamiento espiritual, búsqueda de información y búsqueda de apoyo), 3 mixtas (afrontamiento religioso, negación y evitación) y 3 disfuncionales (rumiación-fatalismo, dependencia y conductas de riesgo), 2 de ellas dirigidas al problema y 10 dirigidas a la emoción. A continuación se



presenta la definición de cada una; dentro del programa de intervención se brinda una propuesta de análisis funcional para cada una de ellas y se detallan sus componentes.

- ✓ Ocultar estratégicamente el diagnóstico: estrategia dirigida al problema, consiste en no dar a conocer la condición de salud a todas las personas con las que se interacciona, haciendo una selección cuidadosa de a quienes se les puede comunicar. Es imprescindible considerar que no es un ocultamiento total sino que va a ser estratégico, lo que implica que la decisión de en qué lugares y ante qué personas es realmente necesario realizar un ocultamiento es clave y va a depender de las consecuencias que la revelación de la información va a tener socialmente para la persona y si es posible evitarlas o enfrentarlas de otra manera. Implica que la persona tenga clara su condición de salud y que su vida no es definida por esta. Es funcional porque ayuda a la persona a mantenerse en su medio evitando las consecuencias negativas de la discriminación a causa de su condición de salud. Implica desarrollar la capacidad de disimular que se encuentra en un proceso médico sin abandonarlo y dar respuesta a las dudas de los demás sobre los cambios que realiza en su vida por su condición de salud.
- ✓ Lucha por el bienestar: estrategia dirigida al problema. Consiste en acciones conductuales, cognitivas y emocionales para adaptar la condición de salud a la vida diaria y responsabilizarse de sí mismos/as. Resulta funcional porque permite a la persona adaptar su condición de salud a su realidad y aceptar los cambios que debe hacer para su cuidado. Implica responsabilidad y compromiso con el proceso médico y consigo mismo/a para mantener la salud, así como adaptarse para continuar el proyecto de vida.
- ✓ Reevaluación positiva: Estrategia dirigida a la emoción. Consiste en evaluar el problema ubicando los aspectos positivos que puede traer a la vida. Es funcional porque permite a la persona pensar perspectivas diferentes sobre el problema y buscar nuevas alternativas y opciones para hacerle frente. Además permite no enfocarse en los aspectos negativos de la condición salud ni en esperar un futuro catastrófico, así como considerar posibilidades de crecimiento

personal con las que no hubieran contado de no ser por su condición de salud.

- ✓ Afrontamiento espiritual: Estrategia orientada a la emoción. Consiste en apoyarse en un ser superior como una fuente de fuerza para hacer frente a la infección y las situaciones asociadas. La persona tiene la creencia de que Dios le brinda apoyo para controlar o solucionar el problema. Se convierte en una fuente de seguridad para aceptar la condición como una situación a la que puede hacer frente. Resulta funcional porque permite que la persona controle su malestar emocional para buscar otras estrategias de afrontamiento. No implica esperar una curación “divina” ni la resolución automática de los problemas derivados de la infección, sino una mayor seguridad para actuar. Se presenta de manera independiente del contexto de una religión, de la cual en algunos casos las personas se han distanciado o las han hecho distanciarse por su misma condición.
- ✓ Búsqueda de información: Es una estrategia orientada a la emoción. Consiste en acudir a diferentes fuentes para conocer más sobre la infección o la situación que se esté enfrentando. Resulta funcional porque ayuda a la persona a comprender y conocer la situación de salud que está viviendo y le ayuda a corregir los mitos que maneja sobre el VIH, así como a eliminar la incertidumbre. Las fuentes para buscar información dependen de los recursos que la persona tenga disponibles así como de su capacidad para comprender y valorar la información que encuentre.
- ✓ Búsqueda de apoyo: Es una estrategia orientada a la emoción. Consiste en recurrir a otras personas para sentirse mejor. Las fuentes de apoyo identificadas fueron familia, pareja y amistades, profesionales de la salud, personas con VIH e instituciones. Implica confianza en algunas personas, decisiones sobre las personas en las que se puede buscar el apoyo y buscar la aproximación a fuentes que pueden brindarlo.
- ✓ Afrontamiento religioso: Es una estrategia orientada a la emoción. Se encuentra en el contexto de una religión, por lo que implica creencias, principios y conductas propias de un sistema religioso. Se diferencia del afrontamiento

espiritual por el contexto en que se encuentran las creencias y que se enmarca en un grupo que sigue una serie de normas, las cuales en ocasiones pueden resultar o tomarse contraproducentes para el tratamiento de la persona. En esos casos resulta disfuncional cuando además la persona presenta una actitud pasiva y espera que sea un ente superior quien solucione sus problemas. En el caso del VIH se presenta en la petición a Dios de sanación, mientras que la persona deja de lado las conductas propias del cuidado de su condición de salud por cumplir con ritos o costumbres propias de la religión como único medio de afrontar su condición de salud. Puede resultar funcional cuando se utilizan acciones propias de una religión para apoyarse mientras la persona realiza acciones para afrontar su problema, no implica abandonar el tratamiento. En este caso puede coincidir con lo planteado en la estrategia de afrontamiento espiritual.

- ✓ **Negación:** Es una estrategia orientada a la emoción. Resulta disfuncional cuando las personas no aceptan el diagnóstico de VIH positivo, por lo que no toman ninguna acción para cuidar de su salud y concretar los cambios que requieren en su vida, poniéndose en riesgo a sí mismas y a otras personas. Se prolonga la reacción inicial de negación propia de la crisis, la cual se puede presentar ante una noticia como el diagnóstico. Por otra parte resulta funcional al ser utilizada de manera intencional, cuando la persona niega que tiene la condición en circunstancias específicas pero no abandona las conductas de cuidado de su salud.

- ✓ **Evitación:** Es una estrategia orientada a la emoción. En esta estrategia la persona no realiza acciones para hacer frente al problema y elude pensamientos sobre este. Puede resultar disfuncional cuando una de las acciones para evitar los pensamientos sobre la enfermedad es abandonar el tratamiento y aislarse de aquellas circunstancias que recuerdan la condición de salud. Puede resultar funcional cuando se utiliza porque el malestar emocional limita las posibilidades de enfrentar los problemas. Esta estrategia fue constituida por la estrategia de evasión identificada por los/as profesionales y por la de evitación medida en los cuestionarios.

- ✓ Rumiación-fatalismo: Es una estrategia orientada a la emoción. Consiste en pensamientos repetitivos sobre el problema con la creencia de que no hay soluciones posibles, lo que no permite a la persona resolver la situación. Resulta disfuncional porque aumenta el malestar emocional y fomenta un rol pasivo por parte de la persona sin tomar acciones para resolver los problemas o controlarlos. En lugar de reducir el estrés mantiene la activación y puede relacionarse con conductas perjudiciales para la salud. En el caso de las personas con VIH favorece los pensamientos catastróficos constantes sobre la infección y las consecuencias negativas que tiene o podría tener en su vida.
- ✓ Dependencia: Es una estrategia orientada a la emoción. Consiste en acciones para depositar en otras personas la responsabilidad de sí mismos/as y del cuidado de su salud. Resulta disfuncional porque la persona renuncia a su responsabilidad y puede propiciar acciones perjudiciales para su bienestar al tratar de lograr que otras personas las atiendan.
- ✓ Conductas de riesgo: Es una estrategia orientada a la emoción. Consiste en acciones que realizan las personas para sentirse mejor pero atentan contra su bienestar. Son disfuncionales porque ponen en peligro la salud y la integridad de la persona y resulta un alivio momentáneo que no controla ni resuelve los problemas. Por medio de ellas se busca el control emocional y no la resolución de situaciones. Las conductas de riesgo identificadas se clasificaron en dos tipos: consumo de sustancias y relaciones sexuales sin protección.

#### ***4. Diseño del programa de intervención psicológica para el desarrollo de estrategias de afrontamiento en personas que viven con VIH***

En esta sección se detallará el diseño del programa de intervención psicológica para el desarrollo de estrategias de afrontamiento en personas con VIH. Para ello se describe en primer lugar el programa de intervención completo, tal y como fue diseñado. En segundo lugar, se describen los instrumentos creados para la evaluación durante la aplicación del

programa. En tercer lugar, se describe la intervención planteada según cada estrategia de afrontamiento encontrada.

#### ***4.1 Descripción del programa diseñado***

El programa de intervención no fue diseñado como un planeamiento a repetir con todas las personas con VIH. En su lugar, se consideró la importancia de valorar en cada caso cuáles estrategias utilizan las personas, y a partir de ello decidir cuáles era necesario desarrollar, fortalecer, modificar o extinguir, generando un programa con un planteamiento específico a seguir para la intervención de cada estrategia de afrontamiento. De esta manera, el programa diseñado permite decidir cuáles estrategias trabajar con cada persona según la evaluación de su caso y a partir de esa decisión, utilizar las intervenciones diseñadas para las estrategias de afrontamiento elegidas.

Para el uso del programa de intervención, el/la profesional encontrará una sección de marco referencial que contiene información básica sobre conceptos necesarios para entenderlo y aplicarlo; especialmente se enfatiza en todo lo referido al modelo cognitivo conductual y se presenta una breve explicación de las técnicas que se utilizan en el programa; además se brinda información sobre las personas con VIH, las dificultades que enfrentan y la descripción de las estrategias de afrontamiento que se localizaron en la población durante la investigación.

Seguidamente se encuentra la sección de evaluación inicial del programa de intervención, en donde se presenta una guía detallada de evaluación para identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas, analizar funcionalmente dichas estrategias y decidir en cuáles debe centrarse la intervención. Luego se presenta la propuesta para estructurar las sesiones e inmediatamente después el apartado de intervención para cada estrategia de afrontamiento, en donde se incluye tanto lo que se pretende lograr con la intervención como la manera de utilizar las técnicas seleccionadas para trabajar cada estrategia; aunque haya técnicas que se repitan por estrategia de afrontamiento, se detalla de qué manera usarla en cada caso. Después del apartado de la intervención se presentan la evaluación final y el seguimiento. Por último, se brinda una sección de recomendaciones generales para quienes apliquen el programa.

De esta manera, con el uso de este programa se podrán diseñar intervenciones específicas para cada una de las personas con VIH con las que se necesite trabajar las estrategias de afrontamiento. Una vez realizada la evaluación y decididas las estrategias a intervenir, se podrá encontrar con facilidad la manera de trabajar cada una de ellas y estructurar un plan de intervención en función de la persona y su situación.

En resumen, el programa propuesto tiene los siguientes componentes:

I. Introducción

II. Marco referencial:

1. VIH/sida, sistema inmunológico, estrés y afrontamiento: breve información sobre conceptos básicos para aplicar el programa.
2. Contextualización de la población: se presenta la situación de las personas con VIH en Costa Rica de acuerdo a los datos recolectados en esta investigación, lo que incluye las dificultades que deben enfrentar
3. Estrategias de afrontamiento: apartado con las características y la descripción de las estrategias de afrontamiento que fueron localizadas en la investigación y que serán trabajadas en el programa de intervención, divididas en estrategias funcionales, mixtas y disfuncionales.
4. También se incluye una aproximación a la medicina conductual y al modelo cognitivo conductual emocional.

III. Programa de intervención:

1. Evaluación inicial: se explica la manera de realizar la evaluación detallando el uso y componentes de los instrumentos propuestos para ello, los cuales se anexan al programa. Se explica la entrevista conductual que fue diseñada para la evaluación de las estrategias de afrontamiento en las personas con VIH así como el cuestionario de estrategias de afrontamiento, basado en el instrumento utilizado para la recolección de datos y la revisión de diferentes investigaciones y sus

respectivos instrumentos utilizados (Balcázar, Gurrola, Bonilla, y Vírseda, 2011; Cano, Rodríguez y García, 2006; Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2001; Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango, y Aguirre, 2006; Moran, Landero y González, 2010; Nava, Ollua, Vega y Soria, 2010; Nava, Vega y Soria, 2009; Ongarato, De la iglesia, Stover y Fernández, 2009; Remor, 2001; Sandín y Chorot, 2003; Vargas, Cervantes y Aguilar, 2009).

2. Propuesta de sesiones: apartado dedicado a mostrar cómo estructurar las sesiones del proceso psicoterapéutico.
  3. Intervención de las estrategias de afrontamiento: se presenta la intervención propuesta para cada una de las estrategias de afrontamiento, distribuidas según su funcionalidad (funcionales, mixtas y disfuncionales), mostrando el propósito a lograr en cada estrategia de afrontamiento y las técnicas que se pueden aplicar para lograrlo.
  4. Valoración de la intervención y seguimiento: se presenta cómo realizar la valoración de los resultados obtenidos tras la intervención y la organización del proceso de seguimiento.
- IV. Recomendaciones generales: algunas recomendaciones que pueden ayudar a quienes deseen aplicar el programa de intervención, basadas en la experiencia de las investigadoras al realizar el presente trabajo y recomendaciones recolectadas a lo largo de la recolección de información.
- V. Bibliografía: se presentan todas aquellas referencias bibliográficas utilizadas en el programa de intervención.
- VI. Anexos: se adjuntan tanto los instrumentos de evaluación y como todos aquellos materiales de consulta necesarios para aplicar el programa de intervención, incluido el detalle del análisis funcional de cada una de las estrategias de afrontamiento.

A continuación se detalla la descripción de los instrumentos de evaluación que se diseñaron para evaluar las estrategias de afrontamiento en personas con VIH.

## ***4.2 Descripción de los instrumentos de evaluación diseñados para el programa***

De acuerdo a lo expuesto con anterioridad se evidencia la importancia de una evaluación inicial completa para la aplicación del programa de intervención diseñado. Por esta razón, se desarrollaron dos instrumentos específicamente para el programa de intervención en estrategias de afrontamiento para personas con VIH, los cuales se describen a continuación.

### ***4.2.1 Entrevista conductual de estrategias de afrontamiento en personas con VIH***

El protocolo de entrevista está diseñado para investigar aspectos clave que ayuden a estructurar la intervención en las estrategias de afrontamiento considerando las condiciones particulares de la población de personas con VIH, las dificultades que enfrentan y la caracterización de las estrategias de afrontamiento que utilizan, todo de acuerdo a los resultados encontrados en esta investigación. Al instrumento diseñado se sumaron algunas modificaciones sugeridas en la posterior fase de valoración del programa. El protocolo de entrevista final se divide en ocho secciones:

1. **Datos demográficos:** Se hacen constar los datos de identificación de la persona, datos de contacto y otros aspectos de interés como el nivel educativo, la orientación sexual, y el número y sexo de los/as hijos/as.
2. **Atención recibida en salud:** se recopilan los datos de contacto de otros servicios de atención que esté recibiendo la persona para eventuales interconsultas.
3. **Antecedentes personales:** se consignan los datos de anteriores intervenciones en salud mental. Se evalúan problemáticas que pueden conformar dificultades que la persona debe enfrentar o que pueden influir en su afrontamiento: violencia intrafamiliar en la familia de origen, violencia doméstica en las relaciones de pareja, adicciones, trastornos mentales, enfermedades y otros. Además se indaga si alguna de las situaciones se presenta en familiares y si la persona ha sufrido pérdidas significativas de personas cercanas.
4. **Estado de salud referido a la infección por VIH:** Se registran los datos referentes a la etapa de la infección en que se encuentra la persona, los resultados de sus últimos exámenes (conteo de CD4 y carga viral), así como las enfermedades que ha sufrido o



está presentando. También se indagan los datos relacionados al medio de infección y los resultados que recibió al conocer el diagnóstico.

5. **Tratamiento por VIH:** se indaga si la persona está consumiendo el tratamiento antirretroviral, el esquema que está tomando y las características de la prescripción que está siguiendo (horario, condiciones de consumo, almacenamiento). También se indaga sobre su historial de consumo de antirretrovirales para comprender cómo ha sido el tratamiento hasta ahora y las dificultades que puede haber enfrentado.
6. **Dimensión psicosocial del diagnóstico:** se exploran las reacciones y circunstancias alrededor de la noticia del diagnóstico, desde las razones para realizarse la prueba hasta las reacciones ante la noticia. Asimismo se pregunta por la opinión que tenía antes del diagnóstico sobre el VIH y las personas que tenían la infección, y la opinión actual. También se indagan los cambios realizados por la persona a raíz del diagnóstico en distintas áreas de su vida.
7. **Recursos de afrontamiento:** se indaga sobre cuatro tipos de recursos: internos, institucionales, materiales y sociales. En el caso de los recursos internos, se pide a la persona que describa sus cualidades y fortalezas, para posteriormente indagar mediante una situación problemática que haya enfrentado sus reacciones antes de esta. En los recursos institucionales se evalúa la experiencia acudiendo a estos (satisfacción, confianza y calidad) y las dificultades que puede haber encontrado. En los recursos materiales se indaga sobre bienes, fuentes de ingreso y salidas de dinero. En cuanto a los recursos sociales, se indaga sobre la comunidad, el trabajo, los amigos, el grupo de pares, la familia y la pareja; tanto las relaciones dentro de cada uno de esos grupos como dentro de ellos quienes saben sobre su diagnóstico de VIH, como se enteraron y si alguien más tiene el virus.
8. **Estrategias de afrontamiento:** se explora cada una de las estrategias de afrontamiento identificadas en la investigación.
  - a. **Búsqueda de apoyo:** se dividió en los cuatro grupos identificados como fuentes de apoyo para las personas con VIH; Familia, amigos y pareja, Profesionales, Otras personas con VIH e Instituciones. Se presenta un cuadro para anotar en cada caso en qué situaciones busca apoyo de cada fuente, de qué manera espera

que lo/a apoyen y en qué tipo de situaciones no busca apoyo en cada una de esas fuentes.

- b. Dependencia: se indaga si alguna persona le ayuda a cuidar de su salud y de qué forma, y qué haría si esa persona que le ayuda no pudiera hacerlo más. Para evaluar esta estrategia de afrontamiento, se toman en cuenta también los resultados en la sección de búsqueda de apoyo.
- c. Ocultar el diagnóstico: se indaga sobre los ambientes en los que le ha sido necesario ocultar el diagnóstico, las razones por las cuales piensa que debe hacerlo, las acciones que realiza para ocultarlo, las dificultades que se le han presentado y cómo se siente haciéndolo.
- d. Búsqueda de información: se pregunta si la persona busca información sobre el VIH y otros temas de salud, en qué fuentes busca esta información, si la encuentra comprensible, qué dificultades encuentra, si le pone atención a las noticias sobre la infección, en qué otros lugares ha visto información sobre el tema y cómo le hace sentir encontrar información nueva. También se indaga si los/as profesionales que le han atendido hasta el momento le han brindado información sobre el virus, si aclararon sus dudas y si le explicaron dónde podía obtener más información. Para indagar sobre las fuentes de información se presenta además un cuadro para evaluar si utiliza y si tiene acceso a los principales medios a los cuales se puede recurrir para informarse.
- e. Lucha por el bienestar: se pregunta si la persona sigue el tratamiento, acude a las citas y atiende a las indicaciones del personal de salud. Se indaga sobre las metas que tenía antes de recibir el diagnóstico y cómo ha modificado los planes para cumplirlas, cuáles planes ha continuado, cuáles ha abandonado y cuáles nuevos planes se ha planteado.
- f. Revaluación positiva: se indaga si la persona busca el lado positivo de las situaciones pidiendo un ejemplo de una ocasión donde crea que lo haya hecho. Además, se le pide en una escala de 1 a 10 señale qué tan optimista se considera y qué consecuencias positivas le ha traído el VIH a su vida.

- g. Rumiación-Fatalismo, Evitación y Negación: estas tres estrategias cognitivas se indagan juntas. Se pregunta a la persona si piensa siempre en la infección (rumiación), si recurre a distraerse para no pensar en ella (evitación) o si en ocasiones piensa que no tiene la infección (negación). Si la respuesta apunta a rumiación se le pide a la persona que caracterice esos pensamientos para evaluar si son de carácter fatalista. Además se pregunta si trata de evitarlos y de qué manera, ya que no lo consigue. Si su respuesta es de evitación o negación se pregunta por las situaciones en que esto sucede, los distractores que utiliza y para qué realiza las acciones de evasión.
- h. Conductas de riesgo: en estas se evalúan de dos tipos, unas relacionadas con la sexualidad (si mantiene relaciones sexuales, cantidad de parejas sexuales, qué tan frecuentemente utiliza el preservativo, donde acostumbra conocer a sus parejas sexuales, si tiene más relaciones sexuales cuando se siente estresado o tiene un problema y cómo se siente con su vida sexual) y otras con el consumo de sustancias (tabaco, alcohol, drogas ilícitas y pastillas tranquilizantes no recetadas).
- i. Afrontamiento religioso-espiritual: se evalúa si la persona se apoya en su fe de una manera activa o pasiva (esperando que Dios o algún ser superior le resuelva la situación). Asimismo, se evalúa si pertenece a alguna religión y la manera en que espera que Dios o algún ser superior y/o las actividades religiosas le ayuden.
- j. Preguntas generales sobre el afrontamiento al VIH: se le pide a la persona que explique en su opinión de todo lo que ha hecho para hacerle frente a su situación qué es lo que más le ha ayudado, qué no ha podido hacer por su condición de VIH positivo, qué ha hecho gracias a ser VIH positivo y qué espera a futuro de su vida.

Al final de la entrevista se presenta un cuadro para que el evaluador marque las casillas de las estrategias que encuentra presentes en la persona evaluada, y en el caso de las catalogadas como mixtas, que indique si se presentan de manera funcional o disfuncional.

#### ***4.2.2 Cuestionario de estrategias de afrontamiento para personas con VIH***

El cuestionario de estrategias de afrontamiento para personas con VIH se construyó con el propósito de evaluar de manera fácil y ágil las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas, de acuerdo a las identificadas en esta investigación. Este cuestionario no se trata de una escala estadística, sino que se propone como guía para evaluar conductas, pensamientos y sentimientos relacionados con 11 de las estrategias de afrontamiento evaluadas en el programa de intervención.

El cuestionario está compuesto por 55 ítems que evalúan 11 estrategias, con 5 ítems para cada una. La estrategia de conductas de riesgo no se incluyó en este cuestionario, porque puede estar compuesta de conductas muy diferentes entre sí y sin que se presenten todas las conductas de riesgo posibles a la vez, por lo que si se diseñara una escala que incluyera todas las conductas de riesgo posibles, es probable que las personas realicen solo unas, lo que no hace el uso de la estrategia menos disfuncional ni la estrategia de afrontamiento menos presente, por lo que se obtendría una puntuación baja en la escala que resultaría engañosa. Para la evaluación de las conductas de riesgo se considera que es más apropiado abordarlas en la entrevista de evaluación inicial.

Las estrategias de afrontamiento se dividieron en dos grupos de acuerdo al contenido de las preguntas realizadas. Las primeras 30 preguntas no están enfocadas en el afrontamiento de situaciones específicamente relacionadas con el VIH, por lo que esta primera parte se denominó “estrategias de afrontamiento”. Las siguientes preguntas, de la 31 a la 55, evalúan “estrategias de afrontamiento enfocadas en el VIH”, ya que los reactivos están enfocados a situaciones directamente relacionadas con la condición de ser VIH positivo. La distribución de las estrategias de afrontamiento y los ítems correspondientes a cada una puede apreciarse en la tabla 2:

**Tabla 2** Distribución de ítems del Cuestionario de estrategias de afrontamiento

<b>Estrategias de afrontamiento generales</b>		<b>Estrategias de afrontamiento enfocadas en el VIH</b>	
<b>Estrategia</b>	<b>Ítems</b>	<b>Estrategia</b>	<b>Ítems</b>
Búsqueda de apoyo	1, 7, 13, 19 y 25	Búsqueda de información	31, 36, 41, 46 y 51
Afrontamiento religioso	2, 8, 14, 20 y 26	Ocultar estratégicamente el diagnóstico	32, 37, 42, 47 y 52
Evitación	3, 9, 15, 21 y 27	Lucha por el bienestar	33, 38, 43, 48 y 53
Reevaluación positiva	4, 10, 16, 22 y 28	Dependencia	34, 39, 44, 49 y 54
Afrontamiento espiritual	5, 11, 17, 23 y 29	Negación	35, 40, 45, 50 y 55
Rumiación–Fatalismo	6, 12, 18, 24 y 30		

Cada ítem se evalúa de manera dicotómica con respuestas de sí y no, cada respuesta positiva suma un punto en la calificación de la estrategia de afrontamiento, al final se le propone al/a profesional que sume las respuestas positivas en cada estrategia de afrontamiento. De esta manera se obtiene una puntuación entre 0 y 5 para cada estrategia. Se diseñó además la hoja de calificación para realizar la suma y a su vez se incluye un gráfico en blanco para colocar las puntuaciones obtenidas para cada estrategia de afrontamiento que permite visualizar el uso de elementos de cada una de las estrategias de afrontamiento por parte de las personas.

Este cuestionario fue diseñado con la intención de aplicarlo al inicio del programa y después de la intervención, de manera que se establezca un parámetro cualitativo que ayude a visualizar los resultados de la intervención realizada.

### ***4.3 Intervención de las estrategias de afrontamiento***

La intervención de las estrategias de afrontamiento se dividió de acuerdo a la clasificación que se utilizó para presentarlas en los resultados: funcionales, mixtas y disfuncionales. Para todas las estrategias se presentó el propósito de la intervención y se describió la manera de utilizar específicamente para la intervención de cada estrategia de afrontamiento las técnicas elegidas para cumplir el propósito establecido.

Las intervenciones planteadas se compusieron de la siguiente manera:

1. Ocultar estratégicamente el diagnóstico: se pretende desarrollar habilidades para que la persona genere un control interno que le permita actuar, sentir y pensar sin que le genere malestar la anticipación de cómo ocultar su diagnóstico y cómo comunicarlo a quienes decida hacerlo. Las técnicas planteadas para su intervención son debate socrático, solución de problemas, identificar pensamientos negativos, autoinstrucciones y experimento conductual.
2. Lucha por el bienestar: tiene por propósito integrar el proceso médico en el plan de vida de la persona, y que al mismo tiempo el proyecto de vida no se limite a cumplir el proceso médico. Las técnicas planteadas para su intervención son debate socrático, identificar pensamientos negativos, evaluación de pensamientos, utilizarme a otros como punto de referencia, distracción y refocalización, solución de problemas, autoinstrucciones, proyecto de vida, experimento conductual y relajación.
3. Revaluación positiva: pretende fomentar un pensamiento positivo, ya sea creándolo cuando la persona no lo tiene o fortaleciéndolo cuando se presenta en alguna medida. Las técnicas propuestas para su abordaje son identificar pensamientos negativos, distanciamiento, continuum cognitivo, evaluación de pensamientos, solución de problemas, técnica para utilizar el humor y planeamiento de actividades.
4. Afrontamiento espiritual: solo se busca apoyarla o fortalecerla con las mismas técnicas propuestas para afrontamiento religioso.
5. Búsqueda de información: se pretende que la persona comprenda que la información le ayuda a entender la situación que está viviendo y a actuar con respecto a esta, facilitándole entender la razón de los cambios que debe realizar y ayudándole a tomar

decisiones en el futuro. Las técnicas recomendadas para su intervención son solución de problemas, entrenamiento en búsqueda de información, debate socrático, explicación del padecimiento y autoinstrucciones.

6. Búsqueda de apoyo: pretende dar a la persona herramientas para desenvolverse en su medio social, de manera que pueda ubicar y aprovechar las fuentes de apoyo que tiene. Las técnicas propuestas para su intervención son evaluación de pensamiento, solución de problemas, experimento conductual y planeamiento de actividades.
7. Afrontamiento religioso: pretende que la persona asuma que para la resolución de las situaciones son necesarias sus acciones también, en lugar de mantener una posición de espera pasiva de soluciones. Las técnicas propuestas para su intervención son solución de problemas, debate socrático y relajación.
8. Negación: se enfoca a que la persona no niegue completamente su condición y pueda asumir su condición de salud sin que esta sea lo único que predomine en su vida. La intervención está orientada al uso funcional de la negación para apoyar otras estrategias funcionales, principalmente ocultar estratégicamente el diagnóstico. Las técnicas utilizadas para ello son debate socrático, detención de pensamientos, solución de problemas, experimento conductual y relajación.
9. Evitación: se pretende que la persona no evite continuamente la realidad de su infección, sino que pueda utilizar la evitación como un apoyo que le permita controlar sus pensamientos y el malestar que experimenta para que pueda utilizar otras estrategias funcionales. Las técnicas de intervención para esta estrategia son debate socrático, distracción y refocalización, distanciamiento, detención del pensamiento, planeamiento de actividades, experimento conductual, solución de problemas y relajación.
10. Rumiación-fatalismo: se busca modificar las distorsiones cognitivas que generan los pensamientos fatalistas que la persona se repite constantemente. Busca el desarrollo de creencias favorables hacia el tratamiento, conductas positivas y un estado emocional positivo se debe realizar por medio de la intervención para instaurar estrategias de afrontamiento funcionales. Las técnicas de intervención para su trabajo son debate

socrático, detención de pensamientos, control de estímulos, entrenamiento de respuesta alternativa, distracción y refocalización, experimento conductual y relajación.

11. Dependencia: la intervención para esta estrategia pretende cambiar las conductas cogniciones y emociones que llevan a la persona a actuar de manera dependiente y así poder instaurar posteriormente conductas para responsabilizarse de sí misma. Las técnicas propuestas para ello son debate socrático, evaluación de pensamientos, control de estímulos, entrenamiento de respuesta alternativa, experimento conductual, autoinstrucciones, solución de problemas, planeamiento de actividades y relajación.
12. Conductas de riesgo: en el caso de las conductas de consumo de sustancias la intervención busca ayudar a la persona a controlar los estímulos externos que motivan el consumo y el planteamiento de conductas sustitutas para quienes ya han dejado el uso. En el caso de las relaciones sexuales no responsables se busca que la persona utilice protección y no utilice las relaciones sexuales con el objetivo principal de reducir la ansiedad. Las técnicas propuestas para ambos casos son relajación, experimento conductual, control de estímulos, distracción y refocalización, planeamiento de actividades y debate socrático.

A continuación se presentan los resultados de la valoración por criterio de expertos a la que fue sometida este programa de intervención. Posteriormente, se presenta de manera integral el programa de intervención con las modificaciones necesarias después de la retroalimentación recibida en la validación.



## *5. Valoración por criterio de expertos*

### *5.1 Resultados de la valoración*

De acuerdo a su experiencia trabajando con personas con VIH y sus conocimientos en intervención psicológica, las evaluadoras realizaron su evaluación del programa, siguiendo las categorías de evaluación planteadas. Para cada categoría respondieron si estaba presente o no, la calificaron en una escala de 1 a 4 (siendo 1 el menor y 4 el mayor) y realizaron observaciones si lo consideraban pertinente.

En cuanto al marco referencial, las tres evaluadoras concordaron en que era pertinente y comprensible. En un puntaje de 1 a 4, la primera y segunda evaluadora puntuaron con 3 ambas características y la tercera evaluadora lo puntuó con 4. Las observaciones realizadas fueron las siguientes:

- ✓ Se explica con mucho cuidado y detalle todo lo referente a la enfermedad y el marco del modelo cognitivo conductual lo que resulta muy claro para quien lo lee.
- ✓ Incluir en la contextualización de la población las características de las personas con las cuales se realizó la investigación, particularmente el grupo etario, el momento de la infección en que se encontraban (diagnóstico inicial, en tratamiento).

En cuanto a la evaluación, todas las evaluadoras concordaron en que era pertinente y comprensible. En un puntaje de 1 a 4, la primera y segunda evaluadora puntuaron con 4 ambas características y la tercera evaluadora con 3. Las observaciones que realizaron sobre esta sección fueron las siguientes:

- ✓ Permite recolectar la información necesaria para dar inicio a la intervención y realizar el programa propuesto.

- ✓ Modificar algunas preguntas de la entrevista para facilitar la recolección de información con escalas de valoración, cambiando las preguntas dicotómicas por preguntas de escala.
- ✓ Preguntar por antecedentes familiares y pérdidas significativas que haya sufrido la persona.
- ✓ Especificar los criterios de inclusión y exclusión para que sea claro a quienes está dirigida la evaluación.

En cuanto a la intervención de las estrategias de afrontamiento, evaluaron que las intervenciones planteadas resultaban pertinentes, coherentes con el propósito establecido, coherentes con la intervención planteada en las otras estrategias y estaban claramente explicadas.

La intervención en cada estrategia de afrontamiento fue valorada en esas cuatro categorías: pertinencia, coherencia con el propósito, coherencia con la intervención planteada en otras estrategias y claridad. En todas las estrategias menos en ocultar estratégicamente el diagnóstico hubo un acuerdo unánime de que las cuatro categorías se cumplían.

Aunque la segunda y la tercera evaluadoras consideraron que la intervención planteada para la estrategia de ocultar estratégicamente el diagnóstico cumplía con todas las características evaluadas en las categorías, la primera evaluadora consideró que a pesar de estar claramente explicada no resultaba una intervención pertinente ni coherente con el propósito ni con el resto de intervenciones planteadas.

De acuerdo a su explicación, se mostró disconforme no con la manera en que se plantea la intervención sino con la estrategia de ocultar estratégicamente el diagnóstico como algo que deba propiciarse bajo ese nombre. La evaluadora considera que hay ambivalencia al plantear la necesidad de disimular ante otros y fortalecer los recursos racionales, conductuales y emocionales. A su parecer, la persona con VIH en lugar de hacer un acto de disimulo, debe valorarse a sí misma modificando sus cogniciones para que no le importe lo que piensen los

demás y enseñándole a ser asertiva. Manifestó preocupación de que la estrategia de ocultamiento estratégico del diagnóstico se preste para revictimizar a la persona, lo que se retomó en los cambios realizados a raíz de la valoración por juicio de expertos.

En el caso de las estrategias de lucha por el bienestar, búsqueda de información, búsqueda de apoyo, negación, evitación, rumiación y conductas de riesgo, las tres evaluadoras concordaron en darle el máximo puntaje (4) para las cuatro categorías. En las estrategias de reevaluación positiva y dependencia, la primera y la tercera evaluadora dieron el máximo puntaje (4) a todas las categorías, mientras que la segunda evaluadora les otorgó un 3. Aunque hubo diferencias los puntajes fueron altos. No hubo comentarios sobre las calificaciones.

En la estrategia de afrontamiento religioso-espiritual fue en la que hubo más variación. La tercera evaluadora no otorgó puntuación en pertinencia, mientras que la segunda evaluadora le daba a una puntuación de 2, contrastando con la tercera evaluadora que le otorgó una puntuación de 4. A las categorías de coherencia con el propósito y con las otras intervenciones, la primera y tercera evaluadora le otorgaron un 4 mientras que la segunda le otorgó un 3. Esta última también otorgó un 2 a la claridad con que se expone la intervención en la estrategia de afrontamiento religioso-espiritual. Al respecto, la segunda evaluadora hizo constar su preocupación de que es fundamental no entrar en un sostén religioso-espiritual, para evitar caer en dar consejería en lugar de terapia.

Por otro lado, como una recomendación general para la calificación de la sección de intervención, la primera evaluadora sugirió el uso de árboles de decisión o algún otro medio gráfico para facilitar la lectura de las técnicas planteadas y su selección.

Sobre el programa en general, las tres evaluadoras estuvieron de acuerdo en que tiene una presentación agradable y amigable para leerlo y utilizarlo, los contenidos resultan pertinentes para mejorar las estrategias de afrontamiento de las personas con VIH, el contenido del programa es lógico y consecuente entre sí, los componentes que lo integran se complementan y ajustan entre sí, es comprensible y es posible aplicarlo en la atención a las personas con VIH.

Sin embargo, la tercera evaluadora calificó con un 2 la apariencia y la claridad del programa, haciendo observaciones para cambiar no el contenido sino el formato, agregando ilustraciones o cuadros para aligerar la lectura. En cuanto a pertinencia, coherencia, integración y viabilidad, la primera y segunda evaluadora las calificaron con un 3, mientras que la tercera evaluadora les adjudicó un 4. A pesar de las diferencias, se trata en los tres casos de puntuaciones altas (en la mitad superior del rango de calificación establecido).

Las observaciones realizadas por las evaluadoras sobre el programa en general fueron las siguientes:

- ✓ La metodología es acorde a la realidad del paciente con VIH/sida.
- ✓ Se debe considerar en el seguimiento que las altas son relativas. Por la cronicidad de la patología se da un deterioro difuso en el Sistema Nervioso Central, el neuroeje es afectado desde la primo-infección. En los sujetos con VIH asintomáticos o indetectables por el tratamiento antirretroviral se presentan alteraciones neuropsiquiátricas que al para el tiempo pueden comprometer funciones cognitivas o ejecutivas. Debe darse un seguimiento anual para darle continuidad al programa propuesto.
- ✓ Es importante llevar el programa a la práctica para conocer qué puntos se pueden mejorar para el manejo de la población de VIH de manera que pueda brindar el mayor beneficio.
- ✓ Sería conveniente incluir ilustraciones, escalas, anexos que puedan servir como material de apoyo al programa escrito.

Por último, vale la pena considerar que la segunda evaluadora tiene una formación con énfasis en el paradigma psicoanalítico, sin embargo, dada su experiencia con la población se mostró muy interesada en conocer el programa y los aportes que podía plantear este para la práctica profesional. Esto permitió a su vez valorar la accesibilidad de este documento para profesionales que no están habituados a trabajar con el paradigma cognitivo conductual

emocional pero que podrían recurrir al presente programa en caso de atender a personas con VIH.

Sobre ese particular, la evaluadora hizo constar que el programa le parecía fácil de entender incluso para quien no hace un uso constante del paradigma. Considera que el lenguaje accesible y las explicaciones guían a la persona que lo lee para que comprenda lo que se espera que haga en la intervención.

A partir de todas estas valoraciones y observaciones se realizó una última revisión y modificación del programa de intervención. A continuación se explican los cambios realizados a partir de la retroalimentación de las expertas.

## ***5.2 Cambios realizados a partir de los resultados de la valoración realizada***

A partir de las observaciones realizadas por las evaluadoras, se realizaron las siguientes modificaciones:

- ✓ Se incluyó en la contextualización de la población la descripción de la muestra con la cual se realizó la investigación.
- ✓ Se agregó una explicación en la intervención de la estrategia de ocultar estratégicamente el diagnóstico sobre las razones por las cuales es necesario de desarrollarla de acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación, así como una explicación sobre porqué se utiliza ese nombre al hacer referencia a ocultar dejando claro que no es para revictimizar. Además la utilización del programa de intervención y de cada uno de sus componentes está sujeta a decisión de cada profesional, teniendo claro que este/a debe sentirse cómodo/a con su uso. Y tanto el modelo psicoterapéutico como el programa de intervención en sí mismo respetan las particularidades y creencias tanto de las personas a quienes se le aplique como de los/as profesionales que lo utilicen.

- ✓ Se modificaron algunas preguntas de la entrevista de evaluación, se especificaron preguntas por antecedentes familiares y pérdidas significativas que haya sufrido la persona y se incluyeron los criterios de inclusión y exclusión para que sea claro a quienes está dirigida la evaluación.
- ✓ En la estrategia de afrontamiento religioso-espiritual se agregó una nota dando énfasis a la importancia de no convertir la intervención en consejería espiritual
- ✓ Se decidió no plantear los árboles de decisión sugeridos por una de las evaluadoras pues las posibilidades de elección son muy numerosas, lo que resultaría en árboles particularmente complejos. Se sugiere que a futuro, cuando el programa se lleve a la práctica, se podrían recopilar datos para su realización más práctica de acuerdo a lo que se presente con mayor frecuencia. Sin embargo, para hacer una lectura más ligera y gráfica de las técnicas presentadas, se diseñó una tabla donde es posible apreciar las distintas técnicas planteadas para cada estrategia de afrontamiento y a la vez, las coincidencias entre las técnicas planteadas en la intervención de las distintas estrategias.
- ✓ Se agregó una nota en la sección de seguimiento sobre la importancia de la valoración periódica debido a los cambios cognitivos a los que está expuesta la persona con VIH a causa de la evolución del virus, de manera que esto sea considerado en la valoración que se realice en esa última fase.
- ✓ En cuanto a las ilustraciones se agregaron algunas con información acerca del sistema inmunológico, y de las técnicas utilizadas en las distintas estrategias de afrontamiento.

Agregadas estas modificaciones, el programa de intervención se dio por concluido, tal y como se presenta a continuación.

## ***6. Programa de intervención cognitivo conductual emocional para el desarrollo de estrategias de afrontamiento en personas con VIH***

Anteriormente se expuso con detenimiento la composición del programa de intervención diseñado. A continuación, se presenta de manera íntegra el resultado final del programa de intervención cognitivo conductual emocional para el desarrollo de estrategias de afrontamiento en personas con VIH, con las modificaciones realizadas a partir de la validación y listo para ser llevado a futuras validaciones.

Por esta razón, de la página 94 a la página 244 se presenta el documento completo, tal y como sería presentado fuera del documento del trabajo final de graduación. Esto significa que tiene su propia portada, índices, contenidos, bibliografía y anexos. Una vez expuesta de esta manera el principal resultado de la investigación, se continúa en la página 245 con el siguiente capítulo de esta investigación, correspondiente a la discusión de los resultados encontrados.

**Programa de intervención  
cognitivo conductual  
emocional para el desarrollo  
de estrategias de  
afrentamiento en personas  
con VIH**

**Ingrid Chacón Medrano  
Alicia Sandoval Poveda**

**2012  
Escuela de Psicología  
Universidad de Costa Rica**



## ÍNDICE

<b>I.INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>99</b>
<b>II.MARCO REFERENCIAL .....</b>	<b>102</b>
1. VIH/SIDA .....	103
2. SISTEMA INMUNOLÓGICO .....	107
3. ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO .....	109
4. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA POBLACIÓN.....	112
5. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PERSONAS CON VIH EN COSTA RICA.....	115
5.1 Estrategias de afrontamiento funcionales .....	117
5.2 Estrategias de afrontamiento mixtas .....	120
5.3 Estrategias de afrontamiento disfuncionales.....	122
6. MEDICINA CONDUCTUAL .....	124
7. MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL EMOCIONAL .....	125
7.1 Evaluación inicial.....	126
7.2 Intervención .....	127
a. Reestructuración cognitiva .....	130
b. Adquisición y desarrollo de habilidades.....	134
c. Solución de problemas.....	139
d. Relajación .....	141
7.3 Evaluación final.....	143
<b>III.PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.....</b>	<b>145</b>
1. EVALUACIÓN INICIAL.....	146
1.1 Entrevista conductual de estrategias de afrontamiento en personas con VIH.....	149
1.2 Cuestionario de estrategias de afrontamiento para personas con VIH .....	153
2. PROPUESTA DE SESIONES .....	155
3. INTERVENCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	157
3.1 Intervención en estrategias de afrontamiento funcionales.....	159

a. Ocultar estratégicamente el diagnóstico .....	160
b. Lucha por el bienestar.....	163
c. Reevaluación positiva .....	166
d. Afrontamiento espiritual .....	168
e. Búsqueda de información.....	169
f. Búsqueda de apoyo.....	172
3.2 <i>Intervención en estrategias de afrontamiento mixtas</i> .....	174
g. Afrontamiento religioso .....	175
h. Negación .....	177
i. Evitación .....	179
3.3 <i>Intervención en estrategias de afrontamiento disfuncionales</i> .....	182
j. Rumiación-fatalismo.....	183
k. Dependencia.....	185
l. Conductas de riesgo .....	188
4. VALORACIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO .....	191
<b>IV.RECOMENDACIONES GENERALES .....</b>	<b>193</b>
<b>V.BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>194</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>201</b>

## Índice de figuras

<b>Figura 1</b> Definición de VIH _____	103
<b>Figura 2</b> Definición de SIDA _____	104
<b>Figura 3</b> Principales células del sistema inmunológico _____	108
<b>Figura 4</b> Circuito del síndrome de estrés, basado en Umaña y Mejía (2008) _____	110
<b>Figura 5</b> Esquema de clasificación de las estrategias de afrontamiento identificadas _____	116
<b>Figura 6</b> Representación gráfica de un pensamiento dicotómico para utilizar la técnica de continuum cognitivo _____	132
<b>Figura 7</b> Gráfico de etapas en la técnica de solución de problemas _____	141
<b>Figura 8</b> Técnicas utilizadas en la estrategia de afrontamiento ocultar estratégicamente el diagnóstico _____	161
<b>Figura 9</b> Técnicas utilizadas en la estrategia de afrontamiento Lucha por el bienestar _____	164
<b>Figura 10</b> Técnicas utilizadas en la estrategia de afrontamiento Reevaluación positiva _____	167
<b>Figura 12</b> Técnicas utilizadas en la estrategia de afrontamiento Búsqueda de información _____	169
<b>Figura 13</b> Técnicas utilizadas en la estrategia de afrontamiento Búsqueda de apoyo _____	172
<b>Figura 14</b> técnicas utilizadas en la estrategia de afrontamiento de Afrontamiento espiritual _____	176
<b>Figura 15</b> Técnicas utilizadas en la estrategia de afrontamiento Negación _____	177
<b>Figura 16</b> Técnicas utilizadas en la estrategia de afrontamiento Evitación _____	179
<b>Figura 17</b> técnicas utilizadas en la estrategia de afrontamiento Rumiación-fatalismo _____	183
<b>Figura 18</b> Técnicas utilizadas en la estrategia de Dependencia _____	186
<b>Figura 19</b> Técnicas utilizadas en la estrategia de afrontamiento Conductas de riesgo _____	189

### Índice de tablas

<b>Tabla 1</b> Fases de la infección por VIH _____	105
<b>Tabla 2</b> Preguntas para evaluar pensamientos _____	133
<b>Tabla 3</b> Ejemplo de distribución de sesiones _____	155

### Índice de cuadros

<b>Cuadro 1</b> Resumen de contenidos de marco referencial _____	102
<b>Cuadro 2</b> Resumen de técnicas utilizadas en la intervención psicoterapéutica cognitivo conductual emocional _____	129
<b>Cuadro 3</b> Resumen de contenidos del programa de intervención _____	145
<b>Cuadro 4</b> Ejemplo de calificación de las unidades subjetivas de bienestar (USB) _____	156
<b>Cuadro 5</b> Convergencia de las estrategias de afrontamiento y las técnicas utilizadas en su intervención _____	158
<b>Cuadro 6</b> Técnicas utilizadas en la intervención psicoterapéutica para cada una de las estrategias de afrontamiento funcionales _____	159
<b>Cuadro 6</b> Técnicas utilizadas en la intervención psicoterapéutica para cada una de las estrategias de afrontamiento mixtas _____	174
<b>Cuadro 7</b> Técnicas utilizadas en la intervención psicoterapéutica para cada una de las estrategias de afrontamiento disfuncionales _____	182

## I. INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (sida) es un conjunto de síntomas que se caracterizan por la deficiencia que se produce en el sistema inmunológico de la persona. Este síndrome es producido por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el cual se desarrolla en células específicas del sistema inmune (Espada, Lloret, García, Gázquez y Méndez, 2006). En Costa Rica, se estima que en el 2009 vivían con la infección 9600 personas mayores de 15 años (UNAIDS, 2010).

Actualmente, no existe cura para la infección, pero se cuenta con la Terapia Antiretroviral Altamente Activa (HAART por sus siglas en inglés o TARV por sus siglas en español), constituida por fármacos que impiden la replicación del virus (Sánchez, 2001), prologando la vida de las personas. Esto permite hablar de la infección por VIH como una enfermedad crónica, ya que se trata de un trastorno que hace necesario modificar el modo de vida de la persona y se va a mantener a lo largo del tiempo (López, 1994).

Por esta razón las intervenciones psicoterapéuticas con las personas que tienen este virus deben orientarse a ayudarles a mantener una mejor calidad de vida. El interés en trabajar sobre las estrategias de afrontamiento al estrés en esta población, parte de que el estrés puede afectar la competencia del sistema inmune de las personas, y por lo tanto el afrontamiento adecuado al estrés también puede influir de este sistema, lo que podría repercutir en el avance de la infección (Carrobes, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003).

Este programa de intervención para el desarrollo de estrategias de afrontamiento en personas con VIH, enmarcado dentro del modelo cognitivo conductual emocional (Ramírez, 2003) fue elaborado como proyecto final de graduación para obtener el grado de licenciatura en Psicología de la Universidad de Costa Rica. Se utilizó una metodología mixta que tuvo una fase de investigación utilizando técnicas cualitativas y otra fase con técnicas cuantitativas, con el objetivo de identificar las estrategias de afrontamiento funcionales, mixtas y disfuncionales que se trabajan en este programa de intervención.

En la fase con enfoque de investigación cualitativo (Hernández, Fernández y Baptista, 2003) se realizó una entrevista semi estructurada a ocho profesionales con experiencia atendiendo a personas con VIH, de las disciplinas de Medicina (Infectología), Enfermería, Trabajo Social y Psicología, dos de cada una. Las transcripciones de estas entrevistas fueron sometidas a análisis de contenido de tipo cualitativo (Moreiro, 2004). Además, en la fase con enfoque cuantitativo (Hernández, Fernández y Baptista, 2003) se aplicaron 37 cuestionarios a personas con VIH que contenían escalas previamente validadas por expertos y sometidas a una prueba piloto antes de ser aplicados; en los cuestionarios se recolectó información acerca de la manera en que estas personas afrontan los problemas.

Con los insumos obtenidos por estos medio se determinaron doce estrategias de afrontamiento utilizadas por la población, seis estrategias de afrontamiento funcionales, tres estrategias de afrontamiento mixtas y tres estrategias de afrontamiento disfuncionales, a partir de las cuales se diseñó el presente programa de intervención psicoterapéutica.

El programa de intervención que se propone en este documento consiste en un proceso de intervención psicoterapéutica que tiene por objetivo desarrollar estrategias de afrontamiento funcionales en personas con VIH, tomando en cuenta las características particulares de esta población y las dificultades que enfrenta.

Este programa de intervención no está constituido por una serie de pasos específicos que se apliquen de manera uniforme a todas las personas, sino que se presentan diferentes técnicas para abordar las distintas estrategias de afrontamiento, tanto para desarrollar estrategias funcionales como para extinguir las disfuncionales.

Dependiendo de cada caso, será el/la profesional que aplique el programa de intervención quien estructure el trabajo a realizar con cada una de las personas, tomando en cuenta el contenido sugerido para trabajar por estrategia de afrontamiento. Para ello, se propone una evaluación estructurada de las estrategias de afrontamiento de la persona, la cual permitirá tomar decisiones en cuanto a con cuáles estrategias de afrontamiento se debe intervenir.

Este programa de intervención está dirigido a profesionales en Psicología y puede ser aplicado también por profesionales del área de la salud con conocimientos en salud mental, ya sea en un ámbito público o privado. Se deberá evaluar si el estado de salud de la persona le permite formar parte activa de un proceso psicoterapéutico como el propuesto. Además, no está diseñado para aplicarlo con personas que presentan algún tipo de trastorno mental severo o deficiencias cognitivas.

Este documento se divide en cuatro partes: después de esta breve introducción, se presenta un marco referencial y el programa de intervención. Finalmente se realizan algunas recomendaciones generales de intervención.

El marco referencial pretende que el/la profesional se oriente sobre conceptos básicos para trabajar con personas con VIH, con el modelo cognitivo conductual emocional y con la medicina conductual. Dentro de esta descripción se muestra el trabajo de intervención desde el modelo cognitivo conductual emocional para aquellas personas que no están familiarizadas con él, así como se presenta una breve referencia de la utilización básica de cada una de las técnicas planteadas posteriormente en el programa. Además, se presenta una caracterización de las dificultades que enfrenta esta población en Costa Rica y las estrategias de afrontamiento que estas personas utilizan (identificadas en la investigación realizada).

En el programa de intervención se presenta una primera sección en donde se detalla la evaluación de las estrategias de afrontamiento. En segundo lugar se realiza una propuesta de sesiones y en tercero, se presenta la intervención para cada una de las estrategias de afrontamiento contempladas en el programa. En cuarto lugar, se presentan sugerencias para la realización de la valoración final y el seguimiento.

## II. MARCO REFERENCIAL

### *Marco referencial*

---

**VIH/sida:** contiene una breve explicación de los conceptos.

---

**Sistema inmunológico:** breve acercamiento al funcionamiento del sistema.

---

**Estres y afrontamiento:** explicación concisa de ambos conceptos.

---

**Contextualización de la población:** características y dificultades de personas que viven con VIH/sida en Costa Rica.

---

**Estrategias de afrontamiento en personas con VIH en Costa Rica:** explicación de 12 estrategias de afrontamiento.

---

**Medicina conductual:** acercamiento al concepto de medicina conductal.

---

**Modelo cognitivo conductual emocional:** breve explicación de la intervención desde este modelo psicoterapéutico.

---

**Cuadro 1** Resumen de contenidos de marco referencial

Para la aplicación de este programa es necesario manejar algunos conceptos básicos en los cuales se sustenta, tanto relacionados con la infección por el virus como con el modelo de intervención dentro del cual se enmarca. Se presenta una explicación sobre el VIH y el sida, de manera que se pueda tener claro en qué consiste la infección y la evolución esperable de esta. Asimismo, se presenta información básica sobre el sistema inmunológico para comprender de qué manera se ve afectado por el virus. Posteriormente se explican los conceptos de estrés y afrontamiento.

Una vez revisados estos conceptos, se realiza una explicación sobre las situaciones y problemáticas que viven las personas con VIH en Costa Rica, de acuerdo a lo recopilado en la



investigación que sustenta la formulación de este programa, así como las estrategias de afrontamiento localizadas en la población.

Finalmente, se describen los principios de la medicina conductual, en la cual se enmarca el programa de intervención, y se introduce de manera resumida el modelo cognitivo conductual emocional, describiendo cómo se lleva a cabo un proceso de intervención trabajando desde este modelo y una explicación breve de la aplicación de las técnicas de intervención que se utilizan en este programa de intervención.

Si el/la profesional tiene familiaridad con estos conceptos, puede utilizar los contenidos de esta sección únicamente como referencia. De lo contrario, es apropiado estudiar primero esta sección antes de consultar el programa de intervención propuesto.

### 1. *VIH/sida*

Para trabajar con las personas con VIH es importante comprender en qué consiste este virus. Dichas siglas son con las que se conoce al Virus de Inmunodeficiencia Humana, como se representa en la figura 1.

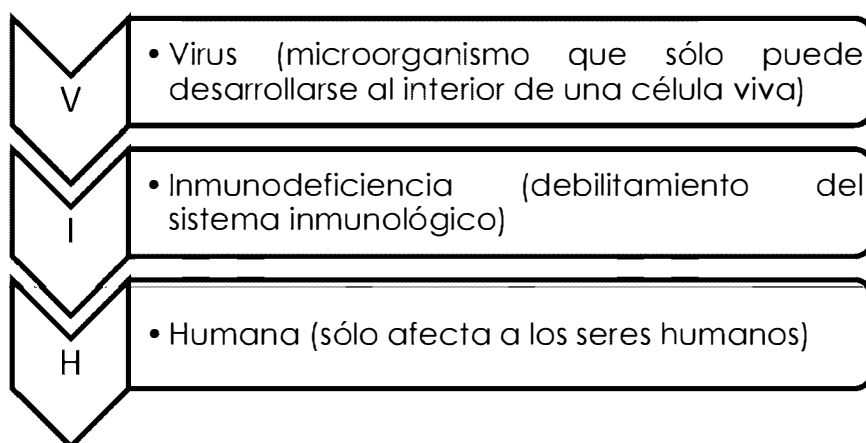
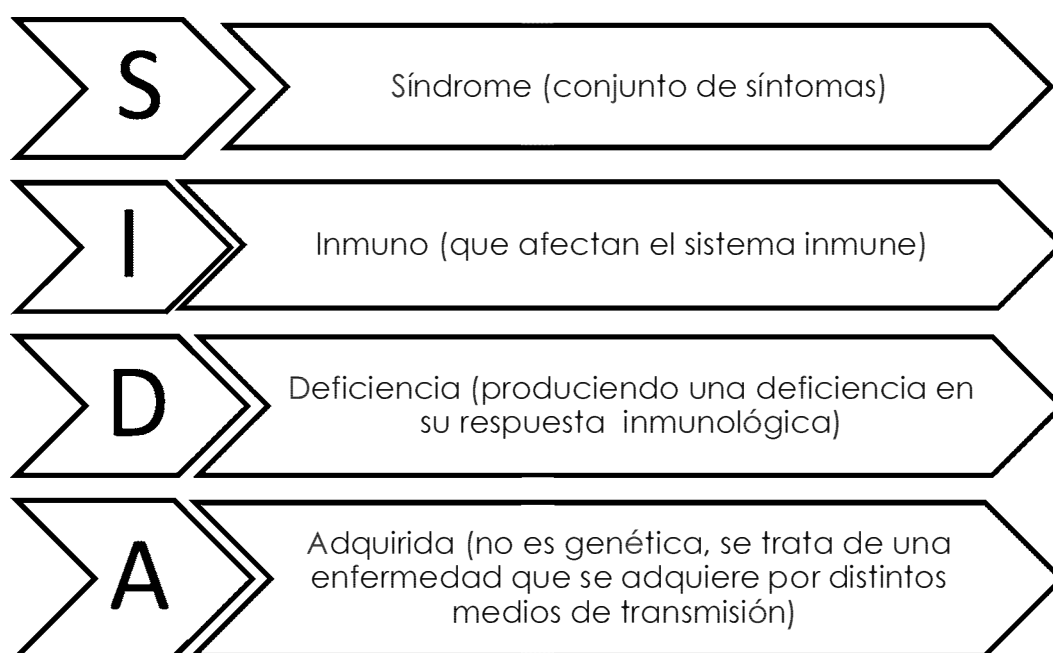


Figura 1 Definición de VIH

Se trata por tanto de un virus que ataca únicamente a seres humanos produciendo el debilitamiento del sistema inmune. Sida, por su parte, es el nombre otorgado al Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida, debido a sus siglas, aunque ahora es reconocida como una palabra por sí misma (Real Academia Española, 2001). En la figura 2 se presenta la explicación del nombre.



**Figura 2** Definición de SIDA

El sida se caracteriza por *“la aparición de infecciones oportunistas, neoplasias malignas, disfunción neurológica y una variedad de otros síndromes”* (Hall, 2003, p.2). La infección por VIH altera los sistemas inmunitarios pues destruye las células CD4 por parte del virus, además de otros efectos adversos sobre el organismo que desencadenan en el descenso de las células inmunitarias (Abbas, Lichtman y Pober, 2000).

Existen únicamente tres formas de transmisión; la primera es por el contacto sexual íntimo, frecuentemente por las relaciones sexuales coitales. La segunda vía de transmisión es la transmisión sanguínea, la cual se produce al introducir en el cuerpo sangre infectada. Esto

suele suceder por las agujas compartidas en personas que consumen drogas. Finalmente, la tercera vía es la transmisión vertical, de una madre a su hijo, esta es la principal causa del SIDA pediátrico, y puede ocurrir en el útero o durante el parto, pero también a través de la leche materna (Abbas, Lichtman y Pober, 2000). Otros fluidos corporales como la saliva o el sudor o bien situaciones como las picadas de mosquitos no son medios a través de los cuales una persona pueda contraer el virus.

El curso de la enfermedad es lento, ya que mientras el virus va destruyendo células inmunitarias, el sistema va generando otras nuevas. Después de un tiempo, que varía según la persona, el virus se vuelve activo y aparecen una serie de enfermedades que caracterizan el sida. Por esta razón se denomina personas VIH positivas (seropositivas, asintomáticas) a las personas que tienen el virus pero lucen sanas y se sienten bien, aunque de igual forma pueden transmitir el virus (González, 2003). Se han identificado cuatro fases por la que atraviesa la infección por VIH (ONUSIDA; 2008; Espada *et al*, 2006; Ospina, 2006; Pérez, Cayón y Esquitino, 2003; Sánchez, 2001; Abbas, Lichtman y Pober, 2000) como se presentan detalladas en la tabla I.

**Tabla 1** Fases de la infección por VIH

<i>Fase</i>	<i>Explicación</i>	<i>Duración- momento</i>	<i>Síntomas</i>
<b><i>Infección inicial</i></b>	Hay una respuesta inmunitaria como ante cualquier virus.	Inmediatamente después de que se adquiere el virus hasta unas 3 semanas.	Algunas personas presentan síntomas parecidos a una gripe. Fiebre, dolor de cabeza, dolor de garganta con faringitis, lo que se llama síndrome agudo por VIH.
<b><i>Fase ventana</i></b>	El virus no puede ser detectado, pero es posible transmitirlo.	Puede ser un periodo de aproximadamente 3 semanas si se cuenta con una prueba ELISA de cuarta generación.	Puede no presentar síntomas o algunos síntomas recurrentes similares a los de la gripe.

La enfermedad no tiene cura en la actualidad, de manera que la persona tendrá el virus en su organismo de por vida. Sin embargo, se puede considerar una enfermedad crónica en lugar de una enfermedad terminal como se consideraba en sus inicios, ya que actualmente se cuenta con un tratamiento que alarga el tiempo de vida de las personas. El tratamiento utilizado en el caso del VIH es complejo y delicado, pues debe inhibir la replicación del virus y al mismo tiempo los efectos negativos de los fármacos. Para ello se administran varios productos que conforman la denominada terapia antirretroviral altamente activa. Con este tratamiento la persona puede extender largo tiempo su condición asintomática (Hall, 2003; Sánchez, 2001).

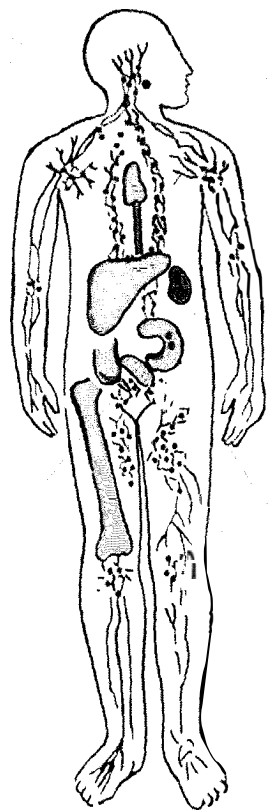
<p><b>Fase asintomática o fase latente</b></p> <p>El virus continúa replicándose, es normalmente un promedio de 6 años. Si es de progresión rápida fiebres, sudores nocturnos, pérdida de peso, diarrea y brote cutáneo, sudoración nocturna, inflamación de ganglios, candidiasis bucal, fiebre.</p> <p>La duración de la infección oportunistas, neoplasias, pérdida de peso, diarrea, tumores malignos y degeneración del sistema nervioso central, complejo de demencia del sida (pérdida de memoria y alteraciones neuropsiquiátricas no específicas). Las personas se ven afectadas por infecciones que no tendrían efecto en personas inmunocompetentes.</p>	<p>Puede durar</p> <p>entre 1 y 3; si es de progresión lenta entre 10 y 14 años.</p> <p>La cantidad de células CD4 etapa depende de la complicación de la salud que presente la persona.</p> <p>La cantidad de células CD4 etapa depende de la complicación de la salud que presente la persona.</p> <p>Rica se medía a partir de los 350/mm<sup>3</sup> ya que se encuentran en alto riesgo de desarrollar esta fase.</p>	<p><b>Fase sintomática</b></p> <p>La cantidad de células CD4 etapa depende de la complicación de la salud que presente la persona.</p> <p>desarrolla el sida. En Costa Rica se medía a las personas a partir de los 350/mm<sup>3</sup> ya que se encuentran en alto riesgo de desarrollar esta fase.</p>
---	--	--

Sin embargo, el tratamiento farmacológico no es el único que la persona necesita. De acuerdo a Espada *et al* (2006) la intervención psicológica es necesaria ya que el diagnóstico tiene las implicaciones de una enfermedad grave, y trae una serie de consecuencias de tipo social y emocional. Sumado a eso, el bienestar psicológico puede repercutir en un buen estado de salud. Es necesario conocer las estrategias de afrontamiento adecuadas para que las personas de esta población hagan frente a los problemas que se generan en todas las áreas de su vida a raíz de ser VIH positivo.

Sin importar el área desde la que se esté interviniendo, se debe tener claro además el funcionamiento del sistema inmunológico, ya que este es directamente afectado por el VIH y un adecuado afrontamiento por parte de la persona puede atenuar los efectos del virus sobre este. Por esa razón, además del virus, es necesario estudiar sobre el sistema inmunológico del ser humano.

## ***2. Sistema Inmunológico***

El sistema inmunológico o sistema inmune es el que se encarga de proteger al organismo de todo lo que sea extraño. Este sistema del organismo posee una gran cantidad de células, dentro de las más importantes se encuentran los linfocitos B, los linfocitos T y los linfocitos no-B y no-T (Gómez de la Concha, Boimorto y Fernández, 1995; Martínez, 2009) explicados en la figura 3.



- **Linfocitos T:** se encargan de colaborar con todo tipo de respuestas inmunes. Los linfocitos deben madurar y antes de este proceso se les llama timocitos; se utilizan las siglas CD (*cluster of differentiation* grupos de diferenciación) para nombrarlos (Linfocitos T inmaduros). Cuando estos timocitos pasan por la corteza del Timo adquieren antígenos de diferenciación según el caso por lo tanto pueden ser CD1, CD2, CD4, CD5, etc
- **Linfocitos B:** se encargan de producir inmunoglobulinas células que, después de estar en contacto con el antígeno producen memoria inmunológica)
- **Linfocitos no-B y no-T:** células que no presentan las características de los linfocitos B o T. Tienen una función de destruir ciertas células (células extrañas, células cancerosas y células infectadas por un virus) en dos vías, citotoxicidad natural por lo que a las células se les denomina NK (Natural Killer) y la segunda vía es la citotoxicidad natural dependiente de anticuerpo a estas se les llama células K

**Figura 3** Principales células del sistema inmunológico

Para desarrollar una respuesta inmune se deben atravesar tres fases, en la primera (fase de reconocimiento) los Linfocitos T y B reconocen el agente extraño, en la segunda fase (fase de activación) se activan las células necesarias para responder ante el antígeno y en la tercera fase (fase efectora) se elimina el agente extraño. El VIH también es un agente extraño pero en su caso afecta directamente el sistema inmunológico como ya se ha explicado.

Sin embargo, otros factores pueden afectar el desempeño del sistema, como el estrés, ya que posee efectos inmunosupresores (Leiva, Alfaro y Soto, 2008; Martín, Cano, Pérez, Aguayo, Cuesta, Rodríguez y Pujol, 2002; Valdez y Flores, 1985). Por esta razón, con las personas con VIH resulta de especial interés intervenir para ayudarles a hacer frente al estrés y por tanto es necesario que el/la profesional que vaya a desarrollar este programa de intervención tenga información básica sobre el estrés, como la que se presenta a continuación.

### *3. Estrés y afrontamiento*

No existe una definición única y definitiva de estrés; sin embargo, es posible entenderlo de manera general como un estado de activación ante diferentes demandas ambientales (Carrobles, 1995).

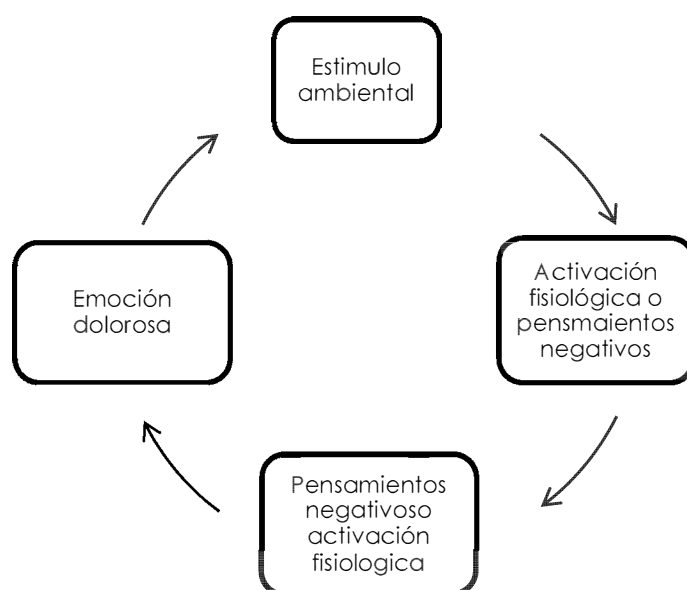
Lazarus y Folkman (1984/1986) presentan el estrés como producto de la interacción entre la persona y el entorno, ya que este último es valorado por la persona como una amenaza o como un evento que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar. Se debe tener en cuenta la importancia del componente cognitivo dentro de la concepción del estrés. Se presentan tres tipos de valoraciones cognitivas, la primera es cuando la persona valora la situación como irrelevante, positiva o bien estresante (daño/perdida, de amenaza o de desafío<sup>6</sup>). La segunda evaluación cognitiva se da cuando la persona analiza lo que debe y puede hacer. El tercer tipo de valoración cognitiva es la llamada “reevaluación” esta se presenta cuando se realiza un cambio en la evaluación previa a partir de recibir información nueva ya sea de la misma persona o del entorno (Lazarus y Folkman, 1984/1986).

La valoración cognitiva que realice cada persona sobre sus capacidades para hacer frente a una situación va a generar emociones. La pérdida se relaciona con enojo o tristeza, la amenaza con ansiedad y miedo, los retos con ansiedad mezclada con excitación (Folkman, 2010). La calidad e intensidad de la reacción emocional va a depender de factores de personalidad y los estilos de afrontamiento de cada persona (Lazarus y Folkman, 1987). Debe considerarse además que, aunque las emociones negativas son las que caracterizan principalmente el estrés, las emociones positivas que se presentan deben ser tomadas en cuenta, ya que se relacionan con la restauración de recursos fisiológicos, psicológicos y sociales para el proceso de afrontamiento, así como con proveer motivación y alivio a la persona (Folkman, 2008).

<sup>6</sup> El daño /perdida puede ser un prejuicio que la persona sufra, la amenaza es una anticipación de daños y el desafío son situaciones de las que se puede aprender o ganar (Lazarus y Folkman, 1984/1986; Lazarus y Folkman, 1987).

El estrés genera un circuito de retroalimentación negativo en las personas ya que su mente y su cuerpo envían señales que se influyen mutuamente. Esta retroalimentación puede ser en dos vías (Umaña y Mejía, 2008): En la primera, la persona reacciona ante un estímulo ambiental con una activación fisiológica y esta activación genera pensamientos negativos que hacen a la persona sentirse ansiosa, colérica, deprimida, entre otras emociones dolorosas; esto hace a la vez que la activación fisiológica aumente y empiece de nuevo el circuito del estrés. En la segunda vía, la persona ante un estímulo ambiental reacciona con pensamientos negativos y estos generen una activación fisiológica que genera la emoción dolorosa que a la vez aumenta los pensamientos negativos y el círculo inicia de nuevo (ver figura 4).

Por esta razón, para la intervención del tratamiento del estrés se busca romper este circuito de retroalimentación modificando algunos de los tres elementos básicos, el ambiente, los pensamientos negativos o las respuestas fisiológicas (Umaña y Mejía, 2008) para así lograr un bienestar general en la vida de la persona.



**Figura 4** Circuito del síndrome de estrés, basado en Umaña y Mejía (2008)

Por último, es importante tener en cuenta que el estrés es un proceso normal y adaptativo pero con propensión a convertirse en un problema de sobreactivación crónico



(Carrobbles, 1995). Los efectos del estrés crónico pueden catalogarse como inmunosupresores y se hacen notables en infecciones, reacciones alérgicas, enfermedades autoinmunes, entre otras manifestaciones (Leiva, Alfaro y Soto, 2008; Martín, Cano, Pérez, Aguayo, Cuesta, Rodríguez y Pujol, 2002; Valdez y Flores, 1985).

Al conocer estas nociones sobre el estrés cobra importancia el tema del afrontamiento que es definido como esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas externas o internas que son consideradas como excedentes a los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1984/1986). Actualmente, se agrega la dimensión de la emoción como otro de los componentes que se evalúan en el proceso de afrontamiento. El afrontamiento es un proceso en donde las personas evalúan todas las situaciones y sus recursos para hacerle frente. Cuando considera que no tiene suficientes recursos califica la situación de amenaza (Casado, 2002).

Este proceso tiene dos funciones: primero manipular o modificar el problema y segundo modificar la respuesta emocional causada por este. De esta manera se localizan dos tipos de afrontamiento: el afrontamiento dirigido al problema y el afrontamiento dirigido a la emoción (Casado, 2002; Lazarus y Folkman, 1984/1986; Vázquez, Crespo y Ring, 2000). Para poner en práctica cada uno de estos tipos de afrontamiento se ponen en acción las estrategias de afrontamiento, las cuales se definen como procesos cognitivos, emocionales y/o conductuales que se utilizan para cambiar la situación que ha sido evaluada como amenaza o para disminuir el malestar emocional causado por esta situación en la persona.

De esta manera, las estrategias orientadas al problema están dirigidas a ayudar a manejarlo y no a resolverlo; son definidas según el problema que se está afrontando. Este tipo de afrontamiento suele considerarse funcional por el sentido de la autoeficacia que crea en la persona una vez que se hace la situación más manejable. El afrontamiento basado en la emoción incluye estrategias que se encargan de minimizar y regular el nivel de trastorno emocional (Casado, 2002; Lazarus y Folkman, 1984/1986; Vázquez, Crespo y Ring, 2000).

Las estrategias que una persona pueda utilizar dependen no solamente de la situación que enfrenta, sino también de los recursos de los que disponga. Estos recursos pueden provenir de la persona o pueden ser buscados por esta ante la situación. Existen distintos tipos de

recursos que pueden clasificarse en físicos, psicológicos, sociales y materiales (Lazarus y Folkman, 1984/1986).

Una vez que se tiene claro el estrés y su funcionamiento mediante el afrontamiento, se tienen los conceptos básicos para comprender este programa (VIH, sistema inmunológico y estrés). Además de establecer la interacción entre estos tres elementos, es importante conocer las situaciones a las que tiene que hacer frente una persona con VIH, en particular dentro del contexto costarricense.

#### *4. Contextualización de la población*

Al realizar la investigación en la cual se basa el diseño de este programa de intervención, se entrevistó a profesionales de distintas disciplinas (Psicología, Trabajo Social, Medicina (Infectología) y Enfermería) con experiencia en la atención de personas con VIH, además se aplicaron 37 cuestionarios sobre estrategias de afrontamiento a personas de esta población con edades comprendidas entre los 25 y 54 años; 20 hombres y 17 mujeres. De estas personas, un 35.1% se caracterizaron como hombres homosexuales, un 59.5% heterosexuales (5 hombres y 17 mujeres heterosexuales) y un 5.4% hombres bisexuales. Las personas participantes ya tenían más de un año de conocer su diagnóstico, el rango varió de los 3 a los 26 años desde que se enteraron del diagnóstico; logrando un promedio de 9.11 años. Además es importante tener en cuenta que un 94.6% de las personas estaba tomando tratamiento antirretroviral, mientras que 43.2% manifestó haber presentado enfermedades oportunistas.

A partir de esto, fue posible identificar algunos aspectos que ayudan a entender la situación de las personas con VIH en el contexto nacional y que deben tomarse en cuenta para establecer los procedimientos adecuados que pueden utilizarse para trabajar con esta población directamente en el contexto costarricense.

Se presentan algunas de las reacciones de las personas ante el diagnóstico de VIH, los cambios que deben realizar para mejorar su condición de salud y las dificultades que enfrentan en Costa Rica las personas con VIH a partir del diagnóstico. Estos datos brindan insumos importantes para comprender la situación que la persona vive y lograr diseñar la mejor intervención posible.

En cuanto a las reacciones al diagnóstico de las personas se identificaron dos tipos de reacciones diferentes, uno caracterizado por una respuesta de crisis ante el diagnóstico y otro en donde al contrario, las personas experimentan calma al aclarar las sospechas que tenían de haber contraído el virus. Por tanto, esperar o no el diagnóstico parece influir directamente en la reacción ante este.

Las principales reacciones ubicadas ante la noticia fueron el llanto, pensamientos sobre la cercanía de la muerte, negación del diagnóstico, preocupación por las reacciones de otras personas y lo que pasará en el futuro; además se presentan sentimientos de temor o alivio.

Para las personas con VIH mantener una condición de salud estable implica llevar un estilo de vida saludable, que incluye una buena dieta y realizar actividad física. Además, deben utilizar el preservativo para evitar reinfecciones o una infección en otra persona, tomar el TARV y eliminar el consumo de sustancias como alcohol, tabaco u otras drogas.

Por otro lado, se ha visto como las personas con VIH deben enfrentar una serie de dificultades más allá de la infección en sí misma. Entre las dificultades externas a la persona encontramos ocho tipos de dificultades en distintos ámbitos:

- ✓ Tratamiento: enfrentar los efectos secundarios de los medicamentos, el tratamiento representa un recordatorio de la infección, los esquemas de tratamiento son muy rigurosos y complicados, ocultar el diagnóstico resulta difícil.
- ✓ Social: discriminación, mitos sobre la enfermedad, no confidencialidad, incomprensión, otras situaciones asociadas como la situación migratoria.
- ✓ Laboral: despidos por causa del conocimiento de la infección, solicitud de la prueba de VIH para acceder a empleos, dificultades para aceptar las particularidades de la

condición de salud (como largas incapacidades, permisos para las citas, etc.), no poder trabajar en cualquier ambiente y restricción de posibilidades de reinserción laboral.

- ✓ Familiar: rechazo, ruptura del equilibrio y/o dinámica familiar, reacción familiar al por qué y cómo se infectó, sobreprotección, temor al contagio, incompreensión, necesidad de ocultar el diagnóstico en la familia.
- ✓ Pareja: cambios en hábitos sexuales como empezar a usar el condón si no lo usaban, abandono, rechazo, reclamos, descubrimiento de infidelidad, co-dependencia, sobreprotección y separación de la pareja.
- ✓ Sistema de salud: burocracia, poca agilidad del proceso médico, difícil accesibilidad a la atención médica, difícil acceso o no disponibilidad de los medicamentos, no contar con los mejores medicamentos.
- ✓ Socioeconómico: pobreza, si hay problemas laborales se presentan reajustes económicos para la persona, vivir en zonas alejadas que implican gastos económicos para seguir el proceso médico, recursos limitados que conllevan una alimentación no adecuada.
- ✓ Condición de salud: enfermedades oportunistas, ver afectada la posibilidad de paternidad o maternidad, posibilidad de reinfección, lesiones físicas permanentes y estrés por los resultados de los exámenes de laboratorio.

Por otro lado también deben enfrentar una serie de dificultades internas de las personas:

- ✓ Dificultades actuales: condiciones relacionadas con vivencias personales (como el miedo a revelar su orientación sexual cuando se ha mantenido en secreto, educación sexual rígida y limitada) y con trastornos que experimentan posteriormente como depresión, ansiedad, conductas autolesivas, entre otras situaciones.
- ✓ Consecuencias de ocultar el diagnóstico: difícil manejo de la privacidad en cuanto a la preocupación de que los demás se den cuenta y de tomar la decisión de comunicar el diagnóstico a ciertas personas. Eso provoca que en ocasiones la persona deba enfrentar la situación sola.

- ✓ Cognitivas: las personas infectadas creen que los demás pueden conocer su diagnóstico con solo mirarlos (“discriminación interna”) y que todo lo negativo que se les presenta es debido a su condición de salud. Ideas erróneas sobre la infección, así como incertidumbre.
- ✓ Relaciones de pareja: preocupación por comunicar su condición a parejas sexuales, creencias erróneas sobre el uso del preservativo, frustración por su nueva sexualidad, miedo al rechazo y el abandono.
- ✓ Sentimientos: miedo, angustia y ansiedad que afecta la calidad de vida y el sistema inmunológico de las personas.
- ✓ Aceptación de las consecuencias del diagnóstico: la aceptación de la condición de salud acarrea otros problemas como la aceptación del tratamiento y de los síntomas propios de la infección o de los efectos secundarios que a la vez pueden llevar a la falta de adherencia.

Al encontrarse con todas estas dificultades, las personas tienen que hacer uso de distintas estrategias de afrontamiento. A continuación se presentan las estrategias de afrontamiento que fueron identificadas en personas con VIH en Costa Rica.

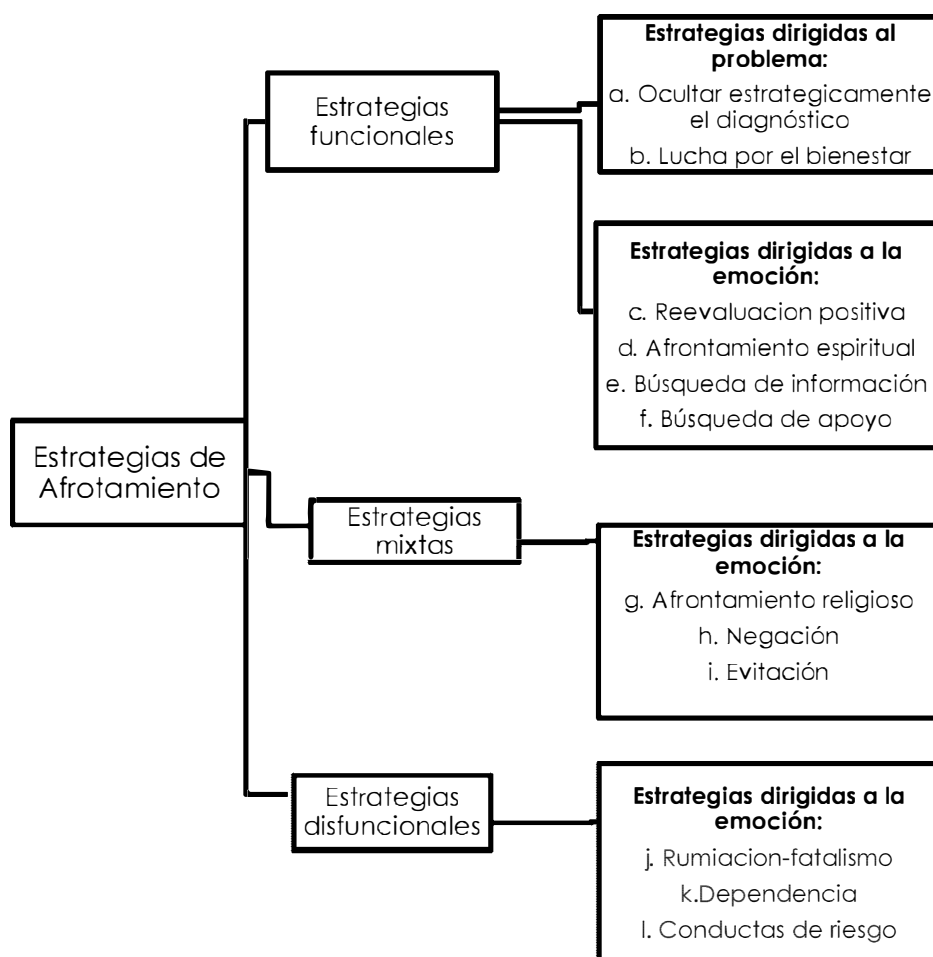
### *5. Estrategias de afrontamiento en personas con VIH en Costa Rica*

Para realizar este programa de intervención se realizó una investigación por medio de la cual se identificaron cuáles estrategias de afrontamiento utilizan personas con VIH en Costa Rica al hacer frente a las dificultades enumeradas anteriormente. De esta manera, a través de la aplicación de cuestionarios a personas con VIH y la entrevista a profesionales de la salud que trabajan con esta población, se identificaron 12 estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas con VIH.

Estas estrategias a su vez se clasificaron en funcionales, disfuncionales y mixtas de acuerdo a la teoría y a la funcionalidad identificada para cada una de acuerdo a lo reportado

por las personas con VIH y los/as profesionales. Se debe considerar que su funcionalidad va a depender del caso de cada persona, pero se utiliza esta clasificación para una mayor claridad. En total se encontraron 6 estrategias de afrontamiento funcionales, 3 estrategias de afrontamiento disfuncionales y 3 estrategias de afrontamiento mixtas. A su vez, y de acuerdo a Lazarus y Fulkman (1984/1986) se clasificaron en dirigidas al problema y dirigidas a la emoción: 2 de ellas dirigidas al problema y 10 dirigidas a la emoción.

Estas se presentan en el esquema de la figura 5.



**Figura 5** Esquema de clasificación de las estrategias de afrontamiento identificadas

A continuación se presenta la clasificación y caracterización de las estrategias de afrontamiento identificadas. Las primeras son las estrategias funcionales, las cuales favorecen el bienestar de la persona y permiten que pueda mantener una buena calidad de vida. En segundo lugar se presentan las estrategias de afrontamiento clasificadas como mixtas dado que dependiendo de la manera en que la persona las utilice pueden favorecer o perjudicar su bienestar e incidir de una u otra forma en su calidad de vida. Finalmente se presentan las estrategias de afrontamiento disfuncionales, aquellas que si bien alivian a la persona atentan contra su bienestar tanto físico como psicológico y limitan su calidad de vida.

### ***5.1 Estrategias de afrontamiento funcionales***

#### ***a. Ocultar estratégicamente el diagnóstico***

Es una estrategia dirigida al problema que consiste en hacer una selección cuidadosa de a quienes se les puede decir que se es portador del virus de VIH, así como desarrollar la habilidad de no darlo a conocer a las demás personas.

Es funcional porque ayuda a la persona a mantenerse en su medio evitando las consecuencias negativas de la discriminación por su condición de salud en distintos ámbitos de su vida (laboral, familiar, social). Resulta funcional mientras la persona cuide de su salud y haya aceptado ya su diagnóstico y la responsabilidad de cuidar de sí misma, de manera que ocultar el diagnóstico no sea una forma de negarlo. Esta estrategia implica desarrollar la capacidad de disimular que se encuentra en un proceso médico sin abandonarlo y dar respuesta a las dudas de los demás que puedan presentarse debido a los cambios que realiza en su vida diaria por su condición de salud.

Esta estrategia de afrontamiento es funcional por las características del medio social en el que se desenvuelve, de manera que le otorga el control a la persona sobre su diagnóstico de manera que sea ella quien decide a quien informar y a quien no. Implica que la persona tenga claro que su condición de salud no la define pero socialmente es necesario un uso cuidadoso de la información al respecto. Se utilizó el nombre de “ocultar” para dejarle claro al/a profesional que la estrategia de afrontamiento además incluye el fomento de habilidades para que la persona pueda llevar a cabo el proceso médico que está viviendo sin dárselo a conocer a

quien lo rodea, de manera que pueda decidir con quiénes compartir la información sobre su condición de salud al desenvolverse en los distintos ámbitos de su vida.

. Es imprescindible considerar que no es un ocultamiento total sino que va a ser estratégico, lo que implica que la decisión de en qué lugares y ante qué personas es realmente necesario realizar un ocultamiento es clave. Esta decisión debe valorar las consecuencias que la revelación de la información puede tener socialmente para la persona y si es posible evitar o enfrentar esas consecuencias de otra manera.

### ***b. Lucha por el bienestar***

Es una estrategia dirigida al problema que consiste en acciones conductuales, cognitivas y emocionales de las personas con VIH para adaptar su condición de salud a la vida diaria y responsabilizarse de sí mismas.

Es funcional, porque implica responsabilidad y compromiso con el proceso médico y consigo mismos/as para mantener la salud, así como adaptarse para continuar el plan de vida, de manera que este no gire en torno al VIH sino que se convierta en parte de su vida.

### ***c. Reevaluación positiva***

Consiste en evaluar el problema ubicando los aspectos positivos que este puede traer a la vida de la persona. Es una estrategia dirigida a la emoción porque permite disminuir el malestar emocional que provocan las distintas situaciones.

Resulta funcional ya que a partir de ubicar diferentes perspectivas sobre el problema se pueden buscar nuevas alternativas y opciones para hacer frente a este. Es una estrategia que permite a la persona reelaborar por sí misma sus cogniciones, y a partir de esto puede tomar decisiones y realizar acciones ante los problemas que enfrenta. Además, permite enfrentar los distintos problemas que puedan aparecer cuando se está intentando llegar a soluciones.

En el caso de las personas con VIH les permite no enfocarse en los aspectos negativos de la condición salud ni esperar un futuro catastrófico. Además, reevaluar de manera positiva la situación que está viviendo permite a las personas considerar posibilidades de crecimiento personal con las que no hubieran contado de no ser por su condición de salud.



#### ***d. Afrontamiento espiritual***

Consiste en apoyarse en Dios o en un ser superior como una fuente de fuerza para hacer frente a la infección y a las situaciones asociadas. Es una estrategia orientada a la emoción y resulta funcional porque implica que la persona controle su malestar emocional para desarrollar otras estrategias de afrontamiento. Con esta estrategia la persona no espera que un ser superior resuelva las situaciones difíciles, sino que tiene la creencia de que le brinda apoyo para controlar o solucionar el problema. No implica pasividad sino que la persona tenga más seguridad para actuar.

En el caso de las personas con VIH, encuentran fuerza en la creencia de un apoyo incondicional permanente para cuidar de su salud y continuar con su vida. Se convierte en una fuente de seguridad para aceptar la condición como una situación a la que se le puede hacer frente. No implica esperar una curación “divina”, ni la resolución automática de los problemas derivados de la infección. Esta estrategia se presenta independientemente de un contexto religioso, la persona tiene sus creencias pero no se encuentra involucrada dentro de ningún grupo o denominación religiosa.

#### ***e. Búsqueda de información***

Consiste en acudir a diferentes fuentes de información para conocer más sobre la infección, es una estrategia orientada a la emoción. Resulta funcional porque ayuda a la persona a comprender y conocer la situación de salud que está viviendo y le ayuda a corregir los mitos que maneja sobre el VIH, así como a eliminar la incertidumbre de lo que le sucede, lo que disminuye el malestar emocional.

Las fuentes para buscar información son variadas, como recurrir al personal médico, a personas de su medio que sepan sobre el tema, noticias, libros, Internet entre otras. Esto va a depender de los recursos que la persona tenga disponibles así como de su capacidad para comprender y valorar la información que encuentre.

### ***f. Búsqueda de apoyo***

Consiste en recurrir a otras personas para sentirse mejor, y varía de acuerdo a las fuentes a las que se puede recurrir, lo que debe evaluarse en cada caso. Es una estrategia orientada a la emoción pues se utiliza con el fin de reducir el malestar emocional. Las personas necesitan ser capaces de identificar las fuentes de apoyo y de aproximarse a estas para buscarlo. Las fuentes se pueden clasificar en cuatro grupos:

- a. *Familia, pareja y amistades*: es el círculo más cercano de apoyo, se mantiene a lo largo del tiempo y puede haber sido ya una fuente de apoyo ante distintas situaciones. Cuando las personas que integran este grupo forman parte de la red de apoyo son personas más accesibles pues están en el medio cotidiano.
- b. *Profesionales de la salud*: tanto en la Caja Costarricense de Seguro Social como en servicios privados son el apoyo para mantener una condición de salud estable y abordan directamente los temas relacionados con la infección.
- c. *Personas con VIH*: pueden compartir situaciones problemáticas y brindar consejos de acuerdo a sus experiencias previas lidiando con el mismo virus y las situaciones asociadas a este.
- d. *Instituciones*: pueden brindar ayuda en distintas áreas, desde lo económico hasta lo emocional. Pueden ser fundaciones, albergues o grupos.

## ***5.2 Estrategias de afrontamiento mixtas***

### ***g. Afrontamiento religioso***

Esta estrategia se enmarca en el contexto de una religión, por lo que implica creencias y principios propios de un sistema religioso. Está orientada a la emoción por el control emocional que provoca en la persona las conductas religiosas que realiza y puede resultar funcional o disfuncional dependiendo de la manera en que la persona se apoye y actúe con respecto a estas creencias. Se diferencia del afrontamiento espiritual por el contexto en el cual se desarrollan las creencias y en el cual se ejercen.

Resulta funcional cuando se trata de un afrontamiento espiritual como el explicado anteriormente contextualizado dentro de una religión y por lo tanto utilizando acciones propias de esta (rezos, oraciones, meditaciones, ritos religiosos) para apoyarse mientras la persona realiza acciones para afrontar su problema y en el caso del VIH, cuidar de su salud.

Es una estrategia de afrontamiento disfuncional cuando la persona presenta una actitud pasiva y espera que sea Dios o un ente superior quien solucione sus problemas. En el caso del VIH se presenta en la petición a Dios de sanación, mientras que se enfoca en cumplir con los ritos religiosos y deja de lado las conductas propias del cuidado de su condición de salud. El mismo grupo religioso puede propiciar estas actitudes por parte de la persona.

#### ***h. Negación***

Esta estrategia está orientada a la emoción. Resulta disfuncional cuando las personas no aceptan el diagnóstico de VIH positivo, por lo que no toman ninguna acción para realizar los cambios que requieren en su vida y cuidar de su salud. Puede incluir atribuir a otras causas sus complicaciones de salud y actuar como si no estuvieran infectadas, poniéndose en riesgo a sí mismas y a otras personas con quienes tengan contacto sexual.

Por otra parte resulta funcional cuando la persona niega que tenga la condición en circunstancias específicas pero no abandona las conductas de cuidado de su salud. En este caso no hay una negación total, sino que es intencional y se utiliza en ciertas circunstancias para controlar la emoción.

#### ***i. Evitación***

En esta estrategia la persona no realiza acciones para hacer frente al problema y elude pensamientos sobre este para controlar la emoción. Puede resultar disfuncional cuando se abandona el tratamiento y se aíslan de aquellas circunstancias que les recuerda su condición de salud. Implica descuido personal sin la intención de perjudicar la salud sino buscando evitar el malestar emocional producto de la condición. Exige esfuerzos emocionales de la persona para no actuar ante un problema.

Por otra parte puede resultar funcional eludir los pensamientos sobre la condición de salud porque el malestar emocional producto de estos limita las posibilidades de actuar para enfrentar los problemas. Además puede facilitar ocultar estratégicamente el diagnóstico y ayuda a poder continuar con el plan de vida. Es funcional cuando se utiliza en circunstancias específicas y no como una estrategia sostenida a través del tiempo.

### ***5.3 Estrategias de afrontamiento disfuncionales***

#### ***j. Rumiación-Fatalismo***

Consiste en pensamientos repetitivos sobre el problema con la creencia de que no hay soluciones posibles, lo que no permite a la persona resolver la situación. Es una estrategia orientada a la emoción. Resulta disfuncional porque aumenta el malestar emocional y fomenta un rol pasivo por parte de la persona sin tomar acciones para resolver los problemas o controlarlos. En lugar de reducir el estrés mantiene la activación y puede relacionarse con conductas perjudiciales para la salud.

En el caso de las personas con VIH esta estrategia favorece los pensamientos catastróficos constantes sobre la infección y sobre las consecuencias negativas que tiene o podría tener en su vida. Esto puede llevar a la falta de acciones para mantener la condición de salud estable haciendo realidad los temores de que esta se deteriore.

#### ***k. Dependencia***

Consiste en acciones para depositar la responsabilidad en otras personas y cuidar de la salud como respuesta a las exigencias de estas personas sin que medie motivación propia, es una estrategia orientada a la emoción porque controla el malestar emocional que le ocasiona aceptar y hacerse responsable de su condición. Resulta disfuncional porque la persona renuncia a la responsabilidad sobre sí misma y puede propiciar acciones perjudiciales para su bienestar con el objetivo de lograr que otras personas les atiendan. Si la fuente de dependencia desaparece la persona se queda sin herramientas ni estrategias para hacer frente a su condición.

Además, en el caso del VIH al ser una enfermedad crónica, la situación de dependencia puede resultar desgastante para la persona de la cual se está dependiendo al prolongarse en el tiempo. En estos casos usualmente se pone la responsabilidad y la razón del cuidado de su salud en personas cercanas, generalmente de la familia.

### *1. Conductas de riesgo*

Consiste en acciones que realizan las personas para sentirse mejor pero que atentan contra su bienestar. Es una estrategia orientada a la emoción porque controlan el malestar emocional con los efectos que obtienen de las conductas que realiza la persona. Estas acciones son disfuncionales porque ponen en peligro la salud y resulta un alivio momentáneo que no controla ni resuelve los problemas.

Se identificaron dos tipos de conductas de riesgo unas relacionadas con el consumo de sustancias (tabaco, alcohol, drogas ilícitas, medicamentos no recetados, etc.) y el otro tipo de conductas se relacionan con la utilización del sexo como un medio de disminución del estrés y además hacerlo en condiciones de riesgo para esta población por ejemplo sin el uso del preservativo.

En el caso de las adicciones es difícil que la persona deje de realizar estas conductas, las cuales han estado presentes en la historia personal desde antes de los problemas. Para las personas con VIH implica además un riesgo al combinarse las sustancias que consume con el tratamiento antirretroviral.

En cuanto a las conductas sexuales, es riesgoso que la persona tenga sexo sin protección por los peligros de infección y reinfección. Además, utilizar las relaciones sexuales para disminuir el estrés causado por un problema puede resultar disfuncional por las consecuencias emocionales que puede tener para la persona, para sus parejas sexuales y para la relación con estas.

Todos estos conocimientos sobre las situaciones y el afrontamiento de las personas con VIH dan pie para generar una intervención apropiada ajustada a las características de la población. Esta intervención se enmarca dentro de la medicina conductual ya que permite realizar una intervención integral de las enfermedades, como es el caso del VIH, lo que

permite que la psicología pueda realizar un aporte importante para mejorar el bienestar de las personas.

## ***6. Medicina conductual***

La medicina conductual es la integración de conocimientos de disciplinas tanto biomédicas como psicosociales bajo una concepción biopsicosocial del ser humano para promover y mantener la salud y trabajar en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades (Godoy, 1995, Umaña y Mejía, 2008).

Este campo se enfoca en el desarrollo e integración de conocimiento y tecnologías de las ciencias del comportamiento, y en la aplicación del análisis conductual en los problemas de salud e incluye entre sus metas el desarrollo de tratamientos y estrategias de intervención para las enfermedades y las consecuencias de estas (Doleys, Meredith y Ciminero, 1982).

La medicina conductual ha evolucionado en parte gracias a la confirmación de que los factores psicológicos influyen en las enfermedades graves y crónicas. Además, su interés abarca los trastornos asociados y/o producidos por estrés y los factores psicológicos que afectan el estado físico, considerando que algunos trastornos son consecuencia del estilo de vida de las personas. Por lo tanto se orienta la intervención hacia la modificación de patrones conductuales (Labrador, Larroy y de la Puente, 2008).

Al concebir al ser humano como un ser biopsicosocial, se le otorga la capacidad de participar de manera activa en su proceso de salud-enfermedad y hace que sea importante considerar las variables cognitivas, conductuales y emocionales para que la persona tome conciencia sobre su papel en el control de su salud (Umaña y Mejía, 2008).

Este programa de intervención se enmarca dentro de la medicina conductual pues consiste precisamente en la integración de la psicología desde el modelo cognitivo conductual emocional en la intervención de una infección como lo es el VIH, considerando la influencia del estrés en el desarrollo de la infección. Fue diseñado integrando aportes de disciplinas que

tienen experiencia con la población y podría ser utilizado por distintos/as profesionales de la salud capacitados/as para ello. Sin embargo, para su aplicación es necesario conocer los principios básicos y el funcionamiento del modelo cognitivo conductual emocional, que se presentan a continuación.

### ***7. Modelo cognitivo conductual emocional***

La intervención psicoterapéutica propuesta se enmarca en el modelo cognitivo conductual emocional, el cual busca modificar los pensamientos, las conductas y las emociones de las personas a través de procedimientos y técnicas que se han validado de manera práctica. Pretende brindar a las personas habilidades para su autocontrol y su desarrollo personal (Ramírez, 2003).

El modelo trabaja sobre la interacción mutua y equitativa entre los pensamientos, las emociones y las conductas. Se considera que las personas son capaces de modificar sus sentimientos, pensamientos y comportamientos, ya que estos son aprendidos, y pueden ser funcionales o disfuncionales. Además, se tiene presente la influencia entre sí de factores personales, del ambiente y la conducta (Fiorentino, 2006). Se considera que los pensamientos influyen en los procesos psicológicos y fisiológicos; la conducta en los procesos de pensamiento, memoria y emoción (Fiorentino, 2006) y que las emociones y las conductas pueden ser modificadas al intervenir sobre los procesos cognitivos (Mahoney y Arnkoff, 1978, citados por Méndez, Olivares y Moreno, 2001).

El modelo cognitivo conductual emocional de acuerdo a Lega, Caballo y Ellis (2002) integra intervenciones conductuales que intentan disminuir conductas y emociones disfuncionales a través de la modificación del comportamiento, e intervenciones cognitivas que buscan lo mismo modificando evaluaciones y patrones de pensamiento. Las intervenciones desde este modelo se caracterizan por realizar un análisis funcional de las variables implicadas en las situaciones presentadas por las personas, la verificación empírica de los resultados, la duración breve de la terapia y la colaboración entre el/la profesional y la persona consultante (Ingram y Scott, 1990).

En general, el trabajo desde el modelo cognitivo conductual emocional se estructura de la siguiente manera: conceptualizar el problema de la persona, desarrollar una relación de colaboración con el/la terapeuta, motivar a la persona para el tratamiento, la formulación por parte de la persona sobre su problema, establecer metas de intervención, enseñarle a la persona el modelo cognitivo conductual emocional, la intervención propiamente y la prevención de recaídas (basado en Freeman, 1992).

Para esquematizar este trabajo de una manera más clara se puede dividir la intervención en tres partes, tal y como se presenta en el programa de intervención: en primer lugar, una evaluación inicial que iría desde la conceptualización del problema hasta el establecimiento de las metas de intervención. En segundo lugar, la intervención que comprendería las técnicas y estrategias aplicadas por el/la profesional. En tercer lugar, se realizaría la evaluación final y seguimiento.

A continuación se presenta el trabajo a realizar en cada una de las partes indicadas.

### ***7.1 Evaluación inicial***

El objetivo de la evaluación inicial es formular un análisis funcional de las variables implicadas en las situaciones presentadas por las personas. Esta es una de las características básicas del modelo cognitivo conductual emocional (Ingram y Scott, 1990).

La evaluación conductual es determinante para la intervención que se vaya a realizar. Se debe establecer la conducta problema (aquella que se va a intervenir) e identificar variables que pueden relacionarse con dicha conducta como factores que la mantienen, la controlan o la inhiben. Por otro lado, la evaluación ayuda a establecer técnicas de intervención y a estructurar a su vez la evaluación que se realizara al final del proceso (Rubio, Santacreu y García, 1999).

Los datos obtenidos en la evaluación permiten realizar el análisis funcional, el cual consiste en determinar los factores y los aspectos relacionados que mantienen, controlan o inhiben una conducta. Se puede realizar un análisis molecular, cuando la evaluación se centra



en determinar unidades de conducta delimitadas temporal y espacialmente (Montgomery, 2010) constituidos por una breve cadena de acciones compuesta de estímulo, respuesta y consecuencias que se limitan a un evento puntual en lugar de relacionarse con otros (Sanabria, 2002).

Sin embargo, ese tipo de análisis puede resultar limitado y no alcanza a explicar todos los fenómenos por sí mismo. Un análisis molar resulta más funcional pues en lugar de evaluar momentos y acciones puntuales, estudia paquetes conductuales, de manera que en lugar de desglosar las respuestas y los reforzadores, permite apreciar las conductas en el tiempo, tomando una unidad de análisis más amplia (Sanabria, 2002) haciendo un análisis de carácter sintético y funcional, con énfasis en las interacciones entre los componentes (Montgomery, 2010).

Hacer un análisis funcional de tipo molar permite realizar diagnósticos que dan prioridad al criterio funcional (relaciones entre el individuo y su entorno) en lugar del topográfico que se centra en la descripción de detalles de una conducta estática (Montgomery, 2010).

## ***7.2 Intervención***

La intervención dentro del modelo cognitivo conductual emocional incluye elementos como planes y metas de intervención realistas determinados entre profesional y consultante, actividades diarias establecidas de manera gradual con refuerzos establecidos para lograr experiencias exitosas, ayuda de terceros fuera de la terapia, aprendizaje de técnicas para el manejo de situaciones problemáticas aplicables en la vida cotidiana, el reconocimiento de los comportamientos no saludables, el refuerzo de comportamientos adaptativos y la eliminación de los desadaptativos (Fiorentino, 2006). En ese último punto se prioriza siempre que sea posible el refuerzo y establecimiento de los comportamientos funcionales (denominado por el autor anterior como adaptativos) que favorezcan la desaparición o sustitución de los disfuncionales.

Según Caro (2007) desde el modelo se considera la necesidad de ajustar cada psicoterapia a los casos individuales, sin embargo también se resalta la importancia de contar con procedimientos clínicos a los cuales recurrir en casos diferentes (Caro, 2007). El uso de técnicas y procedimientos validados son una de las características principales del modelo. Existen un conjunto de técnicas y procedimientos a los cuales se pueden recurrir para diseñar las intervenciones, sin embargo, cada una debe ser adaptada para utilizarle en el tratamiento de las problemáticas específicas de cada persona.

Las intervenciones dentro del modelo cognitivo conductual emocional tienen por objetivo que la persona posteriormente pueda ser su propio observador, evaluador y modificador de conducta (Olivares, Méndez y Lozano, 2001). El autocontrol es el conocimiento de la persona de las relaciones que controlan su comportamiento y parte de que aumentando ese conocimiento, también aumentará el autocontrol. Se busca que la persona controle su conducta para evitar la ocurrencia de una conducta conflictiva. Implica que las personas realicen las conductas por sí mismas, sin que otras las presionen para realizarlas (Díaz, Comeche y Vallejo, 2004).

La persona aprende a observarse a sí misma, establecer el objetivo de qué nivel de control quiere tener sobre la conducta, entrenar en las técnicas que puedan contestar al objetivo planteado, la aplicación en el contexto real una vez entrenada la persona en consulta (observándose, evaluándose, reforzándose/castigándose y autocorrigiéndose) y la posterior revisión de las aplicaciones con el/la profesional (Díaz, Comeche y Vallejo, 2004).

Las técnicas de intervención incluidas en este programa se clasifican en técnicas de reestructuración cognitiva, adquisición de habilidades, solución de problemas y relajación.

A continuación se presenta una descripción básica de cada tipo de técnica y del uso de cada una de las técnicas que se encontrarán en el programa de intervención. Si el/la profesional no está familiarizado con alguna de las técnicas puede utilizar las referencias bibliográficas citadas para investigar sobre ellas.

---

## *Intervención*

---

### **Reestructuración cognitiva:**

- Autoinstrucciones
- Continuum cognitivo
- Debate socrático
- Detención de pensamiento
- Evaluación de pensamiento
- Identificar pensamiento negativo
- Técnicas para utilizar el humor
- Utilizar a otras personas como punto de referencia

---

### **Adquisición de habilidades:**

- Control de estímulos
- Distracción y refocalización
- Entrenamiento de respuesta alternativa
- Entrenamiento en búsqueda de información
- Experimento conductual
- Explicación de su padecimiento
- Planeamiento de actividades
- Programa de autorreforzamiento
- Proyecto de vida

---

### **Solución de problemas:**

- Reconocer y etiquetar el problema
- Definir y formular el problema
- Generación de soluciones alternativas
- Toma de decisiones
- Llevar a cabo la solución elegida

---

### **Relajación:**

- Respiración
  - Relajación progresiva
  - Relajación autógena
  - Técnicas de meditación
- 

**Cuadro 2** Resumen de técnicas utilizadas en la intervención psicoterapéutica cognitivo conductual emocional

### *a. Reestructuración cognitiva*

Estas técnicas parten del principio de que lo que se piensa afecta lo que se siente y guía la conducta o ejecución de la tarea por realizar (Beck, 2000; Orellana, García, Salazar, Malaver, Herrera, Yanac, Díaz, Rivera, Zegarra, Orallana y Araujo, 2009). La reestructuración cognitiva consiste en identificar y modificar los pensamientos automáticos de las personas, así como las creencias intermedias y centrales que tienen sobre sí mismas (Beck, 2000). Se puede dividir en cuatro fases: instruir al paciente sobre la explicación del modelo cognitivo sobre su problema, el entrenamiento en observar y registrar pensamientos automáticos, someter a prueba los pensamientos y la detección-modificación de los esquemas básicos o creencias (Méndez, Olivares y Moreno, 2001).

En el caso de los pensamientos automáticos se enseña a la persona a identificarlos y evaluarlos para decidir si son válidos y/o útiles, y de no ser así, modificarlos. De esta manera se localizan las distorsiones cognitivas (ver anexo 1). También se enseña a la persona a tomar nota de esos pensamientos, para registrarlos fuera de la consulta.

Posteriormente, se trabaja con las creencias medias, que son esas ideas de la persona respecto a ella misma o los demás que dan lugar a los pensamientos automáticos. También se enseña a identificar esas creencias, y se busca modificarlas por otras más funcionales.

Finalmente, se identifican las creencias centrales, o sea las creencias más dominantes de la persona sobre sí misma. Se categorizan en general en dos tipos de creencia: de desamparo y de incapacidad de ser amado. Una vez identificadas se utilizan técnicas para cuestionar las evidencias que apoyan o no la creencia y cambiar su contenido (Beck, 2000).

Para trabajar los distintos niveles de cogniciones y lograr la reestructuración cognitiva se utilizan técnicas como: autoinstrucciones, continuum cognitivo, debate socrático, detención de pensamiento, evaluación de pensamiento, identificar pensamientos negativos, utilizar a otros como punto de referencia y técnicas para el uso del humor. Las cuales se explican a continuación.

**-Autoinstrucciones:** el uso de esta técnica consiste en identificar los pensamientos automáticos que forman parte de una conducta para sustituir los que resultan inadecuados por otros más adaptativos, de manera que la persona se dé a sí misma otras cogniciones para interrumpir los pensamientos desadaptativos y guiar las conductas que debe realizar.

Se crean frases para que la persona se las diga a sí misma (llamadas verbalizaciones internas) y le ayuden a realizar directamente las tareas que debe hacer. Por ejemplo, “Lo estoy haciendo bien. Ahora tengo que hacer el siguiente paso”. Posteriormente se realizan otras frases más abstractas aplicables a diferentes situaciones “Cuando me enfrento a una situación así, debo\_\_\_\_\_”. Las siete verbalizaciones básicas siguen un orden: definir el problema, explicarse de qué se trata, focalizar la atención en lo que deberá hacer, autoreforzarse en el proceso, verbalizaciones para hacer frente a los errores, autoevaluarse al final del proceso y autorreforzarse. Se debe utilizar el vocabulario propio de la persona para diseñar las frases que se dirá a sí misma, y entre sesiones la persona debe practicar constantemente su uso (Ruiz, 2004).

Las autoinstrucciones en forma de afirmaciones positivas se utilizan ante acciones positivas que haya realizado la persona por las que merezca reforzarse a sí misma. Consiste en realizar una lista, aunque sea pequeña, de aquellas acciones que la persona hizo y fueron positivas o que fueron difíciles pero aun así las realizó (Beck, 2000). Esta lista se puede utilizar para motivar a la persona a continuar con su vida o bien a cambiar pensamientos negativos sobre sí misma y sobre las situaciones, al observar consecuencias positivas de sus propias acciones.

- **Continuum cognitivo:** se utiliza para combatir pensamientos polarizados o dicotómicos (Beck, 2000), el objetivo es que la persona pueda reconocer que existen puntos intermedios en las diferentes situaciones. Para realizar esta técnica se necesita que el/la profesional detecte el pensamiento dicotómico de la persona y que junto a la persona lo expresen claramente y lo transformen gráficamente en una línea recta horizontal, cada extremo contendrá un valor numérico en este caso 0% y 100%, estos valores representaran cada uno de los puntos del pensamiento de la persona (Figura 6).

Luego el/la profesional interroga a la persona sobre otras posibilidades intermedias en esa línea por ejemplo: “¿y en donde quedan las personas que cumplen su proyecto poco a poco, es no hacer nada o corresponde a otro valor?”. Así hasta lograr que la persona reconozca que no hay condiciones tan determinantes sino que hay puntos intermedios. Luego se entrena a la persona para que pueda realizar la técnica sin ayuda en caso de necesitarlo.



**Figura 6** Representación gráfica de un pensamiento dicotómico para utilizar la técnica de continuum cognitivo

- **Debate socrático:** El debate consiste en cuestionar los pensamientos irracionales o disfuncionales para examinar si tienen sentido y son útiles. El debate de estilo socrático se enfoca en realizar preguntas sobre la funcionalidad, lógica y las pruebas que pueda encontrar la persona para respaldar los pensamientos irracionales (Lega, Caballo y Ellis, 2002). Las preguntas se orientan a que la persona al final del debate pueda llegar a conclusiones propias teniendo más claro el tema que se estaba debatiendo y transformando los pensamientos irracionales. El uso de esta técnica crea la capacidad en la persona de debatir por sí misma.

- **Detención de pensamiento:** Consiste en enseñar a la persona a detener los pensamientos repetitivos o intrusivos, así como puede realizarse para detener imágenes mentales. Se enseña a que la persona reconozca el pensamiento o imagen y trate de eliminarlo. Para ello puede usar señales que le ayuden a detenerlo, como decirse mentalmente “basta” o imaginarse una señal de alto (Beck, 2000).

- **Evaluación de pensamiento:** cuando la persona ha identificado el pensamiento que le está causando malestar, debe proceder a evaluar ese pensamiento intentando ubicar su validez y/o utilidad para proponer una respuesta más adaptativa. Para realizar esta evaluación el/la profesional debe hacer una serie de preguntas que ayudan a la persona a evaluar el

pensamiento. Posteriormente, el/la profesional entrenará a la persona para que realice la evaluación sola. En la tabla 2 se muestran las preguntas básicas para realizar esta evaluación. Es importante evaluar además el curso de acción a seguir según la posibilidad más real de lo que pueda suceder (Beck, 2000).

**Tabla 2** Preguntas para evaluar pensamientos

- ✓ ¿Cuál es la evidencia? ¿Cuál es la evidencia a favor del pensamiento? ¿Cuál es la evidencia en contra de ese pensamiento?
- ✓ ¿Hay alguna explicación alternativa?
- ✓ ¿Cuál es la peor cosa que podría pasar? ¿Podría sobrellevarlo? ¿Qué es lo mejor que podría pasar? ¿Cuál es la posibilidad más realista?
- ✓ ¿Cuál es el efecto de creer en ese pensamiento? ¿Cuál sería la consecuencia en caso de cambiarlo?
- ✓ ¿Qué debo hacer al respecto?
- ✓ ¿Qué le diría a un/a amigo/a si estuviera en esa misma situación?

- **Identificar pensamiento negativo:** el/la profesional puede enseñar a la persona cómo identificar sus pensamientos con la pregunta de “¿Qué está/estaba pasando por tu mente en ese momento?” Esta tarea puede ser sencilla para algunas personas y difícil para otras por lo que el/la profesional debe estar atento/a para guiar a la persona a que logre identificar esos pensamientos negativos y los evalúe posteriormente para poder modificarlos (Beck, 2000). Como guía se puede utilizar la lista de distorsiones cognitivas (ver anexo 1) propuesta por Beck (2000).

- **Técnicas para utilizar el humor:** el sentido del humor se puede utilizar de manera didáctica para enfrentar las exageraciones de las ideas irracionales, de manera que la persona pueda tomarse las situaciones no tan seriamente y aceptarse a sí misma con fallos y dificultades (Carrasco, 2004).

**-Utilizar a otras personas como punto de referencia:** cuando las personas analizan situaciones similares a las suyas logran establecer distancia psicológica con respecto a su propia situación. Esto ayuda a que puedan identificar de manera objetiva ciertas incoherencias o distorsiones que podrían estarles afectando (Beck, 2000). En el caso específico de las personas con VIH se pueden mostrar casos de otras personas con padecimientos de salud similares para determinar los aspectos positivos y negativos enfocándose en cómo la persona modelo logra continuar con su vida a pesar de lo que padece.

Las técnicas presentadas anteriormente funcionan para trabajar a nivel cognitivo, sin embargo es necesario trabajar en otros áreas con la personas, para modificar y trabajar a nivel conductual se pueden utilizar la siguientes técnicas,

#### *b. Adquisición y desarrollo de habilidades*

En esta área de trabajo cognitiva conductual emocional se instruye a la persona para que sea ella quien lleve a cabo las acciones, por sí misma, aprendiendo a realizarlas y aplicándolas más allá del problema que le lleva a la consulta.

Para enseñar a una persona una nueva habilidad, será necesario en primer lugar brindarle instrucciones claras sobre en qué consiste la nueva habilidad, cuál es su utilidad y cuáles podrían ser sus efectos en un contexto determinado en el que quiera implementarse. Las instrucciones deben contemplar también los aspectos a los que la persona deberá poner atención de la conducta que está aprendiendo. En segundo lugar, se expone a la persona a un modelo de la conducta que se le quiere enseñar, el cual debe explicar lo que está haciendo y las consecuencias que espera debido a su conducta. En tercer lugar, la persona lleva la conducta a la práctica dentro de la consulta, en un espacio seguro donde se le brinda retroalimentación para corregirse. También se realizan ensayos con la imaginación (modelado encubierto) para recordarlos mejor. En quinto lugar, se envía a la persona a poner en práctica la nueva habilidad fuera de terapia y se establecen reforzamientos en el medio natural de la persona (Cruzado, 2004). También se puede utilizar la biblioterapia y los contratos de



conducta para reforzar estas intervenciones. Las técnicas a utilizar para el desarrollo de habilidades siguen en mayor o menor medida este esquema o facilitan alguna de sus partes.

Uno de sus principales usos es para fomentar las habilidades sociales, las cuales consisten en un conjunto de conductas realizadas por una persona en situaciones interpersonales, por medio de las cuales expresa y recibe opiniones, sentimientos y deseos, además de comunicarse, defender sus derechos y respetar los de los otros, disminuyendo la posibilidad de problemas en las interacciones y aumentando las consecuencias positivas de estas. Una persona puede tener habilidades para algunos tipos de interacciones y para otros no (Méndez, Olivares y Ros, 2001). Caballo (2005), propone una serie de técnicas y procedimientos para realizar un entrenamiento completo en habilidades sociales para las personas que carecen de estas. En el presente programa, se utilizarán técnicas para ayudar a la persona a ser asertiva y comunicarse, ya sea con respecto a la infección o para no hablar del tema. Se pueden utilizar ejercicios para distinguir entre la conducta asertiva, no asertiva y agresiva, para poner la primera en práctica (ver anexo 2).

Según Caballo (2005) la conducta asertiva consiste en que la persona exprese lo que piensa y lo que siente en los momentos correctos, resolviendo los problemas, sintiéndose a gusto consigo misma, creando mayores oportunidades y sintiéndose en control de las situaciones. En la conducta no asertiva la persona no comunica lo que piensa, lo que le hace sentir de manera negativa, y con la conducta agresiva se crean conflictos con las otras personas y se les hace daño, deteriorando las relaciones. Para ayudar a la persona a distinguir entre estas conductas, se le presentan ejemplos de respuestas de una persona a distintas situaciones, y se le pide que identifique si la conducta observada fue asertiva, no asertiva o agresiva. Se debate por qué lo clasificó de una u otra forma, cuáles son las consecuencias esperables de la conducta presentada en el ejemplo y cómo serían los otros tipos de respuesta.

También se propone desarrollar habilidades como defensa de los derechos, expresión de opiniones personales, expresión de amor, agrado y afecto, afrontar las críticas, procedimientos defensivos, procedimientos de ataque, hacer y rechazar peticiones y expresión de molestia, desagrado y disgusto. Para lograr el desarrollo de las distintas habilidades necesarias se utilizan técnicas como: distracción y relocalización, ensayo conductual,

entrenamiento en búsqueda de información, experimento conductual, explicación de su padecimiento, planeamiento de actividades, programa de auto-reforzamiento, proyecto de vida, control de estímulos y entrenamiento en respuesta alternativa. A continuación se describe el uso de cada una de ellas.

- **Control de estímulos:** consisten en ejercer control sobre los estímulos que determinan la aparición de la respuesta que se quiere eliminar (restricción física, eliminación del estímulo, cambiar los estímulos discriminativos, cambiar el medio social y modificar condiciones físicas) (Díaz, Comeche y Vallejo, 2004). Así se logra obtener un control del entorno para eliminar o disminuir las pautas ambientales que influyen en la conducta que se ha propuesto como objetivo (Umaña y Mejía, 2008).

- **Distracción y refocalización:** Esta técnica se aplica para momentos en los que la persona necesita desviar la atención de pensamientos que la perturban y le generan malestar. Para aplicar esta técnica el/la profesional le ayuda a la persona a aprender a concentrarse en la tarea que está realizando. Esto se ensaya en las sesiones de tratamiento y se intenta ubicar todos aquellos recursos con los que cuenta la persona para refocalizar la atención en la tarea que realiza (Beck, 2000).

Además esta técnica es útil en ocasiones cuando la persona piensa que su malestar sobrepasa sus recursos y esto le abruma, por lo que es necesario que se distraiga en algo que le interese y le cause satisfacción. Para esto es necesario que el/la profesional conozca qué actividades le han funcionado en el pasado a la persona para distraerse; de ser necesario el/la profesional puede sugerir otras actividades que le puedan funcionar.

Es necesario tener en cuenta que estas técnicas se utilizan de manera temporal para entrenar a la persona a que pueda desviar su atención de manera momentánea y que posteriormente enfrente la situación (Beck, 2000).

- **Entrenamiento de respuesta alternativa:** consiste en que la persona aprenda a realizar una conducta para remplazar otra. Se suele utilizar para el control de la ansiedad, por lo que suele emplearse entrenando a la persona en alguna técnica de relajación para que

posteriormente la utilice en lugar de la conducta conflictiva que se pretende eliminar (Kazdin, 2000). Sin embargo, se puede utilizar también con otros tipos de conducta.

- **Entrenamiento en búsqueda de información:** Consiste en moldear en la persona las acciones para buscar información por sí misma. Para ello se debe determinar la capacidad que tiene la persona para realizar esta acción al inicio de la terapia. Se refuerzan las conductas que ya tiene y se van enseñando otras necesarias para acceder a fuentes de información, buscar dentro de ellas, elegir información, evaluarla, entre otras. Cada conducta se presenta sola y se refuerza cuando la persona la lleva a la práctica antes de enseñar la siguiente conducta, acercándose en aproximaciones sucesivas a la meta propuesta.

Se puede alternar con modelamiento para mostrar a la persona cómo se hace lo que se espera de ella. Es necesario establecer una meta realista de lo que se quiere que alcance a hacer la persona y diseñar los pasos necesarios para que aprenda a hacerlo por sí sola (Pérez, 1994).

- **Experimento conductual:** Esta es una técnica que logra cambios cognitivos, conductuales y emocionales. Los experimentos se pueden realizar dentro o fuera del consultorio y se utilizan para comprobar la validez de los pensamientos. Para realizarlos se necesita una organización cuidadosa.

Primero es necesario que la persona exprese una predicción negativa sobre una situación en específico (puede ser un pensamiento o una imagen), luego se diseña el escenario del experimento donde se pondrá a prueba esa predicción (tomando en cuenta cómo, cuándo y dónde se efectuará la comprobación). El/la profesional puede hacer sugerencias en cuanto al escenario especialmente para tratar de aumentar la probabilidad de éxito. Por último se pregunta a la persona cómo reaccionaría en caso de que la situación confirme sus temores y se establece una respuesta adaptativa para esa reacción (Beck, 2000).

El/la profesional pueden modelar la conducta que se espera de la persona e intercambiar los papeles de los personajes del experimento al ensayarlo en la consulta hasta que la personas se apropie de la respuesta adaptativa y haya evaluado sus predicciones. Los ensayos de conducta son procedimientos donde se repiten o simulan aspectos del ambiente de

la persona en la consulta, para evaluar los comportamientos y ensayar nuevas conductas sin posibles consecuencias aversivas (Méndez, Olivares y Ros, 2001). Esta técnica se relaciona con el modelaje, ya que en muchos casos en que el/la profesional ejerza el rol de modelo (Méndez, Olivares y Ortigosa, 2001). De esta forma, el/la profesional realiza acciones que se quiere que la persona aprenda a realizar, mientras esta le observa. Posteriormente, cambian de roles y es la persona quien debe llevar a cabo la conducta.

Se debe dar a la persona instrucciones sobre qué observar en el modelo mientras está presentando la conducta, posteriormente, el/la profesional realiza la acción describiendo lo que hace y las consecuencias que espera a partir de esas acciones. Después, se le pide a la persona que describa lo que observó del modelo, describiendo la conducta realizada, sus antecedentes y sus consecuencias. En ocasiones conviene presentar las acciones bien realizadas y mal realizadas para ver el contraste.

- **Explicación de su padecimiento:** pedir a las personas que hablen de su padecimiento en términos médicos les ayuda a prepararse para lo que podría acontecer y además les permite conocer sus posibilidades reales de actuar. Así se le pide a la persona que como tarea para una sesión posterior prepare una breve explicación acerca de su padecimiento y de lo que este implica en su vida. Además se le pide que analice la información que encuentre al respecto (Méndez y Beléndez, 1994) de manera que se pueda evaluar qué tanto comprende la información con la que cuenta y la que puede encontrar.

- **Planeamiento de actividades:** esta técnica puede utilizarse para planear actividades diarias, actividades placenteras y actividades relacionadas con el proceso médico. En esta técnica se le propone a la persona que consigne cada uno de los días de la semana en la parte superior de un cuadro y en una columna a la izquierda de arriba abajo se consignan las horas del día. En los cuadros sobrantes se establecen diferentes actividades; tanto las que ya la persona tiene establecidas como responsabilidades, como las que pueda incluir para despejar su mente, recrearse, entre otras (anexo 3). Además se hacen predicciones sobre el disfrute que cree la persona que conseguirá con cada una de estas actividades y se establecen cursos de acciones para responder a problemas posibles la realización de las actividades. El/la

profesional debe ayudarle a la persona a establecer este planeamiento de actividades y a evaluarlo constantemente (Beck, 2000).

También se propone utilizar esta misma técnica para planificar el proceso médico de la persona: la toma de medicamentos, los exámenes de laboratorio, las visitas a los centros de salud, entre otros. De esta manera, la persona podrá enfocarse en el proceso médico solo en los momentos que es pertinente, pues sabrá de antemano cuándo tiene que hacerlo. Se puede ayudar con mecanismos como alarmas o despertadores que pueda programar para que le indiquen la hora establecida para algunas de las actividades.

- **Proyecto de vida:** el proyecto de vida es el plan que la persona diseña para conseguir uno o más objetivos en su existencia. Con este, puede decidir de manera consciente cómo debe actuar para conseguir lo que se desea en el futuro (Ospina y Restrepo, 2003). Cuando se trabaja el proyecto de vida en las personas con VIH/sida se pretende ya sea formularlo por primera vez o redefinirlo, tomando en cuenta los cambios de estilos de vida que se deben realizar. La persona debe tener estructurado un proyecto de vida para así definir prioridades y para lograr satisfacción personal. Para lograr esto se deben establecer metas a nivel laboral, personal, profesional y/o familiar (Warner, 2005). La persona debe establecer este proyecto como un plan en donde establezca paso a paso cada uno de los objetivos que desea cumplir.

Además de las técnicas que ya se han presentado, dentro del modelo psicoterapéutico cognitivo conductual emocional se encuentran procedimientos específicos que ayudan a la persona a mejorar determinadas áreas de su vida, dentro de estos encontramos el procedimiento para la solución de problemas que se presenta a continuación.

### *c. Solución de problemas*

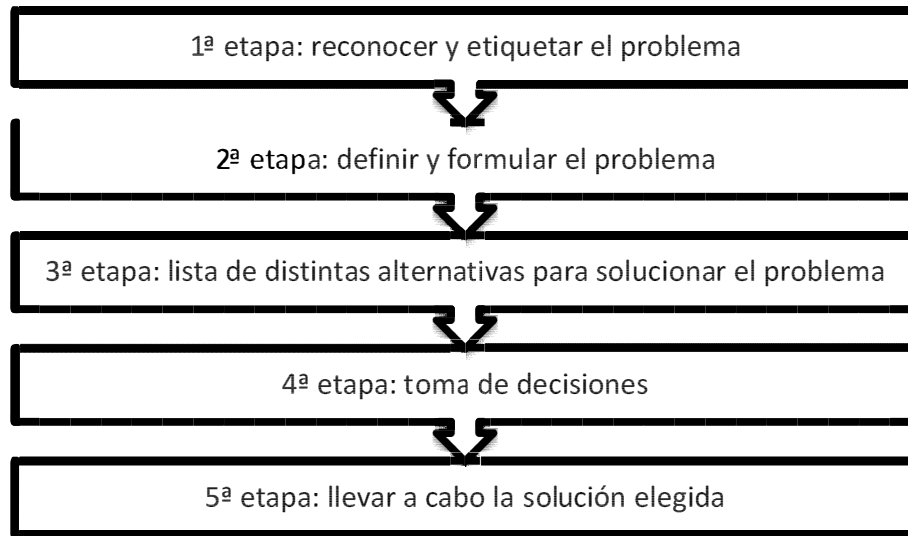
Existen varias técnicas de solución de problemas, siendo la de D'Zurilla y Goldfried (1971) una de las más conocidas. Se trata de un proceso para disponer de alternativas variadas de respuesta ante un problema y aumentar la posibilidad de escoger la más eficaz de ellas, se realiza en cinco etapas graficadas en la figura 7. Se puede utilizar el cuadro del anexo 4 como guía para la persona.

La primera etapa de esta técnica es la orientación general hacia el problema, donde se debe reconocer y etiquetar el problema, valorar a qué causas se atribuye, el tiempo que debería estar dispuesta la persona a utilizar para lograr resolverlo, el esfuerzo que implicaría resolverlo y si la persona considera que es posible resolverlo con su propio esfuerzo.

La segunda etapa consiste en definir y formular el problema, lo que implica obtener la información relevante para tener claro el problema y su importancia para el bienestar de la persona. A partir de esto se formula una meta, la cual posibilita la tercera etapa, generación de soluciones alternativas. En esta fase deben buscarse todas las alternativas posibles por medio de una lluvia de ideas sugiriendo la mayor cantidad posible de soluciones, aplazando el momento de evaluarlas de escoger unas y así contar con la mayor variedad posible de opciones.

La cuarta etapa conlleva la toma de decisiones, que consiste en evaluar las alternativas de solución para seleccionar las mejores, de acuerdo a si van a ser útiles (lo que implica evaluar si resuelven el problema, dan bienestar emocional, la cantidad de tiempo/esfuerzo es aceptable y proveen bienestar personal y social) y cómo se sentiría la persona con el resultado. Se buscan consecuencias a corto, medio y largo plazo de las acciones que se podrían realizar. De esta manera se jerarquizan las posibles soluciones según las consecuencias sean beneficiosas o perjudiciales. Se evalúa a partir de la lista jerarquizada cuál solución sería la más funcional para la persona y se establecen los pasos necesarios para ponerla en práctica (Marrero y Carballeira, 2002).

Finalmente, la quinta etapa consiste en llevar a cabo la solución elegida, que la persona observe los resultados, evaluar si concuerdan con lo esperado y que la persona se refuerce a sí misma por un trabajo bien hecho (Becoña, 2004).



**Figura 7** Gráfico de etapas en la técnica de solución de problemas

A continuación se presenta una breve reflexión sobre la relajación y procedimientos relacionados que ayudan a la persona a controlar su ansiedad.

#### *d. Relajación*

Existen diversos procedimientos para lograr la relajación, estos se eligen dependiendo de las capacidades y preferencias de la persona. La *respiración* es la técnica básica, y es utilizada en casi todas los otros procedimientos de relajación para controlar el nivel de activación en el cuerpo humano. El método básico para enseñar a una persona a controlar su respiración inicia por conseguir que la persona dirija el aire que inspira de manera progresiva: primero a la parte inferior de los pulmones, luego a la parte inferior y media hasta llegar a la inspiración completa. Una vez que domina llenar complemente los pulmones debe practicar la inspiración regular, que consiste en distribuir el aire de la manera aprendida en cada inspiración que realiza. Finalmente, se busca lograr una alternancia respiratoria entre inspiraciones y expiraciones que resulte adecuada (Labrador, de la Puente y Crespo, 2004).

La *relajación progresiva* enseña a la persona a identificar la tensión muscular en las distintas partes del cuerpo (Méndez, Olivares y Quiles, 2001) y entrena a la persona a relajarse

utilizando ejercicios de tensión y relajación alternativa de grupos musculares previamente definidos. El programa de relajación en esta técnica establece un recorrido detallado por una serie de ejercicios que recorren todos los grupos musculares del cuerpo (ver anexo 5), haciendo un recorrido mental por todo este (Labrador, de la Puente y Crespo, 2004). Se le indica a la persona que debe concentrarse en un grupo de músculos y se le pide que tense por alrededor de 5 segundos; pasado ese tiempo el/la profesional le indicará que relaje y ayudará a la persona a concentrarse en las sensaciones de la zona relajada (Méndez, Olivares y Quiles, 2001).

Existen otras variaciones, como que la persona realice sola la relajación en cada grupo muscular, sin tensión, especialmente en los casos de las personas que tienen problemas orgánicos para los que es contraindicado la tensión muscular (Méndez, Olivares y Quiles, 2001).

También existe la *relajación autógena* que consiste en generar en la persona sensaciones corporales de pesadez en los miembros del cuerpo y sensaciones de calor, de manera que la persona aprenda a generar la relajación para sí misma (Labrador, de la Puente y Crespo, 2004). Para aplicar este tipo de relajación se enseña a la persona a utilizar una serie de frases aprendidas para provocar sensaciones de calor, peso y frescor en los distintos miembros del cuerpo mientras se concentra en la respiración. En primer lugar se busca la sensación de pesadez diciendo “el brazo derecho (o izquierdo) me pesa mucho” y luego se repite en las piernas. En segundo lugar se concentra en la frase “el brazo \_\_\_\_\_ está caliente”, igual en las piernas. En tercer lugar se dice “mi corazón late fuerte y tranquilo” para regular el ritmo cardíaco. En cuarto lugar se pasa a la frase “respiro tranquilamente” hasta lograr un ritmo tranquilo y después se pasa a “mi abdomen está caliente”. Finalmente se añaden frases como “la frente está agradablemente fresca” para evitar una relajación vascular excesiva en la zona y posteriores dolores de cabeza (Méndez, Olivares y Quiles, 2001).

Por último cabe mencionar las *técnicas de meditación* que buscan que la persona no se centre en sus pensamientos disfuncionales. Consisten en procedimientos que buscan la autosugestión con diferentes técnicas que provocan relajación en la persona al usar



repetitivamente una clave, la cual puede ser la repetición de una palabra o frase (mantra), un movimiento físico repetitivo (por ejemplo, correr o bailar) o focalizar la atención en una imagen (Labrador, de la Puente y Crespo, 2004). Puede practicarse con independencia de orientaciones religiosas o filosóficas, requiere de espacios silenciosos donde puedan reducirse los estímulos externos, una posición cómoda y una actitud pasiva mientras se concentra la atención en algo (López, 1994).

También existen otras actividades y técnicas específicas como el yoga y el distanciamiento. El yoga busca un desarrollo corporal armónico y la concentración para ordenar los pensamientos, controlar los estímulos externos y facilitar el conocimiento intuitivo (Labrador, de la Puente y Crespo, 2004). No es una actividad para realizar en la consulta psicoterapéutica pero que puede beneficiar a la persona y puede realizarla de manera independiente a la consulta si así lo desea. En cuanto al distanciamiento es una técnica de imaginación inducida, el objetivo es que la persona logre un nivel de relajación y vea el problema desde una perspectiva más amplia (Beck, 2000). La persona cierra los ojos y utiliza la imaginación; el/la profesional a través de preguntas guía a la persona en las imágenes que crea para que la persona se dé cuenta de que las dificultades son limitadas en el tiempo y son posibles de enfrentar.

### ***7.3 Evaluación final***

Al terminar el proceso de intervención psicoterapéutica es necesario evaluar si se ha obtenido con este el cambio que se pretendía. Para ello, se compara la situación de la persona antes de recibir el tratamiento psicoterapéutico y después. Es importante demostrar que se ha dado un cambio real y confiable, lo que dependerá del valor práctico que tenga para la persona el cambio alcanzado. De esta manera los efectos del tratamiento deben llevar a mejorar el nivel de funcionamiento de la persona en su vida diaria (Kazdin, 2000). Esta comparación no es solamente realizada desde un enfoque cualitativo, sino que implica buscar maneras de medir las diferencias alcanzadas entre antes y después de la intervención.

La evaluación forma parte de todo el proceso psicoterapéutico, pues empieza desde la exploración de las conductas problema de la persona y continúa a lo largo del tratamiento

psicoterapéutico. Durante la aplicación de este se realiza la línea base y se evalúan las variables relacionadas. Una vez terminado el proceso de intervención, la evaluación se centra en valorar la presencia de las conductas clave y comprobar si se alcanzaron las metas terapéuticas propuestas. Durante las sesiones de seguimiento que se programan tiempo después de la sesión final, la evaluación se centra en la generalización de los resultados obtenidos durante la intervención. Consiste en repasar las estrategias que debe manejar la persona y determinar nuevos registros de seguimiento adecuados a la situación personal de cada uno, si decide continuarse con otro seguimiento (Silva, 2004).

El programa de intervención que se presenta a continuación se diseñó dentro del modelo cognitivo conductual emocional, por lo que comprende las etapas de evaluación inicial, intervención y evaluación final, así como los principios básicos del modelo. Este se integra dentro de la medicina conductual. Toma en cuenta las situaciones que afrontan las personas con VIH en Costa Rica y las estrategias de afrontamiento que utilizan para ello.

### III. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

<i>Programa de intervención</i>	<b>Evaluación:</b> entrevista conductual y cuestionario de estrategias de afrontamiento.
	<b>Intervención:</b> intervención en estrategias de afrontamiento funcionales, mixtas y disfuncionales.
	<b>Evaluación final y seguimiento</b>

Cuadro 3 Resumen de contenidos del programa de intervención

Una vez que se tienen claros los conceptos de VIH, sistema inmunológico, estrés y afrontamiento, se conoce sobre la situación de las personas con VIH en Costa Rica y las estrategias de afrontamiento que utilizan, y se maneja el uso del modelo cognitivo conductual emocional en el contexto de la medicina conductual, el/la profesional está en capacidad de aplicar el programa de intervención.

Para estructurar la intervención se deben considerar las características propias de la persona con la que se va a trabajar, tomando en cuenta la situación en que se encuentra, qué estrategias de afrontamiento está utilizando y cuáles deficiencias tiene en el afrontamiento. A partir de la evaluación, se podrá determinar cuáles son las estrategias de afrontamiento que son necesarias trabajar. De esta manera, el/la profesional puede organizar la intervención, utilizando las técnicas propuestas para intervenir cada una de las estrategias de afrontamiento.

A continuación se presenta la manera de realizar la evaluación inicial y los instrumentos propuestos para ello.

## *1. Evaluación inicial*

Al aplicar este programa de intervención se parte de que el/la profesional ha realizado de ante mano una evaluación y ha determinado que la conducta problema radica en las estrategias de afrontamiento o que la manera de abordar el problema identificado es a través de estas. Sin embargo, el programa de intervención incluye su propia evaluación para determinar cuáles estrategias de afrontamiento utiliza la persona y en cuáles será necesaria la intervención.

El/la profesional debe tener en cuenta que este programa está diseñado para ser aplicado a personas con HIV, adultas (18 años a 60 años), que hayan recibido su diagnóstico de VIH positivo después de ser mayores de edad, con un nivel educativo que les permita leer y escribir o bien el/la profesional debe adaptar las técnicas a las condiciones de una persona que no sepa hacerlo. Por otra parte, no pueden participar personas con trastornos psiquiátricos graves, o deficiencias cognitivas que no le permitan sacar el mayor provecho de la intervención psicoterapéutica, de igual forma el/le profesional debe evaluar el estado físico de la persona para asegurarse de que el proceso psicoterapéutico será realmente provechoso y traerá beneficios a la persona

Es importante definir de manera específica la manera en que la persona está llevando a cabo el afrontamiento. Por esta razón, es necesario a partir de la evaluación realizar un análisis funcional de las estrategias de la persona. Las estrategias deben entenderse en su relación con los antecedentes que las propician y las consecuencias que las mantienen. Esto servirá de guía para que el/la profesional pueda comprender mejor cómo funcionan las estrategias que utiliza y de qué carece para poner en práctica otras.

En el anexo 6 se presenta de manera general aspectos antecedentes y consecuentes de cada estrategia para que el/la profesional valore si se presentan en el caso de la persona con quien está trabajando y de qué manera. También se presentan los componentes cognitivos, conductuales y emocionales determinados para cada estrategia.

Se debe considerar que en el anexo 6 no se presenta un detallado análisis molecular (Montgomery, 2010; Sanabria, 2002), ya que este sólo es posible realizarlo para casos concretos en que pueda establecerse la relación directa entre todos los aspectos. En su lugar, se realiza una presentación más global de los principales antecedentes, componentes y consecuencias que se identifican para cada estrategia, haciendo una aproximación más funcional de los distintos componentes en lugar del detalle topográfico de cada uno de los comportamientos (Montgomery, 2010). En el caso de las estrategias catalogadas como mixtas, se presenta un análisis tanto para su uso funcional como para su uso disfuncional.

Para cada caso se presentan antecedentes no directamente relacionados con las situaciones en que se utiliza la estrategia pero que la pueden propiciar; antecedentes próximos entendidos como aquellos directamente relacionados con el uso de la estrategia, tanto externos a la persona (aquellos propios de su medio) como los internos. Entre las consecuencias se presentan tanto a corto plazo como a largo plazo. Las consecuencias señaladas funcionan de manera reforzante para que se continúe usando la estrategia.

Conocer los antecedentes que pueden propiciar una estrategia permite entender por qué no se está presentando y evaluar con cuáles recursos se cuenta para desarrollarla. Entender las consecuencias que pueden reforzar el uso de una estrategia también puede facilitar el planeamiento de refuerzos cuando se intente implementar.

Para realizar la evaluación inicial del programa de intervención se diseñó una entrevista conductual (ver anexo 7) que indaga todos aquellos aspectos necesarios para determinar cuáles estrategias de afrontamiento utiliza la persona. Asimismo, se diseñó un cuestionario (ver anexo 8) para evaluar conductas, pensamientos y sentimientos relacionados con las estrategias de afrontamiento utilizadas por la persona en su vida diaria. El análisis funcional se va realizando a lo largo de la entrevista y la aplicación de instrumentos, de manera que al realizar la entrevista se debe tener claro lo que se está evaluando y los componentes que se deben tomar en cuenta para cada una de las estrategias.

Se deben observar tanto las acciones de las personas como las emociones implicadas y los pensamientos asociados a cada estrategia. Además, es importante determinar a través de la

entrevista de evaluación la frecuencia con la que la persona utiliza las estrategias identificadas (en todas las situaciones problemáticas o solamente en algunas), hace cuánto la persona utiliza las estrategias que se identificaron y qué tanto presenta la persona pensamientos, emociones y acciones propias de la estrategia. El Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (ver anexo 8) puede ser de ayuda para valorar este último punto. Los resultados de este cuestionario también pueden utilizarse para establecer la línea base en donde se muestre la utilización de las distintas estrategias evaluadas.

Además, si se considera necesario se pueden aplicar otros instrumentos que ayuden a determinar la posterior intervención y los resultados de esta. Se debe tener claro que el instrumento incluido dentro de este programa fue diseñado para este pero no consiste en una escala validada estadísticamente. Tiene similitudes con otros instrumentos de afrontamiento pero este fue desarrollado con la intención de valorar las estrategias de afrontamiento incluidas en el programa. El/la profesional puede utilizar otros instrumentos para evaluar estrategias de afrontamiento si lo considera apropiado.

Otro tema que se puede evaluar es el estrés o la ansiedad propiamente, lo que se puede realizar a través de distintos protocolos por ejemplo los recomendados por López (1994), Cuestionario de Estrés Diario (CED) de Santed, Chorot y Sandín (1991); la escala conductual de ansiedad-estado (Chorot y Sandín, 1983); el cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1982), o bien cualquier otro instrumento que el/la profesional prefiera. Toda la información recolectada servirá además al final del proceso para evaluar los cambios alcanzados.

A continuación, se presenta la explicación del uso de los dos instrumentos de evaluación diseñados para este programa. El primero es el protocolo de entrevista conductual para la evaluación de estrategias de afrontamiento en personas con VIH (ver anexo 7) y el segundo, el cuestionario de estrategias de afrontamiento para personas con VIH (ver anexo 8).

### ***1.1 Entrevista conductual de estrategias de afrontamiento en personas con VIH***

Se diseñó un protocolo de entrevista conductual para indagar información relevante y para conocer las estrategias de afrontamiento que está utilizando la persona consultante. Se toma en cuenta que ya se conoce a la persona consultante o bien se poseen los datos básicos de esta, sin embargo en el protocolo de entrevista se consignan los más importantes para la identificación de la persona y la evaluación de los resultados de la entrevista. Se recomienda estudiar antes de la aplicación el protocolo de entrevista para decidir si hay datos con los que ya se cuenta o si es necesario, de acuerdo a lo que se conoce del caso, modificar o ampliar alguna parte.

Al momento de aplicar este protocolo y gracias a las sesiones de evaluación anteriores ya existe una relación de confianza entre el/la profesional y la persona consultante. El protocolo se aplica como una entrevista de evaluación utilizando las preguntas preestablecidas y mediante preguntas adicionales que el/la profesional formule. Además, se pueden consultar otras fuentes de información en donde pueda corroborar los datos obtenidos y conocer más de la persona y de su manera de afrontar las situaciones difíciles. Estas fuentes pueden ser otras personas importantes en la vida de la persona consultante o bien documentos como expedientes médicos o de otro tipo.

El protocolo de entrevista diseñado (ver anexo 7) se divide en ocho secciones, cada una orientada a indagar diferentes datos sobre varias áreas de la vida de la persona consultante. Se debe consignar la fecha de aplicación y el nombre del/a profesional que lo aplica, para una posterior consulta; una vez registrados estos datos se comienza a indagar sobre diferentes aspectos en las secciones, establecidas de la siguiente manera:

1. **Datos demográficos:** se recopilan los principales datos de identificación y contextualización de la persona.
2. **Atención en salud recibida:** Se consignan otros servicios de salud a los que la persona acude (Infectología, Trabajo Social, Nutrición, etc.) Esto por si es necesario realizar

interconsultas o si se desea compartir información relevante con quienes están atendiendo a la persona.

3. **Antecedentes personales:** se indaga sobre atención en psicología, psiquiatría o salud mental que haya recibido la persona determinando los motivos por los que recibió la atención y el diagnóstico y tratamiento obtenido. Además se evalúan otras problemáticas sociales y pérdidas significativas que haya enfrentado la persona.
4. **Estado de salud referido a la infección por VIH:** se determina el estado actual de la infección, además es importante indagar la vía de infección; el año y la etapa de la infección en que la persona conoció el diagnóstico. También se valora qué otras afecciones de salud padece la persona.
5. **Tratamiento por VIH:** se establece si la persona está tomando tratamiento antirretroviral (TARV) y el tiempo que lleva consumiéndolo; así como las condiciones en las que lo hace. Se indaga el esquema de tratamiento para que el/la profesional pueda investigar las implicaciones de estos tratamientos en la vida de la persona. Esta sección es imprescindible para conocer la adherencia de la persona al tratamiento, además es útil para determinar dificultades que presente con el consumo de este y que puedan ser solventadas con la intervención.
6. **Dimensión psicosocial del diagnóstico:** esta sección está dedicada a conocer los pormenores del momento en que recibió el diagnóstico, se debe estar atento para consignar las reacciones en cada dimensión (pensamientos, sentimientos, conductas y otras reacciones) y los cambios que debió realizar en las diferentes áreas de su vida a raíz del diagnóstico.
7. **Recursos de afrontamiento:** se indaga sobre cuatro tipo de recursos, internos, institucionales, materiales y sociales. Con la información obtenida se cuenta con un panorama general de los recursos con los que cuenta la persona.



8. **Estrategias de afrontamiento:** esta sección se divide en 10 subsecciones en donde se indagan diferentes estrategias de afrontamiento utilizadas por personas con VIH. Nueve de estas subsecciones son para las estrategias de afrontamiento en sí y otra se dedica a preguntas generales sobre afrontamiento para agregar información a las estrategias de afrontamiento. Se debe tener en cuenta que las respuestas de la persona a las preguntas planteadas para indagar una estrategia de afrontamiento pueden brindar insumos para otras estrategias de afrontamiento.
- a. **Búsqueda de apoyo:** Se indagan los cuatro grupos identificados como fuentes de apoyo para las personas con VIH: el primer grupo Familia, amigos y pareja, el segundo Profesionales, el tercer grupo Otras personas con VIH y el último grupo las Instituciones (incluyendo grupos de apoyo, instituciones que ayudan a personas con VIH, etc.). Se debe determinar en situaciones acude a cada una de estas fuentes de apoyo.
  - b. **Dependencia:** además de las preguntas de esta sección, se deben tomar datos de la sección de recursos sociales y de la estrategia de búsqueda de apoyo para determinar si la persona depende de otras personas o si mantiene la salud a través de otras personas.
  - c. **Ocultar estratégicamente el diagnóstico:** se deben establecer los ambientes en los que la persona tiene que ocultar el diagnóstico y las razones por las que lo hace, así como las conductas concretas que realiza para ocultarlo y los resultados que obtiene.
  - d. **Búsqueda de información:** Se determina si la persona busca información, cómo lo hace y en dónde, así como si la persona posee la capacidad de buscar la información y de comprenderla. Además, se presenta un cuadro en el cual se evalúan distintas fuentes de información posibles, para saber tanto si las utiliza como si tiene acceso a ellas.

- e. **Lucha por el bienestar:** en esta estrategia de afrontamiento se evalúa el compromiso con el proceso médico, así como las acciones que ha realizado la persona para continuar con su vida a pesar del diagnóstico y de qué manera la condición de personas con VIH ha pasado a ser parte de su vida.
- f. **Reevaluación positiva:** se debe establecer si la persona se enfoca en los aspectos positivos de las situaciones, especialmente con respecto a su condición de salud.
- g. **Rumiación-Fatalismo, Evasión y Negación:** estas estrategias de afrontamiento se indagan juntas. Se debe establecer a través de las preguntas hacia cuál de las estrategias se está enfocando la persona e indagar más sobre dicha estrategia de afrontamiento.
- h. **Conductas de riesgo:** estas conductas se circunscriben a la sexualidad y al consumo de sustancias. En la sexualidad se indaga sobre los hábitos sexuales de la persona y si estos son un riesgo para ella. En el consumo de sustancias se establece cuáles consume y cómo lo está haciendo. En ambos tipos de conductas se indaga si se están utilizando específicamente para enfrentar los problemas.
- i. **Afrontamiento religioso-espiritual:** se debe establecer si la persona está utilizando el afrontamiento espiritual y/o religioso, en el caso de utilizar el afrontamiento religioso si lo utiliza de manera funcional o disfuncional.
- j. **Preguntas generales sobre el afrontamiento al VIH:** en esta subsección se indagan otros aspectos que den insumos para apoyar y establecer cuáles estrategias de afrontamiento utiliza la persona y cuáles puede desarrollar.

Para evaluar la presencia de las estrategias de afrontamiento se presenta al final del protocolo de entrevista un cuadro en donde se debe marcar de acuerdo al criterio evaluador cuáles estrategias de afrontamiento está utilizando la persona al momento de la evaluación; en

el caso de las estrategias mixtas debe marcar además si las utiliza de manera funcional o disfuncional. De esta manera se puede establecer cuáles estrategias de afrontamiento debe desarrollar la persona, cuáles extinguir y cuáles mejorar o mantener.

### **1.2 Cuestionario de estrategias de afrontamiento para personas con VIH**

El cuestionario de estrategias de afrontamiento para personas con VIH sirve como guía para evaluar conductas, pensamientos y sentimientos relacionados con 11 de las estrategias de afrontamiento evaluadas en el programa de intervención (ver anexo 8).

Este instrumento no se trata de una escala estadística con puntos de corte que señalen si una estrategia de afrontamiento está presente o no, ya que no ha sido sometido a pruebas de validación estadística. Su función es permitir un registro claro y cualitativo del reporte de la persona de la presencia de estos elementos en su vida diaria. De esta manera, se puede apreciar si la persona presenta pensamientos, acciones y sentimientos que se ha determinado previamente que son propios de cada una de las estrategias de afrontamiento evaluadas. Esta información complementa la evaluación realizada a través de las entrevistas

El instrumento está diseñado para ser aplicado por el/la profesional, aunque puede evaluarse si es preferible que la persona lo conteste por sí misma. Se compone de dos partes, la primera se refiere a estrategias de afrontamiento aplicadas ante cualquier tipo de problemas y la segunda a estrategias de afrontamiento propiamente aplicadas a la situación particular de las personas con VIH.

1. **Estrategias de afrontamiento:** Búsqueda de apoyo, Reevaluación Positiva, Afrontamiento Espiritual, Afrontamiento Religioso, Evitación y Rumiación-Fatalismo.
2. **Estrategias de afrontamiento enfocadas en el VIH:** Búsqueda de información, Ocultar el diagnóstico, Lucha por el bienestar, Negación y Dependencia.

Cada estrategia de afrontamiento se evalúa con cinco ítems diferentes. La primera parte se compone de los ítems del 1 al 30 y la segunda, de los ítems del 31 al 55. Para todos los ítems, las opciones de respuesta son dicotómicas (Sí y No). Se debe marcar de acuerdo al reporte de la persona. En caso de que la persona diga “depende” o “a veces” se marca lo que sea más frecuente de acuerdo a su apreciación y se toma nota del ítem para abordarlo posteriormente en el proceso de intervención en caso de ser necesario.

Una vez que se tiene el protocolo del cuestionario contestado, se deben utilizar las hojas de calificación de ambas secciones. En ambos casos, se presenta el cuadro con los ítems correspondientes a cada estrategia de afrontamiento. Se suma un punto por cada “sí”, de manera que se tendrá una puntuación entre 0 y 5 para cada estrategia de afrontamiento evaluada. Además del instrumento se incluye la hoja de calificación, en la cual se presenta un gráfico en blanco en el cual se pueden colocar las puntuaciones correspondientes a cada estrategia de afrontamiento.

En el gráfico se presentan en primer lugar las estrategias de afrontamiento funcionales, en segundo las mixtas y por último las disfuncionales, para ayudar a comparar la presencia en el repertorio conductual de la persona de cada tipo de conductas, sentimientos y pensamientos propios de cada tipo de estrategias de afrontamiento. El/la profesional, de acuerdo a la entrevista realizada podrá determinar si las estrategias de afrontamiento mixtas están siendo utilizadas de manera funcional o no.

Aplicar el mismo cuestionario al final del proceso terapéutico puede ayudar a comparar cambios en lo reportado por la persona, para sumarlo así a la evaluación que se realice de los resultados obtenidos con la intervención.

## 2. *Propuesta de sesiones*

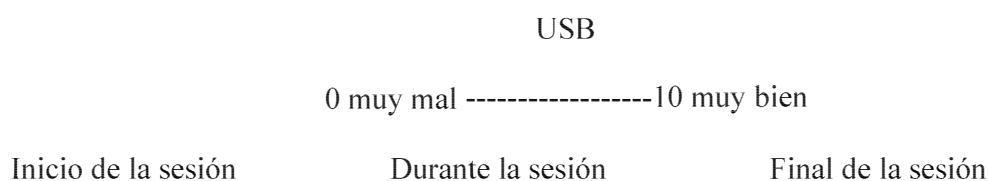
Ya que la intervención va a depender de cada caso debido a que se debe decidir cuáles estrategias de afrontamiento necesita desarrollar la persona y cuánto tiempo será requerido para la aplicación de las técnicas que se consideren apropiadas para el caso; no es posible definir un número determinado de sesiones. Sin embargo, de manera general se propone utilizar al inicio de la intervención dos sesiones para la evaluación inicial que comprende la entrevista y la aplicación del cuestionario y/o otros instrumentos. Asimismo, dos sesiones para la evaluación final y el cierre del proceso psicoterapéutico, lo que implica tanto la nueva aplicación del cuestionario y los instrumentos utilizados en la evaluación inicial como la posterior devolución que el/la profesional debe hacer a la persona sobre los logros alcanzados a lo largo de la intervención. Además en la última sesión se debe establecer con la persona una cita para el seguimiento.

**Tabla 3** Ejemplo de distribución de sesiones

<b>Número de sesión</b>	<b>Desarrollo del programa</b>
1	Evaluación inicial
2	
3	Intervención
4	
5	
6	
7	
8	Evaluación final
9	
10	Sesión de cierre
11	
12	Seguimiento
13	
14	
15	
16	

Por ejemplo, en un plan de intervención de dieciséis sesiones, que incluyen la evaluación inicial y final, así como la aplicación de las técnicas elegidas para el trabajo de las estrategias de afrontamiento establecidas en la evaluación como necesarias de intervenir. Además se incluyen las sesiones de seguimiento. Esta organización de sesiones se muestra en la tabla 3.

Además de esta propuesta es importante tener en cuenta que se pueden utilizar las unidades subjetivas de bienestar (USB) que se refiere a una medida que se le pregunta a la persona al iniciar la sesión de tratamiento, nuevamente en media sesión y al final de esta, con la intención de sondear el estado de la persona y si lo realizado en la sesión le está ayudando o no. Para utilizar las USB se le pide a la persona que indique de 0 a 10, en donde 0 es muy mal y 10 es muy bien cómo se siente. Esta medición servirá de guía además para medir el avance de la intervención y la reacción de la persona a las técnicas. Se puede utilizar un cuadro para anotar los resultados por ejemplo el que se muestra en el cuadro 4.



**Cuadro 4** Ejemplo de calificación de las unidades subjetivas de bienestar (USB)

El ritmo del proceso se adecuará a la persona con la que se esté trabajando. Cada sesión será estructurada de acuerdo a las metas de intervención planteadas y las necesidades de la persona determinadas de acuerdo a la evaluación inicial realizada. Para ello, se presenta a continuación la manera de aplicar las técnicas seleccionadas para cada una de las estrategias de afrontamiento.

### 3. *Intervención de las estrategias de afrontamiento*

El objetivo de intervención de este programa es desarrollar y fortalecer en la persona estrategias funcionales de afrontamiento, lo que conlleve a su vez a la extinción de las estrategias disfuncionales que pueda estar presentando. El énfasis en esta intervención va a estar en el desarrollo de aspectos funcionales que respondan a las necesidades de la persona.

De acuerdo a la evaluación realizada el/la profesional tiene que decidir las estrategias de afrontamiento que va a trabajar con cada persona y establecer el orden en que sea más apropiado abordarlas. Debe evaluar que hay estrategias que tienen puntos en común los cuales pueden trabajarse simultáneamente y otras que tienen puntos que deben desarrollarse primero con la persona antes de poder realizar la intervención en otras estrategias. Sin embargo, no existe un orden preestablecido para organizar la intervención de las estrategias de afrontamiento, de manera que es a través del criterio profesional que se organiza la intervención tomando en cuenta el caso que se esté abordando.

Por ejemplo, si se necesita trabajar con las estrategias de afrontamiento de reevaluación positiva, búsqueda de información y lucha por el bienestar se debe trabajar la primera de estas antes que las demás, ya que se puede sacar más provecho de la intervención en las otras dos estrategias si la persona ve de una manera más positiva las situaciones. Por su parte, la búsqueda de información y la lucha por el bienestar pueden trabajarse simultáneamente, de manera que las técnicas utilizadas en la estrategia de búsqueda de información apoyen el desarrollo de la estrategia de lucha por el bienestar. El/la profesional al tomar este tipo de decisiones cuando estructure la intervención puede consultar el cuadro 5 en donde encontrará todas las estrategias de afrontamiento y las técnicas utilizadas en cada una de ellas, así visualizará cuáles técnicas convergen en la intervención de las estrategias de afrontamiento.

A continuación se presenta la intervención para cada estrategia de afrontamiento, estableciendo el propósito que se pretende alcanzar con la intervención y posteriormente las técnicas para lograrlo. Se puede evaluar la posibilidad de utilizar otras técnicas que respondan al propósito establecido para la intervención de cada estrategia. En primer lugar se presentará la intervención para el trabajo de las estrategias de afrontamiento funcionales.

<b>Estrategias de afrontamiento</b>	Ocultar estratégicamente el diagnóstico	Lucha por el bienestar	Reevaluación positiva	Búsqueda de información	Búsqueda de apoyo	A. religioso-espiritual*	Negación	Evitación	Rumiación -fatalismo	Dependencia	Conductas de riesgo
<b>Técnicas</b>											
Autoinstrucciones	X	X		X						X	
Continuum cognitivo			X								
Debate socrático	X	X		X		X	X	X	X	X	X
Detención de pensamiento							X	X	X		
Evaluación de pensamiento		X	X		X					X	
Identificar pensamiento negativo	X	X	X								
Técnicas para utilizar el humor			X								
Utilizar a otros como punto de referencia		X									
Control de estímulos									X	X	X
Distracción y refocalización		X						X	X		X
Entrenamiento de respuesta alternativa									X	X	
Entrenamiento en búsqueda de información				X							
Experimento conductual	X	X			X		X	X	X	X	X
Explicación de su padecimiento				X							
Planeamiento de actividades			X		X			X		X	X
Proyecto de vida		X									
Solución de problemas	X	X	X	X	X	X	X	X		X	
Relajación		X	X (D.)			X	X	X (D.)	X	X	X

**Cuadro 5** Convergencia de las estrategias de afrontamiento y las técnicas utilizadas en su intervención



### 3.1 Intervención en estrategias de afrontamiento funcionales

<i>Intervención en las estrategias de afrontamiento funcionales</i>	<b>Ocultar estratégicamente el diagnóstico:</b> Debate socrático, solución de problemas, identificar pensamientos negativos, autoinstrucciones y experimento conductual.
	<b>Lucha por el bienestar:</b> Debate socrático, identificar pensamientos negativos, evaluación de pensamientos, utilizar a otros como punto de referencia, distracción y refocalización, solución de problemas, autoinstrucciones, proyecto de vida, experimento conductual y relajación.
	<b>Reevaluación positiva:</b> Identificar pensamientos negativos, distanciamiento, continuum cognitivo, evaluación de pensamientos, solución de problemas, técnica para utilizar el humor y planeamiento de actividades.
	<b>Afrontamiento espiritual:</b> Se utiliza la intervención de afrontamiento religioso.
	<b>Búsqueda de información:</b> Solución de problemas, entrenamiento en búsqueda de información, debate socrático, explicación del padecimiento y autoinstrucciones.
	<b>Búsqueda de apoyo:</b> Evaluación de pensamiento, solución de problemas, experimento conductual y planeamiento de actividades.

**Cuadro 6** Técnicas utilizadas en la intervención psicoterapéutica para cada una de las estrategias de afrontamiento funcionales

Todas las intervenciones de las estrategias de afrontamiento funcionales tienen por objetivo que la persona adquiera y/o fortalezca diferentes habilidades y cogniciones que le permitan hacer frente de manera funcional a las situaciones difíciles que se presentan en su

vida. Las estrategias de afrontamiento se relacionan entre sí, por lo que los cambios en una de ellas pueden apoyar el desarrollo de otras.

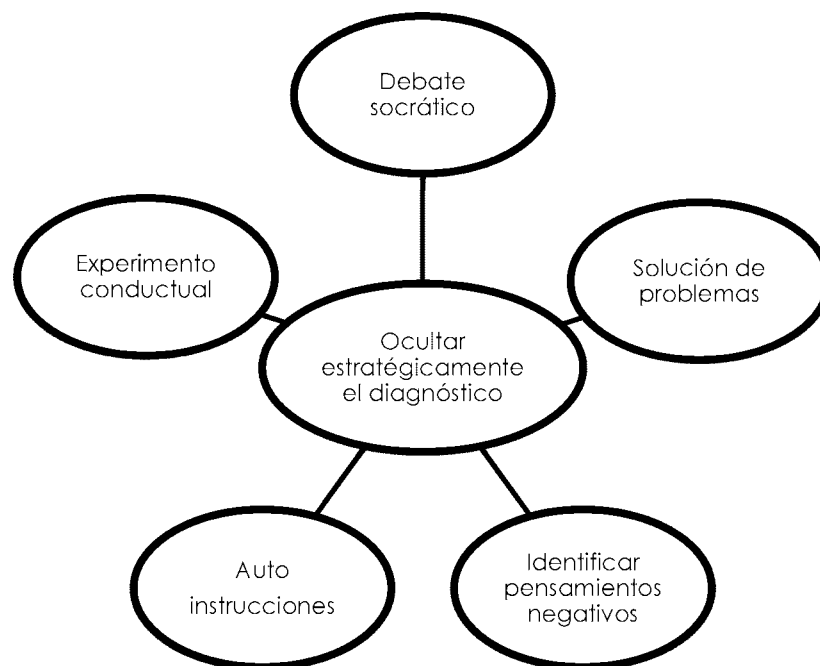
A continuación, se presenta la intervención propuesta para cada estrategia, iniciando con ocultar estratégicamente el diagnóstico.

#### *a. Ocultar estratégicamente el diagnóstico*

La intervención en esta estrategia de afrontamiento tiene como propósito desarrollar las habilidades para ocultar estratégicamente el diagnóstico de manera que la persona alcance un control que le permita actuar, sentir y pensar sin que le genere malestar la anticipación de cómo ocultar su diagnóstico y cómo comunicarlo a quienes decida hacerlo.

Lo principal en esta estrategia es decidir a quién se va a comunicar el diagnóstico. A partir de esto se puede diseñar la forma en que la persona lo comunique de la mejor manera posible para sí misma y para los demás, y se prepare para las consecuencias de comunicarlo. Asimismo, se puede diseñar cómo disimular ante quienes no les va a comunicar su diagnóstico de VIH positivo.

El énfasis en esta técnica va a estar en la evaluación para decidir a quiénes y cómo ocultar el diagnóstico, lo que constituye la dimensión “estratégica” de la estrategia. En la figura 8 se esquematiza la intervención planteada para esta estrategia, y posteriormente se detalla el uso de cada técnica para ello.



**Figura 8** Técnicas utilizadas en la estrategia de afrontamiento ocultar estratégicamente el diagnóstico

- ✓ Debate socrático: se debe iniciar por debatir con la persona por qué razones cree que no debe comunicar el diagnóstico. A partir de sus respuestas se debe valorar la disposición que tiene para comunicar su diagnóstico a otros. Se puede utilizar la comparación de si comunicaría o no otras enfermedades, y por qué en el caso de VIH lo haría o no. De acá se puede derivar en qué ambientes y lugares la persona puede o necesita revelar su diagnóstico. Además, se puede utilizar para ayudar a la persona a entender cómo podría reaccionar alguien a quien le vaya a comunicar su condición de VIH positivo. Se debe comprender que a quien se le diga sobre el diagnóstico podría comunicárselo a alguien más porque puede necesitar apoyo para afrontar la noticia.
- ✓ Solución de problemas: se puede utilizar esta técnica para tomar las decisiones sobre a quienes se va a comunicar el diagnóstico, para lo que es necesario hacer énfasis en la evaluación de las consecuencias de comunicar el diagnóstico a las personas. Sirve tanto para evaluar cuáles serían las consecuencias de decírselo a una persona en específico como las consecuencias posibles de que el hecho de ser VIH positivo pase a

ser conocido en los distintos ambientes en que la persona se desarrolla (familiar, laboral, social, entre otras). Se debe contemplar con la persona la posibilidad de decidir quién puede ser su aliado/a para comunicar el diagnóstico, de manera que le informe primero que a los demás y pueda apoyarse en él o ella para hacerlo. Se puede utilizar el anexo 9 para guiar la generación de alternativas.

Una vez tomadas las decisiones correspondientes a la comunicación del diagnóstico, es necesario ayudar a la persona a desarrollar habilidades tanto para comunicarlo como para ocultarlo a quienes no se les vaya a comunicar. Para ello se proponen las siguientes técnicas:

- ✓ Identificar pensamientos negativos: la persona necesita identificar los pensamientos distorsionados sobre guardar un secreto, por ejemplo aquellos que causan sentimientos de culpa. Además, enseñar a la persona a identificar sus pensamientos negativos le puede ayudar a controlarse y no reaccionar de manera negativa cuando estos se presentan.
- ✓ Debate socrático: se utiliza para modificar los pensamientos negativos sobre ocultar el diagnóstico, de manera que la persona asuma que es su derecho decidir a quién comunicárselo y a quién no.
- ✓ Autoinstrucciones: se diseñan con la persona instrucciones para darse a sí misma que le ayuden a controlarse y dirigir cómo va a comunicar el diagnóstico y cómo esperar la reacción de los otros. Asimismo, se pueden diseñar autoinstrucciones dirigidas a que la persona controle la manera de disimular ante los otros que se encuentra en un proceso médico.
- ✓ Experimento conductual: se utiliza para diseñar un experimento específico por medio del cual la persona se prepare para comunicar el diagnóstico a las personas que decidió decirles. Ayuda a que la persona esté preparada para los escenarios que podrían darse y cómo reaccionar. También se pueden diseñar otros experimentos conductuales para que la persona prepare la manera en que reaccionaría ante cuestionamientos de los

demás. Este entrenamiento se puede utilizar para ayudar a la persona a aprender cómo hacer valer sus derechos ante los demás.

Las personas con VIH por la discriminación social y laboral que sufren se encuentran en la necesidad de no dar a conocer su diagnóstico para evitar las represalias en su contra, de manera que con la intervención en esta estrategia de afrontamiento se pretende que la persona adquiera control sobre cómo ocultar su diagnóstico y esa sensación de control disminuya la ansiedad producto de la preocupación de ser descubierta. Sin embargo, para controlar la ansiedad que pueda surgir por disimular frente a otras personas y por comunicar el diagnóstico a quienes decidió decirles, se puede enseñar a la persona alguna técnica de relajación.

#### ***b. Lucha por el bienestar***

Esta estrategia de afrontamiento tiene como propósito integrar el proceso médico en el plan de vida, de manera que este forme parte de la vida de la persona y su proyecto de vida no se limite solamente a su condición de salud. Esta estrategia de afrontamiento no está enfocada en la adherencia al tratamiento médico y farmacológico, pero sí se trabajan aspectos de esta para que el tratamiento se integre a la vida cotidiana de la persona. Dentro de esta estrategia de afrontamiento se trabajan por tanto dos vertientes: la integración del proceso médico y la continuación del proyecto de vida (Ospina y Restrepo, 2003; Warner, 2005).

En la figura 9 se esquematizan las técnicas para la intervención en esta estrategia de afrontamiento, las cuales se detallan a continuación.



**Figura 9** Técnicas utilizadas en la estrategia de afrontamiento Lucha por el bienestar

- ✓ Debate socrático: se debe discutir sobre las razones para seguir con la vida y las posibilidades para hacerlo. Si hay dificultades con el proceso médico se puede utilizar para definir por qué es importante seguir con este. Además puede utilizarse para ayudar a la persona a reconocer sus fortalezas e identificar las prioridades de su vida.
- ✓ Identificar pensamientos negativos: ayuda a evitar los pensamientos negativos que impiden actuar a la persona y que le hacen retroceder en sus decisiones. Se enseña a identificar previamente estos pensamientos para poder evitarlos y/o evaluarlos.

- ✓ Evaluación de pensamientos: si la persona considera que no puede realizar lo que es necesario para llevar a cabo sus planes, se puede utilizar para evaluar la evidencia que tenga la persona de que no puede hacerlo y aumentar su sentido de autoeficacia.
- ✓ Utilizar otras personas como punto de referencia: se muestran casos de personas con situaciones de salud parecidas, para que la persona pueda ubicar los aspectos positivos y negativos de la situación modelo, de manera que identifique cómo en el caso presentado la persona continúa con su vida y de qué manera hace frente a lo negativo. Además, la persona atendida puede proponer sugerencias de qué podría hacerse distinto en el caso presentado para hacer frente a la situación.
- ✓ Distracción y refocalización: se busca que la persona se concentre en las tareas cotidianas, enfocándose en la tarea que está realizando en lugar de anticipar tareas posteriores, en particular cuando suele pensar sólo en el tratamiento médico.
- ✓ Solución de problemas: esta técnica se utiliza para tomar decisiones al adecuar las metas que la persona se plantea y realizar las modificaciones que sean necesarias en el proyecto de vida. También implica que la persona decida la mejor manera de realizar los cambios necesarios para adecuarse al nuevo plan de vida.
- ✓ Autoinstrucciones: se utilizan para que la persona guíe por sí misma su comportamiento para buscar el bienestar, de manera que actúe de acuerdo a las decisiones que ha tomado sobre lo que quiere hacer con su vida. Se utilizan también para que la persona se afirme positivamente, realizando una lista de logros que ayuda a que se motive y aumente su autoeficacia. Es la persona quien debe realizar la lista, y el/la profesional le sirve de guía para evaluar la funcionalidad de la lista, si está consignando todos sus logros, señalarle cuando *hay algo positivo en lo que ha hecho* que no incluyó, y entrenarlo para que lo siga haciendo sola. La persona debe aprender a recompensarse a sí misma de manera que sea la propia motivadora de su proyecto de vida.

- ✓ Proyecto de vida: a partir de la evaluación realizada sobre sus pensamientos y las decisiones tomadas, se utiliza para proponer metas y objetivos del proyecto de vida.
- ✓ Experimento conductual: se toman las metas y objetivos propuestos por la persona en su proyecto de vida y se transforman en pasos a cumplir para avanzar de acuerdo a su nuevo plan de vida y para realizar los cambios necesarios. De esta manera, la persona puede ir viendo cómo avanza hacia el cumplimiento de sus metas, lo que favorecerá su autoeficacia y motivará los cambios. También se puede utilizar para enseñar a la persona a expresar con claridad lo que desea hacer, exigir y defender sus derechos para poder cumplir sus metas y exponer sus proyectos a otros. En caso de tener algunas dificultades con respecto al proceso médico, se puede utilizar para ensayar cómo comportarse en diferentes situaciones médicas.
- ✓ Relajación: se puede utilizar para que la persona aumente la sensación de dominio sobre su propio cuerpo. Funciona para manejar la ansiedad, el estrés e incluso, en algunos casos, el dolor corporal.

### *c. Reevaluación positiva*

La intervención para esta estrategia tiene como propósito fomentar un pensamiento positivo, ya sea creándolo cuando la persona no lo tiene o fortaleciéndolo cuando se presenta en alguna medida, logrando así que las personas no se enfoquen en solamente aspectos y pensamientos negativos.

En la figura 10 se presentan las técnicas para la intervención en esta estrategia de afrontamiento, las cuales se describen a continuación:





**Figura 10** Técnicas utilizadas en la estrategia de afrontamiento Reevaluación positiva

- ✓ Identificar pensamientos negativos: se utiliza para evitar el fatalismo y la rumiación por parte de las personas, identificando cuáles son los pensamientos negativos que está manejando y le están impidiendo ver lo positivo.
- ✓ Distanciamiento: se busca que la persona tome distancia de su problema o situación y pueda visualizar opciones o perspectivas positivas de lo que está viviendo, tanto aspectos positivos que ya se están dando pero no está percibiendo como ubicar aquellos a los que puede recurrir o puede propiciar.
- ✓ Autoinstrucciones: se utiliza para que la persona formule oraciones positivas de lo que está viviendo de manera que sea posible apreciar los aspectos positivos en ejemplos concretos. Además, se puede utilizar para ubicar aspectos en los que se puede mejorar pero enfocándose en que mejorar es una opción. Se pretende que al atender a los aspectos positivos pueda mejorar su optimismo ante las situaciones.

- ✓ Continuum cognitivo: se utiliza cuando la persona tiene un pensamiento de todo o nada, de manera que pueda reconocer que hay puntos intermedios en las situaciones cuando la persona ve solo opciones negativas.
- ✓ Evaluación de pensamiento: con esta técnica se pueden valorar los pensamientos negativos identificados, de manera que la persona junto a el/la profesional pueda evaluar la validez de estos y pueda modificarlos a partir de la evaluación realizada, logrando una perspectiva positiva.
- ✓ Solución de problemas: cuando la persona solo ve opciones negativas ante una situación, debe buscar todas las opciones posibles, incluidas las positivas que estaba dejando por fuera. Después de realizar esa lista, se evalúan las situaciones y se toman las decisiones que permitan el crecimiento personal. Se debe dar énfasis a la generación de alternativas, para que la persona pueda apreciar que existen alternativas positivas a las que puede optar dentro de una situación que antes veía sólo de manera negativa.
- ✓ Técnicas para utilizar el humor: por medio de esta técnica la persona puede aprender al observar cómo el/la profesional utiliza el humor para hablar de las situaciones negativas de manera que no las enfoque de una manera exagerada.
- ✓ Planeamiento de actividades: se utiliza para que la persona incluya en su vida actividades de crecimiento personal que le causen satisfacción, de manera que se propicie un estado de ánimo positivo.

#### *d. Afrontamiento espiritual*

La intervención en esta estrategia se detalla junto a la intervención en afrontamiento religioso (en el apartado g de esta sección) ya que comparten la línea de intervención propuesta.

### *e. Búsqueda de información*

La intervención de esta estrategia de afrontamiento tiene como propósito que la persona comprenda que la información le ayuda a entender la situación que está viviendo y a actuar con respecto a esta, facilitándole entender la razón de los cambios que debe realizar y ayudándole a tomar decisiones en el futuro.

Para ello, no se debe dar la información directamente a la persona, sino que ella debe desarrollar la habilidad de buscarla por sí misma, lo que incluye adquirir la capacidad de localizar fuentes de información y evaluar los datos que obtiene. Se debe tener en cuenta que la información consultada debe ser posterior a 1997, dado que a partir de ese año se introdujo la terapia antirretroviral, cambiando el panorama con respecto al tratamiento y la vivencia de la infección.



**Figura 11** Técnicas utilizadas en la estrategia de afrontamiento Búsqueda de información

Para enseñar a la persona a delimitar sus fuentes de información se proponen las opciones de intervención presentadas en la figura 12, las cuales se exponen a continuación:

- ✓ Solución de problemas: se utiliza para generar una lista de las fuentes de información a las que la persona tiene acceso, las que ha utilizado y otras que podría utilizar. También, mediante esta misma técnica se pueden generar listas de preguntas para orientar qué información buscar sobre el tema. A partir de estas listas la persona decide qué información necesita y en qué fuentes va a buscarla.
- ✓ Entrenamiento en búsqueda de información: en esta técnica se debe moldear en la persona hacia qué fuentes dirigirse dependiendo de la información que está buscando. Se deben dar direcciones básicas de cómo acceder a las distintas fuentes, crear la conciencia sobre la necesidad de corroborar las fuentes y discriminar si la información compete a su caso y/o al tema que le interesa. Para ello se entrena a la persona a formularse un objetivo que sirva de guía en la búsqueda. No sólo se debe trabajar en la consulta, es necesario dejar tareas entre sesiones de atención para desarrollar la habilidad.

Por otro lado, para desarrollar la habilidad de buscar información se presentan las siguientes técnicas:

- ✓ Debate socrático: se evalúan las creencias de la persona con respecto a la utilidad de buscar información sobre su infección, cuestionando aquellos casos en que la persona considere perjudicial o innecesario hacerlo.
- ✓ Explicación del padecimiento: se utiliza para evaluar la capacidad de la persona de buscar información y cuáles son los conocimientos que tiene sobre su infección, lo que le permitirá al profesional tomar decisiones sobre los aspectos que es necesario trabajar de esta estrategia de afrontamiento. Además, se indaga a qué fuentes de información acudió la persona para obtener esa información, por ejemplo, Internet, libros, personas conocidas, películas, televisión, entre otras.

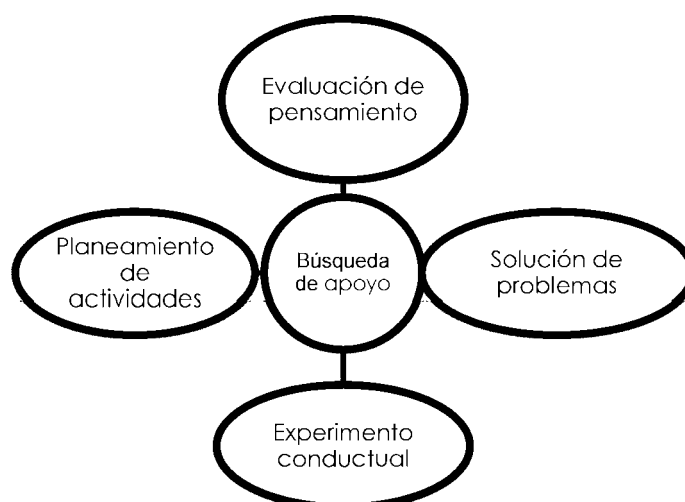
- ✓ Autoinstrucciones: se elaboran con la persona frases que le ayuden a guiarse para buscar información, centrándose en el objetivo de su búsqueda. En este caso, más que afirmaciones, se generan preguntas que ayuden a la persona a tomar decisiones sobre la búsqueda y llevarla a cabo. Adaptando los tipos de verbalizaciones de las autoinstrucciones a la búsqueda de información propiamente, se podrían utilizar variaciones de las siguientes oraciones:
  - “Quiero saber acerca de \_\_\_\_\_”
  - “Para ello, voy a buscar información sobre \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_”
  - “¿Dónde puedo buscar para saber eso?”
  - “¿Cómo busco información allí?”
  - “Bien, ya conseguí información sobre \_\_\_\_\_, me falta más sobre \_\_\_\_\_”
  - “¿Esto era lo que estaba buscando?”
  - “¿Entiendo la información que encontré?”
  - “Si hay algo de esta información que no calza con el resto, puedo buscar más al respecto”
  - “He recolectado bastante información, ¿quiero consultarle a alguien más al respecto?” (Al trabajarla con la persona, orientarla a cuáles de los profesionales de la salud o a otras personas podría recurrir, dependiendo del tema).
  - “Hice un gran esfuerzo, siento que encontré lo que buscaba y ahora lo entiendo”
  
- ✓ Experimento conductual: se utiliza para que la persona desarrolle la habilidad de comunicarse en los lugares donde puede ir a buscar información y solicitar ayuda para acceder o manejar las fuentes que tiene disponibles (por ejemplo, utilizar la computadora, consultar bases de datos, procesos para utilizar medios de la biblioteca, etc.). Además, se puede utilizar para desarrollar la habilidad de solicitar explicaciones por parte de los/las profesionales de la salud y para realizar consultas de las dudas que

tenga sobre su situación. También puede utilizarse para que la persona aprenda a hacer valer su derecho de demandar información.

Si el/la profesional considera que la persona tiene la habilidad de buscar información muy poco desarrollada puede empezar por enseñarla a buscar información sobre temas más sencillos, y posteriormente abordar el tema del VIH. También al final de la intervención en esta estrategia de afrontamiento se puede generalizar la habilidad a la búsqueda de información a otros temas.

### *f. Búsqueda de apoyo*

La intervención en esta estrategia de afrontamiento tiene como propósito dar a la persona herramientas para desenvolverse en su medio social, de manera que pueda ubicar y aprovechar las fuentes de apoyo que tiene. Puede utilizarse tanto para que la persona que no suele acudir a sus redes de apoyo aprenda a hacerlo como para aquellos que lo hacen de manera inadecuada (por ejemplo, agotando a las personas a su alrededor o exigiendo demasiado de ellas) aprendan a hacerlo de manera funcional. También se puede trabajar con las personas que piensan que no tienen fuentes de apoyo y/o que no tienen la creencia de que pedir ayuda les puede beneficiar.



**Figura 12** Técnicas utilizadas en la estrategia de afrontamiento Búsqueda de apoyo

Las técnicas propuestas para la intervención de esta estrategia de afrontamiento se presentan en la figura 13 y se describen a continuación:

- ✓ Evaluación de pensamiento: se enfoca en los casos cuando la persona no tiene la creencia de que pedir de ayuda es funcional. Se debe ubicar y evaluar en qué se basa la persona para creer que buscar ayuda no le serviría o por qué razones cree que no puede hacerlo. Con esta técnica se pretende modificar estas creencias construyendo con la persona la idea de que buscar ayuda podría ser beneficioso para ella en algunas ocasiones hasta el punto en que la persona acepte poner a prueba esta nueva creencia.
- ✓ Solución de problemas: el objetivo es que la persona tome decisiones en lo relativo a qué fuentes acudir para buscar apoyo. Para ello, la persona genera listas sobre personas y lugares a los cuales puede acudir. También se puede utilizar para realizar una lista sobre las áreas y necesidades en las que la persona puede necesitar ayuda. Al realizar esta segunda lista, el/la profesional puede señalar otras fuentes de apoyo que la persona no esté considerando. A partir de estas listas, la persona puede evaluar y decidir las fuentes de apoyo a las que puede acudir según sus necesidades, valorando si las fuentes escogidas por la persona pueden ser realmente de ayuda para lo que necesita.
- ✓ Experimento conductual: implica ensayar cómo comunicar el diagnóstico y de qué manera solicitar ayuda o apoyo a otras personas según el tipo de apoyo que se espera de ellas. Para ello se ensaya tanto la aproximación a las otras personas como las posibles respuestas que puedan recibir por parte de estas, de manera que la persona esté preparada en caso de que la respuesta que reciba no sea la esperada, aprendiendo a expresar sus emociones y a hacer demandas de manera que pueda obtener el apoyo que solicita sin ser agresivo y sin agotar las fuentes de apoyo exigiéndoles demasiada atención o respuestas más allá de sus posibilidades.
- ✓ Planeamiento de actividades: se utiliza para que la persona distribuya su tiempo de manera que incluya dentro de sus hábitos actividades sobre temas que le interesen que

le permitan pasar tiempo con otras personas, para fortalecer las relaciones sociales y no solo para hablar de sus problemas.

El cambio en las creencias y la adquisición de las habilidades para buscar apoyo contribuye a que la persona desarrolle confianza y seguridad para interactuar con los otros. Además, si la persona ya creía en la funcionalidad de buscar apoyo llevarlo a la práctica le ayudará a fortalecer esa creencia.

Por otro lado, para que la persona desarrolle un afrontamiento funcional no necesita solamente desarrollar las anteriores seis estrategias de afrontamiento funcionales. También es necesario trabajar con aquellas estrategias de afrontamiento mixtas que dependiendo de la manera en que se utilicen pueden ser un apoyo para el afrontamiento funcional.

### *3.2 Intervención en estrategias de afrontamiento mixtas*

---

<i>Intervención en las estrategias de afrontamiento mixtas</i>	<b>Afrontamiento religioso:</b> Solución de problemas, debate socrático y relajación.
	<b>Negación:</b> Debate socrático, detención de pensamientos, solución de problemas, experimento conductual y relajación.
	<b>Evitación:</b> Debate socrático, distracción y refocalización, distanciamiento, detención del pensamiento, planeamiento de actividades, experimento conductual, solución de problemas y relajación.

---

**Cuadro 7** Técnicas utilizadas en la intervención psicoterapéutica para cada una de las estrategias de afrontamiento mixtas

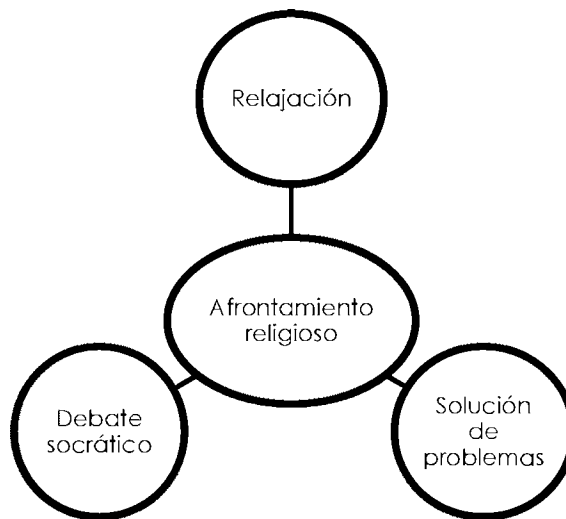


La intervención siempre va a estar enfocada en que las personas utilicen las estrategias de manera funcional. En el caso de las estrategias de afrontamiento mixtas la intervención dependerá de cómo utiliza la persona cada una de estas estrategias de afrontamiento: si la persona hace un uso disfuncional de la estrategia se modificará para utilizarla de un modo funcional. En caso de que ya se utilice de manera funcional puede ser necesario solamente fortalecerla y si no la presenta puede ser necesario desarrollarla. Las tres estrategias mixtas a trabajar son el afrontamiento religioso, la negación y la evitación, como se presentan a continuación.

### ***g. Afrontamiento religioso***

Con la información ya recopilada en la evaluación se debe tener claro cuáles son las creencias espirituales de la persona, si practica alguna religión y si se involucra en actividades religiosas. El/la profesional debe informarse sobre los principios básicos de la religión que profesa la persona, y debe indagar sobre la manera en que la persona entiende su religión. Sin embargo, se debe tener claro que el espacio de psicoterapia no se convertirá en un espacio de guía espiritual ya que no es conveniente y para ese tipo de consejería existen diferentes posibilidades dentro de los mismo grupos religiosos que son afines a la persona.

Esta estrategia es funcional cuando la persona asume que la responsabilidad de enfrentar el problema es suya aunque de acuerdo a sus creencias cuente con la ayuda de un ser superior. No se van a cuestionar las creencias religiosas, sino el papel activo o pasivo de la persona con respecto a las situaciones de su vida; de manera que la intervención en esta estrategia de afrontamiento tiene como propósito que la persona asuma que para la resolución de las situaciones son necesarias sus acciones también. Se debe prestar especial cuidado a que la persona no descuide el proceso médico a la espera de que un ser superior le cure o resuelva su situación.



**Figura 13** Técnicas utilizadas en la estrategia de afrontamiento de Afrontamiento espiritual

El otro punto que el/la profesional debe vigilar es que la persona equilibre las actividades espirituales y religiosas con las otras actividades y hábitos en su vida diaria. En la figura 14 se presentan las técnicas para la intervención de esta estrategia de afrontamiento, las cuales se describen a continuación:

- ✓ Solución de problemas: se puede utilizar para decidir sobre la realización de actividades de índole religioso. Para ello se genera una lista de todas las actividades que podría realizar en su religión, independientemente de si las realiza o no. Luego se evalúa de cada una si le gusta realizarla, cómo se sentiría de hacerlo, qué posibilidades tiene de realizarla, si podría ayudarle y de qué manera en su situación actual.
- ✓ Debate socrático: se debe trabajar con la persona por qué es necesario, independientemente de las creencias religiosas que profese, cumplir con el tratamiento y seguir las indicaciones propias del proceso médico.
- ✓ Relajación: enfocada particularmente en promover un estado de equilibrio y tranquilidad en la persona, que produzca una sensación de bienestar tanto físico como emocional.

Es importante que el/la profesional tenga claro que no puede convertir el espacio de intervención en una dirección o consejería espiritual. Su trabajo es lograr que la persona tenga una posición activa independientemente de sus creencias; si identifica en la persona conflictos de creencias religiosas y/o espirituales, se puede aconsejar la búsqueda de servicios de dirección o consejería espiritual propios de su profesión de fe.

#### ***h. Negación***

Esta estrategia de afrontamiento se enfoca en que la persona no niegue completamente su condición, y se interviene principalmente desde el área cognitiva para que la persona pueda asumir su condición de salud sin que esta sea lo único que predomine en su vida. Por lo tanto, la intervención tiene como propósito el uso funcional de la negación para apoyar otras estrategias funcionales, principalmente ocultar estratégicamente el diagnóstico. Sin embargo, se debe estar atento a no propiciar ni mantener la negación disfuncional.



**Figura 14** Técnicas utilizadas en la estrategia de afrontamiento Negación

En la figura 15 se presentan las técnicas utilizadas para la intervención en esta estrategia de afrontamiento, las cuales se exponen a continuación:

- ✓ Debate socrático: en el caso de la negación disfuncional en primer lugar se debe utilizar para que la persona aprenda a aceptar el diagnóstico, de manera que se puedan modificar las creencias que dificultan la aceptación y sustituirlas por otras más funcionales. También se utiliza para trabajar con la persona que la aceptación no implica dejar de lado su vida por el VIH y que es posible aceptarlo pero no pensar en ello todo el tiempo. Además, se debe promover en la persona la creencia de que se tiene control sobre los pensamientos, así como las conductas y emociones.
- ✓ Distracción y refocalización: se utiliza para centrar la atención en aspectos que no tengan relación con el virus y enfocar la atención en las actividades que se realizan sin estar pensando en su condición de salud.
- ✓ Detención de pensamiento: se enseña a la persona a detener los pensamientos relacionados con el diagnóstico y/o aquellos que propician la negación disfuncional.
- ✓ Solución de problemas: se utiliza para que la persona evalúe los momentos en que sería apropiado poner en práctica la negación funcional.
- ✓ Experimento conductual: se ensaya con la persona cómo ocultar el diagnóstico y cómo disimular que se encuentra en un proceso médico, igual que se prepara para desenvolverse en situaciones donde ha decidido que es apropiado negar la condición. Se debe poner énfasis en diseñar qué puede hacer la persona cuando no logra evitar los pensamientos para que sepa cómo detenerlos cuando aparecen en lugar de generarle ansiedad. También se puede utilizar para entrenar a la persona para que comunique que no quiere hablar sobre su salud, tanto con quienes conocen su diagnóstico como con quienes no lo conocen.
- ✓ Relajación: Se pretende que la persona pueda controlar la ansiedad sin necesidad de recurrir a la negación continuamente. Se utiliza tanto para controlar la ansiedad que

provoca aceptar el diagnóstico como para la ansiedad anticipatoria de enfrentar distintas situaciones como si su condición de salud no fuera diferente.

### *i. Evitación*

La intervención en esta estrategia de afrontamiento tiene como propósito que la persona no evite continuamente la realidad de su infección, sino que pueda utilizar la evitación como un apoyo que le permita controlar sus pensamientos y el malestar que experimenta para que pueda utilizar otras estrategias funcionales.



**Figura 15** Técnicas utilizadas en la estrategia de afrontamiento Evitación

En la figura 16 se presentan las técnicas utilizadas en la estrategia de afrontamiento, las cuales se utilizan para ello de la siguiente manera:

- ✓ Debate socrático: le ayuda a la persona a modificar los pensamientos distorsionados que causan malestar y a evaluar las creencias relacionadas con que es mejor no hacerle

frente a las situaciones difíciles y que las situaciones difíciles dejan de serlo con el tiempo sin necesidad de afrontarlas.

- ✓ Distracción y refocalización: se utiliza para que la persona aprenda a concentrarse en la tarea que realiza en cada momento, ya sea de ocio, trabajo o estudio. De esta manera, concentrarse en la actividad evita el malestar asociado a estar pensando en los problemas o el malestar que le causan.
- ✓ Distanciamiento: se puede utilizar para que la persona tome distancia al pensar en los problemas, de manera que ubique posibilidades de hacer frente a las situaciones y aprecie que puede enfrentarlas poco a poco.
- ✓ Detención del pensamiento: se utiliza para que la persona aprenda a detener el pensamiento en momentos particulares.
- ✓ Planeamiento de actividades: se puede utilizar enfocada al proceso médico para que la persona no lo tenga presente todo el tiempo sino que lo haga parte de sus hábitos, de manera que acciones como las citas o la toma del medicamento las realice en el momento que corresponde y no esté pendiente de ellas tiempo completo. Esto se puede apoyar con el uso de alarmas o papeles con recordatorios ubicados estratégicamente para no verlos todo el tiempo pero no poder pasarlos por alto en un momento determinado del día. Por otro lado, se pueden planificar actividades para distraerse y relajarse que sirvan para compartir tiempo con otras personas, ya sea que conozcan o no sobre su infección.
- ✓ Experimento conductual: se utiliza cuando las personas piensan que no van a poder dejar de pensar o no saben cómo llevar a cabo la evitación funcional, de manera que se estructure con ellas las situaciones en consulta para que las lleven posteriormente a la práctica. Se utiliza para que la persona aprenda cómo no hablar de su salud cuando no desea hacerlo, así como para relacionarse con las demás personas, ya sea que conozcan su diagnóstico pero sin hablar sobre este con ellas o con personas que lo desconocen y a quienes no planea decirles al respecto.

- ✓ Solución de problemas: se brinda como una herramienta para que las personas sepan cómo resolver los problemas que se le presenten en lugar de evadirlos porque no sepan de qué manera hacerles frente. Además, se utiliza para que la persona haga listas de actividades que le pueden ayudar a distraerse y para buscar los lugares o situaciones en que necesitaría utilizar la evitación de manera funcional. Posteriormente se busca que la persona asocie cómo las actividades que le ayudan a distraerse pueden utilizarse en esos lugares o situaciones.
- ✓ Relajación: se utiliza para controlar la ansiedad que produce el diagnóstico y las situaciones que se lo recuerdan, así como la ansiedad anticipatoria de si logrará hacer la evitación funcional de la manera que se planteó.

Además del trabajo con las estrategias de afrontamiento funcionales y de instaurar de manera funcional aquellas que de otra manera pudieran ser disfuncionales, es necesario eliminar las estrategias de afrontamiento disfuncionales. A continuación se presenta la intervención para dicho tipo de estrategias.

### 3.3 Intervención en estrategias de afrontamiento disfuncionales

---

*Intervención en las estrategias de afrontamiento disfuncionales*

**Rumiación-fatalismo:**

Debate socrático, detención de pensamientos, control de estímulos, entrenamiento de respuesta alternativa, distracción y refocalización, experimento conductual y relajación

---

**Dependencia:**

Debate socrático, evaluación de pensamientos, control de estímulos, entrenamiento de respuesta alternativa, experimento conductual, autoinstrucciones, solución de problemas, planeamiento de actividades y relajación.

---

**Conductas de riesgo:**

Relajación, experimento conductual, control de estímulos, distracción y refocalización, planeamiento de actividades y debate socrático.

---

**Cuadro 8** Técnicas utilizadas en la intervención psicoterapéutica para cada una de las estrategias de afrontamiento disfuncionales

Se pretende que al desarrollar las estrategias de afrontamiento funcionales la persona las utilice para afrontar las distintas situaciones en su vida. Pero en ocasiones será necesario intervenir también para eliminar estrategias de afrontamiento disfuncionales que se encuentran consolidadas dentro del repertorio de conductas de la persona, de manera que para cada estrategia de afrontamiento disfuncional es necesario trabajar puntos básicos que sostienen el uso de la estrategia de afrontamiento por parte de la persona. A continuación se presenta la intervención para las estrategias de rumiación-fatalismo, dependencia y conducta de riesgo.



### *j. Rumiación-fatalismo*

Cuando una persona presenta esta estrategia se debe enfocar la intervención en la modificación de las distorsiones cognitivas que generan los pensamientos fatalistas que la persona se repite constantemente (ver anexo 1). El propósito de abordaje de esta estrategia de afrontamiento es que la persona cumpla con las acciones necesarias para su cuidado personal y para detener los pensamientos rumiativos y fatalistas. El desarrollo de creencias favorables hacia el tratamiento, conductas positivas y un estado emocional positivo se debe realizar por medio de la intervención para instaurar estrategias de afrontamiento funcionales (como lucha por el bienestar y reevaluación positiva) que sustituyan la utilización de esta estrategia disfuncional.



**Figura 16** técnicas utilizadas en la estrategia de afrontamiento Rumiación-fatalismo

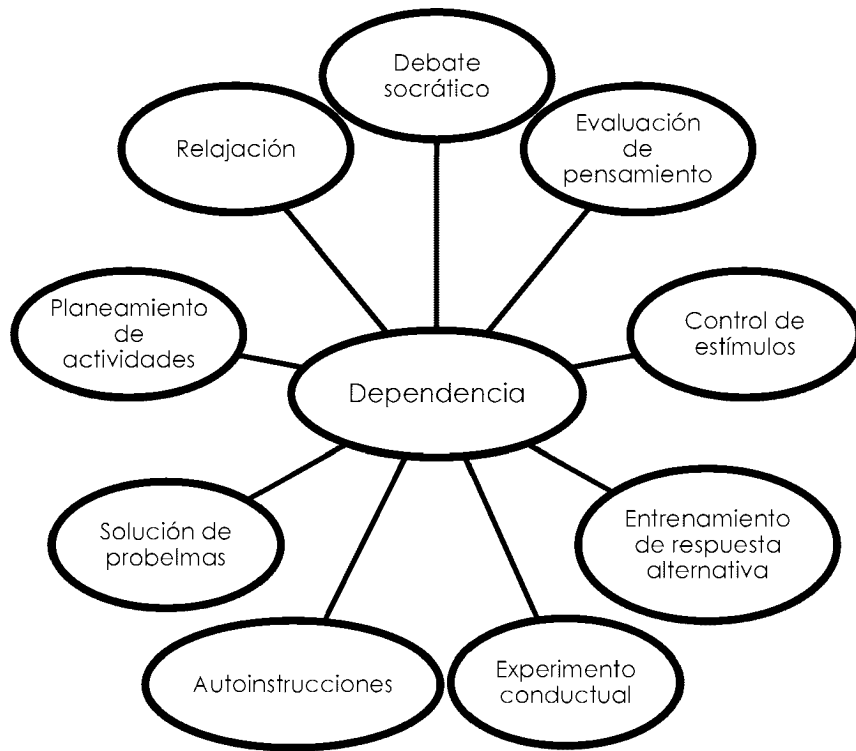
En la figura 17 se presentan las técnicas utilizadas para la intervención en esta estrategia de afrontamiento, las cuales se explican a continuación.

- ✓ Debate socrático: se utiliza para modificar las distorsiones cognitivas que llevan a pensamientos catastróficos y fatalistas sobre la infección y los problemas (ver anexo 1). Se debe tomar en cuenta para corregir mitos e ideas erróneas sobre la infección y el tratamiento así como para trabajar la autoinculpabilización y responsabilización a las que se somete la persona. Además, se puede utilizar para que la persona identifique las necesidades que tiene para afrontar un problema y las razones por las cuales en lugar de tratar de responder a esas necesidades piensa constantemente en los problemas. De esta manera, la persona podría ubicar lo que necesita hacer y las habilidades que necesita adquirir o poner en práctica para hacerles frente.
- ✓ Detención de pensamiento: se utiliza para que la persona, una vez que es capaz de identificar los pensamientos negativos aprenda a detenerlos cuando aparezcan, de manera que no le impidan actuar ni propicien el inicio de una serie repetitiva de pensamientos negativos.
- ✓ Control de estímulos: se enfoca en las técnicas para controlar los estímulos que propician en la persona la aparición de los pensamientos fatalistas y repetitivos. Se ubica con la persona cuáles son los estímulos que desencadenan ese tipo de pensamientos (situaciones, lugares, personas, acciones ante las cuales se presentan este tipo de pensamientos) para diseñar de qué manera evitarlos.
- ✓ Entrenamiento de respuesta alternativa: pueden establecerse conductas alternativas para el cuidado de la salud, de manera que las conductas de no cuidado sean sustituidas por conductas concretas necesarias para cumplir el proceso médico, como la toma de medicamentos y nuevos hábitos saludables.
- ✓ Distracción y refocalización: busca que la persona se enfoque en las actividades concretas que realiza diariamente o que empiece a realizar nuevas actividades en las cuales enfocarse de manera que centre su atención en las actividades diarias y no propicie los pensamientos rumiativos y fatalistas.

- ✓ Experimento conductual: se utiliza para que la persona aprenda nuevas maneras de manifestar su malestar, de manera que modifique la tendencia a la expresión constante y excesiva de sentimientos y pensamientos negativos. Por medio de esta técnica la persona puede aprender a expresar sus emociones de manera adecuada.
- ✓ Relajación: se utiliza para que la persona controle la activación fisiológica y la ansiedad, lo que le puede ayudar a propiciar su propia regulación emocional. Es importante que el/la profesional valore si utilizar esta técnica desde un inicio para disminuir el malestar emocional y la activación fisiológica de la persona antes de hacer la intervención cognitiva o si bien la reserva como un recurso posterior para enseñar a la persona a controlar el malestar después de que ya lo ha identificado como un producto de sus pensamientos.

#### ***k. Dependencia***

La intervención en esta estrategia de afrontamiento tiene como propósito cambiar las conductas cogniciones y emociones que llevan a la persona a actuar de manera dependiente y así poder instaurar posteriormente conductas para responsabilizarse de sí misma. Se debe considerar que en algunos casos el trabajo de esta estrategia de afrontamiento implica desarrollar habilidades para fomentar la autonomía de la persona, de manera que pueda asumir esa responsabilidad. En otros casos, solo es necesaria la modificación de las creencias que sustentan el uso de la dependencia como estrategia de afrontamiento. Además, se debe tomar en cuenta que esta estrategia implica que otras personas propician o aceptan la actitud dependiente, por lo cual el/la profesional debe evaluar si será necesario trabajar directamente con ellas dentro de este proceso o si es necesario referirlas con otro/a profesional para que trabajen cómo pueden apoyar a la persona de una manera funcional.



**Figura 17** Técnicas utilizadas en la estrategia de Dependencia

En la figura 18 se exponen las técnicas de intervención utilizadas en la intervención de esta estrategia de afrontamiento, las cuales se describen a continuación:

- ✓ Debate socrático: se utiliza para discutir las razones por las cuales la persona cree que necesita a otras personas y que no puede llevar a cabo distintas acciones sola, así se pueden identificar las distorsiones cognitivas que sustentan el uso de esta estrategia de afrontamiento (ver anexo 1). Se busca modificar las creencias de la persona sobre la responsabilidad de hacerse cargo de sí misma, así como las creencias sobre las relaciones interpersonales: las expectativas de la persona sobre los demás y las creencias sobre lo que significa que alguien más se haga cargo de ella. Se debe prestar particular atención a la manera en que la persona interpreta que alguien no se haga responsable de ella, para ubicar si lo atribuye a falta de interés o de cariño por parte de

los otros y/o a carencias personales (por ejemplo, “si no se hace cargo de mí es porque no lo merezco”, “no me cuidan porque no valgo la pena”, etc.).

- ✓ Evaluación de pensamiento: se utiliza para que la persona aprenda a evaluar las distorsiones cognitivas identificadas, de manera que ubique los argumentos y evidencias que respaldan o no esos pensamientos. Se entrena a la persona a hacerlo por sí misma para evaluar otros pensamientos que aparezcan posteriormente o que no se evaluaron durante la consulta.
- ✓ Control de estímulos: por medio de esta técnica se propicia que la persona actúe de manera independiente. Se puede utilizar el control de estímulos para que la persona establezca a su alrededor un ambiente donde evite que se refuercen las conductas de dependencia (tanto que ella se las refuerce a los otros como que los demás se las refuercen a ella).
- ✓ Entrenamiento de respuesta alternativa: se entrena a la persona a realizar conductas alternativas a las que está realizando de manera dependiente, especialmente en lo relacionado con el tratamiento y el cuidado personal, de forma que al eliminar la conducta dependiente, la persona sepa ya cómo actuar, lo que reduce la ansiedad anticipatoria de tener que actuar de manera independiente.
- ✓ Experimento conductual: se utiliza para poner a prueba las conductas alternativas escogidas y diseñadas en la consulta con la intención de llevar a cabo los pasos necesarios para alcanzar las metas que se van estableciendo. Se realiza gradualmente de manera que se establezcan metas cortas con las que la persona asuma responsabilidades sobre sí misma poco a poco y pueda apreciar como una posibilidad más accesible lograrlo. Además, intervenir la estrategia de dependencia implica modificar la manera en que la persona se relaciona con las demás, por lo tanto, se utiliza esta técnica para que la persona adquiera herramientas para comunicarse e interactuar de manera más funcional con las demás personas. Utilizando esta técnica la persona podrá comunicar, tanto de manera verbal como por medio de sus acciones los cambios que está realizando y la manera en que está asumiendo responsabilidades que

antes había depositado en los otros. Además, le ayudará a mantener la interacción con otras personas de manera funcional y prevenir y/o responder a las reacciones negativas de los demás ante los cambios que está realizando.

- ✓ Autoinstrucciones: se utiliza para fortalecer la autoeficacia y que la persona vaya asumiendo el control sobre sí misma. Se crean frases que la persona pueda utilizar para apoyar los pasos para cumplir sus metas y reforzar los logros que se vaya alcanzando.
- ✓ Solución de problemas: se entrena a la persona para que aprenda a utilizar la técnica de solución de problemas como una herramienta para que tome decisiones durante su proceso de cumplir metas y objetivos, dándole así la habilidad para que no necesite de otra persona que tome decisiones por ella.
- ✓ Planeamiento de actividades: se planea con la persona en qué momento y de qué manera llevar a cabo acciones propias del tratamiento y que respondan a las indicaciones propias de su proceso médico, de manera que las pueda realizar por sí sola. Se deben establecer las situaciones de una forma que permita a la persona controlar en el ambiente la influencia de otros (por ejemplo, tomarse los medicamentos sin que se los recuerden, elegir y preparar una comida sana, decidir las actividades que quiere realizar en el día tomando en cuenta la toma del tratamiento). La persona puede apoyarse con herramientas de control de estímulos (por ejemplo, alarmas, papeles con recordatorios, etc.) que le ayuden a recordar las acciones que debe realizar.
- ✓ Relajación: se utiliza para que la persona controle la ansiedad anticipatoria ante los cambios y acciones que deberá realizar por sí misma.

### *1. Conductas de riesgo*

Todas las sustancias que se consumen tienen algún tipo de interacción con el tratamiento antirretroviral. Para este programa en específico se considera necesario que la persona detenga el consumo de cualquier tipo de sustancia (tabaco, alcohol, drogas ilícitas y medicamentos no recetados) antes de iniciar la intervención en afrontamiento. El/la

profesional debe evaluar los criterios de abuso y dependencia de sustancias para determinar el tipo de atención a la que debe referir a la persona.

En los casos de consumo de tabaco y consumo social del alcohol, es decisión profesional si se realiza la intervención, para lo cual debe evaluar las creencias que tiene la persona con respecto al uso de estas sustancias y los antecedentes que llevan al consumo. Este programa sólo presenta técnicas para ayudar a la persona a controlar los estímulos externos que motivan el consumo y el planteamiento de conductas sustitutas para quienes ya han dejado el uso.

En el caso del sexo también es deber del/de la profesional evaluar si se presenta adicción al sexo y referirlo o brindar la atención que sea necesaria. No se pretende que la persona cese su actividad sexual sino que no utilice las relaciones sexuales con el objetivo principal de reducir la ansiedad. Es importante asegurarse de que la persona es consciente de la necesidad del uso de preservativo en las relaciones sexuales y sabe utilizarlo.



**Figura 18** Técnicas utilizadas en la estrategia de afrontamiento Conductas de riesgo

En la figura 19 se presentan las distintas técnicas utilizadas para la intervención en esta estrategia de afrontamiento, las cuales se describen a continuación.

- ✓ Relajación: se enfoca en reducir la ansiedad, de manera que la persona cuente con una herramienta para obtener efectos relajantes por sí misma, sin tener que recurrir a las conductas de riesgo para relajarse.
- ✓ Experimento conductual: se puede utilizar para que la persona pruebe realizar conductas no riesgosas que no acostumbre realizar, para decidir si le gustan y le causan satisfacción, para decidir si las incorpora posteriormente a sus hábitos. Además, se pueden utilizar para desenvolverse en medios sociales donde se dé el consumo de sustancias o se propicien conductas sexuales de riesgo, planificando previamente la manera en que la persona puede reaccionar y controlarse. En el caso de las relaciones sexuales es importante que la persona aprenda a comunicarle a la pareja que tienen utilizar el preservativo. Además, ayuda para aprender a rechazar de manera apropiada la invitación a consumir sustancias (como alcohol, tabaco, etc.).
- ✓ Control de estímulos: se utiliza principalmente para controlar estímulos que refuercen y apoyen las conductas sustitutivas al consumo, de manera que los medios en que se desenvuelva la persona apoyen sus nuevos hábitos.
- ✓ Distracción y refocalización: buscar otras actividades que ayuden a focalizarse en el desarrollo y satisfacción personal que no impliquen riesgo para sí misma.
- ✓ Planeamiento de actividades: ayudar a la persona a planificar actividades gratificantes de manera que tome conciencia de que es posible realizar otras actividades que le ayuden a sentirse bien y a descubrir distintos lugares e incluso nuevos intereses que le pueden generar satisfacción en lugar de las conductas de riesgo que acostumbra utilizar.
- ✓ Debate socrático: se puede utilizar para evaluar con la persona por qué necesita utilizar este tipo de conductas y no otras para hacer frente a las situaciones difíciles.



#### **4. Valoración de la intervención y seguimiento**

Es conveniente que se evalúen los cambios realizados por la persona en el afrontamiento a través de la intervención. Estos cambios se van observando a lo largo de la intervención con el progreso de la persona, pero es necesario realizar una evaluación cuando se termina la intervención para apreciar los cambios dados después del proceso.

Para esta evaluación se puede comparar con la línea base planteada durante la evaluación inicial, aplicando en la penúltima sesión nuevamente el cuestionario de estrategias de afrontamiento para personas con VIH (ver anexo 8) y comparando los resultados entre ambas aplicaciones. El/la profesional puede utilizar otros medios de evaluación externos a los propuestos en este programa. Además, se debe tener en cuenta que si se utilizaron en la evaluación inicial instrumentos complementarios, es apropiado aplicarlos nuevamente para comparar los resultados.

En la sesión de cierre, el/la profesional debe valorar junto a la persona los cambios obtenidos a partir del proceso. Para ello, debe pedir a la persona que exprese su opinión acerca del proceso y qué cambios ha sentido en su vida a lo largo del trabajo realizado, tanto aspectos positivos como negativos. Se puede hacer una revisión sobre las distintas áreas que se trabajaron a lo largo del proceso psicoterapéutico y los logros alcanzados en cada una de ellas, tanto los que percibe la persona como los que el/la profesional puede percibir. A lo largo del proceso el/la profesional ha venido analizando los progresos por lo que puede presentarle a la persona una visión global de su evolución. Para ello también será importante enseñarle a la persona las diferencias entre la línea base y los resultados medidos a través del cuestionario en su segunda aplicación.

Además, es recomendable coordinar al momento de finalizar la intervención una cita de seguimiento al mes de haber terminada la terapia de intervención psicoterapéutica, otra cita dos meses después de la primera sesión de seguimiento y otra a los seis meses de haber terminado el proceso psicoterapéutico.

En estas sesiones se debe valorar la consolidación de las habilidades desarrolladas a lo largo del proceso psicoterapéutico y de las cogniciones que se reestructuraron durante el mismo. Para esto el/la profesional debe valorar con la persona en qué situaciones está utilizando lo aprendido en el proceso y de qué manera lo hace. De esta forma será posible mejorar la manera en que la persona está utilizando las estrategias de afrontamiento aprendidas, así como corregir en aquellos casos que el/la profesional pueda apreciar que la persona no está haciendo un uso adecuado de lo aprendido. Esto también permite la prevención de recaídas, lo que en este caso implica asegurarse de que la persona no vuelve a utilizar estrategias de afrontamiento disfuncionales.

Después de estas tres citas el/la profesional podrá decidir si es necesario continuar con más sesiones de seguimiento y en qué frecuencia. En el caso de la infección por VIH las altas del proceso psicoterapéutico son relativas, al tratarse de un padecimiento crónico y con constantes cambios físicos y cognitivos, por lo tanto el/la profesional deben estar pendiente de estos cambios y realizar pequeñas intervenciones en donde se consoliden los avances logrados en la aplicación del presente programa de intervención.

#### **IV. RECOMENDACIONES GENERALES**

Las siguientes recomendaciones pueden ser de utilidad para a la aplicación del programa de intervención psicoterapéutica:

- ✓ El/la profesional debe realizar todas las referencias que considere necesarias como a programas de atención de adicción o a terapia familiar, etc., según sea el caso.
- ✓ El/la profesional debe intervenir libre de prejuicios especialmente relacionados con la infección y/o con la orientación sexual, hábitos sexuales, entre otros.
- ✓ Muchas de las personas son altamente demandantes y pretenden que acudir a solicitar atención es para que les resuelvan los problemas, por tanto el/la profesional debe estar atento/a ante este tipo de demandas y no caer en un asistencialismo con los pacientes, sino más bien promover la autogestión.
- ✓ Aunque la atención está enfocada al tratamiento de las estrategias de afrontamiento se debe estar atento/a ante situaciones emergentes (problemas de pareja, muerte de personas cercanas e infectadas, etc.) que pueden interferir en el desarrollo de la intervención, cuando se presenten no se deben dejar de lado si no brindarle la contención necesaria a la persona, ayudar a sobrellevar la situación o bien referir a un tratamiento especializado para la situación en específico.
- ✓ Se deben adaptar las técnicas a las particularidades de las personas, asegurándose de que comprenden y aceptan lo que se está proponiendo.
- ✓ Se debe evaluar si la persona responde favorablemente a hacer tareas fuera de la consulta y qué tipos de tareas puede manejar mejor.
- ✓ Es importante no dejar de lado la visión multidisciplinar de la medicina conductual, para mejores resultados con este programa puede ser beneficioso tener contacto con los/as otros/as profesionales que están atendiendo a la persona.
- ✓ Para la aplicación de este programa es necesario que el/la profesional hayan estudiado este documento completo para poder adaptarlo al caso particular de cada una de las personas con las que trabaje.
- ✓ El/la profesional debe tener información actualizada sobre instituciones que brinden ayuda a personas con VIH.

## V. BIBLIOGRAFÍA

- Abbas, A., Lichtman, A. & Pober, J. (2000). *Inmunología celular y molecular*. Madrid: McGraw Hill Interamericana.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva*. Barcelona: Gedisa.
- Becoña, E. (2004). Técnicas de solución de problemas. En Labrador, F. Cruzado, J & Muñoz, M. (Eds.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp.710-743). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Caballo, V. (2005). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Caro, F. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Carrasco, I. (2004). Terapias racionales y de reestructuración cognitiva. En Labrador, F., Cruzado, J. & Muñoz, M. (Eds.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 667-709). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Carrobbles, J. (1995). Estrés y trastornos psicofisiológicos. En: Buela-Casal, G, Caballo, V, Carrobbles, J. (Eds.) *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. (pp.407-450). España: Siglo XXI.
- Carrobbles, J., Remor, E. & Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Revista Psicothema*, 15, (3),420 – 426.
- Casado, F. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas, *Apuntes de Psicología*, 20, 403 – 414.

- Cruzado, J. (2004). Técnicas de modelado. En: Labrador, F., Cruzado, J. & Muñoz, M. (Eds.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 594-627). Madrid: Ediciones Pirámide.
- D`Zurrila, T., Goldfried, M. (1971) Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107-126.
- Díaz, M., Comeche, M. & Vallejo, M. (2004).Técnicas de autocontrol. En Labrador, F., Cruzado, J. & Muñoz, M. (Eds.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 577-593). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Doleys, D., Meredith, R. & Ciminero, A. (1982). *Behavioral Medicine. Assessment and treatment strategies*. New York: Plenum Press.
- Espada, J., Lloret, D., García, J., Gázquez, M. & Méndez, X. (2006). Psicología y SIDA: estrategias de prevención y tratamiento. En Oblitas, L. *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp. 399-417). México: Internacional Thompson Editores.
- Fiorentino, M. (2006). Conductas de la salud. En Oblitas, L. (Ed.) *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp.57 - 81). México: Internacional Thompson Editores.
- Folkman, S. (2008) The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress & Coping*, 21 (1), 3-14
- Folkman, S. (2010) Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, 19, 901-908
- Freeman, A. (1992) The Development of Treatment Conceptualizations in Cognitive Therapy. En Freeman, A. & Dattilio, F. (Eds.) *Comprehensive casebook of cognitive therapy* (pp.13-23). New York: Plenum Press
- Godoy, J. (1995). Medicina Conductual. En Caballo, V. (Ed.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp.871-890). Madrid: Siglo Veintiuno.

- Gómez de la Concha, E., Boimorto, R. & Fernández, L. (1995). *Curso monográfico: Inmunología Básica, Fascículo 1*. Guatemala: Hoechst.
- González, J. (2003). El sistema inmune y el SIDA. Facultad de farmacia: UAEM. Recuperado el 23 de enero del 2007 de: <http://www.cib.uaem.mx/agebiol/pr03.htm>
- Hall, V. (2003). Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) Terapia antiretroviral. Universidad de Costa Rica: Centro Nacional de Información de Medicamentos.
- Ingram, R. Scott, W. (1990) Cognitive behavior therapy. En Bellack, A., Hersen, M, Kazdin, A. (dirs) *International handbook of behavior modification and therapy* (2ª edición)
- Kazdin, A. (2000). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- Labrador, F., Larroy, C. & de la Puente, C. (2008). Terapia de conducta. En Oblitas, L (Ed.) *Psicoterapias contemporáneas*. México: CENGAGE Learning.
- Labrador, F., de la Puente, M. & Crespo, M. (2004). Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. En Labrador, F., Cruzado, J. & Muñoz, M. (Eds.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp.367-395). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984/1986). *Estrés y procesos cognitivos* (Traducido por M. Zaplana). Barcelona: Martínez Roca S.A. (Trabajo original publicado en 1984).
- Lazarus, R., Folkman, S. (1987) Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- Leiva, V., Alfaro, J. & Soto, N. (2008). Análisis del entrenamiento en técnicas de relajación para el manejo del estrés, impartido por Enfermería, en una población con VIH-SIDA: estudio. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 14, 1-11. Artículo en línea recuperado el 23 de setiembre del 2001 de: <<http://www.revenf.ucr.ac.cr/analisis%20del%20entrenamiento.pdf>> ISSN 1409-4568.

- Lega, L., Caballo, V. & Ellis, A. (2002). Teoría y práctica de la terapia racional emotivo conductual. Madrid: Siglo Veintiuno.
- López, R. (1994). Técnicas de reducción del estrés. En Latorre, J. & Beneit, P. (Coors.) *Psicología de la salud* (pp.87-98). Albacete: Lumen.
- Marrero, R. & Carballeira, M. (2002). Terapia de solución de problemas en enfermos de cáncer. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2(1), 23-39.
- Martín, I., Cano, R., Pérez, P., Aguayo, M., Cuesta, F., Rodríguez, P. et al. (2002). Calidad de vida, aspectos psicológicas y sociales en pacientes con infección VIH avanzada. *Anales de medicina interna*, 19(8),396-404.
- Martínez, J. (2009). *Conceptos de inmunidad. Niveles de organización del sistema inmunitario*. Tarragona: Lidervert S.L.
- Méndez, F. & Beléndez, M. (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales de psicología*, 10(2), 189-198.
- Méndez, F., Olivares, J. & Abásolo, F. (2001). Técnicas de resolución de problemas. En F.X Méndez & J. Olivares (Eds.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 485-532). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Méndez, F., Olivares, J. & Moreno, P. (2001). Técnicas de reestructuración cognitiva. En F.X Méndez & J. Olivares (Eds.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 409-442). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Méndez, F., Olivares, J. & Ortigosa, J. (2001). Técnicas de modelado. En F.X Méndez & J. Olivares (Eds.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 193-224). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Méndez, F., Olivares, J. & Quiles, M. (2001). Técnicas de relajación y respiración. En F.X Méndez & J. Olivares (Eds.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 27-78). Madrid: Biblioteca Nueva.

- Méndez, F., Olivares, J. & Ros, M. (2001). Entrenamiento en habilidades sociales. En F.X Méndez & J. Olivares (Eds.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 337-369). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Montgomery, W. (2010). Problemas teóricos y metodológicos en el campo de la evaluación clínica conductual. *Nuevos paradigmas*, 4 (1),39-58.
- Olivares, J., Méndez, F. & Lozano, M. (2001). Técnicas de autocontrol. En F.X Méndez & J. Olivares (Eds.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 371-408). Madrid: Biblioteca Nueva.
- ONUSIDA (2008). Información básica sobre el VIH. Recuperado el 20 diciembre del 2011 de: [http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2008/20080519\\_fastfacts\\_hiv\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf).
- Orellana, O., García, L., Salazar, M., Malaver, C., Herrera, E., Yanac, E et al. (2009). Esquemas de pensamientos de autodiálogo positivo y negativo y estilos de aprendizaje en estudiantes universitarios. *Revista IIPSI*, 12(2), 25-50.
- Ospina, S. (2006). Diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Asociación colombiana de Infectología*, 10 (4), 273-278.
- Ospina, W. & Restrepo, L. (2003). La planeación estratégica un medio eficaz para elaborar y alcanzar el proyecto de vida. *Scientia et Technica*, 23, 49-53.
- Pérez, M. (1994). Técnicas operantes para el desarrollo de conductas. En Labrador, F., Cruzado, J. & Muñoz, M. (Eds.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (656-666). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Pérez, S., Cayón, M. & Esquitino, B. (2003). Historia natural y clasificación de la infección por el VIH-1 en el adulto. En Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas. *La infección por el VIH: Guía práctica* (84-94). Sevilla: Gráficas Monterreina S.A.
- Ramírez, R. (2003). Perspectiva contemporánea de la modificación de Conducta, modelos emergentes. Ponencia presentada en: XIII Simposio Costarricense de Psicobiología, I



Simposio Costarricense de Análisis Conductual Aplicado. Universidad de Costa Rica.  
San José, Costa Rica.

Real Academia Española. (2001). Sida. En *Diccionario de la lengua española* (22.<sup>a</sup> ed.).

Recuperado de [http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=sida](http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=sida)

Ruiz, M. (2004). Control de diálogo interno y autoinstrucciones. En Labrador, F., Cruzado, J. & Muñoz, M. (Eds.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp.656-666). Madrid: Ediciones Pirámide.

Sánchez, A. (2001). *Hablemos de SIDA*. Madrid: Editorial San Pablo.

Sanabria, F. (2002). Análisis molar y molecular: dos visiones de la conducta. *Univ. Psychol. Bogotá*, 1 (2), 27-33

Silva, F. (2004). La evaluación conductual: concepto y proceso. En Labrador, F., Cruzado, J. & Muñoz, M. (Eds.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp.47-70). Madrid: Ediciones Pirámide.

Umaña, V. & Mejía, A. (2008). *Tratamiento cognitivo conductual de la diabetes tipo 2 y la obesidad*. Heredia: EUNA.

UNAIDS (2010). Global Report UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. Recuperado el día 24 de octubre del 2011 de [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101123\\_globalreport\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101123_globalreport_en.pdf)

Valdez, M. & Flores, T. (1985). *Psicobiología del estrés*. Madrid: Martínez-Roca.

Vázquez, C., Crespo, M. & Ring, J. (2000). Estrategias de afrontamiento. En Bulbena, A., Berrios, G. y Fernández de Larrinoa, P. (Eds), *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología* (pp.425 - 435). Barcelona: Masson.

Warner, K. (2005) Construyendo un Proyecto de Vida con Personas con VIH: Experiencia Grupal con Personas que Viven con VIH/sida en el Hospital San Juan de Dios. *Revista de Trabajo Social*. (68), 27-34.

## **Anexos**

- Anexo 1 Tipos de distorsiones cognitivas
- Anexo 2 Ejercicios para la comunicación asertiva
- Anexo 3 Cuadro para planificación de actividades
- Anexo 4 Guía para solución de problemas
- Anexo 5 Guía de relajación progresiva de Jacobson
- Anexo 6 Análisis funcional de las estrategias
- Anexo 7 Entrevista conductual para la evaluación de estrategias de afrontamiento en personas con VIH
- Anexo 8 Cuestionario de estrategias de afrontamiento para personas con VIH
- Anexo 9 Ficha para utilizar la solución de problemas en la estrategia de ocultar estratégicamente el diagnóstico

## Anexo 1

### Tipos de distorsiones cognitivas

1. Pensamiento de tipo “todo o nada” Se ve la situación en dos categorías sin considerar otras posibilidades.
2. Pensamiento catastrófico La persona predice el futuro de manera negativa, sin tomar en cuenta otras opciones.
3. Descalificar o dejar de lado lo positivo La persona piensa que los logros, cualidades, etc. no tienen valor.
4. Razonamiento emocional La persona cree que algo es real porque lo siente.
5. Catalogar La persona coloca etiquetas a las demás personas y a sí misma sin tener en cuenta las evidencias que llevan a conclusiones menos negativas.
6. Magnificar/minimizar Cuando la persona analiza algo (personas, situación o a sí mismo) se enfoca y engrandece los aspectos negativos y no le da importancia a los positivos.
7. Filtro mental La persona se centra en un aspecto negativo y no ve los demás aspectos.
8. Leer la mente La persona piensa que puede saber lo que los demás piensan y no toma en cuenta otras posibilidades.
9. Sobregeneralización La persona llega a una conclusión negativa que es exagerada en comparación de lo que está pasando.
10. Personalización La persona piensa que las demás personas tienen una actitud negativa hacia él/ella, sin tomar en cuenta otras explicaciones.
11. Afirmaciones del tipo “debo” y “tengo que” La persona tiene un pensamiento rígido sobre lo que se debe o tiene que hacer, y aumenta los aspectos negativos de cumplir con ese comportamiento.
12. Visión en forma de túnel La persona solo ve o toma en cuenta los aspectos negativos de una situación.

## **Anexo 2. Ejercicios de diferencia entre conducta asertiva, no asertiva y agresiva**

### **Situación A**

Habías quedado para salir con una amiga. Acuerdan verse en el Mall San Pedro, a las 3 pm. Llegas al Mall a tiempo, y tu amiga no llega ni se comunica contigo. Tras una hora y media de esperar finalmente llega tu amiga como si todo estuviera bien. ¿Qué le dices?

1. ¿Vamos a comernos un helado? (Actúas como si no estuvieras molesta)
2. ¡Te detesto! Nunca más voy a salir contigo de nuevo, me hiciste esperar un montón, eres una estúpida desconsiderada...
3. Que dicha que llegaste, pero mira, llevo más de una hora esperándote. Si te comprometes a llegar a una hora debes hacerlo, sino por lo menos avísame que te atrasarás. Me molesta tener que esperar tanto, y espero que no vuelva a repetirse.

### **Situación B**

Usted compró unos zapatos ayer y hoy tienen la suela despegada. Va a la tienda porque desea cambiar los zapatos. El dependiente dice que tiene fácil arreglo pegar la suela y que usted puede hacerlo en casa.

Le contesta:

1. Está bien. ¡Hasta luego!
2. Cámbiemelo ahora mismo. ¡No soy un zapatero! Y no vuelvas a engañarme.
3. Es posible, pero preferiría que me lo cambiases. Según nuestro acuerdo de venta yo tengo un mes para realizar cualquier cambio así que le agradecería que me diera otro par de zapatos.

### Anexo 3. Cuadro para planificación de actividades

	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
7							
a							
m							
8							
a							
m							
9							
a							
m							
l							
0							
a							
m							
l							
l							
a							
m							
l							
2							
m							
d							
l							
p							
m							

Código:

😊: Muy placentera    😊: placentera de manera regular    😞: Nada placentera

#### Anexo 4. Guía para solución de problemas

<b>ANEXO 4. GUÍA PARA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS<sup>7</sup></b>				
<b>¿Cuál es el problema?</b>	<b>¿Qué necesito saber?</b>	<b>¿Qué se puede hacer?</b>	<b>¿Qué consecuencias tiene cada posibilidad?</b>	<b>¿Cómo la puse en práctica?</b>
Defino cuál es exactamente la situación a resolver, a qué se puede deber, cuánto tiempo y esfuerzo implica resolverlo, expectativas de si es posible resolverlo.	Busco la información necesaria para tener claro el problema y su importancia para definir una meta.	Defino cuáles son las alternativas que tengo. Siempre son varias.	Defino qué consecuencias puede tener cada posibilidad. Valoro las consecuencias de cada alternativa y me decido por una.	Se pone en práctica la alternativa escogida y se valora si se hizo bien y como está funcionando.

<sup>7</sup> Basado en: Méndez, F., Olivares, J., Abásolo, F. (2001) técnicas de resolución de problemas. En: Olivares, J., Méndez, F. (2001) *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.

### **Anexo 5. Guía básica de relajación progresiva de Jacobson<sup>8</sup>.**

<b>Orden</b>	<b>Grupo muscular</b>	<b>Ejercicio</b>
1	Mano y antebrazo dominante	Apretar el puño dominante.
2	Brazo dominante	Apretar el codo contra el brazo del sillón.
3	Mano y antebrazo no dominantes	Apretar el puño.
4	Brazo no dominante	Apretar el codo contra el brazo del sillón.
5	Frente	Levantar las cejas.
6	Ojos y nariz	Apretar los párpados y arrugar la nariz.
7	Boca	Apretar los dientes, los labios y la lengua contra el paladar.
8	Cuello	Empujar la barbilla contra el pecho y evitar que lo toque.
9	Hombros, pecho y espalda	Echar los hombros hacia atrás intentando que se toquen los omoplatos.
10	Estómago	Encoger el estómago como si fuera a recibir un golpe.
11	Mulso dominante	Apretar el muslo contra el sillón.
12	Pierna dominante	Doblar los dedos del pie hacia arriba.
13	Pie dominante	Doblar los dedos del pie hacia adentro y curvar el pie.
14	Muslo no dominante	Apretar el muslo contra el sillón.
15	Pierna no dominante	Doblar los dedos del pie hacia arriba.
16	Pie no dominante	Doblar los dedos del pie hacia adentro y curvar el pie.

<sup>8</sup>Citado por Méndez, Olivares y Quiles (2001)



## Anexo 6. Análisis funcional de las estrategias de afrontamiento

### 1. Ocultar estratégicamente el diagnóstico.

Esta estrategia de afrontamiento surge ante un contexto social que tiene prejuicios tanto sobre la infección por VIH como sobre su tratamiento, los cuales provocan que la persona se vea en la necesidad de ocultar su condición de salud para evitar la discriminación; esta situación es el principal **factor predisposicional**. Entre los **factores inmediatos externos** para utilizar esta estrategia de afrontamiento se encuentra cuál es la probabilidad de que los medios sociales en que la persona se desenvuelve (familiar, social y/o laboral principalmente) lo hicieran víctima de discriminación en caso de conocer su condición, así como si la persona cuenta con otras personas dentro de esos medios que puedan formar una red de apoyo para ella y tengan capacidad de discreción para no revelar su condición.

Dentro de los **factores inmediatos internos** para que se presente esta estrategia de afrontamiento, la persona debe haber aceptado su condición de salud, entender a las personas que lo rodean lo suficiente para contar con criterios para decidir a quienes puede comunicarles el diagnóstico, comprender las razones por las que podía ser objeto de discriminación por parte de los demás y debe tener la capacidad de evaluar opciones.

En cuanto a los componentes de la estrategia, se entienden de la siguiente manera:

- ✓ **Componente Cognitivo:** Implica la evaluación que realiza la persona sobre las condiciones en las que puede revelar el diagnóstico de VIH positiva (por ejemplo, “*a qué personas se le puede revelar y en qué ambientes*”) y la capacidad de elaborar respuestas inmediatas para los cuestionamientos acerca de sus cambios de hábitos (por ejemplo, si le preguntan “*¿por qué siempre se toma una pastilla a la misma hora?*”).
- ✓ **Componente Conductual:** Implica las respuestas que brinda la persona a los demás sobre su comportamiento sin revelar su condición, disimular encontrarse en un proceso médico sin abandonarlo (seguir tomando los medicamentos y acudiendo citas médicas aunque tenga que ocultarlo) y comunicar el diagnóstico sólo a quienes ha decidido hacerlo tras una evaluación previa.
- ✓ **Componente Emocional:** El uso de esta estrategia implica manejar la ansiedad anticipatoria causada por la preocupación de ser descubierto y genera tranquilidad por la aceptación alcanzada.

Se deben evaluar como posibles **consecuencias** que refuerzan a **corto plazo** el uso de esta estrategia la ausencia de consecuencias negativas a causa del VIH y la formación de redes de apoyo con personas cuidadosamente escogidas. A **largo plazo** le permite a la persona adquirir la habilidad de decidir a qué personas comunicar su diagnóstico, le permite contar con apoyo para posibles complicaciones futuras de su condición de salud y fortalece el control de la persona sobre las consecuencias de ser VIH positivo.

## 2. Lucha por el bienestar

Ante la constante resolución de los problemas se crea en la persona la percepción de autoeficacia (confianza y convicción de que es posible alcanzar los resultados esperados), este aspecto es el principal **factor predisposicional** para la estrategia de lucha por el bienestar, ligado a este antecedente se presenta la motivación por las metas alcanzadas anteriormente. Además como **factores inmediatos externos** se encuentran todas las personas que son fuentes de apoyo para quien desarrolle la estrategia de afrontamiento. En cuanto a los **factores inmediatos internos** se toma en cuenta la resiliencia (capacidad de reponerse ante situaciones difíciles y de resolver los problemas por sí mismo/a).

Esta estrategia se refleja en los siguientes componentes:

- ✓ **Componente cognitivo:** contiene los pensamientos que tenga la persona sobre la posibilidad de continuar con la vida (Por ejemplo, *“no tengo que renunciar a planear mi vida, no me voy a morir”*, *“puedo replantearme mis metas”*), la autoeficacia (*“yo creo que puedo”*), la evaluación de metas (evaluar la meta que se tenía previo al diagnóstico e identificar los cambios necesarios para adecuarlas a su nueva condición de vida), las creencias de que la situación actual es un nuevo reto por vencer, que es importante seguir el proceso médico (componente de adherencia) y que el buen estado de salud es responsabilidad personal.
- ✓ **Componente conductual:** consiste en todas las respuestas conductuales que se pongan en práctica para cumplir las metas personales, para realizar los cambios de hábitos necesarios para un estilo de vida saludable y para cumplir con las indicaciones médicas de toma de medicamento, asistencia a citas y estilos de vida (componentes de la adherencia). Además conductas para atender consejos de personas que le apoyan en su medio.
- ✓ **Componente emocional:** usar esta estrategia implica tranquilidad gracias a su estado de salud, entusiasmo por las metas que alcanzara y motivación para trabajar por alcanzar las metas y seguir el proceso médico.

El poner en práctica esta estrategia de afrontamiento supone ciertas **consecuencias acorto plazo** se obtiene una condición de salud estable, se logra el cumplimiento de metas y generalmente se presenta una retroalimentación positiva del personal de salud y personas de su medio. **A largo plazo** las consecuencias se reflejan en la salud estable, en el cumplimiento de un plan de vida y en la motivación para planear nuevas metas y proyectos.

### 3. Reevaluación positiva

El principal **factor predisposicional** del uso de la estrategia de afrontamiento reevaluación positiva es la tendencia a buscar aspectos positivos de las situaciones. Dentro de los **factores inmediatos externos** para su uso se encuentra la presencia de personas en las redes de apoyo con una actitud positiva que promueven buscar perspectivas diferentes. Entre los **factores inmediatos internos** de la persona se encuentra que esta tenga la habilidad para reestructurar los propios pensamientos, habilidad para la búsqueda de opciones y capacidad crítica.

Los componentes de la estrategia se presentan de la siguiente manera:

- ✓ **Componente Cognitivo:** implica que la persona evalúe su condición de salud identificando aspectos positivos que puede traer a su vida (por ejemplo, “*ahora paso más tiempo con gente que quiero*”, “*valoro más lo que tengo*”, “*ahora me cuido más*”). También comprende la evaluación de los problemas buscando nuevas alternativas para resolverlos y la auto reestructuración cognitiva.
- ✓ **Componente Conductual:** implica realizar actividades de crecimiento personal que causan satisfacción (de manera individual o en grupos) y poner en práctica las opciones de solución de problemas. También se incluye la toma de decisiones y la búsqueda de nuevas posibilidades de crecimiento personal (por ejemplo, ser parte de grupos de apoyo, iniciar actividades de interés personal –artísticas, estudios, trabajos propios-).
- ✓ **Componente Emocional:** el uso de esta estrategia de afrontamiento implica optimismo ante la vida, seguridad y tranquilidad.

Como **consecuencias a corto plazo** que mantienen el uso de esta estrategia de afrontamiento, se encuentra la disminución del malestar emocional, las alternativas para afrontar las situaciones, la autoeficacia para actuar ante otros problemas y la retroalimentación positiva por parte de las otras personas debido a su optimismo. También impide el fatalismo ante los problemas. Además, el uso de esta estrategia de afrontamiento **a largo plazo** permite a la persona realizar a su vez la estrategia de afrontamiento lucha por el bienestar.

#### 4. Afrontamiento espiritual

Para la utilización de esta estrategia de afrontamiento se debe contar como **factor predisposicional** con una crianza en un ambiente religioso o espiritual. Mientras que los **factores inmediatos externos** consistirían en otras personas que apoyan y acompañan su creencia en Dios o algún ser superior. En cuanto a los **factores inmediatos internos** la persona debe presentar autoeficacia y haber resuelto anteriormente situaciones difíciles con apoyo de su creencia espiritual.

La estrategia de afrontamiento espiritual se manifiesta a través de los siguientes componentes:

- ✓ **Componente cognitivo:** este componente se presenta con las siguientes creencias: la creencia de que existe un ser superior (Dios u otro, de acuerdo a las creencias de la persona) que brinda ayuda, que para resolver las situaciones se debe hacer un esfuerzo para resolverlas además de pedirle ayuda a este ser superior. Creer que se puede alcanzar un equilibrio entre la persona, los otros en su medio y un ser superior y que la responsabilidad de lograr ese equilibrio y/o resolver las situaciones es personal.
- ✓ **Componente conductual:** esta estrategia de afrontamiento implica solicitar la ayuda a un ser superior, seguir las indicaciones médicas, realizar los cambios de hábitos que se le señalan y poner en práctica acciones para resolver las situaciones.
- ✓ **Componente emocional:** al poner en práctica esta estrategia de afrontamiento la persona siente tranquilidad, seguridad y estabilidad para actuar.

En cuanto a las consecuencias **a corto plazo** la persona siente seguridad al actuar, presenta control emocional para usar otras estrategias de afrontamiento y el fortalecimiento de la autoeficacia. **A largo plazo** las consecuencias son la eliminación de sentimientos de soledad y el crecimiento personal.

## 5. Búsqueda de información

El buscar información en anteriores ocasiones en distintos temas es el **factor predisposicional** más importante, en cuanto a los **factores inmediatos externos** se encuentra las recomendaciones y el apoyo que dan otras personas sobre buscar información y el acceso a medios de información comprensibles que tenga la persona. En los **factores inmediatos internos** se localiza la incertidumbre hacia diferentes temas, la necesidad de aclarar dudas, los conocimientos sobre lugares en los cuales buscar información, así como las habilidades para entender la información disponible y el nivel educativo de la persona.

Los siguientes componentes manifiestan la estrategia de afrontamiento búsqueda de información:

- ✓ **Componente cognitivo:** al utilizar esta estrategia de afrontamiento las personas creen que la información le ayudará a enfrentar la situación, evalúan las fuentes de información para determinar si son confiables, evalúan la información encontrada para definir si es válida y está relacionada con sus circunstancias y valoran si la información encontrada está respondiendo adecuadamente a las inquietudes que se querían resolver o debe buscar más.
- ✓ **Componente conductual:** de manera conductual las personas buscan medios para informarse, acceden a la información (leer, ver, escuchar, preguntar, etc.) y corroboran la información (por ejemplo, preguntar al personal de salud o personas que conozcan del tema sobre la información que encontró).
- ✓ **Componente emocional:** emocionalmente las personas manifiestan tranquilidad y seguridad al actuar ya que eliminan la incertidumbre.

Poner en práctica esta estrategia de afrontamiento a **corto plazo** produce una aclaración de las dudas, produce conocimientos sobre lo que puede suceder en el futuro, elimina la incertidumbre, produce una sensación de control dada por la comprensión del tema y se da una corrección de los diferentes mitos sobre la infección que causan malestar. **A largo plazo** se presenta una comprensión sobre la infección y su evolución y se da un mejor cuidado de la salud.

## 6. Búsqueda de apoyo

Para poder desarrollar la estrategia de afrontamiento se toman en cuenta como **factores predisposicionales** la existencia de lugares que brindan atención a personas con VIH, el acceso a medios para contactar a otras personas con VIH, el sistema de salud que brinda apoyo a la población y pertenecer a grupos sociales donde se cuenta con personas que pueden brindarle apoyo. Para los **factores inmediatos externos** se toma en cuenta el contar con personas sin prejuicios dispuestas a escuchar y aceptar con las cuales poder formar una red de apoyo y conocer sobre lugares a los cuales pueden recurrir las personas con VIH para buscar ayuda. En los **factores inmediatos internos** se encuentra la habilidad de expresar dudas, inquietudes y sentimientos, acciones para buscar ayuda y el poder reconocer la necesidad de apoyo externo.

Esta estrategia de afrontamiento se manifiesta a través de los distintos componentes:

- ✓ **Componente Cognitivo:** de manera cognitiva las personas valoran a qué fuentes de apoyo es pertinente acudir según la situación (por ejemplo, preguntar al personal de salud sobre molestias físicas, hablar con los amigos sobre cómo se siente en el trabajo), evalúan cuales personas de las que le rodean pueden servir de apoyo para su condición de salud. Además creen que pedir ayuda no es señal de debilidad y que las personas que le rodean pueden ser una fuente de apoyo.
- ✓ **Componente Conductual:** esta estrategia de afrontamiento implica recurrir a otras personas para hablar sobre los problemas, estar con otras personas para sentirse mejor, buscar y acudir a lugares donde se dedican a ayudar a personas con VIH si su situación lo amerita y preguntar al personal de salud cuando tiene dudas sobre su condición de salud.
- ✓ **Componente Emocional:** de manera emocional implica confiar en personas que considere apoyo y manifestar seguridad para buscar apoyo sin sentir vergüenza o preocupación.

Al utilizar esta estrategia de afrontamiento como consecuencias **a corto plazo** se manifiesta el alivio del malestar emocional al compartirlo con alguien, la obtención de consejos y apoyo ante las situaciones, el aumento de confianza para recurrir a otras personas y/o instituciones; la aclaración de dudas o inquietudes y la eliminación del sentimiento de soledad o de aislamiento. **A largo plazo** se presenta el fortalecimiento y crecimiento de las redes apoyo con las cuales contar ante problemas y situaciones futuras.

## 7. Afrontamiento religioso

### Afrontamiento religioso funcional

Para que esta estrategia de afrontamiento se presente de manera funcional se pueden presentar como **factores predisposicionales** la crianza en un ambiente religioso, la exposición a roles de personas religiosas que se esfuerzan para lograr las cosas sin dejarlo todo en “manos de Dios” (o un ser superior), la pertenencia a grupos religiosos y el hábito de asistir a actividades religiosas.

Como **factores inmediatos externos** a la persona para el uso de esta estrategia de afrontamiento se encuentra el grupo religioso en el cual llevar a cabo los ritos y la influencia de redes de apoyo que impulsan a la persona a actuar. Como **factores inmediatos internos** se encuentran la creencia en que un ente superior puede brindar fortaleza y un estilo de afrontamiento activo.

Los componentes de esta estrategia de afrontamiento se presentan de la siguiente manera:

- ✓ **Componente cognitivo:** implica creer que un ser superior le dará fuerzas para afrontar la infección de manera activa (pensamientos como: “*Dios me va a ayudar para que el tratamiento me funcione*”, “*Dios me va a ayudar para cambiar mi vida*”), pensar sobre la posibilidad de estar mejor con la ayuda de ese ser superior (Por ejemplo, “*Dios me va a ayudar a salir adelante*”, “*Todo lo puedo en Cristo que me fortalece*”) y creer en los principios y reglas de un grupo religioso.
- ✓ **Componente conductual:** implica cumplir con el tratamiento antirretroviral, realizar la incorporación de hábitos de vida saludable, realizar ritos religiosos (rezos, oraciones, meditaciones) para pedir ayuda y/o en la solución de las situaciones y recurrir a personas que comparten las mismas creencias para que les apoyen.
- ✓ **Componente emocional:** genera mayor seguridad y motivación para realizar las acciones necesarias y tranquilidad.

Algunas consecuencias que pueden sostener el uso de esta estrategia de afrontamiento **a corto plazo** son el control del desarrollo de la infección y el alivio de las sensaciones de malestar físico y emocional, mientras que **a largo plazo** el posterior desarrollo de confianza para emprender nuevas acciones y afrontar otros problemas y que la persona no se siente sola al enfrentar las situaciones.

### **Afrontamiento religioso disfuncional**

Para que esta estrategia de afrontamiento se presente de manera funcional también se pueden presentar como **factores predisposicionales** la crianza en un ambiente religioso, el hábito de asistir a actividades religiosas. La diferencia es que también se presenta la pertenencia a grupos religiosos que promueven la pasividad a la espera de la obra de un ser superior.

Como **factores inmediatos externos** implican los grupos religiosos en los cuales llevar a cabo los ritos religiosos de curación y la influencia de redes de apoyo que comparten la creencia. Como **factores inmediatos internos** se consideran la creencia en una doctrina religiosa, la necesidad de creer en una curación divina y un estilo de afrontamiento pasivo.

Los componentes de esta estrategia de afrontamiento se presentan de la siguiente manera:

- ✓ **Componente cognitivo:** implica creer que es posible una curación divina, creer que la intervención divina es el medio para recuperar la buena salud y no el tratamiento médico y creer que los problemas pueden solucionarse sin actuar personalmente (Por ejemplo, “estoy tranquilo, esperando que Dios actúe”).
- ✓ **Componente conductual:** implica participar y realizar ritos religiosos, abandono o descuido del tratamiento médico, no realizar acciones para resolver las situaciones y solicitar a Dios o un ser superior que resuelva la situación.
- ✓ **Componente emocional:** esta estrategia presenta tranquilidad de que una fuerza superior se hace cargo de la situación y seguridad de que la infección se va a curar.

Algunas consecuencias **a corto plazo** que pueden sostener el uso de esta estrategia de afrontamiento son la calma por la confianza de recibir ayuda externa y el acompañamiento por parte de las personas que comparten la creencia religiosa, así como **a largo plazo** puede llevar al desarrollo de la infección, la crisis de fe cuando la infección avanza y la sensación de desamparo.



## 8. Negación

### Negación funcional

Para esta estrategia de afrontamiento como **factor predisposicional** se encuentra que la persona suele tener una tendencia a negar las situaciones difíciles para aceptarlas poco a poco. Como **factores inmediatos externos** a la persona se presenta el desconocimiento del diagnóstico en algunos de los círculos sociales de la persona y la disposición de las personas a su alrededor para no recordarle la infección, lo que facilita el uso de esta estrategia de afrontamiento. Como **factores inmediatos internos** se encuentra la habilidad de detener pensamientos sobre un tema durante situaciones específicas y la habilidad de realizar acciones relacionadas con el cuidado de su salud de manera discreta.

Los componentes de esta estrategia de afrontamiento se presentan de la siguiente manera:

- ✓ **Componente cognitivo:** implica evaluar en qué momentos es apropiado actuar como si no tuviera la infección, pensar que no se tiene la infección durante periodos de tiempo, para realizar ciertas actividades (por ejemplo, “*no voy a pensar en eso cuando estoy con mis hijos para que no se den cuenta*”), creer que puede tener control sobre los pensamientos propios (por ejemplo, “*soy capaz de dejar de pensar en esto para concentrarme en otra cosa*”) y creer que las situaciones difíciles se pueden aceptar poco a poco.
- ✓ **Componente conductual:** implica continuar con las conductas de cuidado de salud y cambio de hábitos, no hablar sobre el tema en ciertas circunstancias y disimular lo referente al proceso médico.
- ✓ **Componente emocional:** esta estrategia de afrontamiento implica control de la emoción de malestar, confianza de que las personas no se dan cuenta de la situación y ansiedad anticipatoria a no poder controlarse.

Algunas consecuencias **a corto plazo** que pueden sostener el uso de esta estrategia de afrontamiento son el control del malestar emocional, las personas de su medio no se enteran de la situación, evita condiciones de discriminación, poder aceptar la situación poco a poco y la motivación ante los aspectos que se van aceptando. **A largo plazo** permite a la persona la aceptación de la realidad, la infección se acepta y a la vez no se convierte en el eje de la vida, las personas que no deben enterarse no se dan cuenta e impidiendo así que la persona sufra las consecuencias de la discriminación y facilita ocultar estratégicamente el diagnóstico

## Negación disfuncional

Para esta estrategia de afrontamiento como **factor predisposicional** se encuentra que la persona tiene una historia de negar los problemas y no actuar ante ellos y la costumbre de no actuar ante situaciones difíciles. Como **factores inmediatos externos** a la persona que permiten el uso de esta estrategia de afrontamiento se encuentra desconocimiento del diagnóstico en algunos de los círculos sociales de la persona y la disposición de las personas a su alrededor para no recordarle la infección. Como **factores inmediatos internos** se encuentra la falta de recursos emocionales para afrontar el VIH como una realidad y la habilidad de detener pensamientos sobre un tema por largos periodos.

Los componentes de esta estrategia de afrontamiento se presentan de la siguiente manera:

- ✓ **Componente cognitivo:** implica no aceptar el diagnóstico de VIH, atribuir a otras causas que nos sean el virus los problemas de salud (por ejemplo, *“es que solo estoy resfriado”*, *“es una recaída”*, *“se me complicó un resfriado”*) y mantener la creencia de que no pueden estar infectados a pesar de la evidencia de que lo están (Por ejemplo, *“no, esto es un error”*, *“yo no hice nada para contagiarme”*, *“los doctores se equivocan”*).
- ✓ **Componente conductual:** implica no realizar cambios de hábitos y continuar con los que llevaba hasta antes del diagnóstico, no acogerse al tratamiento, no acudir al médico o consultas de salud y discutir con las personas que le recuerden su condición de salud.
- ✓ **Componente emocional:** esta estrategia de afrontamiento implica control de la emoción de malestar y tranquilidad.

Algunas consecuencias **a corto plazo** que pueden sostener el uso de esta son la tranquilidad por no enfrentar una realidad dolorosa y que la persona no se ve obligada a cumplir con los cuidados de salud que le piden. Sin embargo **a largo plazo** el uso de esta estrategia de afrontamiento lleva a reinfecciones, infectar a otras personas, evolución del virus por falta de control y predisposición negativa por parte de las personas que quisieron ayudarle, produciendo una imposición de la realidad.

## 9. Evitación

### Evitación funcional

Para que esta estrategia de afrontamiento se presente la persona suele tener una tendencia a evadir los problemas y aceptarlos poco a poco, este es el principal **factor predisposicional**. Como **factores inmediatos externos** a que se presente esta estrategia de afrontamiento se encuentran facilidades para continuar con los cuidados de salud, personas y contextos que le ayuden a la persona distraerse y contexto que ameriten ocultar la condición de salud. Como **factores inmediatos internos** se encuentra la habilidad de detener pensamientos y el malestar emocional al intentar aceptar la situación.

Los componentes de esta estrategia de afrontamiento se presentan de la siguiente manera:

- ✓ **Componente cognitivo:** implica eludir pensamientos relacionados con la infección, pensar en actividades relacionadas con el estudio, trabajo, ocio etc. que le ayuden a distraerse, creer que las situaciones difíciles se pueden aceptar poco a poco, creer que tiene control sobre los pensamientos propios (Por ejemplo, “*soy capaz de dejar de pensar en esto para concentrarme en otra cosa*”) y evaluar en qué situaciones es necesario eludir los pensamientos.
- ✓ **Componente conductual:** implica continuar con los cambios de hábitos y cuidados de la salud, evitar las conductas de enfermedad y realizar actividades para distraerse (Por ejemplo, leer, salir a caminar, realizar manualidades, salir con otras personas, ver televisión).
- ✓ **Componente emocional:** esta estrategia de afrontamiento implica control del malestar emocional, tranquilidad y seguridad

Algunas consecuencias **a corto plazo** que pueden sostener el uso de esta estrategia de afrontamiento son el alivio del malestar emocional que permite actuar ante el problema, la motivación ante los aspectos que se van aceptando y el hecho de que permite que los pensamientos y acciones no giren solo alrededor de la infección, permite continuar con acciones que son parte de la rutina diaria que el malestar emocional podría afectar y evita la rumiación de pensamientos. Además **a largo plazo** brinda facilidad para ocultar estratégicamente el diagnóstico y evita las consecuencias de la discriminación al evitar que otras personas se den cuenta.

### **Evitación disfuncional**

Para que esta estrategia de afrontamiento se presente la persona suele tener una tendencia a evadir los problemas a lo largo de su vida, este es el principal **factor predisposicional**. Como **factores inmediatos externos** que permiten el uso de esta estrategia de afrontamiento se encuentra la falta de recordatorios en el medio (situaciones y/o personas) de que debe continuar con el proceso médico y estar inmerso en un medio hostil hacia la condición de salud. Como **factores inmediatos internos** se encuentra la habilidad de detener pensamientos y el miedo de aceptar la situación.

Los componentes de esta estrategia de afrontamiento se presentan de la siguiente manera:

- ✓ **Componente cognitivo:** implica eludir pensamientos relacionados con la infección, creer que es mejor no hacerle frente a las situaciones difíciles (Por ejemplo, “*si me esfuerzo igual me voy a sentir mal*”, “*si pienso en ello se hace más grande*”), creer que las situaciones difíciles dejan de serlo con el tiempo (Por ejemplo, “*ya pasará*”, “*ya pensaré en ello luego*”) y creer que no es capaz de hacerle frente a las situaciones.
- ✓ **Componente conductual:** implica no realizar acciones para afrontar la situación derivada de la infección, abandonar del tratamiento y el proceso médico, aislarse de personas/lugares que le recuerdan la situación de salud y descuidar su condición de salud sin intención de perjudicar la salud.
- ✓ **Componente emocional:** esta estrategia de afrontamiento implica esfuerzo para no actuar ante un problema, malestar emocional, miedo de aceptar las situaciones e impotencia.

Algunas consecuencias **a corto plazo** que puede provocar el uso de esta estrategia de afrontamiento son el alivio de no tener que enfrentar la situación, mientras que **a largo plazo** complicaciones de salud y agotamiento emocional por el esfuerzo de sostener la evitación.

## 10. Rumiación-Fatalismo

Al utilizar la estrategia de rumiación-fatalismo se toma en cuenta como **factores predisposicionales** las características obsesivas en la resolución de otras situaciones problemáticas. Y como **factores inmediatos externos** se encuentran las personas que lo/a rodean que tienen ideas erróneas sobre la infección. Y en los **factores inmediatos internos** se encuentran la tendencia a no actuar para hacer frente a las situaciones en su vida, la carencia de herramientas para afrontar el estrés y la tendencia a distorsiones cognitivas como la visión en forma de túnel e ideas catastróficas.

Los componentes que muestra esta estrategia de afrontamiento son los siguientes:

- ✓ **Componente cognitivo:** implica creer que no hay soluciones posibles, pensar constantemente en el problema que se está viviendo, presentar ideas erróneas sobre el tratamiento (por ejemplo, *“el tratamiento no me va a ayudar en nada”*) y pensar continuamente sobre un desarrollo catastrófico de la infección (por ejemplo, *“me voy a llenar de llagas”*, *“voy a quedar deforme”*, *“ya me voy a morir”*).
- ✓ **Componente conductual:** este componente implica no hacer nada con respecto al problema, no cuidar de la salud, abandonar el tratamiento, propiciar continuamente espacios para pensar sobre lo que está sucediendo y expresar constantemente malestar, ya sea verbalmente o a través del comportamiento en general.
- ✓ **Componente emocional:** emocionalmente se manifiesta a través de malestar emocional en aumento, de la desesperanza y de la impotencia para actuar.

Hacer, pensar y sentir lo anterior puede provocar como **consecuencias a corto plazo** un aumento del malestar emocional, el deterioro de la salud, la eliminación de la responsabilidad de trabajar por estar mejor, ya que no cree que sea posible y se atrae la atención de otras personas que le compadecen y aceptan sus ideas fatalistas constantes de la conducta inapropiada. Mientras que **a largo plazo** se puede presentar el desarrollo del sida, ansiedad crónica y/o depresiones y se corre el riesgo de que las personas de sus redes de apoyo se agoten al estar en contacto con tantas demandas.

## 11. Dependencia

Para utilizar la estrategia de dependencia se toma en cuenta que la persona permita que decisiones importantes de su vida hayan sido tomadas por otras personas, como **factor predisposicional**. Como **factor inmediato externo** se encuentran las personas que fomentan la dependencia. Y en los **factores inmediatos internos** se encuentra la inseguridad para actuar, la carencia de la habilidad de toma de decisiones y la baja autoeficacia y motivación hacia sí mismos.

Esta estrategia de afrontamiento se manifiesta a través de los siguientes componentes:

- ✓ **Componente cognitivo:** implica creer que las demás personas son las responsables de lo que les sucede, creer que si otras personas no se encargan de él/ella los abandonaron, creer que no pueden hacerse responsables de sí mismos/as y atribuir la capacidad de control de su vida a otras personas.
- ✓ **Componente conductual:** de manera conductual implica cumplir con las indicaciones médicas por exigencias de otras personas, no seguir indicaciones médicas si otra persona no se las recuerda, acciones para llamar la atención de los otros (por ejemplo, *manifestaciones de enfermedad, quejas por el abandono*), reclamar para recibir atención y compañía y reforzar a las otras personas por los cuidados que le brinda (por ejemplo, comentarios como “*qué haría yo sin usted*”, “*usted es lo más importante*”, “*si me dejaras no sé qué haría*”).
- ✓ **Componente emocional:** emocionalmente se presenta el condicionamiento de respuestas fisiológicas que manifiestan enfermedad para recibir atención, la tranquilidad al contar con otras personas que se encarguen de su salud y la ansiedad anticipatoria del abandono que implicaría tener que tomar decisiones por sí mismo/a.

El utilizar esta estrategia de afrontamiento puede producir **a corto plazo** mantener una condición de salud estable, obtener atención constante de las personas a su alrededor especialmente relacionadas con la salud y eliminar la responsabilidad de sí mismo. **A largo plazo** utilizar esta estrategia de afrontamiento puede provocar que las personas de las que se dependía se cansen y abandonen la situación, además puede provocar que se deteriore la relación con todas las personas de la red de apoyo por las constantes demandas, dejando a la persona sola y sin haber desarrollado herramientas personales para hacerse cargo de su propia situación de salud. Por otro lado, la atención que se recibía de otras personas se puede convertir en exigencias y reclamos que pueden llegar a molestar a la persona dependiente.

## 12. Conductas de riesgo

En los **factores predisposiciones** de esta estrategia de afrontamiento se encuentran las adicciones a distintas sustancias /o conductas en situaciones anteriores, los antecedentes familiares de adicciones y la pertenencia a grupos sociales con tendencias a conductas de riesgo. Se deben tomar en cuenta todos los factores personales de riesgo que se encuentren. **En los factores inmediatos externos** de esta estrategia de afrontamiento se toma en cuenta la presión social para desarrollar las conductas de riesgo (por ejemplo: consumo de alcohol en reuniones sociales) y personas en su medio que realizan el mismo tipo de conductas. En los **factores inmediatos internos** se encuentra la necesidad de consumir las sustancias o poner en práctica conducta adictiva y la carencia de otras estrategias de afrontamiento.

Esta estrategia de afrontamiento se manifiesta a través de los siguientes componentes:

- ✓ **Componente cognitivo:** cognitivamente las personas en esta estrategia creen que las conductas de riesgo alivian las sensaciones de estrés; que las conductas de riesgo son positivas (por ejemplo, *“esto me ayuda a estar mejor”*) y que las consecuencias negativas no les van a afectar (por ejemplo, *“a mí no me va a pasar nada”, “eso le pasa a otra gente”*).
- ✓ **Componente conductual:** implica consumir sustancias y practicar sexo riesgoso (sin preservativo).
- ✓ **Componente emocional:** emocionalmente esta estrategia de afrontamiento se manifiesta a través del alivio y la euforia transitorias provocadas por la reacción de la conducta de riesgo, la satisfacción de la necesidad fisiológica producida por la abstinencia del consumo de sustancia o de la conducta y la sensación de relajación tras el consumo de sustancias o las relaciones sexuales.

Las **consecuencias a corto plazo** de esta estrategia de afrontamiento implican el alivio de la sensación de estrés, la eliminación del malestar emocional, el placer obtenido por el sexo y por el consumo de las sustancias y el reconocimiento e inclusión social por realizar las conductas de riesgo. Mientras que **a largo plazo** el utilizar esta estrategia de afrontamiento puede provocar el deterioro de la salud, complicación con el tratamiento médico, deterioro de las relaciones de pareja utilizadas para enfrentar el estrés, posibles reinfecciones y culpa por infectar a otras personas.

## **Anexo 7. Entrevista conductual para la evaluación de estrategias de afrontamiento en personas con VIH**

El siguiente protocolo está diseñado para ser aplicado de manera individual por un/a profesional del área de la salud con conocimientos en salud mental. Se presentan las preguntas bases para indagar cada una de las secciones pero pueden realizarse preguntas extra para complementar.

Las indicaciones en letra cursiva son para que las tome en cuenta quien aplica la entrevista pero no son para decir las a la persona. De igual forma, evite mencionar los subtítulos de las secciones porque podría condicionar las respuestas de la persona entrevistada. La entrevista trata de indagar la mayor cantidad de datos necesarios para la evaluación por lo que resulta extensa. De ser necesario puede realizarse en varias sesiones. No presione a la persona para acabarla rápido. En las secciones que se realizan dos preguntas seguidas en un mismo punto, la segunda es siempre para aclarar la primera. De oportunidad a la persona de contestar la primera y realice la segunda de ser necesario.

Fecha: \_\_\_\_\_

Evaluador/a: \_\_\_\_\_

### **I. Datos demográficos**

1. Nombre: \_\_\_\_\_
2. Edad: \_\_\_\_\_
3. Sexo: H ( ) M ( )
4. Número de teléfono : \_\_\_\_\_
5. Nivel educativo: \_\_\_\_\_
6. Ocupación: \_\_\_\_\_
7. Orientación sexual: \_\_\_\_\_
8. Lugar de residencia: \_\_\_\_\_
9. Nacionalidad: \_\_\_\_\_
10. Estado civil: \_\_\_\_\_
11. ¿Tiene hijos/as? Sí ( ) No ( ) ¿Cuántos? Hombres \_\_\_\_\_ Mujeres \_\_\_\_\_

### **II. Atención recibida en salud**

12. ¿A qué otros profesionales está acudiendo en este momento?

<b>Servicios</b>	<b>Hospital/Clínica/Centro de Salud</b>
Infectología	

  Trabajo Social

  Nutrición

  Otros



### III. Antecedentes personales

13. ¿Ha recibido atención psicológica/psiquiátrica/salud mental antes? Sí ( ) No ( ) ¿Cuál?

14. ¿Por qué motivo?

15. ¿Recibió algún diagnóstico? Sí ( ) No ( ) ¿Cuál?

16. ¿Le recetaron algún medicamento? Sí ( ) No ( ) ¿Cuál?

¿Actualmente está tomando algún medicamento recetado? Sí ( ) No ( ) ¿Cuáles?

17. ¿Ha requerido internamiento por razones de salud mental? Sí ( ) No ( ) ¿Cuál fue el motivo?

18. ¿Cuáles de estas problemáticas ha presentado o está presentando?

Violencia intrafamiliar en la familia de origen ( )

Violencia intrafamiliar de pareja ( )

Alcoholismo ( )

Drogas ilícitas ( ) \_\_\_\_\_

Adicción a tranquilizantes ( ) \_\_\_\_\_

Tabaquismo ( )

Enfermedades crónicas ( ) \_\_\_\_\_

Enfermedades de gravedad ( ) \_\_\_\_\_

Otras ( )

19. ¿Alguna de estas problemáticas se ha presentado en algún familiar? Explique.

20. ¿Qué pérdidas significativas de personas ha tenido usted en su vida?

#### **IV. Estado de salud referido a la infección por VIH**

15. Nivel de CD4: \_\_\_\_\_
16. Carga viral: \_\_\_\_\_
17. Vía de infección: \_\_\_\_\_
18. Año de diagnóstico: \_\_\_\_\_
19. Etapa en la que fue diagnosticado: Asintomática ( ) Sintomática (Sida) ( )
20. Etapa actual: Asintomática ( ) Sintomática (Sida) ( )
21. ¿Ha presentado enfermedades oportunistas? ¿Cuáles?

#### **V. Tratamiento por VIH**

22. Tratamiento Antirretroviral: Sí ( ) No ( )
23. ¿Cuál es el esquema de tratamiento?:
24. Horario de toma del medicamento: \_\_\_\_\_
25. Condiciones de almacenamiento y consumo del medicamento:
26. Hace cuánto le recetaron el tratamiento antirretroviral por primera vez:
27. ¿Ha tenido que suspender el tratamiento en algún momento? Sí ( ) No ( ) ¿Cuáles han sido los motivos?
28. ¿Ha tenido cambios de medicamentos? Sí ( ) No ( ) ¿Cuáles han sido los motivos?
29. ¿Qué efectos secundarios ha tenido por la toma del medicamento?
30. ¿Qué hace cuando se presentan esos efectos?

31. ¿Qué dificultades ha tenido para tomar el tratamiento? ¿Cómo las resolvió?

32. ¿Qué dificultades tiene ahora? ¿Qué hace respecto a ellas?

## **VI. Dimensión psicosocial del diagnóstico**

33. ¿Cómo se dio cuenta usted de que es VIH positivo?

34. Antes de que le dieran el resultado de la prueba ¿pensaba que estaba infectado/a?  
Sí ( ) No ( )

35. ¿Cómo reaccionó cuando le dijeron que era VIH positivo?  
*(Clasifique en las casillas correspondientes los pensamientos, sentimientos,  
conductas y otras reacciones que la persona le explique mientras responde a la  
pregunta)*

Pensamientos

Sentimientos

Conductas

Otras reacciones

36. Antes de conocer su diagnóstico, ¿qué pensaba usted sobre el VIH y las personas que lo portaban?

37. Ahora, ¿qué piensa usted sobre el VIH y las personas que lo portan?

38. ¿Qué cambios ha tenido que hacer en su estilo de vida a causa del diagnóstico de VIH?  
(Consigne las respuestas de acuerdo a la respuesta de la persona. Si no menciona cambios en alguna de las áreas, preguntar por ellos)

Áreas                      Cambios

Alimentación

Actividad física

Horario de sueño

Pareja

Laboral

Sexualidad

Personales

Sociales

Otros

## **VII. Recursos de afrontamiento**

### **a. Recursos Internos**

39. ¿Cuáles cree usted que son sus cualidades?

40. ¿Qué fortalezas tiene usted para hacer frente a los problemas?

Por favor, piense en una situación problemática no relacionadas con el VIH que usted considere de las más difíciles que haya tenido que afrontar.

41. Describa la situación

42. ¿Qué hizo para resolverlas?

43. ¿Qué aprendió de esa situación?

### **b. Recursos Institucionales**

44. ¿A qué instituciones recurre usted para la atención de salud? Pública ( ) Privada ( )

Por favor, califique la atención recibida en las instituciones de 0 a 5, siendo 0 malo y 5 excelente. *(Tome nota de las observaciones que realice la persona y estructure las preguntas para que la persona califique qué tan satisfecho se encuentra con el servicio, qué tanta confianza le inspira y cómo considera la calidad del servicio).*

	Satisfacción	Confianza	Calidad del servicio	Observaciones
Instituciones de atención en salud Instituciones que ayudan a personas con VIH				

45. ¿Ha tenido dificultades al acudir a estos servicios? Sí ( ) No ( ) Explique.

### c. Recursos Materiales

46. ¿Con cuáles de los siguientes recursos cuenta?

- ( ) Casa propia
- ( ) Casa alquilada
- ( ) Casa prestada
- ( ) Auto propio
- ( ) Terrenos a su nombre

47. Fuentes de ingreso

- ( ) Trabajo propio
- ( ) Trabajo asalariado ( ) Estable ( ) Ocasional
- ( ) Pensión
- ( ) Ayudas económicas institucionales

48. Salidas de dinero

- ( ) Deudas
- ( ) Pensión alimenticia
- ( ) Atención médica especializada
- ( ) Otros \_\_\_\_\_

49. ¿Alguien depende de usted? Sí ( ) No ( ) Explique.

50. ¿A qué personas y/o lugares puede recurrir si tiene alguna dificultad económica?

**d. Recursos Sociales**

51. Califique de 0 a 5, donde 0 es el mínimo y 5 el máximo, cómo se siente y el apoyo que recibe en los siguientes medios sociales. (Tome nota de los comentarios de la persona)

	<b>Cómo se siente</b>	<b>Apoyo</b>	<b>¿Cuáles problemas enfrenta?<sup>9</sup></b>
<b>Comunidad</b>			
<b>Trabajo</b>			
<b>Amigos</b>			
<b>Pares</b>			
<b>Familia</b>			
<b>Pareja</b>			

<sup>9</sup>(asegurarse de aclarar si se trata de discriminación por su condición de salud u otros motivos)

52. Responda las siguientes preguntas con respecto a los distintos medios sociales en que se desenvuelve.

	¿Quiénes saben de su diagnóstico?	¿Cómo se enteraron?	¿Alguien más tiene VIH en este medio?
<b>Comunidad</b>			
<b>Trabajo</b>			
<b>Amigos</b>			
<b>Pares<sup>10</sup></b>			
<b>Familia</b>			
<b>Pareja</b>			

<sup>10</sup> Al hablar de “pares” se hace referencia a otras personas con VIH sin importar edad o sexo.



## VIII. Estrategias de afrontamiento

### a. Búsqueda de apoyo

53. En el siguiente cuadro rellene con los datos correspondientes a cada una de las fuentes de apoyo señaladas, respondiendo a las preguntas indicadas en la columna izquierda.

	Familia, amigos y pareja	Profesionales	Personas con VIH	Instituciones (Iglesias, grupos de la comunidad, instituciones de ayuda a personas con VIH)
¿En qué tipo de situaciones busca apoyo?				
¿De qué manera espera que lo apoyen?				
¿En qué tipo de situaciones no busca apoyo?				

### b. Dependencia

54. ¿Alguien lo ayuda a cuidar de su salud? ¿De qué forma?

55. Si esa(s) persona(s) no pudiera ayudarle, ¿qué haría usted?

**c. Ocultar estratégicamente el diagnóstico**

56. ¿En cuáles ambientes se le ha hecho necesario ocultar el diagnóstico? (*Comunidad, laboral, familiar, amigos/as y/o pareja*)

57. ¿Por qué es necesario ocultarlo? (*Comunidad, laboral, familiar, amigos/as y/o pareja*)

58. ¿Qué hace para que las personas de estos escenarios no se den cuenta? ¿De qué forma le ha servido? (*Comunidad, laboral, familiar, amigos/as y/o pareja*)

59. ¿Qué dificultades ha tenido al ocultar el diagnóstico? (*Comunidad, laboral, familiar, amigos/as y/o pareja*)

60. Explique cómo se siente ocultando el diagnóstico.

61. ¿Cómo decide a quien le comunica que usted es VIH positivo?

**d. Búsqueda de información (evaluar si comprende la información)**

62. ¿Busca información sobre VIH? Sí ( ) No ( )  
63. ¿Busca información sobre otros temas relacionados con su salud? Sí ( ) No ( )  
64. ¿Cuáles?

65. ¿Dónde busca esta información?

66. (Marque con X si tiene acceso a los siguientes medios y si los usa según corresponda)

Medios	Tiene acceso	Usa
Periódicos		
Bibliotecas públicas		
Libros o materiales escritos propios		
Internet		
Clínica/Hospital/Servicio de salud		
Profesionales		
Instituciones de apoyo a personas con VIH		
Otros _____		

67. ¿Encuentra fácil de comprender la información disponible sobre el VIH?  
Sí ( ) No ( )  
68. ¿Qué dificultades encuentra?

69. ¿Le pone atención a las noticias sobre VIH? Sí ( ) No ( ) ¿Por qué?

70. ¿En qué otros lugares ha visto información sobre el VIH?

71. Explique cómo le hace sentir obtener más información sobre el tema del VIH?

72. ¿Le han brindado información sobre el virus los/as profesionales que lo han atendido? Sí ( ) No ( )

73. ¿Aclararon sus dudas? Sí ( ) No ( )

74. ¿Le explicaron en qué lugares podía buscar más información? Sí ( ) No ( )

**e. Lucha por el bienestar (evaluar si la persona se ha responsabilizado de sí misma y ha aceptado el diagnóstico)**

75. En cuanto a su tratamiento,

<b>Nunca</b>	<b>Casi Nunca</b>	<b>Casi Siempre</b>	<b>Siempre</b>
--------------	-------------------	---------------------	----------------

Cumple con su tratamiento  
Sigue las indicaciones que le da el personal de salud  
Acude a las citas

76. ¿Qué ha hecho para continuar con su vida después del diagnóstico?

77. ¿Cuáles eran sus metas antes de recibir el diagnóstico? (Evaluar plan de vida)

78. De los planes que tenía para cumplir esas metas...

¿Cuáles planes ha modificado?	¿Cuáles planes ha continuado?	¿Cuáles planes ha abandonado?	¿Cuáles planes nuevos se ha <u>planteado?</u>
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---

**f. Reevaluación positiva**

79. Por favor, brinde un ejemplo en el que haya buscado el lado positivo de una situación difícil.

80. En una escala de 0 a 10, siendo 0 el mínimo y 10 el máximo, ¿qué tan optimista se considera usted? \_\_\_\_\_

81. ¿Qué consecuencias positivas ha traído el VIH a su vida?

**g. Rumiación – Fatalismo, evasión y negación**

82. ¿Con cuál de las siguientes oraciones se identifica más?

- |                                   |   |  |
|-----------------------------------|---|--|
| A. Pienso siempre en la infección | B. En ciertas ocasiones me distraigo para no pensar en la infección | C. En ocasiones pienso que no tengo la infección |
|-----------------------------------|---|--|

*Si la respuesta es la opción A:*

83. ¿Cuáles son los pensamientos sobre el VIH que tiene siempre presentes?

84. ¿Trata de evitar esos pensamientos? Sí ( ) No ( )

85. ¿De qué forma?

---

***Si la respuesta es la opción B o la opción C:***

86. ¿Cuándo lo hace?

87. ¿Qué distractores utiliza?

88. ¿Para qué lo hace?

#### **h. Conductas de riesgo**

##### **Sexualidad**

89. ¿Tiene usted relaciones sexuales? Sí (  ) No (  )

90. ¿Cuántos/as compañeros/as sexuales tiene? \_\_\_\_\_

91. ¿Qué tan frecuentemente utiliza el preservativo en sus relaciones sexuales?  
(  ) Nunca (  ) Casi nunca (  ) Casi siempre (  ) Siempre

92. ¿Dónde conoció o acostumbra conocer a sus parejas sexuales?

93. ¿Tiene más relaciones sexuales cuando se siente estresado o tiene un problema?  
(  ) Nunca (  ) Casi nunca (  ) Casi siempre (  ) Siempre

94. Explique cómo se siente con su vida sexual (*cómodo/a, satisfecho, frustrado/a, deprimido/a, etc. Evaluar si es un medio de escape*)

**Consumo de sustancias**

95. (A continuación marque con X si se presenta o no el consumo de las sustancias y si aumenta cuando la persona está estresada. Además, consigne los datos para caracterizar cuándo, con quién y dónde se da el consumo)

Sí	No	Aumenta cuando está estresado	¿Cuándo?	¿Con quién?	¿Dónde?
----	----	-------------------------------	----------	-------------	---------

**Tabaco**

**Alcohol**

**Drogas ilícitas**

**Pastillas tranquilizantes no recetadas**

i. **Afrontamiento religioso-espiritual (evaluar si es un apoyo o si implica una posición pasiva de que un ser superior resuelva los problemas. Si la persona indica que no tiene creencias religiosas realizar solamente la última pregunta de la sección)**

96. ¿Cree en Dios o algún ser superior? Sí ( ) No ( )

97. ¿Busca la ayuda de Dios o algún ser superior cuando enfrenta situaciones difíciles? Sí ( ) No ( )

98. ¿Cómo espera usted que Dios o algún ser superior le ayude a afrontar las situaciones difíciles?

99. ¿Pertenece a alguna religión? Sí ( ) No ( ) ¿A cuál? \_\_\_\_\_

100. ¿Participa de manera activa? Sí ( ) No ( )

101. ¿Qué actividades religiosas realiza para sentirse mejor cuando tiene alguna situación difícil? ¿Cómo le ayudan estas actividades?

102. ¿Qué importancia tiene en estos momentos la religión o la espiritualidad en su vida?

**j. Preguntas generales sobre el afrontamiento al VIH**

103. De todo lo que usted ha hecho a hacerle frente a su situación de ser VIH positivo, ¿qué es lo que más le ha ayudado?

104. ¿Qué no ha podido hacer por su condición de VIH positivo? ¿Cómo se siente por ello?

105. ¿Qué ha hecho gracias a ser VIH positivo? ¿Cómo se siente por ello?

106. ¿Qué espera a futuro de su vida?



### **Evaluación de estrategias de afrontamiento**

Finalizada la entrevista, de acuerdo a su criterio profesional marque las estrategias que considera presentes en la persona.

<i>Estrategias de afrontamiento</i>	√
Ocultar el diagnóstico	
Lucha por el bienestar	
Búsqueda de información	
Búsqueda de apoyo	
Reevaluación positiva	
Afrontamiento espiritual	
Dependencia	
Conductas de riesgo	
Rumiación-fatalismo	
	Funcional    Disfuncional
Negación	
Evitación	
Afrontamiento religioso	

## Anexo 8. Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento para personas con VIH

### I. Estrategias de afrontamiento

A continuación se le preguntará por acciones que las personas realizan cuando tienen un problema. Por favor marque con una X según corresponda. Responda “sí” en caso de que usted suela realizar la acción que se menciona cuando tiene un problema, y “no” en caso contrario.

Cuando usted tiene un problema...	Sí	No
1. Habla con una persona de confianza para sentirse mejor.		
2. Reza o hace oración para sentirse mejor		
3. Sigue su vida como si nada hubiera pasado ignorando el problema		
4. Ve el lado positivo de la situación		
5. Pide a Dios o un ser superior que la situación se resuelva bien		
6. Piensa que no hay nada que hacer		
7. Pide consejos a algún amigo o familiar.		
8. Busca apoyo de un líder religioso (sacerdote, pastor, ministro, etc.)		
9. Evita el problema realizando otras actividades		
10. Trata de ver la situación de manera distinta		
11. Mejora su relación con Dios o algún ser superior		
12. Piensa que sin importar lo que haga nada se solucionará		
13. Busca a alguien que escuche su problema.		
14. Acude a alguna actividad religiosa para pedir que se solucione el problema		
15. Cuando le viene a la cabeza el problema, trata de concentrarse en otras cosas		
16. Ve la situación como una oportunidad de cambio positivo		
17. Confía en que Dios o un ser superior le ayudará a remediar la situación		
18. Tiene presente la situación en todo momento		
19. Habla con amigos o familiares para que lo ayuden a tranquilizarse cuando se encuentra mal.		
20. Va al templo/iglesia para sentirse mejor		
21. Quita importancia a la situación y no quiere preocuparse más		
22. Piensa en lo que podría aprender de la situación		
23. Le pide a Dios o a un ser superior fuerza para seguir adelante		
24. Piensa todo el día en qué podría hacer sin encontrar una solución.		
25. Acepta ayuda de otras personas.		
26. Cree que su creencia religiosa lo ayuda a enfrentar los problemas		
27. No deja que lo afecte, evita pensar mucho en los problemas.		
28. Piensa que las situaciones no son totalmente negativas		
29. Acude a Dios o a un ser superior para sentirse mejor		
30. Le cuesta pensar en otras cosas		

## II. Estrategias de afrontamiento enfocadas en el VIH

A continuación se le mencionarán acciones que realizan algunas personas con VIH debido a su infección. Por favor piense en el último mes y marque con una X su respuesta. Conteste “sí” cuando usted suele realizar la acción que se le menciona y “no” si no es algo que acostumbre hacer.

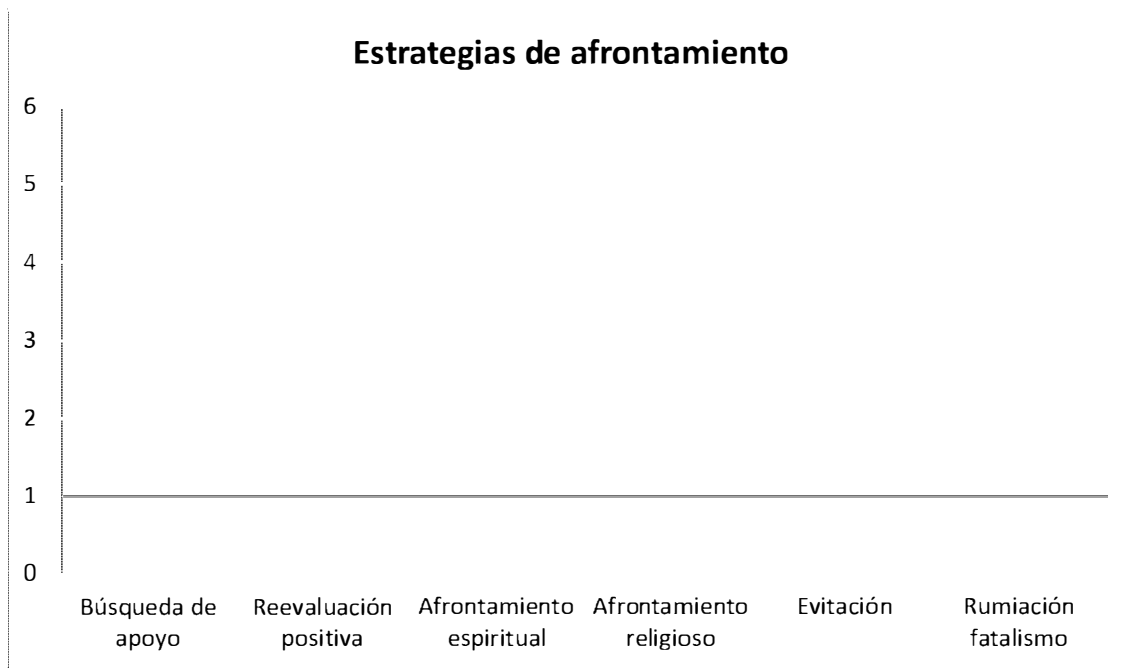
Usted, como persona con VIH...	Sí	No
31. Intenta saber más sobre su infección		
32. Cuando conoce a una persona espera a que se establezca una relación de confianza para decirle su diagnóstico		
33. Considera su condición de salud parte de su vida		
34. Necesita de otras personas que cuiden de su salud para sentirse bien		
35. Se dice a usted mismo “esto no es real”		
36. Se interesa por las noticias sobre el VIH/sida		
37. Oculta su diagnóstico en algunos lugares para evitar consecuencias negativas		
38. Realiza los cambios que surgen a raíz de su condición de salud		
39. Su única motivación para seguir el tratamiento son otras personas (hijos/as, padres, pareja...)		
40. Se niega a creer que haya sucedido		
41. Busca información actualizada sobre la infección		
42. Escoge con cuidado a las personas a quienes les dice que es VIH positivo		
43. Sigue las indicaciones necesarias para seguir el tratamiento		
44. Siente que sin el apoyo de otras personas no podría seguir el proceso médico		
45. Se niega a realizar los cambios que le recomiendan por su estado de salud		
46. Busca información sobre el tratamiento antirretroviral		
47. Disimula que está tomando tratamiento para que otras personas no se den cuenta de su diagnóstico		
48. Lucha para alcanzar sus metas		
49. Siente presión por parte de otras personas para seguir el tratamiento		
50. Cree que sus problemas de salud se deben a otras causas diferentes del VIH		
51. Está atento a la información sobre VIH con la que se encuentra en su vida diaria.		
52. Cuando le preguntan por su salud responde sin levantar sospechas		
53. Se esfuerza diariamente por mantener una buena salud		
54. Deja que otras personas tomen decisiones importantes sobre su salud		
55. Hace como que no tiene nada para poder seguir adelante		

### Calificación

1. Sume los ítems correspondientes a cada estrategia. Un punto por cada respuesta afirmativa.

Estrategias generales	Ítems	Puntuación
Búsqueda de apoyo	1 + 7 + 13 + 19 + 25	
Afrontamiento religioso	2 + 8 + 14 + 20 + 26	
Evitación	3 + 9 + 15 + 21 + 27	
Reevaluación positiva	4 + 10 + 16 + 22 + 28	
Afrontamiento espiritual	5 + 11 + 17 + 23 + 29	
Rumiación – Fatalismo	6 + 12 + 18 + 24 + 30	

2. Coloque los puntos en el gráfico de acuerdo al resultado obtenido en cada categoría, del 0 al 5. Una los puntos.



3. Sume los ítems correspondientes a cada estrategia. Un punto por cada respuesta afirmativa.

Estrategias enfocadas al VIH	Ítems	Puntuación
Búsqueda de información	31 + 36 + 41 + 46 + 51	
Ocultar el diagnóstico	32 + 37 + 42 + 47 + 52	
Lucha por el bienestar	33 + 38 + 43 + 48 + 53	
Dependencia	34 + 39 + 44 + 49 + 54	
Negación	35 + 40 + 45 + 50 + 55	

4. Coloque los puntos en el gráfico de acuerdo al resultado obtenido en cada categoría, del 0 al 5. Una los puntos.



**Anexo 9. Ficha para utilizar la técnica de solución de problemas en la estrategia de ocultar estratégicamente el diagnóstico**

Personas a quienes les  
gustaría decirles sobre su  
diagnóstico de VIH.

Personas a quienes les  
puede decir sobre su  
diagnóstico de VIH.

Personas a quienes les  
necesita decir sobre su  
diagnóstico de VIH.

Personas a quienes no les  
gustaría decirles sobre su  
diagnóstico de VIH.

---

Personas a quienes no les  
puede decir sobre su  
diagnóstico de VIH.

---

Personas a quienes no les  
necesita decir sobre su  
diagnóstico de VIH.

---

## CAPITULO IV

### DISCUSIÓN

Un programa de intervención en estrategias de afrontamiento implica establecer estrategias funcionales que generen bienestar a las personas que las utilicen, de manera que contribuyan a mejorar su calidad de vida. Sin embargo, la teoría señala que las estrategias de afrontamiento resultan funcionales dependiendo de la situación y la persona que las utiliza (Lazarus y Folkman, 1984/1986; Flores, Borda y Pérez, 2005); así como del bienestar que obtenga al ponerlas en práctica (Soriano, 2002). Así que, ¿cómo definir cuáles estrategias de afrontamiento desarrollar o fomentar y cuáles eliminar?

Para definir las estrategias de afrontamiento a desarrollar o eliminar, es necesario primero definir la población con la que se está trabajando. En este caso se trata de personas con una condición de salud específica que tiene consecuencias psicológicas y sociales, las cuales afectan su calidad de vida. La medicina conductual permite el tratamiento de una condición tanto biofísica como psicosocial (Godoy, 1995), por lo que resulta apropiada para abordar una problemática donde se conjuga una enfermedad y sus consecuencias para la persona y su entorno, como es el caso de la infección por VIH.

Para esta investigación fue importante tener presente esta perspectiva biopsicosocial del ser humano al abordar el tema del estrés en personas con VIH, pues permitió visualizar con mayor claridad la necesidad de ayudar a estas personas a hacer frente al estrés, ya que este tiene efectos inmunosupresores (Leiva, Alfaro y Soto, 2008; Martín *et al*, 2002; Valdez y Flores, 1985) que pueden hacer que su condición de salud empeore, afectando su calidad de vida. Para trabajar desde esta perspectiva fue indispensable conocer las variables biofísicas, ambientales y psicológicas (Umaña y Mejía, 2008) tanto del estrés como de la infección por VIH para comprender la situación que viven las personas con este virus y así desarrollar un programa de intervención psicoterapéutica que pueda formar parte de una atención integral.

Se recurrió a la teoría e investigaciones anteriores (Carrobbles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003; Chesney *et al*, 2003; García *et al*, 2009; Gaviria *et al*, 2009; Gutiérrez, 1994; Inouye, Flanelly y Flanelly, 2000; Kowal *et al*, 2008; Kraaij *et al*, 2008; Lazarus y Folkman, 1984/1986; Núñez *et al*, 2006; Pernas *et al*, 2001; Roca *et al*, 1999; Vargas, Cervantes y Aguilar, 2009) sobre el tema del afrontamiento en la población de personas con VIH, pero esta investigación se centró en obtener información de dos fuentes principales: personas con VIH y profesionales que atienden esta población en Costa Rica. Este diseño de investigación para realizar un programa de intervención en el modelo cognitivo conductual emocional se había utilizado previamente en el país para el diseño de una intervención en adherencia al tratamiento antirretroviral (Benavides, 2006).

Fue posible ampliar la perspectiva que se tenía de las estrategias de afrontamiento en esta población y comprender mejor la situación que se vive en Costa Rica al ser una persona VIH positivo, conociendo las dificultades que se enfrentan a raíz de esa condición. Se buscó conocer cómo se presentaban las estrategias de afrontamiento, qué aspectos se debían tomar en cuenta del entorno de las personas con VIH y qué información recolectar para una evaluación rigurosa de estas estrategias de afrontamiento y así lograr establecer su intervención.

Considerar los aportes de profesionales de distintas disciplinas se logra que el programa tenga un abordaje interdisciplinario (no solo en su formulación final, sino desde la recolección de información para su diseño) aunque se centre en desarrollar un aporte a la intervención desde una disciplina en particular (Begelman, 1982). Al pertenecer los/as profesionales entrevistados a distintas disciplinas se obtiene una visión interdisciplinaria que responde a los principios de la medicina conductual (Godoy 1995; Umaña y Mejía, 2008).

Contar con la visión tanto de los/as profesionales y de personas con VIH permitió determinar de una mejor manera la funcionalidad o disfuncionalidad de las estrategias de afrontamiento, al tener la visión de las personas de qué hacen ante los problemas y qué piensan que les funciona más ante ellos. Para esta valoración se utilizó el concepto de estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984/1986), según la cual cada estrategia de afrontamiento es funcional o disfuncional según las consecuencias que trae a la persona que



la utilice y la situación en donde sea aplicada (Lazarus y Folkman, 1984/1986; Perona y Galán, 2004; Soriano, 2002; Valderrama, 2003).

Además, se valoraron los criterios mencionados por González y Padilla (2006) en donde se debe valorar la funcionalidad de una estrategia de afrontamiento teniendo en cuenta la efectividad que posea dicha estrategia en el ámbito de la salud, social y moral de la persona. Estos criterios fueron considerados en la definición de las estrategias de afrontamiento y al contemplar que estas respondieran en esta población en específico a las necesidades sociales y de salud que les impone el medio costarricense, lo cual no habría sido posible determinar únicamente desde una revisión bibliográfica del tema.

Por esta razón, fue necesario también identificar las dificultades que tiene que enfrentar la población, las cuales correspondieron con aspectos fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos como los determinados por otros autores (Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003; Nuñez *et al*, 2006). El programa de intervención cuenta con un resumen de las dificultades que fueron encontradas en el contexto costarricense, y no únicamente por dificultades establecidas en otros contextos.

Una vez establecida la funcionalidad de las estrategias, se pudo determinar cuál sería el propósito de intervención en cada una. Se definió que seis estrategias de afrontamiento de las identificadas resultaban funcionales y tres resultaban disfuncionales.

Además, en los datos obtenidos se encontraron tres casos en que el uso de una estrategia de afrontamiento era heterogéneo entre la población, de manera que resultaba funcional en algunos casos y disfuncional en otros, según la manera en que se utilizaba y la intención que tenía su uso. Estos casos fueron denominados estrategias de afrontamiento mixtas. Ya en otras investigaciones se ha considerado que aunque una estrategia de afrontamiento por lo general sea disfuncional, en ocasiones resulta funcional según la condición de la persona y su situación (Kowal *et al*, 2008; Nuñez *et al*, 2006).

Esta clasificación de estrategias de afrontamiento mixtas es importante para que la intervención psicoterapéutica no se centre en eliminar estas estrategias por ser utilizadas de

manera disfuncional, sino que se oriente la intervención para que la persona aprenda a utilizarlas de manera funcional y en algunos casos incluso puede ser necesario desarrollarlas o mantenerlas para reforzar el uso de las estrategias de afrontamiento funcionales.

La “negación” y la “evitación” fueron identificadas como estrategias de afrontamiento mixtas ya que aunque se refirieron efectos negativos en el bienestar de la persona al utilizarlas, también se encontraron algunos aspectos en los cuales podían ser positivas. Si bien la negación (Bablin, Ironson y Solomon, 1999; Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003; Sánchez y Ureña, 2011) y la evitación (Alvarado, 2008; Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003; Pernas *et al*, 2001; Roca *et al*, 1999; Rueda, Aguado y Alcedo, 2008) se consideran en otras investigaciones del área de la salud como estrategias de afrontamiento disfuncionales, el uso de estas en algunas ocasiones se ha considerado funcional también (Valderrama, 2003).

En el caso de la negación, se ha considerado funcional cuando puede proteger a la persona de sentirse abrumada emocionalmente por la situación que está viviendo, permitiéndole de esa manera desarrollar otros recursos personales para afrontarla posteriormente (Font y Cardoso, 2009) y en general para ayudar al proceso de adaptación de la persona a la enfermedad (Vinaccia y Orozco, 2005). En la presente investigación se encontró que puede resultar funcional a la persona porque le ayuda a seguir adelante con su día a día y le facilita la utilización de la estrategia de afrontamiento llamada “ocultar estratégicamente el diagnóstico”.

En el caso de la evitación, se ha considerado funcional cuando implica autodistracción (García *et al*, 2009; Krzemien, Monchetti y Urquijo, 2005) y actitudes activas para distraerse que aumentan el bienestar (Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2007). Por esta razón en distintos estudios y revisiones se separa la distracción de la evitación, considerando ambas como estrategias orientadas a la emoción pero donde la primera puede resultar funcional (Campos, Iraurigui, Páez y Velasco, 2004; París y Omar, 2009). Sin embargo en esta investigación se evaluaron y catalogaron juntas dada la dificultad para separar las acciones entre ambos tipos de estrategias. La evitación por tanto se consideró como una estrategia de

afrontamiento que puede ser tanto funcional como disfuncional para las personas con VIH, pues en ciertas ocasiones puede ser de utilidad para que la persona pueda tolerar su condición, continuar con su desarrollo personal y sus planes mientras acepta gradualmente su realidad.

La estrategia de “afrontamiento religioso” también fue identificada como una estrategia de afrontamiento mixta. El afrontamiento religioso se relaciona con la religiosidad, la cual se puede definir como el conjunto de actos de una persona que expresa el sistema de creencias y cultos de una comunidad que profesa una fe específica y tiene el precepto de un Dios o ser superior (Martínez, Méndez y Ballesteros, 2004; Rivera y Montero, 2007).

El afrontamiento religioso puede ser funcional cuando se aborda como un afrontamiento colaborativo entre la persona y un ente superior (Rivera-Ledezma y Montero-López, 2007). En el caso de las enfermedades es funcional cuando se presenta como una forma de apoyo, en la cual la persona no espera la resolución divina sino que asume su responsabilidad mientras cuenta con el apoyo de un ente superior (Siqueira, Darbello y Quispe, 2010). En esta investigación se consideró funcional cuando resulta un apoyo para la persona, quien continúa realizando acciones por su parte más allá de la práctica religiosa para afrontar el problema.

Esta estrategia puede resultar disfuncional cuando consiste en atribuir la responsabilidad de enfrentar el problema a un ente divino y suplicarle para que resuelva la situación y esperar a que lo haga (Sierra y Julio, 2010). Ante las enfermedades las creencias religiosas pueden activar un pensamiento mágico (creencia en soluciones inmediatas) para alejarse de la ansiedad o depresión causadas por lo que sucede (González, 2005). De acuerdo a lo identificado en esta investigación, en el caso de la infección por VIH, el afrontamiento religioso disfuncional puede evitar que la persona realice las acciones necesarias para su cuidado personal, en especial el de su salud, ya que puede evitar que realice acciones para poner freno a la infección; en particular puede evitar que cumpla con el tratamiento farmacológico mientras espera una sanación divina.

Asimismo, fue posible identificar otra estrategia de afrontamiento distinta que también involucra el aspecto espiritual de las personas. A esta estrategia de afrontamiento se le

denomina “afrentamiento espiritual” referida a creer en la ayuda de un ser superior y en la posibilidad de hacer frente a las situaciones con este apoyo. Esta estrategia de afrontamiento fue clasificada como funcional. Por su parte, el afrontamiento religioso se clasificó como una estrategia de afrontamiento mixta pues dependiendo de su uso puede ser beneficiosa o perjudicial para la vida de la persona.

Ambas estrategias han sido consideradas en investigaciones previas sobre afrontamiento. El afrontamiento espiritual se relaciona con la espiritualidad, entendida como la capacidad de dar sentido a la vida y los procesos que son parte de esta (Martínez, Méndez y Ballesteros, 2004). El afrontamiento religioso puede definirse como la utilización de comportamientos y creencias religiosas para resolver los problemas y prevenir o bien aliviar las consecuencias de estos (Siquiera, Darbello y Quispe, 2010).

El afrontamiento espiritual se considera funcional porque se relaciona con un concepto de armonía de la persona en balance consigo misma, los otros y un poder superior en el que cree (Sánchez, 2009). Es un afrontamiento más ligado a las cogniciones de las personas, sus creencias y su visualización de la vida.

Tanto el afrontamiento espiritual como el afrontamiento religioso han sido identificados como estrategias de afrontamiento en otros estudios, pero su intervención desde la psicoterapia no es clara. Algunas de las indicaciones que se brindan es que debe tomarse en cuenta la fe religiosa dentro de la motivación de la persona (González, 2004), no se debe minimizar ni criticar las creencias, debe verse como un recurso de la persona que debe ser valorado y debe considerarse que la religión está influida por la cultura (Siquiera, Darbello y Quispe, 2010).

Para este trabajo se consideró que si la persona presenta una estrategia de afrontamiento religiosa disfuncional se le puede orientar para que asuma un papel activo ante su condición de salud sin atacar sus creencias. Si por otra parte, si presenta un afrontamiento funcional, religioso o espiritual, no se presenta la necesidad de una intervención más allá que permitir a la persona afianzarse en su uso. Tampoco se propone que desde el consultorio se inicie o se proponga el uso de este tipo de estrategias de afrontamiento, sino que se parta de las

creencias de la persona que consulta, con el cuidado de definir que la intervención no implica una guía espiritual o religiosa.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento funcionales, se identificaron algunas que están claramente definidas y delimitadas en la literatura de manera que son fácilmente identificadas al querer realizar una intervención psicoterapéutica con ellas, y a su vez han sido investigadas en distintas enfermedades y situaciones. Específicamente, la estrategia de “búsqueda de información” (Font y Cardoso, 2009; Krzemien, Monchetti y Urquijo 2005; Suárez, Baquero, Londoño y Low, 2005) y la estrategia “revaluación positiva” (Campos *et al*, 2004; Cano, Quiceno, Vinaccia, Gaviria, Tobón y Sandín, 2006; Díaz y Yaringaño, 2010; Gaviria, Vinaccia, Quiceno, Martínez, Yépez, Echevarría *et al*, 2006; Gaviria *et al*, 2009; Limiñana, Corbalán y Patró, 2007; Rueda, Aguado y Alcedo, 2008; Sánchez y Ureña, 2011; Sierra y Julio, 2010).

La estrategia de afrontamiento “búsqueda de información” ha sido considerada funcional (Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003; De Prado, Viteri y Fuente, 2003; Suárez, Baquero, Londoño y Low, 2005) por el control emocional que permite y la información que aporta sobre la situación que vive la persona. Ante una enfermedad crónica es necesario tanto para la persona que lo recibe como para quienes lo rodean conocer sobre la enfermedad, el tratamiento y el pronóstico (Suárez *et al*, 2005), ya que la persona se encuentra en una situación nueva en donde tiene poca información y mucha incertidumbre por lo que le sucederá (De Prado, Viteri y Fuente, 2003).

La estrategia de revaluación positiva ha sido definida como percibir de manera optimista los aspectos positivos que ayudan a tolerar un problema (Gaviria *et al*, 2006). Se incluye en la estrategia el pensamiento positivo, focalizarse en lo positivo, el optimismo, minimizar la concentración en las consecuencias negativas y reconfortarse a sí mismo (Campos *et al*, 2004). Se ha encontrado que para las personas con VIH darle un nuevo significado a la situación de salud que se vive es un factor protector para evitar el desarrollo de la infección (Bablin, Ironson y Solomon, 1999). También se ha encontrado que suprimir los

pensamientos negativos por otros positivos ayuda a las personas de esta población a tolerar, planificar y tomar alternativas (Gaviria *et al*, 2009).

En ocasiones, las estrategias de afrontamiento aparecen con distintos nombres en la literatura pero sus componentes permiten determinar que se trata de las mismas identificadas en la investigación, como es el caso de la estrategia de afrontamiento llamada en este trabajo “lucha por el bienestar”. Esta estrategia implica no detener los proyectos de vida por la condición de salud y cumplir con todas las indicaciones para mantener la salud.

Estrategias con estas características se han investigado en diversos padecimientos y enfermedades con el nombre de “espíritu de lucha” (Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora 2003; Rodríguez, Bayón, Orgaz, Torres, Mora y Castelo, 2007; Roca *et al*, 1999) o de “afrontamiento centrado en uno mismo” (Font y Cardoso, 2009). También se encuentran elementos específicos de esta estrategia que se han identificado como funcionales o deseables de desarrollar, como lo es la adecuación o formulación de metas (Chesney *et al*, 2003; Durán, 2004; Kraaij *et al*, 2008).

En esta investigación se decidió denominarla lucha por el bienestar por ser un nombre más acorde con los objetivos de la estrategia de afrontamiento, en la que se incluyen tanto aspectos relacionados con la adherencia como con el plan de vida. Es la estrategia de afrontamiento más heterogénea de las encontradas en esta investigación, pues incluye la responsabilidad con el proceso médico y consigo mismo/a para mantener la salud, así como el compromiso de continuar el proyecto de vida; dando énfasis al cumplimiento de metas y objetivos propuestos en el proyecto de vida, pero con la salvedad de que en los casos de personas con VIH para estas metas y objetivos se deben cumplir las indicaciones médicas para poder mantener una condición de salud que permita lograr concluir dicho proyecto de vida. Esta unión entre ambos elementos hace relevante mantenerlos juntos como una misma estrategia de afrontamiento.

La intervención para fomentar esta estrategia de afrontamiento es relevante para alcanzar la adherencia al tratamiento interdisciplinario que debe recibir una persona con VIH (farmacológico, médico, psicológico, entre otros), además de ser una estrategia versátil que se

interconecta con otras estrategias de afrontamiento funcionales, ya que para proponer un proyecto de vida y llevarlo a cabo se requiere de una valoración positiva de las situaciones, apoyarse en otras personas, manejar información sobre el tratamiento y conocer las limitaciones reales de acuerdo a la infección e incluso realizar un ocultamiento apropiado del diagnóstico.

Otra de las estrategias de afrontamiento en donde hubo acuerdo entre las distintas fuentes de datos fue la “búsqueda de apoyo”, la cual también ha sido estudiada con el mismo nombre en otras investigaciones y considerada una estrategia de afrontamiento funcional (Carrobles, Remor y Alzamora, 2003; Durán, 2004; Gaviria *et al*, 2009; Meza y Vargas, 2007; Roca *et al*, 1999; Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 1993; Ruiz *et al*, 2005; Vinaccia, Quiceno, Fernández, Contreras, Bedoya, Tobón y Zapata, 2005). Al identificar esta estrategia en la presente investigación se determinaron distintos grupos de personas en los cuales se puede buscar el apoyo: familia y amigos, profesionales de salud, pares e instituciones. Estas cuatro fuentes brindan tipos de apoyo diferentes.

Para explicarlos puede tomarse la clasificación en donde se localizan tres tipos de apoyo distintos: emocional, instrumental e informativo (Quiles, Terol y Quiles, 2003). El emocional se refiere a expresiones de afecto, cariño y compañía, el instrumental a proporcionar servicios o materiales necesarios y el informacional a brindar información necesaria para comprender la situación. De acuerdo a lo encontrado, los/as profesionales y las instituciones brindan un apoyo instrumental e informacional principalmente, siendo familia, amigos y pares quienes brindan apoyo emocional.

Sin embargo, los datos obtenidos en esta investigación también indican que las fuentes de apoyo con las que cuentan las personas con VIH son limitadas, ya sea por falta de acceso a las fuentes de apoyo o porque las personas cercanas desconocen y/o no aceptarían su condición de VIH positivo. Debido a esto, la situación que vive esta población es conocida en muchos casos únicamente por los/as profesionales a cargo de su atención y por otras personas con el virus. Esto reduce las posibilidades de buscar apoyo en alguien más; se refirió en las distintas fuentes de información que los/as profesionales de la salud que no tienen contacto

directo con el tema de VIH no entienden la situación e incluso tienen mitos y conceptos erróneos que circulan en la sociedad y afectan la atención que se le brinda a esta población.

La información necesaria, veraz e indispensable para romper estos mitos y mejorar la vivencia de una persona con VIH está aislada y no es difundida. En la intervención se deben evaluar las fuentes de apoyo con detenimiento, considerando que no todas las personas que se encuentran en el medio de la persona son una fuente de apoyo para la situación de VIH positivo. Es necesario enseñar a las personas a evaluar cuidadosamente las redes de apoyo con las que cuentan de acuerdo al apoyo que perciben de estas y el que realmente reciben en las distintas situaciones de su vida. Por esta razón, la búsqueda de apoyo es una estrategia de afrontamiento estrechamente ligada a otra de las identificadas en la investigación: “ocultar estratégicamente el diagnóstico”.

Esta última estrategia de afrontamiento no se encuentra referida en otras investigaciones con ese nombre, aunque en el caso del VIH se ha visto que no revelar a todas las personas de su medio el diagnóstico le permite a mantener el control sobre la información de su condición y elegir una forma adecuada para comunicarlo de manera selectiva y gradual (Castro, Eroza, Orozco, Manca y Hernández, 1997). Se utilizó este nombre para dejarle claro al profesional que se deben fomentar habilidades para que la persona pueda llevar a cabo el proceso médico que está viviendo, de manera que pueda decidir con quiénes compartir la información sobre su condición de salud al desenvolverse en los distintos ámbitos de su vida.

En esta investigación se determinó como una estrategia de afrontamiento funcional pues todas las personas que participaron coincidieron que en este contexto social es una necesidad no comunicar el diagnóstico de VIH positivo a todas las personas con las que se comparte ni permitir que se enteren de este aunque no se lo comunique la persona directamente, debido a las consecuencias negativas que podría acarrear. Esto forma parte de cómo ser una persona con VIH positivo está permeada por el ámbito social (ONUSIDA, 2008b); principalmente porque el contexto costarricense es discriminativo ante esta población y aunque existe una ley para proteger a las personas con VIH esta no se cumple o bien es



posible engañarla, situación que crea obstáculos para la prevención, para minimizar el impacto emocional y para brindar el tratamiento y el apoyo necesarios y adecuados (ONUSIDA, 2005).

En el contexto social que se encuentra en Costa Rica en este momento, esta estrategia de afrontamiento se hace funcional y necesaria, a pesar de que pueda parecer victimizador que la persona tenga que esconder su condición de salud, ya que a pesar de la existencia de una ley específica que pretende evitar la discriminación por la condición de VIH positivo y otras leyes que protegen los derechos humanos y los derechos de los/as trabajadores/as, las personas con VIH siguen enfrentando consecuencias negativas en distintos ámbitos, especialmente social y laboral. Es la sociedad en sus distintos ámbitos la que victimiza a la persona y hace necesario utilizar este tipo de estrategias de afrontamiento como respuesta.

Si bien es necesario luchar por mejorar las condiciones para esta población y que las mismas personas se empoderen para hacerlo, en la vida cotidiana se hace necesario poder desenvolverse día a día y evitar esas consecuencias negativas inmediatas a las que se enfrenta la persona en caso de revelarse su diagnóstico. Asimismo, la persona tiene el derecho de decidir quiénes quiere que sepan de su condición de salud.

La estrategia busca brindar herramientas a la persona para que se desenvuelva socialmente evitando las consecuencias negativas que podría tener en caso de conocerse su diagnóstico. No se pretende que la persona vea la infección como algo “malo” ni estigmatizar a la persona como quien debe ocultarse, sino empoderarla para que tenga control sobre la vivencia de su condición en su contexto social. Esto conlleva que los/as profesionales estén preparados/as para poder enseñar y ayudar a las personas a desarrollar las habilidades necesarias para esto.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento disfuncionales se identificaron tres que en la literatura no las consideran estrategias de afrontamiento o se consideran de manera separada. Este último caso es el de la unión entre “rumiación” y “fatalismo”. En el caso de la rumiación se considera que los pensamientos repetitivos no permiten llegar a una solución o atenuación de la situación que causa estrés (Cova, Rincón y Melipillán, 2009; Kowal *et al*, 2008; Moreno, Rodríguez, Sanz y Rodríguez, 2008; Payás, 2008; Pernas *et al*, 2001). De

acuerdo a Campos, *et al* (2004), en ocasiones los pensamientos intrusivos de la rumiación pueden ser catastróficos o de autoinculpación o auto-responsabilización. El fatalismo por su parte se caracteriza por la aceptación por parte de la persona de la situación que está viviendo pero de una forma pesimista, con resignación; se piensa que no se posee ningún control sobre la situación y por lo tanto la persona tiene una actitud de aceptación pasiva (Suárez, Baquero, Londoño y Low, 2009).

Según la evidencia recolectada en esta investigación, se encontró que en el caso de las personas con VIH se presentan particularmente pensamientos rumiativos enfocados a la fatalidad de su padecimiento de salud, y por lo tanto debe ser abordada de manera conjunta. De esta manera, la estrategia de rumiación se encuentra unida a la de fatalismo, estrategia de afrontamiento clasificada como disfuncional (Carroble, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003), ya que los pensamientos repetitivos en las personas implican un destino fatalista con respecto a su infección. La unión de ambas estrategias se puede apoyar en lo aportado por Campos *et al* (2004), quienes encuentran que en ocasiones los pensamientos intrusivos de la rumiación pueden ser catastróficos o de autoinculpación o auto-responsabilizarse.

Por otra parte, comúnmente al tratar el tema de “dependencia” se enfocan los estudios en el “trastorno de la personalidad por dependencia”. Sin embargo fue posible apreciar en la información de campo recolectada que en ocasiones una persona con VIH puede desarrollar dependencia al depositar en otras personas la responsabilidad del cuidado de su salud sin que presente un trastorno de personalidad. Este tipo de dependencia identificada resulta disfuncional porque la persona se provoca malestar a sí misma y en algunas ocasiones en las personas de las que depende (Cubas, Espinoza, Galli y Terrones, 2004), ya que renuncia al control sobre sí misma y carga a alguien más de responsabilidades que no le corresponden. Es así como en esta investigación se determinó que en algunos casos las personas con VIH pueden utilizar la dependencia como una estrategia de afrontamiento.

Se considera la dependencia como una estrategia de afrontamiento porque los comportamientos tienen una orientación definida a hacer frente a la situación depositando la responsabilidad de su estado de salud en otra persona cercana (no necesariamente en la pareja)

pero sin que en otras situaciones de la vida la persona sea dependiente de los otros de la misma manera. Esto deja abierta la posibilidad de buscar si en otro tipo de padecimientos se presenta la dependencia como una estrategia de afrontamiento. Es importante prestar atención a rasgos o comportamientos aislados que puedan relacionarse con esta estrategia, ya que podrían referir al desarrollo de trastorno de personalidad por dependencia que no debe ser ignorado.

Por su parte, las conductas de riesgo son concebidas en esta investigación como estrategias de afrontamiento en tanto las personas acuden a ellas cuando se encuentran ante distintas situaciones estresantes. Estas conductas resultan disfuncionales porque son riesgosas tanto para la salud de la persona como para aquellos a su alrededor. Se consideraron dos tipos de conductas: el consumo de sustancias y la actividad sexual sin protección. Se debe considerar que las conductas de riesgo son peligrosas para todas las personas, no sólo para personas con VIH. Sin embargo, para estas últimas implican riesgos extra: en el caso del consumo de sustancias, la posible interacción con algunos medicamentos del tratamiento además del deterioro de salud propio del consumo y el riesgo de reinfección por medio de la utilización de jeringuillas usadas; en el caso del sexo sin protección, la posibilidad de reinfecciones por vía sexual.

En otras investigaciones se ha visto que las personas realizan las conductas de consumo (comer, fumar, beber) porque estas pueden minimizar el malestar de la ansiedad y el estrés, así como los efectos de estos; además pueden aumentar la capacidad de la persona para hacer frente a los estresores (Cano-Vindel, Miguel-Tobal, Gonzales e Iruarriazaga, 1994; Llorens, Perello y Palmer, 2004; Figueroa, Contini, Lacunza, Levin y Suedan, 2005; Moysén, Garay, Esteban y Gurriola, 2011). Sin embargo, resulta disfuncional porque ponen en riesgo a la persona y a otros a su alrededor.

Llama la atención al hablar con los/las profesionales sobre el tema, ya que no existe una política común en todos los lugares de atención de cómo intervenir las conductas de riesgo, particularmente del consumo de sustancias. Mientras que en algunos casos se habla de cero tolerancia al consumo de cualquier sustancia; en otros se habla de permitir el cigarro o licor en cierta medida. Sería importante que hubiera un lineamiento uniforme al respecto para

mayor claridad de las personas en cuanto a qué es perjudicial para ellas o no. En lo que hay consenso es en la utilización obligatoria del preservativo en cualquier contacto sexual.

A pesar de los indicios en la literatura y en la investigación de que no hay diferencia en las estrategias de afrontamiento de personas que consumen algún tipo de droga (Pernas *et al*, 2001), en este programa de intervención se optó por dejar a criterio profesional la atención de estos casos, pero se considera que ante un caso de adicción al consumo de sustancias, este debe ser tratado antes de la aplicación del programa de intervención, para abordar posteriormente las estrategias de afrontamiento en específico.

Esta medida concuerda con la planteada en otras investigaciones, en las cuales se ha visto que el tratamiento debe buscar satisfacer la necesidad por la que se acude al consumo; proporcionando otras estrategias de afrontamiento adecuadas que sustituyan la conducta de consumo (Cano-Vindel *et al*, 1994). Esto partiendo del supuesto de que si la persona posee habilidades adecuadas para responder a las demandas y afrontar el estrés será menos probable que recurra a desarrollar un trastorno adictivo (Llorens, Perello y Palmer, 2004). Otra opción que se ha propuesto en el caso del consumo de sustancias en personas con VIH, es que la persona lleve un proceso paralelo a la intervención, en el cual se aborde el consumo de sustancias (Alvarado, 2008).

Por tanto, la intervención planteada en el programa de intervención diseñado no apunta hacia la eliminación de adicciones, pues esto debe ser abordado dentro de programas específicos de intervención de consumo de sustancias. Este programa se enfoca en que la persona evite el consumo de sustancias para afrontar el estrés, poniendo énfasis en el desarrollo de otras estrategias de afrontamiento para no necesitar esta.

Una vez identificadas y analizadas las estrategias de afrontamiento utilizadas por la población, se procedió a diseñar el programa de intervención psicoterapéutica. Para el desarrollo de este se aplicaron los conocimientos de las ciencias del comportamiento y se utilizó el análisis conductual en el abordaje de un problema de salud, aspectos contemplados en la definición de la medicina conductual (Doleys, Meredith y Ciminero, 1982).

De esta manera, el trabajo realizado en la presente investigación permite apreciar la manera en que la medicina conductual y el modelo cognitivo conductual emocional se complementan para abordar este tipo de problemáticas. A través del modelo cognitivo conductual emocional se estructuró la intervención diseñada y la evaluación para la misma, considerando a las personas como agentes activos de cambio (Fiorentino, 2006).

El programa de intervención formulado cuenta con una sección de marco referencial antes de presentar el proceso de intervención. En este marco referencial se presenta una breve exposición sobre la medicina conductual y una explicación detallada sobre el modelo cognitivo conductual emocional y el proceso de intervención enmarcado dentro de este modelo (Freeman, 1992), el cual, para mayor facilidad de comprensión se dividió en tres partes (evaluación inicial, intervención y evaluación final/seguimiento), utilizadas a su vez para dividir y presentar posteriormente el programa de intervención diseñado. Lo referente al modelo cognitivo conductual emocional se desarrolló con detalle con la intención de que la intervención pueda ser llevada a cabo por profesionales que no estén particularmente especializados en el trabajo desde este modelo, aspecto que fue avalado durante la valoración por juicio de expertos.

El hecho de que el programa de intervención se formulara de manera que pueda ser utilizado no solo profesionales en Psicología ni especialistas en el modelo cognitivo conductual emocional, sino en general por personas capacitadas para atender en temas de Salud Mental, contribuye a la característica de interdisciplinaridad contemplada en la formulación y proyección del documento. Esta característica es a su vez uno de los principales componentes de la medicina conductual (Godoy, 1995).

El marco referencial del programa de intervención contiene también los temas de VIH/sida, sistema inmunológico y estrés y afrontamiento, los cuales permiten entender los efectos de VIH en el organismo, particularmente en el sistema inmune (Abbas, Lichtman y Pober, 2000; Espada *et al*, 2006) y los efectos inmunodepresores del estrés (Leiva, Alfaro y Soto, 2008; Martín *et al*, 2002; Valdez y Flores, 1985). Por lo tanto, estos temas permiten

entender la importancia de disminuir el estrés en personas con un virus que afecta directamente su sistema inmune.

Esta sección incluye también una contextualización de la población de personas con VIH en Costa Rica, en la cual se describen las problemáticas a las cuales debe hacer frente esta población en el país, relacionadas con el tratamiento antirretroviral, la discriminación y mitos sociales, problemas laborales, rechazo o sobreprotección familiar, cambios de hábitos en las relaciones de pareja, dificultades para la atención dentro de los servicios de salud, problemas socioeconómicos y dificultades propias de la condición de salud. Asimismo se presentan dificultades internas (preocupaciones, decisiones, miedos, angustia, entre otros) que debe enfrentar la persona a raíz del diagnóstico de VIH positivo. Finalmente, entre los contenidos del marco referencial se caracterizan las 12 estrategias de afrontamiento al estrés que fueron identificadas en la investigación. El conocimiento de todos estos datos será imprescindible para la aplicación del programa de intervención diseñado.

En cuanto a la sección dedicada al programa de intervención en sí, se dividió en evaluación inicial, propuesta de sesiones, intervención de las estrategias de afrontamiento y valoración de la intervención y seguimiento, respetando el proceso propio del modelo cognitivo conductual tal y como fue explicado en el marco referencial diseñado.

Ante el dilema de cómo determinar cuáles estrategias de afrontamiento resultarían funcionales o no intervenir en las intervenciones con las personas, se definió que la evaluación de cada situación en particular debía ser clave para que el/la profesional que realice la intervención defina según cada caso, cuáles estrategias intervenir. Por esta razón, se dio especial énfasis en desarrollar la evaluación conductual a realizar al inicio del proceso, la cual constituye la base para la aplicación posterior la intervención (Rubio, Santacreu y García, 1999) y tiene como énfasis identificar las estrategias de afrontamiento que está utilizando la persona y así mismo aquellas de las cuales carece.

De esta manera, el programa de intervención psicoterapéutica presenta 12 estrategias de afrontamiento que deben ser evaluadas en las personas con VIH, por ser aquellas que se identificaron presentes en el contexto costarricense como respuesta a las situaciones que vive

la población. Cada estrategia de afrontamiento se definió en las dimensiones conductual, cognitiva y emocional para permitir una mejor evaluación de las mismas en lugar de limitarse a decir cuál es el resultado del uso de dicha estrategia.

Para la realización de esta evaluación se elaboró una guía de entrevista conductual y un cuestionario de estrategias de afrontamiento para personas con VIH, los cuales permiten recolectar los datos necesarios para llevar a cabo un adecuado análisis funcional en cada caso (Montgomery, 2010), comparar el caso de la persona evaluada con las definiciones que se presentan en el programa sobre cada estrategia de afrontamiento y determinar cuáles deben intervenir en cada caso, ya sea para desarrollarse o eliminarse.

En la propuesta de sesiones que se presenta después de la evaluación inicial, se establecieron algunos lineamientos generales para distribuir el proceso terapéutico de acuerdo al modelo cognitivo conductual emocional, con sus respectivas sesiones de evaluación inicial, intervención, evaluación final, cierre y seguimiento.

En cuanto a la intervención de las estrategias de afrontamiento, en lugar de proponer una intervención general por sesiones, se especificó el uso de técnicas para cada una de las estrategias de afrontamiento evaluadas. Debe considerarse que desarrollar este programa dentro del modelo de intervención cognitivo conductual emocional (Ramírez, 2003) implica la utilización de procedimientos empíricamente validados. Por esta razón, todas las técnicas utilizadas en este programa corresponden a aquellas que han sido ya utilizadas y recopiladas en manuales de atención y libros propios del modelo psicoterapéutico (Beck, 2000; Labrador y Cruzado, 2004; Buela-Casal, Caballo y Carrobbles, 1995; Caballo, 2005; Kazdín, 2000; Latorre y Beneit, 1994; Lega, Caballo y Ellis, 2002; Olivares y Méndez, 2001).

Se utilizaron cuatro grupos de técnicas: reestructuración cognitiva (Beck, 2000; Méndez, Olivares y Moreno, 2001), adquisición de habilidades (Beck, 2000; Caballo, 2005; Cruzado, 2004; Díaz, Comeche y Vallejo, 2004; Méndez y Beléndez, 1994; Méndez, Olivares y Ortigosa, 2001; Méndez, Olivares y Ros, 2001; Ospina y Restrepo, 2003; Pérez, 1994; Umaña y Mejía, 2008; Warner, 2005), solución de problemas (Becoña, 2004; D'Zurilla y

Goldfried, 1971; Marrero y Carballeira, 2002) y relajación (Beck, 2000; Labrador, de la Puente y Crespo, 2004; Méndez, Olivares y Quiles, 2001).

De estos cuatro grupos se detalló cómo utilizar las técnicas específicas para la intervención psicoterapéutica de cada estrategia de afrontamiento. Para la intervención de cada estrategia de afrontamiento se determinaron técnicas que abordan tanto lo cognitivo como lo conductual y lo emocional, aunque en la mayor parte de los casos los componentes emocionales se trabajan primero indirectamente a través de la intervención de los otros dos componentes.

El diseño de la intervención psicoterapéutica se realizó ubicando aquellas técnicas que responden a las necesidades de intervención identificadas para cada una de las estrategias de afrontamiento específicamente, de acuerdo al análisis funcional planteado en cada una. De esta manera se planteó para cada estrategia una línea de intervención a seguir. Dependiendo de cada caso, el/la profesional que realice la intervención elegirá las estrategias de afrontamiento que deben intervenir y consecuentemente la intervención propuesta para dichas estrategias.

Se dividió la intervención de las estrategias de afrontamiento entre funcionales, mixtas y disfuncionales. En el caso de las estrategias de afrontamiento funcionales, el propósito de la intervención se centró en propiciarlas o desarrollarlas dentro del repertorio de estrategias de afrontamiento de la persona. En el caso de las estrategias de afrontamiento mixtas, se plantearon propósitos de intervención dirigidos a propiciar el uso funcional de la estrategia en caso de que la persona no suela utilizarla o bien en extinguir el uso disfuncional de la estrategia y sustituirlo por una manera de utilizarla que resulte apropiado para la persona. Finalmente, en el caso de la intervención en estrategias de afrontamiento disfuncionales, el propósito establecido es la extinción del uso de estas estrategias de afrontamiento, propiciando que sean sustituidas por otras funcionales.

En cuanto a la valoración de la intervención y seguimiento, se resalta la importancia de evaluar los logros alcanzados con la intervención realizada para verificar la mejora después de la intervención (Kazdin, 2000). Se propone el uso del cuestionario de estrategias de afrontamiento para personas con VIH utilizado durante la evaluación inicial para comparar los



resultados al inicio y al final de la intervención. Además, se brindan lineamientos para realizar la sesión de cierre con la persona y establecer las posteriores sesiones de seguimiento.

Los principales aportes del programa de intervención diseñado radican en primer lugar, en identificar y detallar cuáles son las estrategias de afrontamiento a evaluar e intervenir. En segundo lugar, en determinar de qué manera se presentan estas estrategias de afrontamiento y cómo se desglosan sus componentes cognitivo, conductual y emocional de acuerdo a un análisis funcional general de cada una. En tercer lugar, determinar el propósito de intervención en cada estrategia y las técnicas para alcanzarlo.

Además, en este programa se pone en manifiesto la importancia del criterio profesional como un elemento clave de decisiones constantes sobre la dirección de la intervención psicoterapéutica a partir de la evaluación de las estrategias de afrontamiento. El programa establece que a partir de la evaluación inicial, es decisión profesional qué estrategias de afrontamiento intervenir, en qué orden y cómo poner en práctica las técnicas en función de la persona con la que está trabajando.

En el modelo cognitivo conductual emocional se debe contar con procedimientos clínicos para utilizar pero cada terapia debe ajustarse a los casos individuales (Caro, 2007). Siguiendo esta premisa, el programa de intervención psicológica no se diseñó como una fórmula única de aplicación uniforme a todas las personas con VIH que necesitan mejorar su afrontamiento. Al intervenir en estrategias de afrontamiento específicamente era necesario construir un programa de intervención que considerara el hecho de que al no existir una estrategia de afrontamiento única que vaya a ser funcional a todas las personas (Lazarus y Folkman, 1984/1986; Vargas, Cervantes y Aguilar, 2009) la intervención no podía ser idéntica en todos los casos.

Al contrario de algunas de las intervenciones para personas con VIH diseñadas dentro del modelo para ser aplicadas como un procedimiento único en los casos que lo ameriten (Alvarado, 2008; Chesney *et al*, 2003) o que determinan una intervención psicoterapéutica diferente en cada una de las fases de la infección (Nuñez *et al*, 2006), se realizó un diseño que permite adecuar la intervención psicoterapéutica a cada caso, de manera que se presentan

procedimientos específicos para intervenir cada estrategia de afrontamiento: no a todas las personas se les aplicará el mismo procedimiento trabajando todas las estrategias de afrontamiento, pero para todas las personas que necesiten trabajar la misma estrategia, existe una intervención diseñada para esa estrategia en específico.

Este tipo de diseño de intervención es beneficioso para el/la profesional y para las personas que van a recibir la atención, porque está construido de una manera flexible que se adecúa naturalmente al ritmo propio de cada caso. Por tanto, la intervención consiste en seguir el orden apropiado para evaluar cada caso y tomar decisiones pertinentes de acuerdo a la información de cada estrategia de afrontamiento brindada dentro del programa. Por esta razón el diseño del programa es para el uso individual. Un abordaje grupal permite abarcar una mayor cantidad de personas a la vez pero pierde esta posibilidad de adecuar la intervención a cada caso particular.

La intervención psicológica contemplada en el programa de intervención se desarrolla por tanto dentro de los supuestos compartidos por las intervenciones desde el modelo psicoterapéutico cognitivo conductual emocional (Fiorentino, 2006), puesto que los procedimientos planteados en el programa de intervención parten de que los pensamientos influyen en los procesos psicológicos y fisiológicos y de que pueden evaluar sus experiencias pasadas y aprendizajes previos, de manera que se plantean técnicas de reestructuración cognitiva que van a repercutir en las emociones y las acciones.

Al aplicar técnicas de adquisición de habilidades y entrenar a las personas en solución de problemas se parte de que las personas pueden aprender nuevos patrones de pensamiento, comportamiento y reacciones emocionales si las que ha aprendido previamente no eran adaptativas. Todas las técnicas parten de que la persona es un agente activo de su propio cambio, ya sea para reestructurar sus propios pensamientos, adquiriendo nuevas habilidades, aprendiendo a solucionar problemas o aprendiendo distintas técnicas de relajación.

Cabe resaltar que el programa de intervención psicológica planteado se compone de elementos esenciales del modelo cognitivo conductual emocional (Fiorentino, 2006) como lo son el refuerzo de comportamientos adaptativos y eliminación de los desadaptativos, el uso de

técnicas para establecer refuerzos contingentes que permitan el progreso en actividades diarias de manera gradual, aprendizaje de técnicas para el manejo de situaciones problemáticas aplicables en la vida cotidiana y reconocimiento de los comportamientos no saludable.

Otros principios con los que cumple el programa de intervención es que plantea la importancia de realizar un análisis funcional de cada una de las estrategias de afrontamiento, el uso de estrategias conductuales y cognitivas para modificar cogniciones, aplica técnicas verificadas empíricamente, plantea una terapia breve con un número de sesiones determinado según el caso, implica la colaboración terapeuta-paciente en las técnicas utilizadas y la posición directiva del terapeuta a lo largo de la aplicación sin dejar el trabajo conjunto con la persona (Ingram y Scott, 1990).

El programa de intervención diseñado no aborda directamente otros temas importantes en la atención de esta población como el tema de la adherencia, duelo, entre otros; porque se planteó una intervención particular y específica para el tema de afrontamiento. Para tratar estos otros temas ya existen acercamientos y propuestas; específicamente en el tema de la adherencia se pueden encontrar múltiples propuestas desde el modelo cognitivo conductual emocional (Ballester *et al*, 2001; Ballester *et al*, 2002; Ballester, 2003; Kelly y Kalichman, 2002; Marco, Knobel y Guelar, 2000; Piña *et al*, 2008; Remor, 2002; Spire *et al*, 2002).

Después del trabajo realizado y el contacto con las personas con VIH, se logró el objetivo que impulsó este trabajo: aportar un insumo a la atención psicoterapéutica de las personas con VIH, una atención que busque fomentar el bienestar y la lucha constante de estas personas para mejorar su calidad de vida. Esto se logró al diseñar una intervención que se enfoca exclusivamente en el trabajo de las estrategias de afrontamiento, pero que puede ser integrado a la atención psicoterapéutica que se le brinde a la persona con VIH y no necesariamente que sea la única intervención que se realice con esta. El objetivo principal de cualquier intervención será siempre ayudar a la persona a lograr el equilibrio necesario para que la persona siga su vida.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos planteados en la presente investigación, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- ✓ Se identificaron 6 estrategias de afrontamiento funcionales utilizadas por las personas con VIH: ocultar estratégicamente el diagnóstico, lucha por el bienestar, reevaluación positiva, afrontamiento espiritual, búsqueda de apoyo y búsqueda de información.
- ✓ Además de las estrategias de afrontamiento funcionales, se identificaron tres estrategias de afrontamiento que se clasificaron como mixtas, ya que en ocasiones se utilizan de manera funcional y en otras, de manera disfuncional. Estas estrategias de afrontamiento mixtas son: afrontamiento religioso, negación y evitación.
- ✓ Se identificaron tres estrategias de afrontamiento disfuncionales: rumiación-fatalismo, dependencia y conductas de riesgo.
- ✓ Se deben fomentar las estrategias de afrontamiento funcionales para que sean utilizadas en lugar de las disfuncionales, pero hay aspectos de las estrategias de afrontamiento disfuncionales que deben trabajarse directamente para eliminarlas, por lo tanto es necesario identificar ambos tipos de estrategias. Además, cuando se presentan estrategias de afrontamiento mixtas de una manera disfuncional se puede intervenir para que la persona aprenda a utilizarlas de manera funcional.
- ✓ Se determinó que era necesario diseñar un programa de intervención psicoterapéutica flexible que permita al profesional considerar desde su criterio las diferencias de cada caso para estructurar la intervención. Si bien la evaluación es imprescindible en cualquiera intervención psicoterapéutica, en el trabajo de estrategias de afrontamiento es fundamental para conocer cuáles utiliza la persona y si le están resultando funcionales; para decidir cuáles deben trabajarse y de qué manera.
- ✓ Aunque el programa de intervención se oriente particularmente al afrontamiento de situaciones asociadas a ser una persona con VIH, las herramientas que se le brindan a la persona a través de este trabajo psicoterapéutico son de utilidad para enfrentar

situaciones estresantes en todas las esferas de su vida. Se asume a la persona en su integralidad y no sólo como la intervención del afrontamiento a una enfermedad, pretendiendo que las habilidades aprendidas en la intervención se generalicen a otras situaciones de su vida.

- ✓ El programa de intervención elaborado tiene un marco referencial con conceptos básicos que lo hacen accesible para que lo apliquen personas que no estén necesariamente familiarizadas con el trabajo con personas con VIH o con la intervención psicoterapéutica utilizando el modelo cognitivo conductual emocional. Además, caracteriza la población en cuanto a las dificultades que enfrenta, así como las estrategias de afrontamiento que van a evaluarse e intervenir de manera que quien lo vaya a utilizar tenga un panorama claro sobre ambos aspectos y pueda estructurar la intervención con mayor facilidad, logrando mayor bienestar para la persona.
- ✓ Se diseñó el programa de intervención psicoterapéutica siguiendo la estructura propia del modelo psicoterapéutico cognitivo conductual emocional. El programa contiene las secciones de evaluación inicial, propuesta de sesiones, intervención de las estrategias de afrontamiento y valoración de la intervención y seguimiento. Esto ayuda a que sea un documento claro y comprensible, además de ordenado y fácil de seguir aun si no se poseen conocimientos extensos sobre el modelo.
- ✓ En la intervención de las estrategias de afrontamiento se detalló el propósito de la intervención para cada una de ellas y se plantea la manera de utilizar cada una de las técnicas. Esto brinda la posibilidad de utilizar otras técnicas que se consideren necesarias y que igualmente busquen cumplir el propósito de la intervención, además de aclarar porqué se utilizan las técnicas propuestas y cómo responden al propósito de cada una de las estrategias de afrontamiento para las que fueron propuestas.
- ✓ El afrontamiento implica una respuesta de la persona a algo que ha valorado como una amenaza. Las estrategias de afrontamiento funcionales identificadas parecen responder en parte a la amenaza que implica el medio social más que la infección por VIH en sí, lo cual fue considerado a la hora de plantear la intervención en cada estrategia. De esta manera, se hace necesario fomentar estrategias de afrontamiento como ocultar estratégicamente el diagnóstico que permite a las personas enfrentar y controlar las

consecuencias del medio. Otras estrategias de afrontamiento funcionales identificadas en la investigación también responden al menos en parte al ámbito social, en particular a los mitos que se manejan sobre la infección. Estos mitos pueden producir reacciones negativas de parte de las personas que podrían formar las redes de apoyo, lo que debe considerarse al fomentar la estrategia de búsqueda de apoyo. Así mismo las personas con VIH, al venir del mismo medio social, manejan los mismos mitos, lo que hace necesario que se fomente la búsqueda de información, ya que esta no se encuentra disponible en la sociedad y la reevaluación positiva para corregir las ideas erróneas que estos mitos generan sobre la infección y sus consecuencias. Asimismo, estas ideas erróneas afectan el proyecto de vida de la persona y sus creencias con respecto al tratamiento, lo que debe considerarse al fomentar la estrategia de lucha por el bienestar.

Además de estas conclusiones relacionadas directamente con el diseño del programa de intervención, fue posible llegar a otras conclusiones que deben considerarse al trabajar con esta población:

- ✓ La población de personas con VIH es heterogénea y dentro de ella se encuentran grupos en situación de vulnerabilidad que presentan otros problemas además de la infección por VIH, como lo son el nivel educativo bajo, condición socioeconómica baja, discriminación por su preferencia sexual, mujeres victimizadas por su rol de género, condiciones difíciles de migración, entre otros, de manera que deben enfrentar varias discriminaciones a la vez junto a la sufrida por tener VIH.
- ✓ La diferencia entre los distintos subgrupos de personas con VIH está, además de en las otras dificultades que enfrentan, en los recursos con los que cuentan para hacer frente a las dificultades y para realizar los cambios necesarios en los estilos de vida. Sin embargo, más allá de sus recursos, todas las personas con VIH tienen que ocultar su diagnóstico de manera estratégica según los ámbitos en los cuales se desenvuelvan, tienen que reelaborar el proyecto de vida de acuerdo a los cambios que sean necesarios por tener VIH, tienen que desarrollar adherencia al tratamiento para enfrentar la infección, necesitan cambiar pensamientos erróneos sobre la enfermedad, buscar apoyo de otras personas e informarse sobre la infección y su desarrollo.

- ✓ Las personas con VIH pueden mostrarse abiertas a hablar y compartir sus experiencias pues en muchos casos tienen necesidad de contar sus vivencias, lo que puede ser muy enriquecedor para cualquier investigación. Sin embargo, no es una población a la que sea fácil acceder porque suelen reunirse en grupos cerrados que guardan la confidencialidad de la condición de salud de sus integrantes. Además, en algunos casos resulta una población altamente demandante que colabora pero también espera que se les solucione alguno de los problemas que enfrentan.
- ✓ Los/as profesionales en el área de la salud deben informarse sobre las dificultades que la población de personas con VIH enfrenta y las características específicas que implican afrontar esta enfermedad. Sin importar la disciplina desde la cual se aborde la atención, el ámbito social debe ser considerado, ya que la vivencia de la infección, la evaluación de la situación de la persona y la intervención que se brinde están atravesadas por la percepción social de la enfermedad que maneja la persona con VIH, su medio y el/la profesional.
- ✓ A pesar de que los adelantos en la medicina y el tratamiento permiten considerar la infección por VIH como una enfermedad crónica, todavía se maneja en la sociedad la idea de que es una enfermedad terminal e incluso un castigo. Aunque las intervenciones que se realizan en el presente abordan la infección desde la perspectiva del tratamiento de una enfermedad crónica, esta información no se ha expandido a la población en general que sigue pensando en su mayoría en el VIH como una sentencia de muerte. La información está aislada en manos de las personas que tienen el virus y están informadas sobre este, así como en los/as profesionales que trabajan con la población.
- ✓ Al estudiar las dificultades que enfrentan las personas con VIH y las estrategias de afrontamiento que tienen que utilizar, se evidencia una falta de sensibilización en la población general sobre qué es lo que viven y padecen estas personas, por lo que subsisten mitos que hacen del diagnóstico de VIH positivo una noticia con connotaciones negativas más allá de lo que implica realmente para la salud de la persona y propician una serie de dificultades extra a las complicaciones de salud debidas a la infección.

- ✓ Es necesaria una mayor implicación de la Psicología en la atención de las personas con VIH. En general, hay poca difusión de los trabajos que están realizándose desde la disciplina en el tema, poca articulación en la atención psicológica que se brinda a la población y poca investigación sobre la intervención psicoterapéutica con personas con VIH. Otras disciplinas, como Trabajo Social han asumido la atención de la población en aspectos que deben ser abordados desde la Psicología, lo cual consiste en un problema desde el mismo abordaje institucional de la problemática, al no contar dentro de la CCSS con plazas para Psicología en todas las clínicas de atención a las personas con VIH donde se realiza el abordaje interdisciplinario de la población.

Finalmente, en cuanto a la metodología utilizada se concluyó lo siguiente:

- ✓ El alcance de la investigación fue planteado como descriptivo. Sin embargo, el nivel descriptivo se alcanzó al caracterizar las estrategias de afrontamiento y clasificarlas. Al realizar el programa de intervención se trascendió este alcance, estableciendo relaciones entre las características definidas para cada estrategia de afrontamiento y la intervención apropiada para cada una de ellas.
- ✓ La metodología utilizada resultó funcional para los propósitos de la investigación. Acudir a dos fuentes de información permitió recolectar una gran cantidad de información pertinente y valiosa para los objetivos planteados. Asimismo, el uso de un enfoque mixto resultó apropiado ya que el uso de técnicas cualitativas con los/as profesionales permitió ahondar en la información que podían brindar, así como el uso de técnicas cuantitativas con las personas con VIH permitió abordar un mayor número de casos y así conocer mejor las estrategias de afrontamiento utilizadas por la población estudiada. De haber utilizado solo un tipo de técnicas con ambas poblaciones se hubiera perdido *información relevante, limitando el desarrollo del programa de intervención.*



## CAPÍTULO VI

### RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

#### *Recomendaciones*

De acuerdo al análisis realizado de los resultados obtenidos, se lograron identificar necesidades en diferentes ámbitos relacionados con la situación de las personas con VIH a los que no se podía responder dentro de los objetivos de esta investigación.

A continuación se presentan, en primer lugar, las recomendaciones dirigidas al sistema de salud y a las instituciones que atienden a personas con VIH, en segundo lugar a los/as profesionales en Psicología y por último recomendaciones a futuras investigaciones sobre el tema.

Se recomienda lo siguiente al sistema de salud y las instituciones que trabajan con personas con VIH:

- ✓ Es necesaria una mayor sensibilización de la población en general sobre cuál es la realidad que viven las personas con VIH. Esto implica dar a conocer las dificultades que deben enfrentar a raíz de su condición de salud. De esta manera, podría cambiarse la idea de que el VIH es una sentencia de muerte por la realidad de la vivencia día a día de la infección, lo cual puede tener implicaciones incluso en las campañas de prevención, dejando de lado las campañas de miedo a la muerte, para dar paso a una población educada sobre las consecuencias reales de contraer el virus. A su vez, permitiría que las personas que contraigan la infección no se encuentren con la dificultad añadida de tener que modificar pensamientos y conocimientos erróneos con respecto a lo que consiste ser una persona con VIH.
- ✓ Aunque existen profesionales con un alto grado de sensibilidad y compromiso para con la población de personas con VIH/sida; todavía se debe continuar sensibilizando a otros/as profesionales para ver más allá de su infección y realizar una intervención integral que considere las implicaciones de la infección en todas las esferas de la vida.

Cualquier persona que vaya a trabajar con personas con VIH debe conocer el tipo de dificultades que debe enfrentar la población, tanto en lo social como en el desarrollo de infección y tratamiento. Además, esta sensibilización debe darse no solamente de manera individual a los/as profesionales, sino que debe extenderse al funcionamiento de las instituciones en general.

- ✓ Es necesario generar una mayor articulación entre los/as profesionales que atienden a la población de personas con VIH, en particular una mayor uniformidad en la atención e información que se brinda en las distintas instituciones. De esta manera, se facilitaría la referencia de las personas con VIH a otras instituciones de acuerdo a sus necesidades, aprovechando de mejor manera los recursos disponibles.
- ✓ Una mayor difusión de las intervenciones que se están realizando y los servicios que se brindan a las personas con VIH facilitarían la generación de nuevas ideas y posibilidades de desarrollo en la atención de la población así como enriquecería el trabajo que se realiza en los distintos lugares. Asimismo, es necesaria una mayor difusión de las investigaciones realizadas sobre la temática para evitar redundar sobre los mismos temas y generar así más avances.
- ✓ Se deben abrir más espacios en la CCSS y otros lugares disponibles para que la Psicología ponga sus conocimientos en función de generar bienestar y una mejor calidad de vida para estas personas.

Además, se realizan las siguientes recomendaciones para los/as profesionales en Psicología:

- ✓ Es necesario que se realice más trabajo con la población desde las distintas ramas de la Psicología. La infección por VIH atraviesa de manera transversal todas las áreas de la vida de una persona por lo que el trabajo posible desde la disciplina psicológica es amplio.
  - El VIH no es una problemática exclusivamente del interés de la Psicología Clínica o la Psicología de la Salud, sino que debe ser abordada también desde la Psicología Social, la Psicología Educativa y muchas otras áreas. Las

implicaciones sociales alrededor de esta infección que fueron identificadas en esta investigación y han sido señaladas recurrentemente en distintos trabajos sobre el tema, hacen necesario un trabajo no solo ligado con la población con VIH sino a la población en general, no enfocada solo en la prevención. Es necesario un cambio en los conceptos que maneja la sociedad sobre la infección, los cuales podrían abordarse desde distintos ámbitos de aplicación de la Psicología Social. Asimismo, esto convierte el VIH en un tema de interés para todas las Ciencias Sociales, no solamente aquellas que usualmente se relacionan con el ámbito de la salud. Por lo tanto, es necesario que tanto profesionales en Psicología como en otras disciplinas aborden el tema del VIH para lograr un cambio social que mejore las condiciones de la población.

- Desde el área de la salud, es necesario un mayor desarrollo en el área de la intervención psicoterapéutica donde otras disciplinas se han hecho cargo de atender situaciones y problemáticas en las que la Psicología debe hacer un aporte.
- Se debe motivar la sistematización y publicación de los esfuerzos que se han realizado y se realizan desde la práctica de la Psicología con las personas con VIH, pues a pesar de que en algunos lugares se da la intervención es poco el material actualizado en el contexto costarricense que se encuentra disponible al respecto.
- Es necesario fomentar la investigación desde la Psicología con respecto a las problemáticas de las personas con VIH, ya sea para realizar aportes desde la prevención, la intervención u otras áreas. Desde las mismas universidades podría impulsarse un mayor interés hacia las dificultades que enfrentan las personas con VIH y abrir espacios coordinando con las instituciones que llegan a esta población y no cuentan con suficientes recursos profesionales para abordarla.

Finalmente, se realizan las siguientes recomendaciones para futuras investigaciones:

- ✓ Sería conveniente realizar una segunda valoración por expertos incluyendo a profesionales de otras disciplinas que trabajan con la población aspectos como los abordados en este programa de intervención, pues el diseño pretende poder ser utilizado por personas de otras disciplinas con conocimientos sobre salud mental. De esta manera, podría realizarse cualquier ajuste que fuera necesario para este fin.
- ✓ Es necesario realizar una validación empírica del programa de intervención psicoterapéutica diseñado en el presente trabajo una vez realizada la valoración por expertos y las correcciones señaladas por estos. De esta manera, se podrá respaldar la propuesta realizada con resultados concretos de intervención.
- ✓ Además de realizar investigaciones y trabajos sobre la intervención con las personas con VIH, se localizó la necesidad de desarrollar trabajos con los/las profesionales del área de la salud para sensibilizarlos sobre la situación que viven las personas con VIH, en especial aquellos cuyo trabajo no implica contacto directo y continuo con la población. Al parecer, los mitos sobre la infección persisten dentro del personal de salud lo que repercute en la atención que recibe esta población.

### *Limitaciones*

El presente trabajo de investigación contó con una serie de limitaciones que se detallan a continuación. En primer lugar se numeran aquellas que incidieron sobre los resultados obtenidos y en segundo lugar, aquellas que se salvaron metodológicamente para poder concluir el trabajo. Estas limitaciones deben ser tomadas en cuenta al trabajar con la misma población y/o utilizar una metodología similar a la de esta investigación.

En cuanto a las limitaciones que deben considerarse sobre los resultados de la investigación, se presentaron las siguientes:

- ✓ Hubo dificultad para acceder a datos actualizados de las instituciones que trabajan con la población, ya sea porque han desaparecido por falta de apoyo o porque carecen de sistematización del trabajo que realizan. Asimismo, fue difícil acceder a estadísticas sobre la población.
- ✓ La población no se localiza con facilidad y no todas las personas están anuentes a participar de este tipo de investigación compartiendo su experiencia personal, por lo que el volumen de la muestra no podía ser mayor.
- ✓ Las clínicas de atención a personas con VIH de la Caja Costarricense de Seguro Social no cuentan en su mayoría con profesionales en Psicología, por lo que el contacto con las dos profesionales de esta área que se necesitaban fue necesario hacerlo por medio de referencias de instituciones que trabajan con personas con VIH. Por esta razón, las entrevistas con las profesionales en Psicología se efectuaron en ámbitos de atención diferentes a las realizadas con profesionales de Medicina, Enfermería y Trabajo Social.
- ✓ No fue posible realizar una validación empírica del programa diseñado dentro de las condiciones de esta investigación, por lo que la *construcción racional-empírica realizada* necesita todavía ser llevada a la práctica.
- ✓ No fue posible diseñar árboles detallados para la toma de decisiones en la evaluación como sugirió una de las profesionales que revisó el documento, pues es necesario un mayor trabajo e investigación de casos para poder definirlos.

- ✓ El programa diseñado está dirigido a la población en general y no aborda aspectos específicos de poblaciones con problemáticas particulares, adecuación que tendrá que realizar el/la profesional que utilice el programa de acuerdo a los casos que deba atender.
- ✓ Los instrumentos de evaluación diseñados en el programa aún no han sido validados.

En cuanto a las limitaciones para la ejecución de la presente investigación se enfrentaron que fueron solventadas para obtener los resultados requeridos, se presentaron las siguientes:

- ✓ La valoración del cuestionario de juicio de expertos que se aplicó a personas con VIH se extendió más de lo planificado por el tiempo invertido en la evaluación y devolución del documento.
- ✓ El tiempo invertido en las entrevistas con los/as profesionales se extendió debido a que, si bien estaban anuentes a colaborar, las citas eran programadas para aproximadamente un mes después del contacto y en varias ocasiones fueron canceladas y reprogramadas por los/as profesionales debido a sus obligaciones.
- ✓ El tiempo de aplicación del cuestionario con personas con VIH para alcanzar un número de cuestionarios suficiente para el análisis que se iba a realizar con estos fue extenso. Fue necesario encontrar lugares que estuvieran anuentes a participar y que cumplieran con los requisitos buscados en la población, así como invertir tiempo para los trámites a lo interno de cada institución para obtener los permisos y coordinar la aplicación. Esto se complicó debido a que la primera institución con la que se iba a trabajar no contaba con información actualizada para contactar con las instituciones que atienden a las personas con VIH, por lo que fue necesario buscarlas de manera independiente.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abbas, A., Lichtman, A.&Pober, J. (2000).*Inmunología celular y molecular*. Madrid: McGraw Hill Interamericana
- Alfaro, J. & Soto, N. (2006).*Estudio sobre la atención en enfermería en el entrenamiento en relajación para el manejo del estrés en una población con VIH/sida. Fundación Hoy por ti, San José, Costa Rica*. (Tesis para optar por el grado de licenciatura en Enfermería).Universidad de Costa Rica
- Alvarado, E. (2008). *Práctica del profesional de psicología de la salud en la Clínica de Coronado, Caja Costarricense de Seguro Social*.(Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Postgrado de Psicología para optar al grado de Magister en Psicología de la Salud). Universidad de Costa Rica
- Álvarez, L., González, P., Núñez, J., González, J., Álvarez, D. & Bernardo, A. (2007). Desarrollo de los procesos atencionales mediante “actividades adaptadas”. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 211-217.
- Amigo, I. (2000).*El Precio Biológico de la Civilización*. Madrid: Celeste Ediciones S.A.
- Andrade, L. & Araya, J. (2006). Implicaciones personales y socio familiares del VIH/sida según la percepción de las mujeres seropositivas usuarias de la Clínica del sida del Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas: Localidades de Puntarenas, Monteverde y Nicoya. (Tesis para optar por el grado de licenciatura en Trabajo Social).Universidad de Costa Rica

- Arranz, P. (1994). Intervención psicológica en niños y adultos afectados de SIDA. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 47 (2), 183 – 191.
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1998). Ley general sobre el VIH/SIDA. Veto No. 7771 29 de Abril de 1998.
- Asociación Costarricense de personas que viven con VIH y SIDA (ASOVIH-SIDA) (1995). *Consejos en prevención al VIH y SIDA*. Panfleto informativo. Servicios Gráficos del Valle S.A.
- AVERT (2010). History of AIDS up to 1986. Recuperado el día 8 de Febrero del 2010, de <http://www.avert.org/aids-history-86.htm>
- Bablin, E.&Ironson, G., Solomon, G. (1999). Strees and coping: the psychoneuroimmunology of HIV/AIDS. *BaillièreClinicalEndocrinology and Metabolism*, 13 (4), 615-633.
- Balcázar, P., Gurrola, G., Bonilla, M., Vírseda, J. (2011) Adaptación de la escala de afrontamiento al estrés. *12 Congreso Virtual de PsiquiatríaInterpsiquis*. Recuperado el día 24 de Junio del 2011, de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2555/1/14conf5850238.pdf>
- Ballester, R. (2003). Eficacia de un programa de intervención grupal cognitivo-comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y al estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA. *Psicothema*, 15 (4), 517-523.
- Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de psicología y psicopatología clínica*, 10, 53-69.



- Ballester, R., Campos, A., García, S. & Reinoso, I. (2001). Variables Moduladoras de la Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Infección por VIH. *Revista Psicología Conductual*, 9 (2),517- 523.
- Ballester, R., García, S., Reinoso, I.& Campos, A. (2002) Gender differences in adherence to treatment and illness behavior in HIV/AIDS patients: an exploratory study in Spain.*International Journal in Psychology and psychological therapy*, 2 (2),219-253.
- Bartlett, J. &Finkbeiner, A. (1996).*Guía para Vivir con VIH y SIDA*(ed. rev.). México: Editorial Diana.
- Beck, J. (2000).*Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. España: Editorial Gedisa.
- Becoña, E. (2004). Técnicas de solución de problemas. En Labrador, F.Cruzado, J& Muñoz, M. (Eds.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*(pp.710-743). Madrid:EdicionesPirámide.
- Begelman, D. (1982).Professional and Legal Issues in Behavioral Medicine.En Doleys, D., Meredith, R.&Ciminero, A. (Eds.).*Behavioral Medicine.Assessment and treatment strategies*(pp.1-18).New York: PlenumPress.
- Benavides, L. (2006). Propuesta de un manual de intervención psicológica dirigido a profesionales en psicología para desarrollar adherencia a la terapia antiretroviral en personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): un aporte desde la perspectiva cognitiva conductual. (Tesis para optar por el grado de licenciatura en psicología).Universidad Católica, Costa Rica.

- Benjamin, J& Gutiérrez, F., Ruiz, R. (1996) Implicaciones psicosociales del SIDA en la familia: un estudio cualitativo de casos. Universidad de Costa Rica (Tesis para optar por el grado de licenciatura en trabajo social).
- Bryce, C. (2001). *Insights into the concept of stress*. Washington: Pan American Health Organization.
- Caballo, V. (2005).*Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Caballo, V, Buela-Casal, G&Carrobes, J. (Eds.). (1995).*Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. (pp.407-450). España: Siglo XXI.
- Calderón, J. (1999). El diagnóstico positivo al VIH como suceso precipitante de crisis para hombres gay. *Revista Costarricense de Psicología*, (27), 59 – 70.
- Campos, M., Iraurigui, J., Páez, D.& Velasco, C. (2004) Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes. Un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, (82),25-44.
- Campos, A. & Zúñiga, I. (2002). Estrategias de Intervención del (la) profesional en Trabajo Social en la atención de las Necesidades Humanas del Privado de Libertad Portador de VIH o Enfermo de sida. (Tesis para optar por el grado de licenciatura en Trabajo Social).Universidad de Costa Rica
- Cano, F., Rodríguez, L., García, J. (2006). Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI). Recuperado el 27 de junio de 2011 de <http://personal.us.es/fjcano/drupal/files/csi.pdf>
- Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J., González, H. &Iruarrizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias, *Anales de psicología*, 10(2), 145-156.

- Cano, E., Quiceno, J., Vinaccia, S., Gaviria, A., Tobón, S & Sandín, B. (2006). Calidad de vida y factores psicológicos asociados en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Universidad de Psicología de Bogotá*, 5 (3), 515-520.
- Carlson, N. (1996). *Fundamentos de psicología fisiológica*. México: Editorial Prentice Hall Hispanoamérica.
- Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Carrasco, I. (2004). Terapias racionales y de reestructuración cognitiva. En Labrador, F., Cruzado, J. & Muñoz, M. (Eds.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 667-709). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Carrobbles, J. (1995). Estrés y trastornos psicofisiológicos. En Caballo, V, Buela-Casal, G & Carrobbles, J. (Eds.) *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. (pp. 407-450). España: Siglo XXI.
- Carrobbles, J. (2001). Prólogo. En Olivares, J. & Méndez, F. (Ed.) *Técnicas de modificación de conducta* (3ª.ed.). Madrid: Editorial Biblioteca nueva.
- Carrobbles, J., Remor, E. & Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Revista Psicothema*, 15, (3), 420 – 426.
- Casado, F. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas, *Apuntes de Psicología*, 20, 403 – 414.

- Castillo, R. & Ugaldá, S. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas en torno a la sexualidad y el VIH/SIDA en adolescentes de una zona rural del cantón de Turrialba. (Tesis para optar por el grado de licenciatura en psicología). Universidad de Costa Rica
- Castro, G. (2007). Indicadores revelan éxito en control y tratamiento aplicado por CCSS en pacientes con SIDA. Caja Costarricense de Seguro Social. Recuperado el 19 de febrero de 2009, de [http://www.ccss.sa.cr/html/comunicacion/noticias/2007/11/n\\_415.html](http://www.ccss.sa.cr/html/comunicacion/noticias/2007/11/n_415.html).
- Castro, L& Ángel de Greiff, E. (1998). Formulación clínica conductual. En: Caballo, V. (Ed.) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 2 Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación. Madrid: Siglo XXI.
- Castro, G. & Gutiérrez, A. (1997). Análisis de intervención en trabajo social utilizados en la atención de personas VIH/SIDA y sus familias (basado en experiencias profesionales). Universidad de Costa Rica (Tesis para optar por el grado de licenciatura en trabajo social).
- Castro, R. Eroza, E. Orozco, E. Manca, M. Hernández, J. (1997). Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar. *Salud Pública*, 39, 32-43.
- Celina, H. & Campo, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de psiquiatría*, (04), 572-580.
- Céspedes, C. & León, S. (1992) *Enfoque no directivo y trabajo social de grupo. Una alternativa de intervención con pacientes seropositivos y con SIDA*. (Tesis para optar por el grado de licenciatura en trabajo social).Universidad de Costa Rica.

- Chesney, M., Chambers, D., Taylor, J., Johnson, L. & Folkman, S. (2003). Coping effectiveness training for men living with HIV Results From a Randomized Clinical Trial Testing a Group-Based Intervention. *Psychosomatic Medicine*, (65), 1038–1046.
- Coffey, A. & Atkinson, P. (2003). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J. & Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta colombiana de psicología*, 10 (2), 169-179.
- Coolican, H. (1990/1994). *Métodos de investigación y estadística en psicología*. México: Manual Moderno.
- Cova, F., Rincón, P. y Melipillán, R. (2009). Reflexión, Rumiación negativa y desarrollo de la sintomatología depresiva en adolescentes de sexo femenino. *Terapia Psicológica*, 27(2), 155-160.
- Cruzado, J. (2004). Técnicas de modelado. En: Labrador, F., Cruzado, J. & Muñoz, M. (Eds.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 594-627). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cubas, D., Espinoza, G., Galli, A. & Terrones, M. (2004). Intervención cognitivo-conductual en un grupo de pacientes mujeres con dependencia afectiva. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 5(2), 81-90.
- D`Zurilla, T., Goldfried, M. (1971) Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107-126.

- Davis, M., Méndez, M., Ulate, M. & Ulate, V. (1989). Repercusiones sociales del SIDA y el papel del trabajador social. (Tesis para optar por el grado de licenciatura en Trabajo Social). Universidad de Costa Rica
- De Mézerville, C. (2008) Síndrome de Burnout y estilos de afrontamiento en psicólogos y psicólogas clínicos: una aproximación cognitivo conductual emocional. Universidad de Costa Rica (Tesis para optar por el grado de licenciatura en psicología).
- De Prado, C, Viteri, A. & Fuente, N. (2003). Aspectos psicológicos del paciente con cáncer, *Gaceta Médica de Bilbao*, 100(1), 28-31.
- Díaz, M., Comeche, M. & Vallejo, M. (2004). Técnicas de autocontrol. En Labrador, F., Cruzado, J. & Muñoz, M. (Eds.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 577-593). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Díaz, G. & Yaringaño, J. (2010). Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. *Revista de investigación en psicología*, 13 (1), 69-86.
- Doleys, D., Meredith, R. & Ciminero, A. (Eds.) (1982). *Behavioral Medicine. Assessment and treatment strategies*. New York: Plenum Press.
- Durán, A. (2004). Conocer el impacto del contagio sexual y colateral del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) en el plan de vida y en la autopercepción (cognitiva y emocional) de varones homosexuales y mujeres heterosexuales con pareja. (Tesis para optar por el grado de licenciatura en psicología). Universidad Católica, Costa Rica
- Escobar-Pérez, J. & Cuervo-Martínez, A., (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances de medición*, 6, 25-34.

- Espada, J., Lloret, D., García, J., Gázquez, M. & Méndez, X. (2006). Psicología y SIDA: estrategias de prevención y tratamiento. En: Oblitas, L. *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp. 399-417). México: Internacional Thompson Editores.
- Espada, J.P., Olivares, J. y Méndez, F.X. (Coord.). (2005). *Terapia Psicológica. Casos prácticos*. Madrid: Pirámide
- Figuroa, M., Contini, N., Lacunza, A., Levín, M. & Suedan, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de psicología*, 21(1), 66-72.
- Fiorentino, M. (2006). Conductas de la salud. En Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp. 57 - 81). México: Internacional Thompson Editores.
- Fiorenza, A. & Nardone, G. (2004). *La intervención estratégica en los contextos educativos: Comunicación y "problem-solving" para los problemas escolares*. Barcelona: Herder Editorial, S.L.
- Flores, E., Borda, M. & Pérez, M. (2006). Estrategias de Afrontamiento en varones con SIDA, con antecedentes de politoxicomanía y en situación de exclusión social. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 285-300.
- Flores, E., Borda, M. & Pérez, M. (2006). Estrategias de Afrontamiento en varones con SIDA, con antecedentes de politoxicomanía y en situación de exclusión social. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 285-300.
- Folkman, S. (1997) Positive psychological states and coping with severe stress. *Social, Science and Medicine*, 45 (8), 1207-1221.

- Folkman, S. (2008) The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress & Coping*, 21 (1), 3-14.
- Folkman, S. (2010) Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, 19, 901-908.
- Font, A. & Cardoso, A. (2009).Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología* 6 (1), 27-42.
- Frajman, M. (1992). Aspectos sociales del SIDA. *Revista de Ciencias Sociales*,(58)7-10.
- Freeman, A. (1992) The Development of Treatment Conceptualizations in Cognitive Therapy. En A. Freeman, & F. Dattilio. (Eds.) *Comprehensive casebook of cognitive therapy* (pp.13-23). New York: Plenum Press
- Fundación Americana de Asistencia para la salud (2011) Atención para el cuidador: cómo manejar la tensión. Recuperado el 27 de setiembre del 2011 de [www.ahaf.org](http://www.ahaf.org).
- Gabinete Psicopedagógico UGR.(2001).Estrés. Panfleto informativo. Universidad de Granada. Recuperado el 20 de enero del 2010 de la página [www. Ugr.es](http://www.ugr.es).
- García, H., Carpe, S., Rodríguez, L., Govín, C. & Masjuan, Y. (2009). Caracterización de los afrontamientos personales exitosos en pacientes con VIH. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 6 (3); Recuperado el 15 de junio del 2011 de <http://www.revistahph.sld.cu/hph0309/hph02309.html>.
- Garita, C. & Villalobos, M., (2000). Factores psicosociales asociados a la percepción que tienen las personas que viven con VIH/SIDA sobre sus derechos humanos. Instituto de Investigaciones Psicológicas – Fundación vida. San José.



- Gaviria, A., Quiceno, K., Vinaccia, S., Martínez, L. & Otalvaro, M. (2009). Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/sida. *Terapia psicológica*, 27(1),5-13.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Quiceno, J., Martínez, K., Yépes, M., Echevarría, C., Contreras, F. & Pineda, R. (2006). Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de fibromialgia. *Psicología y salud*, 16 (2),129-138.
- Godoy, J. (1995). Medicina Conductual. En Caballo, V. (Ed.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp.871-890). Madrid: Siglo Veintiuno.
- Gómez de la Concha, E., Boimorto, R. & Fernández, L. (1995). Curso monográfico: Inmunología Básica. Guatemala: Hoechst.
- Gómez, F. & Marini, M. (2011). Estudio de detección de anticuerpos contra VIH en los municipios de Córdoba, Cuitláhuac, Chocaman, Omealca y Potrero, del estado de Veracruz. (Tesis para optar por el título de químico farmacéutico). Universidad Veracruzana, México.
- González, J. (1994) Estrés, homeostasis y enfermedad. *Psicología Médica*, 1-7.
- González, J. (2003) *El sistema inmune y el SIDA*. Facultad de farmacia: UAEM. Recuperado el 23 de enero del 2007 de: <http://www.cib.uaem.mx/agebiol/pr03.htm>
- González, T. (2004). Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*7,(2),19-29.
- González, T. (2005). Psicología, salud y religión. *Psicología América Latina*,(4) recuperado el día 3 de agosto del 2011 de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870-350X2005000200006&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870-350X2005000200006&script=sci_arttext)

- González, A. & Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México. *Universitas Psychologica*, 5(3), 501-509.
- Güell, A. (1999). Experiencia terapéutica grupal para personas VIH/SIDA homosexuales. Un aporte desde la perspectiva cognoscitiva. (Informe de sistematización de la residencia práctica para optar por el título de magistral en trabajo social con énfasis en intervención terapéutica.) Universidad de Costa Rica
- Güell, A. (2002). La adherencia al tratamiento antirretroviral en personas VIH/sida. Un abordaje desde la perspectiva del Trabajo Social. *Revista de Trabajo Social*, (64), 7-23.
- Gutiérrez, B. (1992). SIDA y homosexualismo: dimensiones de la personalidad, la historia vital y medioambientales vinculados al SIDA, al estrés y a los procesos cognoscitivos en hombres homosexuales del área metropolitana. (Tesis para optar por el grado de licenciatura en psicología). Universidad de Costa Rica
- Gutiérrez, B. (1994). Estrategias de afrontamiento al SIDA y dimensiones de personalidad. *Revista de Ciencias sociales* (66), 95-105.
- Hall, V. (2003). Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) Terapia antiretroviral. Universidad de Costa Rica: Centro Nacional de Información de Medicamentos.
- Hernández, O. (2009). *Estadística elemental para Ciencias Sociales* (3ª. ed.). San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: MacGraw-Hill Interamericana.

- Hidalgo, R & Flores, M. (1992). El autoritarismo en la vida cotidiana: SIDA, homofobia y moral sexual. *Revista de Ciencias Sociales*. (58), 35-44.
- Hotz, S., Kapstein, A., Pruitt, S., Sánchez-Sosa, J. & Willey, C. (2003). Behavioral mechanism explaining adherence: what every health professional should know. En Sabate (Ed). *Adherence to Long term therapies: evidence for action* (pp. 135-149). Génova: WorldHealthOrganization.
- Igartua, J. & Paez, D. (1998). Validez y fiabilidad de una escala de empatía e identificación con los personajes. *Psicothema*, 10(2), 423-436.
- Ingram, R. Scott, W. (1990) Cognitive behavior therapy. En A. Bellack, M. Hersen, A. Kazdin. (dirs) *International handbook of behavior modification and therapy* (2º edición)
- Inouye, J., Flannelly, L. & Flannelly, K. (2001). The effectiveness of self-management training for individuals with HIV/AIDS. *Journal of the association of nurses in AIDS care*, 12 (5), 71-82.
- Jiménez, L. & Araya, J. (2006). Implicaciones personales y sociofamiliares del VIH/sida según la percepción de las mujeres seropositivas usuarias de la Clínica del sida del Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas: Localidades de Puntarenas, Monteverde y Nicoya. (Tesis para optar por el grado de licenciatura en Trabajo Social). Universidad de Costa Rica
- Kazdin, A. (2000) *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: Pearson Educación.

- Kelly, J. & Kalichman, S. (2002). Behavioural Research in HIV/AIDS Primary and Secondary Prevention: Recent Advances and Future Directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3), 626 – 639.
- Kowal, J., Overduin, L., Balfour, L., Tasca, G., Corace, K. & Cameron, W. (2008). The role of psychological and behavioural variables in quality of life and the experience of bodily pain among persons living with HIV. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36 (3), 247-258.
- Kraaij, V., Garnefski, N., Schorevers, M., van der Veek, S., Witlox, R. & Maes, S. (2008). Cognitive coping, goal self-efficacy and personal growth in HIV-infected men who have sex with men. *Patient Education and Counseling*, 72, 301-304.
- Krakovska, O. & Wahl, L. (2007). Optimal drug treatment regimens for HIV depend on adherence. *Journal of Theoretical Biology*, 246, 499- 509
- Krzemien, D. Monchietti, A. & Urquijo, S. (2005). Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar de Plata: una revisión de la estrategia de autodistracción. *Interdisciplinaria* 22 (2), 183-210.
- Labrador, F., Cruzado, J. & Muñoz, M. (Eds.). (2004) *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Labrador, F., Larroy, C. & de la Puente, C. (2008). Terapia de conducta. En: Oblitas, L (Ed.). (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. México: CENGAGE Learning.
- Labrador, F., de la Puente, M. & Crespo, M. (2004). Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. En Labrador, F., Cruzado, J. & Muñoz, M. (Eds.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp.367-395). Madrid: Ediciones Pirámide.

- Latorre, J. & Beneit, P. (1994). *Psicología de la salud*. Albacete: Lumen.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984/1986). *Estrés y procesos cognitivos* (Traducido por M. Zaplana). Barcelona: Martínez Roca S.A. (Trabajo original publicado en 1984).
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1987) Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- Lega, L., Caballo, V., & Ellis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo conductual*. España: Siglo XXI.
- Leiva, V., Alfaro, J. & Soto, N. (2008). Análisis del entrenamiento en técnicas de relajación para el manejo del estrés, impartido por Enfermería, en una población con VIH-SIDA: estudio. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 14, 1-11. Artículo en línea recuperado el 23 de setiembre del 2001 de: <<http://www.revenf.ucr.ac.cr/analisis%20del%20entrenamiento.pdf>>
- Limiñana, R., Corbalán, J. & Patró, R. (2007). Afrontamiento y adaptación psicológica en padres de niños con fisura platina. *Anales de psicología*, 23 (2),201-206.
- Llorens, N., Perello, M. & Palmer, A.(2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*, 16(4), 1-6.
- Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. & Agurre, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Revista UniversitasPsychologica* 5 (002), 327-349.
- López, R. (1994). Técnicas de reducción del estrés. En Latorre, J. & Beneit, P. (Coors.) *Psicología de la salud* (pp.87-98). Albacete: Lumen.

- López, M. & Monge, S. (2005). Intervención del trabajo social con mujeres embarazadas y/o con hijos/as menores de dieciocho meses que viven con el VIH/SIDA. (Tesis para optar por el grado de licenciatura en trabajo social). Universidad de Costa Rica.
- López de Ullibarri, F & Pita, S. (1999). Medidas de concordancia: el índice de Kappa. *Cadena de atención primaria*. (6), 169-171. Recuperado el 16 de junio del 2009 de <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/kappa/kappa.asp#top>
- Marco, A, Knobel, H. & Guelar, A. (2000). La adhesión al tratamiento antirretroviral; una perspectiva global del problema y posibles soluciones. *Enfermedades Emergentes*, 2 (1) 45- 53.
- Márquez, S. (2006). Estrategias de afrontamiento del estrés en el ámbito deportivo: fundamentos teóricos e instrumentos de evaluación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(002), 359-378.
- Marrero, R. & Carballeira, M. (2002). Terapia de solución de problemas en enfermos de cáncer. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2(1), 23-39.
- Martín, F, Cano, R., Pérez, P., Aguayo, M., Cuesta, F., Rodríguez, P. & Pujol, E. (2002). Calidad de vida, aspectos psicológicas y sociales en pacientes con infección VIH avanzada. *Anales de medicina interna*, 19(8), 396-404.
- Martínez, J. (2009). *Conceptos de inmunidad. Niveles de organización del sistema inmunitario*. Tarragona: Lidervert S.L.
- Martínez, M., Méndez, C.& Ballesteros, B. (2004). Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al centro javeriano de oncología. *Univ. Psychol. Bogotá*, 3 (2), 231-246.

- Masek, B. (1982) Compliance and Medicine. En Doleys, D., Meredith, R. & Ciminero, A. (Eds.). *Behavioral Medicine: assessment and treatment strategies* (pp. 527-545). Nueva York: Plenum Press.
- Mayor, E., Del Río, G., Tabares, G. & Fernández, S. (2002) Empatía: ¿Conoce su significado? *Medisan*, 6(2), 56-61. Artículo en línea recuperado el 23 de setiembre del 2001 de: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6\\_2\\_02/san10202.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_2_02/san10202.htm).
- Méndez, F. & Beléndez, M. (1994) Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales de psicología*, 10(2), 189-198.
- Méndez, F., Olivares, J. & Abásolo, F. (2001). Técnicas de resolución de problemas. En F.X Méndez & J. Olivares (Eds.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 485-532). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Méndez, F., Olivares, J. & Beléndez, M. (2001). Técnicas operantes. En F.X Méndez & J. Olivares (Eds.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 133-192). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Méndez, F., Olivares, J. & Moreno, P. (2001). Técnicas de reestructuración cognitiva. En F.X Méndez & J. Olivares (Eds.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 409-442). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Méndez, F., Olivares, J. & Ortigosa, J. (2001). Técnicas de modelado. En F.X Méndez & J. Olivares (Eds.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 193-224). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Méndez, F., Olivares, J. & Quiles, M. (2001). Técnicas de relajación y respiración. En F.X Méndez & J. Olivares (Eds.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 27-78).

Madrid: Biblioteca Nueva.

Méndez, F., Olivares, J. & Ros, M. (2001). Entrenamiento en habilidades sociales. En F.X Méndez & J. Olivares (Eds.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 337-369). Madrid: Biblioteca Nueva.

Meza, Y. & Vargas, A. (2007). Mujeres y VIH/SIDA. Un estudio de casos de la experiencia de mujeres que viven con VIH/SIDA, adquirido a través de su pareja. (Tesis para optar por el grado de licenciatura en psicología).Universidad de Costa Rica

Ministerio de Salud. (2005). Vigilancia epidemiológica SIDA. Estadísticas, vigilancia epidemiológica. Recuperado el 13 de septiembre del 2009 de <http://www.ministeriodesalud.go.cr/sida/sida2005.pdf>

Ministerio de Salud. (2008). Memoria Institucional. Recuperado el 22 de setiembre del 2009 de <http://www.ministeriodesalud.go.cr/memorias/memoria2009/portada.pdf>

Montgomery, W. (2010). Problemas teóricos y metodológicos en el campo de la evaluación clínica conductual. *Nuevos paradigmas*, 4 (1),39-58.

Mora, D.& Valverde, G. (2006). La persona adulta mayor que vive con el VIH SIDA: lineamientos para una intervención profesional en el sistema hospitalario desde el trabajo social. (Tesis para optar por el grado de licenciatura en trabajo social).Universidad de Costa Rica.

Morán, C., Landero, R. & González, M. (2009). Cope-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Univ. Psychol*, 9 (2), 523-552.

Moreiro, J. (2004). *El contenido de los documentos textuales: su análisis y representación mediante el lenguaje natural*. Asturias: Ediciones TREA, S.L.



- Moreno, M. Perera, M. & Sánchez, N. (1999). Análisis de la realidad bio-psico-social de afectados de VIH/SIDA y sus allegados. *Hojas Informativas de los/as psicólogos/as de Las Palmas*.
- Moreno, B., Rodríguez, A., Sanz, A. & Rodríguez, R. (2008). El efecto del acoso psicológico en el insomnio: el papel del distanciamiento psicológico y la rumiación. *Psicothema*, 20(4), 760-765.
- Moysén, A., Garay, J., Esteban, J. & Gurrola, G. (2011). Estrategias de afrontamiento en universitarios consumidores y no consumidores de alcohol. *12 Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis*. 1-8, versión digital [www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com)
- Nava, C., Ollua, P., Vega, C. & Soria, R. (2010). Inventario de estrategias de afrontamiento: una replicación. *Psicología y salud*, 20 (2), 213-22
- Nava, C., Vega, C. & Soria, R. (2009) Escala de modos y afrontamiento: consideraciones teóricas y metodológicas. *Univ. Psychol*, 9 (1), 139-147.
- Nuñez, A. Tobón, S., Vinaccia, S. & Arias, D. (2006). Diseño de un enfoque de intervención terapéutica en el VIH/SIDA a partir del modelo procesual del estrés. *Suma psicológica*, 13 (2), 105 – 116.
- Obando, L. & Villalobos, G., (1994). Procesos de duelo en una familia con un paciente terminal. (Tesis para optar por el grado de licenciatura en psicología). Universidad de Costa Rica.
- Olivares, J. & Méndez, F. (Eds.). (2001). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Olivares, J., Méndez, F. & Beléndez, M. (2001). La desensibilización sistemática. En F.X Méndez & J. Olivares (Eds.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 79-112). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Olivares, J., Méndez, F. & Bermejo, R. (2001a). Técnicas de condicionamiento encubierto. En F.X Méndez & J. Olivares (Eds.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 225-250). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Olivares, J., Méndez, F. & Bermejo, R. (2001b) Técnicas de biofeedback. En F.X Méndez & J. Olivares (Eds.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 307-336). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Olivares, J., Méndez, F. & García-López, L. (2001). Técnicas de exposición: la inundación. En F.X Méndez & J. Olivares (Eds.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 113-132). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Olivares, J., Méndez, F. & Lozano, M. (2001a). Técnicas de autocontrol. En F.X Méndez & J. Olivares (Eds.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 371-408). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Olivares, J., Méndez, F. & Lozano, M. (2001b). Técnicas para la adquisición de habilidades de enfrentamiento. En F.X Méndez & J. Olivares (Eds.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 443-483). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Olivares, J., Méndez, F. & Vallés, A. (2001). Técnicas aversivas. En F.X Méndez & J. Olivares (Eds.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 251-306). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ongarato, P., De la Iglesia, G., Stover, J. & Fernández, M. (2009). Adaptación de un inventario de estrategia de afrontamiento para adolescentes y adultos. Recuperado el 15

de junio del 2011 de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v16/v16a37.pdf>

ONUSIDA. (2000). *El SIDA y la infección por VIH: información para el personal de las Naciones Unidas y sus familias*. Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA. (2005). Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH: Estudios de caso de intervenciones exitosas. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.

ONUSIDA. (2008). Información básica sobre el VIH. Recuperado el 20 diciembre del 2011 de: [.http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2008/20080519\\_fastfacts\\_hiv\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf)

ONUSIDA. (2008b). Reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del sida. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.

Orellana, O., García, L., Salazar, M., Malaver, C., Herrera, E., Yanac, E. et al. (2009). Esquemas de pensamientos de autodiálogo positivo y negativo y estilos de aprendizaje en estudiantes universitarios. *Revista IIPSI*, 12(2), 25-50.

Ospina, S. (2006). Diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Asociación colombiana de Infectología*, 10 (4), 273-278.

Ospina, W. & Restrepo, L. (2003). La planeación estratégica un medio eficaz para elaborar y alcanzar el proyecto de vida. *Scientia et Technica*, 23, 49-53.

Pardo, A. (2009). Empatía. *Revista de Medicina, Universidad de Navarra*, 53(1), 26-28.

París, L. & Omar, A. (2009). Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar. *Psicología y Salud* 19 (2), 167-175.

- Payás, A. (2008). Funciones psicológicas y tratamiento de las rumiaciones obsesivas en el duelo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXVIII (102), 307-323.
- Pérez, M. (1994). Técnicas operantes para el desarrollo de conductas. En Labrador, F., Cruzado, J. & Muñoz, M. (Eds.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp.656-666). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Pérez, S., Cayón, M. & Esquitino, B. (2003). Historia natural y clasificación de la infección por el VIH-1 en el adulto. En Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas. *La infección por el VIH: Guía práctica* (pp.84-94). Sevilla: Gráficas Monterreina S.A.
- Pernas, A., Iraugi, I., Bermejo, P., Basabe, N., Carou, M., Paez, D. & Cabarcos, A. (2001). Formas de afrontamiento y afectividad en personas con VIH/SIDA. Diferencias entre toxicómanos y no toxicómanos. *Adicciones*, 13(4), 393-398.
- Perona, S. & Galán, A. (2004). Estrategias de afrontamiento en psicóticos: conceptualización y resultados de la investigación. Recuperado el 13 de febrero del 2012 de [www.portalsaludmental.com](http://www.portalsaludmental.com).
- Piña-López, J. & Sánchez-Sosa, J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Univ. Psychol. Bogotá*, 6 (2), 399-407.
- Piña, J., Dávila, M., Sánchez-Sosa, J., Togawa, C. & Cázares, O. (2008). Asociación sobre los niveles de estrés y depresión y a adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Revista Panamericana Salud Pública* 23 (6), 377-383.
- Quiles, Y., Terol, M. & Quiles, M. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 3 (002), 313-333.

- Quirós, I., (1992). Mujer y SIDA: la exclusión de la mujer de las campañas comunicacionales. *Revista de Ciencias Sociales*. (58), 11-22.
- Ramírez, R. (2003). Perspectiva contemporánea de la modificación de Conducta, modelos emergentes. Ponencia presentada en: XIII Simposio Costarricense de Psicobiología, I Simposio Costarricense de Análisis Conductual Aplicado. Universidad de Costa Rica. San José, COSTA RICA.
- Real Academia Española. (2001). Sida. En *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Recuperado de [http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=sida](http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=sida)
- Remor, E. (2001) Adaptación española del cuestionario de Afrontamiento al SIDA de Namir, Wolcott, Fawzy & Alumbaugh (1987). Recuperado el día 27 de junio del 2011 de <http://www.sidasstudior.org/es/registro/2c9391e41fb402cc011fb44419450c8?search=simple&text=remor>
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento retroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14 (002), 262–267.
- Rivera, A. & Montero, M. (2007). Ejercicio clínico y espiritualidad. *Anales de Psicología*, 23 (001), 125-136.
- Rivera-Ledezma, A. & Montero-López, M. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 30 (1), 39-47.
- Roca, X., Tejero, A., Trujols, J., Soler, Q., Cid, J., Campins, M. et al. (1999) Variables y seropositividad al VIH: aplicación de la medicina conductual en el análisis empírico de una interrelación. *Adicciones*, 11 (4), 323–328.

- Rodríguez, B. (1984). Medicina Conductual: su definición y aplicación. *Revista Colombiana de Análisis y Terapia del Comportamiento*, 2 (1), 75-91.
- Rodríguez, E. (1988). Medicina conductual y terapia cognitiva: ¿paradigmas complementarios o rivales? *Boletín Dominicano de Medicina Conductual* 2 (1), 522-525.
- Rodríguez, B., Bayón, C., Orgaz, P., Torres, G., Mora, F. & Castelo, B.(2007), Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 4(1), 7-19.
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, M. & López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. Departamento de psicología de la salud: Universidad de Alicante. *Revista Psicothema*, 5, 349 –372.
- Rubio, V., Santacreu, J., García, L. (1999). El aprendizaje de la evaluación conductual en el ámbito clínico para estudiantes de psicología: implicaciones para el establecimiento de un sistema de enseñanza asistida por ordenador. *Anales de Psicología*, 15 (002), 321-331.
- Rueda, M. Aguado, A. & Alcedo, A. (2008). Estrés, afrontamiento y variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la Lesión Medular [LM]: una revisión de la bibliografía. *Intervención Psicosocial* 17 (2), 109-124.
- Ruiz, M. (2004). Control de diálogo interno y autoinstrucciones. En Labrador, F., Cruzado, J. & Muñoz, M. (Eds.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp.656-666). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ruiz, I., De Labry, A., Delgado, C., Marcos, M., Muñoz, N., Pasquau, J et al. (2005). Impacto del apoyo social y la morbilidad psíquica en la calidad de vida en pacientes tratados con antiretrovirales. *Psicothema*, 17 (2), 245-249.

- Ruiz, J. & Ispizua, M. (1989). *Decodificación de la vida cotidiana*. España: Editorial Universidad de DEUSTO.
- Sanabria, F. (2002). Análisis molar y molecular: dos visiones de la conducta. *Univ. Psychol. Bogotá*, 1 (2), 27-33
- Sánchez, A. (2001). *Hablemos de SIDA*. Madrid: Editorial San Pablo.
- Sánchez, B. (2009). Bienestar espiritual de enfermos terminales y de personas aparentemente sanas. *Revista Investigación y Educación en Enfermería XXVII* (1), 86-95.
- Sánchez, B. Ureña, P. (2011). Complejo ira-hostilidad y mecanismos de afrontamiento en pacientes que han sufrido un evento cardiovascular. *Revista costarricense de cardiología* 13 (1), 13-18.
- Sandí, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(001), 141-157.
- Sandín, B & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8 (1), 39 -54.
- Sierra, C. & Julio, J. (2010). Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal en fase dialítica. *Psicogente* 13 (23), 27-41.
- Silva, F. (2004). La evaluación conductual: concepto y proceso. En Labrador, F., Cruzado, J. & Muñoz, M. (Eds.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp.47-70). Madrid: Ediciones Pirámide.

- Siqueira, A. Darbello, K. & Quispe, I. (2010). Variables sociodemográficas y procesos de enfrentamiento al estrés en pacientes portadores de Rectocolitis Ulcerativa Idiopática. *Index Enfermería* 19 (4), Recuperado el día 3 de agosto del 2011 de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962010000300005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962010000300005&script=sci_arttext)
- Solís, C. & Vidal, A. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, VII (1), 33-39
- Soriano, J. (2002) Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de psicología*, (75), 73-85.
- Spire, B., Duran, S., Souville, M., Leport, C., Raffi, F.&Moatti, J. (2002). Adherence to highly active antiretroviral therapies (HAART) in HIV-infected patients: from a predictive to a dynamic approach. *Social Science & Medicine*, 54, 1481-1496.
- Suárez, A., Baquero, L., Londoño, C &Low, C. (2005). Estrategias de afrontamiento y estilos conductuales en pacientes diagnosticados con cáncer que reciben tratamiento ambulatorio. (Trabajo final de graduación). Universidad del Bosque, Colombia.
- Suárez, A., Baquero, L., Londoño, C. & Low, C. (2009). Estrategias de afrontamiento y estilos conductuales en pacientes diagnosticados con cáncer que reciben tratamiento ambulatorio. Recuperado el 15 de junio del 2011 de <http://amesecolombia.com/userfiles/file/estrategias.pdf>.
- Umaña, V. & Mejía, A. (2008). *Tratamiento cognitivo conductual de la diabetes tipo 2 y la obesidad*. Heredia: EUNA.
- UNAIDS.(2010). Global Report UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. Recuperado el día 24 de octubre del 2011 de



[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101123\\_globalreport\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101123_globalreport_en.pdf)

UNAIDS. (2008). Report on the global AIDS epidemic 08. Recuperado el día 19 de febrero del 2009 de [http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008\\_Global\\_report.asp](http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp)

Uribe, A. (2005) Intervención grupal y calidad de vida en personas diagnosticadas de VIH. *Revista Colombiana de Psicología*, (14),28 – 33.

Valderrama, E. (2003). Relación entre la imagen corporal y las estrategias de afrontamiento en mujeres mastectomizadas. (Tesis para optar por el título profesional de psicólogo). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.

Valdez, M.& Flores, T. (1985).*Psicobiología del estrés*. Madrid: Martínez-Roca.

Vargas, J., Cervantes, M. & Aguilar, J. (2009). Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos. *Revista Psicología y Salud* 19 (2), 215-221.

Vázquez, C., Crespo, M. & Ring, J. (2000). *Estrategias de afrontamiento*. En Bulbena, A., Berrios, G. y Fernández de Larrinoa, P. (Eds), *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología* (pp.425 - 435). Barcelona: Masson.

Vinaccia, S. & Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales de la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Perspectivas en psicología* 1 (2),125-137.

Vinaccia, S. Quiceno, J. Fernández, H. Contreras, F. Bedoya, M. Tobón, S.& Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y salud* 15 (002), 207-220.

Warner, K. (2005) Construyendo un Proyecto de Vida con Personas con VIH: Experiencia Grupal con Personas que Viven con VIH/sida en el Hospital San Juan de Dios. *Revista de Trabajo Social*. (68), 27-34.

## ANEXOS

- Anexo 1      Protocolo de entrevista a profesionales que trabajan con personas con VIH
- Anexo 2      Ficha de categorías para el análisis de contenido
- Anexo 3      Cuestionarios de estrategias de afrontamiento personas con VIH
- Anexo 4      Resultados de consistencia interna del cuestionario de estrategias de afrontamiento para personas con VIH
- Anexo 5      Guía de valoración del Programa de intervención psicológica cognitivo conductual emocional para el desarrollo de estrategias de afrontamiento en personas con VIH

**Anexo 1**  
**Entrevista a profesionales que trabajan con personas con VIH**

Nombre: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_  
 Grado académico: \_\_\_\_\_ Puesto de trabajo: \_\_\_\_\_  
 Tiempo en el puesto de trabajo: \_\_\_\_\_ Años de experiencia con la población: \_\_\_\_\_

<b>Temas</b>	<b>Preguntas</b>	<b>Preguntas opciones</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Cambios en los estilos de vida</b>	¿Cuáles reacciones suelen presentarse en las personas al recibir el diagnóstico? ¿Cuáles cambios son los que se necesitan principalmente a partir del Dx? ¿Cuáles cambios implican mayores dificultades?	-Hábitos alimenticios -Relaciones sexuales -Relaciones interpersonales -Hábitos diarios -Adherencia tratamientos	<hr/>
<b>Dificultades y afrontamiento a raíz de su condición</b>	¿Cuáles son las principales dificultades deben afrontar las personas a raíz de ser personas con VIH? ¿Qué acciones han realizado las personas por sí mismas – antes de recibir terapia o algún tipo de ayuda- que les han permitido mejorar y afrontar mejor esas situaciones? ¿Qué acciones ha identificado usted que realizan las personas que no les ayudan a afrontar mejor esas situaciones? ¿Cuáles se presentan con mayor frecuencia?	A nivel personal, familiar, social/laboral, relación de pareja.	
<b>Dificultades y afrontamiento a raíz de su condición</b>	¿Cómo se presenta el afrontamiento en estas personas?	Según la definición de afrontamiento	
<b>Acciones de otros profesionales</b>	¿Qué aportes cree usted que pueden hacer otros profesionales del área de la salud que trabajan con la población para mejorar el afrontamiento de las personas?	-Medicina -Psicología (!) -Enfermería -Trabajo social	
<b>Particularidades del contexto</b>	¿Qué particularidades tiene el contexto costarricense que pueden favorecer o dificultar un buen afrontamiento?		

## Trabajo de los profesionales

Temas	Preguntas	Preguntas opciones	Observaciones
<b>Tipo de intervención</b>	<p>¿Qué trabajo realiza usted específicamente con las personas con VIH?</p> <p>¿Qué aspectos le corresponde trabajar con ellos/as?</p> <p>¿Qué acciones realiza usted para favorecer los cambios en estilos de vida que deben hacer estas personas?</p> <p>En las intervenciones que usted ha realizado, ¿Cuáles aspectos le han dado mayores resultados y cuáles no?</p>	Clarificar cuál es el trabajo que le corresponde hacer en su puesto	
<b>Intervención para mejorar el afrontamiento</b>	<p>En su trabajo, ¿qué intervenciones hace con relación al afrontamiento de las personas a su condición?</p> <p>De acuerdo a su experiencia, ¿qué se necesita para ayudar a las personas con VIH a tener un mejor afrontamiento?</p>		
<b>Formulación de un programa para mejorar el afrontamiento en personas con VIH</b>	<p>¿Qué se necesita para ayudar a las personas en el afrontamiento?</p> <p>Dentro de un programa como el que estamos formulando para favorecer el afrontamiento ¿qué consideran que es necesario incluir?</p> <p>¿Qué particularidades cree usted que deben tomarse en cuenta del contexto costarricense para la realización del programa?</p> <p>Dentro del contexto de intervención con personas con VIH que usted conoce ¿cómo se podría aplicar un programa para mejorar el afrontamiento?</p> <p>¿Qué beneficios traería la aplicación de un programa como este?</p>	Necesidades que han detectado que deben abarcarse para ayudar a la persona a hacer un mejor afrontamiento	

## Anexo 2

### Ficha de categorías

Áreas tratadas en la entrevista	Categorías generales	Categorías específicas	Definición
Aspectos relacionados con las personas con VIH	1. Diagnóstico	1.1. Reacciones al diagnóstico	Conductas, cogniciones, emociones y procesos asociados que se presentan en una persona como consecuencia de recibir el diagnóstico de ser VIH positivo.
		1.1.1 Sentimientos	1.1.1 Sentimientos: experiencia subjetiva de la emoción provocada por el diagnóstico.
		1.1.2 Cogniciones	1.1.2 Cogniciones: pensamientos provocados por la noticia del diagnóstico.
		1.1.3 Conductas	1.1.3 Conductas: acciones que realizan las personas después de conocer que son VIH positivos.
		1.1.4 Otras reacciones	1.1.4 Otras reacciones: respuestas al conocer el diagnóstico de VIH positivo que involucran un conjunto complejo de pensamientos, emociones y conductas.
		1.2 Circunstancias que rodean el diagnóstico	Aspectos existentes antes del diagnóstico que influyen en las reacciones que la persona vaya a tener ante la noticia de ser VIH positivo.
		1.2.1 Condiciones previas	1.2.1 Condiciones previas: condiciones mentales y físicas, conocimientos, experiencias y actitudes que la persona posee antes de recibir el diagnóstico de VIH positivo.
		1.2.2 Sociales	1.2.2 Sociales: conceptos y actitudes presentes en la sociedad hacia el VIH/sida.
		1.2.3 Profesionales	1.2.3 Profesionales: actitudes y acciones de los profesionales que dan el resultado del diagnóstico.
		1.2.4 Motivación de la prueba	1.2.4 Motivación de la prueba: circunstancias por las cuales se realiza la prueba de VIH.
		1.2.5 Género	1.2.5 Género: condiciones asociadas a ser hombre o mujer que influyen en la reacción al diagnóstico
		1.2.6 Enfermedad y tratamiento	1.2.6 Enfermedad y tratamiento: estadio de la enfermedad en que se realiza el diagnóstico y el tratamiento que puede recibir.

2. Cambios	<ul style="list-style-type: none"> <li>2.1 Alimentación</li> <li>2.2 Sexualidad</li> <li>2.3 Pareja</li> <li>2.4 Conductas de riesgo</li> <li>2.5 Actividad física</li> <li>2.6 Personales</li> <li>2.7 Situaciones sociales</li> </ul>	<p>Aquellas modificaciones que tienen que hacer como consecuencia de ser una persona con VIH positivo para tener una buena condición de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.1 Alimentación: variaciones necesarias en la dieta diaria.</li> <li>2.2 Sexualidad: correcciones en los hábitos sexuales</li> <li>2.3 Pareja: modificaciones ya sea en el funcionamiento de la relación actual o al establecer una nueva relación de pareja.</li> <li>2.4 Conductas de riesgo: correcciones en acciones que ponen en peligro la integridad de la persona.</li> <li>2.5 Actividad física: ejercicios, deportes y actividades diarias que realizan las personas.</li> <li>2.6 Personales: modificaciones en actitudes y cogniciones referidas a ser portador del virus.</li> <li>2.7 Situaciones sociales: variaciones en situaciones complejas que afectan la vivencia de la persona.</li> </ul>
3. Dificultades que enfrentan por su condición	<ul style="list-style-type: none"> <li>3.1 Dificultades externas <ul style="list-style-type: none"> <li>3.1.1 Tratamiento</li> <li>3.1.2 Sociales</li> <li>3.1.3 Laborales</li> <li>3.1.4 Familiares</li> <li>3.1.5 Pareja</li> <li>3.1.6 Sistema de salud</li> <li>3.1.7 Socioeconómicas</li> <li>3.1.8 Condición de salud</li> </ul> </li> </ul>	<p>Problemas y situaciones difíciles provocadas por factores externos que afectan a las personas con VIH en distintos aspectos de su vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3.1.1 Tratamiento: aspectos relacionados con la toma, almacenamiento y transporte de los medicamentos.</li> <li>3.1.2 Sociales: conceptos erróneos sobre el VIH/Sida que tiene la sociedad que afectan a la población.</li> <li>3.1.3 Laborales: problemas de accesibilidad y mantenimiento de empleos, o bien problemas para realizar trabajos que no les permite su condición de salud.</li> <li>3.1.4 Familiares: aspectos relacionados con la reacción de la familia hacia el diagnóstico, situaciones familiares complejas y problemas para ocultar la condición de salud.</li> <li>3.1.5 Pareja: aspectos relacionados con las reacciones de la pareja o de posibles futuras parejas ante su diagnóstico.</li> <li>3.1.6 Sistema de salud: deficiencias del sistema y limitaciones que este impone, las cuales afectan la atención a las personas.</li> <li>3.1.7 Socioeconómicas: aspectos relacionados a la condición social y los ingresos económicos que reciben.</li> <li>3.1.8 Condición de salud: efectos en la salud causados por el desarrollo del virus.</li> </ul>

	3.2 Dificultades internas	Problemas y situaciones difíciles asociados a cogniciones, emociones y acciones que tienen las personas con VIH en distintos aspectos de su vida.
	3.2.1 Trastornos actuales	
	3.2.2 Consecuencias de ocultar el diagnóstico	3.2.1 Trastornos actuales: trastornos de la salud mental y a nivel físico que experimenta la persona después de haber sido diagnosticada.
	3.2.3 Cognitivas	3.2.2 Consecuencias de ocultar el diagnóstico: resultados para la persona de no poder comunicar su condición de salud abiertamente.
	3.2.4 Relaciones de pareja	3.2.3 Cognitivas: pensamientos distorsionados sobre la condición de VIH/sida y la manera apropiada de afrontar su condición de salud.
	3.2.5 Sentimientos	3.2.4 Relaciones de pareja: problemas que experimenta la persona en la convivencia de pareja por ser portadora de VIH.
	3.2.6 Aceptación	3.2.5 Sentimientos: experiencias subjetivas de la emoción a raíz de la vivencia de su condición de salud que causan malestar en la persona.
		3.2.6 Aceptación: problemas para asumir la infección y los cambios asociados a esta, incluida la adherencia.
4. Afrontamiento	4.1 Recursos para el afrontamiento	Condiciones con las que cuentan las personas para hacer frente a las situaciones.
	4.1.1 Internos	4.1.1 Internos: características propias de la persona.
	4.1.2 Externos	4.1.2 Externos: personas y condiciones del medio a las que la persona puede acudir.



4.2 Estrategias de afrontamiento	Estrategias
4.2.1 Ocultar estratégicamente el diagnóstico	4.2.1 Ocultar el diagnóstico estratégicamente: no dar a conocer la condición de salud a todas las personas con las que interacciona.
4.2.2 Lucha por el bienestar	4.2.2 Lucha por el bienestar: acciones conductuales, cognitivas y emocionales de las personas con VIH para adaptar su condición de salud a la vida diaria y responsabilizarse de sí mismo/a.
4.2.3 Buscar información	4.2.3 Buscar información: acudir a diferentes fuentes para conocer más sobre la enfermedad.
4.2.4 Buscar apoyo	4.2.4 Buscar apoyo: recurrir a otras personas para sentirse mejor.
4.2.5 Dependencia	4.2.5 Dependencia: acciones de las personas con VIH para depositar la responsabilidad de su bienestar en otras personas y cuidar de su salud como respuesta a las exigencias de estas, sin que medie motivación propia.
4.2.6 Negación	4.2.6 Negación: acciones de las personas que denotan que no aceptan el diagnóstico..
4.2.7 Evasión	4.2.7 Evasión: la persona no realiza acciones para hacer frente al problema y elude pensamientos sobre el tema
4.2.8 Conductas de riesgo	4.2.8 Conductas de riesgo: acciones que realizan las personas para sentirse mejor pero ponen en peligro su integridad.

Aspectos relacionados con el trabajo de los profesionales	5.	5.1 No discriminar	Sugerencias brindadas para la intervención de otros profesionales en la atención a personas con VIH.
	Recomendaciones a profesionales de la salud	5.2 Capacitación	5.1 No discriminar: acciones para no excluir a las personas con VIH/sida y hacerlas sentir aceptadas.
		5.3 Interdisciplinariedad	5.2 Capacitación: prepararse y sensibilizarse para brindar una mejor atención a la población.
		5.4 Abordaje	5.3 Interdisciplinariedad: propiciar una atención integral que se realice desde distintas disciplinas.

6. Trabajo que se realiza con las personas con VIH

Medicina:

- 6.1 Diagnóstico
- 6.2 Tratamiento
- 6.3 Cambios de estilo de vida
- 6.4 Monitorear cambios
- 6.5 Referencias

Trabajo social:

- 6.1 Dimensión asistencial
- 6.2 Dimensión terapéutica
- 6.3 Dimensión socioeducativa
- 6.4 Temáticas de intervención
- 6.5 Técnicas de intervención

Enfermería:

- 6.1 Trabajo administrativo
- 6.2 Diagnóstico
- 6.3 Tratamiento ARV
- 6.4 Trabajo terapéutico
- 6.5 Educación
- 6.6 Intervención con redes de apoyo

Psicología:

- 6.1 Diagnóstico
- 6.2 Adherencia
- 6.3 Trabajo terapéutico

Temas e intervenciones que los profesionales están realizando con las personas con VIH desde cada una de las disciplinas.

7. Intervención	7.1 Intervención recomendada	Temáticas y acciones que los profesionales consideran importante trabajar con las personas con VIH dentro de un contexto de atención de salud, independientes a las que ellos ya están realizando.	
	7.2 Intervenciones no recomendadas	Acciones que los profesionales consideran que no son adecuadas para trabajar con la población	
	7.3 Características de la intervención	Consideraciones que debe tener una adecuada intervención con personas con VIH/sida.	
8. Recomendaciones para el programa	8.1 Evaluación	Sugerencias de los profesionales para el programa de intervención en afrontamiento. 8.1 Evaluación: acciones a realizar en la etapa de evaluación.	
	8.2 Contenidos	8.2 Contenidos: temáticas para incluir en el programa de intervención.	
	8.3 Intervenciones	8.3 Intervenciones: acciones a realizar con las personas durante la aplicación del programa.	
	8.4 Técnicas	8.4 Técnicas: instrumentos y técnicas que podrían utilizarse en el abordaje con las personas con VIH.	
	8.5 Características del programa	8.5 Características del programa: aspectos en los cuales debe enmarcarse la atención.	
	8.6 Ejecución	8.6 Ejecución: indicaciones para poder aplicar el programa.	
Contexto costarricense	9. Contexto costarricense	9.1 Positivos	Referencias realizadas por los profesionales sobre el contexto costarricense, en cuanto a los servicios de salud y dimensiones sociales que afectan de alguna manera la condición de las personas con VIH.  9.1 Positivos: aspectos que ayudan a las personas con VIH/sida a afrontar su condición. 9.2 Negativos: aspectos que perjudican a las personas con VIH/sida para afrontar su condición. 9.2.1 Sociales: conceptos negativos de la sociedad sobre lo que es el VIH/sida, las personas que lo padecen y lo que implica. 9.2.2 Socioeconómicos: aspectos relacionados con las dificultades a nivel laboral y económico. 9.2.3 Atención de salud: características del sistema de salud.
		9.2 Negativos	
		9.2.1 Sociales	
		9.2.2 Socioeconómicos	
		9.2.3 Atención de salud	

Otros	10. Otros	10.1 Historia 10. 2 Legislación 10. 3 Trabajo de grupos que trabajan con personas con VIH  10. 4 Características del virus 10.4.1 Epidemiología 10.4.2 Tratamiento 10.4.3 Evolución del virus 10.4.4 Transmisión 10.5 Características de la población con VIH	Comentarios o referencias de los profesionales a otros temas no vinculados con el trabajo a realizar en esta investigación.  10.1 Historia: referencias a la aparición de los primeros casos de VIH/sida en el país y la aplicación del tratamiento antirretroviral. 10. 2 Legislación: aspectos relacionados con la legislación costarricense. 10. 4 Trabajo de grupos que trabajan con personas con VIH: intervenciones que realizan algunos grupos en el país (asociaciones, fundaciones, albergues). 10. 6 Características del virus: aspectos relacionados con el VIH 10.6.1 Epidemiología: comportamiento de la infección por el virus en la población. 10.6.2 Tratamiento: referencias al tratamiento antirretroviral. 10.6.3 Evolución del virus: referencias al desarrollo de la infección. 10.6.4 Transmisión: consideraciones sobre cómo se infectan las personas. 10. 7 Aspectos sociales que interfieren: otras consideraciones de la sociedad que afectan a las personas con VIH/sida 10.9 Características de la población con VIH: rasgos que posee ciertos grupos de la población con VIH/sida.
-------	-----------	--	--

### **Anexo 3**

#### **Cuestionario de estrategias de afrontamiento**

## ***Cuestionario sobre estrategias de afrontamiento***

Buenas, mi nombre es (Ingrid Chacón o Alicia Sandoval) soy una estudiante de psicología de la Universidad de Costa Rica. Estoy haciendo junto a mi compañera (Ingrid Chacón o Alicia Sandoval) nuestro Trabajo Final de Graduación. Para ello, estamos investigando cómo enfrentan las situaciones difíciles las personas con VIH/sida. Con esta información vamos a hacer un documento para que los psicólogos y psicólogas puedan ayudar a personas con VIH/sida a enfrentar el estrés de una mejor manera.

Este cuestionario es confidencial, no vamos a preguntarle su nombre o ningún otro dato que se pueda utilizar para identificarlo. Las preguntas son sobre lo que usted hace normalmente ante un problema. Las preguntas son sobre lo que usted hace normalmente ante un problema y en su vida diaria.

Cada pregunta tiene cuatro opciones de respuesta **3=Siempre 2=Casi siempre 1=A veces 0=Nunca**. “Siempre” quiere decir que usted en todas las ocasiones hace lo que se le está preguntando (por ejemplo “siempre ayudo a los demás”). “Casi siempre” quiere decir que usted normalmente hace lo que se le pregunta, pero en ocasiones, por diferentes razones, no lo hace. “A veces” quiere decir que usted en algunas ocasiones hace lo que se le pregunta pero normalmente no lo hace. Por último, “nunca” quiere decir que usted en ninguna ocasión hace lo que se le está preguntando (por ejemplo nunca salgo a caminar en las tardes).

Si en algún momento se siente incómodo/a o desee dejar de contestar a las preguntas, puede decírmelo o bien si tiene alguna pregunta o no entiende algo, puede hacerla. Muchas gracias.

Por favor piense en ocasiones en su vida cuando ha tenido que enfrentar algún problema. A continuación le diremos una oración con distintas acciones que las personas hacen ante un problema. Por favor, responda con un “siempre”, “casi siempre”, “a veces” y “nunca” según sea su caso.

**Cuando usted enfrenta un problema.....**

**Número de cuestionario \_\_\_\_\_**

1. Habla con una persona de confianza para sentirse mejor.	3	2	1	0	
2. Mejora su relación con Dios o algún ser superior.	3	2	1	0	
3. Piensa que no hay nada que hacer.	3	2	1	0	
4. Ve el lado positivo de la situación.	3	2	1	0	
5. Pide consejos a algún amigo o familiar.	3	2	1	0	
6. Reza o hace oración para sentirse mejor.	3	2	1	0	
7. Piensa que sin importar lo que haga nada se solucionará.	3	2	1	0	
8. Tiene presente la situación en todo momento.	3	2	1	0	
9. Trata de ver la situación de manera distinta.	3	2	1	0	
10. Busca a alguien para contarle su problema.	3	2	1	0	
11. Pide a Dios que la situación se resuelva bien.	3	2	1	0	
12. Se prepara para lo peor.	3	2	1	0	
13. Piensa todo el día en qué podría hacer sin encontrar solución.	3	2	1	0	
14. Ve la situación como una oportunidad de un cambio positivo.	3	2	1	0	
15. Evita el problema realizando otras actividades	3	2	1	0	
16. Busca apoyo en un líder religioso (sacerdote, pastor, ministro, etc.)	3	2	1	0	
17. Se resigna a la situación porque sabe que no puede resolverse.	3	2	1	0	
18. Le cuesta pensar en otras cosas.	3	2	1	0	
19. Piensa en lo que podría aprender de la situación.	3	2	1	0	
20. Sigue su vida como si nada hubiera pasado ignorando el problema.	3	2	1	0	
21. Acude a alguna actividad religiosa.	3	2	1	0	
22. Tiene la sensación de que nunca va terminar.	3	2	1	0	
23. Aunque intente distraerse piensa en lo que está pasando continuamente.	3	2	1	0	
24. Piensa que las situaciones no son totalmente negativas.	3	2	1	0	
25. Toma más alcohol del que habitualmente consume	3	2	1	0	NA
26. Toma pastillas para tranquilizarse que no le ha recetado un doctor.	3	2	1	0	NA
27. Tiene más relaciones sexuales por semana.	3	2	1	0	NA
28. Fuma más cigarrillos de los que normalmente consume.	3	2	1	0	NA
29. Consume drogas ilícitas.	3	2	1	0	NA
30. Tiene sexo sin protección.	3	2	1	0	NA

Ahora le haré unas preguntas referidas a su vida diaria, si no entiende pregunte lo que necesite y si alguna le incomoda puede decirme. Recuerde las mismas opciones de respuesta.

**3=Siempre 2=Casi siempre 1= A veces 0= Nunca**

**Estrategias de Afrontamiento al VIH/sida**

**Pregunta:** Piense en el último mes. En su vida diaria usted...

	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
1. Cumple con cinco tiempos de comida al día.	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
2. Trata de mantenerse informado/a sobre el VIH/sida.	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
3. Hace ejercicio o actividad física.	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
4. Asiste a grupos y/o charlas sobre el VIH/sida.	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
5. Consume los alimentos que le recomiendan el personal de salud.	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
6. Busca en Internet información sobre VIH/sida	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
7. Sigue las indicaciones necesarias para cumplir el tratamiento.	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
8. Se interesa por las noticias sobre el VIH/sida.	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
9. Se toma los medicamentos.	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
10. Habla con otras personas con VIH/sida para conocer más del tema.	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Por su condición de VIH/sida</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
11. Si tiene alguna duda le pregunta al personal de salud (médicos, enfermeras, etc.).	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
12. Acude al psicólogo/a.	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
13. Consulta con el personal de salud cuando siente molestias físicas.	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
14. Busca ayuda del personal de salud cuando tiene problemas familiares.	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
15. Confía en que el personal de salud le ayudará a enfrentar su situación de salud.	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
16. Asiste a actividades que realizan las asociaciones de VIH/sida.	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>



**¿De todo lo que usted ha hecho para hacer frente a la situación de VIH positivo que es lo que más le ha ayudado?**

— — — — — — — — — — — — — — —  
— — — — — — — — — — — — — — —  
  
— — — — — — — — — — — — — — —  
— — — — — — — — — — — — — — —

-----  
-----

**¿Qué más necesitaría hacer para hacerle frente a su situación?**

-----  
-----  
  
-----  
-----

**Por último me gustaría conocer algunos datos generales sobre usted. Con ellos nadie va a poder identificarlo.**

**Sexo:** Hombre ( 1 )                      Mujer ( 2 )

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Nivel educativo:**

Ninguna ( 1 )

Secundaria completa ( 5 )

Primaria incompleta ( 2 )

Técnico ( 6 )

Primera completa ( 3 )

Universitaria incompleta ( 7 )

Secundaria incompleta ( 4 )

Universitaria completa ( 8 )

**Orientación sexual:** Homosexual ( 1 ) Heterosexual ( 2 ) Bisexual ( 3 ) Otro  
\_\_\_\_\_ ( 4 )

**¿Hace cuánto recibió usted el diagnóstico de VIH positivo? (Tiempo de diagnóstico):**

**Después de que le diagnosticaron el VIH, ¿ha tenido alguna enfermedad que le hiciera necesitar tratamiento o estar internado? (Manifestaciones de Sida):** \_\_\_\_\_ Sí ( 1 )                      No ( 2 )

**¿Está tomando tratamiento antirretroviral?** Sí ( 1 )                      No ( 2 )

**¿Le ha dicho su condición de VIH/positivo a alguno de sus familiares?** Sí ( 1 )                      No ( 2 )

*Muchas Gracias por todo lo que nos ha ayudado, cualquier consulta puede hacerla a los teléfonos que le entregamos.*

#### Anexo 4

### Resultados de consistencia interna del cuestionario de estrategias de afrontamiento para personas con VIH

#### *Resultados de los cálculos de consistencia interna de las escalas de afrontamiento en la prueba piloto*

<b>Escalas</b>	<b><math>\alpha</math></b>
1. Búsqueda de Apoyo Social	.819
2. Evitación	.739
3. Afrontamiento Religioso	.770
4. Rumiación	.832
5. Reevaluación Positiva	.724

#### *Resultados del cálculo de consistencia interna de las escalas de afrontamiento en la muestra*

#### **Estrategias de afrontamiento**

<b>Escalas</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
Búsqueda de Apoyo Social	.883
Evitación	.650
Afrontamiento Religioso	.751
Rumiación-Fatalismo	.750
Reevaluación Positiva	.728
Estilo de vida recomendado para las personas con VIH	.722

## Anexo 5

### Guía de valoración del Programa de intervención psicológica cognitivo conductual emocional para el desarrollo de estrategias de afrontamiento en personas con VIH

#### 1. Introducción

El “Programa de intervención psicológica cognitivo conductual emocional para el desarrollo de estrategias de afrontamiento en personas con VIH” fue diseñado como el trabajo final de graduación de las bachilleres en psicología Ingrid Chacón Medrano y Alicia Sandoval Poveda, estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica. En este trabajo, se diseñó un programa de intervención psicoterapéutica que pueden utilizar profesionales de Psicología para atender a personas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y ayudarles a desarrollar estrategias para hacer frente al estrés. Esta guía de valoración tiene como propósito que profesionales con experiencia en la atención de personas con VIH y conocimientos sobre el modelo cognitivo conductual emocional realicen una revisión del programa de intervención psicoterapéutico planteado y den su apreciación del mismo, de manera que su contenido sea valorado para su futura aplicación. Usted ha sido elegido/a por su perfil profesional para participar como experto/a en la valoración. Por favor, lea las siguientes instrucciones para completar la presente guía:

- 1- La guía de valoración se compone de cuatro partes: introducción, datos generales del experto, instrucciones de calificación y calificación. Esta última se divide en tres componentes del programa (marco referencial, evaluación inicial e intervención) y una última sección para evaluar el programa en general.
- 2- Si no entiende algún aspecto del funcionamiento de la guía de valoración, por favor preguntarle a alguna de las investigadoras.

#### 2. Datos generales del experto

Por favor, brinde los siguientes datos de la manera más completa posible.

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Formación académica**

**Lugar donde labora:**

**Puesto de trabajo actual:**

**Describa brevemente el tipo de trabajo que ha realizado con personas con VIH:**

### 3. Instrucciones de calificación

A continuación se le solicita evaluar cada una de las secciones del programa de intervención. Para ello, se le brinda un cuadro con las categorías para evaluar la sección y su correspondiente definición. Seguidamente, se le presenta una tabla para realizar su calificación.

En la tabla de calificación se le solicitan tres datos:

- a. Se le pregunta si el componente evaluado cumple con cada una de las categorías. Por favor encierre en un círculo ( O ) No o Sí según corresponda.
- b. Se le pide que evalúe en una escala de 1 a 4, donde 1 es lo menor y 4 es lo mayor, qué tanto cumple el componente con la categoría a evaluar. Marque con una equis (X) el número correspondiente a su apreciación.
- c. En cada tabla, ya sea por categoría o de manera general para la sección, se le pide que realice las observaciones que crea pertinentes sobre el componente evaluado. Si no tiene observaciones, favor realizar una línea (----) para indicarlo.

Ejemplo:

<b>Intervención en</b>	<b>Pertinencia</b>	<b>Observaciones</b>
Ocultar estratégicamente el diagnóstico (estrategia A)	a. <input checked="" type="radio"/> No    Sí b. <input checked="" type="checkbox"/> 1    2    3    4	-----

#### 4. Calificación

##### 4.1 Marco referencial

#### *APRECIACIÓN DE LA SECCIÓN DE MARCO REFERENCIAL*

##### **Categorías**

##### **Definiciones**

Pertinente	La información presentada en el marco referencial resulta adecuado para orientar la aplicación del programa de intervención.
Comprensible	La información presentada en el marco referencial resulta clara y fácil de entender.

#### **El marco referencial en el programa es....**

##### **Pertinente**

##### **Comprensible**

a. No    Sí  
b. 1 2 3 4

a. No    Sí  
b. 1 2 3 4

#### **Observaciones y comentarios**

## 4.2 Evaluación inicial

### *APRECIACIÓN DE LA SECCIÓN DE EVALUACIÓN INICIAL*

<b>Categorías</b>	<b>Definiciones</b>
Pertinente para la intervención planteada	La evaluación inicial recolecta los datos necesarios para establecer en cuáles estrategias de afrontamiento trabajar con la persona.
Comprensible para su aplicación	La evaluación inicial resulta clara y fácil de entender para poder aplicarla.

#### **La evaluación propuesta en el programa es....**

**Pertinente para la intervención planteada**

**Comprensible para su aplicación**

a. No    Sí  
b. 1 2 3 4

a. No    Sí  
b. 1 2 3 4

**Observaciones y comentarios**

### 4.3 Intervención de las estrategias de afrontamiento

#### *EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO*

<b>Categorías</b>	<b>Definiciones</b>
Pertinencia	La intervención planteada resulta adecuada para trabajar la estrategia de afrontamiento.
Coherencia con propósito de intervención de cada estrategia	Las técnicas son coherentes con el propósito que se establece para la intervención de cada una de las estrategias.
Coherencia con la intervención de otras estrategias	Es coherente con la intervención planteada para las otras estrategias incluidas en el programa.
Claridad	La explicación se comprende con facilidad para poder aplicarlo.

<b>Intervención en</b>	<b>Pertinencia</b>		<b>Coherencia con el propósito</b>		<b>Coherencia con intervención en otras estrategias</b>		<b>Claridad</b>		<b>Observaciones</b>
	a. No	Sí	a. No	Sí	a. No	Sí	a. No	Sí	
	b. 1	2 3 4	b. 1	2 3 4	b. 1	2 3 4	b. 1	2 3 4	
Ocultar estratégicamente el diagnóstico (estrategia A)									
Lucha por el bienestar (estrategia B)									



<b>Intervención en</b>	<b>Pertinencia</b>	<b>Coherencia con el propósito</b>	<b>Coherencia con intervención en otras estrategias</b>	<b>Claridad</b>	<b>Observaciones</b>
Reevaluación positiva (estrategia C)	a. No Sí b. 1 2 3 4	a. No Sí b. 1 2 3 4	a. No Sí b. 1 2 3 4	a. No Sí b. 1 2 3 4	
Búsqueda de información (estrategia E)	a. No Sí b. 1 2 3 4	a. No Sí b. 1 2 3 4	a. No Sí b. 1 2 3 4	a. No Sí b. 1 2 3 4	
Búsqueda de apoyo (estrategia F)	a. No Sí b. 1 2 3 4	a. No Sí b. 1 2 3 4	a. No Sí b. 1 2 3 4	a. No Sí b. 1 2 3 4	
Afrontamiento religioso-espiritual (estrategia D y G)	a. No Sí b. 1 2 3 4	a. No Sí b. 1 2 3 4	a. No Sí b. 1 2 3 4	a. No Sí b. 1 2 3 4	
Negación (estrategia H)	a. No Sí b. 1 2 3 4	a. No Sí b. 1 2 3 4	a. No Sí b. 1 2 3 4	a. No Sí b. 1 2 3 4	

<b>Intervención en</b>	<b>Pertinencia</b>	<b>Coherencia con el propósito</b>	<b>Coherencia con intervención en otras estrategias</b>	<b>Claridad</b>	<b>Observaciones</b>
Evitación (estrategia I)	a. No Sí b. 1 2 3 4	a. No Sí b. 1 2 3 4	a. No Sí b. 1 2 3 4	a. No Sí b. 1 2 3 4	
Rumiación fatalismo (estrategia J)	a. No Sí b. 1 2 3 4	a. No Sí b. 1 2 3 4	a. No Sí b. 1 2 3 4	a. No Sí b. 1 2 3 4	
Dependencia (estrategia K)	a. No Sí b. 1 2 3 4	a. No Sí b. 1 2 3 4	a. No Sí b. 1 2 3 4	a. No Sí b. 1 2 3 4	
Conductas de riesgo (estrategia L)	a. No Sí b. 1 2 3 4	a. No Sí b. 1 2 3 4	a. No Sí b. 1 2 3 4	a. No Sí b. 1 2 3 4	

|

#### 4.4 Evaluación general del programa

##### *EVALUACIÓN DEL PROGRAMA EN GENERAL*

<b>Categorías</b>	<b>Definiciones</b>
Presentación	La manera en que se presentan los contenidos del programa resulta agradable y amigable para leerlo y utilizarlo.
Pertinencia	Los contenidos corresponden a un programa para mejorar las estrategias de afrontamiento de personas con VIH.
Coherencia	El contenido del programa es lógico y consecuente entre sí, no se contradice en lo que propone
Integración	Los componentes propuestos se complementan y se ajustan entre sí.
Claridad	El programa se comprende con facilidad
Viabilidad	Es posible aplicar el programa en la atención a personas con VIH

##### *EVALUACIÓN DEL CONTENIDO GENERAL DEL PROGRAMA*

Presentación	Pertinencia	Coherencia	Integración	Claridad	Viabilidad
a. No    Sí	a. No    Sí	a. No    Sí	a. No    Sí	a. No    Sí	a. No    Sí
b. 1 2 3 4	b. 1 2 3 4	b. 1 2 3 4	b. 1 2 3 4	b. 1 2 3 4	b. 1 2 3 4

##### **Observaciones y comentarios**

#### **Muchas gracias por su colaboración**

Una vez terminada la evaluación por favor comunicarse con alguna de las investigadoras para su devolución