



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**“INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL SOBRE
LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE VIH/SIDA EN
UN CENTRO FEMENIL DE REINSERCIÓN SOCIAL EN
MÉXICO”**

REPORTE DE INVESTIGACIÓN EMPIRICA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

CLAUDIA FABIOLA GARCÍA BRAVO

DIRECTOR DE TESIS

DR. RICARDO SANCHEZ MEDINA



Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, junio 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
Introducción.....	3
OBJETIVOS	
Pregunta de investigación.....	15
Objetivo general.....	15
Objetivos específicos.....	15
MÉTODO	
Selección de la muestra.....	16
Participantes.....	17
Diseño de investigación.....	18
Variables Sociodemográficas.....	19
Variables Clínicas.....	19
Variables dependientes.....	20
Lineamientos generales de sesiones de taller.....	22
Procedimiento.....	26
Análisis estadístico.....	28
Resultados.....	28
Discusión	49
Limitaciones y sugerencias.....	56
Referencias.....	59
APÉNDICE	
Apéndice A Tríptico para taller.....	65
Apéndice B Taller de intervención cognitivo conductual...	67
Apéndice C Cuestionario de salud y variables clínicas.....	85
Apéndice D Appraisal Questionnaire for HIV de Pakenham y Rinaldi (2002)	86
Apéndice E Cuestionario de evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH, REMOR 2002)	87
Apéndice F Cuestionario de creencias irracionales de Jones (1968)	90
Apéndice G Consentimiento informado.....	93

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE VIH/SIDA EN UN CENTRO FEMENIL DE REINSERCIÓN SOCIAL EN MÉXICO.

RESÚMEN

Derivado del aumento de casos de VIH/SIDA, en nuestro país y en el mundo se llevó a cabo el presente estudio, que tuvo como objetivo identificar y reducir las creencias irracionales, así como mejorar la adherencia al tratamiento, en mujeres diagnosticadas con VIH, desde una perspectiva Cognitivo Conductual, para lo cual se diseñó una intervención de nueve sesiones con técnicas de Restructuración Cognitiva. La muestra estuvo conformada por cuatro mujeres del "Centro Femenil de Reinserción Social" ubicado en Tepepan, con edades entre los 24 y 48 años. el diseño de investigación, fue preexperimental pretest-postest de un solo grupo, para evaluar, adherencia al tratamiento, creencias irracionales y apreciación cognitiva respecto a la enfermedad. Los resultados mostraron cambios posteriores a la intervención, en la reducción respecto a las principales creencias irracionales encontradas como el Catastrofismo, la preocupación excesiva que hace referencia a que cuando algo es peligroso es un deber sentirse terriblemente trastornados. La creencia irracional de la inercia, y la del perfeccionismo las cuales mostraron disminución en los porcentajes. En cuanto a la apreciación Cognitiva, disminuyo su percepción de amenaza, y aumento la percepción de desafío. Por lo tanto, se concluye la efectividad de la intervención Cognitivo Conductual para modificar creencias irracionales, la adherencia al tratamiento y la apreciación cognitiva respecto al VIH/SIDA.

Palabras Clave: Terapia Racional Emotiva, Seropositivo, antirretrovirales, Cárcel.

Abstract

You from increased cases of HIV / AIDS in our country and the world was conducted this study, which aimed to identify and reduce irrational beliefs, as well as improve adherence to treatment in women diagnosed with HIV, from a cognitive behavioral perspective, for which an intervention of nine sessions with cognitive restructuring techniques designed. The sample consisted of four women of the "Women's Social Rehabilitation Center" located in Tepepan, aged between 24 and 48 years. research design was pre-experimental pretest-posttest single group to assess adherence to treatment, irrational beliefs and cognitive assessment regarding the disease. The results showed changes after surgery, reducing against major irrational beliefs found as Catastrophism, excessive worry, inertia, and perfectionism which showed decrease in the percentages. As Cognitive assessment, it decreased the perceived threat, and increase the perception of challenge. Therefore, the effectiveness of cognitive behavioral intervention to modify irrational beliefs, adherence to treatment and cognitive appreciation against HIV / AIDS is concluded.

Keywords: Rational Emotive Therapy, HIV positive, antiretroviral, Jail.

INTRODUCCIÓN

Una de las enfermedades que actualmente representa una amenaza a la salud pública mundial es sin lugar a dudas el Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA) enfermedad causada por el Virus de Inmunodeficiencia humana (VIH), la cual en sus inicios significaba una sentencia de muerte, y actualmente con el uso de tratamientos antirretrovirales de alta eficacia, se ha catalogado como una enfermedad crónico-degenerativa, lo cual aumenta la calidad y el tiempo de vida de las personas infectadas, sin embargo es alarmante el aumento de casos de personas infectadas y las muertes que se reportan (Varela, Salazar y Correa 2008).

Las cifras que menciona La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2014, tienen una prevalencia e incidencia mundial de 35.6 millones y de 3.4 millones de personas infectadas con VIH respectivamente. En México de acuerdo a estimaciones recientes se calcula una prevalencia de VIH en personas adultas de 0.24% lo que significa que 147.137 personas viven con esta enfermedad.

Particularmente las mujeres representan el 57% de la prevalencia mundial de personas infectadas por el VIH, además se calcula una mayor prevalencia cuando son sexoservidoras, aumentando hasta un 30% lo cual las convierte en un grupo vulnerable (ONUSIDA, 2013).

De acuerdo a Viñas, Veneras y Saavedra (2009) las causas que hacen a las mujeres más vulnerables a contraer VIH son la combinación de la biología y la desigualdad socio-económica derivada de su género. La mujer biológicamente tiene una superficie mucosa que la expone a las secreciones sexuales de su pareja por lo que si se presentan desgarros y sangrados al tener relaciones sexuales aumenta el riesgo. Desde una perspectiva socio-cultural, su condición social es baja, y para las que viven en el tercer mundo, representa desventajas importantes al tener menor acceso a la educación y a recibir ingresos, dando como resultado una mayor dependencia al hombre y limitantes importantes en cuanto al acceso de información y servicios de salud (OMS, 2009).

En estudios relacionados al VIH/SIDA, se demuestra la importancia de la interacción de variables psicológicas, endocrinas e inmunitarias en el pronóstico y la evolución de la enfermedad, en donde los factores psicológicos pueden potencialmente afectar al curso de la infección, en relación a la respuesta inmunitaria. Se calcula que la mayoría de los enfermos desconoce las características de su enfermedad, porque en ocasiones son asintomáticos o porque es baja la percepción de riesgo, si aunado a lo anterior consideramos la situación particular de reclusión, el resultado más probable podría ser un aumento importante en la cronicidad de la enfermedad (Kemeny, 2003).

Otro punto a considerar son los problemas emocionales que en muchos casos se explica por la psicopatología que presentaban desde antes del diagnóstico, los problemas de adaptación ante una enfermedad que implica importantes restricciones en la vida del enfermo, las consecuencias de la enfermedad y el tratamiento, además del estigma social que representa este diagnóstico. En relación a la morbilidad psicopatológica se encuentran en primera instancia el trastorno por consumo de sustancias (Ballester, 2002).

Como menciona Pereyra, Milei, y Stefani, (2011), los factores de riesgo son un conjunto de fenómenos orgánicos, psicológicos, sociales, y ambientales que confluyen para aumentar la vulnerabilidad de una persona, reforzando la probabilidad de que ésta desarrolle una enfermedad y/o la ocurrencia de eventos agudos. Estos factores en instituciones penitenciarias aumentan por el consumo de drogas tatuajes, perforaciones, relaciones sexuales sin protección entre otros.

Ante el aumento de personas infectadas con este virus, se tiene claro que la información no resulta suficiente para modificar el comportamiento humano, siendo uno de los problemas principales para estos pacientes el número de pastillas que deben ingerir lo cual representa una terapia larga e indefinida, que conlleva efectos secundarios importantes, lo cual podría ser una de las razones de la falta de adherencia al tratamiento (Ballester, 2002).

Margulies y Recoder, (2006) realizaron un estudio sobre la adherencia, en donde mencionan que el diagnóstico puede representar un impacto que induce a un individuo a hacer una revisión de su vida y lo que sucedió con él, derivándose lo anterior en un proceso

reflexivo en donde puede surgir la negación o aceptación del diagnóstico, sin embargo, el proceso puede ser confuso dando como resultado conductas contradictorias.

Según Ballester (2005), los problemas psicológicos de los pacientes con infección por VIH reducen de forma significativa su calidad de vida a través del incremento de su malestar emocional, considerando que los problemas emocionales infieren sobre el estado físico de los pacientes y su propia supervivencia. Esta afectación negativa sobre el estado físico se observa a través de la relación entre los factores cognitivos y emocionales y la función inmune, influyendo sobre la adhesión al tratamiento antirretroviral y por su relación con los hábitos de salud que son primordiales en la progresión de la enfermedad y que incluyen, desde el consumo de sustancias tóxicas hasta la nutrición o la prevención de reinfecciones.

Los factores que influyen primordialmente en la adhesión según Ballester (2005), se relacionan con el nivel educativo, información suficiente respecto a la enfermedad, las creencias culturales, la valoración de la gravedad de la enfermedad, la percepción acerca de la eficacia del tratamiento, la complejidad del tratamiento, la vulnerabilidad percibida, la intolerancia a los efectos

secundarios, la creencia acerca de la toxicidad de los fármacos, la alianza terapéutica, la inestabilidad, el ánimo depresivo, la ansiedad, los problemas psicopatológicos en general la calidad de vida, la falta de apoyo social, y el consumo de drogas.

En cuanto a la apreciación cognitiva respecto al diagnóstico del VIH/SIDA, se encuentra relacionada con la adherencia terapéutica, ya que se vincula con el proceso de adaptación a la enfermedad, y a la forma en que la persona valore el tener VIH/SIDA como lo menciona Lazarus y Folkman (1984, como se citó en (Zavala, Rivas, Andrade, & Reidl, 2008).

La apreciación cognitiva se clasifica en primaria y secundaria, siendo esta clasificación solo un indicador del proceso sin que tenga relación con el grado de importancia, la evaluación primaria se relaciona a la forma en que una persona califica un estresor determinado en relación a su bienestar, calificándolo como irrelevante, benigno o estresante y la evaluación secundaria se relaciona a la forma en que la persona califica sus recursos y opciones para afrontar el agente estresor como lo menciona Lazarus y Folkman (1984, como se citó en (Zavala, Rivas, Andrade, & Reidl, 2008).

En relación a las creencias irrazonables Rendón y Valdez (2012) mencionan en una investigación realizada a internos de una penitenciaria en relación a las creencias irrazonables, que tienen la tendencia a preponderar lo negativo de una situación, en donde lo insostenible se exagera, considerando que son altas sus necesidades de estar relajados y sentir bienestar, lo que trae como consecuencia autocompasión, ira y baja tolerancia a la frustración. Además de una alta necesidad de éxito, y perfeccionismo, derivado que algún error que al cometer algún delito puede comprometer su libertad e incluso la vida, por lo tanto, sus conclusiones pueden ser fuera de contexto al exagerarlas, percibiéndose rechazados, considerando que la felicidad se debe obtener sin ningún esfuerzo.

Lo anterior concuerda con Caballo, Ellis y Vega, (1997) al establecer que las creencias irracionales pueden provocar dolor y disturbios emocionales, porque las personas irracionales creen en estas ideas, al contrario de las personas que son más racionales las cuales controlan sus emociones y conductas.

De ahí la importancia de la Terapia Racional Emotiva, ya que postula que la vida de las personas y lo que les sucede está relacionado por sus creencias básicas, es decir por la forma en que interpretan lo que les ocurre, y las acciones derivadas de estos eventos, por lo tanto, la TRE analiza la forma en que piensan las personas (Ellis, A. 1992).

De acuerdo a la TRE lo racional no se define de forma absoluta, ya que es relativa su definición. Su principal objetivo es que las personas a través de la racionalidad y la ciencia puedan ser felices. Se considera que las creencias irracionales son dogmáticas, dando como resultado emociones negativas, que impactan considerablemente la obtención de metas, provocando depresión, ansiedad, culpabilidad, miedo etc. Dando como resultado conductas disfuncionales como el abuso de sustancias tóxicas, alcoholismo, aislamiento etc. Por lo tanto, Provocan conductas disfuncionales las creencias irracionales, y conductas funcionales las creencias racionales (Dryden W. y Ellis A. 1987).

De acuerdo a Ellis, A. (1992), una de las formas de conceptualizar los problemas psicológicos es por medio del ABC, en donde "A", representa el acontecimiento desencadenante o activador, "B", es lo que la persona piensa de ese evento, y "C" son las respuestas emocionales y conductuales o las consecuencias de "B". Por lo tanto, cuando se presentan alteraciones emocionales "C", como ansiedad, depresión, autocompasión etc. La causante principal es "B", por lo que las "C" no son puras, es decir son precedidas invariablemente por "A" y "B", por consiguiente, A, B y C se relacionan entre si y ninguna se presenta sin la otra.

Según Caballo, Ellis y Vega, (1997) las Creencias Irracionales son:

- ✓ Es necesario sentirse amado y aprobado por casi todo el mundo.
- ✓ Es necesario ser totalmente competente y aptos en todos los aspectos posibles.
- ✓ Algunas personas son malas, perversas, viles, inferiores y deben ser castigadas con severidad.
- ✓ Es horrendo, terrible y catastrófico que las cosas no sean de la manera en que se quiere que sean.

- ✓ La desdicha es por causas externas, y una persona no tiene la capacidad de controlar sus aflicciones.
- ✓ Debemos sentirnos terriblemente preocupados y trastornados cuando algo es o puede ser peligroso.
- ✓ Rehuir las dificultades y responsabilidades de la vida es más fácil que tener autodisciplina.
- ✓ El pasado es muy importante y determinante, por lo que, si algo nos afectó de alguna manera, lo seguirá haciendo.
- ✓ La gente y las cosas deberían ser distintas como son, por lo que es catastrófico no tener soluciones inmediatas y perfectas ante los sucesos desagradables de la vida.
- ✓ La felicidad humana se logra a través de la inercia y la inactividad, de forma pasiva y sin comprometerse.
- ✓ Debemos preocuparnos por los problemas y perturbaciones de los demás.

De ahí la importancia de revisar las creencias irrazonables que pueden presentar las personas con esta enfermedad mediante la Reestructuración cognitiva, la cual tiene como objetivo que el paciente identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, para cambiarlos por otros que sean adaptativos y reducir la perturbación emocional y conductual que se derivan de ellos, mediante preguntas realizadas por el terapeuta los pacientes

evalúan y ponen a prueba sus pensamientos negativos para que lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos y puedan evaluarlos (Beck, 1995).

Las intervenciones Cognitivo Conductuales aumentan en los pacientes con VIH de forma significativa la información respecto a su enfermedad, lo cual trae como resultado una mayor adherencia terapéutica y un mejor afrontamiento. Además, mediante la intervención se observan mejoría significativa en los niveles de ansiedad, depresión y autoestima (Ballester 2005).

Noguera (2016) hace hincapié en la importancia de las creencias irracionales relacionadas a las expectativas y satisfacción al tratamiento antirretroviral, así como los problemas de comunicación entre médico y paciente, enfatizando que cuando se presenta una mayor cantidad de ideas irracionales, estas se relacionan con una mayor cantidad de sintomatología ansiosa, por lo que sugiere aumentar el número de sesiones en las intervenciones con la finalidad de llevar a cabo una reestructuración cognitiva profunda. Enfatizando que la intervención Cognitivo Conductual disminuyó los síntomas de ansiedad y depresión a largo plazo, lo cual corrobora mediante el seguimiento que realizó tres meses posteriores a la intervención.

Por lo tanto, resulta fundamental realizar intervenciones psicológicas enfocadas a la adherencia terapéutica, encontrándose que el enfoque con mayor efectividad es el cognitivo-conductual (Côte, Godin, García, Gagnon, y Rouleau 2008).

Es necesario diseñar programas de intervención para las mujeres con VIH que se encuentran en los Centros de Readaptación social de nuestro país, ya que actualmente son muy pocos los estudios para esta población en particular, por lo que el objetivo de realizar una intervención cognitivo conductual es mejorar la adhesión al tratamiento, reducir las conductas de riesgo sexual , así como identificar las creencias irrazonables, abordando los aspectos emocionales que pueden inferir, para que tengan una mejor calidad de vida las internas que tienen esta enfermedad.

Los resultados del taller permitirán desarrollar posteriormente otras intervenciones adecuadas que incidan en la conducta y las cogniciones respecto al VIH/SIDA dentro y fuera del ámbito carcelario, retrasando la aparición de complicaciones graves en su salud, evitando el contagio a otros, y disminuyendo los gastos médicos por hospitalizaciones, mortalidad temprana e invalidez laboral.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la efectividad de una intervención Cognitivo Conductual para modificar creencias irracionales, la adherencia al tratamiento y la apreciación cognitiva respecto al VIH/SIDA?

Objetivo general

- ✚ Mejorar la calidad de vida y reducir las creencias irracionales relacionadas con el VIH/SIDA mediante una intervención cognitivo conductual.

Objetivos específicos

- ✚ Mejorar la adherencia al tratamiento
- ✚ Reducir creencias irracionales
- ✚ Mejorar la apreciación cognitiva respecto al VIH/SIDA

Método

Selección de la muestra

La investigación realizada estuvo compuesta por cuatro internas diagnosticadas con VIH, con edades entre los 24 y 48 años, con una media respecto a la edad de 32. Cabe mencionar que no se accedió al 100% de la muestra de las internas con VIH, ya que uno de los criterios de inclusión era la participación voluntaria para asistir al taller, por lo que se trabajó con el 50 % de la muestra. La selección se hizo por medio de un muestreo de selección intencional, no probabilística y por cuota (Hernandez, Fernández, y Baptista 2010). Inicialmente se visitó el lugar para invitarlas al taller, proporcionándoles un díptico (Apéndice A) e información respecto a las sesiones, además de informarles los horarios y el lugar específico en donde se llevaría a cabo el taller.

Participantes

Mujeres adultas que se encuentran en el "Centro Femenil de Reinserción Social" ubicado en Tepepan, que cumplan con los siguientes criterios de inclusión:

- Que hayan sido diagnosticadas con VIH/SIDA
- Que asistan de forma voluntaria al taller

Criterios de exclusión:

- Que no tengan la capacidad cognitiva para responder a los cuestionarios y/o participar en el taller.
- Internas que se rehúsen a participar.

Escenario

El taller se aplicó dentro de las instalaciones del Centro Femenil de Reinserción Social, por lo que se solicitó una sala al área de Psicología dentro del centro para llevar a cabo la intervención, el salón asignado fue el de Psicología, el cual tiene un espacio adecuado para impartir un taller, además de sillas, escritorios y condiciones de privacidad.

Diseño de investigación

De acuerdo con Hernandez, Fernández, y Baptista (2010), el diseño de investigación, fue preexperimental pretest-posttest de un solo grupo, debido a que no va a haber un grupo control, se llevará a cabo un pretest, con el objetivo de conocer conductas de riesgo, adherencia al tratamiento, distorsiones cognitivas respecto a la enfermedad. Finalmente, se aplicó el posttest, buscando determinar la efectividad del taller, mediante un análisis de resultados.

Variables Sociodemográficas

- ❖ Edad
- ❖ Sexo
- ❖ Último grado de estudios
- ❖ Número de hijos
- ❖ Estado civil
- ❖ Preferencia sexual

Variables Clínicas

- ❖ Consumo de drogas
- ❖ Tiempo de diagnóstico VIH positivo

Variables dependientes

➤ **Apreciación cognitiva (Adaptación al VIH)**

Definición conceptual: Según Lazarus y Folkman (1984) Es la forma en que se piensa e interpreta una situación o idea, la cual provoca emociones y reacciones específicas en función de la manera en que una persona valore la situación.

Definición operacional: es la puntuación obtenida en el Cuestionario Appraisal Questionnaire for HIV de Pakenham y Rinaldi (2002), adaptado al español y validado en población mexicana: Escala de apreciación cognitiva en VIH (EAC-VIH, Noguera et al., 2015 en publicación).

➤ Adherencia Terapeutica

Definición conceptual: Según Martín y Grau (2004) "Es una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado".

Definición operacional: ES la puntuación obtenida en Cuestionario de evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH, REMOR 2002).

➤ Creencias irracionales

Definición conceptual: Son ideas que no tienen bases en la realidad y por lo tanto se pueden considerar falsas o ilógicas, e interfieren con la felicidad de una persona. Caro (2007).

Definición operacional: Es la puntuación obtenida en el Cuestionario de creencias irracionales de Jones (1968) en su versión en castellano.

➤ Variable independiente

Programa de intervención:

LINEAMIENTOS GENERALES DE SESIONES DE TALLER

Las nueve sesiones del taller se llevaron a cabo en sesiones de dos horas, dos días a la semana. (Apéndice B)

1. Presentación al grupo, exposición de los objetivos, reglas y procedimiento que se llevará a cabo durante la intervención. Detección de las expectativas de participantes. Juegos de integración. Aplicación de cuestionarios.

2. Conociendo el V.I.H/SIDA. Se les presentará un video sobre VIH. Además, se abordarán las creencias sobre la toxicidad del tratamiento y los efectos secundarios.

3. Dinámicas orientadas Identificar y evaluar pensamientos y comportamientos disfuncionales y las diversas consecuencias de tipo emocional, físico y conductual. Pensamientos negativos en relación al V.I.H/SIDA.

4. Aplicación de técnicas de Reestructuración cognitiva con los pensamientos, conductas y emociones identificados en relación al V.I.H/SIDA. Distorsiones cognitivas respecto a la enfermedad y el tratamiento.

5. Identificación y desarrollo de habilidades orientadas a la adherencia al tratamiento y conductas saludables.

6. Técnicas de relajación. Entrenamiento a las participantes en la técnica de respiración diafragmática e imaginación guiada. Carta al VIH.

7. Entrenamiento en solución de problemas. Revisión de los principales problemas que enfrentan. Dinámicas grupales con posibles soluciones de acuerdo al proceso de la técnica de solución de problemas.

8. Expectativas sobre el futuro. Técnica de proyección temporal.
9. Aplicación de instrumentos, despedida, revisión de todas las sesiones del taller.

Instrumentos

1. Cuestionario de salud y variables clínicas, el cual nos permite conocer las características de la muestra como edad, estado civil, pareja actual, estudios, hijos, vía de infección, preferencia sexual, consumo de drogas, fecha de ingreso al centro y de sentencia, así como las variables clínicas como el tiempo de diagnóstico, controles médicos, fecha de ultimo control (Apéndice C).
2. Appraisal Questionnaire for HIV de Pakenham y Rinaldi (2002), adaptado al español y validado en población mexicana: Escala de Apreciación Cognitiva en VIH (EAC-VIH, Noguera et al., 2015 en publicación) de 11 reactivos y 3 categorías (Amenaza 0.89, Desafío 0.84, Control 0.51) (Apéndice D).

3. Cuestionario de evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH, REMOR 2002) 20 reactivos, confiabilidad 0.84 en México. Nos indica la adherencia relacionada a llevar a cabo el tratamiento, antecedentes de la no adherencia, la comunicación entre médico y paciente, lo que espera y cree sobre el tratamiento, satisfacción del tratamiento, y marca el índice global de adherencia (Apéndice E).

4. Cuestionario de creencias irracionales de Jones (1968) en su versión en español, compuesto por 100 ítems, y puede aplicarse individual o grupalmente, mide 10 creencias irracionales y se divide en los siguientes subtes: 1.- es absolutamente necesaria la aprobación de los demás. 2.- Se debe ser perfecto y competente en todo lo que se hace. 3.-Ciertas personas son malas y perversas y merecen ser castigadas. 4.- Es terrible y horrendo que las cosas no sean de la manera que se quisieran. 5.- Lo que sucede es por causas externas, y no se tiene control sobre la desdicha o las aflicciones. 6.- Debemos preocuparnos terriblemente por lo que nos sucede. 7.- Es más fácil evitar los problemas que afrontarlos. 8.- Es necesario contar con alguien más fuerte que nosotros.9.- El pasado es muy importante y nos puede afectar siempre.10.- El máximo de

la felicidad es la inactividad. Las respuestas tienen dos opciones 1.- Si 2.- No. Cada creencia irracional se evalúa por medio 10 ítems, la confiabilidad obtenida por el método alfa (nivel de significancia) fluctuó entre 0.62 y 0.81. (Riso, Pérez, Roldan y Ferrer 1988). (Apéndice F)

Procedimiento

Fase I.-Se solicitó el permiso correspondiente en la Subsecretaría de Sistema Penitenciario para ingresar al Centro Femenil de Reinserción Social, para lo cual se elaboró una carta de motivos y se presentó el proyecto previamente autorizado por el Director de la Tesis, explicitando los objetivos y las aportaciones a la población con los lineamientos generales. Posteriormente el Consejo Técnico Interdisciplinaria del Centro en Sesión Quinta Ordinaria, autorizó el acceso a partir del día 26 de febrero del presente año, los días miércoles y viernes con un horario de 10:00 a 12:00 horas.

Fase II.- El primer día de asistencia se repartieron dípticos (Apéndice A) con información general del taller, y se les invito a las internas del dormitorio 5 las cuales son las que se encuentran

diagnosticadas con VIH, con las que se conversó brevemente sobre los lineamientos generales del taller.

Fase III.-Durante la segunda, tercera y cuarta semana se llevó a cabo la intervención que se señala en las cartas descriptivas (Apéndice B) en el salón de Psicología, por lo que en cada sesión fue necesario presentarse primero a las oficinas de esta área para que brinden el acceso a esta sala y solicitar que personal autorizado avise a las internas del dormitorio cinco que va a dar inicio el taller.

Fase IV.- En la quinta semana se realizó la post-evaluación y cierre del taller.

Consideraciones Éticas

Antes de iniciar el taller se les comentó que sus datos se iban a proteger, explicándoles los términos de confidencialidad, objetivos e implicaciones de asistencia al taller, además de leerles y explicarles detalladamente el consentimiento informado que se les entrego para la firma ya que la participación fue voluntaria (Apéndice G).

Análisis estadístico

La recolección de datos se realizará con el paquete estadístico SPSS versión 22. Y se llevara a cabo:

- un análisis descriptivo de las variables para hacer un cálculo porcentajes para hacer la descripción de las variables categóricas del pretest-posttest.

Análisis de resultados

Las participantes fueron cuatro internas, diagnosticadas como portadoras de VIH. En relación al estado civil de las participantes de este estudio las cuatro internas estaban solteras. En cuanto a tener una pareja actual la P3 y la P4 no tienen pareja y la P1 y la P2 si tienen una pareja actualmente. En lo que respecta a su nivel escolar la P1 primaria, P2 secundaria, P3 preparatoria y la P3 con carrera técnica.

Respecto a su preferencia sexual la P1 y la P2 se relacionan sexualmente solo con hombres, la P3 más con hombres que con mujeres y la P4 con hombres y mujeres. Referente a si tenían hijos las cuatro participantes de la muestra si tienen hijos.

En cuanto a las variables clínicas el tiempo de diagnóstico fue de más de dos años y menos de cinco en la P1, la P2 y la P4 y con menos de dos años de haber sido diagnosticada como seropositiva la P3. Respecto al consumo de drogas la P2 fuma tabaco, la P4 fuma marihuana, y la P1 y P3 consumen cocaína (piedra).

La vía de contagio en las cuatro participantes fue por transmisión sexual.

El Cuestionario de creencias irracionales, mide 10 creencias irracionales con valores de 0 a 10, las cuales se interpretan de acuerdo a los siguientes indicadores: de 1 a 4 se considera normalmente irracional, a partir de 5 a 6 puntos, la creencia irracional correspondiente implica limitaciones a la persona solo en algunas circunstancias y se le considera una creencia sin tantas dificultades, y de 7 a 10 puntos la creencia irracional provoca

limitaciones en casi todas las áreas, por lo que se le considera una creencia con dificultades para la persona que la presenta.

Como se observa en la figura 1, la participante 4 presenta la creencia irracional en relación a la necesidad de ser amada y aprobada por casi todo el mundo de acuerdo al punto de corte, y se puede observar una disminución del 20% de esta creencia en el posttest, así como un 10% en la participante 1, un 20% de disminución en la participante tres y no se observan cambios en la participante 2.

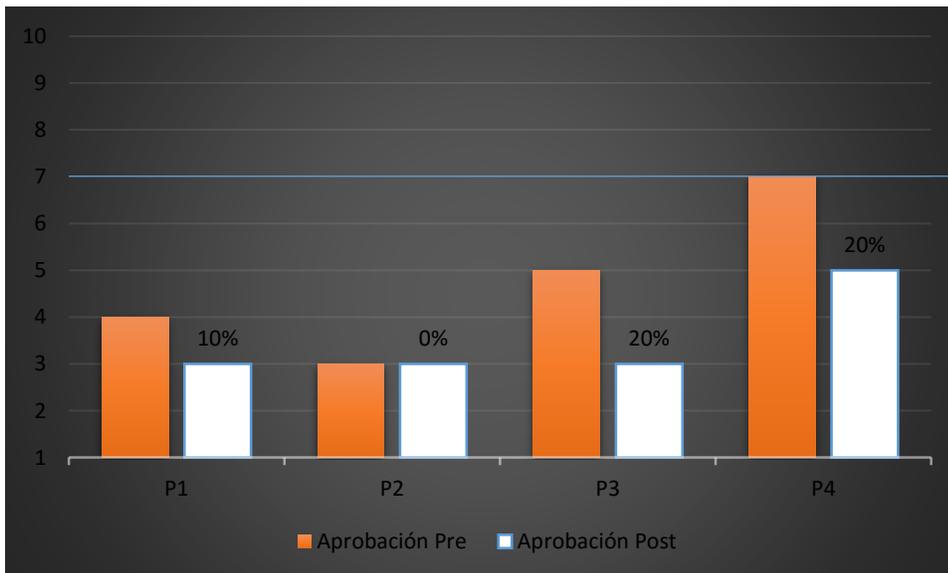


Figura 1. Creencia irracional de aprobación pre-post test. Muestra el porcentaje de disminución después de la intervención.

La figura 2 nos muestra que la participante 2 presenta la creencia irracional de que debemos ser totalmente competentes, aptos y eficaces en todos los aspectos posibles disminuyendo después de la intervención en un 30%, en la participante 1 no se mostraron cambios, en la participante tres y cuatro hubo un 20% de disminución.

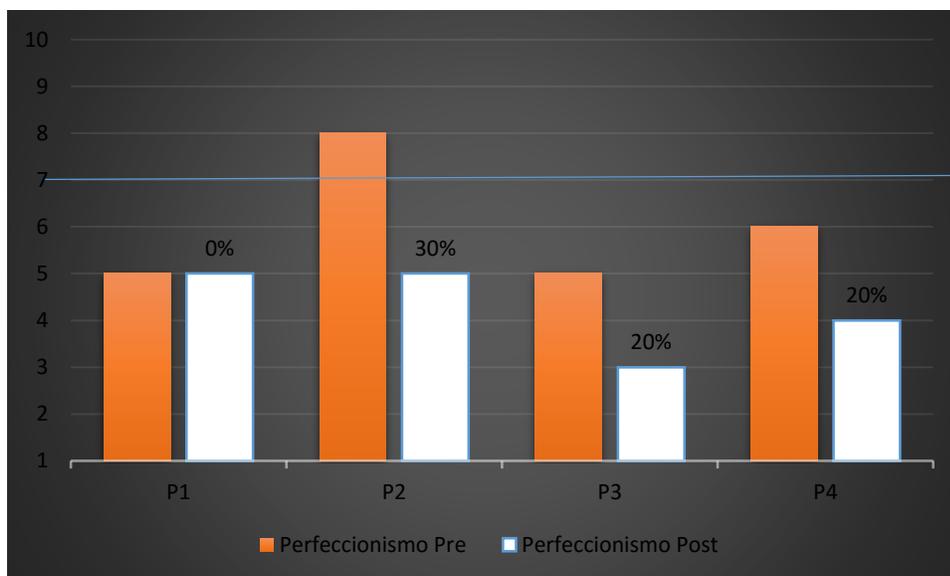


Figura 2. Creencia irracional de perfeccionismo pre-post test. Muestra el porcentaje de disminución después de la intervención.

En la figura 3 se observa en la participante 1 y la participante 3, la creencia irracional de que ciertas personas son malas, perversas, y deben ser severamente castigadas, mostrando una disminución del 20% en la participante uno y de un 30% en la participante dos, en relación a las participantes dos y cuatro no se presenta esta creencia irracional.

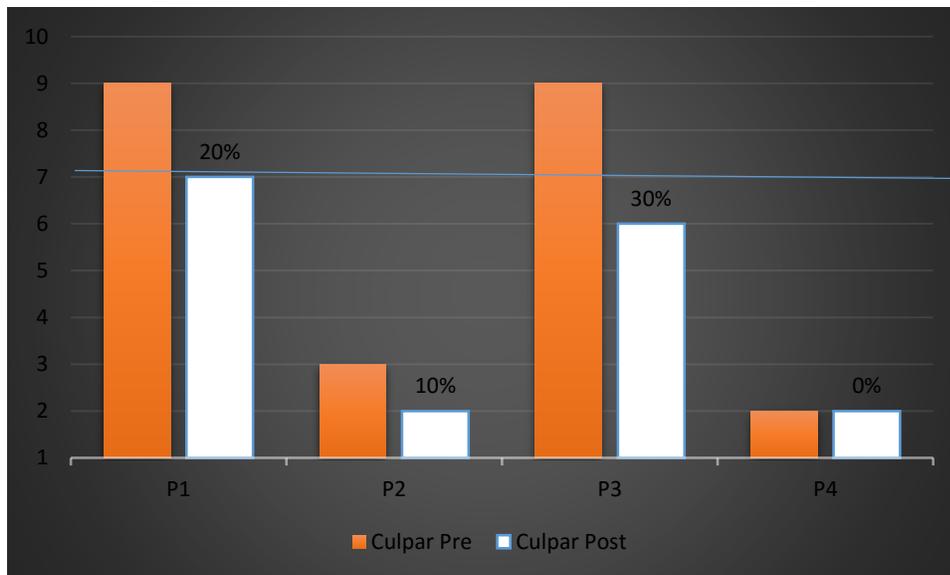


Figura 3. Creencia irracional de culpar pre-post test.
Muestra el porcentaje de disminución después de la intervención.

La figura 4 muestra en la participante 3 y la participante 4, la creencia irracional del catastrofismo, en donde posterior a la intervención la participante cuatro presenta un descenso importante del 30% respecto a la creencia de que es catastrófico que las cosas no marchen de acuerdo a nuestros deseos, y la participante tres solamente un 10%, la participante uno y dos no presenta esta creencia de acuerdo al punto de corte.

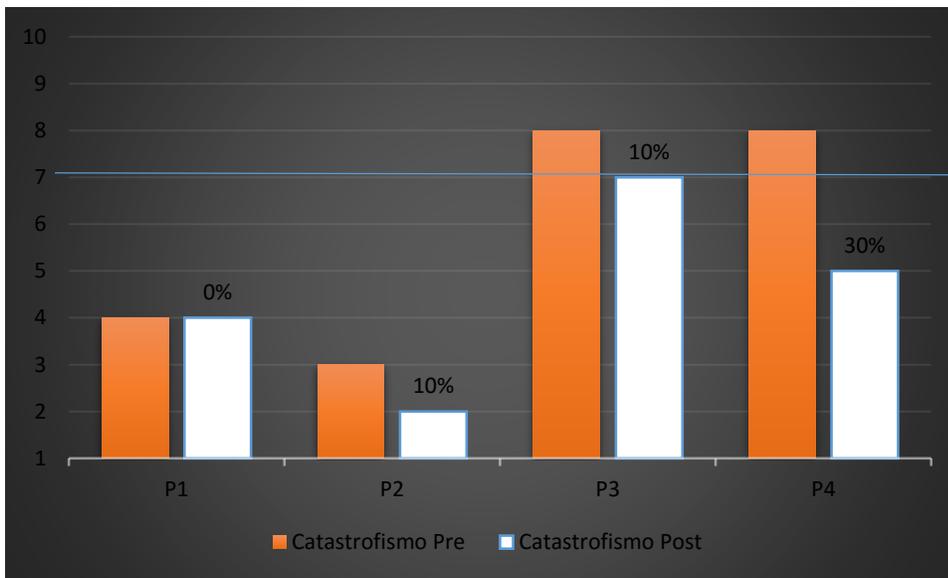


Figura 4. Creencia irracional de catastrofismo pre-post test. Muestra el porcentaje de disminución después de la intervención.

La figura 5 nos indica la presencia en la participante 3 y la participante 4 de la creencia irracional de que las causas de la desdicha humana son externas, presentado una disminución importante del 50% en la participante cuatro, y en la tres la disminución que indica fue del 10%. En cuanto a la participante 1 la creencia se considera con algunas limitaciones, se presentó una disminución del 10%, y en la participante dos no se observaron cambios después de la intervención.

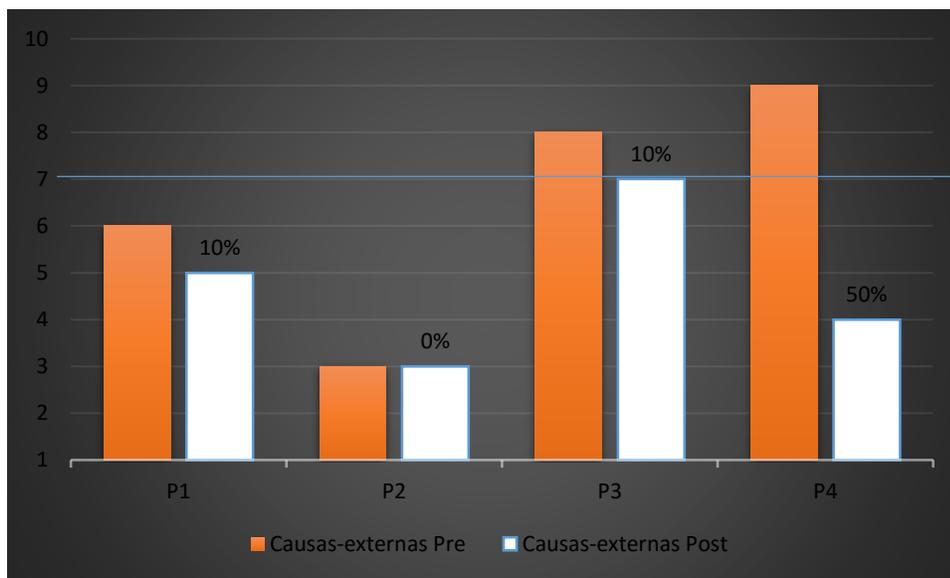


Figura 5. Creencia irracional de causas externas pre-post test. Muestra el porcentaje de disminución después de la intervención.

En la figura 6 se observa la creencia irracional de que ante lo peligroso se debe sentir una tremenda preocupación y sentirse trastornado, en la participante 1 se presentó una disminución del 20%, en la participante 2 se observa una disminución del 30%, en la participante 3 la disminución llegó al 40% y en la participante 4 se pudo ver una disminución del 10% de esta creencia.

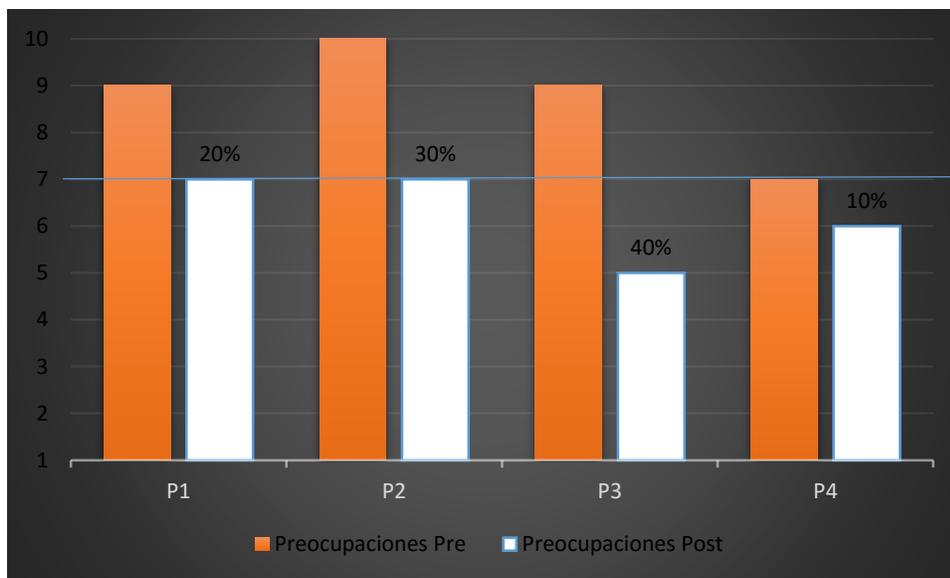


Figura 6. Creencia irracional de preocupaciones pre-post test. Muestra el porcentaje de disminución después de la intervención.

En La figura 7 se observa en la participante 2 la creencia irracional de que es más fácil evitar responsabilidades de la vida a partir del punto de corte, se aprecia una disminución en la participante 2 del 20%, y en la participante 3 y la participante 4 del 10%, y en la participante 1 no se aprecia ningún cambio en la creencia irracional.

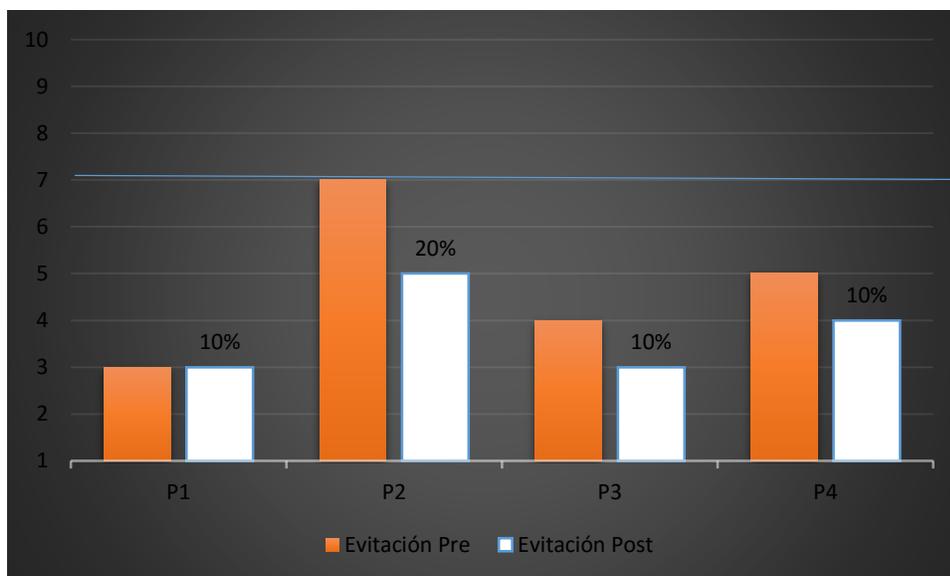


Figura 7. Creencia irracional de la evitación pre-post test. Muestra el porcentaje de disminución después de la intervención.

En la figura 8 se observa en la participante 1, la participante 2 y la participante 3 la creencia irracional de que es necesario depender de alguien más fuerte, disminuyendo después de la intervención un 20% en la participante uno y un 10% en la participante dos. En la participante tres se observa una disminución en los niveles en la post evaluación del 20%, y en la participante cuatro no se observan cambios.

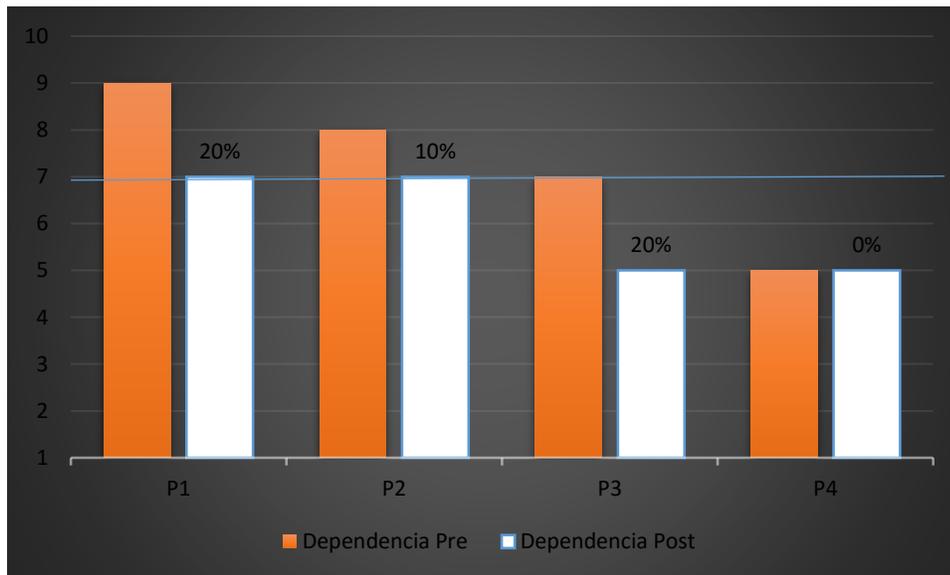


Figura 8. Creencia irracional de la indefensión pre-post test. Muestra el porcentaje de disminución después de la intervención.

Se observa en la figura 9 la creencia irracional de que el pasado es importante y podrá seguir afectando a la persona de manera importante, lo cual se observan la participante 1 presentando una disminución en el post test del 20%, en las participantes tres y cuatro no se observan cambios y en la tres se presenta una disminución del 10% de la creencia.

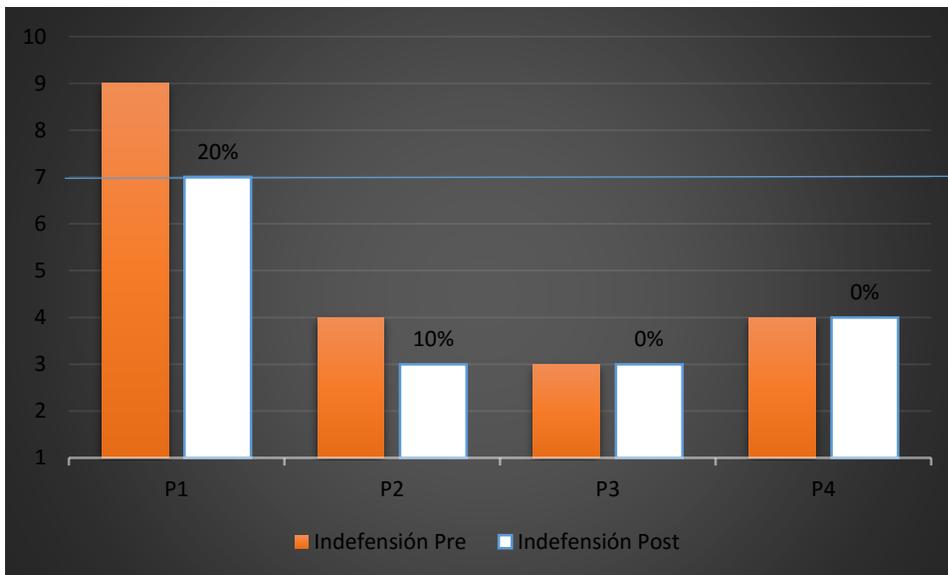


Figura 9. Creencia irracional de la indefensión pre-post test. Muestra el porcentaje de disminución después de la intervención.

Como muestra la figura 10, en la participante 1, la participante 2 y la participante 4, podemos observar la creencia irracional de que la felicidad máxima es la inercia y la inacción, observándose en la participante 1 una disminución del 30%, en la participante dos un 10% y en la participante 4 un 10 %. En cuanto a las participantes tres esta creencia no se presenta de acuerdo al punto de corte, sin embargo, se puede observar una disminución del 10% en el post test en ambos casos.

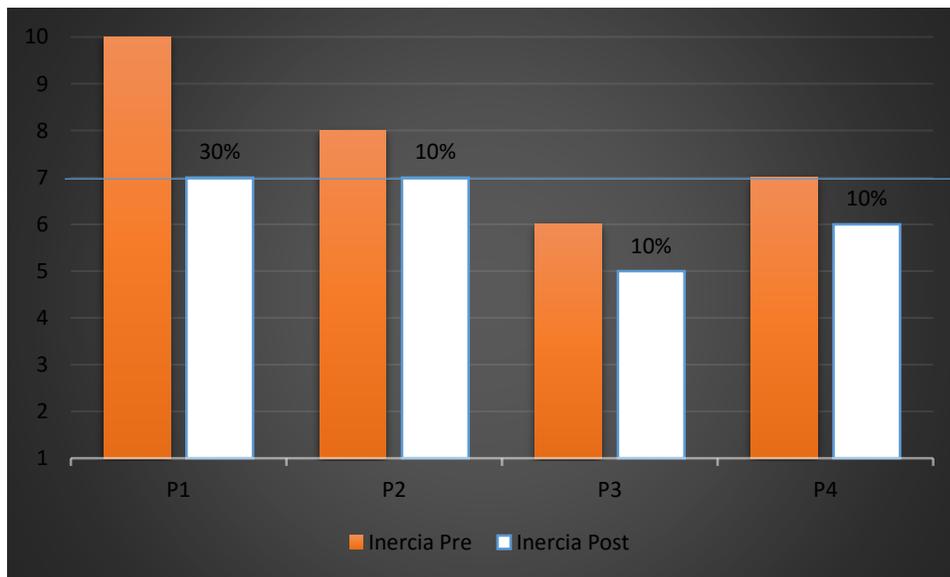


Figura 10. Creencia irracional de la inercia pre-post test.
Muestra el porcentaje de disminución después de la intervención.

La puntuación de la Escala de Apreciación Cognitiva en VIH, se consigue en porcentajes, por subescala se suman los puntos del 1 al 5 de cada respuesta, los puntos que se suman por reactivo para las subescalas son los siguientes: amenaza del 6-30, desafío del 3-15, y control del 2-10. El máximo de puntuación es el 100% y el mínimo es el 20%.

En la figura 11 se observa en la participante 1, una disminución del 20%, en la participante 2 no se observan cambios, en la participante 3 un 40% menos y en la participante 4 se observa un 20%, en relación a la amenaza que perciben al ser seropositivas, en sus metas en la vida, su relación con los demás, su bienestar físico, emocional, el respeto a sí misma, y el bienestar sobre sus seres queridos.

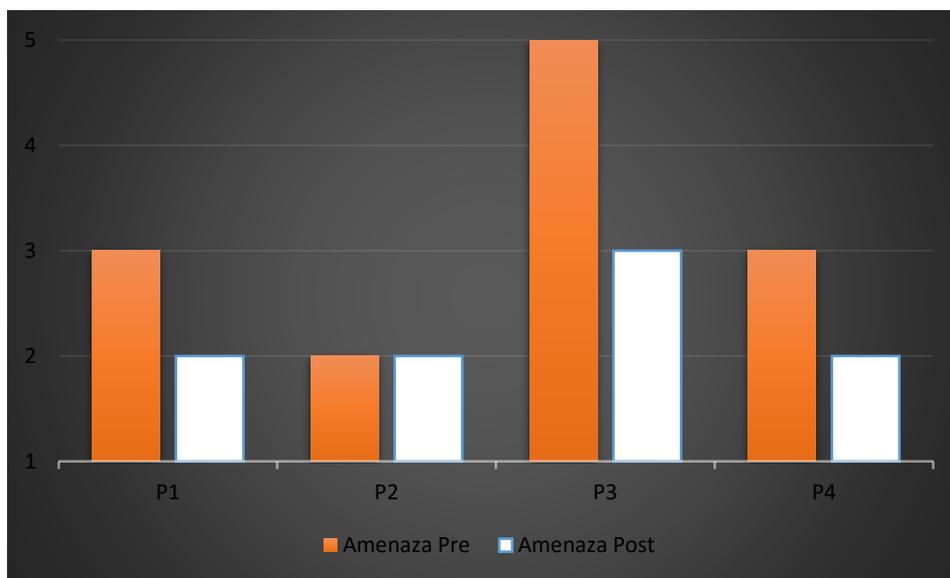


Figura 11. Apreciación cognitiva sobre la percepción de la amenaza.

La figura 12 nos muestra la percepción de desafío relacionado a los beneficios por tener VIH, en relación a su crecimiento personal, sus retos, y el fortalecer una relación después del diagnóstico, por lo cual podemos observar en la participante 1 un aumento del 20%, en la participante 2 aumentos un 40%, en la participante 3 no se observaron cambios y en la participante 4 la diferencia fue de un 20% más en la post evaluación.

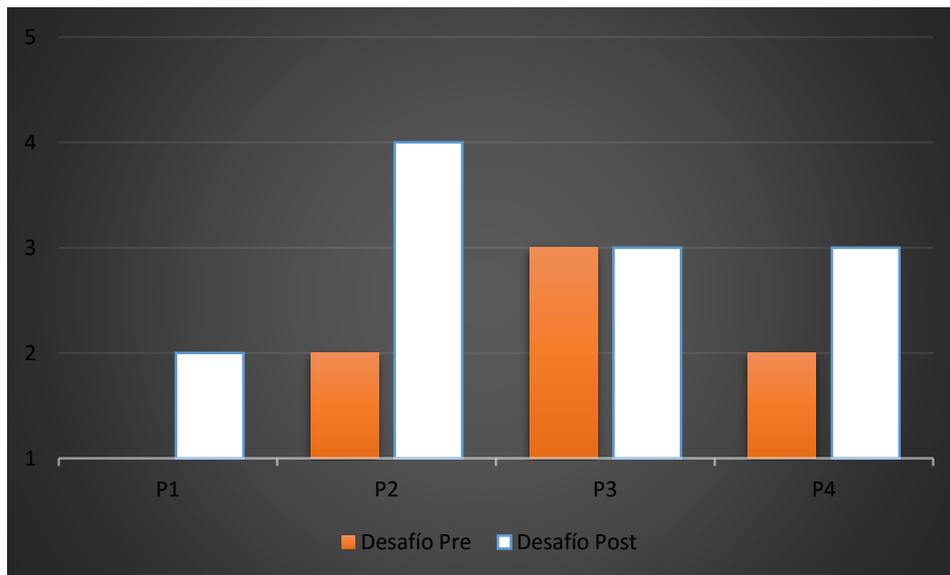


Figura 12. *Apreciación cognitiva sobre la percepción de desafío de lo que le representa el tener VIH.*

En la figura 13 se puede ver en la percepción de control, que se relaciona con hacer cambios respecto al VIH, así como si debe aceptar su condición. Se observa en la participante 1 y dos un aumento del 20%, en la participante 3 el aumento fue del 40% y en la participante 4 se observa un aumento del 20% en el post test.

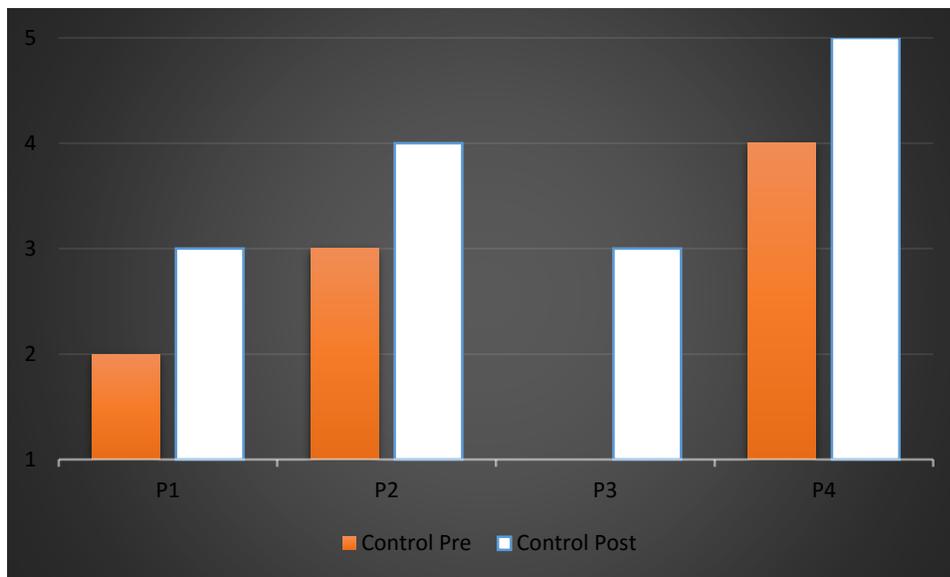


Figura 13. *Apreciación cognitiva sobre la percepción de control de lo que le representa el tener VIH pre-post.*

La adherencia se evaluó con el Cuestionario de evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral, el cual tiene 20 ítems, con una escala tipo Likert del 1 al 5, los ítems del 1 al 4 y del 6 al 18. El ítem 5 tiene una escala de 1 y 2, y los ítems 19 y 20 el valor es 1. Los cual nos indican la adherencia relacionada a llevar a cabo el tratamiento (cumplimiento), antecedentes de la no adherencia, la comunicación entre médico y paciente, lo que espera y cree sobre el tratamiento (expectativas), satisfacción del tratamiento. La puntuación total de la suma de los ítems da 89 como valor máximo y 17 como valor mínimo.

Como se puede observar, la figura 14 muestra una adherencia del 20% después de la intervención en la participante 1, en la participante 2, 3 y 4 no se observaron cambios ya se observa una adhesión del 100%, en relación a los antecedentes respecto a la ingesta de retrovirales.

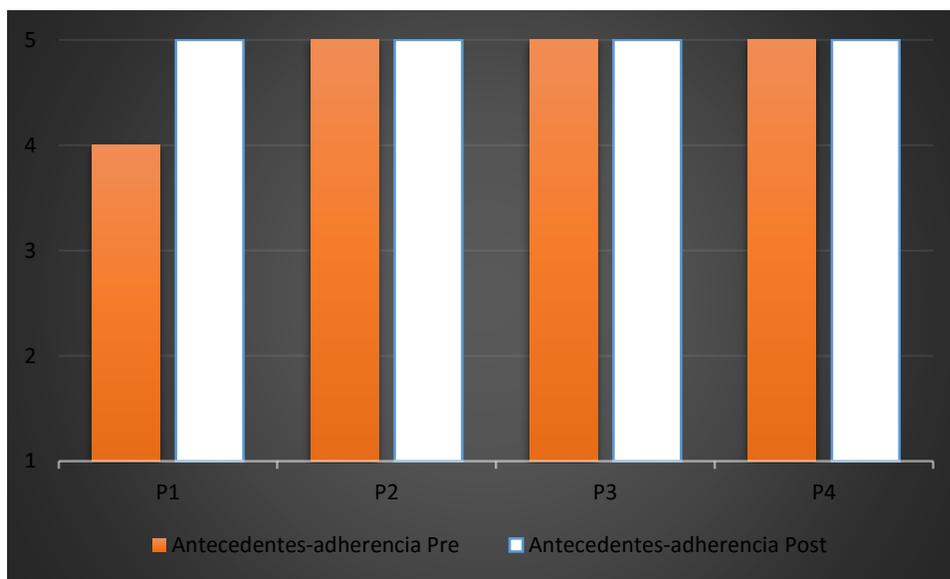


Figura 14. Antecedentes referentes a la adherencia terapeutica de lo retrovirales pre-post test.

De acuerdo a la figura 15 las expectativas de la participante uno, aumentaron un 20%, en la participante dos no se observaron cambios, en la participante tres presento un aumento del 20%, y la participante cuatro no presento cambios respecto al tratamiento, información, beneficios, mejoría, y capacidad de continuar tomándolo.

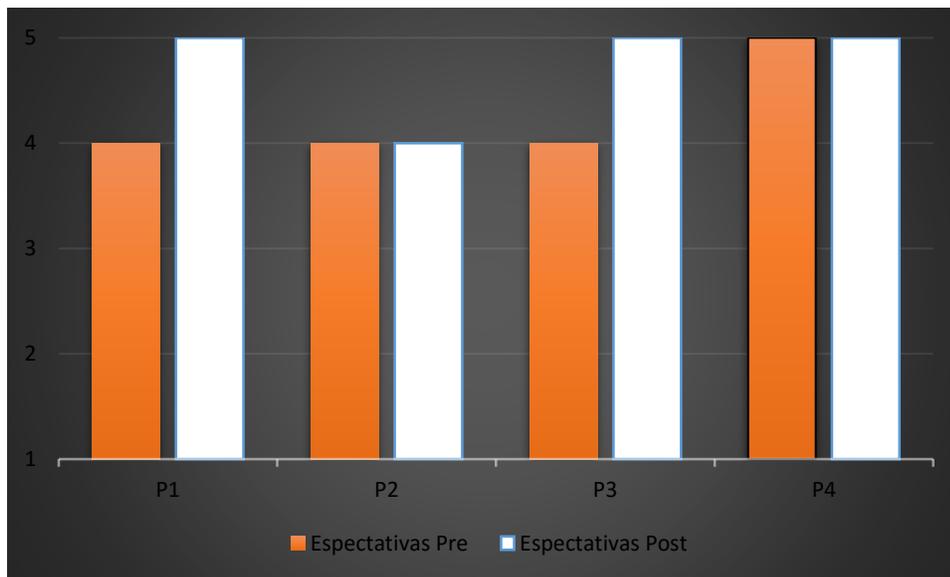


Figura 15. Expectativas referentes a los antiretrovirales pre-post test.

La figura 16 nos muestra la satisfacción de tomar antirretrovirales, así como la intensidad de los efectos secundarios, el tiempo que emplean para ingerirlos, y las dificultades que se les presentan. En la participante uno no se observan cambios y manifestó una satisfacción al tratamiento del 100%, en la participante dos se puede apreciar un aumento en el post test del 20%, en la participante tres aumentos un 20%, y la cuatro reporta una satisfacción del 100 %.

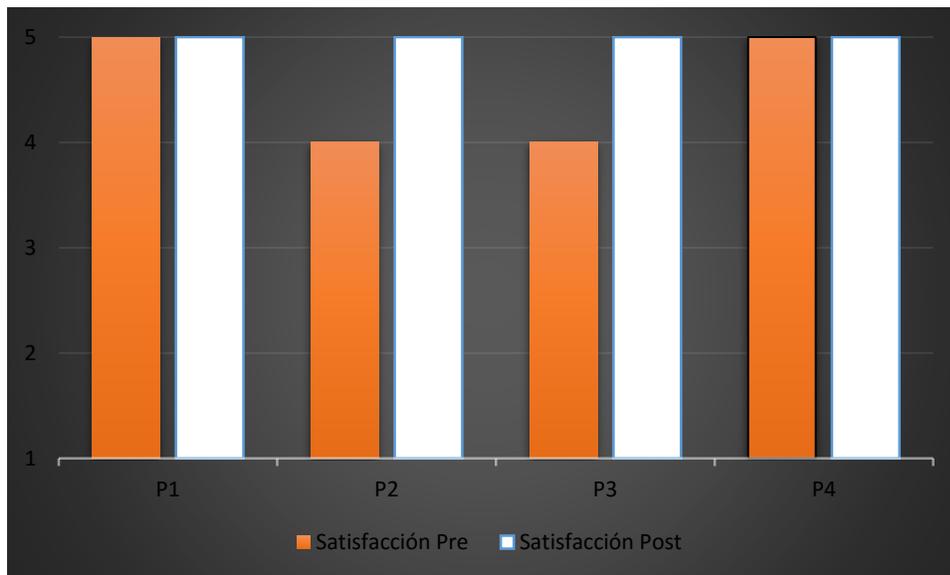


Figura 16. Satisfacción en la ingesta de antirretrovirales pre-post test.

La figura 17 nos muestra como califican las participantes la relación que tienen con su médico, a lo cual respondieron que están muy satisfechas. Se observa en las cuatro participantes el 100% en el pretest y en el post test.

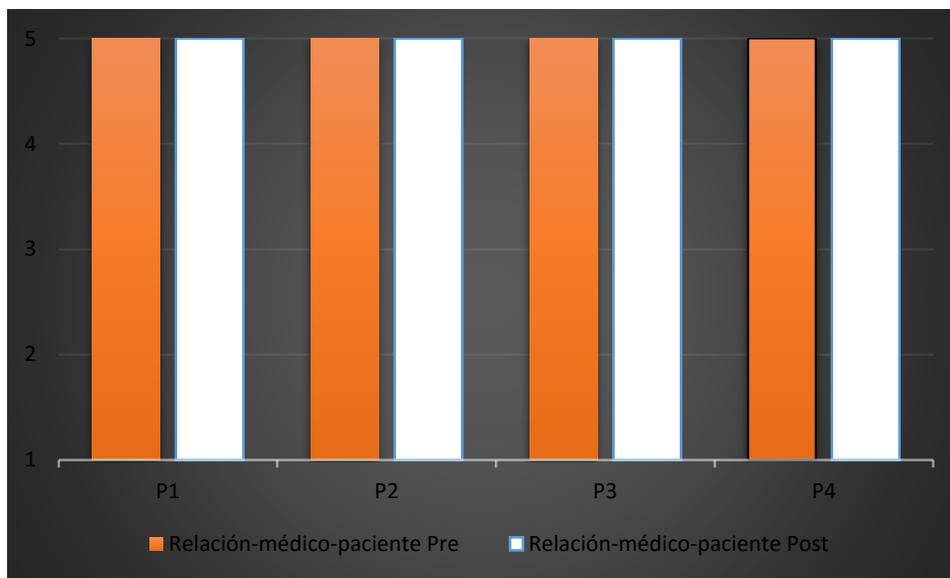


Figura 17. Relación médico paciente pre-post test.

En la figura 17 podemos observar si normalmente suelen tomar la medicación a la hora correcta y si cuando tienen buenos resultados en los análisis el medico los usa para darles ánimos y seguir adelante. Se observa en las cuatro participantes el 100% en el pretest y en el post test.

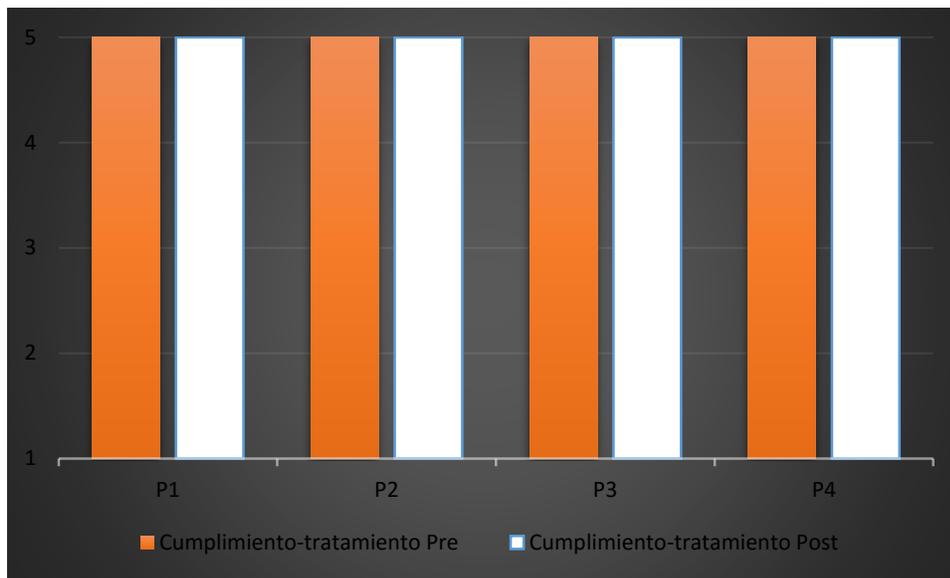


Figura 18. Cumplimiento del tratamiento pre-post test.

Discusión

En la presente investigación se demuestra la efectividad de una intervención Cognitivo Conductual, respecto a las creencias irracionales relacionadas a tener VIH/SIDA, que presentó el grupo de participantes del Centro De Readaptación Social Femenil en Tepepan.

De acuerdo a Beck, (1989), es fundamental revisar las creencias irrazonables que presentan las personas con VIH/SIDA, para que por medio de la Reestructuración cognitiva identifiquen y evalúen sus pensamientos desadaptativos, lo cual se llevó a cabo por medio de un taller que se implementó durante nueve sesiones dos veces a la semana, en donde se abordaron Técnicas Cognitivo Conductuales como la Reatribución Para disminuir la culpa, El examen de las opciones alternativas para que pudieran generar otras opciones, Descatastrofizar para que evaluaran objetivamente la naturaleza catastrófica de la situación, Fantasear consecuencias para que percibieran la irracionalidad de sus ideas, Ventajas y desventajas para que tuvieran una perspectiva más equilibrada, Graduar situaciones para ganar distancia y perspectiva, Externalización de las voces en donde pudieron escucharse a sí mismas y reconocer la irracionalidad de pensamiento, Bloqueo de pensamiento se les enseñó a imaginar una señal de STOP para bloquear un pensamiento negativo, Focalización para

que aprendieran a detener pensamientos disfuncionales, y el desarrollo de la disonancia cognitiva.

Para las variables de creencias irracionales, apreciación cognitiva y adherencia al tratamiento se compararon los cambios pre-post test, por lo que en términos generales se puede afirmar que la intervención fue efectiva.

Se observó en una de las cuatro participantes la creencia irracional de que se necesita ser amada y aprobada por casi todo el mundo, en la que se observó una disminución del 20% en el post test, lo cual representa un porcentaje importante considerando la estigmatización social y el rechazo que viven los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA como se menciona en ONUSIDA, (2007). El estigma y la discriminación son realidades diarias para las personas que viven con el VIH y especialmente para los grupos vulnerables como las personas que están en reclusión, porque además del estigma de encontrarse en la cárcel se suma el diagnóstico de VIH/SIDA.

La creencia irracional relacionada al perfeccionismo, la cual asevera que debemos ser totalmente competentes aptos y eficaces en todos los aspectos posibles, se observó en una de las participantes la cual disminuyó un 30% en el post test. Esta creencia se podría relacionar con la falta de aceptación del diagnóstico y la obsesión por la perfección lo cual podría provocar que tuvieran conclusiones fuera de contexto, provocando falta de adherencia al tratamiento antirretroviral (Rendón y Valdez, 2012).

Se presentó en dos de las participantes la creencia irracional de que ciertas personas son malas y perversa, viles o inferiores y deben ser castigadas, la cual se abordó en el taller, porque de ahí podría surgir la negación o aceptación del diagnóstico, sin embargo, el proceso puede ser confuso dando como resultado conductas contradictorias, en donde la culpa podría llevar al autocastigo (Margulies y Recoder, 2006).

En esta investigación se encontraron creencias irracionales referentes al catastrofismo, las cuales son coincidentes con los resultados de percepción de amenaza de la Escala de Apreciación Cognitiva en VIH (EAC-VIH, Noguera et al., 2015 en publicación) en

la cual se calificó el diagnóstico de seropositividad como estresante en algunas participantes, y al vincularlo con el catastrofismo podría indicar la posibilidad de que esto limita los recursos y opciones para afrontar el diagnóstico de VIH/SIDA, lo cual se abordó en el taller en las dinámicas orientadas a identificar distorsiones cognitivas respecto a la enfermedad y el tratamiento, al considerar que lo catastrófico es aquello que es más del 100% malo por consiguiente bajo este concepto ningún evento en la vida podría considerarse totalmente terrible (Dryden W. y Ellis A. 1987).

En las participantes se observó la creencia irracional de la evitación, referente a que es más fácil rehuir dificultades a enfrentarlas, lo cual podría vincularse con los resultados de la variable clínica referente al consumo de drogas de la cual la mayoría de participantes respondió que habitualmente las consumían, esta creencia oculta el temor a fracasar, lo cual impide alcanzar metas, e implica emociones negativas, que podría ser la causa de depresión, ansiedad, miedo etc. Como lo menciona Dryden W. y Ellis A. (1987). Provocando conductas disfuncionales como el abuso de drogas por ejemplo en las participantes.

Así mismo es importante mencionar que las creencias irracionales que se encontraron en la mayoría de las participantes, así como las de más altos porcentajes son las creencias de preocupación y la inercia. En cuanto a la creencia irracional de la preocupación, esta hace referencia a que cuando algo es peligroso es un deber sentirse terriblemente trastornados, lo cual se vincula con la ansiedad, por lo tanto en el taller se confrontó mediante el dialogo Socrático, la idea de que lo peor que podría ocurrir sería justamente morir, lo cual inevitablemente va a ocurrir, y que cualquier peligro como podría ser el diagnóstico de seropositividad sería mejor enfrentarlo, que vivir aterrorizados con las consecuencias inherentes, que por consiguiente podría ser la adhesión al tratamiento, la cual se relaciona a su vez con la valoración de la gravedad de esta enfermedad, así como la vulnerabilidad percibida, y como posible consecuencia de lo anterior el consumo de drogas como lo menciona (Ballester 2005).

En cuanto a la creencia irracional de la inercia, esta hace referencia a que lo mejor en la vida se logra por medio de la inacción, que al encontrarse en las participantes en niveles tan altos y en su condición de reclusión, esta podría ser una de las causas de cometer actos delictivos, al buscar beneficios inmediatos

sin que medie el trabajo, la disciplina, y metas a corto y largo plazo, y esto es consistente con una investigación realizada a internos de una penitenciaría, donde se encontró que son altas sus necesidades de estar relajados y sentir bienestar, siendo coincidente con la creencia de la inacción, sin embargo las consecuencias e ideas que se observaron en el grupo de la penitenciaría así como en las participantes de esta investigación fueron autocompasión, ira baja tolerancia a la frustración, y la creencia de que la felicidad se consigue sin que medie un esfuerzo (Rendón y Valdez 2012). Las consecuencias concuerdan con Caballo, Ellis y Vega, (1997) al establecer que las creencias irracionales pueden provocar dolor y disturbios emocionales.

Se pudo apreciar la eficacia del modelo Cognitivo Conductual, ya que en las personas con VIH específicamente, influye en las creencias y la información de la enfermedad, lo cual se observó en la sesión ocho al abordar las expectativas sobre el futuro, en donde le escribieron una carta al VIH, plasmando en las cartas pensamientos como: " Al principio tenía miedo, cuando me dijeron que estabas en mí, sentí que me moriría, pensé que mi familia iba a abandonarme, acuérdate, yo no tengo que aprender a vivir contigo, sino tu conmigo. Te acepto, sabes que no te guardo rencor, y gracias a Dios, porque me ha enseñado a ser fuerte a través de ti,

gracias y te advierto... ¡¡¡vivan los retrovirales!!!”, lo anterior nos permite observar los cambios en cuanto a las ideas irracionales respecto a la enfermedad, lo que trae como resultado una mayor adherencia terapéutica y un mejor afrontamiento de acuerdo a (Ballester 2005).

Es importante señalar que las participantes cuentan con atención médica por parte de la clínica Condesa en la Ciudad de México, la cual las provee de los antiretrovirales e información respecto a que el VIH es actualmente una enfermedad tratable si se adhieren al tratamiento, además cuentan con un dormitorio destinado específicamente para este sector de la población carcelaria, lo cual les permite mejores condiciones, que resulta relevante al considerar que factores psicológicos podrían disminuir la calidad de vida, por la relación entre estos y la función inmune, la cual es prioritaria para la prevención y evitar reinfecciones (Ballester 2005).

Este estudio adquiere relevancia derivado de que es uno de los primeros en abordar las creencias irrazonables de mujeres con VIH en un Centro de Readaptación Social en México, lo cual se relaciona con la adherencia al tratamiento y la apreciación cognitiva de tener esta enfermedad. Por lo tanto, podría

considerarse una alternativa válida para abordar este problema de salud pública desde una perspectiva Cognitivo Conductual, específicamente desde la Terapia Racional Emotiva, con técnicas de reestructuración cognitiva. Además de resaltar la inferencia del psicólogo de la salud al abordar aspectos psicológicos que se relacionan con la enfermedad, haciendo intervenciones bajo la premisa de la vinculación entre los factores cognitivos y la evolución de una enfermedad.

Limitaciones y sugerencias

En relación a las limitaciones de esta investigación, se puede comentar en primera instancia que derivado del tamaño de la muestra, y que al ser todas del sexo femenino los resultados son limitados, se sugiere para futuras investigaciones, hacerlo con muestras más representativas a nivel federal y estatal en ambos sexos, para proponer políticas de salud respecto a la adherencia terapéutica en relación a pacientes con VIH/SIDA, como la aplicación de cuestionarios sobre adherencia en los consultorios.

Otra de las limitaciones que se consideraron fue el tiempo de las sesiones de cinco semanas, por lo que se sugiere estudios posteriores longitudinales sobre adherencia y VIH, para tener una mejor perspectiva de los resultados de la intervención.

También se consideró una limitante que el cuestionario de creencias irracionales, se encuentre validado en población latinoamericana, por lo que se sugiere por medio de una muestra representativa validarlo en población mexicana.

Por otra parte, en relación al cuestionario de Cuestionario de evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH, REMOR 2002, se observaron niveles altos de adherencia, que de acuerdo a lo que se observó podrían derivarse de deseabilidad social por los privilegios que les significa el recibir el tratamiento, salir a las citas médicas, un dormitorio específico etc.

Se sugiere para futuras investigaciones abordar a profundidad la forma en que se adquirió el VIH, y el estrés postraumático derivado del diagnóstico de seropositividad.

Finalmente se concluye que el modelo Cognitivo Conductual, permite abordar desde la TRE, creencias irracionales y hacer modificaciones de forma efectiva y rápida, ya que, al plantear argumentos racionales para rebatir las respuestas, se guía a las participantes a la reestructuración cognitiva mediante un dialogo lógico, para que puedan cuestionar evidencias y asumir

responsabilidades, mostrándole opciones ante sus pensamientos. Siendo por lo tanto el enfoque Cognitivo Conductual, una alternativa practica y directa, considerada en general más rápida que la psicoterapia tradicional, además de la participación activa del sujeto, lo cual da como resultado que aprenda y se haga responsable de su propia recuperación.

Referencias

- Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la psicología al tratamiento. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 53-69. Recuperado el 15 de enero de 2016, de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3989/3844>
- Beck, J. (1995). *Terapia Cognitiva*. Barcelona, España: Gedisa, S.A. pp 26-27. Recuperado el 09 de mayo de 2016, de [https://books.google.com.mx/books?id=7EHjCgAAQBAJ&pg=PA385&lpg=PA385&dq=Clark,+D.M.+\(1989\).+Anxiety+states:+Panic+and+generalized+anxiety.+En+K.+Hawton,+P.M.&source=bl&ots=wQ5oKRNNpq&sig=jNbGOcUp9igE3ESB05Q6KqAKrvA&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjTn](https://books.google.com.mx/books?id=7EHjCgAAQBAJ&pg=PA385&lpg=PA385&dq=Clark,+D.M.+(1989).+Anxiety+states:+Panic+and+generalized+anxiety.+En+K.+Hawton,+P.M.&source=bl&ots=wQ5oKRNNpq&sig=jNbGOcUp9igE3ESB05Q6KqAKrvA&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjTn)
- Caro G. (2007). *Manual Teórico Practico de Psicoterapias Cognitivas*. España. Desclée de Brouwer.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. (2009). Actualización al 30 de junio de 2014. México, DF: CENSIDA.OMS. Censida/Secretaria de salud 2012, El VIH/SIDA en México 2012.

Côté, J., Godin, G., Garcia, R., Gagnon, M., & Rouleau, G. (2008). Program development for enhancing adherence to antiretroviral therapy among persons living with HIV. *AIDS patient care and STDs*, 22(12), 965-975.

Dryden, W., & Ellis, A. (1987). *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*. New York: Desclée de Brouwer.

Ellis, A., & Grieger, R. (1990). *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Ellis, A. (1992) *Aplicaciones clinicas de la terapia Racional Emotiva*. New York: Desclée de Brower.

Hernández, S. Fernández. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Jones, R. (1968). *A Factory Measure of Ellis Irrational Belief System, Whith personality and maladjustment correlates*. (Doctoral Dissertation) Technological Collage. Texas

Kemeny, M. (2003). *An interdisciplinary research model to investigate psychosocial cofactors in disease:*

Application to HIV-1 pathogenesis. Brain, Behavior and Immunity, 17[supl.], 62-72.

Noguera, M. (2016) *Apreciación Cognitiva del VIH/SIDA: Su Relación con el Estado Afectivo y la Adherencia Terapéutica (Tesis de Doctorado) Universidad Nacional Autónoma de México. Cd. de México.*

Noguera, M. Robles, R. Sierra, J. Sánchez, J. (En publicación) *Escala de apreciación Cognitiva del VIH/SIDA: adaptación y evaluación psicométrica en población mexicana. Psicología Iberoamericana, 24(1).*

Margulies, S. Peluquería, N. y Recoder, M. (2006). *VIH-SIDA y "Adherencia" al tratamiento enfoques y perspectivas. Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología, (3), 281-300. Consultado el 16 de enero 2016, a partir de http://www.scielo.orcretarg.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S190054072006000200013&lng=en&tlng=es.*

Pereyra, C., Milei, J., & Estefani, D. (2011). *Factores Psicosociales de Riesgo en la Enfermedad Cardíaca. Revista Argentina de Clínica Psicológica, XX(3), 221-229. Recuperado el 02 de abril de 2016, de https://www.researchgate.net/profile/Carolina_Pereyra2/publication/264543725_Factores_Psicosociales_de_Riesgo_en_la_Enfermedad_Cardaca/links/53e4c820cf21cc29fc9212b.pdf*

UNAIDS Report on de global AIDS epidemic 2010. UNAIDS: Geneva
Switzerland. (2002)

Rendon, E. y Valdez, E. (2012). Comparación de creencias
irracionales entre dos grupos; internos de la
penitenciaria y personas sin antecedentes penales (Tesis
de pregrado. Recuperado de

<http://132.248.9.195/ptd2013/Presenciales/0691269/0691269.pdf#search=%22creencias irracionales%22>.

Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento
antirretroviral en pacientes VIH+. *Psichotema*, 14(2),
262,267.

Beck, J. (1995). *Terapia Cognitiva*. Barcelona, España: Gedisa, S.A.
Recuperado el 09 de mayo de 2016, de
[https://books.google.com.mx/books?id=7EHjCgAAQBAJ&pg=PA385&lpg=PA385&dq=Clark,+D.M.+\(1989\).+Anxiety+states:+Panic+and+generalized+anxiety.+En+K.+Hawton,+P.M.&source=bl&ots=wQ5oKRNNpq&sig=jNbG0cUp9igE3ESB05Q6KqAKrvA&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjTnquO7v_MAhUJ](https://books.google.com.mx/books?id=7EHjCgAAQBAJ&pg=PA385&lpg=PA385&dq=Clark,+D.M.+(1989).+Anxiety+states:+Panic+and+generalized+anxiety.+En+K.+Hawton,+P.M.&source=bl&ots=wQ5oKRNNpq&sig=jNbG0cUp9igE3ESB05Q6KqAKrvA&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjTnquO7v_MAhUJ)

Riso, W., Pérez, G., Roldán, L., & Ferrer, A. (1988). *Diferencias en Ansiedad Social, Creencias Irracionales y Variables de Personalidad en Sujetos Altos y Bajos en Asertividad*. (F. U. Lorenz, Ed.) *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20(003), 391-400. Recuperado el 15 de mayo de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80520306>

Ruiz, M. A., Díaz, M. I., y Villalobos, A. (2012). *Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Manual De Técnicas De Intervención Cognitivo Conductual*. Bilbao. Desclée de Brouwer.

Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark (Eds.), *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 52-96). Oxford: Oxford University Press.

Varela, M T; Correa, D; Salazar, I C; (2008). *Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje*. *Acta Colombiana de Psicología*, 11() 101-113. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79811210>

Venero, O., De la Caridad, D., Saavedra, C., & Viñas, A. (Diciembre de 2009). *Las Mujeres y el VIH: ¿Por qué un problema?* (U. d. Habana, Ed.) *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(5), 113-120. Recuperado el 05 de Febrero de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180414046016>

Zavala, L., Rivas, R., Andrade, P., & Reidl, L. (2008). Validación del Instrumento de Estilos de Enfrentamiento de Lazarus y Folkman en adultos de la Ciudad De México. *Revista Intercontinental de Psicología y educación*, 10(2), 159-182. Recuperado el 02 de mayo de 2016, de www.researchgate.net/profile/Patricia_Palos/publication/43531586_Validacin_del_instrumento_de_estilos_de_enfrentamiento_de_Lazarus_y_Folkman_en_adultos_de_la_Ciudad_de_Mxico/links/004635147ba416b414000000.pdf

Apéndice A

TE INVITAMOS A PARTICIPAR EN EL
TALLER SOBRE VIH:

“LAS ALAS DE MIS
PENSAMIENTOS”



Es inútil luchar contra lo infortunado, lo lamentable, lo injusto o cruel de las circunstancias. Si tomas la responsabilidad de la única vida que tienes, nunca puedes ser una víctima y siempre estas esforzándote por mejorarte a tí mismo. Nunca dejes de abogar por tu absoluta autorresponsabilidad.

Dr. Milton H.

Erickson

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia
Licenciatura en Psicología
Claudia Fabiola García Bravo

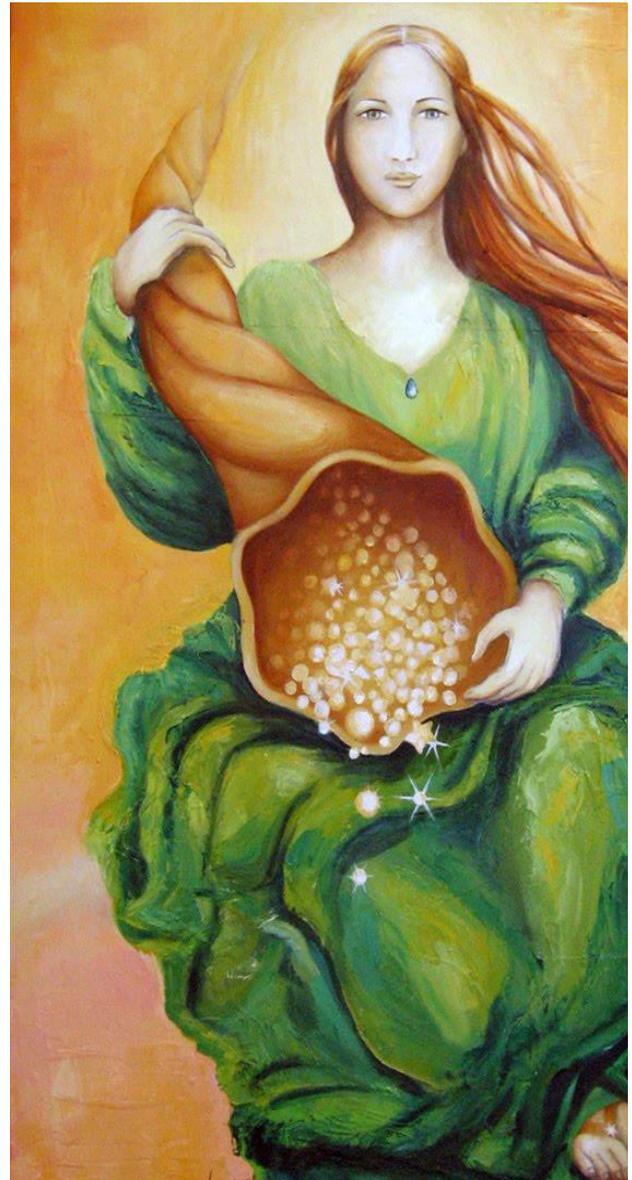
Universidad Nacional Autónoma de México



- + ¿Sabes lo importante que es identificar lo que nos decimos a nosotras mismas?
- + ¿Te has preguntado alguna vez porque actúas de cierta manera?
- + ¿Crees posible darle un nuevo significado al VIH?
- + ¿Te gustaría aprender técnicas de relajación?
- + ¿Sabías que podemos modificar las consecuencias emocionales, físicas y conductuales respecto a los pensamientos negativos sobre el VIH?
- + ¿Conoces el entrenamiento en solución de problemas?

Te invitamos a participar,
abre tus alas y vuela...

El taller tendrá una duración de cinco semanas, cada sesión será de dos horas, Intégrate, participa, será una experiencia inolvidable...juntas aprenderemos, reiremos, jugaremos, y descubriremos la importancia de los pensamientos en relación a lo que sentimos y hacemos respecto al VIH y el tratamiento.



Apéndice B

Taller de intervención cognitivo conductual

SESIÓN 1	PRESENTACIÓN		
ACTIVIDAD	DESARROLLO	MATERIALES	TIEMPO ESTIMADO
Bienvenida, inauguración del taller	Se les dará la bienvenida a las participantes, y la facilitadora se presentará para establecer un adecuado rapport, posteriormente se les pedirá que cada una se presente y hable de sí misma.	Etiquetas con los nombres	30 minutos
Establecimiento de reglas	se establecerán las reglas para todas las participantes, de respeto, confidencialidad, participación etc. de común acuerdo por todos los presentes	Cartulina Diurex Plumón	10 minutos
Juego de confianza grupal	Todas las personas se colocan en un círculo y cogidos de la mano. Una persona se colocará dentro del círculo e intentará salir de él. El resto del grupo debe impedirlo, agachándose, juntándose, etc... pero sin mover los pies del suelo.		20 minutos

¿Qué espero del taller?	Se le lanzara al azar una pelota pequeña a una por una de las participantes para pedirles que comenten sobre sus expectativas del taller.	Pelota de goma	20 minutos
Aplicación de instrumentos y consentimiento informado.	Consentimiento informado (Anexo 7), cuestionario de salud (Anexo 1), Escala de apreciación cognitiva en VIH (Anexo 2), Cuestionario de evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (Anexo 3) Cuestionario de creencias irracionales (Anexo 4).	Consentimiento informado, cuestionarios impresos, plumas.	30 minutos
Cierre de sesión	Finalizar la sesión y agradecer la participación		10 minutos

SESIÓN 2		EL TRATAMIENTO		
Objetivo general: Ampliar los conocimientos sobre el VIH/SIDA de las participantes				
ACTIVIDAD	DESARROLLO	MATERIALES	VARIABLE A INTERVENIR	TIEMPO ESTIMADO
Bienvenida	Se les dará la bienvenida a los participantes.	Galletas, refrescos, etiquetas para los nombres		10 minutos
Presentación de video sobre VIH	Se presentará un video sobre VIH de una mujer que habla sobre su experiencia desde la aceptación y	CD	Apreciación cognitiva	50 Minutos

	la fortaleza (Maria Carolina del Real).			
La adherencia	Se les pedirá que abran un sobre con tarjetas con preguntas, cada una deberá abrir uno de ellos, y se volverán a cerrar los sobres y se devolverán a la bolsa, la idea es que a cada una le toquen preguntas distintas, vendrán preguntas específicas sobre el tratamiento, como por ejemplo 1.- ¿Qué pasa en mi cuerpo cuando dejo el tratamiento? 2.- ¿Evito el tratamiento para olvidar que tengo VIH si/no por qué? 3.- ¿Cuáles son los efectos secundarios de mi tratamiento? 4.- ¿Qué es lo que pienso cuando decido no tomar el tratamiento? 5.- ¿Creo realmente que el tratamiento puede ayudarme a vivir? 6.- ¿Quiero ayuda para vivir o para morir? 7.- ¿Ya acepté que tengo VIH si/no? 8.- ¿Qué pienso sobre la muerte? 9.- ¿Qué consigo al no tomar el tratamiento? 10.- ¿Qué si puedo hacer respecto al VIH? 11.- ¿Cuáles son las razones para dejar el tratamiento?	Sobres con tarjetas	Adherencia	30 Minutos

<p>Presentación del modelo cognitivo-conductual</p>	<p>Mediante ejemplos gráficos se les mostrara la relación entre el pensamiento, la emoción y la conducta. Posteriormente se les pedirá que expongan algún pensamiento determinado sobre algún tema general para abordarlo en conjunto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas • Colores • Lápices • plumones 	<p>creencias irrazonables</p>	<p>10 minutos</p>
<p>Cierre con actividad de la tienda mágica</p>	<p>Se jugará con la imaginación, en donde se inventará una tienda muy especial, una tienda mágica que siempre cambia de lugar, a veces esta en lo profundo de un bosque otras en lo alto de una montaña, a veces aparece en el fondo del mar, cada una de ellas decidirá en donde se encuentra su propia tienda. Se les explicará que lo especial de esta tienda es que en ella podrán encontrar todo lo que se les ocurra, como valor, confianza, paciencia, amor para ellas mismas, etc. Lo que necesiten lo encontraran ahí. Sólo que en esa tienda no se compra con dinero,</p>			<p>20 minutos</p>

	<p>tienen que dejar algo de ellas mismas para poder llevarse lo que necesitan. Finalmente, se les pedirá que conserven lo que se han llevado de la tienda.</p>			
--	--	--	--	--

SESIÓN 3	¿Que pienso, que siento, que hago respecto al VIH/SIDA?			
Objetivo general: Aplicar dinámicas para identificar y evaluar pensamientos y comportamientos disfuncionales.				
ACTIVIDAD	DESARROLLO	MATERIALES	VARIABLES A INTERVENIR	TIEMPO ESTIMADO

<p>Bienvenida y revisión de tarea</p>	<p>Se les dará la bienvenida a las participantes, posteriormente se revisará lo que se trabajó en la sesión anterior.</p>	<p>Hojas blancas, plumas.</p>		<p>20 minutos</p>
<p>Dinámica de confianza</p>	<p>Se realizará un juego de contacto que tiene como propósito que las participantes fortalezcan la confianza en el grupo, en donde la facilitadora hace equipos de cinco personas, en cada equipo se organizan de la siguiente manera: Cuatro personas hacen un círculo alrededor de la quinta persona y la</p>			<p>20</p>

	<p>del centro será un árbol, mientras los cuatro restantes son el viento que va a mecer al árbol. Las personas que hacen de viento con pequeños movimientos van a mecer a la persona del centro que con ojos cerrado se dejara mover por sus compañeras, quienes nunca las dejarán caer. Se hará esto por alrededor de tres minutos y después se cambia de persona para que todas las participantes sean árboles.</p>			
<p>Identificar las principales creencias irracionales respecto a la enfermedad</p>	<p>Se le pedirá a cada una de las participantes que compartan lo que significa para ellas tener VIH/SIDA, y lo que se dicen a ellas mismas frecuentemente respecto a la enfermedad, posteriormente se enlazan los resultados que tuvieron del cuestionario sobre creencias irracionales, abordando cada una de ellas y se les brindaran las alternativas racionales para cada uno de los pensamientos irracionales 1.-Necesito amor y aprobación de cuantos me rodean 2.-</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas • Plumas 	<p>CREENCIAS IRRACIONALES</p>	<p>70 minutos</p>

	<p>Para ser valioso debo conseguir todo lo que me propongo. 3.-Los malos deben ser castigados por sus malas acciones. 4.- Es horrible y catastrófico que las cosas no salgan, no sean o no vayan como yo deseo o quiero. 5.-Las desgracias humanas se originan por causas externas y no puedo hacer nada o casi nada para evitar o controlar la pena y el sufrimiento que me producen. 6.- Debo pensar constantemente que puede ocurrir lo peor. 7.- Es más fácil evitar que enfrentarse a las responsabilidades y los problemas de la vida. 8.- Hay que tener a alguien más fuerte en quien confiar. 9.-Mi pasado es determinante de mi presente y de mi futuro. 10.-Debo preocuparme constantemente de los problemas de los demás. 11.-Cada problema tiene una solución acertada, y es catastrófico no encontrarla.</p>			
Dudas y cierre.	Resolver dudas y despedida			10 minutos

SESIÓN 4		Aplicación de técnicas de reestructuración cognitiva		
Objetivo general: Reestructurar cognitivamente sus creencias en relación a la enfermedad				
ACTIVIDAD	DESARROLLO	MATERIALES		TIEMPO ESTIMADO
Bienvenida y revisión de tarea	Se les dará la bienvenida a las participantes, y se revisará lo que se trabajó la sesión anterior.	Hojas blancas y plumas.		20 minutos
Reforzar lo aprendido en la sesión anterior	Derivado de la sesión anterior se les pedirá que escriban por lo menos dos ideas irracionales relacionadas con su enfermedad y también dos respuestas racionales de cada una para reforzar lo aprendido en la sesión anterior.	Hojas blancas Plumas	Creencias irracionales	20 minutos
Técnicas cognitivas	Retomando las creencias manifestadas por las participantes en las sesiones anteriores se les enseñaran y aplicaran técnicas como La reatribución (Para disminuir la culpa, distribuyendo la responsabilidad entre todas las partes involucradas). El examen de las opciones alternativas (la intención es generar otras opciones).	• Cinta masking Plumas	Creencias irrazonables	70 minutos

	<p>Descatrafostizar (Ayudar a evaluar la naturaleza catastrófica de la situación).</p> <p>Fantasear consecuencias (Mientras describen su problema pueden darse cuenta de la irracionalidad de sus ideas), Ventajas y desventajas (Mediante una lista de ventajas y desventajas sobre mantener una conducta o creencia y una lista igual para modificarla le permite tener una perspectiva más equilibrada), Graduar situaciones (para ganar distancia y perspectiva), Externalización de las voces, (otra persona desempeña el rol de los pensamientos negativos para que responda de forma adaptada a ellos).</p> <p>Bloqueo de pensamiento (se le enseña al paciente a imaginar una señal de STOP para bloquear un pensamiento negativo)</p> <p>Focalización (para detener pensamientos disfuncionales), y desarrollo de la disonancia cognitiva</p>			
Desarrollo de habilidades	Se les pedirá a las participantes que cada una exponga alguna habilidad relacionada al tratamiento, y de ahí se		adherencia	30

	tomaran en conjunto alternativas para que se desarrollen en conjunto.			
Dudas y cierre	Resolver dudas y despedida			10 minutos

SESIÓN 5		Habilidades sobre la adherencia		
Objetivo general: Identificación y desarrollo de habilidades orientadas a la adherencia al tratamiento y conductas saludables.				
ACTIVIDAD	DESARROLLO	MATERIALES		TIEMPO ESTIMADO
Bienvenida y revisión de tarea	Se les dará la bienvenida a las participantes, y se revisará lo que se trabajó la sesión anterior.	Hojas blancas y plumas.		20 minutos
Hablando con el VIH/SIDA	Se les pedirá que se coloquen el paliacate en los ojos y en un estado de relajación se les pedirá que evalúen ganancias y pérdidas y que pueden hacer al respecto.	Paliacates	apreciación cognitiva	30 minutos
Identificar conductas principales que se	Se formarán parejas con quienes hablaran sobre sus principales dificultades para la	Hojas blancas Plumas	adherencia	30

contraponen a una adecuada adherencia al tratamiento	adherencia y buscaran soluciones en conjunto, exponiendo cada pareja ante el grupo la dificultad y la solución.			
Desarrollo de habilidades	Se les pedirá a las participantes que cada una exponga alguna habilidad relacionada al tratamiento, y de ahí se tomaran en conjunto alternativas para que se desarrollen en conjunto.		adherencia	30
Dudas y cierre	Resolver dudas y despedida			10 minutos

SESIÓN 6	Técnicas de relajación			
Objetivo general: Entrenamiento a las participantes en la técnica de respiración diafragmática e imaginación guiada.				
ACTIVIDAD	DESARROLLO	MATERIALES	VARIABLE A INTERVENIR	TIEMPO ESTIMADO
Bienvenida y revisión de tarea	Se les dará la bienvenida a las participantes, y se revisará lo que se trabajó la sesión anterior.	Hojas blancas y plumas.		20 minutos

<p>Entrenar en la técnica de relajación diafragmática.</p>	<p>Se realizará una breve explicación sobre la respiración diafragmática, las ventajas y beneficios que le brindan al cuerpo. La facilitadora del taller mostrará mediante modelamiento paso a paso cómo se da y de la misma manera se guiará a los participantes a que lo hagan</p>	<p>Paliacates Material impreso para la práctica del entrenamiento en respiración, en donde mencionan técnicas y ejercicios de respiración.</p>		<p>30 minutos</p>
<p>Técnica de Relajación progresiva</p>	<p>Se les ira guiando progresivamente para que conozcan y apliquen la técnica adecuadamente.</p>	<p>Material impreso de relajación progresiva.</p>		<p>30 minutos</p>
<p>Aceptación</p>	<p>En un estado de profunda relajación se les pedirá a las participantes que le escriban una carta al VIH, diciéndole todo lo que le venga a la mente, si están enojadas con él, que le hablen de cómo se han sentido desde que está en su cuerpo, de sus miedos, del dolor de saber que no se va a ir de su vida, etc. en una segunda etapa se buscará una reconciliación y</p>		<p>apreciación cognitiva</p>	<p>30 minutos</p>

	aceptación de ella en su vida			
Cierre de la sesión	Se les pedirá a las participantes que cada una comparta su experiencia, como se sintió, que experimento, como se siente ahora etc.			10

SESIÓN 7		Entrenamiento en solución de problemas		
Objetivo general: Revisar los principales problemas que enfrentan relacionados con la enfermedad.				
ACTIVIDAD	DESARROLLO	MATERIALES	VARIABLE A INTERVENIR	TIEMPO ESTIMADO
Bienvenida y revisión de tarea	Se les dará la bienvenida a las participantes, y se revisará lo que se trabajó la sesión anterior.	Hojas blancas y plumas.		20 minutos
Se abordarán los principales problemas que tienen cotidianamente derivados de tener VIH/SIDA	Se les pedirá que cada mencione por lo menos tres problemas cotidianos o frecuentes derivador del VIH.	Hojas Plumas	apreciación cognitiva	20 minutos

Solución de problemas	de	Por medio de los pasos de (D´Zurilla y Goldfried) identificar las etapas de un problema y buscar alternativas derivadas de la actividad anterior.	Papel craf Plumones	Apreciación cognitiva	50 minutos
Desarrollo de habilidades	de	Se les pedirá a las participantes que cada una exponga alguna habilidad relacionada al tratamiento, y de ahí se tomaran en conjunto alternativas para que se desarrollen y expongan en conjunto.	Cartulinas Plumones	adherencia	30

SESIÓN 8		Prevención de recaídas			
Objetivo general: Identificación de las expectativas sobre el futuro y aplicación de técnica de proyección temporal.					
ACTIVIDAD	DESARROLLO	MATERIALES	VARIABLE A INTERVENIR	TIEMPO ESTIMADO	
Bienvenida y revisión de tarea	Se les dará la bienvenida a las participantes, y se revisará lo que se trabajó la sesión anterior.	Hojas blancas y plumas.		20 minutos	

<p>Identificar expectativas sobre el futuro</p>	<p>Se les pedirá que escriban en un papel pensamientos sobre el futuro, y luego se introducirá en un globo, se inflara y se dejara dentro. Posteriormente cada una romperá un globo al azar y comentará desde su punto de vista alternativas para hacerlo realidad.</p>	<p>Globos de colores</p>	<p>apreciación cognitiva</p>	<p>20 minutos</p>
<p>Técnica de proyección temporal</p>	<p>Se les preguntará como van a pensar, o sentirse en el futuro de acuerdo a las decisiones que tomen en relación al VIH.</p>		<p>adherencia</p>	<p>30 minutos</p>
<p>Imaginación guiada al propio funeral.</p>	<p>En un estado de relajación se les guiara a vivir su propio funeral, y que observen a las personas que las quieren, posteriormente en el aquí y el ahora se les preguntara que es lo que si pueden cambiar antes que llegue ese momento.</p>		<p>adherencia</p>	<p>40 minutos</p>

Cierre de la sesión	Se les invitará a ponerse de pie y respirar profundamente mientras se dicen a sí mismas “Estoy viva”			10 minutos
---------------------	--	--	--	------------

SESIÓN 9		CIERRE		
Objetivo general: finalizar la intervención, recibir retroalimentación por parte de los pacientes y aplicación de instrumentos.				
ACTIVIDAD	OBJETIVO-DESARROLLO	MATERIALES	TIEMPO ESTIMADO	
Bienvenida y entrega de registros	Se les dará la bienvenida a las participantes, y se les invitará a compartir su experiencia sobre su sentir hacia la auto-observación, para que chequen sus cambios y monitoreen sus mejoras de autorregulación y autocontrol.	Hojas blancas y plumas.	10 minutos	
Collage	Que los pacientes representen mediante imágenes y palabras escritas todos los temas revisados durante la intervención, incluyendo aprendizajes, sentimientos,	<ul style="list-style-type: none"> • Papel craft • Hojas blancas • Imágenes • Revistas • Pegamento 	20 minutos	

	pensamientos, cambios, decisiones y todo lo abordado respecto del VIH/SIDA en el taller.	• Plumones	
Evaluación del taller	Se hacen 3 círculos en el suelo y se plantea al grupo que cada uno debe pasar sucesivamente en cada círculo y expresar sus vivencias. En el primero se expresa "Cómo llegué", en el del medio se refiere a: "Cómo me sentí durante las sesiones" y el tercer círculo es: "Cómo me voy ".	• Gises	20 minutos
Retroalimentación	Que las participantes den a conocer su opinión de la intervención y de las actividades desempeñadas, así como sugerir mejoras		10 minutos
Cierre del taller	Se agradecerá la participación de cada una. Se solicitará autorización para una pequeña convivencia	Globos, pastel, refrescos.	60 minutos

Apéndice C



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA.
PSICOLOGÍA SUAYED.

Cuestionario de salud

Datos generales.

Nombre:.....

Fecha de nacimiento:..... Edad:..

Estado Civil: Soltera () Casada () Divorciada () Viuda () Unión libre ()

Actualmente tiene pareja: si () no ()

Tiene hijos: SI () NO () No. de hijos:.....

Máximo grado de estudios: Primaria () Secundaria () Preparatoria () Carrera técnica () Estudios universitarios ()

La infección probablemente fue por vía: Sexual () Sanguínea ()

Mi preferencia sexual es: Sólo con hombres () Más con hombres que con mujeres ()

Sólo con mujeres () Con hombres y con mujeres () Más con mujeres que con hombres ()

Marque las sustancias que ha consumido en los últimos seis meses:

Ninguna () Tabaco () Marihuana () Alcohol () Heroína () Cocaína () Otros ()

Fecha de ingreso al Centro de Readaptación Femenil:

Tiempo de sentencia:

Instrucciones:

(Marcar con un "X" y/o contestar donde sea necesario)

Información Médica:

¿Hace que tiempo fue diagnosticada?

¿Qué diagnóstico tiene? VIH () SIDA ()

¿Cada que tiempo hace sus controles médicos?.....¿Cuándo fue su ultimo control? (especifique mes y año).....

Apéndice D



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA. PSICOLOGÍA SUAYED.

A continuación, encontrará varias frases a las que deberá responder considerando que tanto daño considera que le ha causado el VIH/SIDA en diferentes áreas de su vida. Por favor lea cuidadosamente y elija el número del 1 al 5 que mejor describa su respuesta. Es importante que responda lo más rápido posible sin detenerse demasiado en las respuestas.

-EN QUE MEDIDA EL VIH LE HA CAUSADO DAÑO EN:	nada	algo de daño			mucho
1.-Sus metas en la vida	1	2	3	4	5
2.- su relación con los demás	1	2	3	4	5
3.-Su bienestar físico	1	2	3	4	5
4.- su bienestar emocional	1	2	3	4	5
5.- el respeto a si mismo	1	2	3	4	5
6.- el bienestar de sus seres queridos	1	2	3	4	5

-EN QUE MEDIDA EL VIH LE BENEFICIADO EN:	nada	algo de daño			mucho
7.- Su crecimiento personal	1	2	3	4	5
8.- Sus retos personales	1	2	3	4	5
9.- Fortalecimiento de una relación	1	2	3	4	5

-EN QUE MEDIDA EL VIH ES ALGO QUE:	nada	algo de daño			mucho
10.- Puede cambiar o hacer algo al respecto	1	2	3	4	5
11.- Debe aceptar o acostumbrarse a ello	1	2	3	4	5

Apéndice E



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA. PSICOLOGÍA SUAYED.

Instrucciones: Con el fin de conocer algunos aspectos sobre su situación actual y de salud le pedimos marcar la respuesta que más se acerque a lo que haciendo en relación a su tratamiento últimamente. La información será estrictamente confidencial.

Durante la última semana	Siempre	Más de la mitad de las veces	Aproximadamente la mitad de las veces	Alguna vez	En ninguna ocasión
1.- ¿Ha dejado de tomar su medicación en alguna ocasión?	1	2	3	4	5
2.- Si en alguna ocasión se ha sentido mejor ¿ha dejado de tomar su medicación?	1	2	3	4	5
3.- Si en alguna ocasión después de tomar su medicación se ha encontrado peor ¿ha dejado de tomarla?	1	2	3	4	5
4.- Si en alguna ocasión se ha sentido triste o deprimida ¿ha dejado de tomar la medicación?	1	2	3	4	5

5.- ¿Recuerda que medicamentos está tomando en estos momentos? (Escribir los nombres)

6.- ¿Cómo calificaría la relación que tiene con su médico?

Mala	Algo mala	regular	Mejorable	Buena
------	-----------	---------	-----------	-------

Durante la última semana	Nada	Poco	Regular	Bastante	mucho
7- ¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?	1	2	3	4	5
8.- ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?	1	2	3	4	5
9- ¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer los antirretrovirales?	1	2	3	4	5
10.- ¿Considera que su salud ha mejorado desde que comenzó a tomar los retrovirales?	1	2	3	4	5
11.- ¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?					

Durante la última semana	No. nunca	Si, alguna vez	Si, aproximadamente la mitad de las veces	Si, bastantes veces	Sí, siempre
12.- ¿Normalmente suele tomar la medicación a la hora correcta?	1	2	3	4	5

13.- Cuando los resultados en los análisis son buenos ¿Suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

14.- Como se siente en general desde que comenzó a tomar antirretrovirales?

Muy insatisfecho	insatisfecho	indiferente	satisfecho	Muy satisfecho
------------------	--------------	-------------	------------	----------------

15.- ¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales?

Muy insatisfecho	insatisfecho	indiferente	satisfecho	Muy satisfecho
------------------	--------------	-------------	------------	----------------

16.- ¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicinas?

Mucho tiempo	Bastante tiempo	regular	Poco tiempo	Nada de tiempo
--------------	-----------------	---------	-------------	----------------

17.- ¿Que evaluación hace de sí misma respecto a la toma de antirretrovirales?

Nada cumplidor	Poco cumplidor	Regular	Bastante	Muy cumplidor
----------------	----------------	---------	----------	---------------

18.- ¿Que dificultad percibe para tomar la medicación?

Mucha dificultad	Bastante dificultad	Regular	Poca dificultad	Nada de dificultad
------------------	---------------------	---------	-----------------	--------------------

19.- Desde que está en tratamiento ¿en alguna ocasión ha dejado tomar su tratamiento un día completo/más de uno?	Si	No
--	----	----

Si responde afirmativamente ¿cuantos días aproximadamente?

20.- ¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de la medicación?	Si	No
--	----	----

¿Cuál?

Apéndice F



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA. PSICOLOGÍA SUAYED.

REGISTRO DE OPINIONES

Instrucciones: No es necesario que piense mucho en cada pregunta. Escriba rápidamente la respuesta y pase a la siguiente. Es muy importante que la respuesta que anote sea lo que realmente usted piensa y no lo que cree que debería pensar.

1.- Para mí es importante recibir la aprobación de los demás	SI	NO	A	
2.- Odio equivocarme en algo	SI	NO	A	
3.- La gente que se equivoca, logra lo que se merece.	SI	NO	A	
4.- Generalmente acepto los acontecimientos con filosofía.	SI	NO	B	
5.- Si una persona quiere, puede ser feliz en casi cualquier circunstancia.	SI	NO	B	
6.- Temo a las cosas que, a menudo, me resultan objeto de preocupación.	SI	NO	A	
7.- Normalmente aplazo las decisiones importantes.	SI	NO	A	
8.- Todo el mundo necesita de alguien a quién recurrir en busca de ayuda y consejo.	SI	NO	A	
9.- "Una cebra no puede cambiar sus rayas".	SI	NO	A	
10.- Prefiero sobre todas las cosas pasar el tiempo libre de una forma tranquila.	SI	NO	A	
11.- Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo porque respetar a nadie.	SI	NO	B	
12.- Evito las cosas que no puedo hacer bien.	SI	NO	A	
13.- Hay demasiadas personas malas que escapan del castigo del infierno.	SI	NO	A	
14.- Las frustraciones no me distorsionan.	SI	NO	B	
15.- A la gente no le trastornan los acontecimientos sino la imagen que tiene de ellos.	SI	NO	B	
16.- Me producen poca ansiedad los peligros inesperados o los acontecimientos futuros.	SI	NO	B	
17.- Trato de afrontar los trabajos fastidiosos y hacerlos cuanto antes.	SI	NO	B	
18.- En las decisiones importantes, consulto con una autoridad al respecto.	SI	NO	A	
19.- Es casi imposible superar la influencia del pasado.	SI	NO	A	
20.- Me gusta disponer de muchos recursos.	SI	NO	B	
21.- Quiero gustar a todo el mundo.	SI	NO	A	

22.- No me gusta competir en actividades en las que los demás son mejores que yo.	SI	NO	B	
23.- Aquellos que se equivocan merecen cargar con la culpa.	SI	NO	A	
24.- Las cosas deberían ser distintas a como son.	SI	NO	A	
25.- Yo provoqué mi propio mal humor.	SI	NO	B	
26.- A menudo, no puedo quitarme algún asunto de la cabeza.	SI	NO	A	
27.- Evito enfrentarme a los problemas.	SI	NO	A	
28.- Todo el mundo necesita tener fuera de sí mismo una fuente de energía.	SI	NO	A	
29.- Solo porque una vez algo afectó tu vida de forma importante, no quiere decir que tenga que ser igual en el futuro.	SI	NO	B	
30.- Me siento más satisfecho cuando tengo muchas cosas que hacer.	SI	NO	B	
31.- Puedo gustarme a mí mismo aun cuando no guste a los demás.	SI	NO	B	
32.- Me gustaría triunfar en algo, pero no pienso que deba hacerlo.	SI	NO	B	
33.- La inmoralidad debería castigarse severamente.	SI	NO	A	
34.- A menudo me siento trastornado por situaciones que no me gustan.	SI	NO	A	
35.- Las personas desgraciadas, normalmente, se deben este estado a sí mismas.	SI	NO	B	
36.- No me preocupo por no poder evitar que algo ocurra.	SI	NO	B	
37.- Normalmente tomo las decisiones tan pronto como puedo.	SI	NO	B	
38.- Hay determinadas personas de las que dependo mucho.	SI	NO	A	
39.- La gente sobrevalora la influencia del pasado.	SI	NO	B	
40.- Lo que más me divierte es realizar algún proyecto creativo.	SI	NO	B	
41.- Si no gusto a los demás es su problema, no el mío.	SI	NO	B	
42.- Para mí es muy importante alcanzar el éxito en todo lo que hago.	SI	NO	A	
43.- Yo pocas veces culpo a la gente de sus errores.	SI	NO	B	
44.- Normalmente acepto las cosas como son, aunque no me gusten.	SI	NO	B	
45.- Nadie está mucho tiempo enfadado, a menos que quiera estarlo.	SI	NO	B	
46.- No puedo soportar correr riesgos.	SI	NO	A	
47.- La vida es demasiado corta para pasarla haciendo cosas que a uno no le gustan.	SI	NO	A	
48.- Me gusta valerme por mí mismo.	SI	NO	B	
49.- Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser más como me gustaría ser.	SI	NO	A	
50.- Me gustaría no hacer nada y apartarme totalmente de cualquier trabajo. *	SI	NO	A	
51.- Pienso que es duro ir en contra de lo que piensan los demás.	SI	NO	A	
52.- Disfruto de las actividades independientemente de lo bueno/malo que sea en ellas.	SI	NO	B	
53.- El miedo al castigo es lo que hace a la gente ser buena.	SI	NO	A	
54.- Si las cosas me desagradan, opto por ignorarlas.	SI	NO	B	
55.- Cuantos más problemas tiene una persona, menos feliz es.	SI	NO	A	
56.- Raramente me siento ansioso al pensar en el futuro.	SI	NO	B	
57.- Raramente aplazo las cosas.	SI	NO	B	
58.- Yo soy el único que realmente puede entender y solucionar mis problemas.	SI	NO	B	
59.- Normalmente no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad.	SI	NO	B	
60.- Tener demasiado tiempo libre resulta aburrido.	SI	NO	B	
61.- Me gusta recibir la aprobación de los demás, pero no tengo necesidad real de ello.	SI	NO	B	
62.- Me fastidia que los demás sean mejores que yo en algo.	SI	NO	A	
63.- Todo el mundo es, esencialmente, bueno.	SI	NO	A	
64.- Hago todo lo que puedo por conseguir lo que quiero y una vez conseguido, deja de preocuparme.	SI	NO	B	
65.- Nada es tan preocupante, si lo es, se debe al modo en que lo interpretamos. *	SI	NO	B	

66.- Me preocupan mucho determinadas cosas del futuro.	SI	NO	A	
67.- Me resulta difícil hacer las tareas desagradables.	SI	NO	A	
68.- Me desagrada que los demás tomen decisiones por mí.	SI	NO	B	
69.- Somos esclavos de nuestro pasado.	SI	NO	A	
70.- A veces desearía poder irme a una isla tropical, y tenderme en la playa sin hacer nada más.	SI	NO	A	
71.- A menudo me preocupa que la gente me apruebe y me acepte.	SI	NO	A	
72.- Me trastorna cometer errores.	SI	NO	A	
73.- No es equitativo que "llueva igual sobre el justo que sobre el injusto".	SI	NO	A	
74.- Yo disfruto honradamente de la vida.	SI	NO	B	
75.- Debería haber más personas que afrontaran lo desagradable de la vida.	SI	NO	A	
76.- Algunas veces me resulta imposible apartar de mi mente el miedo a algo.	SI	NO	A	
77.- Una vida fácil, muy pocas veces resulta compensadora.	SI	NO	B	
78.- Pienso que es fácil buscar ayuda.	SI	NO	A	
79.- Una vez que algo afecta a tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre.	SI	NO	A	
80.- Me encanta estar acostado. *	SI	NO	A	
81.- Tengo considerable preocupación por lo que la gente piensa de mí.	SI	NO	A	
82.- Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia.	SI	NO	A	
83.- Generalmente doy una segunda oportunidad a quién se equivoca.	SI	NO	B	
84.- La gente es más feliz cuando tiene metas y problemas que resolver.	SI	NO	A	
85.- Nunca hay razón para permanecer afligido mucho tiempo.	SI	NO	B	
86.- Raramente pienso en cosas como la muerte o la guerra nuclear.	SI	NO	B	
87.- No me gustan las responsabilidades.	SI	NO	B	
88.- No me gusta depender de los demás.	SI	NO	B	
89.- La gente nunca cambia básicamente.	SI	NO	A	
90.- La mayoría de las personas trabajan demasiado y no descansan lo suficiente.	SI	NO	A	
91.- Ser criticado es algo fastidioso, pero no perturbador.	SI	NO	B	
92.- No me gusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien.	SI	NO	B	
93.- Nadie es malo a pesar de que sus actos los sean.	SI	NO	B	
94.- Raramente me importunan los errores de los demás.	SI	NO	B	
95.- El hombre construye su propio infierno interior.	SI	NO	B	
96.- Muchas veces me sorprende planeando lo que haría si me encontrara en determinadas situaciones de peligro.	SI	NO	A	
97.- Si tengo que hacer algo lo hago a pesar de que no sea agradable.	SI	NO	B	
98.- He aprendido a no estar pendiente de nada que no esté relacionado con mi bienestar.	SI	NO	B	
99.- No miro atrás con resentimiento.	SI	NO	B	
100.- No me siento realmente contento hasta que no estoy relajado y sin hacer nada.	SI	NO	A	

Apéndice G



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA. PSICOLOGÍA SUAYED.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Actualmente en México existe un alto índice de padecimientos crónico como el VIH/SIDA, por lo que se considera relevante la atención sobre los aspectos psicológicos y cambios emocionales que operan en la paciente durante el proceso de su enfermedad. Para ello, la Facultad de Estudios Superiores Iztacala en su modalidad de Universidad Abierta lleva a cabo un diseño de intervención, el cual tiene por objeto ayudar a disminuir los factores psicológicos y conductuales que obstaculicen el tratamiento y el autocuidado de los pacientes con VIH/SIDA, para ello le invitamos a participar contestando cuatro cuestionarios que nos proporcionarán la información que requerimos para ampliar conocimientos en futuras intervenciones, y presenciar 9 sesiones en donde se le brindara información y estrategias necesarias para hacer frente a la enfermedad.

El uso de la información derivada de la entrevista y pruebas que se aplican es estrictamente confidencial, es decir, nunca se hará mención de su nombre ni de ningún dato que usted nos proporcione.

Es importante mencionar que la evaluación psicológica le proporcionará beneficios, pues recibirá atención psicológica en un esquema de tipo breve y grupal con una duración por sesión de 120 minutos, dos veces por semana. Además, derivado de los resultados que se obtengan con la intervención, se podrán generar alternativas de tratamiento para pacientes con VIH/SIDA, por lo que su participación es sumamente valiosa. Si desea participar, le agradecemos de antemano su colaboración y le pedimos completar los siguientes datos:

Por medio de la presente yo:

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

Declaro libremente que estoy de acuerdo en participar en el Diseño de Intervención, cuyo objetivo, procedimientos y beneficios se especifican en el apartado A de este documento.

Es de mi conocimiento que el participar en este proyecto no tendrá ningún costo y que toda información que se otorga sobre mi identidad y participación será confidencial, excepto cuando yo lo autorice.

Para los fines que se estime convenientes, firmo la presente junto con la facilitadora que me informó para obtener mi autorización.

PARTICIPANTE

FACILITADORA