UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN

ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

ESTRATEGIA PSICOTERAPEÚTICA BASADA EN EL AFRONTAMIENTO SOCIOAFECTIVO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON VIH DEL HOSPITAL REFERENCIAL DE FERREÑAFE

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autor:
Lic. Katia Lisset Salazar Bautista

Asesor:
Mg. José Enrique Koo Chang

Línea de investigación:
Ciencias de la vida y cuidado de la salud

Pimentel – Perú
2019

UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

ESTRATEGIA PSICOTERAPEÚTICA BASADA EN EL AFRONTAMIENTO SOCIO AFECTIVO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON VIH DEL HOSPITAL REFERENCIAL DE FERREÑAFE

AUTOR

Bach. KATIA LISSET SALAZAR BAUTISTA

PIMENTEL – PERÚ

2019

ESTRATEGIA PSICOTERAPEÚTICA BASADA EN EL AFRONTAMIENTO SOCIO AFECTIVO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON VIH DEL HOSPITAL REFERENCIAL DE FERREÑAFE

APROBACIÓN DE LA TESIS

_____

Mg. Pedro Carlos Pérez Martinto

Asesor Metodológico

_____

Dra. Patricia del Rocío Chavarry Ysla

Presidente del jurado de tesis

_____

Mg. Pedro Carlos Pérez Martinto

Secretario del jurado de tesis

_____

Mg. José Enrique Koo Chang

Vocal del jurado de tesis

DEDICATORIA

A mi hijo Luciano

Posiblemente hubo momentos que no entendías mis palabras, pero cuando leas quiero que te des cuenta lo que significas para mí, eres la razón de que me levante cada día, con ganas de esforzarme por el presente y el mañana, eres mi principal motivación.
Como en todos mis logros, en éste también has estado presente.

A ti Milton,
Tu ayuda ha sido fundamental, has estado conmigo incluso en los momentos más difíciles. Éste proyecto no fue fácil, pero estuviste motivándome y ayudándome a seguir creciendo como profesional.
Te lo agradezco muchísimo, amor

A mis padres quienes a lo largo de toda mi vida me han apoyado y motivado, pues muchos de mis logros se los debo a ellos, gracias por haberme forjado en la persona que hoy soy. Los amo con mi vida.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por haberme guiado en todo momento, ser mi fortaleza en los momentos difíciles y bendecirme para llegar hasta donde he llegado.

Al Hospital Referencial de Ferreñafe, en especial a los pacientes del área de Tratamiento Antiretroviral (TARV) por haber contribuido a facilitarme el acceso a la información y cumplir los objetivos de esta tesis.

Al Mg. Pedro Pérez Martinto por su consideración y valiosas asesorías que permitieron lograr finalizar con esta anhelada investigación.

A la Universidad Señor de Sipán, mi casa de estudio, por impartir valiosos conocimientos en el desarrollo de mi vida profesional.

Finalmente, a todas aquellas personas, amigos y colegas que de una y otra manera me brindaron su apoyo y tiempo y son parte de este logro profesional.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo elaborar una estrategia psicoterapéutica de afrontamiento socioafectivo para mejorar la calidad de vida de pacientes con VIH del Hospital Referencial de Ferreñafe, la población estuvo conformada por 43 pacientes con diagnóstico positivo de VIH de ambos sexos cuyas edades fluctúan entre 18 y 55 años que vienen recibiendo tratamiento antirretroviral en el Hospital Referencial de Ferreñafe, seleccionada a través del muestreo no probabilístico intencional. La investigación es mixta con un diseño descriptivo propositivo, para hallar los datos de análisis de hizo uso de los instrumentos psicológicos el Inventario de Respuestas de Afrontamiento Para Adultos CRI – A y la Escala GENCAT de Calidad de vida. Teniendo como resultados que dicha población respecto a las estrategias de afrontamiento usadas el mayor porcentaje se encuentran por debajo del promedio es decir realizan escasos esfuerzos cognitivos y/o conductuales para enfrentar las demandas de su enfermedad. Y en cuanto a su calidad de vida se obtuvo que en su mayoría de los pacientes perciban como limitada su calidad de vida por complicaciones y dificultades en las distintas áreas de su vida. Esto nos lleva a proponer el aporte práctico y dar prioridad a la intervención psicológica que consistirá en 10 sesiones cuya finalidad será dotar al paciente de recursos personales positivos para enfrentar su condición y así lograr una calidad de vida satisfactoria.

Palabras clave: Afrontamiento, calidad de vida, VIH

ABSTRACT

The purpose of this research is to develop a psychotherapeutic strategy of socio-affective coping to improve the quality of life of patients with HIV at the Reference Hospital of Ferreñafe, the population was made up of 43 patients with a positive diagnosis of HIV of both sexes whose ages range between 18 and 55 years who have been receiving antiretroviral treatment at the Reference Hospital of Ferreñafe, selected through intentional non-probabilistic sampling. The research is mixed with a descriptive, purposeful design, to find the analysis data of the use of psychological instruments, the Inventory of Coping Responses for Adults CRI - A and the GENCAT Quality of Life Scale. Having as a result that said population with respect to the coping strategies used, the highest percentage are below the average, that is, they make little cognitive and / or behavioral efforts to face the demands of their disease. And in terms of their quality of life, it was obtained that the majority of patients perceive their quality of life as limited due to complications and difficulties in different areas of their lives. This leads us to propose the practical contribution and give priority to the psychological intervention that will consist of 10 sessions whose purpose will be to provide the patient with positive personal resources to face their condition and thus achieve a satisfactory quality of life.

Keywords: coping, quality of life, HIV

INDICE

APROBACIÓN DE LA TESIS iii
DEDICATORIA iv
AGRADECIMIENTO v
RESUMEN vi
ABSTRACT vii
I. INTRODUCCIÓN 9
1.1 Realidad Problemática 9
1.2 Antecedentes del estudio 11
1.3 Teorías relacionadas al tema 12
1.4 Formulación del problema 23
1.5 Justificación e importancia del estudio 24
1.6 Hipótesis 25
1.7 Objetivos 25
1.7.1 Objetivo General 25
1.7.2 Objetivos Específicos 25
II. MATERIALES Y MÉTODOS 25
2.1. Tipo y Diseño de la Investigación 25
2.2. Población y muestra 26
2.3. Variables, Operacionalización (Variable Dependiente o problema) 27
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad 28
2.5. Procedimiento de análisis de datos 28
2.6. Criterios éticos 28
2.7. Criterios de rigor científico 29
III. RESULTADOS 30
3.1. Resultados en tablas y en figuras 30
3.2. Discusión de Resultados 39
3.3. Aporte práctico 45
IV. CONCLUSIONES 59
V. RECOMENDACIONES 59
VI. REFERENCIAS 60
VII. ANEXOS 66

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad Problemática

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) son situaciones crónicas de enfermedad, que ha ido en aumento y actualmente constituye uno de los problemas de salud pública a nivel internacional, debido a su expansión constante y continua. Las personas que reciben un diagnóstico positivo de VIH, principalmente por el estigma coligado a esta enfermedad, lo relacionan como una sentencia de muerte que genera marcados desequilibrios en su vida personal.

Teva y otros autores mencionan que desde las primeras manifestaciones de la enfermedad en 1981, ha aumentado su prevalencia, siendo las zonas de escasos recursos económicos y sanitarios, quienes tienen menor posibilidad de acceder a servicios de salud, actualmente en países desarrollados ha incrementado la tasa de mortalidad y las complicaciones afectan significativamente la calidad de vida de las personas y más aún si no se lleva un adecuado tratamiento.

En nuestro país, según el Ministerio de Salud, la calidad de vida de las personas portadoras de VIH, presentan condiciones desfavorables, pues sufren de discriminación, no desempeñan sus roles con normalidad, se mantiene una idea compulsiva sobre el contagio masivo y esto desarrolla problemas de salud mental, de igual manera Castellanos y Soza, afirman que las personas con VIH se vuelven vulnerables al enfrentar situaciones de discriminación y se predisponen a desarrollar problemas de ansiedad y/o depresión.

En Lambayeque, región en la cual existe una condiciones de vida desfavorables, ya que el ingreso económico es bajo, lo cual impide el acceso de los servicios de salud y otros servicios, según información de la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque (GERESA) a través de su Estrategia Sanitaria Regional de Infecciones de Transmisión Sexual - VIH/SIDA y Etapa de Vida, Adolescente Joven que desde años anteriores se ha tenido una tendencia creciente de la infección por VIH, habiéndose presentado 39 nuevos casos en la provincia de Ferreñafe en el año 2012 y año tras año se presentas un mayor número de casos con esta infección en dicha provincia. Con la detección continua y el

incremento de personas que cada día se ven afectadas por ésta enfermedad, y por la escasez de estudios realizados a nivel local en el ámbito de las enfermedades crónicas, surge el interés analizar como el diagnóstico positivo de VIH-SIDA incide en las estrategias de afrontamiento de los pacientes, y por consecuencia limita una adecuada calidad de vida. Siendo así la calidad de vida un indicador importante del bienestar de la persona, ya que si una de las dimensiones que se desarrolla en ésta, se ve deteriorada, afectará la mejora del paciente y por ende todo su entorno social y familiar, debido a que estas juegan un papel en su vida.

Por lo que respecta a las manifestaciones del problema según lo que se ha podido observar en los pacientes de dicho nosocomio debido al bajo nivel en educación sexual, se ha incrementado un alto índice de contagio de VIH por vía sexual, así mismo se tiene referencias de la propia área de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) de la institución, es que en dicha población existe factores que ponen en riesgo su capacidad para afrontar su situación y estas manifestaciones son: el miedo a revelar el diagnóstico a sus familiares, en especial a sus parejas, temor a la discriminación y rechazo de su familia, poca conciencia de seguir un tratamiento estricto, sentimientos de culpa de la persona que vive con el diagnóstico, lo cual causa aislamiento y por ende, no reciben el tratamiento adecuado tanto médico como psicológico.

Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida - ONUSIDA refiere que hasta el 2017, en el mundo 36,9 millones de personas están infectadas por el VIH, éstas padecen el estigma y discriminación siendo estos obstáculos de una respuesta eficaz al VIH, es por ello que existen estadísticas que refieren que una gran mayoría de personas que viven con el VIH sufren discriminación social, laboral y su calidad de vida no es satisfactoria pues enfrentan estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que constituyen una inminente amenaza a su salud física y mental que dificulta el proceso de afrontamiento de la enfermedad.

Respecto al soporte emocional según la literatura existe un estigma interno y externo, expresado como el miedo a contagiar a los demás y el temor al qué dirán respectivamente, dando esto pie al aislamiento y a la no búsqueda de una red social familiar, bloqueos en sus proyecciones de vida, aspiraciones con respecto a la relación de pareja, su realización como futuros padres, profesionales etc, manifestándose así un índice bajo de apoyo social y familiar.

Llegando así a la conclusión que si no se tiene una adecuada intervención respecto en el afrontamiento y manejo de enfermedad, no habrá mejora en la calidad de vida de las personas diagnosticadas con VIH y esto aumentaría la mortalidad y problemas psicológicos, debido a que el factor emocional influye sobre el sistema inmunológico y la aceptación del organismo a los medicamentos (antiretrovirales).

1.2 Antecedentes del estudio

Internacional

Jacho y Ochoa (2018) en su investigación sobre estilos de personalidad y afrontamiento en pacientes diagnosticados con VIH-SIDA, obtuvo que los pacientes con VIH presentar personalidad sensible, negativista tienen estrategias de afrontamiento de escape/evitación y están en búsqueda de apoyo.

Así también Cayambe y Haro (2016) en su investigación estrategias de Afrontamiento y Calidad en población con VIH, concluye que los pacientes al desarrollar estrategias de afrontamiento activas, tienen una mejor calidad de vida, salud, relaciones interpersonales, sin embargo quienes tiene un afrontamiento pasivo, tiene más posibilidad de sufrir trastorno de estados de ánimo, diestrés, y deterioro en su calidad de vida.

De igual manera Frutos, Aquino, Amado, Ferreira y Díaz (2015) en su investigación sobre la calidad de Vida en pacientes con VIH en un hospital de Paraguay. Refiere que dichos pacientes manifiestan mucha necesidad de tratamiento médico para funcionar normalmente en su día, ya que en su percepción de la salud se consideran como personas enfermas, además refieren que la interacción social de estos pacientes a través del apoyo que puedan percibir de su entorno más cercano les genera satisfacción.

García Sánchez, (2010) en su estudio transcultural entre España y México, quien estudió la calidad de vida en personas VIH y estrategias de afrontamiento, llegó a la conclusión que las estrategias de afrontamiento eficaces se relacionan con un nivel de calidad de vida estable, pues dicha población busca algún aspecto positivo, en que distraerse, el apoyo de los demás, etc, a diferencia de las estrategias menos eficaces que se reproduce en aislamiento, actitud pesimista, culpabilidad, etc. deteriorando el estado de vida de la persona.

De igual manera Dugarte y Oxford (2008) en sus investigaciones encontró que las estrategias de afrontamiento activas y se relacionan de manera positiva y directa con niveles altos de CD4, células que constituyen una parte esencial del sistema inmunitario, sin embargo la negación e indefensión se correlacionan con un deterioro en su calidad de vida.

Respecto al ámbito nacional:

Rivas y Cavero (2013) en su investigación en pacientes de un hospital de la ciudad de Chiclayo, concluyeron que la calidad de vida en los pacientes está ligada al predominando al bienestar emocional y nivel de adherencia al tratamiento adecuado de los pacientes.

Guerrero, (2014) en su estudio sobre la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes de Chiclayo, obtuvo que aparte de las complicaciones físicas propias de la enfermedad presentan trastornos psicológicos producto del proceso de adaptación al diagnóstico, de la discriminación de sus familiares, pareja y sociedad, por lo que desarrollan crisis depresivas, comportamientos suicidas, baja autoestima afectando terriblemente su calidad de vida.

Rivas (2008), con el propósito de identificar la asociación entre la adherencia terapéutica y el soporte social en una muestra de pacientes adultos seropositivos en Lima que reciben tratamiento antirretroviral, obtuvo como resultado que los evaluados presentan baja adhesión terapéutica puesto que el soporte social percibido por los pacientes es distante influyendo mucho sobre su enfermedad, considerando así de esta manera la importancia del factor social en la calidad de vida del paciente.

1.3 Teorías relacionadas al tema

1.3.1 Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Según OMS - Organización Mundial de la Salud, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un retrovirus que embiste al sistema inmunitario de la persona infectada, perturbando a las células y anulando su función. Esta genera un deterioro progresivo del sistema inmunitario es por ello que se le denomina "inmunodeficiencia". En sus inicios de la enfermedad en el año 1981, se consideraba la enfermedad de la "peste rosa" por las manchas rosas que brotaba en el cuerpo y se le atribuyeron a los homosexuales. Posteriormente en el año 1986, el virus fue

denominado VIH (virus de inmunodeficiencia humana), y con ello se inició la búsqueda de una vacuna y cura para la infección.

Según los autores Cotran, Kumar y Collins (2000) refieren que es un virus, pues es incapaz de reproducirse por sí sólo, pero sí es un agente etiológico causante de la infección, es inmunodeficiente pues impide un normal funcionamiento apropiado del sistema inmunológico del cuerpo y es humano pues sólo le pueden dar a los seres humanos.

El VIH es el virus que produce el SIDA que es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, que viene siendo la enfermedad causada por el virus y que termina provocando la muerte, cuando se generan infecciones fuertes o se tiene un número bajo de células específicamente los linfocitos "T" cooperadores que portan el marcador CD4, y que son células con propiedades de regulación protectora y cooperadora. Siendo sus vías de transmisión: vía sanguínea o algún fluido corporal (semen, secreciones vaginales o leche materna), vía sexual (sexo vaginal, anal sin protección con la persona infectada).

Este virus a diferencia de algunos otros, difiere porque infecta células del sistema inmune, El SIDA puede llegar a tomar años para que se manifieste, por lo que desarrollar el SIDA, significa que el virus se ha internalizado en células CD4 del sistema inmune y el sujeto infectado estará propenso a adquirir enfermedades oportunistas.

Según Meza y otros autores, coinciden que es una enfermedad que impacta psicológica, sexual, social y familiarmente, pues desde el diagnóstico genera una alteración emocional intensa, aislamiento sociofamiliar, sentimientos de ansiedad, miedo, disminución de la actividad sexual, implicaciones cognitivas como deterioro de la memoria, alteración temporoespacial.

Algunos autores refieren que culminado el shock emocional el paciente atraviesa un proceso, en primer lugar se da pie al duelo: lo cual implica una aceptación parcial del diagnóstico en donde aún hay una actitud de negación y esto trae consigo una sensación de injusticia, acompañada de culpa, disminución total de autoestima. Posteriormente se da lugar a la aceptación al diagnóstico lo cual implica replantear su vida y proyectos personales que aseguren una mejor calidad de vida.

1.3.1.1 Relación entre las emociones y los niveles de células CD4

Según las investigaciones realizadas existe una notable relación las emociones de los pacientes con su nivel de células de CD4 y carga viral, éstas señalan el pronóstico y estado de salud del sistema inmunológico y determinar la cantidad de partículas de VIH que existe en la sangre de los pacientes.

Respecto a su relación con las emociones según Moskowitz (2003) las emociones positivas en pacientes con VIH – SIDA están relacionadas a tener un menor riesgo de muerte o que la enfermedad empeore, por tanto su nivel de células de CD4 aumentan favoreciendo a su sistema inmune lo cual se presupone a una mejor adaptación y afrontamiento a la enfermedad.

Investigaciones realizadas en dos grupos de pacientes, corroboran lo anteriormente mencionado puesto que los pacientes que desarrollaron estados afectivos positivos asociados a emociones como la calma, aceptación, resignación, hay un aumento en la cantidad de células CD4+, sin embargo quienes tenían una menor resignación, estados afectivos relacionados a la depresión, se encontraban en el estadio de menor conteo de células lo cual representa el desarrollo negativo de la enfermedad de la persona.

Así pues la psiconeuroinmunología manifiesta que la ira, depresión, ansiedad y estados afectivos negativos tienen un papel importante en la progresión de la infección por VIH, estos estados entorpecen el ajuste emocional y alteran la salud mental en general de los pacientes haciéndolos más vulnerables a enfermar. Incluso en personas con diagnóstico positivo reciente, puede agravar la disminución de la respuesta fisiológica al tratamiento médico, generando un rápido deterioro de parámetros inmunológicos como los CD4.

Es por ello que la mejoría inmunológica se acompaña de una mejor situación física y psíquica percibida por los infectados; por ello la necesidad de prestar más atención a la respuesta psicológica del paciente y particularmente a su funcionamiento emocional.

1.3.2 Afrontamiento

A lo largo del tiempo se ha intentado comprender la dinámica por la que pasa una persona cuando se enfrenta a situaciones de estrés, son desbordantes y muchos

intentan manejarlas a través de diferentes formas, éstas estrategias han sido estudiadas desde un modelo médico, corrientes psicológicas como el psicoanálisis y psicología cognitiva, tratando de explicar las respuestas adaptativas de los individuos frente a situaciones extremas con la finalidad de ser funcional dentro de su propio contexto.

El afrontamiento es considerado según el psicoanálisis como un mecanismo de defensa, es decir el conjunto de pensamientos, actos realistas, reflexivos que busca dar solución y reducir los niveles de estrés. Para esta corriente este proceso es más organizado y maduro del yo, al considerarlo como un recurso regulador.

Se tiene también desde el modelo psicológico de Lazarus y Launier (1978), lo definieron como esfuerzos intrapsíquicos que están orientados a la acción del manejo de las demandas internas y externas que ponen a prueba los recursos de cada individuo.

Así también se tiene el aporte de Fleisdechman y Folkman, (1986), quienes refieren que el afrontamiento se deriva de la relación de las personas con las múltiples circunstancias de su vida en los contextos socioculturales, éstas interacciones tienen una influencia los aspectos personales y situacionales, donde intervienen las características simbólicas de un contexto, es decir creencias, normas sociales, costumbres en donde se desenvuelve el individuo.

De igual manera autores como Macías, Madariaga, Valle, y Zambrano (2013) consideran al afrontamiento como una herramienta psicológica que la persona pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes, de igual manera Cantú (2012), manifiesta que es el modo particular de cada persona para sobrellevar una situación demandante, que implica la creación de nuevas conductas y metas.

Por su parte Moos (1991) refiere que son los refuerzos cognitivos y/o conductuales que realiza la persona para poder comprender y resolver una situación, buscando apoyo para llegar a una adecuada solución de problemas.

Finalmente, los aportes respecto al afrontamiento, lo constituyen como un proceso cambiante, con diferentes formas, medios con fines de adaptación del sujeto y su contexto. A estas definiciones se le agrega que dichos esfuerzos comportamentales y

cognitivos actúan como un todo para mantener procesos vitales para reforzar y/o recuperar el equilibrio personal y social.

1.3.2.1 Modelos de estrategias de afrontamiento

Se define a las estrategias de afrontamiento como aquellas recursos psicológicos que la persona utiliza para hacer frente a situaciones estresantes, si bien es cierto éstas no garantizan el éxito, pero ayuda a evitar o disminuir conflictos en los sujetos. Éstas intervienen en el bienestar psicológico de los individuos, además de utilizarse para comprender y percibir niveles positivos y negativos de calidad de vida.

Entre los modelos de afrontamiento tenemos:

- Lazarus y Folkman, el cual presenta tres modelos de afrontamiento: Centrado en el problema, el cual intenta cambiar o tener el control del ambiente tales como: Confrontación y Planificación; Centrado en las emociones, que propone que lo prioritario es el manejo de emociones negativas relacionadas al estrés estas son: distanciamiento, autocontrol, aceptación de la responsabilidad, escape-evitación y reevaluación positiva y afrontamiento combinado, que es la composición de las estrategias de centradas en la situación y emoción que interfieren mutuamente: Búsqueda de apoyo social.
  Para estos autores es significativo evaluar el afrontamiento, pues permite averiguar la relación de éste con consecuencias adaptativas. Por lo que investigaciones demuestran que los síntomas depresivos que presentan los pacientes de VIH se vinculan con estrategias de afrontamiento evitativas y de escaso apoyo social.

- Por su parte Moos (2002), manifiesta que las estrategias de afrontamiento son mecanismos esenciales para dirigir y modificar la influencia de los contextos estresantes, este es un agente estabilizador que permite a las personas a mantener equilibrio y adaptación durante altos periodos de estrés.
  Dicho autor ha propuesto un modelo que considera el cruce de dos dimensiones: foco y método. El primero referido a la posición que toma la persona hacia la solución del problema: aproximación (forma activa de resolver conflictos) frente a la evitación (forma pasiva de alejamiento de problemas)

Este explica ocho tipos diferentes de respuestas de afrontamiento a circunstancias vitales estresantes y evalúa el afrontamiento en su dimensión cognitiva y conductual, teniendo:

- En su dimensión Cognitiva por aproximación se tiene el Análisis Lógico (AL) y la Revalorización Positiva (RP) que son los intentos cognitivos para prepararse mentalmente para el estresor y consecuencias y la segunda que trata de reestructurar el problema de forma positiva aceptando la realidad.
- En su dimensión Cognitiva por evitación se tiene a la Evitación cognitiva (EC) y la Aceptación o Resignación, siendo los propósitos para evitar pensar y aceptar de forma realista y positiva el problema.
- En su dimensión conductual por aproximación se tiene la Búsqueda de guía y soporte (BG) y Solución de problemas (SP), que vienen siendo los intentos conductuales para buscar guía, información y emprender acciones que lleven a solucionar el problema.
- En su dimensión conductual por evitación se tiene los intentos conductuales de Búsqueda de recompensas alternativas (BR) y Descarga emocional (DE) que implica crear nuevas actividades de satisfacción que hagan frente la situación, como las formas para reducir la tensión mediante la expresión de sentimientos negativos.

1.3.2.2 El afrontamiento de los pacientes VIH

Según los autores Vargas, Cervantes y Aguilar (2009) refieren que los problemas de salud mental afectan a todas las personas, pero son más vulnerables las personas con VIH pues experimentan un amplio rango de factores de riesgo en el curso de su enfermedad, en la mayoría de casos presentan un pobre afrontamiento pues lo más frecuente son los sentimientos vinculados a malestar emocional, depresión y ansiedad que acompañan las experiencias adversas de la vida.

Estos estados por el cual transcurren los pacientes de VIH se ponen de manifiesto desde el primer momento tras recibir un diagnóstico positivo de VIH, provocando un estado de choque y negación, dicha población desarrollan estados afectivos que afectan sus pensamientos y emociones, presentando tristeza, fatiga, pérdida de interés en sus actividades, cambios en su alimentación, etc, y algunos desarrollan

condiciones más graves como depresión y/o ansiedad frecuentemente causado por circunstancias que producen miedo, inseguridad o confusión.

De igual manera Nieto (2014) considera que el diagnóstico de VIH es considerado un estresor de gran magnitud pues afecta emocional, cognitiva y funcionalmente a la persona, pues le generan una serie de expectativas y percepciones negativas que asocian a la enfermedad con la idea de muerte, alteración en sus relaciones interpersonales y un uso de por vida de medicamentos, en sí engloba miedo y ansiedad en el individuo.

Por otro lado Guerrero (2014) refiere que si bien el vivir con un diagnóstico de VIH genera perturbación en su salud física y mental, pues manifiesta también la importancia desarrollar y mantener estrategias de afrontamiento saludables que ayude la persona con VIH a desarrollar una actitud de lucha y combate a la infección y a medida que el paciente establezca un estilo de afrontamiento activo ayudará a mejorar su calidad de vida, tanto en su entorno social y familiar.

Así también en el estudio de Moos y Schaefer (1993) mencionado por Mikulic (2000), encontraron que pacientes con VIH pueden afrontar oportunamente la enfermedad e inclusive tener un funcionamiento psicológico adecuado e incluso desarrollar crecimiento personal, estas experiencias coinciden con el estudio llevado a cabo por Blair, et al (2008) donde esta condición crónica posibilita a las personas a cambios en su ser, reconstruyendo el significado y sentido de vida, responsabilizándose de su existencia.

Para Fawzy, el VIH así como cualquier otra enfermedad, se ponen de manifiesto una serie de fases, en los que las personas ponen en marcha distintos mecanismos que dispone para enfrentar la situación, estos modos de afrontamiento tiene que ver con las diferentes etapas de evolución del VIH, y que pueden variar según la experiencia y los tratamientos recibidos de cada persona. Estos desequilibrios emocionales van desde la fase del pre diagnostico hasta la terminal paleativa, el fuerte impacto emocional que desarrollan desencadenan incertidumbre, preocupación excesiva, depresión, cuadros ansiosos, negación y dificultades para adaptarse.

En ese sentido se puede decir que recibir un diagnostico como el VIH, que amenaza la vida, trae consigo consecuencia emocionales, familiares, sociales y de

diferente índole, y más aún el manejo de la enfermedad es mucho más difícil si no se cuenta con un adecuado apoyo sociofamiliar en el entorno del paciente.

1.3.3 Calidad de Vida

En su definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es la percepción de cada persona de su punto de vista de la vida, según su cultura y sistema de valores en los que se desenvuelve.

Según el autor Martínez Jaramillo, (2012) considera que la calidad de vida es la manifestación multidimensional de la sociedad, que representa tener condiciones de vida óptimas y un grado de bienestar satisfactorio.

Así mismo Fayers y Machin, (2000) comparte la definición dada por Aristóteles quien la concibe como la buena vida, éste destaca que la felicidad tiene diferentes significados para cada persona y en momentos diferentes.

Por otro lado desde el marco teórico dado por Schalock y Verdugo (2007), calidad de vida se entiende por un estado que tiene influencia de factores personales y ambientales, como también por la interacción de éstos, y que se mejora mediante los recursos, inclusión y metas que se tenga en la vida.

Así también en su aporte Lukkarinen y Hentinen, (1998) la calidad de vida, define como el grado de satisfacción y bienestar que la persona tiene con respecto a las diferentes áreas de su vida, de ahí que ésta abarque distintos componentes, el bienestar, la satisfacción, el funcionamiento físico y el grado de calidad que tienen las relaciones sociales.

La calidad de vida en términos de salud, va referida a la percepción de bienestar que tiene el ser humano acerca de su salud física, psicológica y social, es así que estudios de corte clínico suelen considerar la calidad en términos de salud y/o discapacidad. A razón de ello Remor (2011) menciona que la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) es una categoría multidimensional y compleja que se ve afectada en ocasiones por diferentes aspectos tales como: psicosociales, laborales sociodemográficos, etc.

Existe un acuerdo generalizado en lo concerniente a que el concepto calidad de vida, según los autores consideran como el factor más importante de bienestar los

individuos, la satisfacción con la salud, siendo éste un indicador más fuerte de la satisfacción vital.

1.3.3.1 Dimensiones de la calidad de vida

Respecto a calidad de vida y sus dimensiones, Birren y Dieckmann, (1991), refiere que la calidad de vida no solo se constituye por un solo elemento, sino de la combinación e interacción de todos los factores, es por ello es un constructo multidimensional. La literatura ofrece un amplio listado de dimensiones de calidad (ambiente, valores, ocio, cultura, estado emocional, etc), todo esto ha conllevado en estos últimos tiempos a un importante crecimiento de interés para evaluar la calidad de vida y sobretodo relacionarla con la salud, pues coincide con lo dicho por la OMS un nuevo concepto de salud desde una manera integral y de múltiples dimensiones.

Según la propuesta de la OMS, las dimensiones la calidad de vida tenemos:

- Dimensión física, considera el buen estado físico que se entiende como ausencia de enfermedad, los síntomas, efectos adversos del tratamiento.
- Dimensión psicológica, referida a los estados cognitivo y afectivo de las personas. (miedo, ansiedad, autoestima, creencias personales, etc)
- Dimensión social relacionada a la apreciación del sujeto de sus relaciones interpersonales y sociales.
- Dimensión ambiental que concierne las condiciones de su comunidad, barrio, acceso a servicios, entre otros.

De igual manera se tiene el modelo propuesto por Schalock y Verdugo, (2007) consideran la calidad de vida una condición ansiado de bienestar personal, influenciadas por factores personales y ambientales. Al igual que los otros autores coinciden que dichas dimensiones son iguales para todos, pero varían según la importancia que cada persona le asigne, concluyendo así que la calidad de vida tiene elementos subjetivos y objetivos medibles, por lo que proponen ocho dimensiones:

- *Bienestar emocional (BE)*: expresada en la tranquilidad, seguridad, satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés y sentimientos negativos.

- *Relaciones interpersonales (RI).* Expresada por relaciones sociales, familiares y de pareja gratificantes.

- *Bienestar material (BM):* referido a la capacidad económica con que cuenta el individuo para adquirir: vivienda, salarios, posesiones materiales, ahorros.

- *Desarrollo personal (DP):* referido a las habilidades y conocimientos personales que puedan desarrollar y/o aprender, tales como: tecnologías, competencia personal, comunicación, etc.

- *Bienestar físico (BF):* expresado por las condiciones y hábitos físicos saludables: alimentación, ejercicio, sueño, etc.

- *Autodeterminación (AU):* referido a las decisiones personales, capacidad de elegir, preferencias y metas en su vida, trabajo, tiempo libre, etc.

- *Inclusión social (IS):* expresado en el sentimiento de pertenencia a la sociedad: apoyo, participación, integración con los demás.

- *Derechos (DE):* expresado por el deseo de respeto y trato igualitario a sus deseos, intimidad, derechos, oportunidades, etc.

De las áreas antes mencionadas constituyen en conjunto el término completo de calidad de vida. Según Schalock y Verdugo, así como otros autores han admitido estos conceptos y confirman el modelo de ocho dimensiones propuesto como el más completo pues reúne tres aspectos principales: bienestar, independencia y participación social.

1.3.3.3 Calidad de vida en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana

El VIH – SIDA es una enfermedad de política de salud pública, que va en aumento en el mundo y que en algún momento ha sido poco analizada públicamente, a su vez a inicios ha tenido distintas atribuciones que tener ésta enfermedad es propia de personas adictas a las drogas o que ejercen algún trabajo sexual, y por lo que debe ser excluida y rechazada, y es algo que no se podía hablar abiertamente, no teniendo en cuenta que como individuos somos propensos a contraer VIH, ya que

este virus se puede transmitir indistintamente del sexo, raza, religión, opción sexual o condición económica.

Samanja (1994) expresa que de la literatura existente sobre los cuidados de personas con VIH, explican conceptos esenciales sobre calidad de vida en estos pacientes, más no una clara definición entre calidad y cantidad de vida. Algunos autores describen calidad de vida como un conjunto de comportamientos y actitudes personales que permiten un desarrollo sano y libre de deterioro físico de una enfermedad, otros la describen como una forma más limitada a un subconjunto de cuidados médicos que garantizen la salud de las personas, y otros postulan que la salud debe ir de la mano con el bienestar psicológico y social para mejorar las condiciones de calidad de vida.

Es por ello que cuando las personas padecen alguna enfermedad crónica, el objetivo es lograr una mejor calidad de vida y ésta iniciaría con un buen diagnóstico a tiempo y eficaz tratamiento. Por lo que la finalidad de alcanzar una adecuada calidad de vida va acompañada de un constante apoyo psicológico, físico y social.

Al hablar del impacto de la infección de VIH y las consecuencias individuales en nuestra sociedad es notable, considerando al estrés como un factor psicosocial significativo sobre la calidad de vida y salud de las personas infectadas con VIH, pues ésta condición genera temor, discriminación , estigmatización, limitaciones sexuales y falta de apoyo y acceso a servicios de salud.

Esta infección conlleva un importante daño psíquico y físico en la calidad de vida del paciente. Respecto a la alteración en la esfera psicológica repercute en la evolución de la enfermedad, pues genera una pobre adherencia al tratamiento, revisiones médicas y por ende un deterioro en su salud mental ya que ésta tambien condicionan el desarrollo una adecuada calidad de vida.

Es por ello que en la actualidad la calidad de vida de los pacientes con VIH ha adquirido importancia en los diferentes aspectos relacionados con el bienestar, las intervenciones, los tratamientos y cuidados médicos y psicológicos del paciente, siendo parte de un proceso en el cual las personas con VIH toman conciencia de sí mismas, para facilitar el deseo de vivir, buscar autorrealizarse y asumir la situación vivida.

1.4 Formulación del problema

Dada las diferentes manifestaciones de la realidad problemática atendidas en la investigación que afectan áreas psicológicas importantes en los pacientes; el problema científico que se investigó se centra en **el inadecuado afrontamiento del VIH limita la calidad de vida en los pacientes.**

Tras el diagnóstico de la enfermedad, el individuo y la familia inician un proceso de asimilación y afrontamiento psicológico que dependiendo a los recursos personales y sociales, pueden derivar en problemas y o trastornos más o menos agudos y graves: trastornos depresivos, adaptativos, de identidad, autorechazo, culpabilidad, dificultades en sus relaciones sexo-afectivas, aislamiento social que deterioran la calidad de vida en los pacientes con VIH.

Diferentes investigaciones se han orientado hacia el estudio de identificar estrategias que promuevan los recursos positivos de los pacientes en tal condición y favorezcan su calidad de vida. Dado que los estilos de afrontamiento son considerados como variables cognitivas sujetas a evaluación y modificación, los resultados de este estudio se obtendrán importantes alcances para el diseño de intervenciones psicológicas con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes con ésta infección.

Es por ello que a través del desarrollo de una estrategia psicoterapéutica ayudará a los pacientes tener más clara su forma de afrontamiento, permitiéndoles la adaptación a eventos altamente estresantes como lo es la infección de VIH.

Como ya se ha venido mencionando en los párrafos anteriores las causas que originan que las personas con VIH tengan escasas herramientas de afrontamiento y por ende una limitada o pobre calidad de vida son: el temor a hablar abiertamente sobre su diagnóstico porque pueden ser estigmatizadas, el miedo a la discriminación, el soporte familiar inadecuado, autoestima baja, experimentar mayor ansiedad, depresión y desesperanza. Una de las causas también tiene que ver con su personalidad y los recursos que éste posea según Castaño y León del Barco (2010), si sus recursos ya sean sociales o personales son buenos, su forma de afrontar será positiva, y si son

deficientes, su forma de afrontar será poco favorable, lo que determinará para desarrollar una adecuada calidad en su vida.

De estas afirmaciones se destaca la importancia de conocer de qué manera un programa de afrontamiento socioafectivo interviene en la recuperación de la persona con VIH, pues un adecuado soporte psicológico y social ayuda a mejorar la salud y calidad de vida de las personas.

Por tanto en la presente investigación, el objeto de estudio son los procesos socioafectivos de las personas con VIH, procesos considerados como el conjunto de actividades mentales ligados a los sentimientos, actitudes y emociones que se originan como respuesta a eventos de diverso impacto en la parte afectiva de la persona y dependiendo de ello determinará a contribuir al bienestar de los individuos y realización de sus potencialidades en la vida.

1.5 Justificación e importancia del estudio

En el entorno de las enfermedades crónicas, especialmente en la infección por VIH (virus de inmuno deficiencia humana) el problema radica en establecer dentro del extenso mundo de variables psicológicas, cuales son las que tienen un mayor peso o acierto a la hora de predecir un mejor ajuste de calidad de vida. Entre las variables psicológicas estudiadas se encuentran las estrategias de afrontamiento, estas referidas a como los pacientes manejan las demandas de los sucesos estresantes, por lo que desarrollar estas estrategias en los pacientes con VIH, ayudará a que asuman y se adapten a una nueva condición de vida.

Hoy en día se conoce que el estigma y la discriminación que viven son los principales obstáculos de una respuesta eficaz al VIH en todo el mundo, notables estudios hacen mención que los pacientes diagnosticados con dicha enfermedad afrontan una diversidad de acontecimientos que alteran funciones psíquicas y conductuales, por lo que su calidad y estilo de vida se ven perturbados.

Es por ello que ésta investigación va permitir contar con datos estadísticos de los pacientes, siendo la primera investigación en el ámbito psicológico que se realice en dicho nosocomio, tan necesaria por la magnitud de la enfermedad. Por lo que se propone elaborar un plan psicoterapéutico que favorezca al paciente con VIH a aceptar

y adaptarse a su diagnóstico, y a su vez sea capaz de construir y reconocer las herramientas necesarias para mejorar su calidad de vida en función de su condición de salud, además se pretende que este beneficio se extienda a los familiares del mismo, a la clínica del VIH y a la sociedad que a su vez la conformamos todos.

1.6 Hipótesis

Si se elabora una estrategia psicoterapeútica basada en el afrontamiento socioafectivo se mejorará la calidad de vida de los pacientes con VIH del Hospital Referencial de Ferreñafe.

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo General

Elaborar una estrategia psicoterapéutica de afrontamiento socioafectivo para mejorar la calidad de vida de pacientes con VIH del Hospital Referencial de Ferreñafe.

1.7.2 Objetivos Específicos

- Analizar epistemológicamente el proceso de afrontamiento socio afectivo en relación con la calidad de vida y su dinámica.
- Diagnosticar el estado actual de los niveles de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes con VIH
- Elaborar una estrategia psicoterapéutica para mejorar la calidad de vida de los pacientes con VIH.
- Validar por criterios de especialistas el programa elaborado.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. Tipo y Diseño de la Investigación

La investigación es mixta, con un diseño descriptivo propositivo. Según Sampieri y Mendoza (2008) representan a un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos.

Esto implica la recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos, para posteriormente integrar y realizar inferencias producto a los resultados recabados y lograr mayor conocimiento del fenómeno en estudio.

Por otro lado tiene un diseño Descriptivo Propositivo pues de acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2010) "tiene como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población". Para el caso en estudio se describe la situación actual sobre el afrontamiento socioafectivo y calidad de vida que tienen los pacientes con VIH.

Y Propositivo porque se elaborará identificando las necesidades de la población, una estrategia psicoterapéutica que mejorará la calidad de vida de los pacientes con VIH., según Pérez y Palacios (2014) este diseño propone soluciones a una situación determinada a partir de un proceso de indagación. Implica, explorar, describir y proponer alternativas de cambio.

2.2. Población y muestra

La población objetivo estuvo conformada por 43 pacientes con diagnóstico positivo de VIH que reciben tratamiento antirretroviral en el Hospital Referencial de Ferreñafe.

Así también para la muestra se contó con la misma cantidad de población, de ambos sexos cuyas edades fluctúan entre 18 y 55 años. Para ello se utilizó el muestreo no probabilístico intencional. Según Hernández, Fernández y Baptista (2006) este tipo de muestro permite seleccionar casos característicos de una población limitando la muestra sólo a estos casos. Se utiliza en escenarios en las que la población es muy variable y consiguientemente la muestra es muy pequeña.

2.3. Variables, Operacionalización (Variable Dependiente o problema)

- **Variable Independiente:** Estrategia psicoterapéutica basada en el afrontamiento socioafectivo.
- **Variable dependiente:** Calidad de vida.
- **Operacionalización de las variables**

Variable	Dimensión	Indicadores	Ítems	Técnica/método	Instrumento
Afrontamiento	Cognitiva (Aproximación)	Análisis Lógico (AL)	1, 9 ,17, 25, 33, 41	Cuestionario	Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos CRI -A
		Revalorización Positiva (RP)	4,12,20,28,36,44		
	Cognitiva (Evitación)	Evitación Cognitiva (EC)	5,13,21,29,37,45		
		Aceptación o Resignación (AR)	6,14, 22,30,38,46		
	Conductual (Aproximación)	Búsqueda de Guía y Soporte (BG):	7,15,23,31,39,47		
		Solución de Problemas (SP)	2,10,18,26,34,42		
	Conductual (Evitación)	Búsqueda de Recompensas Alternativas (BR)	3,11,19,27,35,43		
		Descarga Emocional (DE)	8,16,24,32,40,48		

Variable	Dimensión	Indicadores	Ítems	Técnica/método	Instrumento
Calidad de vida	Bienestar físico	Salud Actividades de la vida diaria Atención sanitaria Ocio	35,36,37,38,3940, 41,42	Cuestionario	Escala GENCAT de calidad de vida
	Bienestar emocional	Alegría Auto concepto Ausencia de estrés	1,2,3,4,5,6,7,8		
	Relaciones interpersonales	Interacciones Relaciones Apoyos	9,10,11,12,13,14, 15,16,17,18		
	Inclusión social	Integración y participación en la comunidad Roles comunitarios Apoyos sociales	52,53,54,55,5657, 58,59		
	Desarrollo personal	Educación Competencia personal	27,28,29,30,3132, 33,34		

		Desempeño			
	Bienestar material	Estado financiero Empleo Vivienda	19,20,21,22,23,24 ,25,26		
	Autodeterminación	Autonomía /control personal Metas y valores personales Elecciones	43,44,45,46,47,48 ,49,50,51		
	Derechos	Humanos Legales	60,61,62,63,6465, 66,67,68,69		

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de evaluación psicométrica, usando para la evaluación el Inventario de Respuestas de Afrontamiento para adultos CRI – A de Rudolf Moos y la Escala GENCAT de Calidad de Vida de Miguel Ángel Verdugo y Robert L. Schalock. (Ver Anexo)

2.5. Procedimiento de análisis de datos

Los resultados del trabajo de investigación se procesaron a través del software estadístico SPSS versión 21, se hizo usó de una prueba No paramétrica. Posteriormente se empleó el coeficiente Alfa de Cronbach para indicar la fiabilidad de la consistencia interna de los instrumentos, se obtiene para el Inventario de Respuestas de Afrontamiento para adultos CRI – A un coeficiente de 0,844 que determina una confiabilidad buena y un coeficiente de 0,915 que determina una confiabilidad excelente para la Escala GENCAT de Calidad de Vida

2.6. Criterios éticos

La investigación que se desarrolló cumple con la ética del investigador y la ley de la Escuela de Posgrado de la Universidad Señor de Sipán. Por lo que se ha tenido en cuenta los siguientes criterios según Guba (1981):

- El consentimiento informado, pues los pacientes conocían la finalidad de los instrumentos que se les aplicó, aceptando voluntariamente ser evaluados.
- La confidencialidad, se les aseguró anonimato de su identificación como también privacidad de la información revelada por sí mismos.
- Manejo de riesgos, se les explicó que los resultados de sus evaluaciones no generará ningún perjuicio o daño personal y que los resultados obtenidos sirven para el análisis de la presente investigación.

2.7. Criterios de rigor científico

La investigación que se desarrolló cumple con los siguientes criterios según Guba (1981):

- Credibilidad o valor de la verdad, dicha información recabada en los instrumentos, han sido aplicados a los pacientes con VIH que reciben tratamiento en un hospital en Ferreñafe.
- Transferibilidad o aplicabilidad, los resultados obtenidos tras la aplicación de los instrumentos psicológicos a dicha población no son transferibles, ni aplicables a otros contextos, pues será apreciado como válido para la comprensión de su mundo y de ellos.
- Dependencia, implica el nivel de consistencia o estabilidad de resultados y hallazgos del estudio, en función a este aspecto la investigación abordó el afrontamiento socioafectivo para mejorar la calidad de vida de pacientes con VIH, situación que se ha percibido deficitaria y que favorece a la investigación.
- Confirmabilidad, producto de la información recogida por los instrumentos aplicados a los pacientes con VIH, los datos no están sesgados, ni responden a ningún tipo de manipulación de naturaleza personal.

III. RESULTADOS

3.1. Resultados en tablas y en figuras

Tabla 1

Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach del Inventario de Respuestas de Afrontamiento CRI-A en los pacientes con VIH del Hospital Referencial de Ferreñafe

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,844	56

Nota: Coeficiente alfa >.8 es bueno

Se aprecia en la tabla 1, que el índice de consistencia interna del Inventario de Respuestas de Afrontamiento CRI-A es de ,844 catalogando la fiabilidad del instrumento como buena.

Tabla 2

Frecuencia de los percentiles de Análisis Lógico de los pacientes con VIH del Hospital Referencial de Ferreñafe

Percentil	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Debajo del promedio	22	51,2
Promedio	16	37,2
Encima del promedio	5	11,6
Total	**43**	**100,0**

Nota: Fuente Inventario de Respuestas de Afrontamiento CRI-A en pacientes con VIH del HRF.

En la tabla 2, se aprecia que respecto al indicador análisis lógico el 51.2% de los evaluados se encuentra considerablemente debajo del promedio, es decir que tienen escasos intentos cognitivos para prepararse mentalmente sobre su enfermedad, el 37,2% se encuentran en nivel promedio pues tienen algunas acciones en mente para afrontar su situación y sólo un 11,6% se encuentran por encima del promedio, teniendo acciones dirigidas a solucionar su problema.

TABLA 3

Frecuencia de los percentiles de Revalorización Positiva de los pacientes con VIH del Hospital Referencial de Ferreñafe

Percentil	Frecuencia	Porcentaje
Debajo del promedio	24	55,8
Promedio	15	34,9
Encima del promedio	4	9,3
Total	**43**	**100,0**

Nota: Fuente Inventario de Respuestas de Afrontamiento CRI-A en pacientes con VIH del HRF

En la tabla 3 se observa que respecto al indicador de revalorización positiva el 55,8% de los evaluados se encuentran debajo del promedio, es decir no reevalúan positivamente su condición, el 34.9% está en un nivel promedio intentan ver de manera positiva su enfermedad, y el 9.3% se encuentran encima del promedio, tienden a ver el lado positivo de su situación.

TABLA 4

Frecuencia de los percentiles de Búsqueda de Guía y Soporte de los pacientes con VIH del Hospital Referencial de Ferreñafe

Percentil	Frecuencia	Porcentaje
Debajo del promedio	9	20,9
Promedio	11	25,6
Encima del promedio	23	53,5
Total	**43**	**100,0**

Nota: Fuente Inventario de Respuestas de Afrontamiento CRI-A en pacientes con VIH del HRF

En la tabla 4 se observa que en lo concerniente al indicador de Búsqueda de Guía y Soporte, se tiene que el 53,5% de los evaluados se encuentra por encima del promedio, lo cual indica que están en búsqueda constante de información, guía y soporte, mientras que el 25.6% y 20.9% se encuentran en nivel promedio y debajo del promedio respectivamente, indicando que no es constante la búsqueda de apoyo y guía de otros.

TABLA 5

Frecuencia de los percentiles de Solución de Problemas de los pacientes con VIH del Hospital Referencial de Ferreñafe

Percentil	Frecuencia	Porcentaje
Debajo del promedio	19	44,2
Promedio	13	30,2
Encima del promedio	11	25,6
Total	**43**	**100,0**

Nota: Fuente Inventario de Respuestas de Afrontamiento CRI-A en pacientes con VIH del HRF

En la tabla 5 se aprecia que del total de evaluados el 44.2% respecto al indicador de Solución de Problemas en mayor porcentaje se encuentran debajo del promedio, es decir no emprenden acciones que lleven a dar soluciones a su problema. Mientras que el 30.2% y el 25.6% se encuentran en promedio y encima del promedio respectivamente, lo cual indica que dentro de estos grupos hay intentos de afrontar su enfermedad.

TABLA 6

Frecuencia de los percentiles de Evitación Cognitiva de los pacientes con VIH del Hospital Referencial de Ferreñafe

Percentil	Frecuencia	Porcentaje
Debajo del promedio	6	14,0
Promedio	7	16,3
Encima del promedio	30	69,8
Total	**43**	**100,0**

Nota: Fuente Inventario de Respuestas de Afrontamiento CRI-A en pacientes con VIH del HRF

En la tabla 6 se observa que el mayor porcentaje respecto al indicador de evitación cognitiva se encuentran por encima del promedio un 69,8% de los evaluados indicando que evitan y/o se niegan pensar de manera realista su situación, un 16,3% se encuentran en nivel promedio y el 14% debajo del promedio, lo cual indica que realizan acciones para reconocer su enfermedad.

TABLA 7

Frecuencia de los percentiles de Aceptación o Resignación de los pacientes con VIH del Hospital Referencial de Ferreñafe

Percentil	Frecuencia	Porcentaje
Debajo del promedio	2	4,7
Promedio	10	27,9
Encima del promedio	31	67,4
Total	**43**	**100,0**

Nota: Fuente Inventario de Respuestas de Afrontamiento CRI-A en pacientes con VIH del HRF

En la tabla 7 se aprecia que respecto al indicador de aceptación o resignación el 67,4% de los se encuentra por encima del promedio, lo cual indica que en su mayoría de los evaluados presentan intentos cognitivos por aceptar su situación, a diferencia del el 27,9% y del 4,7% que están en promedio y debajo del promedio respectivamente, que no se resignan o admiten su enfermedad.

TABLA 8

Frecuencia de los percentiles de Búsqueda de Recompensas Alternativas de los pacientes con VIH del Hospital Referencial de Ferreñafe

Percentil	Frecuencia	Porcentaje
Debajo del promedio	17	39,5
Promedio	14	32,6
Encima del promedio	12	27,9
Total	**43**	**100,0**

Nota: Fuente Inventario de Respuestas de Afrontamiento CRI-A en pacientes con VIH del HRF

En la tabla 8 se observa en lo que respecta a la búsqueda de recompensas alternativas el 395% de los evaluados se encuentra debajo del promedio, esto indica que no han intentado emprender nuevas actividades que les proporcione bienestar y distracción frente a su enfermedad. Mientras que existe un 32.6% y 27.9% en un percentil promedio y por encima del promedio respectivamente, que si realizan acciones alternativas para sobrellevar su enfermedad.

TABLA 9

Frecuencia de los percentiles de Descarga Emocional de los pacientes con VIH del Hospital Referencial de Ferreñafe

Percentil	Frecuencia	Porcentaje
Debajo del promedio	6	14,0
Promedio	9	20,9
Encima del promedio	28	65,1
Total	**43**	**100,0**

Nota: Fuente Inventario de Respuestas de Afrontamiento CRI-A en pacientes con VIH del HRF

En la tabla 9 en lo que concierne al indicador de descarga emocional se tiene que el 65.1% de los evaluados se hallan notablemente por encima del promedio, es decir que su única vía de escape es la ventilación de sentimientos, aislamiento, llanto y descarga de frustración con los demás. Sin embargo un 20.9% y 14% se encuentran en el nivel promedio y debajo del promedio, lo cual indica que existen intentos para reducir y controlar las tensiones propias de la enfermedad.

TABLA 10

Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach de la Escala GENCAT de Calidad de Vida en los pacientes con VIH del Hospital Referencial de Ferreñafe

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,915	69

Nota: Coeficiente alfa >.8 es excelente

En la tabla 10 se aprecia, que el índice de consistencia interna de *la* Escala GENCAT de Calidad de Vida es de ,915 catalogando la fiabilidad del instrumento como excelente.

TABLA 11

Frecuencia de los percentiles de la dimensión Bienestar Emocional de los pacientes con VIH del Hospital Referencial de Ferreñafe

Percentil	Frecuencia	Porcentaje
Debajo del promedio	21	48,8
Promedio	13	30,2
Encima del promedio	9	21,0
Total	**43**	**100,0**

Nota: Fuente Escala GENCAT de Calidad de Vida en pacientes con VIH del HRF

En la tabla 11 se aprecia respecto a la dimensión bienestar emocional el 48.8% de los evaluados se ubican debajo del promedio es decir sienten agobios, presencia de sentimientos de estrés e insatisfacción personal. El 30.2% se encuentran en nivel promedio manifestando estos signos en algunas ocasiones y el 21% están por encima del promedio hace referencia a sentirse tranquilos, seguros de sí mismo.

TABLA 12

Frecuencia de los percentiles de la dimensión Relaciones Interpersonales de los pacientes con VIH del Hospital Referencial de Ferreñafe

Percentil	Frecuencia	Porcentaje
Debajo del promedio	20	46,5
Promedio	6	14,0
Encima del promedio	17	39,5
Total	**43**	**100,0**

Nota: Fuente Escala GENCAT de Calidad de Vida en pacientes con VIH del HRF

En la tabla 12 se aprecia que respecto a la dimensión de relaciones interpersonales el mayor porcentaje de evaluados se encuentran por debajo del promedio, lo cual indica que no poseen una adecuada forma de relacionarse con los demás y una necesidad de apoyo familiar, el 39.5% se encuentra encima del promedio evidenciado relaciones interpersonales satisfactorias y apoyo familiar identificado, y el 14% se encuentra dentro del promedio.

TABLA 13

Frecuencia de los percentiles de la dimensión Bienestar Material de los pacientes con VIH del Hospital Referencial de Ferreñafe

Percentil	Frecuencia	Porcentaje
Debajo del promedio	33	76,7
Promedio	9	21,0
Encima del promedio	1	2,3
Total	**43**	**100,0**

Nota: Fuente Escala GENCAT de Calidad de Vida en pacientes con VIH del HRF

En la tabla 13, respecto a la dimensión bienestar material el 76,7% de los evaluados se encuentran debajo del promedio, lo que indica que tienen insuficientes recursos materiales y económicos que limitan una adecuada calidad de vida. En nivel promedio se

tiene un 21% presentan condiciones materiales mínimas y el 2.3% está encima del promedio teniendo suficientes recursos materiales para satisfacer sus necesidades.

TABLA 14

Frecuencia de los percentiles de la dimensión Desarrollo Personal de los pacientes con VIH del Hospital Referencial de Ferreñafe

Percentil	Frecuencia	Porcentaje
Debajo del promedio	21	48,8
Promedio	11	25,6
Encima del promedio	11	25,6
Total	**43**	**100,0**

Nota: Fuente Escala GENCAT de Calidad de Vida en pacientes con VIH del HRF

En la tabla 14 respecto a la dimensión de desarrollo personal el 48.8% de los evaluados se encuentran debajo del promedio, lo cual indica escasa posibilidad para el acceso a distintos conocimientos y de realizarse personalmente. Sin embargo un 25.6% se encuentra encima del promedio y promedio respectivamente, evidenciando la posibilidad de aprender distintas funciones y actividades personales.

TABLA 15

Frecuencia de los percentiles de la dimensión Bienestar físico de los pacientes con VIH del Hospital Referencial de Ferreñafe

Percentil	Frecuencia	Porcentaje
Debajo del promedio	36	83,7
Promedio	7	16,3
Encima del promedio	0	0
Total	**43**	**100,0**

Nota: Fuente Escala GENCAT de Calidad de Vida en pacientes con VIH del HRF

En la tabla 15, en lo que concierne a la dimensión de bienestar físico el mayor porcentaje se encuentra debajo del promedio con un 83.7%, lo que indica que la mayoría de evaluados tienen complicaciones de salud, forma física y/o hábitos de alimentación saludables y el 16.3% se encuentra dentro del promedio teniendo condiciones de salud conservadas que posibilitan una adecuada calidad de vida.

TABLA 16

Frecuencia de los percentiles de la dimensión Autodeterminación de los pacientes con VIH del Hospital Referencial de Ferreñafe

Percentil	Frecuencia	Porcentaje
Debajo del promedio	40	93,0
Promedio	0	0
Encima del promedio	3	7,0
Total	**43**	**100,0**

Nota: Fuente Escala GENCAT de Calidad de Vida en pacientes con VIH del HRF

En la tabla 16 se aprecia que respecto a la dimensión Autodeterminación, el 93% de los evaluados se encuentran por debajo del promedio es decir tiene escasa capacidad para de organizar su vida, decidir por sí mismos. Y un 7% se encuentra encima del promedio lo cual indica que existe consciencia de su potencial para cumplir metas en su vida.

TABLA 17

Frecuencia de los percentiles de la dimensión Inclusión Social de los pacientes con VIH del Hospital Referencial de Ferreñafe

Percentil	Frecuencia	Porcentaje
Debajo del promedio	19	44,2
Promedio	24	55,8
Encima del promedio	0	0
Total	**43**	**100,0**

Nota: Fuente Escala GENCAT de Calidad de Vida en pacientes con VIH del HRF

En la tabla 17 se aprecia que el 55.8% de evaluados se encuentra dentro del promedio, significando que algunos se sienten miembros de su sociedad, integrados y que pueden contar el apoyo de otras personas y acceso a servicios. Sin embargo el 44.2% se encuentran debajo del promedio, lo que indica que no tienen participación ni apoyo dentro del medio donde se desenvuelven.

TABLA 18

Frecuencia de los percentiles de la dimensión Derechos de los pacientes con VIH del Hospital Referencial de Ferreñafe

Percentil	Frecuencia	Porcentaje
Debajo del promedio	38	88,4
Promedio	5	11,6
Encima del promedio	0	0
Total	**43**	**100,0**

Nota: Fuente Escala GENCAT de Calidad de Vida en pacientes con VIH del HRF

En la tabla 18 se aprecia que el 88.4% de evaluados se encuentran debajo del promedio es decir no se sienten considerados como el resto de personas, que respeten su derechos, deseos, etc. Y sólo un 11.6% se ubica en nivel promedio lo cual significa que sienten que respetan su forma de ser, opiniones y tienen un libre ejercicio de sus derechos.

TABLA 19

Frecuencia del Índice de Calidad de Vida General de los pacientes con VIH del Hospital Referencial de Ferreñafe

Percentil	Frecuencia	Porcentaje
Debajo del promedio	20	46,5
Promedio	17	39,5
Encima del promedio	6	14,0
Total	**43**	**100,0**

Nota: Fuente Escala GENCAT de Calidad de Vida en pacientes con VIH del HRF

En la tabla 19 respecto al índice general de calidad de vida, se observa que el mayor porcentaje de evaluados se encuentra debajo del promedio con un 46.5%, lo cual indica que su calidad de vida es percibida como limitada por complicaciones en las distintas áreas de su vida, el 39.5% se encuentra en nivel promedio, manifestado por condiciones de vida que ayudan a generar una adecuada calidad de vida y el 14% se encuentran por encima del promedio, quienes consideran una satisfactoria calidad de vida.

3.2. Discusión de Resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos de la investigación se tiene que en términos generales respecto a las respuestas de afrontamiento de los pacientes con VIH del Hospital Referencial de Ferreñafe en su mayoría se encuentran debajo del promedio, es decir hay quienes superan las formas como afrontar adecuadamente, mientras que dicha población tiene limitadas estrategias de enfrentarse a su enfermedad y situaciones ligadas a ello, pues afecta su bienestar personal, familiar y general todo el contexto donde se desenvuelve. Esto coincide con Guerrero (2014) quien en su investigación considera que para una persona vivir con el diagnóstico de VIH constituye una fuente de estresor crónica que afecta las relaciones sociales, salud mental, física y que va depender del estilo que asuma la persona para mejorar su condición de vida.

Según las escalas de afrontamiento propuesto por Moos (2002) se tiene que en la dimensión por aproximación, es decir aquella dirigida a la resolución del problema, en el indicador análisis lógico existe que el 51.2% se encuentra considerablemente debajo del promedio, es decir los pacientes desarrollan escasos intentos cognitivos para prepararse mentalmente y proponer soluciones para sobrelleva su enfermedad y sólo un 11,6% se encuentran por encima del promedio, teniendo acciones dirigidas en mente para dar solución a su enfermedad. A su vez en la revalorización positiva el 55,8% se encuentran debajo del promedio, por lo se aprecia que no existe una valoración positiva de su vida a raíz de su condición, y sólo el 9.3% se encuentran encima del promedio, quienes ven y buscan el lado positivo de vivir tras su enfermedad, datos que coinciden con la investigación de Coppari y colaboradores (2007) quien en su investigación Calidad de vida y afrontamiento de cáncer y SIDA, halló que en Análisis lógico el mayor porcentaje estuvo debajo del promedio con un 79%, sin embargo en revalorización positiva un 57% se encontraron encima del promedio, pues la mayoría de pacientes manifestaron que a partir de la enfermedad empezaron a valorar positivamente su vida.

Respecto a la búsqueda de guía y soporte se obtuvo se tiene que el 53,5% de los pacientes se encuentran por encima del promedio pues están en búsqueda constante de información, guía y soporte en su entorno, mientras que el 25.6% y 20.9% se encuentran en nivel promedio y debajo del promedio respectivamente, indicando que no es constante la búsqueda de apoyo y guía de otros. Dichos datos coincide con el estudio de Coppari y

colaboradores (2007) en él se observó que el 57% se encuentra por encima del promedio y sólo un 7% se ubica debajo del promedio, indicando que los pacientes se orientan a la búsqueda de apoyo y buena relación para resolver sus problemas. De igual manera Jacho y Ochoa (2018) en su investigación estilos de personalidad y estrategia de afrontamiento, el aporte que determinó es que existe una prevalencia en el tipo de estrategias basada en la búsqueda de apoyo social en dichos pacientes.

Así también en solución de problemas el 44.2% se encuentran debajo del promedio, es decir no emprenden acciones que lleven a dar soluciones a su problema y un 25.6% se encuentran encima del promedio respectivamente, lo cual indica que dentro de este grupo hay quienes intentan afrontar o ver soluciones a su enfermedad, así pues Chacón (2007) (como se citó en Cayambe y Haro, 2016) argumenta que para la solución de problemas en dichos pacientes es necesario un cambio de los pensamientos y sentimientos pues estos definirán los actos, actitudes y comportamientos satisfactorios y saludables para la vida. Por su lado Coppari y colaboradores (2007) en su estudio el mayor porcentaje en este indicador se encuentra por encima del promedio con un 57% buscando resolver el problema a través del apoyo y orientación de otras personas.

Por otro lado en la dimensión por evitación, es decir aquellas actividades dirigidas a evitar el problema y regular el impacto emocional producido por la situación estresante (VIH), se tiene que el mayor porcentaje respecto al indicador de evitación cognitiva se encuentran por encima del promedio un 69,8% es decir evitan y/o se niegan a pensar de manera realista sobre su situación y el 14% debajo del promedio, lo cual indica que si realizan acciones para reconocer su enfermedad, dato que coincide Jacho y Ochoa (2018) en su investigación, los pacientes seropositivo presentan diversidad de rasgos de personalidad sensibles, quejumbrosos, negativista; y que el tipo de estrategias usadas escape/evitación, información que difiere de Coppari y colaboradores (2007) que el 57% de su población se encuentra debajo del promedio referido a aquellos que si realizan acciones para reconocer realmente su condición.

Así también sobre el indicador de aceptación o resignación, el 67,4% se encuentra por encima del promedio, lo cual indica que en su mayoría de los evaluados realizan intentos por aceptar todo lo que compromete su enfermedad, a diferencia del el 27,9% y del 4,7% que están en promedio y debajo del promedio respectivamente, que no se resignan o admiten su enfermedad, datos que coinciden con Coppari y colaboradores (2007) que el

43% se encuentra encima del promedio, demostrando resignación y aceptación por su condición de salud. Es por ello que Rodríguez, N. (2001) en su teoría argumenta estos resultados pues en la búsqueda de aceptar y readaptarse a su nueva condición y de atenuar el señalamiento los pacientes despliegan estrategias, como son el uso del secreto, replantean su proyecto de vida y creencias, esto ayudan a aceptar y minimizar los efectos del estigma.

Referente a la búsqueda de recompensas alternativas 39.5% encuentra debajo del promedio, esto indica que no han intentado emprender nuevas actividades que les proporcione bienestar y distracción frente a su enfermedad. Mientras que existe un 32.6% y 27.9% en un percentil promedio y por encima del promedio respectivamente, que si realizan acciones alternativas para sobrellevar su enfermedad, sin embargo en lo hallado por Coppari y colaboradores (2007) el mayor porcentaje se encuentra por encima del promedio con un 64% lo que indica que dicha población se integra en actividades que logren despejarse y crear nuevas situaciones de distracción.

Finalmente con respecto al indicador de Descarga emocional tiene que el 65.1% se hallan notablemente por encima del promedio, es decir que su única vía de escape es la ventilación de sentimientos, aislamiento, llanto y descarga de frustración con los demás y sólo un 14% se ubican debajo del promedio, lo cual indica que realizan acciones para reducir y controlar las tensiones propias de la enfermedad, a diferencia de Coppari y colaboradores (2007) que el 50% se encuentra por debajo del promedio indicando que existe control de expresión de sentimientos negativos.

De lo antes mencionado, se puede apreciar que las estrategias de afrontamiento usadas por los pacientes de VIH del Hospital Referencial el mayor porcentaje se encuentran por debajo del promedio, es decir realizan escasos esfuerzos cognitivos y/o conductuales para enfrentar las demandas de su enfermedad, esto resaltando que en dicha población interfiere su nivel cultural y escasa intervención psicoterapeútica en dicho nosocomio, pues no existe una adecuada concientización a los pacientes en el manejo de su enfermedad.

En cuanto a lo que respecta a Calidad de Vida entendida por diferentes autores como un alto grado de bienestar y satisfacción personal, se tiene también el aporte de Schalock y Verdugo (2007), que proponen que es un estado que tiene influencia de factores

personales y ambientales, y que se mejora mediante los recursos, inclusión y metas que se tenga en la vida, así mismo propone dimensiones centrales iguales para todas las personas, pero pueden variar individualmente en la importancia y valor que se les atribuye.

Respecto a las dimensiones de calidad de vida, se tiene que en la dimensión de bienestar emocional el 48.8% de los pacientes con VIH se ubican debajo del promedio es decir sienten agobios, presencia de sentimientos de estrés e insatisfacción personal y el 21% están por encima del promedio sintiéndose tranquilos y seguros de sí mismo frente a su enfermedad, datos que coinciden con la investigación de Leite y colaboradores (2017) quienes hallaron que los puntajes más elevados están atribuidos a las creencias personales negativas, sentimientos de culpa preocupaciones con el futuro y la muerte, y es así que varios estudios han demostrado que las alteraciones a nivel emocional genera aumento del estrés y que los pacientes desarrollan ansiedad, abatimiento y depresión.

Así también en la dimensión de relaciones interpersonales el mayor porcentaje de evaluados se encuentran por debajo del promedio con un 46.5%, lo que indica una inadecuada forma de relacionarse con los demás con una marcada necesidad de apoyo social y familiar, el 39.5% se encuentra encima del promedio evidenciado relaciones interpersonales satisfactorias y apoyo social identificado, datos que menciona Cabrera, Arteta y Cavalleri (2018) quienes expresan que debido a la fuerte estigmatización que aún caracteriza esta enfermedad, un apoyo social que refuerza ésta idea no ayuda a una recuperación del paciente, la carencia de apoyo y/o soporte social, provoca una disminución de la función inmune y por ende su proceso de recuperación. Así también Avelar, Cornejo y Torres (2011) (como se citó en Jacho y Ochoa 2018) argumentan que las reacciones, luego de que el paciente conoce el diagnóstico, están acompañadas de implicaciones sociales están ligadas a conductas de aislamiento socio familiar, y dificultades en sus relaciones de pareja relacionadas a la disminución de la actividad sexual lo cual trae consigo secuelas emocionales como el miedo a contagiarlos.

Respecto a la dimensión bienestar material el 76,7% se encuentran debajo del promedio, tienen insuficientes recursos materiales y económicos que limitan una adecuada calidad de vida. y el 2.3% está encima del promedio teniendo suficientes recursos materiales los cuales les permite cubrir sus necesidades referidas a su enfermedad, cabe mencionar que si bien existen investigaciones realizadas en diferentes países y/o ciudades en el mundo

las cuales refieren que ésta enfermedad no tiene distinción de raza, religión, cultura, nivel socioeconómico, etc; los resultados en ésta población coinciden con esos datos, pues la mayoría de los pacientes evaluados se encuentran en un nivel de pobreza y extrema pobreza, además de un nivel educativo incompleto por lo que sus condiciones materiales y económicas no les permite para acceder y cubrir sus necesidades.

En cuanto a la dimensión de desarrollo personal el 48.8% de los evaluados se encuentran debajo del promedio, lo cual indica escasa posibilidad para el acceso a distintos conocimientos y de realizarse personalmente. Sin embargo un 25.6% se encuentra encima del promedio, evidenciando la posibilidad de aprender distintas funciones y actividades agradables en su vida. Avelar, Cornejo y Torres (2011) revelan que existen un sinnúmero de síntomas posterior a conocer el diagnóstico, entran en un shock emocional lo cual está caracterizado por confusión y desconcierto por parte del paciente lo cual puede llevarlo a tener conductas pasivas o agresivas, lo que muchas veces les es difícil replantear planes de vida y proyectos personales, aprender y/o desarrollar nuevas actividades que les permitan llevar una mejor calidad de vida.

Referente al bienestar físico el mayor porcentaje se encuentra debajo del promedio con un 83.7%, lo que indica que la mayoría de evaluados tienen complicaciones de salud, poca resistencia física, no tienen en cuenta una alimentación saludable y no realizan actividad física, sin embargo sólo un 16.3% se encuentra dentro del promedio teniendo condiciones de salud físicas conservadas que posibilitan una adecuada calidad de vida, información que se relaciona con lo propuesto por el Ministerio de Salud (MINSA, 2015) quien considera el ejercicio físico necesario para la salud pues mejora la función mental , memoria , imagen corporal , sensación de bienestar por lo que personas contagiadas de VIH ésta actividad es desfavorable y casi nula en nuestro país. De igual ésta dimensión promueve la inclusión social y despeja la mente de pensamientos negativos para poder pensar más positivamente, ya que la actividad física, también es un canal de cambio de ánimo en las personas.

Por otro lado en la dimensión Autodeterminación, el 93% de los evaluados se encuentran por debajo del promedio es decir tiene escasa capacidad para de organizar su vida y decidir por sí mismos, y un 7% se encuentra encima del promedio lo cual indica que existe consciencia de su potencial para cumplir metas y seguir adelante con su vida, corroborado por Meza, y otros (2011) (como se citó en Jacho y Ochoa 2018) refieren que la

sintomatología está presente incluso desde la toma de sangre para el examen diagnóstico, las personas experimentan en mayor o en menor grado algún tipo de alteración emocional, de severidad, tiempo e intensidad variables; tales alteraciones incluyen pérdida de autoestima, capacidad de decidir y planificar situaciones en su vida.

En la dimensión de inclusión social se aprecia que el 55.8% de evaluados se encuentra dentro del promedio, significando que algunos se sienten miembros de su sociedad, integrados y que pueden contar el apoyo de otras personas y acceso a servicios. Sin embargo el 44.2% se encuentran debajo del promedio, lo que indica que no tienen apoyo, participación, ni acceso a servicios dentro del medio donde se desenvuelven. Según Carbajal (2012) los principales hallazgos en cuanto a la inclusión social se destaca la falta de trabajo y el no acceso a programas de cuidados en salud de las personas que viven con el virus; aun con estigmas y prejuicios en contra de quienes están infectados; de la misma forma el desconocimiento sobre los aspectos de prevención y riesgo de infección, de igual manera el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) refiere que la discriminación asociados con el VIH persiste como los principales obstáculos dichos pacientes se enfrentado a discriminación social, laboral; es decir su calidad de vida no es satisfactoria y constituye una amenaza a su salud física y mental que pueden hacer que el afrontamiento de esta enfermedad sea especialmente difícil.

Así pues en la dimensión Derechos se aprecia que el 88.4% de evaluados se encuentran debajo del promedio es decir no se sienten reconocidos como el resto de personas, que respeten su derechos, deseos, etc, y sólo un 11.6% se ubica en nivel promedio lo cual significa que sienten que respetan su forma de ser, opiniones y tienen un libre ejercicio de sus derechos, coincide con la investigación de Avilés (2014) señala que existen una serie de barreras que dificultan o impiden las condiciones de igualdad, de oportunidades, de plena participación y su acceso a algún ámbito de la vida social. El estigma y el miedo a ser discriminado conllevan que oculten su estado serológico, retrasen la solicitud de servicios sanitarios y asistencia social, y con ello puede aumentar el riesgo de transmisión a terceras personas, dificultando el tratamiento.

Finalmente respecto al índice general de calidad de vida de los pacientes de VIH del Hospital Referencial de Ferreñafe , se observa que el mayor porcentaje de evaluados se encuentra debajo del promedio con un 46.5%, lo cual indica que su calidad de vida es percibida como limitada por complicaciones y dificultades en las distintas áreas de su

vida, el 39.5% se encuentra en nivel promedio, manifestado por condiciones de vida que ayudan a generar una adecuada calidad de vida y el 14% se encuentran por encima del promedio, quienes consideran una satisfactoria calidad de vida.

3.3. Aporte práctico

1. TÍTULO:

Estrategia psicoterapéutica basada en el afrontamiento socioafectivo para mejorar la calidad de vida de los pacientes con VIH del Hospital Referencial de Ferreñafe.

2. FUNDAMENTACIÓN

Hoy en día la infección por el VIH es considerada como una política de salud pública en el mundo, las personas que se les da un diagnóstico de VIH, principalmente por el estigma coligado a esta enfermedad, lo asumen como una sentencia de muerte que les genera importantes desequilibrios y una serie de situaciones difíciles de afrontar a nivel personal pues desarrollan reacciones psicológicas y conductuales que van desde la angustia hasta cuadros más severos de tratamiento; familiar y social pues se traduce por la discriminación, rechazo de los miembros del entorno donde se desenvuelve. Las situaciones a los que se exponen las personas que viven con el VIH requieren no sólo un tratamiento médico para un adecuado control de su enfermedad (CD4), sino también desarrollar como parte del tratamiento integral de estos pacientes ciertas estrategias que no sólo busque aumentar el tiempo de vida, sino mejorar su calidad de vida.

La intervención psicológica para los pacientes de dicho nosocomio es aún escaso, pues como se sabe la política de salud mental en nuestro país es bastante limitada a sólo ver cifras y no a mejorar la atención en sus servicios, en ese sentido se destacado la necesidad de tener una estrategia de intervención que ayuden a los pacientes a minimizar su ansiedad, malestar emocional, indefensión, falta de control, fortalecer su autoestima, desarrollar habilidades de afrontamiento, resiliencia, fortalecimiento de lazos sociales y familiares, que hagan frente a situaciones estresantes que deterioren la salud del paciente.

La implementación de ésta estrategia psicoterapéutica se fundamenta principalmente en las la bases teóricas y los procedimientos desde la perspectiva terapéutica cognitivo conductual a través de técnicas propias del enfoque, ya que su concepción de la persona se interrelaciona con aspectos cognitivos, factores comportamentales e influencias

ambientales, así también el abordaje psicosocial de los pacientes ayudará a mejorar la adherencia al tratamiento y facilitará el manejo de la enfermedad para los individuos y sus familias.

La efectividad de esta estrategia ha sido avalada por diferentes autores tales como Sikkema, Schneiderman y Lutgendorf (1998) en donde describen el modelo de intervención cognitiva conductual, considerando que es un factor importante para la mejoría en su calidad de vida, pues se aprecia que existe una disminución en los síntomas, pues se aborda modificación de pensamientos, conductas, fortalecimiento del apoyo social, la relajación que facilitaría poder atenuar el impacto de sus estresores en su sistema inmune, retrasar la progresión de la fase SIDA y por ende una adhesión adecuada al tratamiento médico pero sobretodo mejorar su calidad de vida.

De igual manera Gonzales R. (2002) en su investigación considera el enfoque cognitivo conductual para la instalación de estrategias de afrontamiento necesarias, pues dicha intervención se lleva a cabo en dos componentes cognición (lo que piensa la persona sobre su condición de salud), comportamiento (las acciones, actitudes en su condición de paciente con VIH) y las variables biológicas (sistema inmune, neuronales, etc), dicho estudio obtuvo resultados beneficiosos en su población pues se pudo demostrar la necesidad de la intervención psicológica en dichos pacientes, ya que el impacto que genera esta enfermedad complica el desenvolvimiento normal del paciente.

Así también Ballester R (2003) en su estudio sobre la eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo compartamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA, demuestra que tras su intervención se observaron cambios significativos tanto como en las variables: como la ansiedad, depresión, autoestima, perturbación afectiva que interfiere en las distintas esferas de su vida, apoyo social percibido, como en el tratamiento médico recibido.

Finalmente tras la evaluación de los pacientes del Área de Tratamiento Antriretroviral del Hospital Referencial Ferreñafe, se pudo hallar que dicha población necesita ser dotada de herramientas que le permitan tener un adecuado afrontamiento a las complicaciones emocionales de aceptación de su enfermedad y desarrollar lazos de apoyo social para así su calidad de vida sea satisfactorio.

3. OBJETIVO

a. General

Aumentar y mantener la calidad de vida del paciente de VIH, mediante habilidades de afrontamiento que permitan modular el impacto psicológico del diagnóstico y acontecimientos alcanzando un mayor control de su enfermedad.

b. Específicos

- Desarrollar en los pacientes conciencia de la enfermedad, que facilite el proceso de reconocer, y aceptar su enfermedad y favorezca en su desarrollo de una adecuada calidad de vida.
- Comprender todos los aspectos relacionados al VIH/SIDA aceptando y desmitificando su enfermedad.
- Fomentar en los pacientes la capacidad y gestión de pensamientos, emociones y acciones frente a la situación-problema mediante técnicas cognitivas conductuales.
- Promover una vida saludable mediante el desarrollo habilidades y proyectos a futuro que les permita mejorar las diversas dimensiones de su calidad de vida.

4. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente estrategia psicoterapeútica se aplicará a pacientes con diagnóstico de VIH que acuden al Hospital Referencial de Ferreñafe.

5. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) refiere que hasta el 2018, en todo el mundo 37,9 millones de personas están infectadas por el VIH en todo el mundo.

En el Perú, según la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud existen 117 mil 554 personas infectadas con VIH y más de 15, 000 personas han muerto víctimas del SIDA. La OMS informa que en el Perú que el mayor porcentaje el contagio de VIH es por la vía sexual con un 97%, siendo el grupo más afectado el de adultos entre 29 y 44 años de edad, así también alerta el incremento de la incidencia de casos en la población homosexual, en especial la dedicada al trabajo sexual que no acceden al sistema de salud,

siendo las ciudades más afectadas por esta infección Lima, Callao, Loreto, Arequipa e Ica.

En Lambayeque, donde la calidad de vida en algunos segmentos de la población es desfavorable, ya que el ingreso económico es bajo lo cual impide el acceso de los servicios de salud y por ende malestares a nivel emocional, según Gerencia Regional de Salud de Lambayeque (GERESA) a través de la Estrategia Sanitaria Regional de Infecciones de Transmisión Sexual - VIH/SIDA y Etapa de Vida, Adolescente Joven de la), desde el 2011 la región ha tenido una tendencia creciente de la infección por VIH, habiéndose presentado hasta la actualidad 1565 casos. Según las cifras que maneja el Ministerio de Salud (Minsa), se estima que en Lambayeque existen al menos 2,500 habitantes que viven con VIH sin saberlo, pues por diversos motivos no han logrado hacerse la prueba para descartar la infección con el virus.

6. INTERVENCIÓN ESTRATÉGICA

a) Primera fase

En esta primera fase las acciones previas a la intervención será convocar a los pacientes que vienen recibiendo tratamiento en el área de TARV del Hospital Referencial de Ferreñafe en fechas establecidas con la jefa de la institución. Posteriormente se dará inicio al desarrollo de la estrategia terapéutica bajo la perspectiva cognitiva -conductual, en un formato grupal con una duración de 10 sesiones (una vez por semana) de 90 minutos cada una de ellas.

Por lo que respecta a la estructuración de la intervención tras haber realizado una evaluación individualizada de cada paciente, se comienza con una sesión inicial de presentación de la estrategia y del grupo.

Aquí se establecerá los objetivos, reglas de la intervención, así como también crear una relación de colaboración con las personas que participen de las sesiones. En este primer módulo se darán las primeras sesiones dedicada a informar a los pacientes acerca de su enfermedad y cómo un inadecuado control afectará las dimensiones de su calidad de vida.

b) Segunda Fase

En esta fase las acciones centrales de la intervención consistirán en el desarrollo de las sesiones en donde se trabajará actividades para logar desarrollar estrategias de

afrontamiento centrado en el problema y la emoción teniendo intervención de estrategias cognitivas conductuales que faciliten desarrollar hábitos de salud favorables para lograr calidad de vida en todas las dimensiones que ésta conlleva.

Cada participante contará con cada uno de los materiales educativos (anexos de las sesiones) de cada sesión para un mejor trabajo individual y/o grupal, al inicio y final de cada sesión se evaluará los saberes previos y aprendidos quedando registrado en una ficha de anotaciones del facilitador, además se trabajará con tareas y/o actividades para la casa.

c) Tercera fase

Finalmente en esta última fase se finaliza el proceso con una última sesión de retroalimentación, en donde se consolidará los conocimientos y técnicas aprendidas y la puesta en marcha en situaciones de su vida diaria. Al término de la intervención se emitirá un informe de los logros alcanzados a la institución.

7. PLAN ESTRATÉGICO O ACTIVIDADES

La estrategia psicoterapéutica basada en el afrontamiento socioafectivo para mejorar la calidad de vida de los pacientes con VIH del Hospital Referencial de Ferreñafe, consta de tres módulos:

- MÓDULO 1: *Psicoeducación,* dicho módulo tiene como finalidad desarrollar en los pacientes conciencia de la enfermedad, que facilite el proceso de reconocer, y aceptar su enfermedad y favorezca en su desarrollo de una adecuada calidad de vida.
- MÓDULO 2: *Aprendiendo estrategias de afrontamiento,* tiene como finalidad fomentar en los pacientes la capacidad y gestión de pensamientos, emociones y acciones frente a la situación-problema mediante técnicas cognitivas conductuales.
- *MÓDULO 3: Desarrollo personal*, tiene como finalidad promover una vida saludable mediante el desarrollo habilidades y proyectos a futuro que les permita mejorar las diversas dimensiones de su calidad de vida.

MÓDULO	OBJETIVO	SESIÓN		ACTIVIDAD	DURACIÓN	ESTRATEGIAS	MATERIAL
MÓDULO 1 **PSICOEDUCACIÓN**	Desarrollar en los pacientes conciencia de la enfermedad, que facilite el proceso de reconocer, y aceptar su enfermedad y favorezca en su desarrollo de una adecuada calidad de vida.	**SESION 01** **Conocimientos básicos del VIH/SIDA**	**Objetivo:** Que los pacientes comprendan todos los aspectos relacionados al VIH/SIDA aceptando y desmitificando su enfermedad.	**Fase de inicio** Recepción y bienvenida al participante Establecer el encuadre con el grupo a trabajar: presentación del objetivo de la sesión, el contenido y duración de la misma. Presentación de cada uno de los participantes y realización de la dinámica "El fósforo" (Se conocerá cualidades y virtudes del usuario según la descripción que este brinde) **Fase de Desarrollo:** Actividad Individual: Escribir en una hoja, cuáles son sus conocimientos, actitudes y creencias en relación a su enfermedad. Psicoeducación: - Orígenes e historia del VIH, ¿Qué es VIH y SIDA?: Síntomas, formas de transmisión. - ¿Que son los Linfocitos CD4 y la carga viral? ¿Qué son los antiretrovirales? - Presentación de Video Estigma de la enfermedad: Mitos y verdades del VIH - SIDA: ¿enfermedad mortal o crónica? - Actividad grupal: Él árbol - **Fase de cierre** Exposición y reflexión de las actividades realizadas por los participantes. Evaluación de la sesión.	90 minutos	Lluvia de ideas. Dinámicas de integración Técnica audio visual. Psicoeducación Trabajo grupal	Proyector multimedia. Fósforos Equipo de sonido. Papel sábanas Papel bond Lapiceros Cinta masketing Tríptico educativo

		SESIÓN 02 **Conociendo las conductas de riesgo del VIH**	Que los pacientes comprendan la importancia de la protección para evitar reinfecciones y expresen sus ideas acerca de las conductas de riesgo.	**Fase de inicio** Bienvenida y presentación del objetivo de la sesión Dinámica de integración: "Saludos risueños" Lluvia de ideas y escribir un riesgo que ellos conozcan. Luego se hará un listado de los riesgos propuestos y al final se hará el análisis. **Fase de desarrollo** Psicoeducación sobre: - Cómo Evitar a transmisión del VIH a tu pareja o parejas sexuales - Protección frente e de nuevas infecciones por el VIH (reinfecciones). Actividad grupal: Después de haber escuchado la psicoeducación del tema, van a comparar lo que inicialmente escribieron a ver si hubieron coincidencias. **Fase de cierre** Lluvia de ideas y reflexión de lo aprendido en la sesión Se le pide para la próxima sesión que lleven imágenes de revistas, periódicos, etc.	90 minutos	Lluvia de ideas. Dinámicas de integración Técnica audio visual. Psicoeducación Trabajo grupal Trabajo individual	Proyector multimedia. Música animada Equipo de sonido. Papel sábanas Papel bond Lapiceros Cinta masketing Ficha de Lectura

MÓDULO 2 **APRENDIENDO ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**	Fomentar en los pacientes la capacidad y gestión de pensamientos, emociones y acciones frente a la situación-problema mediante técnicas cognitivas conductuales.	**SESIÓN 03 Identificando mis pensamientos**	Apoyar a los pacientes en la identificación de los pensamientos negativos que influyen en su enfermedad y contrarrestarlos.	**Fase de inicio** Bienvenida y presentación del objetivo de la sesión Dinámica de motivación: Estira y encoge Autoevaluación del Cuestionario de Pensamientos automáticos **Fase de desarrollo** Lluvia de ideas ¿Qué son los pensamientos? Psicoeducación sobre: Los pensamientos. Aprendiendo a identificar tipos de pensamiento Distorsiones del pensamiento Exposición de los resultados de la autoevaluación del CPA de cada participante. Técnicas Bloqueo del Pensamiento Actividad Individual: Registro de pensamientos automáticos. **Fase de cierre** Actividades para casa Evaluación de la sesión	90 minutos	Lluvia de ideas. Dinámicas de motivación Técnica audio visual. Psicoeducación Trabajo individual	Proyector multimedia. Equipo de sonido. Papel sábanas Papel bond Lapiceros Cinta masketing Ficha de Lectura Cuestionario de Pensamientos Automáticos Ficha de Registro de Pensamientos

		Sesión 04 **Pensar bien, sentirse bien y actuar bien**	Que los pacientes conozcan los efectos que los pensamientos positivos y negativos ejercen sobre las emociones y la conducta. Y desarrollen intentos cognitivos para prepararse mentalmente y sobrellevar su enfermedad.	**Fase de inicio** Bienvenida y presentación del objetivo de la sesión Revisión y análisis de tareas asignadas en la sesión anterior. Dinámica de motivación: Haciendo gestos **Fase de desarrollo** Lluvia de ideas sobre ¿Qué son las emociones? Psicoeducación: ¿Qué son las emociones? ¿Cuáles son las emociones básicas? Actividad grupal: Reconocemos las emociones Psicoeducación ¿Cómo influyen mis pensamientos y emociones en mi enfermedad? Presentación de la Técnica ABC y Reestructuración Cognitiva: Actividad individual: Ejercicios aplicando la Reestructuración Cognitiva. **Fase de cierre** Se le entregará tarea para realizar en casa Reflexión de la sesión realizada.	90 minutos	Lluvia de ideas. Dinámicas de motivación Técnica audio visual. Psicoeducación Trabajo individual	Proyector multimedia. Equipo de sonido. Papel sábanas Papel bond Lapiceros Cinta masketing Ficha de Lectura Fichas de Trabajo

		SESIÓN 05 Aprendo a relajarme	Dar a conocer la estrategia de relajación tan necesaria para el manejo del estrés y diversas emociones que les genera su enfermedad.	**Fase de inicio** Bienvenida y presentación del objetivo de la sesión Revisión y análisis de tareas asignadas en la sesión anterior. Dinámica de motivación: Pintado de mándalas **Fase de desarrollo** Psicoeducación: Importancia de la relajación Aplicación de la técnica de relajación **Fase de cierre** Se evalúa su reacción ante el ejercicio realizado. Se le indica al participante realizar diariamente en casa ejercicios de relajación y respiración.	90 minutos	Dinámicas de motivación Técnica audio visual. Psicoeducación Trabajo individual	Proyector multimedia. Equipo de sonido. Música de relajación Fichas de Trabajo
MÓDULO 3 DESARROLLO PERSONAL	Promover una vida saludable mediante el desarrollo habilidades y proyectos a futuro que les permita mejorar las diversas dimensiones de su calidad de vida.	**SESIÓN 06 Soy seropositivo y me acepto**	Que los pacientes conozcan el proceso de aceptación de su enfermedad y fortalezcan su autoestima ante la situación que les ha tocado vivir y lograr así bienestar emocional	**Fase de inicio** Bienvenida y presentación del objetivo de la sesión Dinámica de integración: “Cuidado” **Fase de desarrollo** Actividad individual: “Anúnciate” Psicoeducación en: -El proceso de aceptación de la enfermedad -Me amo y me acepto: Definición de autoestima -Características de una autoestima alta y baja	90 minutos	Dinámicas de integración Técnica audio visual. Psicoeducación Exposición	Proyector multimedia. Equipo de sonido. Lapiceros Cinta masketing

				-Como mejorar mi autoestima **Fase de cierre** -Actividad Individual: Elaboración de su collage personal. "Mi vida en un collage" Exposición y reflexión de las actividades individuales realizadas por los participantes.		Trabajo individual	Revistas y periódicos Ficha de trabajo Tríptico educativo
		SESIÓN 07 **Aprendiendo a ser resiliente**	Reconocer y evidenciar las características resilientes en los pacientes, a pesar de sus adversidades logrando alcanzar sus propias metas y permitiendo el crecimiento personal.	**Fase de inicio** Bienvenida y presentación del objetivo de la sesión Dinámica de integración: "El círculo" **Fase de desarrollo** Psicoeducación: Qué es la resiliencia ¿Cómo desarrollo mi resiliencia?: Características de una persona resiliente. Presentación del video: "El circo de las mariposas Trabajo grupal: Ficha de análisis del video "El circo de las mariposas" **Fase de cierre** -Actividad Individual: Escribir su carta al futuro. Evaluación de la sesión y reflexión de las actividades individuales realizadas por los participantes.	90 minutos	Dinámicas de integración Técnica audio visual. Psicoeducación Exposición Trabajo individual	Proyector multimedia. Equipo de sonido. Lapiceros Ficha de trabajo Hoja de Lectura

		Sesión 08 Fortaleciendo mi red de apoyo	Mejorar sus relaciones con los demás y disminuir el aislamiento social	**Fase de inicio** Bienvenida y presentación del objetivo de la sesión Dinámica de motivación: La lana Reflexión de la dinámica **Fase de desarrollo** Lluvia de ideas acerca de la se sesión Psicoeducación: La importancia del apoyo social. Actividad grupal: Sitios y actividades en donde uno puede conocer a otras personas. **Fase de cierre** Evaluación de la sesión y reflexión de puntos clave Tarea para casa Registro Semanal de Actividades	90 minutos	Dinámica de motivación Técnica audio visual. Psicoeducación Exposición Trabajo individual	Proyector multimedia. Equipo de sonido. Lapiceros Fichas de trabajo Hoja de Lectura
		Sesión 09 Mi comunicación asertiva	Lograr que los pacientes utilicen mensajes con claridad y precisión que les permitan un mejor entendimiento con las personas utilizando una comunicación asertiva.	**Fase de inicio** Bienvenida y presentación del objetivo de la sesión Dinámica de motivación: Teléfono Malogrado Reflexión de la dinámica **Fase de desarrollo** Lluvia de ideas acerca de la se sesión Psicoeducación: Desarrollo de la comunicación asertiva. Actividad grupal: **Fase de cierre**	90 minutos	Dinámica de motivación Técnica audio visual. Psicoeducación Exposición Trabajo individual	Proyector multimedia. Equipo de sonido. Lapiceros Fichas de trabajo

				Evaluación de la sesión y reflexión de puntos clave			Hoja de Lectura
		SESIÓN 10 Hábitos saludables para mejorar mi calidad de vida	Lograr que los participantes tomen conciencia de los estilos y hábitos de saludables que influyen en su calidad de vida	**Fase de inicio** Dinámica de motivación: Los globos **Fase de desarrollo** Actividad individual: "El Collage" Se les indica que con el material que se les pidió en la sesión anterior revistas, periódicos armen un collage y plasmen su idea de calidad de vida. Exposición del tema: ¿Qué son hábitos saludables? Consejos para llevar una vida plena con VIH Actividad Grupal: Gimnasia cerebral Baileterapia. **Fase de cierre** Finalmente cada paciente expondrá su cartel y explicará el significado de cada una de las imágenes que decidió incluir en su collage. Se hará una reflexión general acerca de lo tratado en las sesiones y determinar los aspectos que deben mejorar para tener una adecuada calidad de vida.	90 minutos	Lluvia de ideas. Dinámicas de integración Técnica audio visual. Exposición Trabajo grupal: Ejercicios de gimnasia cerebral y baile	Proyector multimedia. Equipo de sonido. Revistas, periódicos, etc Papel bond Lapiceros Cinta masketing Ficha de lectura

8. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Los gastos realizados para el desarrollo de ésta estrategia serán autofinanciados por la autora en coordinación con la institución.

Material	Precio (S/.)
Bienes (Lápices 2B mongol, borradores)	30.00
Servicios (Tipeos e impresiones, fotocopias, anillados y empastados)	400.00
Pasajes	100.00
Total	**530.00**

9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	ACTIVIDADES	NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO	
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
1	Elaboración de la estrategia	X	X	X	X										
2	Aplicación de la sesión N° 01					X									
3	Aplicación de la Sesión N° 02						X								
4	Aplicación de la Sesión N° 03							X							
5	Aplicación de la Sesión N° 04								X						
6	Aplicación de la Sesión N° 05									X					
7	Aplicación de la Sesión N° 06										X				
8	Aplicación de la Sesión N°07											X			
9	Aplicación de la sesión N°08												X		
10	Aplicación de la sesión N°09													X	
11	Aplicación de la sesión N°10														X

IV. CONCLUSIONES

En la presente investigación se concluye en:

- El análisis epistemológicamente del proceso de afrontamiento socioafectivo y su dinámica posibilitó sistematizar las teorías actuales de los contextos más avanzados sobre la utilización de métodos y alternativas viables.
- La caracterización de las tendencias históricas del proceso de afrontamiento socioafectivo sirvió de sustento para elaborar la estrategia psicoterapeútica pues se abordó los orígenes de la utilización de dicha metodología, para ser utilizadas en el logro de una mejor calidad de vida en los pacientes con VIH.
- Al caracterizar el estado actual del proceso de afrontamiento socioafectivo de los pacientes con VIH, se encontró que dicha población realizan escasos esfuerzos cognitivos y/o conductuales para enfrentar las demandas de su enfermedad, y esto conlleva a que su calidad de vida la perciban como limitada por complicaciones y dificultades en las distintas áreas de su vida, esto nos lleva a dar prioridad a la intervención psicológica que posibilitó a elaborar un conjunto de etapas para la estrategia psicoterapeútica basada en el afrontamiento socioafectivos con la finalidad que mediante la psicoeducación, especificación del tratamiento, se pueda dotar al paciente con recursos positivos personales para enfrentar su condición y así lograr una calidad de vida satisfactoria.
- Dicha estrategia fue validada por criterios de especialistas los cuales abordaron una serie de valoraciones, las cuales favorecieron los aportes de la estrategia.

V. RECOMENDACIONES

- Se recomienda la aplicación y dar continuidad a la estrategia en la población de dicha institución para contribuir a la adherencia del tratamiento de los pacientes.
- Al personal de salud de la institución continuar con las actividades de comunicación e intervención psicológica que permitan mejorar la calidad de vida de los pacientes.

VI. REFERENCIAS

- Barros S., Cotes S., Fernández N, y González D. (2013) Capacidad De Afrontamiento y Adaptación de Pacientes con VIH-SIDA Según Modelo "Callista Roy" En Una IPS de II Nivel, Cartagena. 2012-2013. Recuperado de : http://siacurn.app.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/791/capacidad%20de%20afrontamiento%20y%20adaptacion%20de%20pacientes%20con%20vihsida%20seg%c3%9an%20modelo%20%e2%80%9ccallista%20roy%e2%80%9d%20en%20.pdf?sequence=1

- Cabrera B., Ramos A., González A., (2016) Estados emocionales negativos y variables clínicas en personas con virus de inmunodeficiencia humana/SIDA. MediSur, 14(6), pp. 727-736. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000600008&lng=es&tlng=es.

- Cantú, R. (2012) Perfiles de comportamiento y representación social en la enfermedad crónica degenerativa: Una evaluación psicosocial en Cáncer VIH/ SIDA, Diabetes e Hipertensión (Tesis doctoral, Universidad de Nuevo León, México). Recuperado de: http://eprints.uanl.mx/3145/1/Rodrigo_Alberto_Cant%C3%BA_Guzm%C3%A1n_Perfiles_de_comportamiento_y_representaci%C3%B3n_social_en_la_enfermedad_cr%C3%B3nica_degenerativo-Una_evaluaci%C3%B3n_psicosocial_en_C%C3%A1ncer.pdf

- Cardona A., Higuita G., (2009) Calidad de vida en personas con VIH/SIDA pertenecientes a una organización no gubernamental. Medellín Colombia. *Scientific Electronic Library Online* 2011; pp. 236-246. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v27n2/v27n2a08.pdf

- Castaño, E., & León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (2), pp.245-257. Recuperado de: file:///C:/Users/salazar-bautista/Downloads/art%C3%ADculo_redalyc_56017095004.pdf

- Cayambe P, Haro G., (2016). *Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes diagnosticados con VIH en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, Período Octubre 2015- Marzo 2016.* (Proyecto fin de carrera, Universidad Nacional de Chimborazo de Ecuador). Recuperado de: http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/1931/1/UNACH-EC-PSC-CLIN-2016-0021.pdf

- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J., y Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Redalyc Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 169-179. Recuperado de: http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=79810216

- Coppari, N., Acosta, B., Buzó, J., Nery-Huerta, P., y Ortíz, V. (2014). Calidad de Vida y Afrontamiento en Pacientes Con Cáncer y Sida de Paraguay. *Redalyc Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, Salud & Sociedad, 5 (1), 82-96. Recuperado de: http://www.redalyc.org/pdf/4397/439742474005.pdf

- Dugarte, J. y Oxford, M. (2008). Estrategias de afrontamiento en pacientes seropositivos, calidad de vida y su relación con el estadiaje de esta patología. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología* 54(1) pp. 6-13. Recuperado de: https://docplayer.es/37272750-Estrategias-de-afrontamiento-en-pacientes-seropositivos-calidad-de-vida-y-su-relacion-con-el-estadiaje-de-esta-patologia.html

- Edo T., y Ballester R, (2006). Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos. *Revista Psicopatológica y Psicología Clínica* Vol.11 N° 2 pp.79-90. Recuperado de: http://www.aepcp.net/arc/02.2006(2).Edo%20y%20Ballester.pdf

- Fernández-Mayoralas G., y Rojo F. (2005) Calidad de Vida y Salud: Planteamientos Conceptuales y Métodos de Investigación. *Revista del Departamento de Ciencia Territoris,* 5: pp. 117-135. Recuperado de: https://www.raco.cat/index.php/Territoris/article/viewFile/117017/147939

- Frutos, C., Aquino, N., Amado, D. y Ferreira M, (2015) Calidad de Vida en el Paciente con VIH en el Servicio de Clínica Médica, Hospital Central-Instituto de Previsión Social Paraguay-2015. *Revista del Instituto de Medicina Tropical* Vol.11 (1) pp. 10-21.Recuperado:https://www.researchgate.net/publication/310458250_Calidad_de_vida_en_pacientes_con_VIH

- García Sánchez, M. (2010) Calidad de Vida en personas positivas con lipodistrofia, estrategias de afrontamiento y diferencias de género. Un estudio transcultural. (Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona). Recuperado de: https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2011/hdl_10803_4782/mdgs1de1.pdf

- Guerrero Arias, A. (2014). Mejorando la calidad de vida de personas seropositivas a través del modelo de calidad de vida relacionado con la salud, Chiclayo 2013(Proyecto Fin de Carrera Universidad Santo Toribio de Mogrovejo) Recuperado de: http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/426

- Hernández, R., Fernández C. y Baptista, P. (2006) Metodología de la Investigación. 4ª ed., Recuperado de: https://competenciashg.files.wordpress.com/2012/10/sampieri-et-al-metodologia-de-la-investigacion-4ta-edicionsampieri-2006_ocr.pdf

- Jacho R., Ochoa U., (2018) *Estilos de Personalidad y Estrategias de Afrontamiento en Pacientes Diagnosticados con VIH-SIDA (*Trabajo fin de grado, Universidad Técnica de Machala de Ecuador). Recuperado de: http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/12447/1/TTUACS-2018-PSC-DE00002.pdf

- Kirchner T., Forns M., (2010) Manual de Inventario de Respuestas de Afrontamiento – Adultos R.H Moos. *Publicaciones de Psicología Aplicada TEA Ediciones SA*. Recuperado de: http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/CRI-A-Manual-Extracto.pdf

Macías, M., Madariaga, C., Valle, M., y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Scientific Electronic Library Online*, 30(1), pp.123-145. Recuperado de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123417X2013000100007&lng=en&tlng=.

Mattlin J., Wethington, E., y Kessler, R (1990). Determinantes situacionales de la eficacia de afrontamiento y afrontamiento. *Revista de salud y comportamiento social*, 31 (1), pp. 103-122. Recuperado de: http://dx.doi.org/10.2307/2137048

Mikulic, I., y Crespi, M. (2008). Adaptación y Validación del Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos (CRI-A) Para Adultos. *Redalyc Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, Anuario de Publicaciones.* vol. XV, 2008, pp. 305-312. Recuperado de: http://www.redalyc.org/pdf/3691/369139944030.pdf

Nieto J., Abad M, y Tejerina M. (2004). Psicología para ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad. Recuperado de: http://psiquiatria.facmed.unam.mx/docs/mpc/Tema27.pdf

Núñez, A., Tobón, S. Vinaccia S., y Arias D. (2006). Diseño de un modelo de Intervención Psicoterapéutica en el VIH/SIDA a partir del enfoque procesual del estrés. *Suma Psicológica*, 13 (2), pp. 105-116. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134216870001

ONUSIDA (2013) Programa Conjunto de las Naciones Unidas. Informe Mundial de ONUSIDA, sobre la Epidemia Mundial de SIDA 2013. Recuperado de: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf

Pérez. P, y Palacios, L. (2014). Un Acercamiento al Proceso de Investigación Científica: Conceptos, Paradigmas y Recomendaciones. Perú. Eros.

Ramos R., Cabrera P., González A., (2016). Estados emocionales negativos y variables clínicas en personas con VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA/SIDA. *Scientific Electronic Library Online*. Vol. 14 N°6, pp.727-736. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v14n6/ms08614.pdf

Remor E. (2003). Fiabilidad y validez de la versión española del cuestionario MOS-SF-30 para evaluar la calidad de vida de personas infectadas por el VIH. Elsevier Revista de Atención primaria. Vol. 32. Núm. 1. pp. 1-69. Recuperado de:

https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-fiabilidad-validez-version-espanola-del-13048856

Rivas, J. & Cavero, R. (2013). Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y calidad de vida de pacientes con VIH/sida del Hospital Regional Docente Las Mercedes. Lambayeque. (Proyecto Fin de Carrera Universidad Santo Toribio de Mogrovejo) Recuperado en: tesis.usat.edu.pe/handle/usat/286

- Rojas O., Mechan N., (2018) Nivel de Adherencia al Tratamiento y Calidad de Vida relacionada a la salud en Pacientes Con VIH/SIDA, de un Hospital MINSA Nivel II-1 de Ferreñafe – Lambayeque. (Proyecto fin de carrera, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo). Recuperado de: http://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/1512

- Sampieri y Mendoza (2008). Los métodos mixtos. *En Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (pp.544-601). México. Mc Graw Hill Education

- Suárez, M., Cano P., Pérez, M., y Aguayo F. (2002) Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada. *Revista Medicina Interna de Madrid*. Vol. 19, N. º 8, pp. 396-404. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v19n8/original2.pdf

- Urzúa, A., y Caqueo-Urízar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Revista Terapia psicológica*, 30(1), pp. 61-71. Recuperado de: https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006

- Valls. E, y Rueda. B (2013) Personalidad, afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular. *Boletín de Psicología*, No. 109, pp. 51-72. Recuperado de: https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N109-3.pdf

- Velandía D, (2006) *Impacto de VIH/SIDA en la calidad de vida de las personas (*Trabajo fin de grado, Universidad de la Sabana Bogotá) Recuperado de: https://core.ac.uk/download/pdf/47068512.pdf

- Verdugo, A. y Schalock, L. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. Siglo Cero, 38(4), 21-36. Recuperado dehttp://sid.usal.es/idocs/F8/ART10366/articulos2.pd

- Verdugo, A. y Schalock, .L. (2013). Discapacidad e Inclusión (pp. 443-461). Manual para la Docencia. Recuperado en :https://www.researchgate.net/publication/283211086_Calidad_de_Vida

- Verdugo, A. Schalock, .L. Arias, B, y Gómez, L. (2009). Manual de aplicación de la Escala Gencat. Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales, Barcelona. Recuperado de: http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO20923/manual_castellano_gencat.pdf

- Vinaccia, S., Fernández, H., Quiceno, J.,López, M., y Otalvaro, C. (2008). Calidad de Vida Relacionada con la Sferalud y Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. *Redalyc Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal* Terapia Psicológica, 26 (1), 125-132. Recuperado de: https://www.redalyc.org/html/785/78526111/

VII. ANEXOS

ANEXO 01: DESARROLLO DE SESIONES

MÓDULO 1: PSICOEDUCACIÓN

Objetivo:

Desarrollar en los pacientes conciencia de la enfermedad, que facilite el proceso de aceptación de su condición y favorezca en su desarrollo de una adecuada calidad de vida.

SESIÓN 01: CONOCIMIENTOS BÁSICOS DEL VIH/SIDA

Objetivo de la sesión: Que los pacientes comprendan todos los aspectos relacionados al VIH/SIDA aceptando y desmitificando su enfermedad.

Duración: 90 minutos

1. Fase Inicial

a. Recepción y bienvenida a cada participante.
b. Pedir a los participantes que registren su nombre en los solapines para poder identificarlos.
c. Presentación de la estrategia, exponiendo el objetivo de la sesión, el contenido y duración de la misma.
d. Desarrollo de la Dinámica de Presentación: "El fósforo"

   Finalidad: Conocer al participante según la descripción que brinde de sí mismo, identificando sus cualidades y virtudes de manera rápida.

   Duración: 25 minutos.

   Materiales: Fósforos.

   Procedimiento: Se le dará a cada participante un fósforo, el cual deberá encender y de manera rápida antes que este se apague deberá decir su nombre y una cualidad y/o virtud de sí mismo, sosteniendo el fósforo con la llama encendida como símbolo de la importancia d su vida.

2. Fase de desarrollo

a. Para iniciar se trabajará una actividad Individual en donde se le pedirá escribir en una hoja, cuáles son sus conocimientos, actitudes y creencias en relación a su enfermedad
b. Psicoeducación a través de la presentación de diapositivas, a los pacientes se le hará entrega de un tríptico educativo del tema.

c. Luego se les presentará el video “Estereotipos y prejuicios” para concientizar sobre desestigmatización de la enfermedad y se hará una pequeña reflexión. Video disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=VkL58IuCvXw

d. Posteriormente se desarrollará el Trabajo Grupal: El árbol

Instrucción: Consistirá en dividir al grupo por equipos y se les indicará que deberán dibujar en un papel sábana, un árbol del tamaño de una persona con raíces, tronco y ramas. En las ramas van a escribir los miedos y prejuicios que se manifiestan hacia los pacientes con VIH.

En el tronco escribirán las conductas que provocan la discriminación a esta población y en la copa del árbol escribir los deseos y recomendaciones para lograr una sociedad en que las personas con VIH sean tratadas con respeto y solidaridad.

Materiales: Plumones y papel sábana

3. Fase de cierre

a. Se realizará una reflexión acerca del trabajo grupal “El árbol” respondiendo las siguientes preguntas:
   - ¿Cómo reaccionamos cuando nos enfrentamos a la diferencia?
   - ¿Cómo podemos colaborar para lograr una sociedad donde respeten las diferencias?

VIH – SIDA
¿ENFERMEDAD CRÓNICA O MORTAL?

VIH	SIDA
- Virus de Inmunodeficiencia Humana. - Es el virus que causa la infección y daña el sistema inmunitario al destruir las células CD4. - Una persona puede tener VIH y no haber desarrollado SIDA - La persona puede tener el virus y ser portador asintomático durante mucho tiempo.	- Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida. - Es la última infección por el VIH. - A medida que la infección se convierte en SIDA, aumenta el virus en nuestro organismo y disminuye las células CD4. - En esta etapa los aparecen síntomas de algunas enfermedades relacionadas con el deterioro del sistema inmunológico.

¿Cómo surge esta enfermedad?

Autores manifiestan que aparece en el continente africano, se cree que a través de ritos de budú que estos habitantes realizaban con sangre de monos; éstos tenían VIS (virus de inmunodeficiencia de simios) este virus se mutó y pasó al hombre como el hoy conocido VIH.

Históricamente, la evolución a grandes rasgos sería la siguiente:

- 1981- Aparecen los primeros casos en cinco jóvenes americanos homosexuales.
- 1983- Lug Montagnier descubre el agente causal del Sida, el VIH.
- 1985- Se pone a punto el test para detectar la infección, test ELISA.
- A partir de 1986 ha habido muchos avances, no sólo en tratamientos y científicamente hablando sino en el plano psicológico y social; creándose una concienciación de las verdaderas consecuencias de esta enfermedad y de sus posibilidades preventivas.

Formas de transmisión del VIH

- Por vía sexual: Al tener relaciones sexuales (vaginal, anal, oral) sin protección mediante las secreciones genitales infectados.

- Por vía sanguínea: Al recibir transfusiones de sangre trasplante de órganos infectados, por compartir agujas, jeringas contaminadas.

- Por vía perinatal: a través del embarazo, el parto o la lactancia de una mujer con VIH a su hijo.

Síntomas físicos y emocionales del VIH

- Dolor de garganta, cansancio persistente, mareos y aturdimiento
- Dolores de cabeza, pérdida repentina de peso, diarrea, fiebre, o sudores nocturnos.
- Ansiedad, angustia
- Sentimiento de desesperanza, depresivos, etc.
- Ideas de rechazo por los demás.
- Aislamiento

¿Cómo afecta mi organismo el VIH?

Ataca a los Linfocitos T – CD4

¿Qué son los linfocitos T – CD4?

Los linfocitos-T CD4 son un tipo de células que constituyen una parte esencial del sistema inmunitario. Su función principal es la de activar al propio sistema alertándole de la presencia de patógenos.

El recuento de linfocitos CD4 nos indica el número de células CD4 que hay en sangre, este es un buen indicador del estado de las defensas y del progreso de la enfermedad.

¿Qué es la carga viral?

Entendemos por carga viral la cantidad de VIH presente en la sangre u otros órganos del cuerpo humano (fluidos genitales, tejidos, etc.) de una persona con la infección.

Y el tratamiento?

¿Qué son los antiretrovirales?

Son unos medicamentos que han sido diseñados para interrumpir la replicación del VIH en el organismo, y así evitar que disminuya el número de células CD4, las células atacadas por el virus.

MITOS Y VERDADES DEL VIH

El VIH es sinónimo de muerte

FALSO: Hoy gracias al tratamiento antirretroviral pasó de ser una enfermedad mortal a crónica. Se puede vivir bien, siguiendo un adecuado tratamiento.

El tratamiento antirretroviral tiene unos efectos secundarios terribles

FALSO: Los fármacos antirretrovirales actuales tienen menos efectos secundarios y de menor gravedad que los que se producían previamente con los anteriores medicamentos anti-VIH.

El VIH no tiene cura

VERDADERO: A la actualidad el VIH no tiene cura, sin embargo mediante el tratamiento se tiene bajo control.

No necesitas empezar a tomar fármacos antirretrovirales hasta que te sientas

FALSO: Sin tratamiento, el VIH produce daños no evidentes en el sistema inmunitario (el sistema de defensa del organismo), es mejor empezar tratamiento a tiempo.

Solo los homosexual es se pueden contagiar de

FALSO: No importa la condición económica, ni la orientación sexual, cualquier persona se puede contagiar.

Las madres con VIH no pueden dar de lactar

VERDADERO: Una mujer infectada puede transmitir el virus a través de la lactancia, por lo que se ve otros medios para alimentar al bebé.

Personas con VIH no pueden verse saludables

FALSO: Una persona con VIH puede verse saludable hasta años después de haber sido infectado y seguir infectando a los demás.

SESIÓN 02: CONOCIENDO LAS CONDUCTAS DE RIESGO DEL VIH

Objetivo de la sesión: Que los pacientes comprendan la importancia de la protección para evitar reinfecciones y expresen sus ideas acerca de las conductas de riesgo
Duración: 90 minutos

1. Fase de inicio

a) Bienvenida a los participantes y presentación del objetivo de la sesión, el contenido y duración de la misma.
b) Desarrollo de la dinámica de integración: "Saludos risueños"
Finalidad: Relajar el ambiente de tensión propia de un grupo que se inicia, introduciendo el humor y la risa en las actividades.
Duración: 15 minutos
Material: Melodías animadas.

Procedimiento: Se solicita al participante ponerse de pie y caminar por todo el espacio disponible, simultáneamente tendrán que saludar de la mano, siempre mirando a los ojos y sonriendo mutuamente. Al transcurrir tres minutos la responsable cambia el tipo de saludo y demuestra cómo realizarlo:

- Saludo al estilo oriental: Deberán sólo con las manos juntas posición de rezar y con una leve inclinación de la cabeza, saludar a las personas mientras decimos "Namaste" se hará hincapié que no se entretenga hablando solo sigan la consigna, luego de tres minutos de cambia de saludo.
- Luego indicará hacer la risa del vaivén: consiste en darse la mano entre dos personas de modo que queden cruzadas: la derecha con la mano izquierda y la izquierda con la derecha, mirándose a los ojos, mover las manos de un lado a otro y sonreír, pasado los tres minutos se cambia la consigna.

c) Luego se iniciará a tocar el tema mediante una lluvia de ideas y se le hace entrega al participante un papel en donde escribirá un riesgo que ellos conozcan. Con ello se hará un listado de los riesgos propuestos por todos y al final se hará el análisis.

2. Fase de desarrollo

a. Psicoeducación a través de la presentación de diapositivas y a los pacientes se le hará entrega de la ficha de la lectura del tema.

3. Fase de cierre

a. Lluvia de ideas y reflexión de lo aprendido en la sesión
b. Se le pide para la próxima sesión llevar imágenes de revistas, periódicos, etc.
c. Actividad grupal: Después de haber escuchado la psicoeducación del tema, se les indica que deberán comparar lo que inicialmente escribieron sobre las conductas de riesgo de la enfermedad y comprobar si hubo coincidencias.

Ficha N° 02: Lectura

La Reinfección

El VIH se puede transmitir a una persona que no lo tenga, pero también se puede volver a transmitir a personas que ya lo tienen (esto se llama reinfección).

Por este motivo, las personas seropositivas al VIH también deberían seguir tomando las mismas medidas preventivas, dado que una reinfección supondría la introducción de mayor número de VIH en el organismo y la posibilidad de introducir VIH resistente a los actuales fármacos disponibles

LAS CONDUCTAS DE RIESGO DEL VIH

- Consumo de alcohol y drogas
- Tener múltiples encuentros sexuales sin protección (sexo oral, anal, vaginal)
- Utilizar agujas jeringas, prestobarbas usadas por otros.
- No tomar el medicamento al pie de la letra

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR LA REINFECCIÓN

1. Cualquier objeto punzante que se tenga que compartir (maquinillas de afeitar, cepillos de dientes, jeringas, agujas para tatuajes/pendientes/piercings) o cualquier mancha de alguno de los LÍQUIDOS TRANSMISORES fuera del cuerpo, se puede desinfectar eliminando totalmente el VIH con lejía, alcohol de 96 grados o más de 60 grados de temperatura (con agua hirviendo, por ejemplo).
2. En las relaciones sexuales, uso del preservativo desde el inicio de cualquiera de las siguientes prácticas sexuales: penetración vaginal (pene-vagina), penetración anal (pene-ano) y felación (boca-pene).
3. Tome sus medicamentos contra el VIH todos los días. El tratamiento con esos medicamentos (llamado tratamiento antirretroviral o TAR) ayuda a las personas seropositivas a tener una vida más larga y sana.

MODULO 02: AFRONTAMIENTO

Objetivo: Fomentar en los pacientes la capacidad de gestión de pensamientos, emociones y acciones frente a la situación-problema mediante técnicas cognitivas conductuales

SESION 03: IDENTIFICANDO MIS PENSAMIENTOS

Objetivo de la sesión: Apoyar a los pacientes en la identificación de los pensamientos negativos que influyen en su enfermedad y contrarrestarlos.

Duración: 90 minutos

1. Fase de inicio

a) Bienvenida a los participantes y presentación del objetivo de la sesión, el contenido y duración de la misma.
b) Desarrollo de la dinámica de motivación: Estira y encoge
   Procedimiento: Los participantes en círculo deben estar muy atentos. Quien dirige el juego da las siguientes ordenes: "estiren" y los participantes deben encoger los brazos y al decir "encojan" los participantes deben estirar los brazos. Al principio debe hacerse despacio, luego más rápido.
c) Se realizará la autoevaluación del Inventario de Pensamientos automáticos y los resultados se analizarán en el intermedio de la sesión.

2. Fase de desarrollo

d) El facilitador hará esta pregunta. ¿Qué son los pensamientos? de forma abierta generando una breve discusión al respecto.
e) Posteriormente se dará la Psicoeducación a través de la presentación de diapositivas y a los pacientes se le hará entrega de la ficha de la lectura del tema.
f) Al término de la psicoeducación, se procede a la revisión de la autoevaluación de los resultados del Cuestionario de Pensamientos automáticos obtenidos de cada participante, luego compartirán sus resultados con el grupo. Se responderá a la siguiente pregunta: ¿Qué errores hace?
g) Se les explica la técnica de Bloqueo de pensamiento: Pensamientos negativos cambiarlo por positivos y posteriormente se les hará entrega de una ficha de trabajo en donde deberán escribir que pensamientos automáticos sobre su enfermedad que le

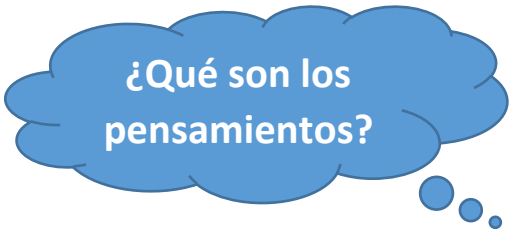
provocan sensaciones desagradables, cuestionarlos y cambiarlos por pensamientos agradables. Al término se reflexionará acerca de ello.

3. Fase de cierre

h) Finalmente, se le dejará para tarea en casa un listado de pensamientos en cual deberá registrar por día los pensamientos negativos y positivos que tuvo, luego se suma el número total de pensamientos positivos y el número total de pensamientos negativos. Y observa la relación que existe entre el número de cada tipo de pensamientos y su estado de ánimo.

i) Y detectar al menos tres pensamientos automáticos y cuestionarlos. El ejercicio debe hacerse por escrito.

Ficha de Lectura:



Pensamientos son ideas (frases u oraciones) que nos decimos a nosotros/as mismos/as. Nosotros/as estamos todo el tiempo hablándonos mentalmente, pero no todo el tiempo nos damos cuenta de ello. Es útil pensar acerca de los pensamientos como "objetos" (ideas) que tienen un efecto real sobre nuestras mentes y cuerpos.

✓ **Aprendiendo a identificar tipos de pensamiento**

1. Pensamientos constructivos versus destructivos:

- Pensamientos constructivos te ayudan a sentirte mejor. Por ejemplo: "Yo puedo aprender a controlar mi vida para hacer lo que realmente quiero"; es un pensamiento constructivo.
- Pensamientos destructivos te hacen sentir mal. Por ejemplo: "No sirvo para nada". o "he cometido tantos errores que no puedo salir de mis problemas".

2. Pensamientos necesarios versus innecesarios:

- Pensamientos necesarios te recuerdan cosas que tenemos que hacer, tales como: "Debo ponerle la alarma al reloj" o "debo tomar mi medicamento"
- Pensamientos innecesarios no cambian nada, pero pueden hacernos sentir mal. Por ejemplo, podríamos pensar: "Pronto la enfermedad me va a ganar" o "pronto moriré.

3. Pensamientos positivos versus negativos:

- Pensamientos positivos te hacen sentir mejor, por ejemplo: "Las cosas ahora parecen estar mal, pero al menos aquí estoy haciendo algo para cambiarlas"; es un pensamiento útil
- Pensamientos negativos te hacen sentir mal, por ejemplo: "No hay remedio para mi enfermedad"

DISTORSIONES DEL PENSAMIENTO

FILTRAJE. Se toman los detalles negativos y se magnifican, mientras que no se filtran todos los aspectos positivos de la situación Palabras clave: terrible, tremendo, horroroso, etc	**CULPABILIDAD:** La persona mantiene que los demás son los responsables de su sufrimiento, o toma el punto de vista opuesto y se culpa a sí mismo de todos los problemas ajenos.
PENSAMIENTO POLARIZADO. Las cosas no son blancas o negras, buenas o malas. La persona ha de ser perfecta o es una fracasada. No existe término medio.	**DEBERÍA**. La persona posee una lista de normas rígidas sobre cómo deberían actuar tanto ella como los demás.
SOBREGENERALIZACIÓN: Si ocurre algo malo en una ocasión esperará que ocurra una y otra vez. Palabras clave: todo, nunca, nadie, siempre, todos y ninguno	**RAZONAMIENTO EMOCIONAL:** Cree que lo que siente tendría que ser verdadero, automáticamente. Si siente como estúpida y aburrida una cosa, debe ser estúpida y aburrida
INTERPRETACIÓN DEL PENSAMIENTO: Sin mediar palabra, la persona sabe qué sienten los demás.	**LA FALACIA DE CAMBIO**: Necesita cambiar a la gente porque sus esperanzas de felicidad parecen depender enteramente de ello.
VISIÓN CATASTRÓFICA: Se espera el desastre. La persona se entera o escucha un problema y empieza a decirse: "Y si": "¿Y si estallara la tragedia?" ¿Y si me sucede a mí?	**LAS ETIQUETAS GLOBALES:** Se generalizan una o dos cualidades de un juicio negativo global.
PERSONALIZACIÓN: La persona que los sufre cree que todo lo que la gente hace o dice es alguna forma de reacción hacia ella. También se compara con los demás, intentando determinar quién es más elegante, tiene mejor aspecto….	**TENER RAZÓN**: Es imposible equivocarse y se hará cualquier cosa para demostrar que se tiene razón.
FALACIAS DE CONTROL: Si se siente externamente controlado (impotente), se ve así mismo desamparado, como una víctima del destino. La falacia de control interno convierte a la persona en responsable del sufrimiento o de la felicidad de aquellos que le rodean (omnipotente).	**LA FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA.** Espera cobrar algún día todo el sacrificio y abnegación, como si hubiera alguien que llevara las cuentas. Se resiente cuando se comprueba que la recompensa no llega.
FALACIA DE LA JUSTICIA: La persona está resentida porque piensa que conoce qué es la justicia, pero los demás no están de acuerdo con ella.	

FICHA DE TRABAJO INDIVIDUAL: REGISTRO MIS PENSAMIENTOS

Pensamientos automáticos que me provocan sensaciones desagradables	**Preguntas (Cuestiona la veracidad de estos pensamientos)**	**Pensamientos agradables**
Ejemplo: Nadie me aprecia	**¿Verdaderamente, no hay nadie que me aprecie?**	**Puedo nombrar a varias personas que me aprecien:**

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)

A continuación, encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

Nunca pienso en eso	Algunas veces lo pienso	Bastante veces lo pienso	Con mucha frecuencia lo pienso
0	1	2	3

1	No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	0	1	2	3
2	Solamente me pasan cosas malas				
3	Todo lo que hago me sale mal.				
4	Sé que piensan mal de mi				
5	¿Y si tengo alguna enfermedad grave?				
6	Soy inferior a la gente en casi todo				
7	Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor				
8	!No hay derecho a que me traten así				
9	Si me siento triste es porque soy un enfermo mental.				
10	Mis problemas dependen de los que me rodean				
11	Soy un desastre como persona				
12	Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa				
13	Debería de estar bien y no tener estos problemas				
14	Sé que tengo la razón y no me entienden				
15	Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa				
16	Es horrible que me pase esto				
17	Mi vida es un continuo fracaso				
18	Siempre tendré este problema				
19	Sé que me están mintiendo y engañando				
20	¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?				
21	Soy superior a la gente en casi todo				
22	Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean				
23	Si me quisieran de verdad no me tratarían así.				
24	Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo				
25	Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas				
26	Alguien que conozco es un imbécil				
27	Otros tienen la culpa de lo que me pasa				
28	No debería de cometer estos errores				
29	No quiere reconocer que estoy en lo cierto				
30	Ya vendrán mejores tiempos				
31	Es insoportable, no puedo aguantar más				
32	Soy incompetente e inútil				
33	Nunca podré salir de esta situación				
34	Quieren hacerme daño				
35	¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?				
36	La gente hace las cosas mejor que yo				
37	Soy una víctima de mis circunstancias				
38	No me tratan como deberían hacerlo y me merezco				
39	Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo				

40	Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas				
41	Soy un neurótico				
42	Lo que me pasa es un castigo que merezco				
43	Debería recibir más atención y cariño de otros				
44	Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana				
45	Tarde o temprano me irán las cosas mejor				

VALORACIÓN DE LAS RESPUESTAS

Claves de corrección: Suma los puntajes obtenidos en cada una de las siguientes preguntas, de acuerdo al siguiente orden:

TIPO DE DISTORSION	PREGUNTAS	PUNTUACION TOTAL
FILTRAJE	1-16-31	( )
PENSAMIENTO POLARIZADO	2-17-32	( )
SOBREGENERALIZACION	3-18-33	( )
INTERPRETACION DEL PENSAMIENTO	4-19-34	( )
VISION CATASTROFICA	5-20-35	( )
PERSONALIZACION	6-21-36	( )
FALACIA DE CONTROL	7-22-37	( )
FALACIA DE JUSTICIA	8-23-38	( )
RAZONAMIENTO EMOCIONAL	9-24-39	( )
FALACIA DE CAMBIO	10-25-40	( )
ETIQUETAS GLOBALES	11-26-41	( )
CULPABILIDAD	12-27-42	( )
LOS DEBERIA	13-28-43	( )
FALACIA DE RAZON	14-29-44	( )
FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA	15-30-45	( )

Usted puede administrarse la escala a sí mismo y así detectar sus principales tipos de pensamientos automáticos. Una puntuación de 2 o más para cada pensamiento automático suele indicar que le está afectando actualmente de manera importante ese tema. Una puntuación de 6 o más en el total de cada distorsión puede ser indicativa de que usted tiene cierta tendencia a "padecer" por determinada forma de interpretar los hechos de su vida.

FICHA DE TRABAJO 02: TAREA PARA CASA

REGISTRO MIS PENSAMIENTOS

Instrucción: Haz una marca de cotejo (x) a los pensamientos negativos y positivos que tuviste en la semana. Puedes agregar otros pensamientos.

PENSAMIENTOS NEGATIVOS	Lunes	Martes	Miérc.	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1. Estoy triste							
2. Tengo miedo							
3. qué caso tiene seguir con esto							
4. La vida no tiene sentido							
5. Eché mi vida a perder							
6. Terminaré viviendo solo(a)							
7. No puedo mas							
8. Soy un desastre							

9. No puedo expresar mis sentimientos							
10. Estoy feo(a)							
11. La gente ya no considera mi amistad							
12. No soy capaz de salir adelante							
13. No podré resolver mi problema							
14. Mis esperanzas se han derrumbado							
15. Prefiero estar muerto							
16. Estoy enfermo, no valgo nada							
17. Todo se me desbarata							
18. Puedo contagiar a los demás							
19. Soy menos que otras personas							
20. Todo fue mi culpa							
21. Seré rechazado por la gente							
22. ¿Por qué me pasan estas cosas a mí?							
23.No podré con el tratamiento							
24. La gente habla de mí							
25. Mi enfermedad se pondrá peor							
26. La vida es injusta							
27. No quiero imaginarme como estaré en 10 años.							
28.Me falle a mí mismo							
29.							
30.							
N° TOTAL DE PENS. NEGATIVOS							

PENSAMIENTOS POSITIVOS	**Lunes**	**Martes**	**Miérc.**	**Jueves**	**Viernes**	**Sábado**	**Domingo**
1. Hoy amanecí mejor							
2.Aprenderé a ser feliz conforme pasen los días							
3. Sé que las cosas se pondrán mejor							
4.Tomé la mejor solución							
5. Mi tratamiento está haciendo efectos positivos							
6. Soy una persona valiosa							
7. Tengo mucha esperanza en el futuro							
8. Tengo buen autocontrol							
9. Tengo el derecho y puedo ser feliz							

10. Realmente estoy afrontando muy bien mi situación.							
11. Las personas se llevan muy bien conmigo							
12. Tengo tiempo suficiente para hacer las cosas que quiero							
13. Soy una buena persona							
14. Encuentro fortaleza para solucionar mis problemas							
15. Tengo mucha suerte							
16. Puedo hacer bien las cosas							
17. Tengo mucha suerte							
18. Soy responsable							
19. Soy importante para mi familia							
20. Me acepto y tengo ganas de salir adelante							
21. Mis amigos valoran mi amistad							
22. Soy capaz de lograrlo							
23. Todo estará mejor							
24.							
25.							
26.							
29.							
N° TOTAL DE PENS. POSITIVOS							

SESIÓN 04: PENSAR BIEN, SENTIRSE BIEN

Objetivo de la sesión: Que los pacientes conozcan los efectos que los pensamientos positivos y negativos ejercen sobre las emociones y la conducta y desarrollen intentos cognitivos para prepararse mentalmente y sobrellevar su enfermedad.

Duración: 90 minutos

1. Fase de inicio

a) Bienvenida a los participantes y presentación del objetivo de la sesión, el contenido y duración de la misma.
b) Revisión y análisis de tareas asignadas en la sesión anterior.

c) Desarrollo de la dinámica de motivación: "Haciendo gestos"
Finalidad: Identificar las emociones de los demás mediante la comunicación no verbal.
Duración: 25 minutos.
Materiales: Papelitos con la emoción, un cofre y melodía instrumental.
Procedimiento: Se le dará a elegir un papelito para escenificar la emoción brindada y adivinar de qué emoción se trata, pero no podrá emitir palabra alguna. La actividad termina cuando se imiten todas caritas que figuran en la cartilla. Se hará uso de las siguientes emociones positivas: alegría, asombro, seguridad, sorpresa, esperanza, bondad, felicidad, interés, ternura, amor, solidaridad, compasión, cariño, deseo, tranquilidad, optimismo, curiosidad, placer, paciencia, calma.

2. Fase de desarrollo

d) Se comienza la actividad con una lluvia de ideas sobre lo que los participantes entienden por emoción y se va apuntando las definiciones dadas por los participantes.
e) Se les brinda la Psicoeducación a través de la presentación de diapositivas y a los pacientes se le hará entregará un díptico educativo.
f) Se trabajará la actividad grupal "Reconociendo las emociones", que consistirá en reforzar el reconocimiento de emociones positivas. Posteriormente se les indicará que deberán marcar en la hoja de trabajo la emoción que corresponde a cada fotografía.
g) Se continúa con la psicoeducación con la premisa, ¿Cómo influyen mis pensamientos en mis emociones y éstas como afectan considerablemente mi enfermedad?: La culpa y el perdón.

h) Se les explica y entrena en la técnica de reestructuración negativa: ABC, y luego se les pide que planteen ejemplos sobre algún pensamiento negativo o alguna situación conflictiva que de preferencia estén relacionada a su enfermedad.
i) Enseguida se hará un análisis de estas ideas o pensamientos por medio de la técnica del ABC, pensando en: la situación real, los sentimientos y las emociones involucradas, para después transformar esta idea en una más factible o funcional.

3. Fase de cierre

j) Se hará una reflexión sobre el tema abordado en la sesión, se discutirán puntos clave.
k) Se dejará una tarea para la siguiente sesión, completar un Autorregistro de Pensamientos, donde deberán escribir por 7 días los pensamientos que detectan frente a determinada situación (irracional) y trataran de hacer verlos desde otra forma utilizando la técnica reestructuración cognitiva.

¿QUÉ SON LAS EMOCIONES

Una emoción es el estado afectivo que experimentamos en una situación concreta, una respuesta del ser humano que consta de tres componentes:

Fisiológico o físico (como es la frecuencia con la que late el corazón o la forma que tenemos de respirar o el nivel de sudoración que experimentamos),

Conductual (como llorar, reír, correr, gritar, agredir)

Cognitivo (que serían las justificaciones que hacemos de nuestro comportamiento cuando experimentamos distintas emociones que influyen en nuestro estado de ánimo (como son la alegría, la tristeza,)

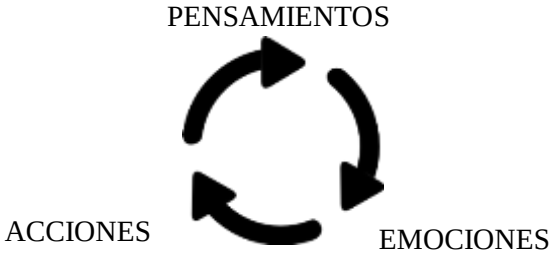
¿CUÁLES SON LAS EMOCIONES BÁSICAS?

Existen 6 categorías básicas de emociones:

MIEDO: Anticipación de una amenaza o peligro (real o imaginario). Produce incertidumbre	El miedo es necesario ya que nos sirve para apartarnos de un peligro y actuar con precaución.
SORPRESA: Sobresalto, asombro, desconcierto.	Nos ayuda a orientarnos y saber qué hacer ante una nueva situación
AVERSIÓN: Disgusto o asco hacia aquello que tenemos delante	Nos produce rechazo y solemos alejarnos.
IRA: Rabia, enojo, que aparece cuando las cosas no salen como queremos o nos sentimos amenazados por algo o alguien.	Es adaptativo cuando impulsa a hacer algo para resolver un problema o cambiar una situación difícil. Puede conllevar riesgos de inadaptación cuando se expresa de manera inadecuada.
ALEGRÍA Sensación de bienestar y de seguridad que sentimos cuando conseguimos algún deseo o vemos cumplida alguna ilusión.	Nos induce hacia la reproducción (deseamos reproducir aquel suceso que nos hace sentir bien).
TRISTEZA Pena, soledad, pesimismo ante la pérdida de algo importante o cuando nos han decepcionado.	La función de la tristeza es la de pedir ayuda. Nos motiva hacia una nueva reintegración personal.

LO QUE PENSAMOS, LO QUE SENTIMOS Y LO QUE HACEMOS…

¿Cómo influyen mis pensamientos y emociones en mi enfermedad?



La forma en como pensamos afecta en nuestro estado de ánimo (emociones) y esto limitan o restringen nuestra conducta. Por ejemplo:

¿QUÉ PIENSA?
"¿Llevo todas mis indicaciones?"
"El doctor me dará otra mala noticia
"La gente me verá en TARGA y me mirarán mal"
"No me siento bien"

Tomás, va camino al hospital

¿QUÉ HACE?
Llorar, quedarse inmóvil
No entrar al hospital
Se regresa corriendo a su casa

¿CÓMO SE SIENTE?
Asustado, preocupado, temblando, culpable, sudoroso, el corazón le late rápido

PRESENTACIÓN DE LA TÉCNICA ABC

A	B	C
(Acontecimiento externo: La situación	(Pensamiento, emociones creencias: ¿Cómo lo interpreto, Cómo me siento)	Consecuencias o resultados conductuales y emocionales

Ejemplo:

A: Situación	B: Pensamiento/ Emoción (Negativa)	C: Consecuencia
"Y si le cuento mi diagnóstico a Paco"	Ahora me despreciará Le contará a los demás Los demás se alejarán Siento vergüenza, cólera	Me alejaré de Paco, ya no lo voy a saludar. Me sentiré inseguro, triste y con rabia

Como podríamos cambiar esa forma de pensar negativa mediante la técnica REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA. Ahora veamos:

La reestructuración cognitiva es una técnica que se centra en nuestros pensamientos. Mediante la misma, se enseña a las personas a cambiar aquellos pensamientos desadaptativos por otros que nos ayuden a no sufrir tanto.

A: Situación	B: Pensamiento/ Emoción (Positiva)	C: Consecuencia
"Y si le cuento mi diagnóstico a Paco"	Seguramente me guardará el secreto Es un buen amigo. Hay muchos que me apoyarán Siento tranquilidad, confianza, aprecio	Invitaré a Paco a cenar para contarle. Me sentiré con calma y apoyado en todo momento.

ACTIVDAD INDIVIDUAL APLICANDO EL MODELO ABC

Instrucciones: observa el ejemplo y luego describe los componentes del modelo ABC con una situación que hayas vivido y finalmente cámbialo por pensamientos, emociones y consecuencias positivas.

A (Acontecimiento externo)	Mirada rara de un desconocido al sacar una cita en el hospital.
B Pensamientos, emociones (-)	Pensamiento: "Se está burlando de mí", "me está despreciando" Tensión, y agitación corporal interior Emoción: Enfado, miedo, intranquilidad
C Consecuencias (-)	Lo encaro y me retiro avergonzado y pierdo mi turno para cita en el hospital

A (Acontecimiento externo)	
B Pensamientos, emociones (+)	
C Consecuencias (+)	

FICHA DE TRABAJO GRUPAL: RECONOCIENDO EMOCIONES

Instrucciones: Observen bien las fotografías y decidan qué emoción creen que representa.

Foto 1 	a) Felicidad b) Tristeza c) Enfado
Foto 2 	a) Enfado b) Inseguridad c) Miedo
Foto 3 	a) Confusión b) Temor c) Desánimo
Foto 4 	a) Alegría b) Tristeza c) Terror

Foto 5 	a) Ira b) Desorientación c) Tensión
Foto 6 	a) Depresión b) sorpresa /excitación c) Aturdimiento
Foto 7 	a) Temor b) Indecisión c) Disgusto

TRABAJO PARA CASA: ENTRENÁNDOME EN EL CAMBIO DE MIS PENSAMIENTOS.

Días	SITUACIÓN:		
	Pensamientos (-)	**Emociones (-)**	**Conducta(-)**
	SITUACIÓN:		
	Pensamientos (+)	**Emociones (+)**	**Conducta (+)**
	SITUACIÓN:		
	Pensamientos (-)	**Emociones (-)**	**Conducta(-)**
	SITUACIÓN:		
	Pensamientos (+)	**Emociones (+)**	**Conducta (+)**
	SITUACIÓN:		
	Pensamientos (-)	**Emociones (-)**	**Conducta(-)**
	SITUACIÓN:		
	Pensamientos (+)	**Emociones (+)**	**Conducta (+)**

SESIÓN 05: APRENDO A RELAJARME

Objetivo de la sesión: Dar a conocer la estrategia de relajación tan necesaria para el manejo del estrés y diversas emociones que les genera su enfermedad.

Duración: 90 minutos

1. Fase de inicio

a) Bienvenida a los participantes y presentación del objetivo de la sesión, el contenido y duración de la misma.
b) Revisión y análisis de tareas asignadas en la sesión anterior.
c) Desarrollo de la dinámica de motivación: Pintado de mándalas

   Finalidad: Apoyar la coordinación, concentración, creatividad, expresión y el desarrollo mental del paciente.

   Duración: 25 minutos.

   Materiales: Mándalas de diversos diseños, colores, música de fondo.

   Procedimiento: Se le dará dos diseños de mándalas a cada participante, el cual lo tendrán que pintar a su gusto y tomándose tiempo. Finalmente se dará lectura e interpretación de lo que ha pintado.

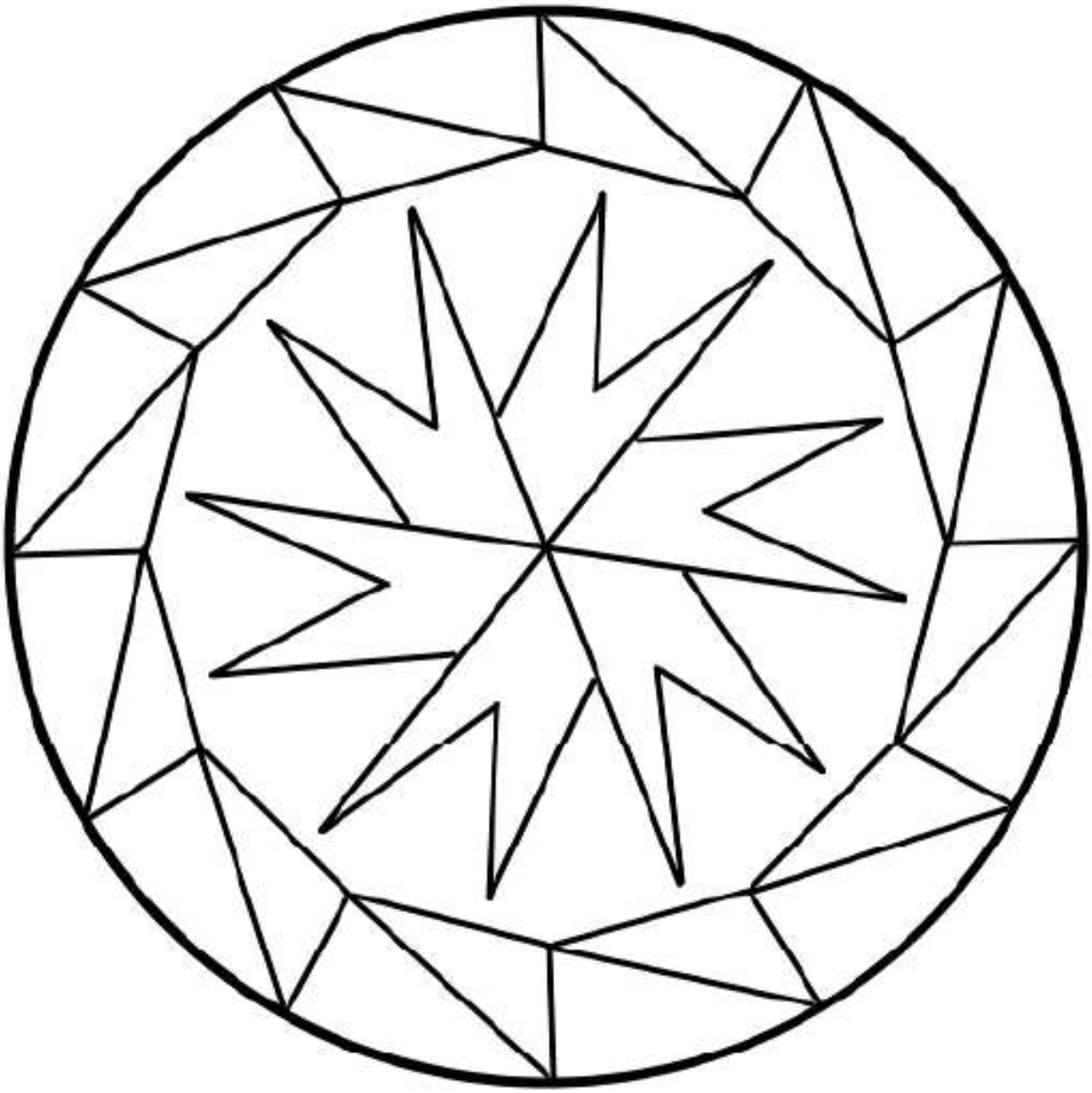
2. Fase de desarrollo

d) Se comienza la actividad indicándole al paciente que no debe distraerse en el desarrollo del ejercicio. Para ello se tendrá un ambiente tranquilo, sin demasiados ruidos y lejos de los posibles estímulos exteriores perturbantes, siendo conveniente una música de fondo suave y agradable, temperatura adecuada, luz moderada, ropa cómoda.
e) Se les brinda la Psicoeducación a través de la presentación de diapositivas.
f) Se procede a la aplicación de la técnica de relajación de Jacobson

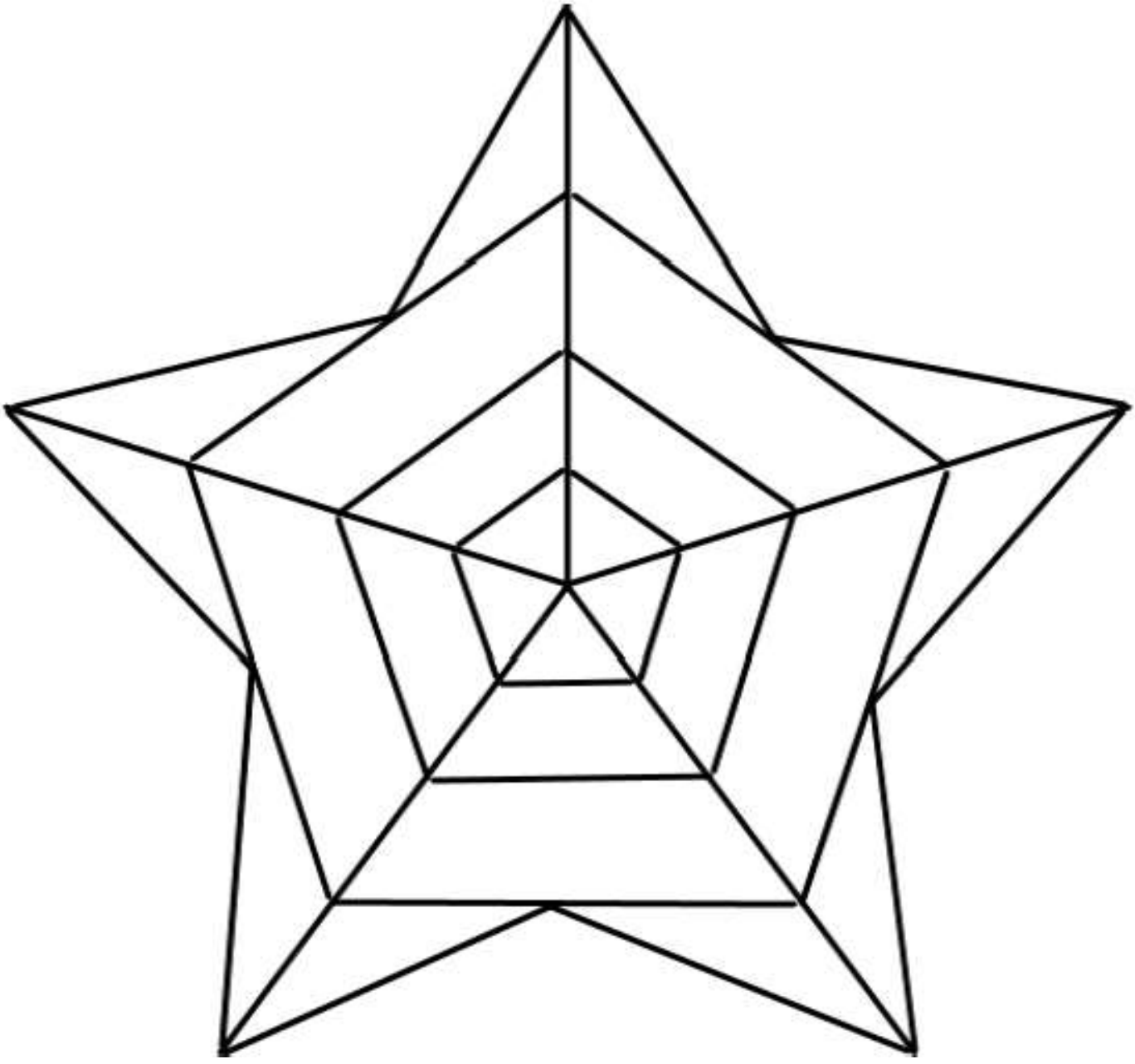
3. Fase de cierre

g) Se evalúa su reacción ante el ejercicio realizado.
h) Se le indica realizar diariamente en casa ejercicios de relajación y respiración.

MANDALAS



MANDALAS



APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE RELAJACION: "Yo me relajo"

Técnica de relación progresiva de Jacobson

- Silla confortable, sería ideal que tuviese reposabrazos (también puede hacerse acostándose en una cama)
- Ponerse tan cómodo como sea posible (no utilizar zapatos o ropa apretada) y no cruzar las piernas.
- Música para el ejercicio: https://www.youtube.com/watch?v=yMmUjpfrnZ0
- Hacer una respiración profunda completa; hacerlo lentamente. Otra vez. Después alternativamente tensamos y relajamos grupos específicos de músculos.
- Después de tensionar un músculo, este se encontrará más relajado que antes de aplicar la tensión.
- Hacer la secuencia entera una vez al día hasta sentir que se es capaz de controlar las tensiones de los músculos.

INDICACIONES

Posición inicial: Cierra los ojos, siéntate en el sillón o acuéstate en la cama lo más cómodamente para que tu cuerpo pueda relajarse al máximo posible.

1º FASE: Tensión-relajación.

- Relajación de cara, cuello y hombros con el siguiente orden (repetir cada ejercicio tres veces con intervalos de descanso de unos segundos):
  - Frente: Arruga unos segundos y relaja lentamente.
  - Ojos: Abrir ampliamente y cerrar lentamente.
  - Nariz: Arrugar unos segundos y relaja lentamente.
  - Boca: Sonreír ampliamente, relaja lentamente.
  - Lengua: Presionar la lengua contra el paladar, relaja lentamente.
  - Mandíbula: Presionar los dientes notando la tensión en los músculos laterales de la cara y en las sienes, relaja lentamente.
  - Labios: Arrugar como para dar un beso y relaja lentamente.
  - Cuello y nuca: Flexiona hacia atrás, vuelve a la posición inicial. Flexiona hacia adelante, vuelve a la posición inicial lentamente.
  - Hombros y cuello: Elevar los hombros presionando contra el cuello, vuelve a la posición inicial lentamente.
- Relajación de brazos y manos: Contraer, sin mover, primero un brazo y luego el otro con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos. Relaja lentamente.
- Relajación de piernas: Estirar primero una pierna y después la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tensión en piernas: trasero, muslo, rodilla, pantorrilla y pie. Relaja lentamente.
- Relajación de tórax, abdomen y región lumbar (estos ejercicios se hacen mejor sentado sobre una silla):
  - Espalda: Brazos en cruz y llevar codos hacia atrás. Notará la tensión en la parte inferior de la espalda y los hombros.
  - Tórax: Inspirar y retener el aire durante unos segundos en los pulmones. Observar la tensión en el pecho. Espirar lentamente.
  - Estómago: Tensar estómago, relajar lentamente.

- Cintura: Tensar nalgas y muslos. El trasero se eleva de la silla.

2ª FASE: repaso

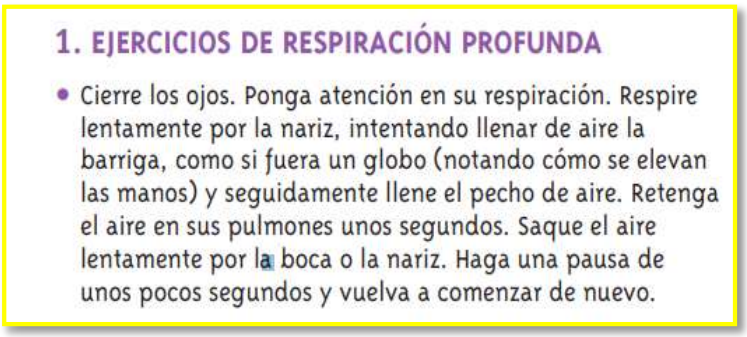
Repasa mentalmente cada una de las partes que hemos tensionado y relajado para comprobar que cada parte sigue relajada, relaja aún más cada una de ellas.

3ª FASE: relajación mental.

Finalmente piensa en algo agradable, algo que te guste, que sea relajante, una música, un paisaje, etc., o bien deja la mente en blanco.

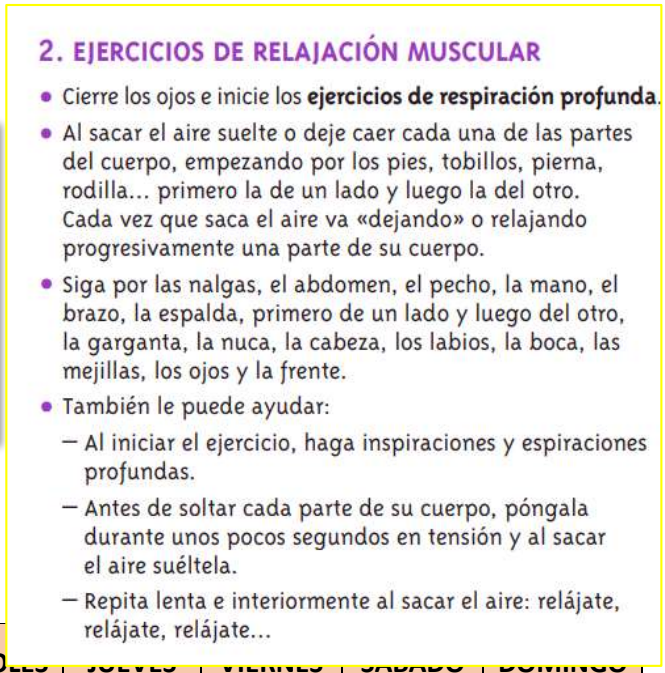
FICHA DE ACTIVIDAD PARA LA CASA

En casa realizar los siguientes ejercicios de relajación y respiración, los cual se registrarán en el recuadro los días y el tiempo que logra realizarlo:



1. EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN PROFUNDA

- Cierre los ojos. Ponga atención en su respiración. Respire lentamente por la nariz, intentando llenar de aire la barriga, como si fuera un globo (notando cómo se elevan las manos) y seguidamente llene el pecho de aire. Retenga el aire en sus pulmones unos segundos. Saque el aire lentamente por la boca o la nariz. Haga una pausa de unos pocos segundos y vuelva a comenzar de nuevo.



2. EJERCICIOS DE RELAJACIÓN MUSCULAR

- Cierre los ojos e inicie los **ejercicios de respiración profunda**.
- Al sacar el aire suelte o deje caer cada una de las partes del cuerpo, empezando por los pies, tobillos, pierna, rodilla... primero la de un lado y luego la del otro. Cada vez que saca el aire va «dejando» o relajando progresivamente una parte de su cuerpo.
- Siga por las nalgas, el abdomen, el pecho, la mano, el brazo, la espalda, primero de un lado y luego del otro, la garganta, la nuca, la cabeza, los labios, la boca, las mejillas, los ojos y la frente.
- También le puede ayudar:
  - Al iniciar el ejercicio, haga inspiraciones y espiraciones profundas.
  - Antes de soltar cada parte de su cuerpo, póngala durante unos pocos segundos en tensión y al sacar el aire suéltela.
  - Repita lenta e interiormente al sacar el aire: relájate, relájate, relájate...

Tiempo del ejercicio	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
5 minutos							
10 minutos							
15 minutos							
20 minutos							
25 minutos							
30 minutos							

MÓDULO 2: DESARROLLO PERSONAL

Objetivo: Fomentar el proceso de adaptación a su situación actual y promover el desarrollo habilidades y proyectos a futuro.

SESIÓN 06: SOY SEROPOSITIVO Y ME ACEPTO

Objetivo de la sesión: Que los pacientes conozcan el proceso de aceptación de su enfermedad y fortalezcan su autoestima ante la situación que les ha tocado vivir.

1. Fase de Inicio

a) Bienvenida a los participantes y presentación del objetivo de la sesión, el contenido y duración de la misma.

b) Desarrollo de la dinámica de motivación: "Cuidado"

Finalidad: Favorecer la confianza en el grupo.

Procedimiento: Se hace un circuito con los objetos. Tres voluntarios que entrarán de uno en uno. El voluntario recorre el circuito con los ojos abiertos. Vuelve a recorrerlo, pero esta vez, con los ojos vendados. Sin que él se entere, quitamos los objetos del suelo. Los compañeros le "dirigen" simulando que aún están los objetos.

2. Fase de desarrollo

c) Se realiza la psicoeducación a través de la presentación de diapositivas y se les hará entrega a los pacientes un díptico educativo del tema de la sesión.

d) Luego se realizará una actividad individual, para la cual se indica que elaboren una lista de aquellos aspectos positivos de sí mismos (habilidades sociales, talentos, conocimientos aprendidos en casa, trabajo, manualidades, etc) para luego crear un anuncio de periódico con la finalidad de que alguien nos compre por nuestro valor. Una vez que hayamos terminado de escribirlo se lo pasamos a una compañera(o) para que lo lea en voz alta y compartimos entre todo el grupo los anuncios, cómo nos hemos sentido a lo largo de la dinámica y reflexionamos:

-¿Ha sido fácil pensar aspectos positivos de mi persona o me costó demasiado?
- ¿Qué sensaciones he tenido mientras oía mi anuncio?
- ¿Cómo me siento cuando escucho hablar bien de mí?

3. Fase de cierre

e) Se le dejará una tarea individual para casa, la cual será la elaboración de su collage personal denominado "Mi vida en un collage" realizarlos con elementos e imágenes que son representativos de sus cualidades e intereses.

f) Finalmente se hace una reflexión final de lo trabajado en la sesión.

EL PROCES O DE ACEPTACIÓN DEL VIH

Mantener una actitud positiva es beneficioso en cualquier aspecto de [illegible] de tener que afrontar una enfermedad grave, lo es todavía más. Cualqu[illegible] diagnostica de una enfermedad ve por un instante cómo su vida se trun[illegible]

Se ha identificado las cinco etapas de ajuste a medida que aprendemos a aceptar una enfermedad crónica:

1era Etapa: La Negación:
Aquí las personas no **están** preparados para enfrentar la pérdida de la salud, de manera que niegan la enfermedad y aparecen los miedos y temores porque tienen un diagnóstico, pero muy poca información

2da etapa: La ira o el enfado:
En esta etapa reconocemos que la negación no puede continuar, porque la enfermedad es totalmente evidente, aparecen sentimientos como la ira y todos los sentimientos asociados a la misma, por nuestra mente aparecerán múltiples preguntas como: "¿Por qué a mí?", "¡No es justo!", ", enojo con Dios, la familia y amigos.

3era etapa: La Negociación:
En esta etapa intentamos llegar a acuerdos con nosotros mismos y con los demás para mejorar nuestra salud y calidad de vida. Es importante comprender que la enfermedad no es un castigo, es una de las muchas enfermedades que simplemente forman parte de la vida.

4ta etapa: La depresión:
En esta fase lloran, sienten pena por sí mismos y generalmente renuncian a hacer muchas cosas porque no encuentran alegría en nada. La pena nos puede conducir a la depresión y a la desesperación. Hay conciencia de que la forma de vida ha cambiado o está cambiando de una manera drástica e ideas de un futuro desesperanzador Es perfectamente normal sentirse deprimidos.

5ta etapa: La aceptación

Habiendo pasado por las cuatro etapas anteriores, ahora la enfermedad se acepta como parte más de nuestra vida, una realidad con la que debemos de vivir porque no existe otra vía de escape.

¿QUE ES LA AUTOESTIMA?

ES el conjunto de percepciones, valoraciones y apreciaciones que un individuo tiene respecto a sí mismo o a las actividades que realiza.

Autoestima significa ACEPTARME TAL COMO SOY.

TIPOS DE AUTOESTIMA

AUTOESTIMA ALTA	AUTOESTIMA BAJA
Se habla de una autoestima alta (o también "positiva" o "correcta") generalmente cuando la persona presenta las siguientes características de personalidad: - Se sienten bien consigo mismas. - Expresan su opinión ante los demás. - No temen hablar con otras personas. - Saben identificar y expresar sus emociones a otras personas. - Participan en las actividades que se desarrollan en su entorno, centro de estudio, de trabajo... - Les gustan los retos y no les temen. - Se valen por sí mismas ante las situaciones que se les presentan, implica dar y pedir apoyo. - Disfrutan de las cosas divertidas de la vida, tanto de la propia como de la de los demás. - Son responsables de sus actos.	Son indecisos, tienen dificultades para tomar decisiones, - No se valoran, ni sus talentos ni sus posibilidades. Tienen miedo a lo nuevo y evitan los riesgos. - Son muy ansiosos y nerviosos, lo que les lleva a evitar situaciones que les dan angustia y temor. - Son personas aisladas, tímidas y casi no tienen amigos o muy pocos. - No están satisfechas consigo mismas, piensan que no hacen nada bien. - No conocen sus emociones, por lo que no pueden expresarlas. - Manejan muchos sentimientos de culpa cuando algo sale mal. - Ante resultados negativos buscan la culpabilidad en otros.

¿COMO MEJORAR MÍ AUTOESTIMA?

1. Dejar de tener pensamientos negativos sobre sí mismo. Si estás acostumbrado a centrar la atención en tus defectos, empieza a pensar en aspectos positivos Cada día anota tres cosas sobre ti que te hagan feliz.

2. Considera los errores como oportunidades de aprendizaje. Acepta que cometerás errores porque todo el mundo los comete. Los errores forman parte del aprendizaje.

3. Identifica lo que puedes cambiar y lo que no. Si te das cuenta de que hay algo tuyo que no te hace feliz y puedes cambiarlo, empieza ahora mismo. Si se trata de algo que no puedes cambiar (como tu estatura), empieza a trabajar para quererte tal y como eres.

4. Siéntete orgulloso de tus opiniones e ideas. No tengas miedo de expresarlas.

5. Engríete: reserva un día a la semana para centrarte en ti y proporcionarte los cuidados necesarios, podemos desarrollar nuestra autoestima mediante pequeños momentos de amor propio

ACTIVIDAD INDIVIDUAL ANÚNCIATE

INSTRUCCIÓN: ESCRIBE UN LISTADO DE ASPECTOS POSITIVOS DE TI MISMO, Y LUEGO CREA UN ANUNCIO DE PERIÓDICO.

SESIÓN 07: SOY RESILIENTE

Objetivo de la sesión: Reconocer y evidenciar las características resilientes en los pacientes, a pesar de sus adversidades logrando alcanzar sus propias metas y permitiendo el crecimiento personal.

1. Fase de Inicio

a) Bienvenida a los participantes y presentación del objetivo de la sesión, el contenido y duración de la misma.

b) Desarrollo de la dinámica de motivación: "El círculo"

Finalidad: Aprender a dar y a recibir elogios y valorar las cualidades positivas de otras personas.

Procedimiento: Se explicará a los participantes que van a centrarse únicamente en las características positivas que poseen sus compañeros: cualidades (por ejemplo, simpatía, alegría, optimismo, sentido del humor, sentido común, solidaridad, etc.), rasgos físicos que les agraden (por ejemplo, un cabello bonito, mirada agradable, una sonrisa dulce, etc.). A continuación, los participantes se colocan en círculo, y cada uno escribe su nombre en la parte superior del papel y se lo da al compañero de su derecha, así, el papel va dando vueltas hasta que lo recibe el dueño con todos los elogios que han escrito de él sus compañeros.

2. Fase de desarrollo

c) Se realiza la psicoeducación a través de la presentación de diapositivas y se les hará entrega a los pacientes un material de lectura.

d) Luego se presentará el cortometraje "El circo de las mariposas" y al término formarán grupos para realizar el análisis en la ficha de trabajo.

3. Fase de cierre

e) Posteriormente se les hará entrega de un papel y lapicero en donde la consigna será escribir "Una carta al futuro" a ellos mismos.

f) Finalmente se hará la evaluación de la sesión y reflexión de las actividades individuales realizadas por los participantes.

Ficha de lectura:

¿Qué es la Resiliencia?

La resiliencia es la capacidad para afrontar la adversidad y lograr adaptarse y/o sobrellevar las tragedias, los traumas, las amenazas o el estrés severo.

Ser resiliente no significa no sentir malestar, dolor emocional o dificultad ante las adversidades. La muerte de un ser querido, una enfermedad grave, la pérdida del trabajo, problemas financiero serios, etc., son sucesos que tienen un gran impacto en las personas, y producen una sensación de inseguridad, incertidumbre y dolor emocional. Aun así, las personas con personalidades resilientes logran, por lo general, sobreponerse a esos sucesos y adaptarse a las nuevas circunstancias mucho mejor que las personas promedio.

CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS RESILIENTES

Las personas resilientes poseen tres características

- Saben aceptar la realidad tal y como es.
- Tienen una profunda creencia en el sentido de la vida.
- Tienen una inquebrantable capacidad de mejorar.

Además, tienen las siguientes habilidades:

- Son capaces de identificar de manera precisa las causas de los problemas, esto quiere decir que aprenden de la experiencia y de los errores del pasado.
- Son capaces de controlar sus emociones, sobre todo ante la adversidad, y pueden permanecer centrados en situaciones de crisis.
- Saben controlar sus impulsos y su conducta en situaciones de estrés.
- Tienen un optimismo realista. Es decir, tienen una visión positiva del futuro y piensan que pueden controlar el curso de sus vidas sin dejarse llevar por la irrealidad o las fantasías.
- Son competentes y confían en sus propias capacidades.
- Son empáticos. Es decir, tienen una buena capacidad para leer las emociones de los demás y conectarse con ellas.
- Son capaces de buscar nuevas oportunidades, retos y relaciones para lograr más éxito y satisfacción en sus vidas.

¿CÓMO HACEN ESTAS PERSONAS PARA SOBRELLEVAR EL MALESTAR?

La resiliencia no es genética, sino que se aprende a través de conductas y formas de pensar que se pueden desarrollar con algo de práctica.

Actividad Grupal - Ficha de análisis del video:

"El circo de las mariposas"

Actividad 01: Luego de haber observado el video, analicemos las habilidades/características de los personajes del el circo de las mariposas.

Will:

_____
_____

Señor Méndez:

_____
_____

Mr. Haley:

_____
_____

Jimmy:

_____
_____

George:

_____
_____

El contorsionista:

_____
_____

Ana:

_____
_____

Hijo de Ana:

_____
_____

Poppy:

_____
_____

Actividad 02: Responde a las siguientes preguntas:

¿Por qué tienen tanta importancia las mariposas en la historia?

¿Qué relación tienen las mariposas con el título?

¿Cuál es la razón del cambio de Will?

¿Qué significa la frase "Miren, puedo nadar"? ¿Qué significa para él? ¿Y para sus compañeros?

¿Qué enseñanzas podemos extraer de esta historia para nuestra vida personal?

SESIÒN 08: Fortaleciendo mi red de apoyo

Objetivo de la sesión: Mejorar sus relaciones con los demás y disminuir el aislamiento social.

1. Fase de Inicio

a) Bienvenida a los participantes y presentación del objetivo de la sesión, el contenido y duración de la misma.

b) Desarrollo de la dinámica de motivación: "La lana"

Finalidad: Tomar conciencia de la importancia de mantener redes de apoyo social cercanas.

Procedimiento: El facilitador proporcionará un rollo de hilo de lana. El grupo se formará en círculo. La persona que tenga el rollo de lana lo arrojará a alguno de sus compañeros/as, sin soltar el extremo del hilo. A su vez, la persona a la que se arrojará el rollo de hilo lo arrojará nuevamente a otra persona, manteniendo el hilo agarrado. De esta manera se irá formando en entramado de hilos parecido a una red.

Material: Ovillo de lana

2. Fase de desarrollo

c) Se le pedirá al paciente que represente su red de apoyo social utilizando un diagrama. La consigna será que deberán escribir en cada figura geométrica el nombre de una persona que forme parte de su red de apoyo. Luego se dará instrucciones para que con las redes de cada miembro del grupo se represente "la red de apoyo grupal" Esto se logrará incorporando todas las redes individuales en una colectiva.

d) Posteriormente se realizará las siguientes preguntas de forma abierta: ¿Cuál es tu red de apoyo social? ¿Quiénes son tus amigos/as? ¿Cómo hacer amistades? Con la finalidad de tener aportes del grupo, para dar paso a la psicoeducación a través de la presentación de diapositivas y se les hará entrega a los pacientes un material de lectura.

3. Fase de cierre

a) Posteriormente se les pedirá formar grupos en donde la consigna será escribir en un papelote los sitios y actividades en donde uno puede conocer a otras personas.

b) Finalmente se hará la evaluación de la sesión y se le dejará tarea para casa. Deberán completar el Registro Semanal de Actividades donde anotarán los contactos que tuviste con otros/as y que actividades realizaron.

Ficha de lectura

LA IMPORTANCIA DEL APOYO SOCIAL

El apoyo que recibimos al estar en contacto con otras personas es muy importante para nuestra salud. Los contactos que tenemos con nuestra familia y, amigos/as crean una especie de red social protectora o "red de apoyo social". En general, entre más fuerte sea el apoyo social que recibimos, más capaces seremos para enfrentar situaciones difíciles. El sistema o "red de apoyo social" se refiere a la gente que está cercana a nosotros/as y con la cual compartes información importante o momentos importantes de tu vida. Esta gente pueden ser familiares, amigos/as, vecinos/as, compañeros/as de estudio y conocidos/as.

.

CONOCER A OTRAS PERSONAS

La forma más fácil de conocer a otros/as es hacer algo que a ti te guste hacer, pero en compañía de otra personas.
Conocer y tener redes de apoyo favorece a afrontar de forma positiva la enfermedad, pues tenemos respaldo y afecto.

.

MANTENIENDO SANA TU RED DE APOYO SOCIAL

El contacto con otros/as es muy importante: Ya sea por teléfono o en persona, pero para mantener relaciones satisfactorias se deben evitar pensamientos que pueden bloquear esto, tales como:
"Me van a rechazar".
"Me aceptarán sólo porque son amables".
"No querrán salir conmigo después de conocerme".

LAS RELACIONES TE PUEDEN AYUDAR A MEJORAR TU CALIDAD DE VIDA

Tu ambiente social te puede ayudar a ser lo que otros/as consideran una "buena persona"

La gente te puede ayudar a sentirte como una persona buena, valiosa y de buena estima.

Escoge ambientes en los que puedas conocer gente que te ayudarán y que no te perjudicarán.

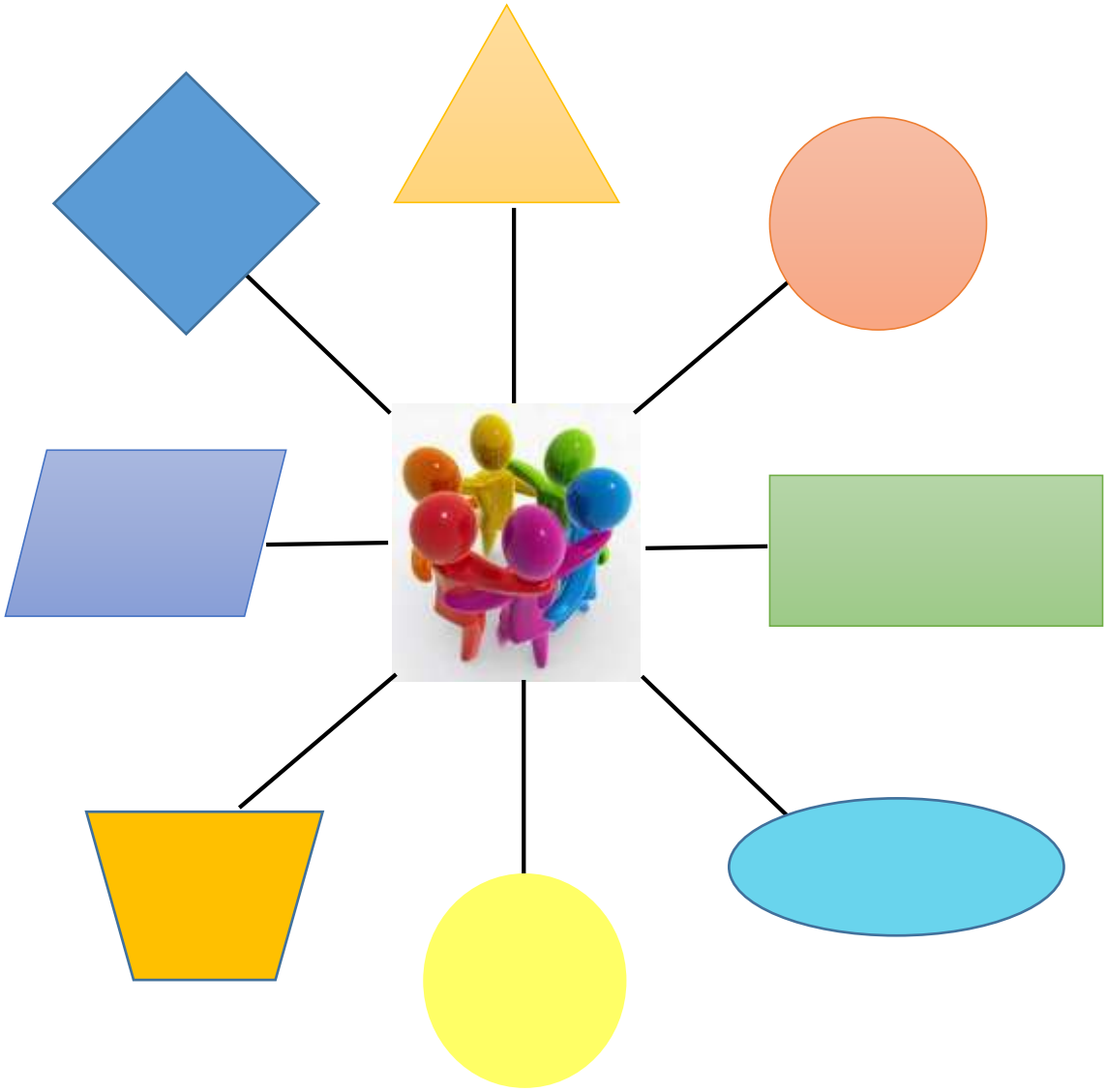
EL TENER RELACIONES SOCIALES SALUDABLES, INFLUYEN EN TU ESTADO DE ÀNIMO Y ESTO AYUDA A ELEVAR TUS NIVELES DE CD4… RECUÈRDALO!

REGISTRO SEMANAL DE ACTIVIDADES

Instrucción: Registra las actividades que realizaste en la semana en compañía de tu red de apoyo social cercana (amigos, familiares, conocidos, etc), indicando el día y la hora.

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO

MI RED DE APOYO SOCIAL



SESION 09: MI COMUNICACIÓN ASERTIVA

Objetivo de la sesión: Lograr que los pacientes utilicen mensajes con claridad y precisión que les permitan un mejor entendimiento con las personas utilizando una comunicación asertiva que les permita expresar sus derechos.

1. Fase de Inicio

e) Bienvenida a los participantes y presentación del objetivo de la sesión, el contenido y duración de la misma.

f) Revisión de las tareas asignadas en la sesión anterior.

g) Desarrollo de la dinámica de motivación: El teléfono malogrado

Finalidad: Comprender cómo los mensajes se pueden distorsionar a partir de la interpretación que cada uno le da.

Procedimiento: Quien coordina prepara un mensaje escrito, se pide la participación de 10 voluntarios, los cuales deberán el mensaje al resto de participantes uno por uno y al término el último participante expresará que se da al mensaje; van anotando lo que va variando de la versión inicial.

Material: Mensaje por escrito.

2. Fase de desarrollo

h) Se iniciará con una lluvia de ideas respondiendo a la pregunta ¿Qué es la comunicación asertiva? ¿Cuáles son las diferencias entre ser pasivo/a, asertivo/a y agresivo/a? para dar inicio a la discusión del tema.

i) Se realiza la psicoeducación a través de la presentación de diapositivas y se les hará entrega a los pacientes un material de lectura.

j) Ejercicio de visualización: Practicando en tu mente: El facilitador indicará a los participantes del grupo que piensen en una situación en la que se les hace difícil ser asertivos/as. Se pondrá música de fondo y se darán las siguientes instrucciones:

- Imagina la situación como si fuera una fotografía
- Imagina empezando la acción como si fuera una película
- Imagina diciendo algo en forma asertiva
- Imagina la respuesta que recibes (Este ejercicio es útil de ensayar la asertividad, antes de ponerla en práctica)

k) Posteriormente trabajaran de manera grupal y se les hará entrega de una hoja donde se le presentan situaciones en donde deberán responder usando los diferentes estilos de comunicación.

3. Fase de cierre

l) Se le indica que se deberá practicar situaciones donde necesite decirle algo a otra persona, pero que le cueste mucho trabajo (ejemplo: Contarle a su familiar/amigo sobre su diagnóstico, reclamar un derecho, etc.) Para ello trabajarán en parejas y al final de representarán en un pequeño drama.

m) Posteriormente se le proporcionará a las/os participantes una hoja de papel bond en la cual deberán escribir lo siguiente, finalmente se socializará ante el grupo:

YO TENGO DERECHO A:

- En mi casa a:
- En mi trabajo a:
- En mi grupo de amistades a:

LOS OTROS TIENEN DERECHO A RECIBIR DE MÍ:

- En mi casa a:
- En mi trabajo a:
- En mi grupo de amistades a:

n) Finalmente se hará la evaluación de la sesión y se reflexionarán lo desarrollado en la sesión.

Ficha de Lectura:

.

¿QUÉ ES LA ASERTIVIDAD?

La asertividad es un concepto referido a la comunicación con los demás: ser asertivo es comunicarse de forma efectiva, decir lo que queremos transmitir de forma firme a la vez que respetuosa y empática con los demás y con uno mismo.

Comunicar lo que deseamos, sentimos, opinamos, respetando al interlocutor. También se refiere a la forma de reaccionar ante los conflictos o discusiones y el saber manejarse de forma efectiva en la comunicación con los demás

ESTILOS DE COMUNICACIÓN

ESTILO PASIVO: Está relacionado con una actitud sumisa, tímida, empático con los demás pero con temor al conflicto o a la crítica por parte de otros: lo que lleva a la evitación y el no defender los propios derechos frente a los demás. Genera en la persona: ansiedad y frustración, sensación de que no es valorado y nadie le comprende.

ESTILO AGRESIVO: Por el contrario está relacionado con una actitud egoísta en exceso, poco empática con los demás, a veces sólo tiene en cuenta sus intereses o carece de habilidades para afrontar los conflictos. Es decir, de forma opuesta al pasivo nos ponemos a nosotros mismos primero. Demuestran un pensamiento rígido en algunos casos y también suelen provocar a los demás.

ESTILO ASERTIVO: Aquí las personas defienden sus propios derechos respetando a los demás, son empáticos y también defienden sus intereses. La finalidad del diálogo es llegar a un acuerdo, no les interesa "ganar" y afrontan los conflictos buscando una solución.

CARACTERISTICAS DE UNA PERSONA RESILIENTE

- Tienen confianza en sí mismos
- Respetan la opinión de los demás
- Validan las emociones de los demás
- Escuchan activamente
- Se conocen a sí mismos
- Eligen a sus amistades
- Conocen sus limitaciones pero luchan con todas sus fuerzas
- Saben regular sus emociones
- Afrontan los conflictos de manera serena

ACTIVIDAD GRUPAL: Lee las situaciones y responde usando los diferentes estilos de comunicación.

¿Has estado alguna vez en una situación parecida a estas?

1. Estás haciendo cola para subir al autobús y alguien te queda mirando raramente ¿Cómo responderías de manera pasiva, agresiva y asertiva?

   _____
   _____
   _____

2. Un amigo te pregunta si puedes ir a recogerlo al aeropuerto. A pesar de que te sientes mal, le dices que sí. ¿Cómo responderías de manera pasiva, agresiva y asertiva?

   _____
   _____
   _____

13 Llevas tiempo pensando en decirle a tu familia sobre tu enfermedad, pero dudas en hacerlo. Está claro que no es lo más adecuado tal y como están las cosas. ¿Cómo responderías de manera pasiva, agresiva y asertiva?

_____
_____
_____

SESIÓN 10: ¿Y CÓMO VA MI CALIDAD DE VIDA?

Objetivo de la sesión: Lograr que los participantes tomen conciencia de los estilos y hábitos de saludables que influyen en su calidad de vida

1. Fase de Inicio

a) Bienvenida a los participantes y presentación del objetivo de la sesión, el contenido y duración de la misma.

b) Desarrollo de la dinámica de motivación: Los globos

Finalidad: Desarrollar destreza y agilidad en los participantes.

Procedimiento: Se formarán dos equipos en fila cada jugador tiene un globo, a la señal del director los dos primeros jugadores deben inflar el globo y luego sentarse en ellos hasta reventarse, solo cuando los hallan reventado continua el siguiente y ganará la fila que primero termine.

Material: Sillas, música y globos.

2. Fase de desarrollo

c) Se iniciará con la actividad individual: "El Collage "se les indica que con el material que se les pidió en la sesión anterior revistas, periódicos armen un collage y plasmen su idea de calidad de vida para luego cada quien exponerlo.

d) Se realiza la psicoeducación a través de la presentación de diapositivas y se les hará entrega a los pacientes un material de lectura.

e) Se realizarán ejercicios de Gimnasia Cerebral.

f) Posteriormente trabajaran de manera grupal y se les hará entrega de una hoja donde se le presentan situaciones en donde deberán responder usando los diferentes estilos de comunicación.

3. Fase de cierre

g) Finalmente se hará la evaluación de la sesión y se reflexionará de manera general lo desarrollado en las sesiones a lo largo del programa. Cada participante responderá a pregunta: ¿Qué aprendizaje se llevan de lo trabajado en las sesiones? ¿Cómo lo aplicaré en mi vida?

Ficha de Lectura:

.HÁBITOS SA LUDABLES Y CALIDAD DE VIDA

¿SOMOS CONSCIENTES DE LA IMPORTANCIA QUE TIENE LLEVAR UNA VIDA ORDENADA?

Podemos lograrlo con una rutina de hábitos saludables en nuestro día a día. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda llevar un estilo de vida saludable para mantener una salud fuerte y estable.

¿Qué es un hábito saludable?

Un hábito saludable es un acto que tiene continuidad a lo largo del tiempo y que el mero hecho de realizarlo asiduamente es beneficioso para la salud del que lo practica y muy probablemente influya positivamente en sus relaciones con los demás y contribuye a tener mejoras en nuestra calidad de vida.

Para mantener o gozar de una adecuada calidad de vida en pacientes con infección de VIH, debemos tener en cuenta los siguientes hábitos saludables:

Coma alimentos sanos y balanceados
Si su cuerpo está bien alimentado, podrá manejar mejor al VIH y combatir infecciones, ingiera alimentos variados cada día: frutas y verduras.

Evite fumar, el consumo de drogas y el abuso de alcohol. Dejar de fumar le ayudará a vivir una vida más sana y reducirá en gran medida el riesgo de tener problemas serios como cardiopatías, cáncer y derrame cerebral. El consumo de drogas y el abuso de alcohol es dañino para la salud y no ayuda en la adherencia al tratamiento.

Vivir con tranquilidad, cuidar tu parte más emocional también es importante, por eso, tomarse un momento de tranquilidad, leer, meditar o escuchar música todos los días, ayuda a estar más fuerte mentalmente y aumentar la calidad de vida del paciente.

Ejercite el cuerpo y la mente
El ejercicio físico y mental puede mantener el cuerpo y mente sanos, realizar ejercicios fiscos como: caminar, andar en bicicleta, correr o nadar, bailar le ayuda a mantenerse en forma y a reducir el estrés y la depresión y ejercicio mental, como hacer crucigramas o jugar juegos de mente a diario, ayuda a mejorar la memoria y concentración, esto es bueno para el sistema inmunológico.

Por la noche, duerma suficientes horas para que el cuerpo se recupere.

Tome los medicamentos según indicación médica
Es importante que tome sus medicamentos para el VIH exactamente como se lo haya indicado el médico. Saltearse aunque sea un día el tratamiento antirretroviral puede hacer que el virus se vuelva resistente a los medicamentos, lo que hará que pierdan su eficacia.

ACTIVIDAD GRUPAL

EJERCICIOS DE GIMNASIA CEREBRAL

OBJETIVO: Ayuda a expresar mejor las ideas y a manejar el estrés, contribuyendo a mejorar la salud en general, manteniendo la integración mente/cuerpo.

1. Botones Cerebrales

Pasos

- Piernas moderadamente abiertas.
- La mano izquierda sobre el ombligo presionándolo.
- Los dedos índice y pulgar de la mano derecha presionan las arterias carótidas (las que van del corazón al cerebro) que están en el cuello; coloca los dedos restantes entre la primera y la segunda costilla, al corazón.
- La lengua, apoyada al paladar.

Beneficios

- Normaliza la presión sanguínea.
- Despierta el cerebro.
- Estabiliza una presión normal de la sangre al cerebro.
- Alerta el sistema vesicular (donde se encuentra el equilibrio).
- Aumenta la atención cerebral.

2. Gateo Cruzado

Pasos

- Los movimientos del "Gateo Cruzado" deben efectuarse como en cámara lenta.
- Toca con el codo derecho (doblando tu brazo) la rodilla izquierda (levantando y doblando tu pierna). • Regresa a la postura inicial.
- Con el codo izquierdo toca la rodilla derecha lentamente.
- Regresa a la posición inicial.

Beneficios

- Ambos hemisferios cerebrales se activan y comunican.
- Facilita el balance de la actividad nerviosa.
- Se forman más redes nerviosas.
- Prepara el cerebro para un mayor nivel de razonamiento.

3. Brazo extendido, manos abiertas

Pasos

- Como la canción, extiende los brazos frente a ti, abre las palmas. Tu mano derecha tendrá la palma hacia tu rostro, y la izquierda hacia a fuera. Ahora cambia.
- Izquierda a dentro, derecha a fuera. Izquierda a fuera, derecha dentro. Cambia durante 1 minuto, lo más rápido posible.

Beneficios

- Aumenta la conexión entre los dos hemisferios del cerebro.
- Ayuda a desarrollar el aprendizaje, la memoria y la creatividad.

4. El Elefante

Pasos

- Recarga el oído derecho sobre el hombro derecho y deja caer el brazo.
- Mantén la cabeza apoyando tu oreja en el hombro.
- Extiende bien tu brazo derecho como si fueras a recoger algo del suelo.
- Relaja tus rodillas, abre tus piernas y reflexiona tu cadera.
- Dibuja, con todo tu brazo y con la cabeza, tres ochos acostados (∞) en el suelo empezando por la derecha.
- Permite que tus ojos sigan el movimiento de tu brazo y que el centro del ocho (donde se cruzan las líneas) quede frente a ti.
- Si tu ojo va más rápido que tu brazo y tu cabeza, disminuye la velocidad de tu ojo.
- Repite el ejercicio en la dirección contraria tres veces.
- Cambia de posición, ahora con el brazo izquierdo y apoyando tu cabeza en el hombro izquierdo.
- Dibuja tres ochos a la derecha y luego tres a la izquierda.

Beneficios

- Mejora la coordinación mano/ojo.
- Integra la actividad cerebral.
- Activa todas las áreas del sistema mente/cuerpo de una manera balanceada.
- Logra una máxima activación muscular.
- Activa el sistema vestibular (donde se encuentra el equilibrio) y estimula el oído. Beneficia a quienes han padecido infecciones crónicas.

5. El Gancho de Cook

Pasos

- Estando de pie, cruza tus pies de forma que no pierdas el equilibrio.
- Luego estira tus dos brazos hacia el frente y sepáralos el uno del otro, las palmas de tus manos deben estar hacia fuera, con los pulgares apuntando hacia abajo,
- luego en esa misma posición entrelaza tus manos y dedos de forma que los pulgares sigan apuntando hacia abajo y lleva lentamente tus manos entrelazadas hacia tu pecho de forma que tus codos queden abajo y tus manos unidas debajo de tu mentón.

Beneficios

- Causa un efecto integrador en el cerebro y ayuda a activar la corteza sensorial y motora de ambos hemisferios cerebrales.
- Ayuda a activar y conectar todas las energías del cuerpo mejorando la concentración.

ACTIVIDAD GRUPAL: BAILOTERAPIA

Procedimiento: Esta disciplina consiste en hacer ejercicios llevados al baile, lo que te permite relajarte, compartir, disfrutar de la música, ejercitarte y liberarte del estrés y la ansiedad; la bailoterapia es un diálogo entre la música y el cuerpo que favorece la estabilidad emocional al elevar la producción de endorfinas, generando una sensación de placer y alegría con un impacto directo en los niveles de autoestima y motivación.

Material: Música de diferentes géneros.

Para en cuenta lo siguiente:

- No hace falta saber bailar.
- Tienes que tener ganas de divertirte.
- No se baila en pareja, es bailar con uno mismo e integrarse a la energía de las demás personas haciendo lo mismo.
- Vestir ropa cómoda, zapatos deportivos cómodos o de baile.

ANEXO 02: INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS

INVENTARIO DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO (CRI-A)

Instrucciones

Este cuestionario contiene preguntas que se refieren a aquellos problemas significativos que han tenido trascendencia en su vida. Por favor, piense en los problemas más importantes o las situaciones más estresantes que le hayan sucedido en los últimos doce meses (por ejemplo, problemas con un familiar o un amigo, la enfermedad o muerte de un pariente o amigo, un accidente o enfermedad, problemas económicos o de trabajo, etc.). Elija uno de ellos y descríbalo brevemente en los espacios correspondientes. Si no ha tenido ningún problema relevante, escriba una lista con los problemas menos importantes que ha enfrentado en este último tiempo y luego elija uno de ellos para relatarlo.

Datos Personales:
Nombre y Apellido:
Edad:
Sexo:
Estado Civil:
Nivel de Instrucción:
Nacionalidad:
Ocupación:
Lugar y Fecha:

Descripción del Problema:

Conteste, por favor, cada una de las preguntas que se refieren al problema o situación que describió anteriormente, haciendo una cruz en el casillero seleccionado.

- ✓ Hacer una cruz en "N" si su respuesta es NO
- ✓ Hacer una cruz en "GN" si su respuesta es GENERALMENTE NO
- ✓ Hacer una cruz en "GS" si su respuesta es GENERALMENTE SI
- ✓ Hacer una cruz en "S" si su respuesta es SI

0 Si su respuesta es NUNCA.
1 Si su respuesta es UNA O DOS VECES.
2 Si su respuesta es ALGUNAS VECES.
3 Si su respuesta es MUCHAS VECES.

	0	1	2	3
1. ¿Pensó en diferentes formas de solucionar estos problemas? 2. ¿Se dijo cosas a sí mismo para sentirse mejor?				
3. ¿Hablo con su esposo/a u otro familiar sobre estos problemas?				
4. ¿Hizo un plan de acción para enfrentar esos problemas y lo cumplió?				
5. ¿Trató de olvidar todo?				
6. ¿Sintió que el paso del tiempo cambiará las cosas, que esperar era lo único que podía hacer?				
7. ¿Trató de ayudar a otros a enfrentar problemas similares?				
8. ¿Se descargó con otras personas cuando se sintió enojado, deprimido o triste?				
9. ¿Trató de salir de la situación, como para verla desde afuera y ser más objetivo?				
10. ¿Se dijo a Ud. mismo que las cosas podían ser peores?				
11. ¿Habló con algún amigo de estos problemas?				
12. ¿Se esforzó tratando de hacer algo para que las cosas funcionaran?				
13. ¿Trató de evitar pensar en el problema?				
14. ¿Se dio cuenta que no tenía control sobre los problemas? 15. ¿Se dedicó a nuevas actividades como nuevos trabajos o distracciones?				
16. ¿Hizo algo arriesgado tratando de tener una nueva oportunidad?				
17. ¿Se imaginó, una y otra vez, qué decir o hacer?				
18. ¿Trató de ver el lado positivo de la situación?				
19. ¿Habló con algún profesional (médico, sacerdote, etc)?				
20. ¿Decidió lo que quería hacer y trató firmemente de conseguirlo?				
21. ¿Se imaginó o soñó un tiempo o un lugar mejor del que Ud. vivía?				
22. ¿Pensó que el destino se ocuparía de todo?				
23. ¿Trató de hacer nuevos amigos?				
24. ¿Se mantuvo alejado de la gente en general?				
25. ¿Trató de prever o de anticiparse a cómo resultaría todo?				
26. ¿Pensó cuánto mejor estaba Ud. comparándose con otras personas con el mismo problema?				
27. ¿Buscó la ayuda de personas o de grupos con los mismos problemas?				
28. ¿Trató de resolver los problemas, al menos en dos formas diferentes?				
29. ¿Evitó pensar en el problema, aun sabiendo que en algún momento debería pensar en él?				
30. ¿Aceptó los problemas, porque pensó que nada se podía hacer? 31. ¿Leyó, miró televisión, o realizó alguna otra actividad como forma de distracción?				
32. ¿Gritó como forma de desahogarse?				
33. ¿Trató de encontrarle alguna explicación o significado a esa situación?				
34. ¿Trató de decirse a sí mismo que las cosas mejorarían?				
35. ¿Trató de averiguar más sobre esa situación?				
36. ¿Trató de aprender cómo hacer más cosas por sí mismo?				
37. ¿Deseó que los problemas hubieran desaparecido o pasado?				
38. ¿Esperó que sucediera lo peor? 39. ¿Le dedicó más tiempo actividades recreativas?				
40. ¿Lloró y descargó sus sentimientos?				
41. ¿Trató de prever o de anticiparse a los nuevos pedidos que le harían?				
42. ¿Pensó cómo podrían estos sucesos cambiar su vida en un sentido positivo?				

43. ¿Rezó pidiendo ayuda o fuerza?				
44. ¿Tomó las cosas de una por vez?				
45. ¿Trató de negar lo serio que eran en realidad, los problemas?				
46. ¿Perdió la esperanza de que alguna vez las cosas volvieran a ser como eran antes?				
47. ¿Volvió al trabajo o a otras actividades que lo ayudaran a enfrentar las cosas?				
48. ¿Hizo algo que pensó que no iba a funcionar, pero por lo menos intentó hacer algo?				

FICHA TÉCNICA: INVENTARIO DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO PARA ADULTOS CRI – A

- Nombre original: CRI- A. Coping Responses Inventory – Adult Form.
- Autor: Rudolf. H. Moos
- Adaptación española: Teresa Kirchner Nebot y María Forns y Santacana, 2010
- Aplicación: Individual y colectiva siendo su ámbito de aplicación adultos a partir de los 18 años.
- Duración: Puede ser variable entre 10 a 15 minutos en el formato de cuestionario y entre 15 a 30 minutos en el formato de entrevista estructurada.
- Finalidad: Evaluación de las estrategias de afrontamiento de estrés.
- Baremación: Baremos de población general en percentiles y puntaciones T por sexo (varones y mujeres)

a.2) Normas de aplicación

La forma de aplicar del CRI-A es de manera práctica. Siguiendo propuestos por Moos (1993, por Kirchner & Forns, 2010) el inventario tiene dos formas de aplicación: formato autoaplicado y formato de entrevista estructura. En la formato autoaplicado se le aplica al sujeto o sujetos (esto va depender si la aplicación es individual o colectiva) el ejemplar del test. Consta de dos partes en la primera parte se le pide que describa el problema, más importante o la situación más difícil que haya vivido en los últimos 12 meses. En el caso de que no haya tenido un problema importante, puede describir uno de menor importancia. A continuación debe responder a los 10 ítems que explotan las ocho estrategias de afrontamiento que incluye el inventario. Todos los ítems están enunciados en tercera persona, con formato declarativo y se responden utilizando una escala de frecuencia de cuatro opciones (No, Generalmente No, Generalmente Si, Sí).

Posteriormente en la segunda parte se presenta 48 preguntas donde deberá responder preguntas expresando en cada una de la frecuencia con la que actúa de la manera que se indica. Para marcar su respuesta, deberá tener en cuenta la siguiente clave de puntuación

- N: Si su respuesta es NO, NUNCA
- U: Si su respuesta es UNA O DOS VECES
- B: Si su respuesta es BASTANTES VECES
- S: Si su respuesta es SI, CASI SIEMPRE

Como en toda aplicación de pruebas psicológica, es de vital importancia escoger un lugar adecuado, con buenas condiciones ambientales y haber preparado todo el material con antelación. Antes de la aplicación, el evaluador deberá crear un buen clima y establecer una buena comunicación con el sujeto a evaluador a fin de acentuar su motivación. Es importante que el examinador indique el motivo por el cual se le aplica el inventario y los beneficios que le puede favorecer ser sincero en las respuestas. Dado que el evaluado debe escribir un problema personal que puede tener carácter íntimo, en todo momento habrá una confidencialidad de los datos obtenidos.

También puede aplicarse como una entrevista estructurada, dado que los ítems están formulados como preguntas. En este caso, el evaluador, después de crear un clima de confianza con el evaluado y haberle explicado los objetivos de la aplicación del test, le irá realizando las preguntas y anotará sus respuestas. Este formato de aplicación del CRI-A resulta especialmente útil cuando se evalúa a personas mayores, o con bajo nivel cultural, o con dificultades de lectura, o a personas con dificultades con el idioma, o a personas muy afectadas clínicamente.

a.3) Normas de interpretación

La primera parte de la prueba, corresponde a los 10 ítems sobre cómo percibe el sujeto el problema como un reto, como una amenaza, si asume su propia responsabilidad, si atribuye la responsabilidad a otros, etc. Además, el problema descrito se valorará en función del grado de estrés percibido y de la capacidad de control sobre el estresor.

En la interpretación de la segunda parte del inventario el evaluador sabrá que estrategias utiliza el sujeto evaluado y si éstas son adaptativas o no en función del problema explicado. Para determinar la presencia de cada estrategia se emplearán las puntuaciones típicas y los percentiles obtenidos en la corrección de la prueba. Los percentiles indican la posición relativa de un sujeto con respecto a un grupo de 100 personas. Así por ejemplo, una puntuación percentil de 75 indicaría que el sujeto evaluado tiene una puntuación mayor a 75 sujetos del grupo de 100. Es decir 74 personas obtienen puntuaciones menores a la que él ha obtenido y 25 sujetos obtienen puntuaciones

mayores que él en el constructo que explora el test, según la población normativa. Podría considerarse por lo tanto una puntuación algo superior al promedio. Los percentiles que corresponden a +- 1 desviación típica de la curva normal son 84 y 16 respectivamente. Por lo tanto, los percentiles 84 y superiores o los superiores o los percentiles 16 e inferiores suponen desviaciones importantes de la media en el rasgo que se está evaluando. Las puntuaciones T son puntuaciones típicas con media 50 y desviación típica 10 y pueden interpretarse, siguiendo las consignas de Moos (1993, por Kirchner & Forns, 2010)

GENCAT - Escala de Calidad de vida

DATOS DE LA PERSONA EVALUADA. ADULTOS (18 AÑOS Y MÁS)

Nombre: _____

Apellidos: _____

Sexo: _____

Edad: _____

	Día	Mes	Año
Fecha de aplicación	-----	------	-------
Fecha de nacimiento	-----	-------	-------
Edad cronológica	------	-------	-------

Instrucciones

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR la(o) describa y no deje ninguna cuestión en blanco.

BIENESTAR EMOCIONAL	**Siempre o Casi siempre**	**Frecuentemente**	**Algunas veces**	**Nunca o Casi nunca**
1. Se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2. Presenta síntomas de depresión.	1	2	3	4
3. Está alegre y de buen humor.	4	3	2	1
4. Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3	4
5. Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3	4
6. Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
7. Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
8. Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2	1
			Puntuación directa TOTAL	

RELACIONES INTERPERSONALES	**Siempre o Casi siempre**	**Frecuentemente**	**Algunas veces**	**Nunca o Casi nunca**
9. Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
10. Mantiene con su familia la relación que desea.	4	3	2	1
11. Se queja de la falta de amigos estables.	1	2	3	4
12.Valora negativamente sus relaciones de amistad	1	2	3	4
13 Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.	1	2	3	4
14. Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja	1	2	3	4
15. Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.	4	3	2	1

16. Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	4	3	2	1
17. La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.	1	2	3	4
18. Tiene una vida sexual satisfactoria.	4	3	2	1
			Puntuación directa TOTAL	

BIENESTAR MATERIAL	**Siempre o Casi siempre**	**Frecuentemente**	**Algunas veces**	**Nunca o Casi nunca**
19. El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad)	1	2	3	4
20. El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.	4	3	2	1
21. Dispone de los bienes materiales que necesita.	4	3	2	1
22. Se muestra descontento con el lugar donde vive.	1	2	3	4
23 El lugar donde vive está limpio.	4	3	2	1
24. Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	4	3	2	1
25. Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.	1	2	3	4
26. El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.	4	3	2	1
			Puntuación directa TOTAL	

DESARROLLO PERSONAL	**Siempre o Casi siempre**	**Frecuentemente**	**Algunas veces**	**Nunca o Casi nunca**
27 Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	1	2	3	4
28 Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).	4	3	2	1
29 El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	4	3	2	1
30 Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	1	2	3	4
31 Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable	4	3	2	1
32 El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	4	3	2	1
33 Participa en la elaboración de su programa individual.	4	3	2	1
34 Se muestra desmotivado en su trabajo.	1	2	3	4
			Puntuación directa TOTAL	

BIENESTAR FÍSICO	**Siempre o Casi siempre**	**Frecuentemente**	**Algunas veces**	**Nunca o Casi nunca**
35. Tiene problemas de sueño.	1	2	3	4

36. Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	4	3	2	1
37. Sus hábitos de alimentación son saludables.	4	3	2	1
38. Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	1	2	3	4
39. Tiene un buen aseo personal.	4	3	2	1
40. En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma.	4	3	2	1
41. Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.	1	2	3	4
42. Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	1	2	3	4
			Puntuación directa TOTAL	

AUTODETERMINACIÓN	**Siempre o Casi siempre**	**Frecuentemente**	**Algunas veces**	**Nunca o Casi nunca**
43 Tiene metas, objetivos e intereses personales.	1	2	3	4
44 Elige cómo pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
45 En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	4	3	2	1
46 Defiende sus ideas y opiniones.	4	3	2	1
47 Otras personas deciden sobre su vida personal.	1	2	3	4
48 Otras personas deciden cómo gastar su dinero.	1	2	3	4
49 Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	1	2	3	4
50 Organiza su propia vida.	4	3	2	1
51 Elige con quién vivir.	4	3	2	1
			Puntuación directa TOTAL	

INCLUSIÓN SOCIAL	**Siempre o Casi siempre**	**Frecuentemente**	**Algunas veces**	**Nunca o Casi nunca**
52 Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, museos, bibliotecas, etc)	4	3	2	1
53 Su familia le apoya cuando lo necesita.	4	3	2	1
54 Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.	1	2	3	4
55 Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad	1	2	3	4
56 Sus amigos le apoyan cuando lo necesita.	4	3	2	1
57 El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad.	4	3	2	1
58 Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio.	1	2	3	4
59 Es rechazado o discriminado por los demás.	1	2	3	4
			Puntuación directa TOTAL	

DERECHOS	Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
60 Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta…).	1	2	3	4
61 En su entorno es tratado con respeto	4	3	2	1
62 Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.	4	3	2	1
63. Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados.	1	2	3	4
64. En el servicio al que acude se respeta su intimidad.	4	3	2	1
65 En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.	4	3	2	1
66 Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).	1	2	3	4
67 En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario…).	4	3	2	1
68 El servicio respeta la privacidad de la información.	4	3	2	1
69 Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL				

FICHA TÉCNICA ESCALA GENCAT DE CALIDAD DE VIDA

- Nombre: Escala GENCAT
- Autores: Miguel Ángel Verdugo Alonso, Benito Arias Martínez, Laura E. Gómez Sánchez y Robert L. Schalock.
- Ámbito de aplicación: Adultos a partir de 18 años.
- Administración: Individual.
- Adaptación peruana: Guerrero, A. (2014)
- Duración: 10 a 15 minutos aproximadamente.
- Significación: Evaluación objetiva de la Calidad de vida (bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos).
- Finalidad: Identificar el perfil de Calidad de vida de una persona para la realización de planes individualizados de apoyo y proporcionar una medida fiable para la supervisión de los progresos y los resultados de los planes.
- Baremación: Puntuaciones estándar (M= 10; DT= 3) de cada dimensión de Calidad de Vida, percentiles e Índice de Calidad de Vida.

b.2) Normas de aplicación

La Escala GENCAT es una escala multidimensional diseñada para obtener el perfil de calidad de vida de un individuo.

La Escala GENCAT es aplicable a cualquier usuario con una edad mínima de 18 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado con una duración entre 10 y 15 minutos, pero puede alcanzar unos 30 minutos si sumamos el tiempo de lectura.

La calidad de vida es evaluada a través de 69 ítems distribuidos en ocho subescalas que se corresponden con las dimensiones del modelo de calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2002/2003): Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Bienestar físico, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos.

Todos los ítems están enunciados en tercera persona, con formato declarativo y se responden utilizando una escala de frecuencia de cuatro opciones (nunca o casi nunca, algunas veces, frecuentemente y siempre o casi siempre). Si tiene dificultad para contestar alguno de los ítems con la escala de frecuencia, el entrevistado puede responder pensando en una escala Likert de cuatro puntos: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo).

Para marcar su respuesta, deberá tener en cuenta la siguiente clave de puntuación:

- Totalmente en desacuerdo = nunca o casi nunca
- En desacuerdo = algunas veces
- De acuerdo = frecuentemente
- Totalmente de acuerdo = siempre o casi siempre

El entrevistado debe completar todos los ítems. Puede que le resulte difícil contestar algunos ítems si tiene un alto deterioro cognitivo o si piensa que no son aplicables a un su contexto. Si esto ocurre, el informador debe tener siempre en cuenta que la información que se le requiere consiste en saber si la persona lleva a cabo o no una determinada actividad, si tiene o no oportunidades para hacer una determinada actividad, si tiene o no una capacidad concreta. El informador no debe tener en cuenta los motivos por los que la persona no realiza una determinada actividad. Si en el momento de la evaluación, la persona no realiza alguna de las actividades que se recogen en el cuestionario, debe contestar pensando en cómo haría dicha actividad si la persona que está siendo evaluada fuera a realizar la actividad en cuestión.

b.2) Normas de corrección e interpretación

Describe cómo puntuar la Escala GENCAT y cómo interpretar los siguientes indicadores de calidad de vida:

Perfil de Calidad de vida, obtenido a partir de puntuaciones estándar de cada una de las ocho dimensiones de calidad de vida.

Índice de Calidad de vida, obtenido a partir de la puntuación estándar compuesta calculada a partir de las ocho subescalas.

Las puntuaciones obtenidas en la escala servirán para completar el resumen de puntuaciones y obtener el Perfil de Calidad de vida que se incluye al final del cuadernillo de anotaciones de la Escala GENCAT.

Para obtener la puntuación directa total en cada subescalas o dimensión se han de sumar las respuestas (1-2-3-4) de cada uno de los ítems que las componen.

De este modo, se calculan las puntuaciones directas totales en las ocho dimensiones de calidad de vida. Estas puntuaciones directas totales se utilizarán más tarde para completar el resumen de puntuaciones en la última página del cuadernillo de anotación.

Puntuaciones estándar y percentiles de cada dimensión

Se incluyen las tablas de baremos para la muestra general (apartado A), para personas mayores (a partir de 50 años) (apartado B), para personas con discapacidad intelectual

(apartado C) y el baremo de la muestra para el resto de colectivos (personas con drogodependencias, VIH/SIDA, discapacidad física y problemas de salud mental) (apartado D).

De este modo, en función de los objetivos de la evaluación, podrá utilizarse la tabla correspondiente al colectivo al que pertenezca la persona o la tabla correspondiente a la muestra general (válida para cualquier persona).

Índice de Calidad de vida y percentil del Índice de Calidad de vida

El Índice de Calidad de vida o puntuación estándar compuesta, se calculó aplicando el procedimiento de agrupación de varianzas de Guilford y Fruchter (1978). Las puntuaciones estándar compuestas tienen una distribución con media de 100 y una desviación típica de 15, por lo que la mayoría de los evaluadores están familiarizados con ella y las puntuaciones que genera permitiendo una interpretación muy intuitiva.

Para obtener el Índice de Calidad de vida primero se han de sumar las puntuaciones estándar de las ocho dimensiones y anotar el resultado en la casilla 'Puntuación estándar TOTAL (suma)' del cuadernillo de anotación. Este valor se convierte en el Índice de Calidad de vida (o puntuación estándar compuesta) mediante la tabla que se incluye en el anexo 2. En dicha tabla se deberá localizar la puntuación estándar total. En la misma fila, en las dos columnas de la derecha se encontrará el Índice de Calidad de vida y el percentil.

ANEXO 03: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha:

_____

Por medio del presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

_____

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles, riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:
El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee a cerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto. El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de los datos sobre mi privacidad serán manejados en forma confidencial. _____ **Nombre y firma del participante**

ANEXO 04: MATRIZ DE CONSISTENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Nombre y Apellidos del estudiante: KATIA LISSET SALAZAR BAUTISTA

Nominación de la Maestría: PSICOLOGÍA CLÍNICA Línea de Investigación: Ciencias de la vida y cuidado de la salud

MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	PROBLEMA	POSIBLES CAUSAS	OBJETO ESTUDIO	OBJETIVOS	CAMPO DE ACCIÓN	TÍTULO DE LA INV.	HIPÓTESIS	VARIABLES	TÉCNICAS O MÉTODOS	INSTRUMENTOS
Angustia de los pacientes de no saber cómo sobrellevar su diagnostico Ideaciones suicidas, consumo de drogas. Depresión en algunos pacientes. Pacientes con miedo a revelar su diagnóstico a sus familiares, en especial a sus parejas. Miedo a la discriminación, y rechazo de su familia y de su entorno. Poca conciencia de seguir un tratamiento estricto. Sentimientos de culpa de la persona que vive con el diagnóstico, y lo cual causa aislamiento, por ende, no recibe el tratamiento adecuado.	La inadecuada orientación socio afectiva (afrontamiento), limitan la calidad de vida en los pacientes con VIH.	Repercusiones Sociales de la enfermedad, miedo a la discriminación. Soporte familiar inadecuado Autoestima baja Internalización del estigma, asociado a su estatus como enfermo, los lleva a estar más preocupados por la posibilidad de infectar a otras personas y a experimentar mayor ansiedad, depresión y desesperanza.	Proceso socio afectivo y de afrontamiento de los pacientes con VIH.	Elaborar una estrategia de afrontamiento para mejorar la calidad de vida de pacientes con VIH. **ESPECÍFICOS:** Analizar epistemológicamente el proceso socio afectivo de los pacientes con VIH y su dinámica. Determinar las tendencias actuales del proceso de desarrollo socio afectivo de los pacientes con VIH y su dinámica. Diagnosticar el estado actual de los niveles de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes con VIH Elaborar una estrategia psicoterapeútica para mejorar la calidad de vida de los pacientes con VIH.	Dinámica del proceso socio afectivo de los pacientes con VIH	Estrategia psicoterapeútica basado en el afrontamiento socio afectivo para mejorar la calidad de vida de los pacientes con VIH.	Si se elabora una estrategia psicoterapeútica basado en el afrontamiento entonces mejorará la calidad de vida de los pacientes con VIH.	**INDEPENDIENTE:** Estrategia psicoterapeútica basado en el afrontamiento socio afectivo **DEPENDIENTE:** Calidad de vida de los pacientes con VIH.	Entrevista Test psicométricos	Escala de GENCAT de calidad de vida Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos (CRI-A), de R.H Moos

ANEXO 05: FICHAS DE VALIDACIÓN DEL APORTE

FICHA DE VALIDACIÓN DEL APORTE

I. INFORMACION GENERAL

1.1. Nombres y apellidos del validador: KARY CLEOFÉ IDROGO CABRERA
1.2. Cargo e institución donde labora: PSICOLOGO - PUNSA
1.3. Nombre del instrumento evaluado: ESTRATEGIA PS. DE AFRONTAMIENTO SOCIAFECTIVO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA PV - VIH
1.4. Autor del instrumento: KATIA LISSET SALAZAR BONILLA

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Revisar cada uno de los items del instrumento y marcar con un aspa dentro del recuadro (X), según la calificación que asigne a cada uno de los indicadores.

1. **Deficiente** (si menos del 30% de los items cumplen con el indicador)
2. **Regular** (si entre el 31% y 70% de los items cumplen con el indicador)
3. **Buena** (si más del 70% de los items cumplen con el indicador)

Aspectos de validación del instrumento		1	2	3	Observaciones
Criterios	**Indicadores**	**D**	**R**	**B**	**Sugerencias**
• **PERTINENCIA**	La estrategia posibilita transformar lo previsto en los objetivos de investigación.	☐	☐	☑	
• **COHERENCIA**	Las acciones planificadas y los indicadores de evaluación responden a lo que se debe medir en la variable, sus dimensiones e indicadores.	☐	☐	☑	
• **CONGRUENCIA**	Cada parte de la estrategia es congruentes entre si y con los conceptos que se miden.	☐	☐	☑	
• **SUFICIENCIA**	Las etapas de la estrategia son suficientes en cantidad para transformar la práctica expresada en la variable, sus dimensiones e indicadores.	☐	☐	☑	
• **OBJETIVIDAD**	Cada una de las etapas posibilita contrastar los comportamientos y acciones observables, que serán modificadas según el diagnóstico fáctico.	☐	☐	☑	
• **CONSISTENCIA**	Las partes de la estrategia se han formulado en concordancia a los fundamentos epistemológicos (teóricos y metodológicos) de la variable a modificar.	☐	☐	☑	
• **ORGANIZACIÓN**	Las etapas y sesiones de la estrategia han sido elaboradas secuencialmente y distribuidas de acuerdo a dimensiones e indicadores de cada variable, de forma lógica.	☐	☐	☑	
• **CLARIDAD**	Las etapas o sesiones de la estrategia están redactados en un lenguaje científicamente asequible para los sujetos a evaluar. (metodologías aplicadas, lenguaje claro y preciso)	☐	☐	☑	
• **FORMATO**	Cada una de las partes o sesiones de la estrategia que se evalúa están escritos respetando aspectos técnicos exigidos para su mejor comprensión (tamaño de letra, espaciado, interlineado, nitidez, coherencia).	☐	☐	☑	
• **ESTRUCTURA**	La estrategia gerencial cuenta con los fundamentos, diagnóstico, objetivos, planeación estratégica y evaluación de los indicadores de desarrollo.	☐	☐	☑	
CONTEO TOTAL				30	30
(Realizar el conteo de acuerdo a puntuaciones asignadas a cada indicador)		**C**	**B**	**A**	**Total**

Coeficiente de validez : $\frac{A+B+C}{30}$ = 1

Intervalos	Resultados
0.00 – 0.49	Validez nula
0.50 – 0.59	Validez muy baja
0.60 – 0.69	Validez baja
0.70 – 0.79	Validez aceptable
0.80 – 0.89	Validez buena
0.90 – 1.00	Validez muy buena

III. CALIFICACIÓN GLOBAL

Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado.

Validez Muy Buena.

Mg. Mary Cleoft Idrogo Cabrera
PSICOLOGA
C.Ps.P. 14755

FICHA DE VALIDACIÓN DEL APORTE

Anexo

I. INFORMACION GENERAL

1.1. Nombres y apellidos del validador: Olenka Serquén Mesones
1.2. Cargo e institución donde labora: Psicóloga – Hospital Referencial Ferreñafe
1.3. Nombre del instrumento evaluado: Estrategia Psicoterapéutica basada en el afrontamiento para mejorar calidad de vida en pacientes con VEH
1.4. Autor del instrumento: Katia Salazar Bautista

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Revisar cada uno de los ítems del instrumento y marcar con un aspa dentro del recuadro (X), según la calificación que asigne a cada uno de los indicadores.

1. **Deficiente** (si menos del 30% de los ítems cumplen con el indicador)
2. **Regular** (si entre el 31% y 70% de los ítems cumplen con el indicador)
3. **Buena** (si más del 70% de los ítems cumplen con el indicador)

Aspectos de validación del instrumento		1	2	3	Observaciones
Criterios	**Indicadores**	**D**	**R**	**B**	**Sugerencias**
• **PERTINENCIA**	La estrategia posibilita transformar lo previsto en los objetivos de investigación.	☐	☐	☑	
• **COHERENCIA**	Las acciones planificadas y los indicadores de evaluación responden a lo que se debe medir en la variable, sus dimensiones e indicadores.	☐	☐	☑	
• **CONGRUENCIA**	Cada parte de la estrategia es congruentes entre sí y con los conceptos que se miden.	☐	☐	☑	
• **SUFICIENCIA**	Las etapas de la estrategia son suficientes en cantidad para transformar la práctica expresada en la variable, sus dimensiones e indicadores.	☐	☐	☑	
• **OBJETIVIDAD**	Cada una de las etapas posibilita contrastar los comportamientos y acciones observables, que serán modificadas según el diagnóstico fáctico.	☐	☐	☑	
• **CONSISTENCIA**	Las partes de la estrategia se han formulado en concordancia a los fundamentos epistemológicos (teóricos y metodológicos) de la variable a modificar.	☐	☐	☑	
• **ORGANIZACIÓN**	Las etapas y sesiones de la estrategia han sido elaboradas secuencialmente y distribuidas de acuerdo a dimensiones e indicadores de cada variable, de forma lógica.	☐	☐	☑	
• **CLARIDAD**	Las etapas o sesiones de la estrategia están redactados en un lenguaje científicamente asequible para los sujetos a evaluar. (metodologías aplicadas, lenguaje claro y preciso)	☐	☐	☑	
• **FORMATO**	Cada una de las partes o sesiones de la estrategia que se evalúa están escritos respetando aspectos técnicos exigidos para su mejor comprensión (tamaño de letra, espaciado, interlineado, nitidez, coherencia).	☐	☐	☑	
• **ESTRUCTURA**	La estrategia gerencial cuenta con los fundamentos, diagnóstico, objetivos, planeación estratégica y evaluación de los indicadores de desarrollo.	☐	☐	☑	
CONTEO TOTAL				30	30
(Realizar el conteo de acuerdo a puntuaciones asignadas a cada indicador)		**C**	**B**	**A**	**Total**

Coeficiente de validez : $\frac{A+B+C}{30} = 1.$

Intervalos	Resultados
0.00 – 0.49	Validez nula
0.50 – 0.59	Validez muy baja
0.60 – 0.69	Validez baja
0.70 – 0.79	Validez aceptable
0.80 – 0.89	Validez buena
0.90 – 1.00	Validez muy buena

III. CALIFICACIÓN GLOBAL

Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado.

Validez muy buena.

Mgr. Olenka M. Serquén Mesones
PSICÓLOGA
CPsP 14997

FICHA DE VALIDACIÓN DEL APORTE

Anexo

I. INFORMACION GENERAL

I.1. **Nombres y apellidos del validador:** NAYR SUAREZ PADILLA
I.2. **Cargo e institución donde labora:** PSICOLOGA – C.S. SANTA ROSA
I.3. **Nombre del instrumento evaluado:** Estrategia Psicoterapéutica basado en el afrontamiento para mejorar calidad de vida de pacientes con VIH del HRF.
I.4. **Autor del instrumento:** Rocha Salcedo Bautista.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Revisar cada uno de los ítems del instrumento y marcar con un aspa dentro del recuadro (X), según la calificación que asigne a cada uno de los indicadores.

1. **Deficiente** (si menos del 30% de los ítems cumplen con el indicador)
2. **Regular** (si entre el 31% y 70% de los ítems cumplen con el indicador)
3. **Buena** (si más del 70% de los ítems cumplen con el indicador)

Aspectos de validación del instrumento		1	2	3	Observaciones Sugerencias
Criterios	**Indicadores**	**D**	**R**	**B**	
• PERTINENCIA	La estrategia posibilita transformar lo previsto en los objetivos de investigación.	☐	☐	■	
• COHERENCIA	Las acciones planificadas y los indicadores de evaluación responden a lo que se debe medir en la variable, sus dimensiones e indicadores.	☐	■	☐	Precisar indicadores de evaluación en cada sesión, para constatar lo planificado
• CONGRUENCIA	Cada parte de la estrategia es congruente entre sí y con los conceptos que se miden.	☐	☐	■	
• SUFICIENCIA	Las etapas de la estrategia son suficientes en cantidad para transformar la práctica expresada en la variable, sus dimensiones e indicadores.	☐	■	☐	En las sesiones ampliar contenidos para aceptación y adherencia al tratamiento, así como plantear estrategias centradas en la categoría del estilo de afrontamiento y técnicas de relajación
• OBJETIVIDAD	Cada una de las etapas posibilita contrastar los comportamientos y acciones observables, que serán modificadas según el diagnóstico táctico.	☐	☐	■	
• CONSISTENCIA	Las partes de la estrategia se han formulado en concordancia a los fundamentos epistemológicos (teóricos y metodológicos) de la variable a modificar.	☐	☐	■	
• ORGANIZACIÓN	Las etapas y sesiones de la estrategia han sido elaboradas secuencialmente y distribuidas de acuerdo a dimensiones e indicadores de cada variable, de forma lógica.	☐	☐	■	
• CLARIDAD	Las etapas o sesiones de la estrategia están redactados en un lenguaje científicamente asequible para los sujetos a evaluar. (metodologías aplicadas, lenguaje claro y preciso)	☐	☐	■	
• FORMATO	Cada una de las partes o sesiones de la estrategia que se evalúa están escritos respetando aspectos técnicos exigidos para su mejor comprensión (tamaño de letra, espaciado, interlineado, nitidez, coherencia).	☐	☐	■	
• ESTRUCTURA	La estrategia gerencial cuenta con los fundamentos, diagnóstico, objetivos, planeación estratégica y evaluación de los indicadores de desarrollo.	☐	■	☐	Precisar en cada sesión el indicador a evaluar
CONTEO TOTAL					27.
(Realizar el conteo de acuerdo a puntuaciones asignadas a cada indicador)		**C**	**B**	**A**	**Total**

Coeficiente de validez : $\frac{A+B+C}{30}$ = 0.90

Intervalos	Resultados
0.00 – 0.49	Validez nula
0.50 – 0.59	Validez muy baja
0.60 – 0.69	Validez baja
0.70 – 0.79	Validez aceptable
0.80 – 0.89	Validez buena
0.90 – 1.00	Validez muy buena

III. CALIFICACIÓN GLOBAL

Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado.

Validez Muy Buena.

Nayr Suárez Padilla
PSICÓLOGA
C.Ps.P. 13185

ANEXO 06: CONSTANCIA DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE TESIS

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE
RED DE SALUD FERREÑAFE
HOSPITAL REFERENCIAL DE FERREÑAFE

""Año de la lucha contra la corrupción e impunidad"

EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE CAPACITACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL REFERENCIAL FERREÑAFE, EXPIDE LA PRESENTE

CONSTANCIA

Que, la Licenciada en Psicología **KATIA LISSET SALAZAR BAUTISTA,** identificada con DNI Nº 46322431, Maestrante en Psicología Clínica de la Escuela de Posgrado de la **UNIVERSIDAD SEÑOR;** está ejecutando su **PROYECTO DE TESIS** denominado **"ESTRATEGIA PSICOTERAPÉUTICAS BASADA EN EL AFRONTAMIENTO SOCIOAFECTIVO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON VIH DEL HOSPITAL REFERENCIAL DE FERREÑAFE"** en este nosocomio.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada y para los fines convenientes.

Ferreñafe, 17 de Octubre de 2019

HOSPITAL REFERENCIAL DE FERREÑAFE
CAPACITACIÓN PREGRADO E INVESTIGACIÓN

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REFERENCIAL FERREÑAFE
Abog. Soc. Jaime M. Llanpo Liza
JEFE RR.HH.
ICAL. 7143 CSP. 2652