

CAPITULO 1

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA: El manejo del estrés en pacientes con VIH/SIDA

El interés por realizar este estudio surge al ver que gran cantidad de las personas que viven con VIH/SIDA comentan que lo que más les afecta es la reacción de las personas a su alrededor al saber de su diagnóstico, además de vivir pensando en lo que va a suceder al día siguiente: si tendrán medicamento, si alguien en su trabajo se enterará, cuánto tiempo pasará antes de que empiecen a tener síntomas, entre otras cosas. Todas estas situaciones provocan estrés cuando las personas que las enfrentan no han desarrollado las habilidades para afrontarlas en forma satisfactoria. Por todo esto resulta indispensable que se diseñen intervenciones que contemplen estas necesidades en las personas que viven con VIH/SIDA.

Recibir el diagnóstico de infección por VIH es el inicio de una serie de situaciones difíciles de afrontar. Ejemplo de esto es el alto costo de los medicamentos antirretrovirales que los hace inaccesibles para la mayoría de la población del país, esta situación puede desequilibrar a la familia del paciente, aun cuando ya se haya asimilado el diagnóstico y se decida apoyar al miembro de la familia afectado. Otro de los ambientes afectados por la infección es el laboral, donde la persona que vive con VIH se puede encontrar con dificultades para continuar, ejemplo de esto es la necesidad de la permanente atención médica, lo que se traduce en días no laborados, incapacidades cuando se presenta alguna complicación o bien discriminación o rechazo. Todo esto contribuye a que mientras mayor sea el tiempo que transcurre desde el diagnóstico,

menor sea la posibilidad de asimilación del mismo (Grassi, Rigui, Sighinolfi, Makouni y Ghinelli, 1998).

Además de esto, el individuo puede manifestar reacciones psicológicas o conductuales que pueden oscilar desde el ajuste con angustia, propia de cualquier proceso adaptativo, hasta problemas de mayor gravedad que requieran atención psicológica específica (Abrego et al. 1998); por lo que el tratamiento integral debe incluir el aspecto psicológico, donde el enfoque cognitivo-conductual puede ofrecer una estrategia adecuada, ya que su concepción del individuo marca la interrelación de los aspectos cognitivo, conductual y biológico del individuo con el medio ambiente; es decir, se habla de un determinismo recíproco entre el organismo y su entorno. Bandura (1987) se refiere a este concepto como la interacción mutua de tres factores: la conducta, los factores personales y las influencias ambientales; estos factores no siempre tienen una influencia proporcional, sino que se combinan de diferente manera para dar lugar a efectos diversos.

Dentro del enfoque cognitivo-conductual se encuentra el Adiestramiento en Inoculación de Estrés (AIE), estrategia propuesta por Donald Meichenbaum (1988), que además de centrarse en fortalecer las habilidades de afrontamiento para situaciones de estrés futuras, puede mejorar las interacciones actuales del individuo con su ambiente a través de técnicas como reestructuración cognitiva, entrenamiento asertivo o adiestramiento en habilidades sociales, por mencionar algunas.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: Eficacia del Adiestramiento en Inoculación de Estrés para reducir el estrés en situaciones presentes y futuras en personas con VIH/SIDA

El propósito de este estudio es el diseño, implementación y comprobación de un programa de entrenamiento en habilidades para afrontar el estrés, basado en el modelo de Inoculación de Estrés de Meichenbaum (1988), para responder a la pregunta: ¿cuál es

el efecto del AIE sobre el estrés actual y el estrés percibido ante situaciones futuras potencialmente estresantes (SFPE) de personas que viven con VIH/SIDA?

Para responder a esta pregunta el estudio se enfocó a población con VIH y con SIDA, que reciben atención médica en el ISSSTE regional (Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado), en el Servicio Especializado de Atención para personas con VIH/SIDA (SEA) de los Servicios de Salud de Nuevo León en el área urbana de Monterrey o que pertenece a una Organización No Gubernamental (ONG) del estado.

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

De acuerdo a la ONUSIDA para Diciembre del 2000, existían en el mundo 36.1 millones de personas con el virus, 25.3 millones viviendo en el África Subsahariana, donde por lo menos 10% de todos los adultos están infectados y la prevalencia en muchas capitales es de 35% o más. En Latinoamérica se reportaron 1.4 millones afectados por el VIH y en México, para noviembre del 2001, se habían reportado 51,196 casos de VIH/SIDA.

En 1985, se presentaron los primeros dos casos de SIDA en Nuevo León, desde esa fecha el incremento ha sido sostenido, con excepción del 94 al 96 en donde se registraron menor número de casos por año. Hasta noviembre del 2001 se reportaron 1,785 casos de VIH/SIDA (Reporte del Departamento de Epidemiología de los Servicios de Salud de Nuevo León, Noviembre 2001).

Nuevo León es considerado como un Estado de alta tasa de VIH por la Dirección General de Epidemiología, con una tasa de 30.4 por 100,000 habitantes en 1997.

El mecanismo de transmisión predominante - como a nivel nacional- es la transmisión sexual; incrementándose la transmisión heterosexual en los últimos años

(16.8% en 1998, 32.8% en 1999 y 41.1% en el 2000) y manteniéndose la transmisión homosexual (alrededor del 30% de los casos en los últimos 3 años) (Reporte del Departamento de Epidemiología de los Servicios de Salud de Nuevo León, Noviembre 2001).

Por el tremendo costo de los servicios de salud y las necesidades de atención de la población afectada, el SIDA ha impactado el presupuesto en el sistema de salud aun el de los países desarrollados. Su importancia como problema de salud pública radica en que afecta predominantemente a hombres en edad productiva.

El VIH/SIDA ocasiona un serio impacto en la esfera psicológica tanto de la familia como del propio individuo que lo padece. La Asociación Americana de Psicología afirma que el 43% de los adultos sufren estrés (Matey, 1998); la importancia de este factor en las personas que viven con VIH/SIDA se debe a su correlación con la progresión de la enfermedad en la última etapa, es decir con el SIDA propiamente dicho (Evans et al. 1997; Grassi et al. 1998; Glaser, Rabin, Chesney, Cohen y Natelson, 1999; Leserman et al. 1999; Schneiderman, Antoni e Ironson, 1998).

La exposición frecuente a situaciones estresantes por parte de las personas que viven con VIH/SIDA y los avances médicos en el control de la enfermedad, sugieren la necesidad de implementar, como parte del tratamiento integral de estos pacientes, un programa centrado no sólo en aumentar el tiempo de vida, sino mejorar su calidad de vida. Este tratamiento debe incluir el entrenamiento en habilidades para afrontar las situaciones futuras potencialmente estresante que puedan deteriorar la salud del paciente.

Se han diseñado intervenciones, siguiendo el enfoque cognitivo-conductual, para afrontar situaciones de estrés en personas que viven con VIH/SIDA (Schneiderman et al. 1998 y Sikkema, 1998); sin embargo, después de realizarse una revisión de los últimos 5 años en las bases de datos AIDSLINE, MEDLINE y EBSCO, no se encontraron aplicaciones de esta estrategia en pacientes con VIH/SIDA. Además D. Meichenbaum (comunicación personal, agosto del 2000), autor de la estrategia y S. Folkman

(comunicación personal, octubre del 2000), Co-Directora del CAPS (*Center for AIDS Prevention Studies*, de la Universidad de California), comentan que desconocen la existencia de estudios donde se haya utilizado esta técnica para el manejo del estrés en pacientes con VIH/SIDA.

Recientemente se inició el funcionamiento del SEA, en el Hospital Metropolitano de los Servicios de Salud de Nuevo León; que se enfoca en la atención integral de las personas que viven con VIH/SIDA. La Clínica cuenta con personal de salud de las áreas de Infectología, Pediatría, Odontología, Enfermería, Psicología, Nutrición y Trabajo Social y siendo de los primeros en Nuevo León dedicados exclusivamente a la atención del paciente con VIH/SIDA, cuenta con la oportunidad de desarrollar estrategias que puedan implementarse en otras partes del país.

El diseñar e implementar en esta clínica un programa de entrenamiento en habilidades para afrontar el estrés, basado en el modelo de inoculación de estrés de Meichenbaum (1988), permitiría brindar a los afectados, un elemento más en su atención integral, que contribuiría a mejorar su calidad de vida.

El abordaje psicosocial de los pacientes que coadyuve a disminuir el estrés generado por todas las circunstancias inherentes a la enfermedad podría mejorar la sobrevivencia de los afectados, retrasar el paso de VIH asintomático a casos de SIDA con todas sus manifestaciones, ayudaría a mejorar la adherencia al tratamiento y facilitaría el manejo de la enfermedad para los individuos y sus familias.

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

2.1.1 DESARROLLO Y ESTADO ACTUAL DE LA EPIDEMIA

Durante el periodo de octubre de 1980 a mayo de 1981, se diagnosticó neumonía por pneumocystis carinii a 5 hombres homosexuales jóvenes, en 3 hospitales diferentes de Los Ángeles, California. Este tipo de neumonía se presenta exclusivamente en pacientes severamente inmunosuprimidos. Además a todos se les confirmó, infección por citomegalovirus y todos reportaron usar drogas intravenosas. Los pacientes no sabían si sus contactos sexuales tenían enfermedades similares (CDC, 1981, 5 de junio).

En el año de 1983, el Dr. Luc Montagnier aísla por primera vez el VIH-1 en Francia, el Dr. Gallo en 1984 aísla el virus en Estados Unidos y en 1986 el Dr. Montagnier aísla el VIH-2; fue en este mismo año que la OMS propone el nombre de Virus de Inmuno Deficiencia Humana (Marchetti, Ortiz, Rodríguez y Salinas, 1993).

Existen varias hipótesis sobre el origen del VIH, la más aceptada menciona que el SIDA se originó en una remota tribu africana; algunos científicos piensan que una cierta especie de mono transmitió el virus a la tribu y que la enfermedad afectó a muchas personas de esta comunidad. En algún momento llegó a África un grupo de trabajadores haitianos. A su regreso a Haití, estos obreros llevaron consigo el virus. Algunos miembros de las comunidades gay de Nueva York y Florida solían ir a Haití a vacacionar; estos hombres se contagiaron y a su vez llevaron consigo la enfermedad a

los Estados Unidos y de esta forma el virus comenzó a propagarse por el mundo occidental (Hay, 1990).

Desde entonces, el número de personas afectadas ha aumentado considerablemente, la epidemia ha impactado sobre todo a hombres que tienen sexo con otros hombres y a minorías raciales y étnicas, incrementándose en los últimos años en mujeres y población con prácticas heterosexuales. Sin embargo, algunos países han tenido períodos con prevalencias muy altas en ciertas poblaciones, por ejemplo, China durante 1998 y 1999 tuvo una prevalencia del 82% entre usuarios de drogas (CDC, 2001, 1 de junio).

El país con más alta prevalencia es Botswana, donde el 36% de los adultos están infectados, en Latinoamérica, países como Belice, República Dominicana, Guyana y Haití tienen una prevalencia aproximada del 1% y en el Caribe 2.1% (CDC, 2001, 1 de junio).

En México, los esfuerzos por combatir la epidemia iniciaron desde 1983, cuando algunas organizaciones no gubernamentales manifestaron su preocupación ante los medios masivos. En 1987 se diseñó y sale al aire la primera campaña de información sobre SIDA y en 1989 se inaugura TELSIDA nacional, la primera línea telefónica de información y asesoría sobre VIH/SIDA en el país (Marchetti et al. 1993).

Actualmente se cuenta en diferentes estados de la República, tanto con líneas de información, como con programas de prevención. En Nuevo León el programa de prevención de VIH/SIDA inicia en enero de 1999, con el objetivo general de fomentar y difundir las medidas preventivas para evitar la transmisión del VIH/SIDA en la población general y llevar a cabo acciones específicas para abatir conductas y prácticas de alto riesgo, además de promover la atención integral de las personas infectadas por el VIH/SIDA en un marco de respeto a los derechos humanos (Programa Estatal de Prevención y Control de VIH/SIDA e ITS, 1999).

2.1.2 VIH Y SIDA

SIDA significa Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida y es una enfermedad infecciosa, crónica y mortal que destruye las defensas del organismo exponiéndolo a múltiples infecciones que pueden ser desde leves hasta muy graves. Se llama adquirida, porque no es congénita. Lo produce un virus llamado VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana). El cual afecta al sistema inmunológico del organismo disminuyendo su capacidad de defensa ante los microbios que producen las enfermedades. Existen dos tipos de VIH, el VIH-1 y el VIH-2, siendo el VIH-1 el que predomina en México (COESIDA Jalisco, 1998; Montagnier, 1993).

La forma en que el virus afecta al sistema inmunológico es entrando en el torrente sanguíneo y adhiriéndose a los linfocitos T4; posteriormente la pared del virus se abre y permite la salida del ARN viral, que por medio de la enzima llamada transcriptasa reversa se transcribe en ADN y se introduce en el núcleo del linfocito, formando parte del código genético de la célula, con lo cual la célula T4 deja de funcionar como defensa del organismo. El virus se replica dentro de la célula huésped hasta que ésta estalla y libera un gran número de virus que infectarán a otros linfocitos T4. Cuando una cantidad importante de células T4 del organismo han sido destruidas a consecuencia de la infección por el virus, las defensas del organismo se encuentran debilitadas y el riesgo de aparición de los síntomas del SIDA es muy elevado (COESIDA Jalisco, 1999; Montagnier, 1993; Pardo, 1998).

Comúnmente se describe la enfermedad en dos etapas: VIH asintomático y SIDA. Cuando una persona contrae la infección del VIH, puede verse y sentirse saludable durante mucho tiempo, ya que aún no se han desarrollado las manifestaciones clínicas. Las investigaciones indican que esta etapa puede durar entre cinco y diez años y que las personas asintomáticas pueden transmitir el VIH (Marchetti et al. 1993).

En México, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, se sigue el criterio de dos resultados de pruebas de tamizaje positivos y prueba

confirmatoria positiva, para diagnóstico de infección por VIH. Se considera a una persona en la etapa de SIDA cuando se ha demostrado la presencia del VIH en su organismo y además tiene las manifestaciones clínicas e inmunológicas específicas del SIDA (Álvarez et al. 2000).

Algunas de las manifestaciones específicas que se presentan en la etapa de SIDA son:

1. Síndrome de desgaste (desgaste físico): pérdida de peso, fiebre, diarrea crónica, debilidad o cansancio, infecciones oportunistas graves y de difícil tratamiento en boca, en piel, en vías respiratorias, digestivas, ojos y otros.
2. Síndromes neurológicos, alteraciones físicas o cambios en el comportamiento del individuo.
3. Cánceres: Sarcoma de Kaposi -cáncer en vasos sanguíneos-, que afecta principalmente la piel y las mucosas como las de la boca y el Linfoma, que es un cáncer del tejido linfático -ganglios, bazo, etcétera- (Álvarez et al. 2000; Marchetti et al. 1993).

2.1.3 FORMAS DE TRANSMISIÓN Y PREVENCIÓN

Las tres formas en que se puede adquirir el virus son: sexual, sanguínea y perinatal, a través de los líquidos corporales que contienen el virus, tales como semen, líquidos vaginales, sangre, leche materna (COESIDA Jalisco, 1998; Montagnier, 1993).

Las secreciones y excreciones corporales que no pueden transmitir la infección por VIH son saliva, sudor, lágrimas, orina y excremento, excepto si alguna de ellas contiene sangre, semen, líquido preeyaculatorio, secreciones cervicovaginales o leche materna, por lo tanto, el VIH no se transmite por besos, abrazos, caricias ni por apretón de manos. Tampoco por compartir cubiertos, alimentos o bebidas; por utilizar sanitarios, manejar dinero, usar regaderas, teléfonos públicos, acudir al cine, albercas, gimnasios, lugar de trabajo, escuela, por contacto casual, utilizar transportes públicos, visitar el hospital o acudir al médico. Tampoco se tiene riesgo de adquirir la infección por el VIH si se dona

sangre, ya que se utiliza material estéril y desechable (COESIDA Jalisco, 1998 y Montagnier, 1993).

Las medidas de prevención van en función de los mecanismos de transmisión del VIH. Para evitar el contagio por vía sexual se conocen 4 formas de prevención: abstinencia, fidelidad mutua (monogamia), sexo seguro (sin penetración), sexo protegido (uso del condón).

Para prevenir la transmisión sanguínea se implementó en México en el mes de mayo de 1986 una norma que prohíbe la venta de sangre y exige el tamizaje de la sangre para VIH. Gracias a este control ha bajado el número de casos por transfusión sanguínea (Marchetti et al. 1993).

Por último, para la transmisión perinatal existe un riesgo promedio del 30% de transmisión del virus de la madre infectada al feto durante el embarazo, a través de la placenta o cordón umbilical; durante el parto por contacto con sangre o fluidos vaginales o después del parto por medio de la leche materna. Por lo tanto las medidas preventivas recomendadas son evitar amamantar al bebé, si es que existen posibilidades de utilizar un sustituto de leche materna y tomar tratamiento antirretroviral (con AZT) durante el embarazo, a partir del tercer mes de gestación (Álvarez et al. 2000; Uribe y Hernández, 1998).

2.1.4 TRATAMIENTO MÉDICO Y ADHERENCIA AL MISMO

El tratamiento antirretroviral ofrece grandes beneficios a las personas que viven con VIH/SIDA, existen 3 grandes grupos de medicamentos: los inhibidores de la transcriptasa reversa análogos a nucleósidos, los inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleósidos y los inhibidores de proteasa (Álvarez et al. 2000).

Cuando se utiliza una combinación potente, que generalmente incluye dos análogos de nucleósidos y un inhibidor de proteasa, el tratamiento se denomina terapia antirretroviral altamente activa (TARAA) (Álvarez et al. 2000).

La TARAA ha logrado mejorar la calidad y cantidad de vida, así como disminuir las infecciones oportunistas y el número de hospitalizaciones, sin embargo su prescripción requiere un amplio entrenamiento del médico tratante, ya que se deben conocer las características de cada medicamento, las posibles combinaciones para la TARAA y los efectos secundarios específicos que provoca cada medicamento, por ejemplo los análogos de nucleósidos pueden provocar náusea, vómitos, neuropatía periférica, cefalea, dolor abdominal, entre otros (Álvarez et al. 2000).

Para iniciar un tratamiento, Álvarez et al. (2000) recomiendan hacerlo sólo cuando el paciente esté convencido y explicarle los objetivos, beneficios y posibles efectos secundarios, además de explicar los horarios de tomas de medicamento y los efectos de la mala adherencia.

Cheever (2000) menciona que la razón más fuerte de la falta de eficacia en el medicamento antirretroviral es la no adherencia, ya que se requiere de una adherencia mayor al 95% para que éste funcione.

El fenómeno de falta de adherencia ha sido ampliamente descrito para muchas enfermedades, se han detectado diferentes áreas en que se manifiesta la falta de adherencia, ejemplo de esto son: faltar a las citas o los errores farmacológicos, tales como no tomar todo el medicamento recetado, no seguir las instrucciones sobre las dosis y frecuencia con la que debe tomarse o bien tomar medicamento no recetado (Meichenbaum y Turk, 1991).

Además, se ha detectado que la complejidad del tratamiento es una variable que afecta fuertemente la adherencia (Epstein y Masek, 1978, en Meichenbaum y Turk, 1991). En tratamientos como la TARAA, es fácil predecir una dificultad en la

adherencia, ya que se requiere de una gran cantidad de pastillas en cada toma, además de diferentes horarios y dosis para cada medicamento. De acuerdo a Stone (1979 en Meichenbaum y Turk, 1991) cuando se requiere tomar 2 o 3 medicamentos la tasa de falta de adherencia es del 25%.

Meichenbaum y Turk (1991) mencionan que la adherencia es mas baja cuando el tratamiento se recomienda en ausencia de síntomas, variable incluida en el tratamiento del VIH/SIDA, ya que en muchas ocasiones el inicio del tratamiento antirretroviral se determina por estudios de laboratorio (CD 4 y Carga Viral) y no por síntomas clínicos.

Como alternativas para lograr una mejor adherencia, Álvarez et al. (2000) mencionan que se debe tomar en cuenta la disponibilidad de los medicamentos a largo plazo y discutir con el paciente el contenido de la dieta, además de hacer ensayos con dulces de diferentes colores simulando los diferentes medicamentos, entregar indicaciones por escrito e interrogar en las siguientes visitas sobre la adherencia.

Asimismo, Meichenbaum y Turk (1991) describen abordajes basados en intervenciones conductuales como alternativas para facilitar el seguimiento de tratamientos terapéuticos, entre ellos se encuentran los auto-registros y los contratos conductuales.

2.1.5 ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Las reacciones psicológicas varían de una persona a otra, presentándose ansiedad, depresión, miedo, negación, ira, frustración, culpa, esperanza, coraje, tensión, aislamiento, entre otras (COESIDA Jalisco, 1998), dependiendo en gran medida de la preparación que haya recibido la persona antes de proporcionarle su diagnóstico. Estudios revisados por Velasco y Sinibaldi (2001) indican que las reacciones psicológicas más frecuentes comprenden ansiedad, miedo, ira, depresión, somatización y negación.

La ansiedad se manifiesta a través de insomnio y problemas de concentración. El miedo se enfoca a las enfermedades oportunistas, al rechazo, al abandono de la familia o amigos y a la muerte. La ira se presenta hacia la persona que lo contagio y hacia sí mismo por el estilo de vida o conductas de riesgo que tenía. Además, los niveles de depresión pueden conducir a desequilibrios psiquiátricos y las somatizaciones causar un mayor estrés a los pacientes ya que sus síntomas físicos no corresponden a su estado de salud (Velasco y Sinibaldi, 2001).

A partir del diagnóstico todas las áreas en la vida del paciente se ven afectadas. Abrego et al. (1998) mencionan que las áreas donde influye el diagnóstico son: la vida sexual del paciente, las expectativas de vida, el tratamiento médico, la notificación a la familia y la relación de pareja. En la medida en que la persona adapte su vida a estas nuevas condiciones, menos áreas se verán afectadas, sin embargo, cuando la persona no cuenta con atención médica y apoyo social y psicológico es frecuente un estado de estrés constante y en muchos casos negación y depresión.

2.2 ESTRÉS

2.2.1 DEFINICIÓN DE ESTRÉS

El término estrés es actualmente muy utilizado en una gran variedad de contextos ya sea para expresar una característica del ambiente ("el estrés del trabajo") o para expresar las reacciones que presenta un individuo ante situaciones particulares. El término proviene de la física y se utiliza para designar la fuerza o resistencia que se produce en el interior de un objeto a consecuencia de una fuerza externa que actúa sobre él. En 1932, W. Cannon fue el primero en utilizarlo aunque de forma poco sistemática en un contexto de salud (Taboada, 1998).

El estudio y uso del término estrés, con carácter técnico se inició en 1936 con Hans Selye, quien lo definió como un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas

ante cualquier forma de estímulo nocivo, es decir como una alteración de la homeostasis (equilibrio) del organismo (Taboada, 1998).

Selye (1978 en Gutiérrez García, 1998) proponía distinguir entre eustrés (buen estrés) y distrés (mal estrés). Consideraba que ambos tenían las mismas respuestas inespecíficas, pero que el eustrés causaba menos daño. Actualmente la aplicación del término estrés se ha generalizado tanto en la investigación como en la vida cotidiana, refiriéndose a lo que Selye llamaba distrés; las reacciones que causa en el cuerpo ya han sido estudiadas, se sabe que el estrés provoca activación autonómica, neuroendocrina, inmunitaria y conductual (Valdés y Flores, 1985)

Lazarus, profesor de la Universidad de California, presentó un modelo transaccional para el estudio del estrés en seres humanos. Define el estrés como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Taboada, 1998).

De acuerdo a esta concepción transaccional para que se produzca una respuesta de estrés debe haber condiciones tanto internas como externas y es la relación entre ellas, lo que genera su aparición y características individuales del estrés. Esto explica porque cada individuo puede responder de manera diferente ante un mismo estímulo y según su historia, experiencias y características personales tender a diferentes interpretaciones y estilos de enfrentamiento ante cada situación (Taboada, 1998).

2.2.2 ESTRÉS EN PACIENTES CON VIH/SIDA

Las investigaciones recientes proporcionan evidencias de que los factores psicológicos, conductuales y ambientales influyen en el funcionamiento del sistema inmunológico en los seres humanos (Sarason y Sarason, 1996). Justice (1987 en Sarason y Sarason, 1996) menciona que hay factores que parecen reducir la efectividad del

sistema inmunológico, tales como la exposición a causantes del estrés múltiple o crónico, soledad, niveles bajos de apoyo social y falta de habilidades para el afrontamiento.

Bayés (1992) menciona que el déficit nutritivo, consumo de tabaco, presencia de infecciones virales latentes, estados emocionales tales como ansiedad y depresión, son factores capaces de debilitar el sistema inmunológico, o perturbar la interacción entre el sistema inmunológico, el sistema endocrino y el sistema nervioso. Se ha comprobado que la desnutrición provoca atrofia del timo, deficiencia severa de los linfocitos T y de los nodos linfáticos en el bazo (Sternberg y Gold, 1997).

Cuando una persona experimenta estrés por un acontecimiento emocional intenso como el diagnóstico de VIH/SIDA, en el organismo se produce una reacción de alarma (Bayés, 1992; Schneiderman et al. 1998; Sikkema, 1998). En este periodo hay una activación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal con liberación de la hormona corticotrópica (ACTH), estimulando las glándulas adrenales y liberando una enorme cantidad de hormonas sobre todo catecolaminas (adrenalina) y glucocorticoides como el cortisol, lo cual conduce a una activación del sistema nervioso simpático y una supresión de la respuesta inmune (Hassig, Liang Wen-Xi y Stampfli, 1996). A través de la inhibición de los linfocitos para la producción de interleucina 2 (IL-2) y de interferón γ (IFN- γ), disminuye la capacidad del organismo de contener las bacterias, virus, por mencionar algunos, lo que aumenta la susceptibilidad a las infecciones (Hassig et al. 1996) (Figura 1).

Las personas que viven con VIH/SIDA generalmente reportan altos niveles de estrés (Sikkema, 1998), ya que en la adquisición y evolución de la infección se producen varias situaciones capaces de suscitarlo. Bayés (1992) plantea las siguientes:

- Cuando la persona ha practicado alguna conducta de riesgo y cree estar infectada.
- Cuando considera hacerse el examen de VIH
- Al tiempo de esperar del resultado del examen

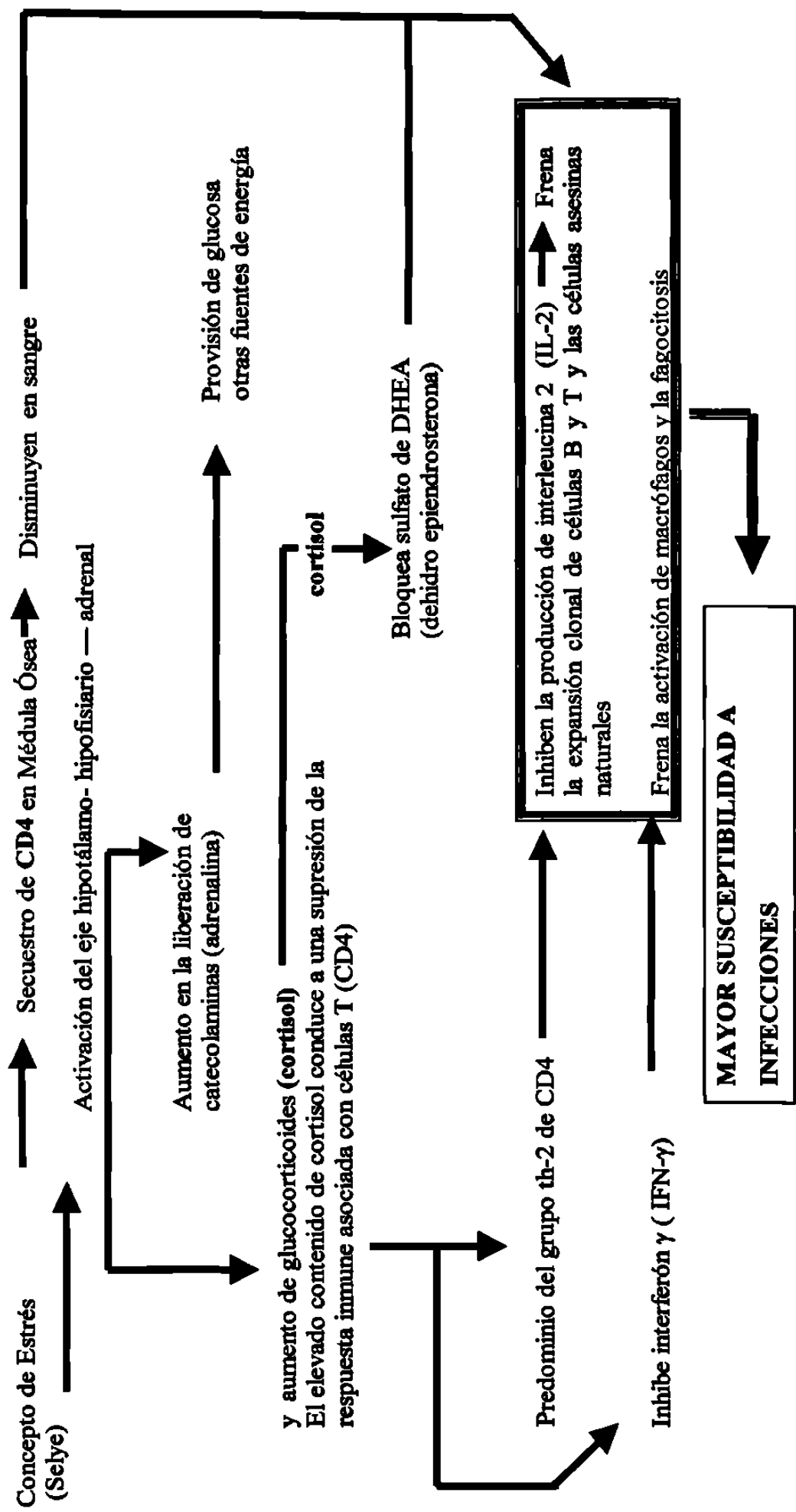


Figura 1: Diagrama del efecto del estrés sobre el sistema inmunológico

Basado en Sternberg y Gold (1997) y Hassig, Liang Wen-Xi y Szyjakowski (1996).

- Al momento del diagnóstico de seropositividad
- Cuando se plantea la necesidad de comunicarlo a la familia
- Cuando la persona percibe o cree percibir un trato diferente por la enfermedad
- Cuando oye hablar del SIDA
- Cuando percibe cualquier sintomatología que suponga el desarrollo del SIDA

Además de las anteriores situaciones generadoras de estrés, Schneiderman et al. (1998) agregan el costo del medicamento y Sikkema (1998) menciona que uno de los acontecimientos más estresantes para las personas que viven con VIH/SIDA es la muerte de la pareja, un familiar o un amigo por SIDA. Esto sin considerar la situación laboral, la vida sexual futura y la comunicación del diagnóstico a la pareja sexual.

El interés por la investigación sobre el efecto del estrés en la progresión a SIDA es reciente; sin embargo, Grassi et al. (1998) citan una serie de investigaciones en las que se indica la relación entre estrés psicológico, trastornos emocionales y estilo pasivo de afrontamiento, con el incremento en conductas de riesgo (tales como sexo no protegido y uso de drogas) y la rápida progresión a SIDA.

Se ha demostrado que el vivir bajo los efectos de estos acontecimientos estresantes puede acelerar la evolución de la enfermedad a la etapa de SIDA. Evans et al. (1997) realizaron un estudio en Carolina del Norte con 93 pacientes VIH positivos asintomáticos donde se encontró que entre más severo es el estrés, mayor será el riesgo de progresión de la enfermedad.

En otro estudio, Leserman et al. (1999) relacionaron el deterioro en la inmunidad con síntomas de depresión y estrés severo. Este estudio fue realizado con 82 hombres infectados con VIH sin síntomas de SIDA. En la misma investigación se relacionó la progresión a SIDA con los acontecimientos vitales estresantes (el 35% evolucionó a SIDA durante el estudio).

Schneiderman et al. (1998) comentan otro estudio realizado por Ironson y colaboradores, investigadores del *Behavioral Medicine Reserch Center* en la Universidad de Miami, donde se encontró que una estrategia de afrontamiento del estrés: la negación (actuar como si nunca se hubiera dado el diagnóstico de seropositividad) era el más alto predictor psicológico de progresión de la enfermedad. Glaser et al. (1999) han encontrado que variables psicológicas además de la negación, como el estrés o la depresión puede predecir la disminución de CD4, progresión a SIDA o muerte.

Tomando en cuenta la perspectiva transaccional del estrés, se concluye que a pesar de que todas las personas reaccionan ante el estrés, la fuerza y patrón de estas reacciones depende tanto de la naturaleza del estímulo (acontecimientos vitales estresantes), como de las características biológicas del individuo, su personalidad y experiencias de vida; estas variables influyen en la valoración que hace el individuo de la situación y los mecanismos de afrontamiento para manejar el estrés (Sarason y Sarason, 1996). En este sentido algunos reportes muestran relación entre las estrategias de afrontamiento inefectivas y variables severas tales como bajo apoyo social, factores de personalidad (autoestima baja, autocontrol pobre) y alta ocurrencia de eventos estresantes. El estudio realizado por Grassi et al. (1998) muestra que la progresión a SIDA es más frecuente en pacientes que adoptan una actitud pasiva o fatalista en la forma de afrontar los eventos estresantes.

2.2.3 MANEJO DEL ESTRÉS

Para las personas que viven con VIH/SIDA aprender a manejar las situaciones que generan estrés puede disminuir la negación y la depresión, además de facilitar la adherencia a tratamientos médicos (Schneiderman et al. 1998), mejorar su calidad de vida y retrasar la progresión a SIDA.

Por lo tanto, en el tratamiento del estrés, se hace necesario modificar la valoración que hace el individuo de la situación, así como fortalecer los mecanismos de afrontamiento al estrés en las personas que viven con VIH; ofreciendo la Terapia Cognitivo-Conductual alternativas para lograr este objetivo.

Sikkema (1998) describe un modelo de intervención cognitivo-conductual (*Living Beyond Loss*) para personas con VIH o familiares que han sufrido la pérdida de un familiar, la pareja o un amigo por SIDA. El modelo incluye desarrollo de apoyo social y cohesión del grupo, identificación y expresión de emociones relacionadas con el VIH y pérdidas, identificación de habilidades específicas para el afrontamiento de dificultades de vivir con la infección por VIH y duelo del SIDA, identificación de estrategias actuales de afrontamiento, establecimiento de metas e implementación de estrategias adaptativas de afrontamiento para reducir el estrés psicológico. La intervención tiene una duración de 12 semanas y en un estudio piloto se demostró que esta intervención reduce el estrés psicológico y las reacciones de duelo.

Schneiderman et al. (1998) describen otra intervención para personas que viven con VIH. (*Cognitive Behavioral Stress Management –CBSM-*) basada en el supuesto de que el control del estrés desde el modelo cognitivo-conductual puede ser un factor importante para la mejoría en la calidad de vida y la disminución de síntomas, ya que la intervención psicológica puede ser determinante en la adherencia al tratamiento, modificación de conductas de riesgo, incremento o mantenimiento de apoyo social, además de que la relajación podría atenuar el impacto de los estresores en el sistema inmune en las personas que viven con VIH.

La intervención tiene una duración de diez semanas y se realiza entrenamiento en habilidades asertivas, estrategias de cambio conductual, reestructuración cognitiva, además de información sobre los aspectos psicológicos y sociales del estrés, la naturaleza de la transmisión del VIH y su asociación con conductas de riesgo (Schneiderman et al. 1998).

Este modelo se ha empleado en varias ocasiones, Lutgendorf et al. (1998) aplicaron la intervención CBSM a 22 sujetos y se encontró un incremento significativo en apoyo social ($p < .01$) al comparar con el grupo control (18 sujetos). Cruess et al. (2000) aplicaron esta intervención a 30 sujetos, utilizando como medida los niveles de cortisol en saliva, realizaron tres mediciones a lo largo de las 10 semanas de intervención y encontraron reducciones estadísticamente significativas en el cortisol ($F(2,18) = 4.78, p < .05$).

Además Schneiderman et al. (1998), mencionan que en las diferentes aplicaciones que han realizado del CBSM, se ha encontrado que después del entrenamiento disminuye el estrés, la depresión y la negación, además de que se incrementa el uso de estrategias de afrontamiento y el apoyo social.

Un ejemplo más de intervenciones que utilizan el enfoque cognitivo-conductual es el estudio realizado por Inouye, Flannelly y Flannelly (1998), donde a través de un programa de 7 semanas, se incluye entrenamiento en relajación, habilidades cognitivo-conductuales, solución de problemas, manejo de ansiedad y depresión. En este estudio se encontró que, en comparación con el grupo control, había una reducción significativa de la ansiedad ($p < .05$).

Estas intervenciones que han utilizado la Terapia Cognitivo-Conductual como modelo para el manejo del estrés en personas que viven con VIH/SIDA (Antoni et al. 2000; Cruess et al. 2000; Greenwood, Antoni, West y Byrnes, 1997; Lutgendorf et al. 1997; Lutgendorf et al. 1998), emplean en sus intervenciones como técnica común el entrenamiento en relajación.

Las técnicas utilizadas en estas intervenciones pueden formar parte de una estrategia cognitivo-conductual más amplia: el Adiestramiento en Inoculación de Estrés.

2.2.4 ADIESTRAMIENTO EN INOCULACIÓN DE ESTRÉS

El Adiestramiento en Inoculación de Estrés (AIE) es una estrategia cognitivo-conductual, descrita por primera vez por Meichenbaum y Cameron en 1972 en un escrito no publicado de la Universidad de Waterloo (Muñoz y Pérez, 1997), donde describe el AIE como una técnica para la prevención y control del estrés, la ansiedad, la ira o el dolor, a través del entrenamiento en habilidades.

En esta estrategia se considera al estrés como el resultado de una transacción, influido tanto por el individuo como por el entorno. En ella, se presupone que el individuo no es una víctima del estrés ambiental, sino que su manera de apreciar los acontecimientos estresantes y sus propios recursos y opciones de afrontamiento es lo que determina la naturaleza de estrés (Meichenbaum, 1988).

Actualmente se aplica a una gran diversidad de trastornos (estrés postraumático, cefaleas y otros), así como en todos aquellos problemas en los que una persona perciba que para él son fuente de estrés (Baro, 1998).

La intervención se lleva a cabo principalmente en dos niveles: cognición (lo que piensa la persona de la situación estresante, como la interpreta, sus experiencias anteriores), conductual (comportamiento en la situación estresante); sin olvidar la relación con el ambiente (que hacen otros que influye en la situación) y las variables biológicas (activaciones endocrinas, neuronales e inhibición en el sistema inmune). El control de estrés desde esta perspectiva se caracteriza por la enseñanza de habilidades de afrontamiento específicas (relajación y asertividad, entre otras) y el análisis cuidadoso de la situación estresante para adecuar las técnicas a la situación particular; además considera la adquisición de habilidades para enfrentar situaciones futuras de estrés (Meichenbaum, 1988).

En el AIE se propone promover habilidades de afrontamiento y reforzar la resistencia mediante la exposición a estímulos que sean lo bastante fuertes para

desencadenar defensas, sin que sean tan poderosos para vencerlas; de esta manera la persona podrá enfrentar situaciones futuras.

Meichenbaum (1988) divide el AIE en tres fases:

Fase I: Conceptualización o educativa.

Fase II: Adquisición y entrenamiento de habilidades

Fase III: Aplicación y consolidación de las habilidades (Tareas para casa).

La primera fase: *Conceptualización o educativa* tiene como objetivos establecer una relación de colaboración con la persona que recibirá el entrenamiento, comentar los síntomas o problemas centrándose en el análisis de la situación, recoger información, evaluar las expectativas del paciente y establecer objetivos, instruir sobre la naturaleza transaccional del estrés reconceptualizando las reacciones de estrés de la persona (basado en el hecho de que son más efectivos los programas de adiestramiento que influyen en la interpretación que hace el individuo acerca de los estresores y de los recursos de afrontamiento) y prever las resistencias o posibles motivos de no adherencia al tratamiento.

En la segunda fase, como su nombre lo indica se trabaja en la adquisición de habilidades para afrontar el estrés, las técnicas varían de acuerdo a la población y se pueden clasificar en dos tipos de técnicas. Las *técnicas instrumentales* (centradas en el problema) como resolución de problemas, adiestramiento en comunicación y habilidades sociales, control del tiempo, cambios en el estilo de vida, entre otras. Y las segundas las *técnicas paliativas* (centradas en regular la emoción, cuando la situación o el entorno no se pueden modificar o alterar) como desvío de atención, negación, expresión del afecto o adiestramiento en relajación.

Regularmente se inicia la intervención con el entrenamiento en relajación y se incluyen las estrategias cognitivas para controlar la naturaleza de los pensamientos y sentimientos acompañantes que tiene la persona y evocar pensamientos, sentimientos e interpretación de los acontecimientos.

La tercera fase de *aplicación y consolidación de habilidades* tiene como objetivo estimular a la persona para que ponga en práctica sus respuestas de afrontamiento a las situaciones de la vida diaria y acrecentar las oportunidades de generalizar el cambio. En esta fase se emplean técnicas como ensayos conductuales, modelamiento o exposición graduada en vivo. Además se planea el seguimiento y prevención de recaídas.

El AIE se ha aplicado a una amplia variedad de situaciones, por ejemplo el control de la ansiedad en estudiantes, donde diferentes autores han demostrado su efectividad. Hains y Szujakowski (1990), Hains (1992) y Hains y Ellmann (1994) aplicaron un programa de 13 sesiones que incluían las tres fases del AIE, en las que se utilizaron tanto trabajo en grupo como individual, pero en las sesiones de grupo se introducían las técnicas de reestructuración cognitiva, solución de problemas y manejo de ansiedad. Se trabajó con el diseño de grupo control y en los tres se encontró una disminución de la ansiedad en comparación con el grupo control.

Otro trabajo con adolescentes con autorreportes de síntomas de ansiedad realizado por Kiselica, Baker, Thomas y Reedy (1994), mostró una disminución significativa del estrés al aplicar el AIE en ocho sesiones, donde se utilizaban las técnicas de relajación y reestructuración cognitiva. En este estudio también se trabajó con el diseño de grupo control.

Maag y Kotlash (1994) hacen una revisión de estudios donde se aplicó el AIE a niños o adolescentes y citan ocho estudios donde se encontraron resultados positivos. Además, Hembree (1988 en Muñoz y Pérez, 1997), realizó un meta análisis, donde reúne 562 estudios solamente en el área de la ansiedad ante exámenes, donde se pone de manifiesto la utilidad del AIE en este contexto.

Muñoz y Pérez (1997) citan una gran variedad de trabajos donde el AIE se ha empleado en el manejo de situaciones como miedo a hablar en público, ansiedad interpersonal, vulnerabilidad a las críticas, los trastornos de pánico con o sin agorafobia, en estrés post-traumático y control de ansiedad ante las pruebas en deportistas. Además,

Meichenbaum (1988) describe ejemplos de la aplicación del AIE en atletas y grupos laborales como policías, maestros y enfermeras.

Respecto a las aplicaciones médicas, Meichenbaum (1988) y Muñoz y Pérez (1997) mencionan trabajos donde el AIE ha sido aplicado en control de dolor para pacientes que se someten a intervenciones médicas dolorosas, exploraciones dentales, en pacientes con diversas problemáticas como dolor de cabeza, dismenorrea, cáncer, dolores de espalda, artritis y quemaduras.

Una de las aplicaciones más relevantes para los propósitos de este estudio es en el ámbito de la prevención y el tratamiento de los efectos del estrés en enfermedades médicas, como causa, mantenedor o consecuencia, en este sentido lo han utilizado autores como Elsesser (1994), Labrador (1992), Philips (1988), Randich (1982) y Warner y Swenson (1991), todos citados por Muñoz y Pérez (1997).

La efectividad de esta estrategia ha sido avalada en estudios de revisión. Muñoz y Pérez (1997) comentan que desde el primer trabajo con AIE se han publicado más de 200 informes con resultados positivos y se han realizado miles de aplicaciones que demuestran su eficacia en distintos campos. Además, citan los hallazgos de los estudios realizados por Meichenbaum en 1993 y Rosenthal en 1991; el primero encontró resultados favorables para la eficacia del AIE, al revisar alrededor de 200 estudios clínicos y de laboratorio; el segundo realizó una revisión desde 1972 hasta 1995 donde se comprueba la eficacia del AIE en 37 estudios con hipótesis distintas relacionadas con la eficacia del AIE en el control de la ansiedad. Asimismo, estos autores mencionan que en todos los trabajos de revisión realizados en los últimos años se ha demostrado la eficacia del AIE en el control de la ansiedad.

CAPITULO 3

PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO EN INOCULACIÓN DE ESTRÉS PARA PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA

Como se comenta en la justificación, no se han encontrado datos de la aplicación del AIE en personas que viven con VIH, sin embargo los trabajos con técnicas cognitivo-conductuales para el manejo del estrés en personas que viven con VIH/SIDA sugieren que esta estrategia puede resultar efectiva para mejorar las habilidades de afrontamiento y reducir el estrés.

En este estudio se utilizaron las tres fases del AIE y se proporcionó un cuaderno de trabajo (*Apéndice 3*) donde se incluye información e instrucciones para los ejercicios que se realizaron dentro y fuera de sesiones

En la fase 1 se educó a los participantes en la perspectiva transaccional del estrés, así como en la relación del estrés con el sistema inmune.

Para la selección de técnicas a trabajar en la fase 2 se retomaron las situaciones incluidas en la escala SFPE (*Apéndice 1*) así, se trabajó en la adquisición de 4 habilidades: relajación, asertividad, reestructuración cognitiva y solución de problemas.

Se consideró que para afrontar situaciones como sentir cualquier sintomatología que suponga el desarrollo de la enfermedad, notar signos de avance en el daño de su organismo, ver enfermar o morir de SIDA a otra persona y oír hablar del padecimiento, se requeriría de relajación. Para situaciones como enfrentar problemas en el trabajo por la enfermedad y comunicar el diagnóstico de VIH a la familia de origen o a la pareja sexual, se podría utilizar la asertividad. Otras situaciones como percibir un trato

diferente por parte de compañeros de trabajo, familia o amigos, se pueden enfrentar a través de la asertividad, la relajación y la reestructuración cognitiva. Y por último situaciones como pensar en la vida sexual futura satisfactoria realizarse los exámenes de CD4 o Carga Viral pensar en el costo del medicamento, saber de la muerte por SIDA de la pareja, un familiar o un amigo se pueden enfrentar con relajación y reestructuración cognitiva. Los ejercicios de solución de problemas se consideran útiles en todas las situaciones mencionadas.

La fase 2 se inició con relajación, como recomienda Meichenbaum (1988) y se retomaron algunos ejercicios propuestos en el manual para la terapia cognitivo-conductual en grupos de Sank y Shaffer (1993). Esta fase es la de mayor duración, ya que se requiere un periodo de tiempo más largo para adiestrar a los sujetos en la utilización de estrategias de afrontamiento de estrés (Muñoz y Pérez, 1997).

Por último, la fase 3 de consolidación de habilidades, donde se motivó a los participantes para que aplicaran las técnicas en situaciones reales y se retroalimentó este trabajo en las últimas sesiones.

Tradicionalmente se considera que una intervención breve va de 10 a 12 sesiones, sin embargo hay estudios en que se trabajan programas desde 7 sesiones (Inouye, et al. 1998), hasta programas de 15 sesiones (Sank y Shaffer, 1993) siguiendo el modelo cognitivo-conductual. La duración de esta intervención, para personas que viven con VIH/SIDA, fue de 8 sesiones, debido a que se consideró necesario ajustar el programa a una duración que permitiera mayor permanencia de los sujetos experimentales. Además, al tomar en cuenta que el AIE ha demostrado cierta eficacia con sólo algunos minutos de aplicación (Jaremko, 1979 en Muñoz y Pérez, 1997) no se consideró que la aplicación en 8 sesiones afectara la efectividad del adiestramiento.

Para iniciar la intervención, se realizó una sesión informativa, previa a la intervención, para invitar a los sujetos a participar en el estudio, en esta sesión se inició el *rapport* con la presentación de la instructora y preguntando al grupo sus nombres y la

forma en que se enteraron de esta reunión. Enseguida se explicó que la razón de la cita era invitarlos a participar en un grupo para aprender diferentes formas de manejar el estrés que provocan las situaciones relacionadas con la infección por VIH, para después mencionar brevemente lo que se entiende por estrés, además de explicar que se trabajaría en forma de taller, siguiendo la dinámica de entrenamiento en competencias y práctica en casa, durante 8 sesiones que se llevarían a cabo los sábados, en el horario acordado por el grupo.

Enseguida se les pidió que llenaran los cuestionarios de evaluación, se aclararon las dudas y se mencionó la importancia de asistir a todas las reuniones, de guardar el material que se les proporcionó y mantener la confidencialidad de lo tratado por los miembros del grupo. A continuación se presenta el programa completo por sesiones:

SESIÓN 1

Primera Fase del Adiestramiento en Inoculación de Estrés

Objetivos: Establecer una relación de colaboración con el grupo.

Instruir sobre la naturaleza transaccional del estrés

Explicar la relación entre el sistema inmunológico y el estrés

Que el grupo conozca las técnicas que se aprenderán en el adiestramiento

Procedimiento:

1. Asistencia.
2. La instructora del grupo aclara las dudas que pudieran surgir respecto a la forma de trabajo.
3. Se pide al grupo que se presente diciendo su nombre y una de sus cualidades que inicie con la misma letra que su nombre.
4. Se establecen como reglas del grupo la confidencialidad, respeto a la opinión de los demás, puntualidad y obligación de avisar en caso de no poder asistir a alguna sesión.
5. Se proporcionan al grupo cuadernos de trabajo donde se realizan todos los ejercicios dentro y fuera de sesión.

6. Se pide al grupo que escriban una situación en la que se hayan sentido víctimas del estrés, de preferencia relacionada con la enfermedad.
7. Explicación de la perspectiva transaccional del estrés con ejemplos de la vida cotidiana y ejemplos de situaciones referentes a la enfermedad.
8. Después, se pide que describan la misma situación de acuerdo a la perspectiva transaccional del estrés.
9. Comentar con el grupo formas comunes pero en ocasiones inefectivas para controlar el estrés (como comer o dormir).
10. Explicación de la relación entre el estrés y el sistema inmunológico.
11. Comentar que el problema no es el estrés, sino como nos sentimos controlados por él debido a que las estrategias que usamos para controlarlo no son del todo efectivas y que durante el trabajo de grupo se aprenderán formas nuevas de afrontar el estrés.
12. Pedir al grupo que escriban una lista de situaciones actuales que causan estrés, con las formas actuales para afrontarlo (separando efectivas de inefectivas) y una lista de situaciones que causan estrés pero que no ocurren actualmente, sino que podrían suceder en un futuro (este trabajo se completará en casa), dar ejemplos.
13. Explicar brevemente las cuatro estrategias que se abordan durante el adiestramiento.
14. Presentación de la técnica de relajación como una alternativa para reflexionar las situaciones conflictivas.
15. Práctica de relajación muscular profunda (RMP).
16. Retroalimentación de la RMP
17. Cerrar la sesión con un resumen de lo tratado (pidiendo al grupo que comente lo mas importante de la sesión).

Compromisos para la siguiente sesión:

1. Revisar y completar la lista de situaciones actuales que causan estrés, con las formas actuales para afrontarlo (separando efectivas de inefectivas) y la lista de situaciones que causan estrés pero que no ocurren actualmente, sino que podrían suceder en un futuro.

SESIÓN 2

Segunda Fase del Adiestramiento en Inoculación de Estrés

Técnica: Relajación Muscular Profunda (RMP) y Reestructuración Cognitiva

Objetivos: Instruir sobre la naturaleza transaccional del estrés

Conocer las estrategias de afrontamiento que utilizan los miembros del grupo para afrontar su estrés actual.

Aprender a identificar los pensamientos automáticos

Procedimiento:

1. Asistencia.
2. Breve resumen del contenido de la sesión anterior, aclarando las dudas.
3. Revisión de los compromisos establecidos para esta sesión comentando dudas y dificultades en su realización.
4. Revisión grupal de las estrategias de afrontamiento utilizadas por el grupo (ventajas y desventajas, posibles causas de ineffectividad).
5. Presentación de la técnica de relajación como una alternativa para reflexionar las situaciones conflictivas y concepto de USAs (Unidades Subjetivas de Ansiedad).
6. Práctica de relajación muscular profunda.
7. Indicar página en el cuaderno de trabajo del instructivo para realizar la RMP en casa.
8. Explicar el concepto de pensamientos automáticos y la relación de interdependencia con los factores ambientales, biofísicos y conductuales en las situaciones de estrés (utilizando ejemplos de situaciones cotidianas y situaciones específicas a enfrentar por personas que viven con VIH/SIDA).
9. Ejemplificar la forma de detectar los pensamientos automáticos con ejemplos de la vida cotidiana y respondiendo a las preguntas ¿qué pienso antes?, ¿qué pienso durante? y ¿qué pienso después de la situación que me genera estrés?
10. Se procede a realizar los ejercicios correspondiente en el cuaderno de trabajo
11. Se cierra la sesión indicando que esta técnica requiere de la práctica constante y se comenta la opción de contactar a otros miembros del grupo en caso de

necesitar apoyo, invitando a quien esté dispuesto a hacerlo que levante su mano y proporcione su teléfono al resto del grupo.

Compromisos para la siguiente sesión:

1. Practicar al menos una vez al día la RMP
2. Registrar de 5 a 10 pensamientos automáticos que hayan provocado sensaciones desagradables en el transcurso de la semana.

SESIÓN 3

Segunda Fase del Adiestramiento en Inoculación de Estrés

Técnica: Reestructuración Cognitiva

Objetivos: Reforzar el aprendizaje anterior acerca de la relación entre estrés y sistema inmunológico

Aprender a contrarrestar los pensamientos automáticos

Procedimiento:

1. Asistencia.
2. Breve resumen del contenido de la sesión anterior, aclarando las dudas.
3. Revisión de los compromisos establecidos para esta sesión.
4. Dar ejemplos de cómo contrarrestar los pensamientos automáticos cuestionando su veracidad y analizando las reacciones posteriores.
5. A continuación se dará la opción de trabajar en parejas o en forma individual para hacer un ejercicio escrito, en el que se cuestionará alguno de los pensamientos automáticos.
6. Retroalimentación del ejercicio.
7. Se cierra la sesión indicando que esta técnica requiere de la práctica constante y se comenta la opción de contactar a otros miembros del grupo en caso de necesitar apoyo, invitando a quien esté dispuesto a hacerlo que levante su mano y proporcione su teléfono al resto del grupo.
8. Si el tiempo lo permite realizar una práctica de RMP

Compromisos para la siguiente sesión:

1. Practicar al menos cada tercer día la RMP

2. Detectar al menos tres pensamientos automáticos y cuestionarlos, el ejercicio debe hacerse por escrito.

SESIÓN 4

Segunda Fase del Adiestramiento en Inoculación de Estrés

Técnica: Reestructuración Cognitiva

Objetivos: Reforzar el aprendizaje anterior acerca de los pensamientos automáticos, además de aprender otras formas de contrarrestarlos.

Procedimiento:

1. Asistencia.
2. Breve resumen del contenido de la sesión anterior, aclarando las dudas.
3. Revisión de los compromisos establecidos para esta sesión.
4. Pedir a un voluntario que comparta alguna situación relacionada con la enfermedad, en la que se haya producido un pensamiento automático para trabajar en forma grupal. En caso de que no haya voluntario la instructora planteara alguna de las situaciones de la Escala de Medición de Situaciones Futuras Potencialmente Estresantes, que haya sido catalogada por los miembros del grupo como causante de estrés grave.
5. Pedir al grupo que escojan una de las situaciones actuales que les causen estrés, de las escritas en su cuaderno de trabajo como tarea de la primera sesión.
6. Explicar a los miembros del grupo que el siguiente ejercicio consistirá en que cada participante mencionará los pensamientos y sensaciones que le produce la situación generadora de estrés seleccionada para que el grupo indique la forma de contrarrestar los pensamientos automáticos y busque pensamientos que ayuden a disminuir el estrés. Dar la opción de trabajar el ejercicio de forma anónima, donde la situación se escribiría en una tarjeta y cada miembro del grupo escogería una tarjeta al azar y hablaría de la situación como si fuera propia.

7. Cerrar la sesión indicando que con la práctica esta alternativa de cuestionar los pensamientos que provocan sensaciones desagradables se hará en forma automática.
8. Se comenta que en caso de necesitar una sesión individual al término de esta sesión podrán hacer la cita con la instructora.

Compromisos para la siguiente sesión:

1. Hacer al menos un ejercicio igual al practicado durante la sesión pero con alguna de las situaciones de estrés futuras.
2. Revisar la lista de situaciones actuales que causan estrés y la lista de situaciones que causan estrés, pero que no ocurren actualmente, sino que podrían suceder en un futuro y agregar otras situaciones que no se hayan mencionado, para entregar una copia a la instructora en la siguiente sesión.

SESIÓN 5

Técnica: Entrenamiento en asertividad

Objetivos: Conocer y practicar el entrenamiento en asertividad para utilizarlo en situaciones como relaciones interpersonales y la comunicación de su diagnóstico a otras personas.

Procedimiento:

1. Asistencia.
2. Breve resumen del contenido de la sesión anterior, aclarando las dudas.
3. Revisión de los compromisos establecidos para esta sesión.
4. Dar retroalimentación de los ejercicios hechos en casa.
5. Ejemplificar los tres estilos de comunicación –asertivo, agresivo y pasivo-, para de esta forma explicar que existen diferentes formas de comunicar el mismo mensaje y que cada una tiene resultados diferentes.
6. Introducir el concepto de asertividad, diferenciándolo de agresividad y pasividad.
7. Mencionar la relación entre comportamiento no asertivo y síntomas de tensión como dolores de cabeza, trastornos gástricos, dolores de espalda, entre otros.

8. **Enfatizar la necesidad de combatir pensamientos automáticos que dificulten el comportarse asertivamente, tales como: “mi opinión no es importante” o “si digo lo que pienso se reirán de mí”.**
9. **Explicar que el comportamiento asertivo incluye: contacto visual, expresión facial, gestos y postura corporal, tono, inflexión y volumen de la voz, contenido y tiempo o momento en el que se expresa el comentario.**
10. **Discutir situaciones donde se pueda utilizar la asertividad, ventajas y desventajas.**
11. **Cerrar la sesión con los compromisos y con el comentario de la importancia de practicar las habilidades aprendidas.**

Compromisos para la siguiente sesión:

1. **Registrar el número de veces en que se utiliza la relajación.**
2. **Registrar y combatir los pensamientos automáticos que obstaculizarían el comportamiento asertivo.**
3. **Escribir situaciones relacionadas con la enfermedad, que se vivan actualmente y en las que sería favorable utilizar el comportamiento asertivo, por ejemplo preguntar al medico sobre los efectos secundarios del medicamento o informarle a alguien de su enfermedad. Aclarar que estas situaciones se trabajarán en la siguiente sesión.**

SESIÓN 6

Segunda Fase del Adiestramiento en Inoculación de Estrés

Técnica: Entrenamiento en asertividad

Objetivos: Conocer y practicar el entrenamiento en asertividad para utilizarlo en situaciones como relaciones interpersonales y la comunicación de su diagnóstico a otras personas

Procedimiento:

1. **Asistencia.**
2. **Breve resumen del contenido de la sesión anterior, aclarando las dudas.**
3. **Revisión de los compromisos establecidos para esta sesión.**

4. Retroalimentación acerca de los pensamientos automáticos, la RMP y dudas sobre la asertividad.
5. Recordar los elementos de la asertividad.
6. Discutir situaciones donde se pudo utilizar la asertividad y no se ha utilizado. En caso de contar con tiempo suficiente realizar un juego de roles, para practicar la asertividad.
7. Se cerrará la sesión preguntando si han establecido contacto entre ellos fuera de las sesiones y se invitará a quienes no lo hayan hecho a contactar a otros miembros del grupo en caso de necesitar apoyo, pidiendo a quien esté dispuesto a hacerlo que levante su mano y proporcione su teléfono al resto del grupo.

Compromisos para la siguiente sesión:

1. Registrar en que situaciones durante la semana practican las técnicas aprendidas y en que situaciones hubo la oportunidad de aplicarlas y los obstáculos por los que no se aplicó.

SESIÓN 7

Segunda Fase del Adiestramiento en Inoculación de Estrés

Técnica: Solución de problemas

Objetivo: Proporcionar a los miembros del grupo un modelo para resolver sus problemas actuales y futuros.

Procedimiento:

1. Asistencia.
2. Breve resumen del contenido de la sesión anterior, aclarando las dudas.
3. Revisión de los compromisos establecidos para esta sesión.
4. Introducir el modelo de solución de problemas.
5. Dar un ejemplo de una situación sencilla como escoger la ropa para usar en el día.
6. Pedir que cada miembro del grupo defina un problema real y sus objetivos. El problema puede ser relacionado con la enfermedad, con el trabajo o con las relaciones interpersonales.

7. Pedir al grupo que formen equipos de tres personas para desarrollar el modelo de solución de problemas, en las situaciones de cada uno de los miembros del equipo, para después compartir con el grupo las alternativas de solución y las dificultades en la aplicación del modelo.
8. Discutir las dificultades encontradas en el modelo.
9. Cerrar la sesión indicando que las últimas sesiones son de fortalecimiento en las técnicas aprendidas.

Compromisos para la siguiente sesión:

1. Escribir las situaciones de estrés u otras situaciones problemáticas relacionadas con la enfermedad, que les gustaría trabajar en las últimas sesiones.
2. Registrar en que situaciones durante la semana se practican las técnicas aprendidas y en que situaciones hubo la oportunidad de aplicarlas y los obstáculos por los que no se aplicó.

SESIÓN 8

Tercera Fase del Adiestramiento en Inoculación de Estrés

Tema: Fase de aplicación y consolidación. Cierre y aplicación de evaluación final.

Objetivo: Generalizar el aprendizaje de las técnicas de manejo de estrés a otras situaciones no manejadas en las sesiones.

Procedimiento:

1. Asistencia.
2. Breve resumen del contenido de la sesión anterior, aclarando las dudas.
3. Revisión de los compromisos establecidos para esta sesión.
4. Introducir el modelo de solución de problemas
5. Trabajar con situaciones que el grupo comente de los compromisos para esta sesión, de acuerdo al modelo de solución de problemas, planteando entre las alternativas de solución las técnicas aprendidas y realizando ensayos conductuales.
6. Trabajar en aclaración de dudas.

Procedimiento de evaluación final:

1. Breve resumen del contenido de las sesiones.
2. Comentar el cumplimiento de expectativas, retroalimentación del curso (buscando las situaciones más agradables y más difíciles de enfrentar durante el mismo).
3. Aplicar las evaluaciones finales.
4. Invitar al grupo a estar en comunicación y hablar de la posibilidad de volverlos a contactar para hacer un seguimiento después de algunos meses.

CAPITULO 4

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

4.1 OBJETIVOS

4.1.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar, implementar y comprobar la eficacia de un programa de Adiestramiento en Inoculación de Estrés, como un modelo de intervención cognitivo-conductual para disminución del estrés actual y del estrés percibido ante situaciones futuras potencialmente estresantes, en población con VIH/SIDA, a través del incremento en habilidades de afrontamiento. Asimismo, estudiar las diferencias entre las personas con VIH y las personas en etapa de SIDA, en la respuesta a la intervención.

El objetivo general se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

4.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1. Identificar el nivel de estrés que enfrentan los pacientes con VIH/SIDA; así como las situaciones futuras potencialmente estresantes, antes del tratamiento.**
- 2. Evaluar la eficacia del AIE en pacientes con VIH/SIDA para disminuir el estrés actual.**
- 3. Evaluar la eficacia del AIE en pacientes con VIH/SIDA para disminuir el estrés percibido ante situaciones futuras potencialmente estresantes.**
- 4. Estudiar las diferencias entre pacientes VIH asintomáticos y pacientes con SIDA en la respuesta a la intervención, a través de los puntajes de estrés actual y el estrés percibido ante situaciones futuras potencialmente estresantes.**

4.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

No se formuló pregunta de investigación o hipótesis para el primer objetivo, ya que es descriptivo, las preguntas de investigación formuladas a partir de los otros tres objetivos son las siguientes:

1. ¿Cuál es el efecto del AIE sobre el estrés actual de personas que viven con VIH/SIDA?
2. ¿Cuál es el efecto del AIE sobre el estrés percibido ante SFPE de personas que viven con VIH/SIDA?
3. ¿Existen diferencias en la respuesta a la intervención, de acuerdo a la etapa de la enfermedad?

4.3 HIPÓTESIS

4.3.1 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

En respuesta a las dos primeras preguntas de investigación y con base en los estudios citados en el marco teórico que siguen el modelo cognitivo-conductual para el manejo del estrés en pacientes con VIH/SIDA (Antoni et al. 2000; Cruess et al. 2000; Inouye et al. 1998; Schneiderman et al. 1998; Sikkema, 1998) y a los estudios que demuestran la efectividad del AIE en diferentes poblaciones (Maag y Kotlash, 1994; Meichenbaum, 1988; Muñoz y Pérez, 1997) se plantearon las siguientes hipótesis:

1. La intervención basada en el Adiestramiento en Inoculación de Estrés aplicado a población VIH/SIDA disminuye significativamente el estrés actual.
2. La intervención basada en el Adiestramiento en Inoculación de Estrés aplicado a población VIH/SIDA disminuye significativamente el estrés percibido ante situaciones futuras potencialmente estresantes.

Como respuesta a la tercer pregunta de investigación se planteó la siguiente hipótesis:

3. Las personas con VIH asintomáticos y con SIDA tienen una respuesta equivalente a la intervención, medida a través de los puntajes de estrés actual y el estrés percibido ante situaciones futuras potencialmente estresantes.

Esta hipótesis esta basada en el estudio de Koopman et al. (2000), donde se evaluaron 147 personas con VIH/SIDA y no encontraron diferencias en el estrés percibido entre personas con VIH y personas con SIDA. Los autores de este estudio le atribuyen los resultados encontrados, al hecho de que no se incluyeron personas severamente enfermas.

4.3.2 HIPÓTESIS NULAS

1. La intervención basada en el Adiestramiento en Inoculación de Estrés aplicado a población VIH/SIDA no disminuye significativamente el estrés actual.
2. La intervención basada en el Adiestramiento en Inoculación de Estrés aplicado a población VIH/SIDA no disminuye significativamente el estrés percibido ante situaciones futuras potencialmente estresantes.
3. Las personas con VIH asintomáticos y con SIDA difieren en su respuesta a la intervención, medida a través de los puntajes de estrés actual y el estrés percibido ante situaciones futuras potencialmente estresantes.

CAPITULO 5

MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio experimental (de intervención clínica), con un diseño preexperimental preprueba - postprueba, aplicado a pacientes VIH/SIDA.

No se utilizó grupo control por consideraciones tanto técnicas como éticas. Por una parte, resultaría complejo el formar y mantener en seguimiento grupos equivalentes al de intervención en cuanto a niveles de estrés y variables sociodemográficas, dada la dificultad de reunir a los sujetos para el estudio. Por otra parte, el SEA valora como poco ético el privar de tratamiento al grupo control. La ausencia de estos controles limita las inferencias en relación al objetivo de probar la eficacia de la intervención, limitación inherente a todo diseño preexperimental.

5.2 SUJETOS EXPERIMENTALES

Se trabajó con 10 sujetos de género masculino con VIH/SIDA (5 en etapa de VIH asintomático y 5 en etapa de SIDA), de edades 22 a 42 años (promedio de edad 32 años); 6 de preferencia homosexual, 3 heterosexual y 1 bisexual; 8 de los sujetos eran solteros, 1 divorciado y 1 casado. Todos con escolaridad mayor a secundaria y cobertura médica de alguna institución pública.

5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

Criterios de inclusión:

- Pacientes con VIH o con SIDA ambulatorios del sexo masculino, que son atendidos en el ISSSTE regional o el Servicio Especializado de Atención del Hospital Metropolitano, o que pertenecen a la Organización No Gubernamental (ONG) Grupo de Autoapoyo el Roble, A.C.
- Pacientes con puntuación de la escala de Karnofski mayor a 70 en el grupo de pacientes con SIDA (*Apéndice 4*).

Criterios de exclusión:

- Aquellos pacientes que rehusaron participar.
- Pacientes con escolaridad menor a secundaria

Criterio de eliminación:

Como criterio de eliminación se tomó únicamente el no completar la intervención.

5.4 DISEÑO MUESTRAL

5.4.1 MARCO MUESTRAL

Lo constituye todos los pacientes del sexo masculino, que pertenezcan a la ONG Grupo de Autoapoyo el Roble, A.C. y los pacientes atendidos en el ISSSTE regional o en el Servicio Especializado de Atención de los Servicios de Salud de Nuevo León localizada en el Hospital Metropolitano de la misma dependencia.

5.4.2 TAMAÑO MUESTRAL

Sank y Shaffer (1993) desarrollaron un manual para la terapia cognitivo-conductual en grupos, donde recomiendan que el grupo se componga de 8 a 12 personas para un buen funcionamiento. Muñoz y Pérez (1997) comentan que la efectividad del AIE generalmente mejora según disminuye el tamaño del grupo y recomiendan formar grupos entre 5 y 10 personas con un número de sesiones cercano a 10, además se tomó en cuenta la baja proporción de pacientes en etapa de SIDA (en el SEA solamente el 12.7% de los 236 pacientes en control están en esta etapa). Por lo tanto para el presente estudio se formaron dos grupos como parte de una muestra, uno de 11 y otro de 7 personas, en ambos se incluyeron tanto personas con SIDA como con VIH asintomático, ya que no participaron personas en etapa terminal que pudieran actuar como estímulos estresores para los VIH asintomáticos. Sin embargo únicamente completaron la intervención 10 sujetos en total, 5 pacientes VIH y 5 en etapa de SIDA.

5.4.3 TIPO DE MUESTREO

Se utilizó un muestreo de tipo incidental, para tomar una muestra dentro del universo de pacientes VIH asintomáticos y con SIDA, constituidos por todos los pacientes referidos por la ONG Grupo de Autoapoyo el Roble, el ISSSTE regional o el SEA, que cumplieran los criterios de inclusión y no presentaban los de exclusión. La muestra fue de tamaño pequeño (<30) y constituida por sujetos voluntarios. Por la dificultad para incluir pacientes que se ajusten a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación no fue posible utilizar muestra grande (≥ 30).

Por otra parte el no contar con un objetivo epidemiológico en el estudio justifica utilizar la técnica de muestreo no probabilístico que implica menores costos y tiempo.

5.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para evaluar el estrés actual se utilizó el Detector de Indicadores de Estrés (DIE) de Domínguez et al. (1998), que consta de 79 reactivos tipo Likert con recorrido de 0 a 4. De los cuales 21 evalúan el componente fisiológico, 25 el cognitivo y 30 el conductual. La suma de estos 76 reactivos proporciona el puntaje total de la escala, los otros 3 reactivos, se incluyen para análisis adicionales sobre los posibles hábitos que afectan la salud (tomar café, coca-cola o fumar).

El DIE está elaborado de acuerdo al enfoque cognitivo-conductual, por lo que se consideró el más adecuado para los propósitos del estudio. Divide la respuesta de estrés en tres dimensiones: ansiedad, miedo e ira; y analiza las mismas contemplando tres componentes, uno fisiológico (signos y síntomas corporales), otro conductual (conductas de evitación, escape, reporte verbal de zozobra y deterioro de operantes para la ansiedad-miedo y enfrentamiento agresivo y evitación del enfrentamiento para la ira) y otro cognitivo (expectativas negativas sobre sí mismo, su medio y su futuro para la ansiedad-miedo y autojustificaciones y atribución de culpas para la ira). Así, el cuestionario permite el cálculo de un puntaje total de estrés con recorrido de 0 a 304; un puntaje para el componente fisiológico con un recorrido de 0 a 84; dos puntajes conductuales, uno para la ansiedad-miedo (recorrido 0 a 80) y otro para la ira (recorrido 0 a 40); y finalmente, dos cognitivos, también, uno para la ansiedad-miedo (recorrido 0 a 60) y otro para la ira (recorrido 0 a 40).

Este instrumento fue desarrollado para población mexicana dentro de una tesis de licenciatura de la U.A.N.L. (Domínguez et al. 1998). El estudio contempló una muestra de 120 sujetos, 100 de población control y 20 casos clínicos con trastorno de ansiedad. El puntaje total del DIE presenta una fiabilidad interna, estimada por medio de la correlación por las dos mitades, de 0.88. Se definió como punto de corte para probable caso clínico de ansiedad, la media de las dos puntuaciones inferiores del grupo clínico de trastornos de ansiedad (n=20), corte que corresponde a una puntaje total mayor de 70. Además, se obtuvo para este punto de corte (>70) unos índices de sensibilidad de

0.95 y de especificidad de 0.59 en la muestra conjunta de población general y clínica (n=120). Los seis puntajes de estrés no presentaron diferencia por sexos.

Además de este análisis cuantitativo, el DIE permite un análisis cualitativo de situaciones o lugares más frecuentes en que se presenta el estrés (en el hogar, en el trabajo, con los amigos, otros). El cuestionario se puede ver en el *Apéndice 1*. Para este estudio no se utilizó esta parte del instrumento debido a su complejidad y al tiempo que se requeriría para completarlo.

La valoración del estrés futuro se midió con la escala SFPE, diseñada de acuerdo a las situaciones que pueden causar estrés a las personas afectadas con VIH mencionadas en el marco teórico; la consistencia interna de esta escala fue medida con el Alfa de Cronbach (*Apéndice 1*).

5.6 TIPOS DE VARIABLES Y SU MEDICIÓN

Variables demográficas: se capturaron por medio de una entrevista estructurada de preguntas cerradas.

- Edad (¿Cuál es su edad?): variable numérica de razón continua.
- Género: variable cualitativa dicotómica (masculino, femenino).
- Estado civil (¿Cuál es su estado civil?): variable cualitativa policotómica (nunca casado, casado, separado, divorciado, viudo, unión libre).
- Estudios (¿Hasta que año ha estudiado?): variable numérica de orden (primaria (1), secundaria (2), técnica (3), preparatoria (4), profesional (5)).
- Preferencia sexual (¿Prefiere tener relaciones sexuales con hombres, mujeres o ambos?): variable cualitativa policotómica.

Variables relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH: se capturaron por medio de preguntas cerradas, que forman parte de una entrevista estructurada con excepción de la última variable que se define desde una pregunta abierta.

- **Tiempo de diagnóstico de infección por VIH (¿Hace cuánto tiempo se le diagnosticó por primera vez la infección por VIH?):** variable numérica de razón continua.
- **Pertenencia a una ONG (¿Pertenece a alguna Organización No Gubernamental?):** variable cualitativa dicotómica (sí, no).
- **Apoyo psicológico (¿Recibe apoyo psicológico profesional?):** variable cualitativa dicotómica (sí, no).
- **Tipo de apoyo psicológico (Especifique en que forma lo recibe):** variable cualitativa policotómica (grupo de autoapoyo, terapia psicológica individual, terapia psicológica grupal, otro).
- **Tiempo tras diagnóstico de VIH en que se inicia el estrés (¿Cuánto tiempo después del diagnóstico de VIH diría usted que inició su estrés?):** variable numérica de razón continua.
- **Diagnóstico (¿Cuál diría usted que es la etapa clínica de su enfermedad?):** variable cualitativa dicotómica (VIH, SIDA). La etapa de la enfermedad se confirmó a través de las enfermedades que han padecido los participantes del grupo, de acuerdo a los parámetros de la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA-1993 para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
- **Recibe tratamiento Antirretroviral (¿Está usted tomando algún Tratamiento antirretroviral?):** variable cualitativa dicotómica (sí, no).
- **Fuente de costeo del tratamiento Antirretroviral (¿Quién cubre el costo de su medicamento?):** variable cualitativa policotómica (sin categorías predefinidas).

Variables para la evolución del estrés:

- **Estrés percibido ante situaciones futuras potencialmente estresantes (SFPE):** Se midió a través de la Escala de medición de Situaciones Futuras Potencialmente Estresantes, diseñada para este estudio. Variable numérica para obtener el puntaje total (0 a 60 como puntaje final) y de orden (leve, moderado, severo, grave), para cada reactivo.
- **Estrés actual:** Se midió a través del Detector de Indicadores de Estrés (DIE) de Domínguez et al. (1998). Variable numérica de intervalo con un recorrido de 0 a 304. A su vez, el DIE permite definir como variables numéricas de orden:
 - **Componente fisiológico del Estrés:** Recorrido de 0 a 84.
 - **Componente conductual de la ansiedad-miedo:** Recorrido de 0 a 80
 - **Evitación:** Recorrido de 0 a 20.
 - **Escape:** Recorrido de 0 a 20.
 - **Reporte verbal de zozobra:** Recorrido de 0 a 20.
 - **Deterioro de operantes:** Recorrido de 0 a 20.
 - **Componente conductual de la ira:** Recorrido de 0 a 40.
 - **Enfrentamiento agresivo:** Recorrido de 0 a 20.
 - **Evitación del enfrentamiento:** Recorrido de 0 a 20.
 - **Componente cognitivo de la ansiedad-miedo:** Recorrido de 0 a 60.
 - **Expectativas negativas sobre sí mismo:** Recorrido de 0 a 20.
 - **Expectativas negativas sobre su medio:** Recorrido de 0 a 20.
 - **Expectativas negativas sobre su futuro:** Recorrido de 0 a 20.
 - **Componente cognitivo de la ira:** Recorrido de 0 a 40.
 - **Autojustificación:** Recorrido de 0 a 20.
 - **Atribución de culpas:** Recorrido de 0 a 20.

- **Situaciones futuras potencialmente estresantes:** Variable numérica de orden con recorrido de 1 a 4. Son 15 situaciones que se extraen de los elementos del SFPE.

5.7 PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se realizó con base en los objetivos e hipótesis del estudio. Así, se utilizaron frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central para el objetivo de identificar el nivel de estrés que enfrentan los pacientes con VIH/SIDA; así como las situaciones futuras potencialmente estresantes, antes del tratamiento.

Para evaluar la eficacia del AIE en pacientes con VIH/SIDA para disminuir el estrés actual y el estrés percibido ante situaciones futuras potencialmente estresantes, se utilizó la prueba de rangos de Wilcoxon. Esta misma prueba se aplicó para el grupo completo y para cada una de las etapas de la enfermedad, además de utilizarse en cada una de las dimensiones del DIE (ira y ansiedad-miedo) y sus componentes (fisiológico, cognitivo y conductual).

Por último, se separó la muestra de acuerdo a la etapa de la enfermedad, para estudiar las diferencias entre pacientes con VIH asintomáticos y pacientes con SIDA, en la respuesta a la intervención, a través de los puntajes de estrés actual y el estrés percibido ante situaciones futuras potencialmente estresantes, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

Los sujetos que se integraron a la muestra fueron invitados a participar de forma voluntaria, para lo cual se utilizó un instrumento que diera fe de su consentimiento (*Apéndice 2*). En él se explican los propósitos de llevar a cabo esta investigación, así

como también el derecho a que se hacía acreedor de recibir información y atención a sus inquietudes al respecto y en un momento determinado negarse a seguir colaborando.

Se enfatizó la confidencialidad absoluta de los datos derivados de su situación clínica, omitiendo su nombre en el caso de que los resultados sean presentados en algún foro o publicación.

CAPITULO 6

RESULTADOS

6.1 INTRODUCCIÓN

La intervención se inició con 18 sujetos, de los cuales únicamente 10 estuvieron en la sesión donde se aplicó la evaluación posterior a la intervención. De los 10 sujetos que completaron la intervención 5 sujetos se encontraban en etapa de SIDA y 5 en la etapa de VIH asintomático, todos del género masculino y escolaridad mayor a secundaria. Se encontró equivalencia entre el grupo con VIH y el grupo con SIDA en las variables de edad ($Z = -.332$, $p=.74$), escolaridad ($\chi^2= .667$, $p=.71$), estado civil ($\chi^2=2.000$, $p=.36$) y preferencia sexual ($\chi^2=1.333$, $p=.51$). Los resultados de los últimos exámenes de Carga Viral y CD4 no se incluyen debido a que la mayoría de los sujetos no recordaban este dato y no fue posible tener acceso a sus expedientes. A continuación se presentan los principales resultados obtenidos.

En primer lugar se describe la población, enseguida se presentan los datos referentes a los niveles de estrés y las situaciones futuras potencialmente estresantes que enfrentan los pacientes con VIH y con SIDA, así como de la muestra total, antes de la intervención.

Para evaluar la eficacia del AIE se muestra la comparación de los puntajes antes y después de la intervención, así como la comparación de los puntajes de cada una de las dimensiones del DIE (ira y ansiedad-miedo). Por último, se presentan los resultados obtenidos al comparar la respuesta a la intervención entre pacientes VIH asintomáticos y pacientes con SIDA; lo anterior a través de los puntajes de estrés actual y el estrés percibido ante situaciones futuras potencialmente estresantes.

6.2 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

Tabla 1: *Etapa de la enfermedad y edad de los participantes*

VARIABLE	TOTAL		
	No.	%	
Etapa de la enfermedad			
VIH asintomático	5	50.0	
SIDA	5	50.0	
Edad			
Mediana	32.5	Moda	27
Media	32.2 (DE 5.8)	Rango	22 - 42

Tabla 2: *Variables Demográficas*

VARIABLE	VIH		SIDA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Género						
Masculino	5	100.0	5	100.0	10	100.0
Escolaridad						
Secundaria/técnica	0	0.0	2	40.0	3	30.0
Preparatoria	2	40.0	1	20.0	3	30.0
Profesional	2	40.0	2	40.0	4	40.0
Preferencia sexual						
Homosexual	3	60.0	3	60.0	6	60.0
Heterosexual	1	20.0	2	40.0	3	30.0
Bisexual	1	20.0	0	0.0	1	10.0
Estado civil						
Nunca casado	4	80.0	4	80.0	8	80.0
Divorciado	0	0.0	1	20.0	1	10.0
Casado	1	20.0	0	0.0	1	10.0
Recibe apoyo psicológico	2	40.0	1	20.0	3	30.0
Inicio del estrés inmediatamente después del diagnóstico	5	100.0	4	80.0	9	90.0
Fuente de financiamiento del tratamiento antirretroviral						
IMSS	1	20.0	1	20.0	2	20.0
FONSI	2	40.0	1	20.0	3	30.0
ISSSTE	2	40.0	3	60.0	5	50.0

Los 10 sujetos que participaron son de género masculino y con escolaridad mínima secundaria. La mayor parte de preferencia homosexual (60.0%) y solteros (80.0%). El 50.0% estaban en la etapa de VIH asintomático y el otro 50.0% en etapa de SIDA. La media de edad de los 10 sujetos que completaron la intervención fue de 32.5 (\pm 5.8).

6.3 NIVELES DE ESTRÉS ANTES DE LA INTERVENCIÓN

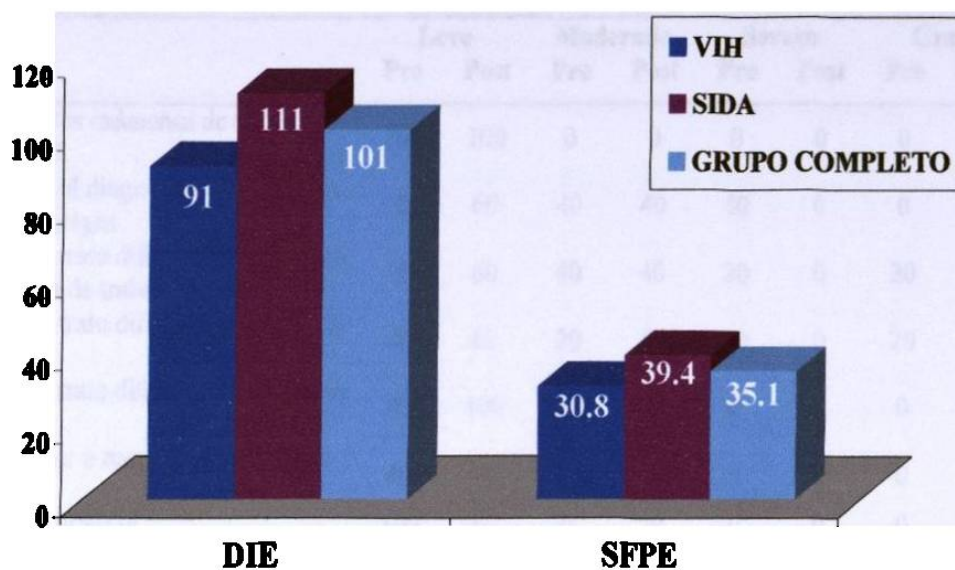


Figura 2: Nivel de estrés actual y puntaje de SFPE antes de la intervención

El promedio en el puntaje de estrés actual obtenido antes de la intervención, en el DIE fue de 91 (± 30.59) para los sujetos con VIH, 111 (± 27.14) para los sujetos con SIDA y 101 (± 29.23) para el grupo completo en este instrumento se considera el puntaje de 70 como criterio para diagnóstico de estrés. El puntaje promedio obtenido en la escala SFPE para los sujetos con VIH, con SIDA y para el grupo completo, fue de 30.8 (± 7.01), 39.4 (± 7.96) y 35.1 (± 8.40) respectivamente

6.4 SITUACIONES FUTURAS POTENCIALMENTE ESTRESANTES

Tabla 3: Porcentaje de SFPE antes y después de la intervención etapa de VIH (n = 5)

SFPE	Leve		Moderado		Severo		Grave	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
1. Realizarse los exámenes de CD4 o Carga Viral	100	100	0	0	0	0	0	0
2. Comunicar el diagnóstico de VIH a la familia de origen	0	60	40	40	40	0	0	0
3. Percibir un trato diferente por parte de compañeros de trabajo	20	60	40	40	20	0	20	0
4. Percibir un trato diferente por parte de la familia	40	60	20	40	20	0	20	0
5. Percibir un trato diferente por parte de amigos	40	100	60	0	0	0	0	0
6. Ver enfermar o morir de SIDA a otra persona	40	40	60	40	0	20	0	0
7. Oír hablar de SIDA	100	80	0	20	0	0	0	0
8. Sentir cualquier sintomatología que suponga el desarrollo del SIDA	0	20	80	60	20	20	0	0
9. Notar signos de avance en el daño de su organismo	20	20	60	60	20	20	0	0
10. Pensar en el costo del medicamento	0	60	40	20	40	20	20	0
11. Saber de la muerte por SIDA de la pareja.	0	40	20	40	60	20	20	0
12. Saber de la muerte por SIDA de un familiar o un amigo	40	40	40	40	20	20	0	0
13. Problemas en el trabajo por la enfermedad	20	80	40	20	40	0	0	0
14. La vida sexual futura satisfactoria	60	40	0	60	40	0	0	0
15. Comunicar el diagnóstico a la pareja sexual	40	80	0	20	40	0	20	0

Antes de la intervención la situación que fue calificada por mayor cantidad de sujetos en etapa de VIH como generadora de estrés severo y grave fue saber de la muerte por SIDA de la pareja (80.0%). Además, únicamente las situaciones 10 y 15 fueron valoradas por más del 50.0% de los sujetos en estas mismas categorías. Después de la intervención, ninguna de las SFPE fue valorada por los sujetos en etapa de VIH asintomático como generadoras de estrés grave.

Tabla 4: Porcentaje de SFPE antes y después de la intervención etapa de SIDA (n=5)

SFPE	Leve		Moderado		Severo		Grave	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
1. Realizarse los exámenes de CD4 o Carga Viral	60	100	20	0	20	0	0	0
2. Comunicar el diagnóstico de VIH a la familia de origen	40	60	0	0	40	20	20	20
3. Percibir un trato diferente por parte de compañeros de trabajo	20	60	20	40	40	0	20	0
4. Percibir un trato diferente por parte de la familia	20	60	20	40	40	0	20	0
5. Percibir un trato diferente por parte de amigos	0	60	40	20	40	20	20	0
6. Ver enfermar o morir de SIDA a otra persona	20	60	0	20	20	0	60	20
7. Oír hablar de SIDA	40	60	20	20	40	0	0	20
8. Sentir cualquier sintomatología que suponga el desarrollo del SIDA	0	40	40	40	0	20	60	0
9. Notar signos de avance en el daño de su organismo	20	40	20	40	20	0	40	20
10. Pensar en el costo del medicamento	60	40	20	40	0	0	20	20
11. Saber de la muerte por SIDA de la pareja.	20	0	20	80	20	0	40	20
12. Saber de la muerte por SIDA de un familiar o un amigo	0	20	20	60	20	0	60	20
13. Problemas en el trabajo por la enfermedad	20	80	20	20	0	0	60	0
14. La vida sexual futura satisfactoria	20	60	40	40	20	0	20	0
15. Comunicar el diagnóstico a la pareja sexual	20	80	20	0	20	20	40	0

La mayoría de las SFPE fueron valoradas como generadoras de estrés grave o severo por más del 50.0% de los sujetos en etapa de SIDA, antes de la intervención. Después de la intervención la única situación valorada en estas categorías de estrés por más del 20.0% de los sujetos fue *comunicar el diagnóstico de VIH a la familia de origen*.

Tabla 5: Porcentaje de SFPE antes y después de la intervención grupo completo (n=10)

SFPE	Leve		Moderado		Severo		Grave	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
1. Realizarse los exámenes de CD4 o Carga Viral	80	100	10	0	10	0	0	0
2. Comunicar el diagnóstico de VIH a la familia de origen	20	60	20	20	40	10	20	10
3. Percibir un trato diferente por parte de compañeros de trabajo	20	60	30	40	30	0	20	0
4. Percibir un trato diferente por parte de la familia	30	60	20	40	30	0	20	0
5. Percibir un trato diferente por parte de amigos	20	80	50	10	20	10	10	0
6. Ver enfermar o morir de SIDA a otra persona	30	50	30	30	10	10	30	10
7. Oír hablar de SIDA	70	70	10	20	20	0	0	10
8. Sentir cualquier sintomatología que suponga el desarrollo del SIDA	0	30	60	50	10	20	30	0
9. Notar signos de avance en el daño de su organismo	20	30	40	50	20	10	20	10
10. Pensar en el costo del medicamento	30	50	30	30	20	10	20	10
11. Saber de la muerte por SIDA de la pareja.	10	20	20	60	40	10	30	10
12. Saber de la muerte por SIDA de un familiar o un amigo	20	30	30	50	20	10	30	10
13. Problemas en el trabajo por la enfermedad	20	80	30	20	20	0	30	0
14. La vida sexual futura satisfactoria	40	50	20	50	30	0	10	0
15. Comunicar el diagnóstico a la pareja sexual	30	80	10	10	30	10	30	0

En esta tabla se puede ver como las situaciones 1, 3, 4, 13, 14, después de la intervención no fueron consideradas por ningún sujeto como generadoras de estrés grave o severo. En el resto de las situaciones un máximo del 20.0% de los sujetos las consideraba como generadoras de estos niveles de estrés.

6.5 EFICACIA DEL ADIESTRAMIENTO EN INOCULACIÓN DE ESTRÉS

Tabla 6: Eficacia del Adiestramiento en Inoculación de Estrés

Medida	Media		Mediana		DE		Rango		Prueba de rangos de Wilcoxon	Valor de p
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post		
DIE	101.00	52.70	100.50	47.50	29.23	35.06	50 – 141	12 – 125	Z= -2.803	.005
SFPE	35.10	23.90	33.00	23.00	8.40	8.25	24 – 49	16 - 44	Z = -2.075	.038

Al comparar los puntajes del DIE y la escala SFPE antes y después de la intervención se encontró una reducción estadísticamente significativa tanto en el estrés actual como en el estrés percibido ante situaciones futuras.

La consistencia interna de ambas escalas fue valorada con los datos de los 18 sujetos que iniciaron la intervención obteniéndose un puntaje, en el Alfa de Cronbach de 0.94 para el DIE y de 0.84 para la escala SFPE.

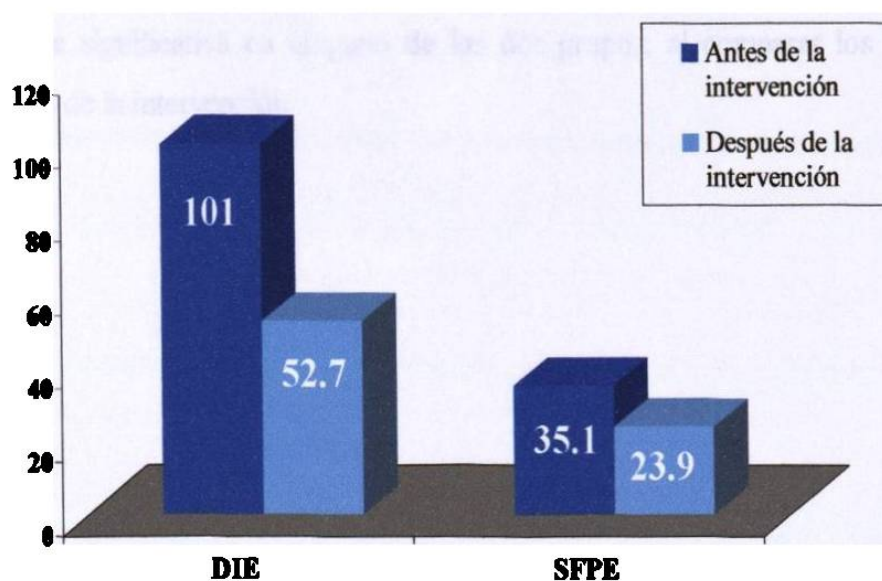


Figura 3: Comparación de los puntajes del DIE y de SFPE antes y después de la intervención

Tabla 7: Comparación antes y después de la intervención de acuerdo a la etapa de la enfermedad

Etapa	Medida	Prueba de rangos de Wilcoxon	Valor de p
VIH asintomático	DIE	-2.023	.043
	SFPE	-1.826	.068
SIDA	DIE	-2.023	.043
	SFPE	-1.483	.138

Al dividir a los sujetos de acuerdo a la etapa de la enfermedad y comparar los puntajes de ambos instrumentos antes y después de la intervención, solo se encontró una reducción estadísticamente significativa en el estrés actual, en los dos grupos por separado.

En el estrés percibido ante situaciones futuras no se encontró diferencia estadísticamente significativa en ninguno de los dos grupos, al comparar los puntajes antes y después de la intervención.

Tabla 8: Eficacia del AIE en la disminución de ira y ansiedad-miedo

DIMENSIONES	Media		Mediana		DE		Rango		Prueba de rangos de wilcoxon	Valor de p
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post		
IRA	65.40	33.00	65.00	30.50	23.15	22.02	27 - 98	8 - 80	-2.701	.007
ANSIEDAD-MIEDO	74.00	39.20	73.50	36.00	20.90	26.05	40-103	9 - 91	-2.805	.005

El DIE divide el estrés en dos dimensiones: ira y ansiedad-miedo, al tomar al grupo completo se encontró una disminución estadísticamente significativa ($p < .01$) para ambas dimensiones.

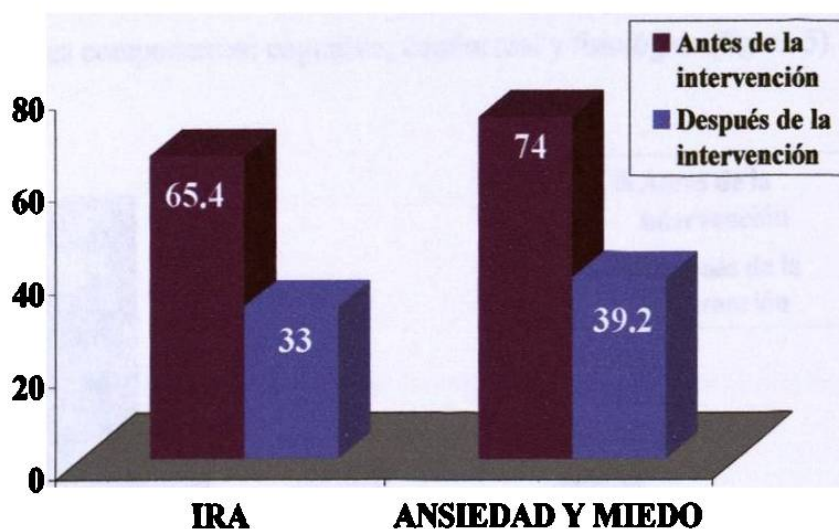


Figura 4: Comparación de las dimensiones del DIE antes y después de la intervención

Tabla 9: Eficacia del AIE en la disminución de los componentes de la ira

DIMENSIONES	Media		Mediana		DE		Rango		Prueba de rangos de Wilcoxon	Valor de p
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post		
IRA										
componente fisiológico	38.40	19.50	34.00	16.00	17.56	13.85	17 - 75	5 - 46	-2.549	.011
componente cognitivo	13.80	5.90	11.00	4.00	7.90	6.10	5 - 25	1 - 21	-2.67	.008
componente conductual	13.20	7.60	12.50	9.00	4.24	5.93	5 - 21	1 - 17	-2.149	.032

En la tabla 9 se muestran las medidas de tendencia central y dispersión de la dimensión de ira del DIE, antes y después de la intervención; así como los resultados de la prueba de rangos de Wilcoxon. En esta dimensión se encontró una disminución significativa ($p < .01$) en sus tres componentes: cognitivo, conductual y fisiológica (figura 5).

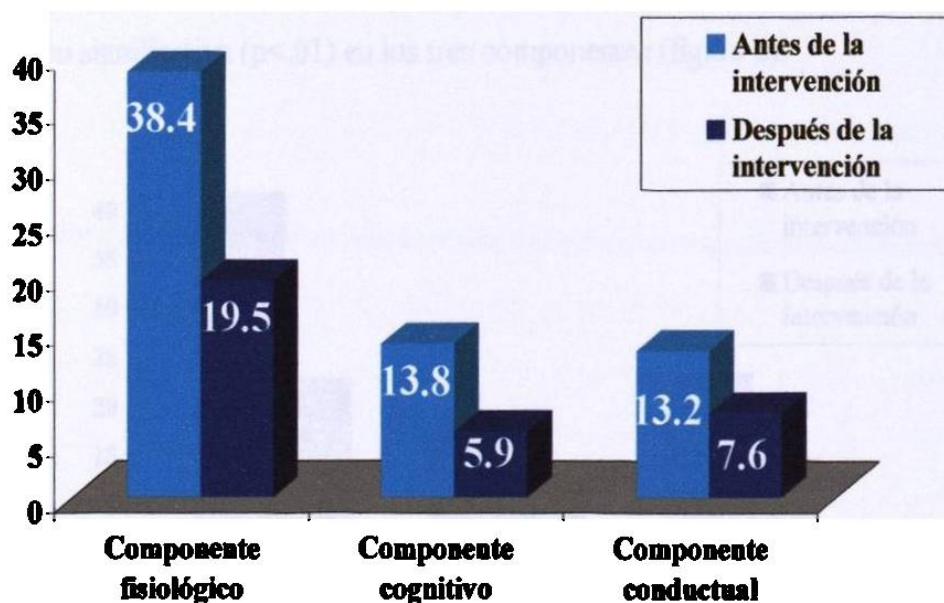


Figura 5: Comparación de los componentes de la dimensión de ira del DIE

Tabla 10: Eficacia del AIE en la disminución de los componentes de ansiedad-miedo

DIMENSIONES	Media		Mediana		DE		Rango		Prueba de rangos de Wilcoxon	Valor de p
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post		
ANSIEDAD-MIEDO										
componente fisiológico	38.40	19.50	34.00	16.00	17.56	13.85	17 - 75	5 - 46	-2.549	.011
componente cognitivo	15.50	8.30	15.50	5.00	6.06	8.59	8 - 27	0 - 28	-2.703	.007
componente conductual	20.10	11.40	22.50	10.50	6.89	6.85	8 - 28	1 - 20	-2.81	.005

Los componentes (cognitivo, conductual y fisiológico) de la dimensión de ansiedad-miedo del DIE también se analizaron en forma independiente, el resultado de ello lo podemos observar en la tabla 10, donde se muestran las medidas de tendencia central y de dispersión (DE) de cada componente, antes y después de la intervención; así como los resultados de la prueba de rangos de Wilcoxon. En esta dimensión se encontró una disminución significativa ($p < .01$) en los tres componentes (figura 6).

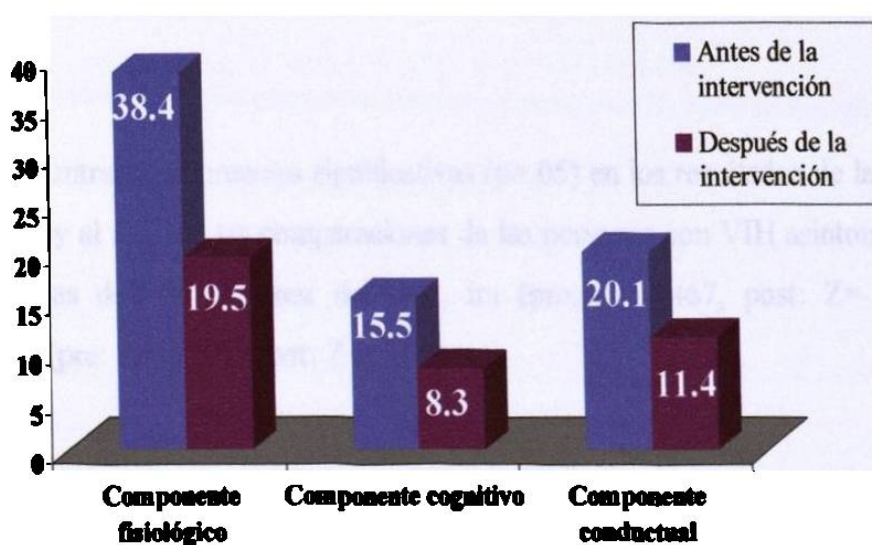


Figura 6: Comparación de los componentes de la dimensión de ansiedad-miedo del DIE

6.6 RESPUESTA A LA INTERVENCIÓN

Tabla 11: Comparación entre VIH asintomático y SIDA en la respuesta a la intervención

Medida	Media		Mediana		DE		U de Mann-Whitney		Valor de Z		Valor de p	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
DIE												
VIH	91.00	55.40	94.00	56.00	30.59	26.98	8.000	9.000	-.940	-.731	.347	.465
SIDA	111.00	50.00	115.00	43.00	27.14	44.94						
SFPE												
VIH	30.80	30.00	30.00	24.00	7.01	4.72	3.500	11.500	-1.886	-.210	.059	.834
SIDA	39.40	25.40	35.00	22.00	7.96	11.19						

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar el grupo de VIH asintomáticos y el grupo en etapa de SIDA, en los puntajes de estrés actual y el estrés percibido ante situaciones futuras potencialmente estresantes. Sin embargo, en la escala SFPE antes de la intervención el valor de p se acercó a la significancia estadística ($p=.059$).

Tampoco se encontraron diferencias significativas ($p>.05$) en los resultados de la prueba de Mann-Whitney al realizar las comparaciones de las personas con VIH asintomático y con SIDA en las dos dimensiones del DIE, ira (pre: $Z=-1.467$, post: $Z=-.104$) y ansiedad-miedo (pre: $Z=-1.358$, post: $Z=-.313$).

CAPITULO 7

DISCUSIÓN

En este estudio se aplicó el Adiestramiento en Inoculación de Estrés en personas que viven con VIH/SIDA, enfocándose en el establecimiento de habilidades de relajación, asertividad, reestructuración cognitiva y solución de problemas, los hallazgos encontrados sugieren que una intervención de este tipo es efectiva, tanto para reducir el estrés actual como el estrés percibido ante situaciones potencialmente estresantes.

Los autores del DIE, instrumento utilizado para medir el estrés actual, determinaron la puntuación de 70 como punto de corte para diagnóstico de estrés. En la figura 2 se puede observar que tanto las medias de los sujetos en etapa de VIH, como de los sujetos en etapa de SIDA y el grupo completo, se situaban por encima del puntaje diagnóstico de estrés. Además, en esta misma figura se muestran los puntajes iniciales en la escala SFPE, ambos datos correspondientes al primer objetivo.

Al separar las SFPE, de acuerdo a la etapa de la enfermedad se encontró que en la evaluación posterior a la intervención, ninguna situación fue valorada como generadora de estrés grave por los sujetos con VIH. Sin embargo, los sujetos con SIDA valoraron 7 de las 15 situaciones en esta categoría de estrés, todas relacionadas con el deterioro de la salud, comunicar el diagnóstico a la familia o el costo del medicamento.

Tomando al grupo completo, las situaciones futuras potencialmente estresantes que generaban más estrés a los sujetos antes de la intervención eran comunicar el diagnóstico de VIH a la familia de origen, percibir un trato diferente por parte de compañeros de trabajo o de la familia, problemas en el trabajo por la enfermedad, saber

de la muerte por SIDA de la pareja y comunicar el diagnóstico a la pareja sexual (más del 50% las calificaban como estrés severo o grave).

Para elaborar esta escala se incluyeron las situaciones propuestas por Bayés (1992), Schneiderman et al. (1998) y Sikkema (1998), debido a la ausencia de un instrumento para medir eventos estresantes para personas que viven con VIH/SIDA (Nott y Vedhara, 1995) además, se les preguntó a los sujetos sobre otras situaciones relacionadas con la enfermedad que les provocaran estrés y no agregaron ninguna, por lo que hay coincidencia con los datos reportados por estos autores, en cuanto a las situaciones que generan estrés a las personas que viven con VIH/SIDA. Además, los temas relacionados con la familia y la muerte por SIDA de un amigo coinciden con los estresores identificados para mujeres con SIDA por Semple et al. (en Montauk y Gebhardt, 1997).

Después de la intervención, ninguna de las situaciones mencionadas fue catalogada como generadora de estrés grave, a excepción de comunicar el diagnóstico a la familia de origen, la cual fue ponderada por el 10% de los sujetos de estudio en esta categoría.

Se rechaza la hipótesis nula 1 (segundo objetivo), por lo tanto la intervención basada en el Adiestramiento en Inoculación de Estrés aplicado a población VIH/SIDA, disminuye significativamente el estrés actual ($p < .01$) (figura 3). Asimismo, al comparar los puntajes del DIE según la etapa de la enfermedad, se encontró que el estrés disminuía significativamente ($p < .05$) tanto en los pacientes con VIH asintomático, como en los pacientes en etapa de SIDA (tabla 7).

Al tomar las medias de los puntajes antes y después de la intervención se puede observar como la intervención no solo disminuyó significativamente el estrés de los sujetos, también los sitúa por debajo de este puntaje de diagnóstico de estrés. Estos datos coinciden con el reporte de efectividad del AIE de los estudios de revisión de Maag y Kotlash (1994) y Muñoz y Pérez (1997).

Es difícil comparar estos resultados con los estudios realizados en pacientes con VIH/SIDA para disminuir el estrés, ya que en ellos se han utilizado medidas diferentes para comprobar la eficacia de la intervención, por ejemplo Cruess et al. (2000) miden los niveles de cortisol en saliva y Lutgendorf et al. (1998) comparan escalas de apoyo social entre el grupo control y el experimental.

Se rechaza la hipótesis nula 2 (tercer objetivo), por lo tanto la intervención basada en el Adiestramiento en Inoculación de Estrés aplicado a población VIH/SIDA, disminuye significativamente el estrés percibido ante situaciones futuras potencialmente estresantes ($p < .05$) (figura 3). Sin embargo, al separar los resultados de acuerdo a la etapa de la enfermedad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las personas con VIH asintomático ($p = .068$) o para las personas con SIDA ($p = .138$) (tabla 7). Estos datos podrían deberse al tamaño de la muestra.

Asimismo, se compararon los puntajes de cada una de las dimensiones del DIE (ira y ansiedad-miedo) y sus componentes (fisiológico, cognitivo y conductual, para cada dimensión). Para las 2 dimensiones (tabla 8), la disminución de estrés también fue significativa ($p < .01$ en ambos casos). Este dato confirma lo encontrado por Inouye et al. (1998), en una intervención de 7 semanas para personas que viven con VIH/SIDA, donde encontraron una disminución estadísticamente significativa de la ansiedad ($p < .05$) al utilizar, al igual que en este estudio, técnicas para relajación y entrenamiento en habilidades cognitivas y conductuales para solución de problemas.

Al separar los puntajes de cada dimensión en los tres niveles de respuesta se encontró para la dimensión de ira, que la intervención reduce el estrés tanto fisiológico ($p < .01$) como cognitivo ($p < .01$) y conductual ($p < .05$) (tabla 9); al igual que en la dimensión de ansiedad-miedo, donde en los tres niveles de respuesta (fisiológico, cognitivo y conductual) se encontró una significancia estadística de $p < .01$ (tabla 10). Es importante mencionar que el componente fisiológico para ambas dimensiones se mide a través de los mismo reactivos del DIE.

Por otro lado, al comparar por etapa de la enfermedad, utilizando la prueba U de Mann-Whitney, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes antes y después de la intervención del DIE ($p=.347$ y $p=.465$ respectivamente), ni en la escala SFPE en la preprueba y en la postprueba ($p=.059$ y $p=.834$ respectivamente) (tabla 11). Con lo cual se rechaza la hipótesis nula 3 (cuarto objetivo) y se infiere que existe una equivalencia en la respuesta a la intervención, entre las personas con VIH asintomáticos y con SIDA. Estos datos concuerdan con lo encontrado por Koopman et al. (2000) y con el estudio realizado por Pakenham, Dadds y Terry (1994) con 96 homosexuales que viven con VIH/SIDA, donde no se encontraron diferencias en las estrategias de afrontamiento para el estrés de acuerdo a la etapa de la enfermedad.

CAPITULO 8

CONCLUSIONES

Con base en los resultados se concluye que la intervención basada en el modelo de Inoculación de Estrés de Meichenbaum es aplicable a las personas que viven con VIH/SIDA. Respecto a las hipótesis y objetivos planteados los datos obtenidos sugieren que el AIE es efectivo en la reducción de estrés actual, tanto para las personas en etapa de VIH asintomático como en etapa de SIDA. Asimismo, se asume que la intervención reduce el estrés percibido ante situaciones futuras potencialmente estresantes, ya que se encontró diferencia estadísticamente significativa con el grupo completo. Sin embargo, no se confirmó al estudiar los dos grupos por separado.

En cuanto a las diferencias entre los sujetos con VIH y los sujetos con SIDA el desarrollo de las sesiones de la intervención y los resultados encontrados muestran que no es necesario separar a las personas según la etapa de la enfermedad en que se encuentren para un trabajo grupal.

Cabe mencionar que se trabajó con dos grupos que incluían personas en etapas de VIH o SIDA, éstos últimos con buen estado de salud general. Tal vez al trabajar con personas en etapa de SIDA con valoración de la escala de Karnofski menor a 70 si se requiera separar los grupos, ya que puede resultar estresante para los participantes el convivir con personas en una etapa más avanzada de la enfermedad, o bien, puede resultar incómodo para ellos escuchar las situaciones que les provoquen estrés a las personas con VIH asintomático.

Este estudio acerca el AIE al trabajo de atención a personas que viven con VIH/SIDA y aunque los resultados no pueden ser definitivos por las limitaciones de

tamaño y selección de la muestra, si pueden tomarse como una experiencia positiva de la aplicación del modelo.

Además, en una enfermedad que cada vez es considerada por un mayor número de profesionales como crónica por las opciones de tratamiento antirretroviral, se requiere que la atención psicológica ocupe un lugar de importancia para ayudar a las personas que la padecen a manejar el impacto psicológico y social asociado a todos los aspectos de la infección por VIH, tales como discriminación, rechazo, problemas de pareja, relación laboral, adherencia al complicado tratamiento antirretroviral y sobre todo manejo del estrés para que este no sea un factor más que afecte la salud de los pacientes.

Se recomienda que las SFPE que se detectaron como generadoras de mayor estrés se tomen en cuenta por los profesionales de la salud dedicados a la atención de las personas con este padecimiento, para lograr que, a través de esta intervención o alguna otra, ayuden a que se comunique el diagnóstico a otras personas, a manejar situaciones relacionadas con la relación de pareja y con la percepción de rechazo real o imaginario a las personas afectadas con el virus.

Asimismo, se recomienda que se aplique este modelo con personas en etapas más avanzadas de la enfermedad, además de repetir el estudio con un grupo control y una muestra mayor que permita analizar las diferencias ente VIH y SIDA.