Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Medicina
Escuela Profesional de Enfermería

Efectividad de un programa de consejería de enfermería en el manejo de la ansiedad y depresión en personas viviendo con VIH/SIDA en una organización de base comunitaria de Lima Metropolitana

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Evelin Cinthia GARCÍA MAIZ

ASESOR

Mg. Mistral Ena CARHUAPOMA ACOSTA

Lima, Perú

2022



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

García E. Efectividad de un programa de consejería de enfermería en el manejo de la ansiedad y depresión en personas viviendo con VIH/SIDA en una organización de base comunitaria de Lima Metropolitana [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Enfermería; 2022.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Evelin Cinthia García Maiz
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	48734626
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-8743-1270
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Mistral Ena Carhuapoma Acosta
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	09375048
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-9363-3509
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Edna Ramírez Miranda
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	09398149
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Giovanna Elizabeth Reyes Quiroz
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	25755035
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Luzmila Vilma Figueroa Ames
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	09372096
Datos de investigación	
Línea de investigación	B.1.4.3. Enfermedades de transmisión sexual.
Grupo de investigación	No aplica.

Agencia de financiamiento	Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Vicerrectorado de Investigación y Posgrado. Programa de Promoción de Tesis de Pregrado. A19010594.
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: San Juan de Lurigancho Centro poblado: Anexo 22 Jicamarca Manzana: BY 16 Lote: 6 Calle: José Olaya Latitud: -11.9252294 Longitud: -76.9606647
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Agosto 2021 - octubre 2021
URL de disciplinas OCDE	Enfermería https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03

Firmado digitalmente por FERNANDEZ GIUSTI VDA DE PELLA Alicia Jesus FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 12.10.2022 15:20:27 -05:00

Firmado digitalmente por CORNEJO VALDIVIA DE ESPEJO Angela Rocio FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 11.10.2022 11:39:23 -05:00

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD VIRTUAL PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

1. FECHA DE LA SUSTENTACIÓN 26/09/2022

HORA INICIO : 11.11 Hrs.

HORA TÉRMINO : 12.40 Hrs.

2. MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTE : Dra. Edna Ramirez Miranda

MIEMBRO : Dra Giovanna Elizabeth Reyes Quiroz

MIEMBRO : Mg. Luzmila Figueroa Ames

ASESOR : Mg. Mistral Ena Carhuapoma Acosta

3. DATOS DEL TESISTA

APELLIDOS Y NOMBRES : Evelin Cinthia GARCÍA MAIZ

CODIGO : 15010125

R.R. DE GRADO DE BACHILLER NÚMERO: N°013628-2020-R/UNMSM (22/07/2020)

TÍTULO DE LA TESIS:

"Efectividad de un programa de consejería de enfermería en el manejo de la ansiedad y depresión en personas viviendo con VIH/SIDA en una organización de base comunitaria de Lima Metropolitana"

4. RECOMENDACIONES

Datos de la plataforma virtual institucional del acto de sustentación:
https://us02web.zoom.us/j/81576505417?pwd=SjdsYlBtYXYrejFBalB2dWV0dlVzUT09
ID de reunión: 815 7650 5417 Código de acceso: 723834
Grabación archivada en: Escuela Profesional de Enfermería

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

5. **NOTA OBTENIDA:** 18, dieciocho (Aprobado con mención honrosa)

6. **PÚBLICO ASISTENTE:** (Nombre, apellido y DNI)

- Rudy Jonathan Mendoza cacha DNI 47803502
- Carmen García Jirón DNI 09169297
- Sara León García DNI: 24528271

7. **FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL JURADO**

Dra.- Edna Ramírez Miranda DNI 09398149	**Dra. Giovanna E. Reyes Quiroz** DNI 25755035
PRESIDENTA	**MIEMBRO**

Mg. Luzmila Figueroa Ames DNI 09372096	**Mg. Mistral Carhuapoma Acosta** DNI 09375048
MIEMBRO	**ASESORA**

INFORME DE EVALUACIÓN DE ORIGINALIDAD

La Directora de la Escuela Profesional de Enfermería, Dra. Ángela Rocío Cornejo Valdivia que suscribe, hace constar que:

La tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería, titulada:
"Efectividad de un programa de consejería de enfermería en el manejo de la ansiedad y depresión en personas viviendo con VIH/SIDA en una organización de base comunitaria de Lima Metropolitana"

Autor: **EVELIN CINTHIA GARCÍA MAÍZ**

Presento solicitud de evaluación de originalidad el 19 de julio de 2022.
El 20 de julio de 2022 (UTC-0500) se aplicó el programa informativo de similitudes en el software TURNITIN.

En la configuración del detector se:

- Excluyó textos entrecomillados.
- Excluyó bibliografía.
- Excluyó cadenas menores a 40 palabras.
- Excluyo anexos.

El resultado final de similitudes fue del 9%, según descripción adjunta.
Se incluye reporte automatizado de similitudes encontradas
EL DOCUMENTO ARRIBA SEÑALADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE ORIGINALIDAD.

Operador de software la profesora: Dra. Luisa Hortensia Rivas Díaz.

Lima, 22 de Julio de 2022

UNMSM
Firmado digitalmente por CORNEJO VALDIVIA DE ESPEJO Angela Rocio FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 22.07.2022 18:07:09 -05:00

.....
DRA. ÁNGELA ROCIO CORNEJO VALDIVIA
Directora

ARCV/jfo

DEDICATORIA

Con amor y respeto,

A mis padres, Franco y Noemí, por darme la vida. Papá eres mi héroe, hoy soy lo que soy y empiezo mi camino como profesional gracias a tu inagotable sacrificio, me enseñas cada día el valor con el que hay que afrontar las tristezas y las alegrías de la vida. Mamá, mi corazón está siempre contigo, tu gran vigor para continuar a pesar de las adversidades enaltece mi persona.

A mi tía, Carmen, por su ejemplo, amor y apoyo incondicional; los cuales me permitieron alcanzar esta etapa de mi formación profesional. Querida tía, sin ti no lo habría logrado. Tus consejos y tu dedicación durante los cinco años de mi carrera fortalecieron mi carácter. Mis victorias a lo largo de mi camino profesional, son y serán con mucho cariño para ti.

A mis hermanos, Wendy y Fabrizzio, por ser mi motivación de cada día. Espero estar siempre para ustedes.

A la personita que alegra mis días con sus ocurrencias, mi amado sobrinito Nicolás.

A los miembros de la "Comunidad de Mujeres Positivas de Lima Este" y a quienes padecen de VIH/SIDA a nivel mundial, por ser mi inspiración para la realización del presente estudio. Mi admiración y gratitud inmensa. El momento es preciso para citar a Robin Sharma en uno de sus libros "todos los grandes hombres y mujeres del mundo son personas que dan, no que toman".

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por demostrarme su inmensurable amor de diversas maneras. Por ser mi guía y refugio en las circunstancias más sombrías.

A mi maestra y asesora, la Mg. Mistral Carhuapoma Acosta, por su infinita e incansable paciencia y por confiar en mí para la ejecución del presente trabajo hasta cuando parecía imposible de hacerse realidad. Gracias maestra, por forjar mi joven alma y desarrollar mi potencial para ser extraordinaria profesional y personalmente.

A mis queridas primas, Milagros y Andrea por brindarme el calor de hogar en todo este tiempo. En general, a mi familia, que siempre estuvo pendiente durante todo el proceso de mi formación universitaria.

A las personas que fueron partícipes de una u otra manera para la culminación de este trabajo de investigación. Mi agradecimiento y estima por su invaluable apoyo.

A mi alma mater y mi querido San Fernando, por albergarme en sus aulas durante el transcurso de estos largos cinco años. No cabe duda que San Marcos forma profesionales comprometidos con la realidad social del país. Desde mi posición aportaré al gran sueño de un Perú justo e igualitario.

Al Vicerrectorado de Investigación y Posgrado (VRIP) de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos a través del Fondo de Promoción de Tesis de Pregrado por el financiamiento del presente estudio de investigación, con código A19010594.

ÍNDICE

DEDICATORIA……ii
AGRADECIMIENTOS……iii
ÍNDICE……...iv
RESUMEN……....vi
ABSTRACT……...vii
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN……8
1.1. Planteamiento del problema…..……8
1.2. Objetivos…...……15
1.2.1. Objetivo general……15
1.2.2. Objetivos específicos..……15
1.3. Importancia y alcance de la investigación…..……17
CAPÍTULO II: REVISIÓN DE LITERATURA……...20
2.1. Antecedentes del estudio……20
2.2. Bases teóricas……..26
2.3. Definición operacional de términos……...85
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES…….87
3.1. Hipótesis…...…….87
3.2. Variables…...…….....87
CAPÍTULO IV: MATERIALES Y MÉTODOS……..89
4.1. Tipo y método de investigación…….89
4.2. Diseño de investigación……..89
4.3. Sede de estudio……90
4.4. Población, muestra y muestreo……..90
4.4.1. Criterios de inclusión……....91
4.4.2. Criterios de exclusión……....91
4.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos. Validez y confiabilidad……..91
4.6. Proceso de recolección y procesamiento de datos……....93

4.7. Análisis estadístico…….....97
4.8. Consideraciones éticas……...97
CAPÍTULO V: RESULTADOS……...99
5.1. Datos generales……99
5.2. Datos específicos……...102
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN…..……110
6.1. Análisis e interpretación…….....110
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES……129
7.1. Conclusiones…..……129
7.2. Recomendaciones…...……..131
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS……...133
ANEXOS……160

RESUMEN

Objetivo: Determinar la efectividad del programa de consejería de enfermería en la reducción de la ansiedad y la depresión en las personas viviendo con VIH/SIDA en una organización de base comunitaria de Lima Metropolitana.

Materiales y métodos: Estudio de investigación de tipo cuantitativo, de corte transversal, pre experimental con diseño pre test y post test. La muestra comprendió a 26 personas viviendo con VIH/SIDA entre 18 a 62 años de edad, por diversas razones ajenas al estudio se concluyó con 19 participantes. La técnica utilizada fue la entrevista estructurada semipresencial. Los instrumentos empleados fueron el Inventario de Ansiedad y el Inventario de Depresión de Beck (BAI, BDI-II).

Resultados: Antes de la intervención, el 74% y el 42% de las personas conviviendo con VIH/SIDA evidenciaron niveles de ansiedad y depresión respectivamente con criterios clínicamente relevantes, es decir, estos trastornos afectivos fluctuaban entre los criterios leve, moderado y grave. Después de la intervención, el 68% y el 89% manifiestan sintomatología compatible con un nivel mínimo de ansiedad y depresión correspondientemente.

Conclusiones: El Programa de Consejería de Enfermería demostró ser efectivo en la reducción de la ansiedad y la depresión en personas viviendo con VIH/SIDA, esto se evidencia a través de la prueba estadística t de Student con un valor de significancia menor a 0.05. En consecuencia, el estudio de investigación rechaza la hipótesis nula y acepta la hipótesis alternativa.

Palabras claves: Ansiedad, depresión, VIH/SIDA, consejería, enfermería.

ABSTRACT

Objective: To determine the effectiveness of the nursing counseling program in reducing anxiety and depression in people living with HIV/AIDS in a community-based organization in Metropolitan Lima.

Materials and methods: Quantitative, cross-sectional, pre-experimental research study with a pre-test and post-test design. The sample comprised 26 people living with HIV/AIDS between 18 and 62 years of age, for various reasons unrelated to the study it was concluded with 19 participants. The technique used was the blended structured interview. The instruments used were the Anxiety Inventory and the Beck Depression Inventory (BAI, BID-II).

Results: Before the intervention, 74% and 42% of people living with HIV/AIDS showed levels of anxiety and depression, respectively, with clinically relevant criteria, that is, these affective disorders fluctuated between mild, moderate and severe criteria. After the intervention, 68% and 89% manifest symptoms compatible with a minimum level of anxiety and depression correspondingly.

Conclusions: The Nursing Counseling Program proved to be effective in reducing anxiety and depression in people living with HIV/AIDS, this is evidenced by the Student's t statistical test with a significance value of less than 0.05. Consequently, the research study rejects the null hypothesis and accepts the alternative hypothesis.

Keywords: Anxiety, depression, HIV/AIDS, counseling, nursing.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

Sin tomar importancia el siglo XXI y con el avance a pasos agigantados de la ciencia y la medicina, el VIH/SIDA continúa formando parte de las más grandes y severas complicaciones en lo que atañe a la sanidad pública de la sociedad. Esto se evidencia principalmente en las naciones de escasos o medianos recursos. El mundo ha lamentado las pérdidas masivas de vidas humanas durante sus primeros años de aparición y ha sido imprescindible las considerables inversiones económicas que buscan revertir la infección por el virus en el organismo.

Las cifras proporcionadas por el Programa Conjunto de Naciones Unidas que se centra en el VIH/SIDA (2020) son realmente alarmantes y proyecta un panorama desalentador, ya que existe una ralentización en la reducción de las infecciones (1). No obstante, gracias al tratamiento con antirretrovirales, que ha sido el más grande hito logrado por la medicina en la historia del VIH/SIDA para combatir la trasmisión del virus, aquellos que son seropositivos logran hoy en día vivir un tiempo prolongado y en mejores condiciones de salud. Asimismo, los antirretrovirales no solo frenan el avance de la enfermedad, sino que la ciencia ha logrado con ellos también erradicar el contagio del VIH y en consecuencia aminorar la cifra de contagios globalmente durante la última década (2).

Esto evidencia que las cifras de 1997 (3 millones de nuevos contagios a causa del VIH) con las del 2020 (1,5 millones de personas infectadas) se han reducido en un 52% (3).

A pesar de todos los esfuerzos mundiales puestos en la lucha contra la infección aún no ha sido posible eliminar el virus del organismo de la persona. Este es el más grande reto a conseguir por la comunidad científica. A esto se suma el COVID 19 (enfermedad infecciosa originada por el SARS-CoV-2) siendo detectada en el 2019 en China y luego fue anunciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con la denominación de pandemia (4).

Con antelación a la pandemia (2019), en nuestro país, se estimaba que un promedio de 87 000 personas fueron diagnosticado con VIH, de las cuales, solo 67 000 personas se sometieron a tratamiento antirretroviral (4). Durante la pandemia, la detección de los casos de VIH se redujo, lamentablemente, en un 55%. Esto se debe al distanciamiento social impuesto por el gobierno de turno a pesar de que el Ministerio de Salud (MINSA) había respaldado la atención sanitaria para estas personas (5). Atención que es un derecho avalado por la Ley General de Salud (N°26842), en sus numerales I, II y VI indican que la salud es un derecho y condición imprescindible para el bienestar humano y es un recurso esencial para obtener el bien colectivo e individual; el interés por la salud pública es importante para todos (6).

Existen otras normativas que han sido diseñadas como estrategia para hacerle frente a la enfermedad; entre ellas tenemos la Ley N°26626, conocida como Ley CONTRASIDA, en el primer artículo, confía al MINSA la función de diseñar el Plan Nacional de Lucha para hacerle frente al VIH y al SIDA; además de las infecciones por transmisión sexual (7).

Mediante la Ley N° 28243 se amplía y se modifica la ley CONTRASIDA, donde se sustenta la relevancia nacional e importancia por parte de la sociedad en la batalla contra el VIH, SIDA y las ITS. Además, establece que la atención a los individuos que presentan VIH y SIDA (PVVS) debe garantizar en forma integral diversos aspectos (biológico, psicológico y espiritual). En este proceso, es fundamental que el núcleo familiar y la población esté implicada y que todo peruano (a) que padece del VIH y SIDA, “debe beneficiarse de un cuidado pleno de la salud que proporcione estabilidad, brindada por el Estado, mediante los centros de salud que aseguran administración, colaboración estrecha o colateral y la asistencia anticipada que la situación lo amerite” (7).

Asimismo, en diciembre del 2020, se aprueba la Norma Técnica de Salud en Atención Integral del Adulto que brinda principal atención a la Infección por el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). El fin es disminuir la mortalidad y morbilidad en adultos que padecen de VIH, y optimizar su bienestar. Igualmente, busca “estandarizar los procedimientos para la asistencia integral del Adulto infectado por el

Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) a través de los centros de salud del territorio nacional" (8).

Sin embargo, todo ello no ha sido suficiente para que la mayoría de las personas sepan su diagnóstico de VIH y logren recibir tratamiento anticipadamente. Esta situación se agudizó debido a la crisis sanitaria por COVID 19, evidenciándose a finales del 2020 una serie de denuncias por desabastecimiento de medicamentos y un abandono del 17% en las terapias en comparación al año anterior. Asimismo, la Sala Situacional del MINSA informa que se ejecutaron 80% menos diagnósticos positivos que en el 2019. De esto se infiere que miles de peruanos se quedaron sin acceso a una detección temprana, por ende, sin un tratamiento adecuado (9).

A pesar de este contexto desolador, el MINSA (2020) indicó que en el Perú se ha logrado reducir la mortalidad del VIH/SIDA en los últimos 10 años en un casi 40%. Asimismo, informa que a comparación de los otros países como Brasil, Argentina y Chile las nuevas infecciones en nuestro país se han reducido en un 17% y esto se debe a la variedad de estrategias en materia de prevención y al tratamiento antirretroviral (10).

El VIH/SIDA ha generado una fuerte conmoción en la comunidad y en el ámbito científico. Esto es mayor todavía en las personas que la padecen. Por ende, debe ser tratado de manera multisectorial, en particular, en el ámbito de la psicología (11).

Desde la perspectiva del paciente, el recibir un diagnóstico de VIH positivo genera una inestabilidad emocional que debe ser tratada por el especialista de la salud que asiste al afectado. Inicialmente, genera un estado de shock y negación que presenta diferentes emociones como desesperanza, temor, culpa, tristeza e ira. Si estas reacciones emocionales no se manejan de forma efectiva, en muchos casos desencadenan trastornos afectivos como la ansiedad y la depresión, las cuales son frecuentes en el desarrollo de la enfermedad. Se intensifican con la hospitalización del paciente, en especial, cuando se le complica la enfermedad del VIH de tal forma que algunos individuos desarrollan la idea del suicidio. Es entendible que el paciente pueda afligirse, sentirse incompetente, y temer por el padecimiento de la enfermedad e incluso desarrollar la idea de la muerte (12). La ansiedad, según Levenson J. (2005) es un síntoma que se manifiesta frecuentemente y se asocia a otros cambios comórbidos, principalmente con la depresión acrecentada (13). Esto se evidencia en un estudio realizado por Kimberly Serrato y Claudia Díaz, en la localidad de Chiclayo, durante el año 2016, cuyos resultados muestran que los índices de ansiedad y depresión que se manifestaron por parte de las féminas de la organización “Viviendo en Positivo”, han sido mesurados en un 42 % y 44 % correspondientemente. Estos resultados son alarmantes, porque en toda la población estudiada se evidencia ansiedad y depresión en un nivel moderado que podría desencadenar en un nivel grave si no se interviene a tiempo (14).

Es devastador recibir un diagnóstico que amenace la vida y esto se intensifica con la discriminación social, cultural y financiera a causa de una enfermedad como el VIH que constituye una amenaza no solo física sino mental. Además, hay que tener en cuenta el estigma exacerbado de contagiarse del VIH que hace que las personas se alejen de quienes la padecen. De esta manera, se atropella la dignidad y se fomenta la discriminación que viola los derechos fundamentales de quienes presentan el virus. En consecuencia, intensifica el sufrimiento, aumenta el aislamiento y la aleja de los servicios de salud (15).

Ante esta magnitud problemática, el profesional de enfermería enfrenta un gran desafío para el cuidado de estos pacientes. El fin es brindar en la medida de lo posible un cuidado personalizado que aborde sus principales carencias en cada dimensión. Una de ellas es el afectivo - emocional que es la más afectada y es evidenciada por signos y síntomas de ansiedad y depresión. Por ende, la enfermera debe realizar un acompañamiento a lo largo del desarrollo de la enfermedad aliviando con ello los vacíos existentes.

Dentro de las funciones que brinda la enfermera a estos pacientes, se resalta su deber de consejera y/o asesora. Esto consiste en entablar el diálogo e interacción en forma dinámica y reservada, entre el (la) consejero(a) y el (la) consultante. Esta única aproximación humana que muestra empatía y seguridad orienta a la enfermera a brindar “apoyo

afectivo y dar a conocer todos los aspectos que atañen a la preocupación por la salud" (16).

Durante el ejercicio profesional de enfermería realizado en los centros de salud, así como en los diferentes hospitales de la capital, se observa que las personas con VIH/SIDA presentan inestabilidad emocional. Esto se debe a la repercusión del virus en su estilo de vida y cómo lo ha transformado. Ellos piensan que su vida ya no tiene sentido y que representan una carga para su familia. Suelen referir lo siguiente: "señorita me moriré, ya no tiene sentido seguir viviendo", "jamás creí que podría tener esta enfermedad, aquí se acabó mi vida", "que va a decir mi familia, no me querrán apoyar", "prefiero morir a vivir con esta terrible enfermedad", "no puedo con la ansiedad y la pena que siento que deberé cargar durante toda mi vida", "tengo mucho miedo", "todos mis sueños, anhelos y aspiraciones que tenía en la vida se han ido por la borda", "no tengo ganas de salir de mi casa, ni hablar con nadie", entre otros.

Por todo lo mencionado, resulta imprescindible preguntarse lo siguiente: ¿Qué tipo de intervención de enfermería es necesaria y efectiva para mitigar en el paciente el impacto del VIH/SIDA?, ¿La enfermera cubre mediante sus cuidados la dimensión afectiva - emocional y espiritual manifestada por ansiedad y depresión por parte de la persona viviendo con VIH/SIDA?, ¿El profesional de enfermería diseña y ejecuta programas de intervención con personas viviendo con VIH/SIDA para

manejar la ansiedad y la depresión?, ¿La enfermera prioriza acciones preventivas promocionales y descuida la manifestación de ansiedad y depresión en la persona viviendo con VIH/SIDA?, ¿La consejería de enfermería es una estrategia efectiva para el manejo de la ansiedad y depresión en personas viviendo con VIH/SIDA?

De lo manifestado, se formula el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la efectividad de la implementación de un programa de consejería de enfermería en la disminución de la ansiedad y depresión en personas viviendo con VIH/SIDA en una organización de base comunitaria de Lima Metropolitana, 2021?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

- Determinar la efectividad de un programa de consejería de enfermería en la reducción de la ansiedad y la depresión en las personas viviendo con VIH/SIDA en una organización de base comunitaria de Lima Metropolitana.

1.2.2. Objetivos específicos

- Identificar el nivel de ansiedad y depresión de las personas viviendo con VIH/SIDA, previo al desarrollo del programa de consejería de enfermería.

- Ejecutar el programa de consejería de enfermería en las personas viviendo con VIH/SIDA con el fin de reducir la ansiedad y la depresión.
- Evaluar la reducción del nivel de ansiedad y depresión en las personas viviendo con VIH/SIDA; después de la implementación del programa de consejería de enfermería.

1.3. Importancia y alcance de la investigación

El VIH/SIDA es una de las afecciones que más infortunios ha ocasionado durante el siglo XX y en la actualidad es uno de los grandes problemas de salud pública a nivel mundial (17). En el Perú, según el MINSA, desde el primer caso reportado en nuestro país en 1983 hasta finales de 2021 se notificaron alrededor de 137 839 incidentes de contagio por VIH, de los cuales 45 703 han sido identificados bajo el nombre estadio Sida (18). Las personas que padecen de VIH/SIDA frecuentemente presentan ansiedad y depresión, cuyos niveles oscilan entre leve, moderado y grave. El hecho de estar infectado supone un impacto emocional por la incertidumbre generada a causa del desconocimiento de la evolución de la enfermedad y el rechazo de la sociedad (19).

La presencia de niveles de ansiedad y depresión en este tipo de población puede llegar a deteriorar el estado de salud y la calidad de vida de estas personas, pues tal y como lo reflejan diferentes estudios, pueden llegar a generar dificultades en cuanto a la adherencia al tratamiento y acelerar la reproducción del virus, dando lugar a las enfermedades oportunistas/concomitantes, que en los casos más extremos podrían llevar a la muerte. De ahí que, es importante destacar el rol de las enfermeras, puesto que el cuidado a la persona, es el pilar fundamental de la profesión. Representan el recurso humano más numeroso en el contexto sanitario, se encuentran en el nivel hospitalario, así como en el primer nivel de atención; prestando sus servicios

considerando la integralidad del ser humano, de esta manera, intervienen asistiendo en el apoyo emocional, la recuperación física, la atención directa, el reporte diario de la evolución del enfermo, las consejerías, etc. En otras palabras, son las que realizan la atención primaria en los hospitales, las postas, entre otros establecimientos de salud. Asimismo, desempeñan un papel trascendental en las zonas rurales. Esto se debe a la escasez de profesionales de salud en especialidades principalmente en salud mental.

En consecuencia, las enfermeras, sobre todo mediante su función de consejería; orientan y apoyan a los pacientes en su proceso de evaluación, medicación, recuperación y bienestar de la salud.

Por lo mencionado líneas arriba, es relevante la presente investigación de intervención a través de un programa de consejería con el fin de reducir los niveles de ansiedad y depresión en personas viviendo con VIH/SIDA y de proporcionar herramientas prácticas para optimizar el manejo de la ansiedad y depresión desde la función de la enfermera como consejera; que es quien escucha, comprende y asesora para minimizar los riesgos físicos y emocionales. También, propicia en el paciente una actitud responsable en el manejo de la infección, de sus actos y decisiones; lo que contribuirá al mejoramiento de la calidad de vida y la salud mental de las personas infectadas por este virus.

Asimismo, esta línea de investigación está respondiendo al tercer objetivo del desarrollo sostenible, el cual busca aunar esfuerzos en materia de salud a fin de mejorar la calidad de vida de esta población.

Los resultados de este trabajo de investigación beneficiarán no solo a los pacientes, ya que mitigarán la ansiedad y depresión, sino a su familia y al personal de enfermería. Las enfermeras tendrán una herramienta para optimizar el cuidado del paciente y potenciarán su rol que es caracterizado por ser integral y personalizado, porque cumplen con los estándares de calidad y calidez que ello exige.

CAPÍTULO II: REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. Antecedentes del estudio

Internacionales

Biel D, Carrobles J, Antón M. (2021) en España, realizaron la investigación denominada “Reducción del estigma, la depresión y la ansiedad en personas con VIH mediante un grupo terapéutico cognitivo conductual”. El estudio siguió un diseño cuasiexperimental; 26 personas viviendo con VIH/SIDA decidieron pertenecer al grupo de terapia, cabe resaltar que finalmente solo 18 fueron los que culminaron la investigación. El grupo control estuvo conformado por 24 participantes, sin embargo, de igual modo solo 16 personas respondieron el test post intervención. Antes y después de la intervención, así como luego de cuatro meses de finalizado el tratamiento, los participantes respondieron los cuestionarios pre intervención, post intervención y de seguimiento con los instrumentos para la medición de las variables en estudio: Escala de estigma asociado al VIH y al SIDA, Inventario de depresión de Beck (BDI-II) y el Inventario de ansiedad estado-rasgo. El programa de intervención grupal se fundamentó en la terapia cognitiva conductual; fue dirigido por dos psicólogos especialistas en tratamiento psicológico con personas viviendo con VIH/SIDA, el cual consistió en una serie de cuatro talleres, uno por mes impartidos durante el fin de semana. Cada taller

constaba de tres sesiones de cuatro horas de duración cada una. Finalmente, el estudio concluye afirmando lo siguiente:

> *"Los resultados avalan la eficacia de la intervención grupal cognitivo conductual presentada, puesto que, tras el tratamiento se consiguieron mejorías significativas en estigma declarado, estigma interiorizado, depresión y ansiedad estado. Del mismo modo en la medición de seguimiento cuatro meses después, las mejorías evidenciadas al término de la intervención se mantuvieron; en este último análisis mejora también la ansiedad rasgo"* (20).

Carmona J, Garcete N. en Paraguay (2013), realizaron la investigación "Niveles depresivos y estados de ansiedad en personas que viven con VIH/SIDA". El objetivo fue precisar la relación que existe entre los niveles de ansiedad y depresión en personas viviendo con VIH/SIDA. El método fue cuantitativo, que corresponde a un diseño no experimental con un tipo de estudio descriptivo de índole correlacional y de corte transversal. El estudio fue llevado a cabo por el Instituto de Medicina Tropical y el Programa Nacional que realiza control exhaustivo de SIDA (PRONASIDA) durante los años 2012-2013. Por otro lado, el universo comprendió un estimado de 2000 individuos asistentes mensualmente a la prestación total del Programa Nacional del Control de SIDA con el Instituto de Medicina Tropical con un aproximado de 28 pacientes internados en el IMT, en el que se extrajeron muestras con 100 PVVS

separados por sus géneros. Con respecto a la recopilación de la información, se usó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE-SXE). El estudio concluye manifestando que:

> *"… existe una correspondencia significativa, en los grados depresivos y estados ansiosos; es decir, si la depresión se incrementa, de la misma manera se incrementará la ansiedad estado, y viceversa. Por otro lado, el estudio determina que no se presentan distinciones importantes entre varones y féminas con respecto a dichas variables"* (21).

Gaviria A, Quiceno J, Vinaccia S, Otalvaro M. (2009) en Medellín, realizaron la investigación "Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/Sida". Su propósito consistió en identificar si existe un nexo entre las habilidades de confrontación y ansiedad-depresión de un conjunto de 92 personas entre hombres y mujeres que se encuentran infectados por el VIH/ SIDA, se hallan con medicación antirretroviral. Con respecto a la metodología investigativa se basó en un estudio descriptivo transversal correlacional a través de un sondeo. Por ello, se usó el Zung (SAS y SDS) que permitió valorar la ansiedad-depresión mediante cuestionarios. Para medir sus habilidades de afrontamiento se empleó la Escala de Estrategias Coping

Modificada (EEC-M) de 98 partes. Los investigadores concluyen afirmando lo siguiente:

> *"… son fundamentales las estrategias centralizadas en la cognición (focalizadas en el problema), ya que es una alternativa para afrontar y reevaluar en forma positiva los síntomas físicos y emocionales en los pacientes con VIH/SIDA. Además, esta estrategia está orientada por un personal de salud quien trata de buscar una mejor solución a la ansiedad y depresión"* (22).

Nacionales

La Rosa M. (2021) en Huacho, ejecutó el estudio de investigación "Niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH en el Hospital Regional de Huacho, 2018-2020". La metodología empleada fue cuantitativa, descriptiva, de corte transversal y diseño no experimental. La muestra del estudio estuvo conformada por un total de 102 personas viviendo con VIH/SIDA, quienes fueron atendidos en consultorio externo del servicio de Infectología del Hospital Regional de Huacho, entre los años 2018-2020. El cuestionario empleado para la recolección de datos fue el Inventario de depresión de Beck (BDI-II). Finalmente, el estudio concluye, manifestando que:

> *"Los resultados del estudio evidencian el predominio de los niveles de depresión mínima y leve, representados aproximadamente en el 75% de los participantes del estudio. Asimismo, el 17% de la muestra padecía depresión moderada y el 8% manifestó depresión severa"* (23).

Chiroque y Serrato (2016) en Chiclayo, desarrollaron la investigación "Nivel de ansiedad y depresión en mujeres que viven con VIH/SIDA integradas en una asociación civil". La metodología fue un planteamiento cuantitativo de modelo no experimental, carácter descriptivo y de corte transversal. Dicho estudio se ejecutó en una organización civil privada de Chiclayo integrada por féminas viviendo con VIH/SIDA durante julio - noviembre del año 2016, con una población conformada por 50 mujeres. Se tomó en cuenta el método de recaudación de información, la encuesta. Se empleó como herramienta de recopilación de data: el formulario, que considera un conglomerado de interrogantes incorrectas de una o más variables a medir. Los instrumentos empleados en este estudio fueron: el Inventario de ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de depresión de Beck- II (BDI-II). Al aplicar el inventario de ansiedad de Beck, se obtuvo que el grado de ansiedad con mayor prevalencia, es el moderado; la cual se rectifica en otros estudios. En el momento de proyectar el Inventario de depresión de Beck y lograr gestionar las ideas de la población estudiada, se tiene en consideración la existencia de una depresión moderada. En conclusión, lo procesado en cuadros y gráficos de acuerdo al vínculo que se evidencia entre el grado de ansiedad y depresión que atraviesan las mujeres con dicha infección, incorporadas

dentro de una organización civil privada de Chiclayo muestra un nexo considerable entre las variables. El estudio arriba a la siguiente conclusión:

> *"… los grados de ansiedad y depresión que se encuentran manifestadas en las féminas pertenecientes a la corporación evidencian un resultado mesurado en un 42 % y 44 % correspondientemente"* (14).

Abanto y Alcántara (2012) en Trujillo, realizaron la investigación "Nivel de autoestima y grado de depresión del paciente con VIH/SIDA. Programa Targa del hospital Víctor Lazarte Echegaray 2012". El objetivo consistió en "precisar el predominio del nivel de autoestima en el grado de depresión del infectado" (26). La metodología empleada es cualitativa descriptiva y correlacional. La población estaba constituida por 45 infectados. Para recabar los datos, se tomaron en cuenta dos herramientas que fueron autorizados por Alpha de Crombach y especialistas en el tema. La información alcanzada fue filtrada en tablas de doble entrada y simples, las cuales fueron complementadas en representaciones estadísticas. El análisis de ello se ejecutó a partir de la prueba Chi Cuadrado. El estudio concluye que:

"… el 42.2% de los infectados con VIH evidenciaron un grado de autoestima media alta, un 26.7% media baja y solo el 4.4% baja. Respecto a la depresión, los individuos que no padecieron este trastorno alcanzaron un porcentaje de 64.4%, por tanto, el 26.7% padeció depresión leve y un 8.9% se diagnosticó con depresión baja. Esto evidencia la existencia de una influencia favorable entre el grado de la autoestima y el nivel de depresión" (24).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Aspectos teóricos conceptuales sobre VIH/SIDA

a) Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

- **Definición**

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ocasiona el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Este irrumpe varias células inmunitarias. Por ejemplo, invade a las células T CD4+ y monocitos. Por ende, "disminuye la cifra de células T CD4+ inferiores al grado crítico y la falta de protección generada por células" (25). Por ello, el cuerpo, en forma progresiva, se vuelve más vulnerable a diversas infecciones y al cáncer (25).

Se conocen dos formas. Por un lado, está el VIH-1 que es el principal organismo responsable del SIDA humano. Este se encuentra presente en todo el mundo. Por otro lado, está el VIH-2 que se asemeja al VIH-1, pero se diferencia en que es menos virulento. Es causante también de

la supresión inmunológica. Este se encuentra en algunas partes de África (26).

Hay que entender que el SIDA es el periodo más alarmante del contagio por VIH. Esto se distingue a partir de un recuento anormalmente bajo de linfocitos CD4 (menos de 200 células/µL) o la aparición de infecciones oportunistas asociadas con la inmunodeficiencia inducida por el VIH (27).

- **Transmisión**

Hay tres únicas vías de transmisión. La primera es la transmisión sexual que se da a través de relaciones sexuales sin protección. La segunda es la transmisión parenteral que se manifiesta mediante la exposición de sangre, sus derivados o tejidos trasplantados. Se origina a través de transfusiones o trasplantes que no presentan control sanitario pertinente. También, se puede manifestar por compartir jeringas, agujas u otras herramientas usadas en el proceso de preparación y administración que puedan ser contaminados con sangre de un portador. Finalmente, está la transmisión vertical (perinatal) que se da entre la madre infectada y su hijo. Esto se puede manifestar mediante la gestación, el alumbramiento o el amamantamiento (28).

Es sabido que el VIH se ha apartado de los fluidos corporales (la saliva, el semen, los linfocitos, la leche materna, las secreciones vaginales, la orina, el líquido cefalorraquídeo (LCR), el plasma libre de células, las lágrimas). No obstante, la leche materna, los flujos vaginales, el semen

y la sangre podrían ser transmisores de la enfermedad. Para que esto suceda, “los fluidos deben estar en contacto con el tejido dañado o con una membrana mucosa o inyectarse directamente en el torrente sanguíneo” (29).

La transmisión sexual es la manera predominante de propagación del VIH, además, esta epidemia puede afectar a los infantes nacidos de mamás infectadas por el VIH, sin embargo, hoy en día es posible evitar la transmisión a través del seguimiento y control minucioso de las gestantes (30).

- **Signos y síntomas**

La presentación del VIH es variada e incluye síntomas y signos asintomáticos, varios crónicos o recurrentes. La infección primaria o temprana por el VIH (síndrome retroviral agudo) se caracteriza por presentar ulceraciones de las mucosas, por fiebre, artralgias, faringitis, malestar general, erupción cutánea y manifestaciones neurológicas como meningitis aséptica (31).

Los infectados crónicamente por el VIH podrían presentar sudores nocturnos, pérdida de peso, fiebre, agrandamiento generalizado de los ganglios linfáticos no dolorosos y diarrea constante durante semanas o meses (complejo relacionado con el SIDA - ARC) (31).

- **Diagnóstico**

Además, de los criterios epidemiológicos y clínicos, el diagnóstico por contagio de VIH se establece detectando el antígeno o ácido nucleico, anticuerpos o por aislamiento en cultivo.

Los estudios para la localización de anticuerpos contra el VIH se distribuyen en muestras de tamizaje o las de suponer la alta especificidad y sensibilidad, y las pruebas confirmatorias que poseen una elevada exactitud (32).

En el diagnóstico, se suelen usar dos pruebas. Para empezar, se hace una prueba de tamización inicial a través de la técnica de ELISA para identificar anticuerpos para hacerle frente al virus, que debe repetirse siempre y cuando sea positivo. Si vuelve a ser positivo, se realiza una prueba de confirmación, que en nuestro medio suele usarse Western Blot (33).

- **Tratamiento**

La medicación que corresponde al virus se denomina terapia antirretroviral (TAR). “El TAR consiste en una mezcla de fármacos contra el VIH (denominado régimen de tratamiento contra el VIH) administrados diariamente” (34).

La eficiencia del desarrollo de un tratamiento antirretroviral (TAR) contra el contagio por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es

considerado el logro fundamental por parte de la medicina moderna. Asimismo, el tratamiento farmacológico triple, en los años noventa, permitió la reducción de dos tercios de muertes relacionadas al VIH. Actualmente, hay 32 fármacos antirretrovirales con pautas estándar de tratamiento establecidas por la Food and Drug Administration (FDA) de EEUU. Los beneficios del TAR han hecho que, aproximadamente, 21 millones de individuos a nivel mundial reciban ello. Asimismo, se considera que la esperanza de vida de un individuo infectado por el VIH tratado a tiempo y de forma pertinente sea casi igual que la población general de países en desarrollo y desarrollados (35).

- **Prevención**

Existe, a nivel mundial, una coalición de gobiernos, fundaciones privadas, compañías farmacéuticas, organizaciones no gubernamentales (ONG) que trabajan en conjunto para desarrollar estrategias de prevención del VIH y limitar su propagación. Estas medidas preventivas incluyen lo siguiente:

> "condones, evitar que las madres infectadas transmitan la enfermedad a sus recién nacidos en el periodo de alumbramiento o amamantamiento, profilaxis previa a la exposición PrEP (una persona no infectada toma medicamentos contra el VIH), tratar a los pacientes como un medio para prevenir enfermedades en otros

(tratamiento como prevención), circuncisión masculina, fortalecimiento de la vigilancia local, creación de infraestructura y capacidad de atención de la salud a nivel mundial" (36).

b) Problemática del VIH en adultos

- **A nivel mundial**

La Organización Mundial de Salud (OMS) a finales del 2020 indicó la existencia de 37, 7 millones de individuos que conviven con el VIH. A esto se suma más de dos tercios (25, 4 millones) en el continente de África. Asimismo, han fallecido 36, 3 millones evidenciando una problemática de salud pública (2).

Además, la OMS, mediante una encuesta, informó que 73 países, debido a la pandemia de COVID-19, advirtieron que pronto se acabarían o están desabastecidos de los medicamentos antirretrovíricos. De los cuales 24 naciones presentan escasez de estos fármacos. Esto se debe al cierre de fronteras que limita la entrega de los antirretrovirales, a la par con el limitado ingreso a los servicios de salubridad debido a la situación del COVID-19. Por otro lado, en el 2019, se estimaba que 8, 3 millones de personas prescinden de los tratamientos antirretrovirales que en el contexto COVID-19 adolecieron de esto. Ello podría generar la duplicación de muertes relacionadas al SIDA que representaría un tercio

(33%) de todos los individuos que realizan el tratamiento contra el VIH a nivel mundial (37).

Por las razones expuestas, la Organización Mundial de la Salud hizo hincapié en la asamblea de la Sociedad Internacional del SIDA que la disminución de fallecidos relacionados con el VIH se puede intensificar si existe apoyo. Para ello, la OMS elaboró orientaciones “sobre cómo conservar de manera certera el ingreso a los centros de salud a lo largo de la pandemia” (37). En estas guías, indica que los países deben facilitar los medicamentos con una prescripción de periodos largos (6 meses). Actualmente, 129 naciones adoptaron esta política (37).

- **A nivel local**

En Perú, el Ministerio de Salud indica lo siguiente: “a diciembre del 2021 se han consignado 45207 casos de VIH y 28164 casos de Sida, acorde a la información de la Dirección General de Epidemiología (DGE)” (38). Respecto a los casos del SIDA se informa que más del 50% oscilan entre las edades de 15 a 24 años. Asimismo, se estima que un aproximado de 70 mil peruanos presenta esta enfermedad, de las cuales 20 mil mantienen una relación con los servicios de salud que brinda el Estado (soporte y/o tratamiento adecuado) (38).

Esta epidemia está presente en todas las regiones del país. No obstante, los mayores casos de VIH están en Lima, Ancash, Callao, Ica, Lambayeque, Piura, Loreto, Arequipa. Asimismo, el Minsa informa que

“por cada tres casos de VIH en varones se halla una mujer infectada” (38).

Además, indica que la mayoría de los notificados son los hombres (80%) y el resto (20%) son las féminas. También, asevera que el 97% de los casos se contagió el VIH por trasmisión sexual sin protección, el 2% a través de la madre - hijo y el 1% mediante la vía sanguínea (vía parental) (38).

c) Actividades de la OMS en la lucha contra el VIH/SIDA

Durante los ochenta, la OMS se ha preocupado por la salud de los individuos que conviven con VIH/SIDA. Evidenciándose a través del tiempo que expondremos en los siguientes párrafos.

En noviembre de 1983, la OMS convocó a una asamblea con la finalidad de examinar la situación internacional sobre el SIDA y empezó a realizar una vigilancia a nivel mundial (39).

En abril de 1985, la OMS y el Departamento de Salud de los Estados Unidos organizaron “La Primera Conferencia Internacional acerca del Sida en Atlanta, Georgia (EE. UU)” (42). En ese tiempo, los contagios por VIH ya se habían expandido globalmente (40).

En 1988, la OMS dispuso que el primero de diciembre se establezca el “Día Mundial de la Lucha contra el SIDA” (40). Se convirtió en la fecha más conmemorativa internacionalmente.

En octubre de 1991, la OMS presentó un informe del contexto mundial de la epidemia por VIH/SIDA. Notificó sobre los “418 403 casos de SIDA en adultos jóvenes y de edad madura de 163 países” (41). Asimismo, calculaba que, a fin de ese año, la cifra aumentaría en 1 millón de individuos que presentaban SIDA. Sobre los portadores del VIH se pronosticaba estadísticamente 9 millones de adultos infectados a nivel mundial cuya proporción sería “entre 5 a 6 millones de hombres y 3 a 4 millones de féminas” (41). En base a esas cifras, la OMS calculaba que para el 2000 existiría alrededor del mundo “una totalidad de 30 a 40 millones de varones, féminas e infantes contagiados con el VIH desde el inicio de la pandemia” (41).

Ante ese panorama, la situación de la infección por VIH/SIDA causó preocupación y zozobra a nivel mundial. Por ende, se necesitó de una respuesta inmediata global. Por ello, se creó el Programa Conjunto de las Naciones Unidas acerca del VIH/SIDA (ONUSIDA) la cual empezó a operar en el mes de enero de 1996 con el patrocinio de diez agencias, la cual se encuentra incluida la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (42).

Se considera como objetivo general de ONUSIDA “orientar, confortar y defender una solución total al VIH/SIDA” a través de las siguientes direcciones:

- “Impedir el contagio del VIH.
- Brindar tratamiento y atención a individuos contagiados y perjudicados por la enfermedad.
- Aminorar la susceptibilidad de los individuos y de la población al VIH y al SIDA.
- Disminuir la conmoción socioeconómica y humana de la pandemia” (42).

En 1997, ONUSIDA comenzó con la primera Campaña Mundial contra el SIDA. Esto dio pie a que otros sectores de la sociedad como gobiernos, organizaciones, activistas, etc. realicen varias actividades en todo el mundo con el fin de concientizar sobre la relevancia de la prevención de esta enfermedad (38).

En el 2010, la OMS se preocupó, porque alrededor del mundo las actividades en la lucha contra el SIDA no eran suficientes. Por esa razón, en el 2014, propusieron los objetivos '90-90-90' con el fin de terminar la epidemia del SIDA (39). Esto consiste que, para el 2020, se esperaba alcanzar lo siguiente: “El 90% de los individuos padeciendo el VIH conocerán su condición de VIH; el 90% de los infectados recibirán medicación antirretroviral sostenida; y el 90% de los sujetos recibiendo antirretrovirales obtendrán la supresión del virus” (39).

Otras de las preocupaciones de la OMS es la existencia de desigualdades en la atención de los infectados. Por ello, la organización

no solo se centró en establecer normas para prevenir y atender en forma eficaz, sino que está colaborando en forma activa con los países para llegar al objetivo de equidad en la precaución y acceso equitativo al tratamiento del VIH/SIDA (43).

Por otra parte, no solo la OMS asume la preocupación por los contagiados sino la sociedad internacional, porque consideran que la epidemia es un problema que repercute en el bienestar de los individuos. Por ello, en la Asamblea General de las Naciones Unidas, desarrollada durante el 2015, plantearon como objetivo finiquitar la epidemia del SIDA que debería cumplirse en el 2020. La estrategia del proyecto consiste en cómo el sector de la salud contribuirá con ello. A continuación, se detalla el plan de la propuesta (43).

> "Orientación estratégica 1: Datos para ejecutar una acción peculiar (darse cuenta de la infección y la respuesta).
>
> Orientación estratégica 2: Intervenciones que causan conmoción (garantía del abanico de servicios solicitados).
>
> Orientación estratégica 3: Acceso igualitario (afianzar la cobertura a las personas que precisan de alguna necesidad).
>
> Orientación estratégica 4: Subvención para la sustentabilidad (cobertura de los precios de los servicios).
>
> Orientación estratégica 5: Invención que facilite (de cara al futuro)" (43).

Asimismo, este conjunto de estrategias se fundamenta en los avances obtenidos para confrontar al VIH, a partir del momento en donde la OMS elaboró el Programa Especial acerca del SIDA. Igualmente, difunde e impulsa los objetivos de los entes e instituciones implicadas en la reversión de la epidemia (43).

Durante el 2015, la OMS planteó la "Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH/SIDA para 2011-2015" (43). El fin consistió en ayudar a los países en detener y revertir el VIH/SIDA. En ese lapso de tiempo, se dio cobertura a más de "15 millones de individuos que padecían de VIH" (43). Ellos se trataban con medicinas antirretrovirales. Sobre las muertes hubo disminución y la aparición de las nuevas infecciones se ha mermado. No obstante, es de vital importancia la aceleración de la ejecución de medidas de respuesta durante los siguientes años y sostenerlo hasta el 2030 y en los posteriores años (43).

d) Reunión de alto nivel sobre el fin del SIDA

En New York (sede de la ONU en Estados Unidos), tras varias semanas de debate, en la Reunión de Alto Nivel 2021, donde participaron más de treinta jefes de Estado, admitieron una reciente declaración política sobre el VIH/SIDA. En relación a ello, el secretario general de las Naciones Unidas, informó que para el 2030 se debe "abordar las diferencias y retomar el camino para ponerle fin al SIDA" (44). Ello lo enfatiza, ya que la COVID-19 ha generado retrocesos. No obstante,

manifiesta en el informe que no es una excusa para no lograr las metas establecidas para afrontar el VIH/SIDA, sino una advertencia para que los países no dejen de invertir en la lucha contra esta epidemia. Para ello, se debe retomar el compromiso establecido en los Objetivos del Desarrollo Sostenible. Además, la ONUSIDA presta servicios a diversos países para apoyarlos con aquellas situaciones que impiden combatir el VIH/SIDA a causa del COVID-19. Asimismo, brinda un conjunto de recomendaciones que incluye las desigualdades y atiende a los sujetos que conviven con el VIH, cuyo objetivo es:

“Disminuir las recientes infecciones anuales por el VIH por debajo de los 370 000 y los decesos anuales vinculados con el sida a menos de 250 000 para 2025; enfatizar la prevención del VIH para asegurar que el 95% de los individuos con peligro de contagio debido al VIH puedan acceder a alternativas eficaces de prevención del VIH para 2025; y la erradicación de nuevas infecciones por el VIH entre los infantes” (44).

El fin de la ONUSIDA en coalición con la OMS y todos los países es finiquitar el VIH/SIDA para el 2030. Para ello, implica reducir las desigualdades en la atención (pruebas, tratamiento y la supresión del VIH) además se debe dar la prioridad de la prevención de este.

2.2.2. La ansiedad y la depresión como reacción psicológica del paciente con VIH/SIDA

En esta última década, se han realizado más estudios sobre “las comorbilidades psiquiátricas presentes en personas infectadas por el VIH” (45). Si bien el VIH afecta el funcionamiento fisiológico, también impacta en el estado mental y emocional. Esto se debe a que se ven enfrentados en el aspecto económico, psicológico y sociocultural (22). Al respecto, Avena y Agugliario (2011) manifiestan lo siguiente:

“Las implicancias sociales, la marginación predominante hacia los individuos contagiados, las distintivas peculiaridades y niveles superiores de susceptibilidad de ciertos subconjuntos (HSM, adictos, travestis, etc.) envuelven a muchas circunstancias, en las que es vital la participación de la psicología” (46).

Participación psicológica que actualmente ha ido acrecentándose mejorando el bienestar de la salud, a su vez, permitiendo disponer de periodos observatorios para descubrir diversidad de casos como trastornos mentales, trastornos conductuales, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y/o cuadros de estrés producidos por las consecuencias de los antirretrovirales. Un ejemplo de ello es el intento de suicidio, además, de la nueva modalidad que han tomado los infectados en lo que respecta a la sexualidad. Esto hace que sea relevante la intervención de un profesional de la salud (46).

A. ANSIEDAD

A.1. Definición

La palabra ansiedad emana del latín anxietas que denota angustia-aflicción. Se conceptualiza como la caracterización de un estado que incrementa la capacidad perceptiva ante un requerimiento fisiológico del organismo de aumentar "el grado de cierto componente que momentáneamente se halla inferior al grado apropiado u opuestamente, ante la angustia de dejar un beneficio valioso" (47). Se considera a la ansiedad como una patología debido a "su forma de presentación, su intensidad, su persistencia y su recurrencia inmotivadas" (48). Es una respuesta del organismo ante un contexto que es percibido como amenazador a su existencia que incluye lo emocional, conductual, cognitivo y somático (48).

Las personas, alrededor del mundo, experimentan la ansiedad en un grado moderado; no obstante, han sabido responder a ello (49).

En los individuos viviendo con VIH/SIDA, la ansiedad hace que el afectado esté alerta ante contextos amenazantes que va a padecer ante el proceso de enfermedad como el tratamiento farmacológico, exámenes médicos, hospitalización, entre otros (19). Sin embargo, cuando esto se prolonga empieza a trastornar la calidad de vida. Por ende, esto es indicado como desorden de ansiedad que debería abordarse a la

brevedad posible a través de una consejería u otras formas de tratamientos (50).

A.2. Tipos

Los sujetos infectados con VIH/SIDA atraviesan trastornos de ansiedad desde que conocen el diagnóstico de la infección, la cual existen en variedad que parten de lo simple (insomnio, nerviosismo, trastorno del apetito) inclusive llegando a lo más complejo como las fobias, cuadros obsesivo-compulsivos, manifestaciones de pánico, entre otros. Por ende, es importante mencionar que todo ello debe ser manejado en forma multidisciplinaria (11).

Romero indica que la ansiedad presenta dos componentes:

La primera está relacionada con la sensación somática como “diarrea, mareos, temblores, sudoración, palpitaciones, taquicardia, hipertensión, síncope, etc.” (48). La segunda consiste en la presencia conductual-cognitiva y afectiva como “miedos irracionales, deseo de escapar, nerviosismo, inquietud, miedo a perder la razón y el control, preocupación excesiva y desproporcionada, presentimiento de muerte inminente, ideas catastróficas” (48).

Ante esas manifestaciones somáticas, afectivas, conductuales y cognitivas, es importante que sea tratado desde diversas disciplinas entre ellas desde el ámbito de la enfermería a través de la consejería.

A.3. Síntomas

La Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS) indica que la ansiedad se manifiesta, también, desde el ámbito emocional, en la cual se observan tres grados: “cognitivo-subjetivo (la vivencia), fisiológico (modificaciones en el cuerpo) y motor (observable-conductual)” (51).

En el grado cognitivo - subjetivo, la ansiedad se determina por sensaciones de tensión, hiperfrenia, incertidumbre, impresiones fuertes de cambios fisiológicos (respiratorios, cardiacos, etc.), malestar, preocupación, temor (51).

Sobre el ámbito somático- fisiológico, la ansiedad es caracterizada por el funcionamiento de diversos sistemas, por ejemplo, el Sistema Inmune, el Sistema Nervioso Central o el Sistema Endocrino.

Además, sufre cambios como la temperatura corporal, ritmo cardíaco, sudoración, tensión muscular, entre otros. Si esto persiste, puede desencadenar en desórdenes psicofisiológicos (insomnio, contracturas musculares, dolores de cabeza, entre otros) (51).

En el aspecto observable y motor, la ansiedad se muestra como tartamudez, hiperactividad, consumo de sustancias (tabaco, comida, etc.), llanto, movimientos repetitivos, etc. (51).

Estos síntomas deben ser abordados para que el individuo que vive con el VIH/SIDA presente una mejor calidad de vida.

A.4. Repercusión emocional

A la persona que se le indica que padece del VIH/SIDA, la inesperada noticia le genera inestabilidad emocional cuyas reacciones no son predecibles. Estas reacciones deben ser orientadas o manejadas por el personal sanitario (11).

Para López y Calle, al individuo que vive con VIH o padece de SIDA le suele ocasionar un "conglomerado múltiple de estresores que causan una conmoción desfavorable en el manejo personal, en la sociedad y en circunstancias afectivas (...)" (52). Estas respuestas ansiosas interactúan con los síntomas de la enfermedad que podría ocasionar una incapacidad en la persona en su quehacer diario. No solo la ansiedad, en niveles elevados, está presente en los pacientes de VIH/SIDA sino otras emociones como las tentativas de suicidio, depresión, conductas obsesivas de autoexploración (52).

Hay que tener presente que los cuadros ansiosos se pueden presentar no necesariamente al inicio sino durante la evolución de la enfermedad. En especial, en periodos donde al individuo le aparecen infecciones consecutivas, además de no disponer con los recursos económicos para el tratamiento. Por otra parte, el fallecimiento de un familiar, amistad o pareja a causa del SIDA podría ocasionar mucha angustia, ya que se

imagina un desenlace parecido al de ellos. No obstante, la angustia podría servir para estar más vigilante con su salud. La personalidad del paciente también cumple un papel importante para manejar diversos contextos y cómo abordar la enfermedad (53).

A.5. Tratamiento farmacológico

Para tratar la ansiedad, va a depender de las situaciones que la producen. Para ello, el uso de la farmacoterapia es importante en diversos casos (53).

Uno de ellos es la benzodiazepina. Este puede ayudar en especial en los primeros días, también en periodos largos. Este medicamento presenta fenómenos de tolerancia y dependencia. Las más usadas son las siguientes: Clonazepan, Lorazepan, Alprazolan y Oxazepan.

En otras investigaciones, se ha estado usando la Buspirona (endovenoso) en tratamientos prolongados cuyos resultados han sido satisfactorios (53).

El Tenazepan o Triazolan (hipnóticos) son otros de los fármacos más usados. En cuanto a los antidepresivos, están el Trazadone que suelen ser utilizados para tratamientos prolongados. También, está el empleo de dosis bajas de los neurolépticos sedativos para tratar la ansiedad psicótica (53).

Otro de los tratamientos es la psicoterapia. Esta ha presentado resultados positivos para tratar la ansiedad en casos crónicos, leves y moderados. Asimismo, las medidas educativas contribuyen a combatir la ansiedad y responde los cuestionamientos que pueda suscitar en los pacientes. Ellos necesitan saber qué les depara en un tiempo breve, mediano y a futuro; asimismo, las medidas con las que cuentan. La idea es ayudarlos (53).

B. DEPRESIÓN

B.1. Definición

Swaby et. al indica que la depresión "es una enfermedad grave que a menudo es ocasionada por una inestabilidad química en el cerebro" (54). Por ende, requiere de tratamiento médico. Si esto no se trata a tiempo, puede durar meses o años.

La depresión es un sentimiento de pérdida de interés en su entorno, desesperanza e inutilidad (Romero, 2009). Además, Natch y Recaimer (citado en Romero, 2009) lo definen de la siguiente manera: "(...) una condición patológica de padecimiento psíquico consciente y cargo de conciencia, seguid o de una evidente disminución de la valoración propia y un decrecimiento de la función psicomotora y orgánica, no concernientes al déficit en el presente" (48).

Ese sufrimiento psíquico es producto de la situación personal del paciente, a las condiciones sociales- históricos y la acción conjunta de la herencia (55).

Los individuos contagiados evidencian un riesgo significativo de tener depresión mayor, por ende, dañan las áreas subcorticales cerebrales, padecen el estrés crónico, se desmoralizan y se aíslan socialmente. Esto se reflejó en el estudio de Sledjeski et al., la cual evidenció que "la tasa de depresión se acrecentó 2,5 veces cuando el cálculo de linfocitos T CD4 estaba por debajo de los 200/ul" (56). Esto se debe a que ellos padecen "el estigma social, el estrés permanente, el retraimiento social y la desmoralización, la incapacidad laboral, las alteraciones en la imagen del cuerpo, y el riguroso régimen de tratamiento" (57).

Otro de los factores de la depresión en personas que padecen del VIH son la reacción a los problemas psicosociales que están vinculados con la infección, el virus influye en el cerebro. Al respecto, Ayuso y Gómez manifiestan que, en los estudios neuropatológicos, el virus "(...) tiene una predilección por las áreas límbicas que están implicadas en la regulación de la experiencia emocional" (58). Además, los episodios depresivos en individuos que viven con el VIH se deben, en su mayoría, a "la presencia de antecedentes personales de trastornos afectivos" (58).

Sánchez- Fernández y Tomateo-Torvisco señalan que las personas que viven con VIH experimentan estados depresivos relativamente "extensos

durante el transcurso de la infección (...)" con implicaciones directas sobre las conductas de adhesión al tratamiento con fármacos antirretrovirales y la evolución clínica de la enfermedad" (56). Asimismo, manifiestan que existe un nexo que atañe al diagnóstico de la enfermedad y el suicidio.

B.2. Tipos

Uno de los trastornos psiquiátricos que padecen las personas que presentan VIH es la depresión en un 37%. Es una cifra muy alta en la población general. Es considerada "una de las morbilidades asociadas dentro del ámbito psiquiátrico recurrentes y la de considerable afectación tras la identificación del contagio" (59).

Se clasifica la depresión en cuatro subtipos. La primera se denomina depresión mayor que son síntomas depresivos intensos que cambian la actitud del individuo hacia su entorno. Esto altera sus actividades laborales y sociales (60). Suelen aparecer en episodios (meses o semanas) (61).

La segunda es la distimia (o trastorno distímico). Presenta signos con menor intensidad, no obstante, imposibilitan, ya que son crónicos (presentan una duración mínima de dos años) (61). Es decir, es una manera crónica de la depresión, pues los individuos se caracterizan por ser negativas y pesimistas. Sin embargo, continúan con sus actividades

personales, laborales y sociales. Ellos han normalizado el padecimiento (60).

Trastorno adaptativo. Este tipo de trastorno depresivo es leve. Presenta una duración breve y es ocasionado por una problemática padecida por el paciente, por ejemplo, el estrés agudo (61).

Existen otros trastornos depresivos. Estos forman parte de otras enfermedades psiquiátricas. Un ejemplo de ello es el trastorno bipolar.

No obstante, existen las no psiquiátricas. Por ejemplo, están la esclerosis múltiple, anemias, hipotiroidismo (61).

B.3. Síntomas

La depresión es la acumulación de síntomas predominantes en el aspecto emocional como “aflicción patológica, agotamiento, mal humor, sensación subjetiva de incomodidad e incapacidad en cuanto a las imposiciones de la vida” (62). Asimismo, está presente síntomas en el plano inclusivo somático, cognitivo o volitivo. Por ende, se puede inferir que existe "una afectación global de la vida psíquica que enfatiza dentro de la esfera afectiva (...)” (62). Asimismo, se evidencia otros síntomas con deterioro social y funcional que interfiere en su quehacer laboral, interpersonal y social.

Según Casquero, los componentes de los síntomas depresivos son los siguientes (62):

“Afectivo: tristeza patológica, anhedonia, indiferencia por las cosas, irritabilidad.

Cognitivo: Pensamientos de inutilidad, de culpa, de ruina, ideas autolíticas.

Ritmos biológicos: Cambios en el apetito, el sueño, y en la sexualidad.

Corporal: Cansancio, cambios ponderales, dolencia, dolor de cabeza, síntomas digestivos.

Conductual: Aislamiento, absentismo laboral o académico, suicidio” (62).

Las personas que viven con VIH presentan las mismas particularidades clínicas depresivas en individuos seronegativos. Ellos manifiestan desánimo, cambios de conductas (irritabilidad, aislamiento), incapacidad de sentir placer; además, padecen de cambios neurovegetativos como polifagia, insomnio, inapetencia y alteraciones en el peso corpóreo (63).

Asimismo, presentan alteraciones neurocognitivas que es común en cuadros depresivos como la falla en la memoria, problemas para concentrarse y enlentecimiento psicomotor (59).

B.4. Repercusión emocional

Una persona que es diagnosticada con VIH es muy probable que padezca psicológicamente. Esto puede resultar dificultoso para su tratamiento. Por ende, es importante profundizar y tratar aquellos

procesos que impliquen su aceptación con el fin de que se pueda adaptar a nuevas situaciones y retos (64).

Es esperable que aparezcan nuevos síntomas depresivos cuando se conoce el VIH. Sin embargo, estos se podrían convertir en patológicos si no se tratan a tiempo. La persona debe concientizarse y adaptarse a su nueva situación. A esto se suma, la duda ocasionada por el desconocimiento sobre el desarrollo de la enfermedad, por ende, se eleva el nivel de depresión. Al respecto, existen diversas investigaciones que confirman ello, ya que han comprobado que la depresión es un factor negativo para los contagiados (65).

Asimismo, si se intensifica la depresión, se declina en forma rápida la CD4 y se aumenta la carga viral (57). En algunos casos, esta puede desencadenar en un suicidio como resultado de la biopsicosocial (desesperanza, falta de soporte emocional y desolación) (56). Por ende, es importante que exista un mayor apoyo social para que estos individuos que padecen de VIH, se adapten a la enfermedad y puedan presentar menores posibilidades de alteraciones mentales (66).

B.5. Tratamiento farmacológico

Los infectados podrán reducir la incidencia de complicaciones médicas y optimizar su bienestar en la salud si reciben una atención psiquiátrica oportuna (67).

Al respecto, Sánchez-Fernández y Tomateo-Torvisco indican que, para el tratamiento depresivo de estas personas, es importante el TARGA (Terapia Antirretroviral de Gran Actividad), una pertinente medicación antidepresiva y psicoterapia (56).

Sobre el consumo de la imipramina que ayuda a la depresión se reportó que es favorable. Pero, “el empleo de los antidepresivos tricíclicos no sería conveniente por los efectos anticolinérgicos (...) tanto para la interrelación en diversos receptores” (56). En el uso de la fluoxetina, paroxetina y sertralina se han encontrado resultados favorables, ya que remite los síntomas depresivos (56).

2.2.2.1. Modelo teórico de la Ansiedad y Depresión: Teoría cognitiva de Beck

La base fundamental de la teoría cognitiva de Beck es que en las alteraciones emocionales se evidencia un sesgo sistemático durante el procesamiento de los datos. Por ello, en una persona ansiosa, la sensación de amenaza y la congruente valoración de nuestras habilidades para hacerle frente a tal riesgo, que poseen un valor claro para sobrevivir, se muestran sesgadas en el camino de una sobreestimación del nivel de amenaza vinculado a ciertas circunstancias y de una subestimación de las competencias para afrontarla. Desde otra perspectiva, cuando acontece una situación que trae consigo un daño o una frustración, el alejamiento provisional de cualquier implicación

afectiva o de conducta, con la consecuente diligencia de la fuerza, posee un valor de subsistencia. No obstante, en los individuos con depresión se refleja un sesgo durante el procesamiento de las circunstancias que involucran una deprivación. Las personas depresivas reconocen en demasía aquellos contextos desfavorables, los toman en cuenta como globales, recurrentes e invariables evidenciado la tríada cognitiva negativa: una percepción perjudicial del yo, del mundo y del porvenir. Dicha tríada conlleva a alejarse persistentemente del ambiente, una obstinación que quita valor adaptativo al comportamiento de abandono. Tal proceso cognitivo alterado o sesgado que se muestra en una persona ansiosa o depresiva acarrea a los síntomas emocionales, de comportamiento, alicientes y físicos que distinguen a dichos signos psicopatológicos (68).

La representación teórica se enmarca en tres aspectos principales: la cognición, la capacidad cognitiva y los esquemas. La cognición alude al contenido, proceso y configuración de la percepción, del pensamiento y de las ideas. La capacidad cognitiva es la acepción que el individuo da a los pensamientos o representaciones que posee mentalmente; para los terapeutas cognitivos el sentido que le dé un sujeto a un hecho (contenido cognitivo) influirá notoriamente en sus sentimientos.

Los esquemas se consideran convicciones básicas que se establecen en una base directiva que ayudan durante el procesamiento de los datos que emanan del medio.

A pesar de no detallarse concisamente, la procedencia de los esquemas errados, pueden ser el producto del aprendizaje a través de la muestra de circunstancias o contextos preliminares, desempeñando un rol fundamental las vivencias anticipadas; asimismo, la caracterización con otros individuos significativos.

La teoría cognitiva establece cuatro factores cognitivos esenciales que explicitan la depresión (Perris, 1989): 1) la tríada cognitiva, compuesta por una percepción negativa sobre uno mismo, el mundo y el porvenir; 2) las ideas instantáneas negativas; 3) fallas en la concepción y en el procesamiento de datos; y 4) alteración en los esquemas.

La tríada cognitiva (Beck, 1967) concierne a que la capacidad cognitiva del individuo deprimido por sí mismo, su mundo y su porvenir es cambiante y perjudicial. Una persona deprimida se ve reflejada como indigna, incompetente o no querida, el mundo lo contempla con limitaciones y obstáculos que no tienen solución y el futuro lo contempla como absolutamente desalentador (69).

2.2.2.2. Intervenciones psicosociales en pacientes con VIH/SIDA

La problemática del bienestar mental, comúnmente, es atendida por primera vez a través de consultas de atención primaria (70).

Actualmente, en el mundo, el problema de la infección por VIH/SIDA evidencia la relevancia de elaborar nuevas estrategias para tratar e intervenir a las personas que padecen de esta infección. La idea no es solo enfocarse en su aspecto físico, sino que involucra otros aspectos como la depresión que acompañan a esta enfermedad (71).

Según Galindo y Ortega, está demostrado que el tratamiento a los trastornos depresivos presenta una mejor calidad de vida en los infectados e incrementa una mejor adherencia al tratamiento antirretroviral. Esto es beneficioso ya que se complementa con el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico (57).

Para Benton et al. la psicoterapia y la farmacoterapia que actúa contra los trastornos de depresión y ansiedad son tratamientos eficaces para los pacientes que padecen del VIH. Indican que la atención integral de la salud mental y médica mejora su calidad de vida (72). Al respecto, Cárdenas y Meza (2016) manifiestan que la psicoterapia presenta “la finalidad de restaurar la actividad psíquica, suprimir los síntomas y alterar conductas desencadenantes y perpetuanes de malestar psicológico” (73). Asimismo, indican que es importante una gestión social que

implique el apoyo hacia los contagiados y combatan el rechazo por parte de un sector social hacia ellos (73).

Las intervenciones psicosociales son actividades multidisciplinarias que favorecen el funcionamiento social y psicológico del paciente y optimizan las capacidades sociales, los nexos interpersonales y el diálogo. Mayormente en múltiples casos el profesional enfermero es el que ejecuta intervenciones psicosociales aportando en el bienestar de los requerimientos que se les ofrece a los pacientes, y de esta manera se obtengan resultados provechosos, no solo en lo que respecta al bienestar mental sino también a nivel de todas las dimensiones del ser humano (74).

1. Reestructuración Cognitiva

La reestructuración cognitiva es uno de los métodos que ayudará al enfermo que convive con el virus. Esto permite que un paciente, que tiene el apoyo del terapeuta, analice y cuestione aquellas ideas desadaptadas para que queden las más apropiadas y se minimice la que causa la perturbación emocional. En esta técnica, “los pensamientos son considerados como hipótesis, no hechos” (75). El terapeuta y el paciente trabajan de la mano con el fin de recabar información que determinará si esas hipótesis son válidas o beneficiosas. Al respecto, Clark (1989, citado en Bados y García, 2010) manifiesta lo siguiente:

“El terapeuta pauta un conglomerado de interrogantes y diseña experimentos de comportamiento para que los individuos estimen y sometan a prueba sus ideas negativas y deduzcan la autenticidad o utilidad de los mismos” (75).

2. Atención Plena (Mindfulness)

La atención plena (AP; mindfulness) es un tratamiento que se basa en el presente, no enjuicia ni interpreta cada sentimiento, sensación o pensamiento que brota en el ámbito atencional, porque es identificado y tomado en cuenta como tal (76). Este tratamiento es usado en los programas de salud con el fin de “(...) aligerar las diversas características, en particular síntomas de depresión y ansiedad” (76). Al respecto, Miró et al. manifiesta lo siguiente:

“La idea básica de las habilidades terapéuticas que emplean la práctica de la AP considera que la capacidad mental de supervisión meta-cognitiva activa, a través del tiempo, puede llegar a modificar los circuitos automáticos concebidos por el pensamiento repetitivo” (76).

Este tipo de tratamiento ayudará a que los infectados por VIH/SIDA puedan beneficiarse en su salud mental, en especial, afrontar su depresión y ansiedad.

3. Psicoeducación

Godoy et al. define a la psicoeducación como un acercamiento a la terapéutica que brinda al paciente y su familia información puntual sobre su pronóstico, enfermedad y tratamiento fundamentado en evidencia científica para abordar la patología (77). Es un modelo que se conceptualiza como un instrumento de cambio, ya que implica procesos biológicos, sociales y cognitivos que son características propias de cada individuo para asegurar y optimizar la calidad de vida (77).

El hecho de impartir y fomentar los conocimientos sobre los factores, consecuencias e impacto de la enfermedad como el VIH/SIDA permite el entendimiento de la circunstancia que se está atravesando. La idea es promover el desarrollo de comportamientos saludables y limitar los daños (77).

Un ejemplo de la aplicación exitosa de la psicoeducación en pacientes con VIH es el estudio realizado por Ribeiro et al. (2015, citado en Neria-Mejía et al., 2020). En su estudio participaron 102 personas con VIH positivos de un nosocomio de Portugal. El 70% de la muestra eran hombres. Fueron distribuidos como adherentes o no adherentes. Los que recibieron la psicoeducación fueron los no adherentes (N=49). A ellos se les organizó en cuatro grupos para que recibieron dos sesiones psicoeducativas de ciento veinte minutos cada una. Estas fueron ejecutadas por una enfermera experta en salud comunitaria. Las

reuniones consistieron en informar sobre el VIH y que los participantes manifestaran sus sentimientos y problemas. Asimismo, se aplicó un cuestionario de varias opciones que evalúa el contenido de psicoeducación. Los resultados fueron favorables, porque el grupo no adherente incrementó su conocimiento, y su carga viral disminuyó (de 5,411 a 3,052) y las CD4 se acrecentaron (de 540 a 580). Luego de 6 meses, el 63.3 % señalaron ser adherentes (78).

4. Terapia Cognitivo Conductual

Aaron Beck y Albert Ellis son los pioneros de este tipo de tratamiento (63). Esta técnica parte de "pautas internas de evaluación, procesamiento y argumentación que sustentan el comportamiento (61). Para ello, se usan herramientas conductuales durante el tratamiento. Además, Beck manifiesta que se propone la ejecución de técnicas comportamentales como una vía que posibilita tener una nueva información para dar lugar a la modificación cognitiva (citado en Korman y Sarudiansky, 2011). En líneas generales, esta técnica se basa en abordar la posibilidad de modificar las ideas; por ende, las creencias asociadas a ellas (61). Para esto, se utilizarán diversas técnicas, tanto comportamentales como cognitivas. El sustituir esta manera de pensar generaría mejoras en individuos perturbados, en especial, los individuos infectados por el VIH/SIDA.

Para la ejecución de esta técnica en pacientes con VIH/SIDA, según Caballo, se debe tomar en cuenta tres elementos relevantes. En primer lugar, aminorar la amenaza de transmisión del VIH. En segundo lugar, hay que mejorar las estrategias de afrontamiento. Finalmente, se debe fortalecer el apoyo social (79).

5. Entrenamiento en Habilidades Sociales

Para Lewinsohn, una de las causas de la depresión se debe a la carencia de habilidades sociales que son elementales para tener un refuerzo positivo máximo (citado por Vásquez et al. 2000). Desde hace varios años, diversos autores manifestaron que los individuos deprimidos proyectan un comportamiento interpersonal inadecuado (69). Esto es un déficit de habilidad conductual que incluye a una tendencia menos positiva y asertiva, a presentar menos actividad con el grupo, a proyectar expresiones faciales negativas y un contacto visual paupérrimo (69).

Según Vásquez et al. (2000), existen investigadores que han intervenido con diversas estrategias de habilidades sociales a personas deprimidas, tales como refuerzo social, entrenamiento directo del comportamiento, reducir la ansiedad interpersonal, modificar creencias inapropiadas, utilizar representación de papeles, entre otros (69).

Este tipo de entrenamiento en habilidades sociales permitirá que el individuo que vive con VIH/SIDA pueda afrontar en forma pertinente su depresión y ansiedad.

6. Terapia Interpersonal

La terapia interpersonal parte de sucesos como el estrés y las deficiencias interpersonales que desencadenan síntomas psíquicos. La intervención de esta terapia se basa en cuatro posibles focos (disputas interpersonales, duelo, déficit interpersonales y transición de rol). Dentro de esta terapia interpersonal, en la Atención Primaria, se ejecuta la psicoterapia que es elaborada para individuos que padecen de depresión y ansiedad; por ello, no evidencian un grave trastorno mental. Es un tratamiento relativamente corto que es ejecutado por profesionales de salud (enfermeras, doctores, trabajadores sociales) previamente capacitados (se aplica aproximadamente seis sesiones de treinta minutos cada una) que se enfoca en el funcionamiento psicosocial del paciente (80). Además, se concentra en los cambios actuales de la vida de la persona.

Se enfoca en "(...) cambios recientes en la vida del paciente, a situaciones de estrés emocional (...). y a los obstáculos en los lazos de interrelación (...)" (80). Parte de las dificultades interpersonales y en los últimos acontecimientos de la vida pues son las posibles causas de la enfermedad que se padece. Se lleva a cabo en tres distintos niveles. La primera comprende la estrategia. La segunda consiste en las técnicas y la tercera es la actitud terapéutica (80).

7. Entrenamiento en Autoinstrucciones

El centro Avanza Gabinete de Psicología indica que las autoinstrucciones positivas es una técnica cognitiva que permite complementar a otros tratamientos referente al tratamiento de la conducta. Su atención es en ese lenguaje interno que puede ser negativo y trata los desórdenes afectivos como la ansiedad, depresión o una combinación de ambas (81).

Esta técnica fue diseñada por Meichenbaum en 1969. Su finalidad era cambiar ese diálogo interno del individuo para que de esta manera afronte el contexto o situación adversa. En líneas generales, se usa cuando la persona se dice a sí misma pensamientos inapropiados que impide su buen desenvolvimiento en diversas situaciones. Hay que aclarar que las autoinstrucciones no son positivas frases repetitivas, sino ejercitar resoluciones de contextos adversos que pueden ser simples o complejas. Si esta es muy compleja, debe entablarse una mayor necesidad de entrenamiento en autoinstrucciones. Estas serán como pautas para orientar la conducta (82).

Este entrenamiento en autoinstrucciones permitirá que los contagiados de cualquier afección, en especial, los que padecen el VIH/SIDA puedan afrontar su enfermedad sin acentuar la depresión o ansiedad.

8. Entrenamiento en Técnicas de Relajación

Existen diversas versiones de técnicas de relajación y procedimientos para su ejecución. Las estrategias que presenta esta técnica son muy usadas en la práctica clínica.

Para Castro, esta técnica se suele usar en diversas situaciones que implica lo siguiente: “que es esencial una disminución de la activación simpática del Sistema Nervioso Autónomo (S.N.A.), de la tensión muscular, estado general de alerta del organismo, estados de ansiedad y factores psicológicos de diversas alteraciones” (83).

El adiestramiento en relajación representa uno de los métodos en el ámbito de la psicología que se emplean con mayor frecuencia en la práctica médica. Están aptos para ser mezclados con otros procedimientos y ejecutarse en individuos de cualquier edad brindándonos una estabilidad física y mental apropiada. Nos instruye de qué manera proceder con el cuerpo para disminuir el accionamiento ante ciertas circunstancias.

Dentro de las técnicas de relajación se pueden mencionar las siguientes:

La respiración: Las rutinas adecuadas al momento de respirar nos proporcionan el oxígeno necesario para el cerebro. La finalidad de dichos métodos es favorecer la regulación voluntaria al respirar y de manera automática pueda mantenerse en momentos de tensión. Cuando inspiramos intensamente y exhalamos lentamente, se pasa por

un proceso de relajación. En situaciones tensas, las personas respiran agitadamente y con menos profundidad. Mientras que, al inspirar deliberadamente ahondando más, el diafragma es obligado a dilatarse y tensarse, y el estómago se agranda. Sin embargo, al soltar el aire, el diafragma se distensa y el estómago se reduce, es por eso que se le denomina con el término de “respiración diafragmática”.

El entrenamiento autógeno de Schultz: Situación en la que se relaja el sujeto a través de la ejecución de ciertas actividades fisiológicas y racionales. Se fundamenta cuando percibimos dos sensaciones, el peso (logrando relajar el músculo) y el calor (relajando los vasos sanguíneos y el sistema cardiovascular). Dicha técnica es de gran utilidad en individuos con excelente imaginación. Si puede crear mentalmente una sensación de calor o de pesadumbre, su cuerpo experimentará dicho estado. En respuesta consciente ante ese estímulo, se acrecentará la circulación de la sangre hacia las zonas requeridas, lo cual genera el calor creado por la imaginación.

Relajación progresiva de Jacobson: Relajación progresiva a nivel de las áreas corporales. Está enfocada en la distinción de la tonalidad muscular y en controlarla, originando sosiego al erradicar paulatinamente las partes más tensas. La distención de los músculos son lo contrario a la tensión fisiológica. Al tensarse y relajarse de manera sistemática un conjunto de músculos, se puede identificar las

sensaciones que resultan de la tensión y la relajación, un individuo puede despedir, completamente, las contracciones de los músculos y por ende sentirse relajado. La técnica de Jacobson consiste en tensar un conjunto de músculos en particular en ambos extremos del cuerpo, mantener dicha tensión por un lapso de cinco a diez segundos y posterior a ello soltarla de treinta o cuarenta segundos. Dicho procedimiento se lleva a cabo en repetidas ocasiones en cada grupo muscular específico.

Sugestión verbal: El terapeuta le replica a su paciente ciertas frases como: “su angustia se está aliviando”, “ahora tiene más calma”.

Ejercicios de visualización: La técnica radica en trasladarse imaginariamente a sitios que visitó con anterioridad y en donde experimentó una sensación de distención y tranquilidad. Es esencial identificar el mayor número de pormenores, a modo de ejemplo, si el practicante se sitúa en una playa, debería percibir el ruido del oleaje, el calor del sol durante el ocaso y una refrescante brisa del mar en toda la piel. Dichos detalles contribuyen a la relajación.

Yoga: Considerado un método de autorregulación de manera consciente que agrupa los factores físicos, así como también mentales de la personalidad del ser humano. Impulsa la resistencia, elasticidad y disminución de la contracción de los músculos, es una técnica empleada para calmar el cuerpo y estar preparado para meditar.

Meditación: La meditación constituye uno de los métodos sistemáticos más remotos empleados para relajarse, posicionándose considerablemente en nuestra cultura en 1960. Origina una sensación de relajo que se alcanza por medio de la concentración de la atención.

Ejercicio físico: La actividad física constante favorece a la salud mental y el cuerpo. Un individuo al incorporarse dentro de un espacio de adiestramiento físico, los resultados a futuro conllevan a mejorar la autoconfianza favoreciendo la salud mental y posibilitando el hacerle frente de manera asertiva a las situaciones de tensión.

Ejemplos de actividades sugeridas:

a) Elasticidad (estirarse)

b) Movimientos (andar, saltar, bucear, caminar rápido, bicicletear, deslizarse, danzar, ascender y descender de las gradas y ejercicios que involucren correr)

c) Resistencia

d) Entrenamiento físico recreativo (84).

2.2.3. La consejería en salud como herramienta de intervención

Teoría Holística de la Salud

La teoría holística de la salud parte de la concepción del hombre como un ser global, con características biológicas, psicológicas, sociales y espirituales, en interrelación con el medio ambiente que le rodea y con el cual interactúa.

La teoría holística arriba a esta explicación iniciando de los principios fundamentales de:

- El ser humano tiende por naturaleza a preservar su propia vitalidad y su salud o integridad.
- El ser humano puede asumir el compromiso de velar por su salud. Es capaz de autocuidarse.
- El ser humano puede aprender a abordar positivamente su salud en ciertas circunstancias estresantes.

Por lo que la salud es el resultado de la estabilidad dinámica entre las partes identificadas (biopsicosocial y espiritual). Cualquier variación o inestabilidad en alguna de ellas originará cambios en las restantes.

La salud (estado de equilibrio) no es constante o definitiva, sino que tiene que ir adecuándose progresivamente, cada vez que las situaciones internas y/o externas de las personas se vean alteradas.

Por ello, el estado de salud no es igualitario para todas las personas, sino que cada una de ellas es individual y única, encontrándose en el conjunto de circunstancias.

En la filosofía de la salud holística el término espiritual establece la fuerza vital que suministra la energía requerida por la persona para llegar a un estado de armonía o bienestar.

Desde el punto de vista holístico el individuo se encuentra sano cuando:

- No padece de malestares y enfermedades.
- Está en una óptima condición física y mental.
- Está tranquila y llena de fortaleza.
- Se interesa por la vida.
- Impulsa de manera creativa sus capacidades naturales y humanas (85).

En 1997, la ACA (Comité de Licencia de la American Counseling Association) con la American Mental Health Association (AMHA), acuñaron una explicación extensa de la consejería (Gladding, 2007; 2009), la cual instaura el resultado de la ejecución de los fundamentos de la salud psíquica y del progreso de la persona a través de las mediaciones cognoscitivas, afectivas, conductuales o sistémicas; habilidades que priorizan la salud como el desarrollo personal, asimismo la patología (86).

La consejería es un instrumento aplicado a múltiples criterios de la previsión y promoción a la salud, trata sobre el vínculo de asistencia que se basa por medio de un diálogo asertivo; de esta manera se requiere optimizar el bienestar del individuo, brindándole el recurso para desarrollar una labor más eficiente al menor costo. Para el sector salud, la consejería se explica como un nexo de apoyo imprescindible entre un especialista de salubridad y un enfermo, cuya finalidad es progresar o fomentar la salud, mediante el impulso de su habilidad para considerar una determinación (87).

La OMS notifica que la consejería es el método principal para hacerle frente al desafío de las enfermedades transmisibles por su excelente condición como medio para brindar soporte personal y por las eventualidades que presenta para la rectificación de conductas. Otros problemas de sanidad pueden verse beneficiadas a través de las prácticas almacenadas en materia de consejería.

El Servicio de Consejería fue instaurado por muchos países a mediados de 1993, orientado a los pacientes que presentaban afección por VIH, con la finalidad de ofrecer un mensaje y apoyo afectivo. Luego, en 1998, se extendieron sus propósitos, vinculándolos con acciones de prevención (88).

El/la consejero/a no da “consejos”, sino que apoya al otro en buscar respuestas para sus problemas, originando condiciones óptimas para la

reflexividad y estableciendo un espacio de diálogo (Gonzalez y Arriagada, 2004, citado en Guzmán, 2013) (89).

Principales ámbitos de aplicación de la consejería en salud

- Aminorar la problemática afectiva en los enfermos frente a eventos de riesgo ligadas a circunstancias de dificultad.
- Promover ámbitos de diálogo dentro del vínculo familiar.
- Impulsar la adherencia a medicamentos (farmacológico y no farmacológico).
- Posibilitar la percepción de los mismos problemas y la adopción de habilidades inocuas para la prevención.
- Propiciar el manejo de formas de vida saludable (87).

Características de la consejería

Necesita estar enfocada: Se elabora una idea cuya finalidad es distinguir el problema.

Se propone directamente: Debe llevarse a cabo personalmente y así promover la interrelación.

Brinda información verídica y suficiente: Acorde a los requerimientos como también a los saberes del usuario.

Es necesario de un área física que propicie la discreción: Permite que el usuario pueda manifestar sus sentimientos y emociones.

El lapso de duración limitado: La consejería no debe superar los 45 minutos y de 10 sesiones como límite.

No directiva: El consejero tiene la prioridad de orientar la sesión con perspicacia, logrando saber la petición verídica del usuario, promoviendo un ambiente que permita la comunicación entre el uno y el otro.

El consejero no juzga: No es recomendable opinar, clasificar y reprender al individuo, esto facilitará el establecer un espacio de amabilidad, comprensión y tolerancia (90).

Fases de la consejería

1. Establecer un vínculo de seguridad.
2. Recomendar los requerimientos en consejería.
3. Dirigir la buena elección e instaurar objetivos adecuados para el cambio de la conducta.
4. Realizar programas y planes de acción.
5. Ejecutar los programas y planes de intervención para una variación de la conducta.
6. Dar seguimiento y valorar la modificación de conducta (91).

Características del consejero

- Ser empático
- Capacidad de entendimiento
- Competencia intelectual
- Consentimiento absoluto
- Acuerdo de asistencia
- Conducta moral
- Conocer las estrategias, métodos y habilidades
- Dominio de información
- Coherencia
- Adaptarse a la adversidad
- Poseer amor propio
- Destreza comunicativa
- Perspectiva eficiente del individuo (92).

2.2.4. Rol de la enfermera en la atención de personas viviendo con VIH/SIDA

Los entes internacionales han mostrado un gran interés por la labor de enfermería en el ámbito de la salud manifestándose acerca de sus saberes y tareas. En este sentido la OMS, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), toman en cuenta que el especialista en enfermería debe reconocer una

variedad de saberes para llevar a cabo el compromiso que le atañe en los establecimientos de salud. Esta especialidad conforma sustancialmente parte del sistema del cuidado de la salud, que engloba a la promoción de la salud, la prevención de padecimientos patológicos, así como salvaguardar a los pacientes físicos, mentales e imposibilitados, presentes en el sector salud y en otras asistencias comunitarias (93).

El especialista en enfermería desarrolla un rol fundamental; ya que, son ellos quienes sostienen una relación más estrecha con los enfermos, debido a la observación y seguimiento continuo que brindan a los infectados durante su hospitalización, como también evitan, localizan, aminoran los comportamientos de riesgo y desarrollan una formación de salubridad, cuya finalidad es promover el fortalecimiento de este grupo. Es decir, los enfermeros deben asegurar un manejo adecuado de la infección por VIH, que se ofrezca a partir de una dedicación por completo y personalizada en el cuidado pleno del individuo con VIH/SIDA en función de sus requerimientos y su situación (92).

Es relevante para el personal asistencial y el infectado que afiancen una conexión de seguridad, facilidad, privacidad y conformidad en cualquier circunstancia. Los aspectos claves radican en informar, hacer énfasis de las inquietudes que aparecen en la consulta e informe médico y emplear la consejería como instrumento de labor; asimismo, identificar

anticipadamente al probable irresponsable, durante el momento de la planificación con el equipo multidisciplinario sobre las habilidades de mediación (93).

La aparición de nuevos tratamientos contra el VIH ha conllevado a que este contagio se vuelva una afección grave que ha cambiado cualitativamente y cuantitativamente (continuidad, gravedad, mortalidad, etc.) el criterio clínico de los hechos anómalos vinculados al VIH.

En España, como en muchos países de Europa, existen enfermeras capacitadas en el cuidado de infectados por VIH/SIDA. Un trabajo publicado por Nokes M. determina cuatro funciones que cumple el profesional enfermero durante la atención a las personas viviendo con VIH: brindar cuidado directo a los infectados, instruir, promover políticas de salud e investigar.

Asimismo, hay grupos de enfermeras como la National HIV Nurses Association (NHIVNA) del Reino Unido o The Canadian Association of Nurses in AIDS (CANAC) que laboran con compromiso en la generación de la magnificencia en los cuidados enfermeros, la promoción de la salud, los derechos y en la honorabilidad de los infectados y así evitar que se propague la infección por VIH. Ambas identifican de manera concisa sus habilidades y destrezas (94).

Los especialistas en enfermería cumplen un rol activo y principal en el sistema sanitario y sus campos de actuación se van extendiendo continuamente. Entre las distintas funciones o actividades que el personal de enfermería puede proveer en el cuidado de las personas que conviven con el VIH/SIDA en tratamiento antirretroviral (TAR) señalamos:

- La preparación de la primera consulta.
- Entrevistas motivacionales.
- La educación para la salud.
- La consulta de adherencia.
- Consultas urgentes o de asesoramiento en materia de TARV.

Cabe resaltar que los trabajadores de enfermería son muchas veces: un referente más próximo para el individuo y el nexo o enlace entre el paciente y demás equipo de salud (95).

La Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE) se configura al igual que una herramienta; la cual, coadyuva en la atención de enfermería, disminuyendo las dificultades que presenta el tratamiento y favoreciendo la adecuación y mejoramiento del paciente, en simultáneo permitiendo distinguir los requerimientos esenciales; de la misma forma la proyección de una atención personalizada, humanitaria e íntegra.

Ahora bien, se conoce que, dentro del equipo de salud, al enfermero le compete el progreso del cuidado, por medio de la reestructuración de sus procedimientos, permitiéndole emplear herramientas propias de su área que posibiliten optimizar la atención de enfermos con VIH/SIDA, extendiendo su visibilidad y su distinción profesional (96).

2.2.4.1. Modelos y teorías de Enfermería

A. Teoría psicodinámica de Hildergard Peplau: Un modelo de enfermería

Hildegard Peplau, mediante su teoría, hace alusión a las definiciones distinguidas en los contextos de enfermería, basándose en el aprendizaje dentro del ámbito psicológico, condicionada por ciertos expertos que ejecutan teorías de la conducta de Ivan Pavlov, la hipótesis del psicoanálisis acerca del rol familiar en el lapso de los años iniciales de la vida según Sigmund Freud y las teorías de la motivación humana de Abraham Maslow (Peplau, 1990) (97).

Peplau ejecutó la teoría interpersonal en la praxis de enfermería, de modo detallado, al desenvolvimiento del lazo personal de enfermero-paciente. Fundó un marco para la enfermería psicodinámica; es decir, la colaboración interrelacional del personal de la salud con respecto al paciente en una circunstancia definida. Peplau manifiesta: “La enfermería es conveniente cuando el paciente y la enfermera progresan

como consecuencia del aprendizaje que sucede en los contextos de enfermería."

Peplau asocia las fases de desenvolvimiento de la personalidad durante la infancia con aquellas mediante las cuales los individuos progresan a lo largo de una enfermedad. Asimismo, examina dichas vivencias como momentos de enseñanza para el trabajador de sanidad con la finalidad de impulsar el progreso durante el desenvolvimiento del carácter.

Peplau pensaba que al satisfacer ciertas labores psicológicas en el vínculo personal de enfermería-paciente, sus personalidades pueden consolidarse.

Las definiciones fundamentales incorporan lo siguiente:

- La enfermería es un vínculo humano entre un sujeto enfermo o que requiere atenciones de salud, y un individuo claramente entrenado para identificar y dar una contestación cuando se necesite apoyo.
- La enfermera psicodinámica tendrá la capacidad de comprender las propias conductas, y colaborar con otros a reconocer los obstáculos.
- Las funciones son una gama de valores y conductas peculiares para posicionarse funcionalmente dentro de estructuras sociales. Peplau señaló las consecuentes funciones:

1. La persona de recursos es quien provee lo datos específicos e imprescindibles que coadyuvan al individuo a comprender su dificultad y la reciente circunstancia.
2. El consejero oye cómo el sujeto analiza los sentimientos vinculados con los obstáculos que se le aparecen en su vida cotidiana. Se hallan ciertas "técnicas interrelacionales" que promueven el nexo con el trabajador de sanidad durante el proceso de apoyo al enfermo a solucionar problemas y decidir con respecto a dichas dificultades.
3. El maestro reconoce el aprendizaje de requerimientos y brinda los datos necesarios al individuo o familiares para que pueda ayudar a sobrellevar las vicisitudes de la vida.
4. El líder orienta la interacción paciente-personal de la salud y garantiza de que se ejecuten las acciones adecuadas para favorecer el logro de los propósitos señalados.
5. El experto técnico comprende múltiples mecanismos profesionales; particularmente posee las aptitudes clínicas fundamentales para llevar a cabo las intervenciones adecuadas para el

individuo.

6. El sustituto representa una figura que suple a otra.

- Las etapas de la asociación personal de enfermería-paciente son fases que se vinculan con las dificultades en la salud, por medio de las dos partes asimilando trabajar de manera conjunta para dar solución a ciertos inconvenientes. Peplau reconoció cuatro etapas:

  - ORIENTACIÓN es la etapa a través de la cual el individuo, personal de la salud y entorno familiar laboran conjuntamente para identificar, aclarar y determinar la dificultad real.
  - IDENTIFICACIÓN es la etapa por medio de la cual el impacto preliminar del sujeto ha sido esclarecido y comienza a dar respuesta de forma selecta a los individuos quienes parecen brindarle el soporte correspondiente. Los individuos pueden alegar de tres formas:
    1. En la intervención o asociaciones recíprocas con el personal de la salud.
    2. En la autosuficiencia o abandono del personal de la salud.

3. En la impotencia o vinculación del personal de la salud, según Peplau.

- EXPLOTACIÓN es la etapa por la cual el enfermo se conduce tomando una plena ventaja de los servicios brindados; luego de saber cuáles se encuentran accesibles, sintiéndose confortable dentro del sistema y sirve como un partícipe activo en la atención de su salud; el sujeto saca provecho de los servicios aptos e indaga todos los medios de la circunstancia variante.
- RESOLUCIÓN se inicia cuando el individuo es despejado de la distinción con los sujetos que lo apoyan y se fortifica para contraer su autosuficiencia. La resolución es la consecuencia directa de concluir airosamente las otras tres etapas.

En síntesis, el diseño de Peplau brinda al personal de la salud un criterio para relacionarse con los pacientes, en su mayoría persisten a causa del padecimiento en un grado inicial del progreso; es por eso que, propone tareas que el personal de salud puede atender para coadyuvar a los enfermos a avanzar, y de esta manera lograr o reasumir su propio nivel de perfección. Los instrumentos del avance ofrecen al paciente la posibilidad para enfrentar los eventos difíciles de la vida. El personal de

enfermería ayuda a promover el aprendizaje no asimilado en situaciones remotas (98).

B. Teoría de la Incertidumbre frente a la enfermedad: Merle H. Mishel

La teoría de la incertidumbre manifiesta el procesamiento cognitivo de los individuos ante ciertos estímulos vinculados con la enfermedad y edifican una denotación en estas circunstancias. Cabe recalcar que con antelación a la descripción de dicha teoría se debe tomar en cuenta qué es la incertidumbre.

Sintetizando tres definiciones importantes para el término "incertidumbre", puede ser: presentar una incógnita sobre la garantía subjetiva que un conocimiento brinda de su veracidad. Para Mishel el relacionar la incertidumbre con la teoría enfermera nos facilita el consecuente concepto: la incapacidad para establecer el significado de las circunstancias asociadas con la enfermedad.

Para Mishel, la incertidumbre ante la enfermedad se hace evidente cuando el individuo es incapaz de brindarle valores determinados, o no está apto para pronosticar con exactitud qué resultados se obtendrán, debido a la carencia de claves pertinentes. El individuo no puede conjeturar lo que pasará; hay un sentido subjetivo de su enfermedad, curación, internamiento y de la situación de salud al cual se encuentra sumergido. Una circunstancia de incertidumbre puede generar estrés

por el elevado requerimiento del área y puede restringir la competencia de confrontación del sujeto ocasionando reacciones fisiológicas conllevando a grados elevados de ansiedad.

Según Mishel el paciente puede emitir dos respuestas frente a la enfermedad: la oportunidad y la amenaza (99).

La incertidumbre se asume como parte de la vida, pudiendo transformarse en una energía positiva que brinde circunstancias para conseguir un estado de ánimo óptimo para los pacientes. Con la finalidad de admitir esta nueva manera de percibir la vida, el individuo debe fiarse de los medios sociales y en el personal sanitario, los cuales además deberían inclinarse por la aceptación en la posibilidad.

La literatura evidencia que el impacto perjudicial que respecta a la incertidumbre habilita tanto los cambios físicos como trastornos psicológicos, por ejemplo: la ansiedad, la depresión y la desesperación. Se ha constatado que los indicios objetivos y subjetivos tanto de los signos de un padecimiento como del peligro a la muerte están, indudablemente, vinculados de manera positiva con la incertidumbre; asimismo, la sensación de incertidumbre afecta nocivamente en la calidad de vida, en la satisfacción por los lazos familiares, en la satisfacción por el servicio sanitario y en el mantenimiento de las propias actividades de autocuidado, perjudicando a los pacientes y sus familiares (100).

2.2.4.2. La enfermera y su rol como consejera de salud

Enfermería, como disciplina de las ciencias de la salud, abarca el fomento de la salud, prevención de enfermedades y el cuidado oportuno a enfermos, personas minusválidas y en un contexto terminal, actúa brindando consejería de salud, en todos los niveles de atención (101).

Neuman y Fawcett, conceptualizan a la enfermería como la singular especialidad de la salud con la habilidad de considerar todas las variantes que perjudican a los individuos en su ambiente, donde el propósito es apreciar al ser humano que se asocia con el contexto a fin de conservar el grado más elevado de salud del sujeto, la familia y la colectividad partiendo de la promoción y la prevención. Según Malvárez corresponde a una ciencia social, cuya finalidad es el cuidado del hombre considerando las experiencias de sanidad, no para curar sino para alentar durante el punto quiebre de la enfermedad e impulsar sus habilidades debilitadas (102).

Núñez y colaboradores en 2017 en su libro “Psicología General para Enfermería”, exponen que la psicología aplicada a la enfermería se traza en ejecutar métodos psicológicos, nuevos, habituales, fáciles para la actividad en servicios hospitalarios; las cuales, serán provechosos para el especialista de salubridad, asimismo para el mismo enfermo,

complaciendo sus carencias; de esta manera ayudar a solventar su estado emocional, físico y espiritual. El arte de ofertar un servicio de importancia con los métodos psicológicos se encuentra directamente al alcance del especialista de sanidad que desee inmiscuirse con la conexión cercana del profesional y enfermo (103).

La psicología dota a la enfermería de diversos conocimientos generales que le permiten entender al individuo con sus características emocionales, cognitivas, conductuales y evolutivas que influyen en su adaptación y en su nivel de bienestar, que lo sitúan a lo largo del continuo proceso salud-enfermedad (85).

Se entiende por consejería de enfermería un procedimiento existencial; la cual prioriza la representación de los eventos de salud de los individuos que se transforma en un proceso de intercambio procedente de un diálogo efectivo y de ayuda personalizada; donde se descubren y manifiestan emociones, propósitos y conductas, cuya finalidad es esclarecer las actitudes en relación a un cierto estado de salud, de esta manera orientar una buena elección para resolver distintas situaciones (104).

Se han realizado estudios acerca de la efectividad de programas de consejería de salud en enfermería, sobre temas de habilidades de cómo las féminas afrontan el cáncer de mama y la disminución de sintomatología y recaídas en pacientes pediátricos con rinitis alérgica

basado en consejería personalizada. Sin embargo, los beneficios obtenidos como resultado de la consejería de salud de enfermería en diferentes ámbitos de aplicación aún son poco conocidos.

Además, la evidencia apunta a que la efectividad de intervenciones de Enfermería, orientadas a la revisión de causantes de predisposición para enfermedades coronarias radica en mezclar la metodología presencial con la telefónica. De igual manera, muestran la responsabilidad del enfermero/a en la implementación de estrategias en los equipos de intervención que originan mejoras considerables en indicadores de Presión Arterial, colesterol, Índice de Masa Corporal, trabajo físico y alimentación. El empleo de teorías o modelos de Enfermería ofrece los conocimientos y orientación necesaria para que las/os enfermeras/os descubran significados sobre las experiencias humanas de sanidad y el bienestar de los usuarios, mejorando la gestión del cuidado (104).

Cook et al. demuestran en un estudio realizado en 2009 que la consejería de enfermeras en telesalud es una modalidad prometedora para la prestación de tratamiento que se puede implementar como una adición a la atención clínica estándar (105).

Sáez y colaboradores en 2018 señalan que las instituciones de salud deben disponer de profesionales en enfermería continuamente especializados e instruidos; a fin de brindar asesoramiento efectivo,

competente, con excelencia y cordialidad. Con ello se pretende alcanzar de manera simultánea un tipo de atención global, considerando ininterrumpidamente la conciencia de que la atención debe ser integral; ya que, la asistencia necesita cabalmente incluir las prioridades de intervención, tanto desde la perspectiva fisiológica como también en lo personal y emocional.

Cada vez más, se pide a las enfermeras que participen activamente en la provisión de intervenciones conductuales y cambios en el estilo de vida que son un aspecto central de su práctica (101).

2.3. Definición operacional de términos

Ansiedad: Reacción emocional acompañada de síntomas somáticos, afectivos y cognitivo conductuales que experimenta la persona frente a una situación percibida como amenazante.

Depresión: Reacción emocional de fuerte intensidad y repercusión multidimensional; manifestada por falta de ánimo, desesperanza, perdida de interés por las cosas afectando el desenvolvimiento físico y mental de la persona.

Consejería: Proceso de acompañamiento, mediante el cual la persona viviendo con VIH/SIDA reconoce su problema y lo revierte a través de las herramientas proporcionadas.

Programa de consejería de enfermería: Planificación ordenada de actividades orientadas a un manejo efectivo de la ansiedad y la

depresión permitiendo la estabilidad emocional del paciente a través de 9 sesiones individualizadas con un tiempo de 60 minutos cada una.

Manejo efectivo: Afrontamiento positivo que reduce los niveles de ansiedad y depresión a través de técnicas y estrategias de intervención psicosocial impartidas en el programa de consejería de enfermería.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

H1: Las personas viviendo con VIH/SIDA que participan del programa de consejería de enfermería reducen sus niveles de ansiedad y depresión.

H0: Las personas viviendo con VIH/SIDA que participan del programa de consejería de enfermería no reducen sus niveles de ansiedad y depresión.

3.2. Variables

Variable Independiente:

- Programa de consejería de enfermería.

Variable Dependiente:

- Ansiedad en personas viviendo con VIH/SIDA.
- Depresión en personas viviendo con VIH/SIDA.

Variables Intervinientes:

- Edad
- Sexo
- Orientación sexual
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Ocupación

- Número de hijos
- Ingreso familiar mensual
- Lugar de nacimiento
- Distrito de procedencia
- Años de diagnóstico
- Apoyo psicológico
- Enfermedad crónica y/o oportunista

CAPÍTULO IV: MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Tipo y método de investigación

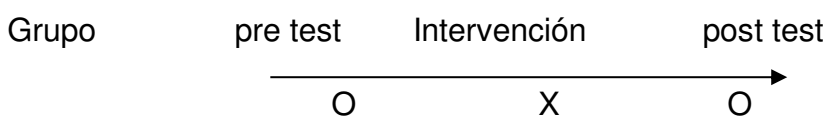
El presente estudio de investigación adopta un enfoque cuantitativo, en el que los datos se representan numéricamente para luego ser examinados estadísticamente, de corte transversal, pre experimental.

4.2. Diseño de investigación

El estudio es preexperimental con diseño pre test y post test, donde el programa de consejería es la variable independiente, y la ansiedad y la depresión son las variables dependientes; el investigador interviene con el grupo a través de un estímulo (intervención), que consistió en la implementación de un programa de consejería de enfermería en el manejo de la ansiedad y la depresión en personas viviendo con VIH/SIDA.

El programa de consejería de enfermería (variable independiente) es de naturaleza cognitivo-conductual, con un enfoque en la teoría cognitiva de Beck, la teoría psicodinámica de Hildergard Peplau y la teoría de la incertidumbre ante la enfermedad de Merle H. Mishel.

Diseño pre-test y post-test de un solo grupo



4.3. Sede de estudio

El estudio de investigación se llevó a cabo en la "Comunidad de Mujeres Positivas de Lima Este"; la que se encuentra ubicada en el Anexo 22 de Jicamarca, en la jurisdicción de San Juan de Lurigancho. Esta entidad busca mejorar la vida de las personas viviendo con VIH/SIDA, visibilizando a las mujeres positivas a través de su empoderamiento para la justicia social y el ejercicio pleno de sus derechos como ciudadanas; mediante el desarrollo de habilidades laborales que les permitan generar sus propios recursos económicos, eliminar la violencia, la dependencia y las dificultades laborales asociadas a la edad y al VIH/SIDA; a través de talleres de aprendizaje productivo y de autoempleo en los rubros de peluquería, manicure, pedicure, manualidades y reciclaje.

4.4. Población, muestra y muestreo

La población estuvo conformada por 300 personas adultas que viven con VIH/SIDA, miembros de la “Comunidad de Mujeres Positivas de Lima Este”.

La muestra estuvo conformada por 26 participantes que fueron seleccionados mediante la técnica de muestreo no probabilístico, por conveniencia.

4.4.1. Criterios de inclusión

- Personas mayores de 18 años viviendo con VIH/SIDA.
- Pertenecientes a la “Comunidad de Mujeres Positivas de Lima Este”.
- Personas viviendo con VIH/SIDA que firmen el consentimiento informado expresando su participación voluntaria.

4.4.2. Criterios de exclusión

- Personas que viven con VIH/SIDA, que actualmente se encuentren recibiendo tratamiento farmacológico para trastornos de ansiedad y depresión.

4.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos. Validez y confiabilidad

La presente investigación evaluó el nivel de ansiedad y depresión en personas que viven con VIH/SIDA en una organización de base comunitaria de Lima Metropolitana. Se utilizó la técnica de entrevista estructurada semipresencial y como instrumentos los cuestionarios: El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (VER ANEXO B). Ambos test son de elección múltiple con 21 ítems tipo Likert que evalúan la intensidad de la ansiedad y la depresión mediante la descripción de sus síntomas. El BAI y el BDI-II se orientan a identificar los elementos físicos, emocionales y cognitivos de

la ansiedad y la depresión respectivamente. En el BAI, cada ítem se califica en una escala de 0 a 3, en la que 0 indica "en absoluto", 1 indica "levemente", 2 indica "moderadamente" y 3 indica "severamente". Del mismo modo, el BDI-II valora la respuesta de cada ítem en una escala de 0 a 3. Ambas encuestas tienen una puntuación total que va de 0 a 63 (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas, solo se tendrá en cuenta la de mayor puntuación). En el BAI, los síntomas expresados en las preguntas corresponden a la última semana y al momento actual; en el BDI-II, los síntomas expresados en los cuestionarios pertenecen a las dos semanas anteriores y al momento actual.

Aaron T. Beck y sus colaboradores idearon los instrumentos utilizados en este estudio; en su versión inicial de 1961 (106), el BDI tenía un valor de fiabilidad de 0,93. El BAI (1988) (109) por su parte, obtuvo un alfa de Cronbach igual a 0,92.

Sanz, Garca-Vera y Fortun en 2011 realizaron la más reciente revisión de las propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck de la versión española de Sanz y Navarro de 2003 (107), y encontraron que tenía un coeficiente alfa de Cronbach de 0,90 en una muestra de 307 pacientes españoles con trastornos psicológicos. Asimismo, en una muestra de 470 personas de la población general española, Sanz, Perdigón y Vásquez (108) calcularon un valor de fiabilidad del alfa de Cronbach de 0,87 para el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).

De acuerdo a la revisión realizada con respecto a la validez y confiabilidad de la versión española del (BAI, BDI-II) y habiendo hecho un análisis exhaustivo; ambos instrumentos se adaptan a las características de la población peruana, de manera que se justifica su uso en el presente estudio de investigación.

En cuanto a la intensidad de los síntomas ansiosos y depresivos se tendrá en cuenta la siguiente clasificación según Beck:

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)		
Valor Mínimo	Valor Máximo	CATEGORÍA
0	7	MÍNIMO
8	15	LEVE
16	25	MODERADO
26	63	GRAVE

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)		
Valor Mínimo	Valor Máximo	CATEGORÍA
0	13	MÍNIMO
14	19	LEVE
20	28	MODERADO
29	63	GRAVE

En la estructura del instrumento aplicado se consideró la presentación, los datos generales, las instrucciones y por último el contenido de los datos específicos; distribuidos en 21 ítems para el BAI y el BDI-II respectivamente. (VER ANEXO B)

4.6. Proceso de recolección y procesamiento de datos

Se realizó la coordinación administrativa con la presidenta de la organización de base comunitaria "Comunidad de Mujeres Positivas de Lima Este" con la finalidad de gestionar el permiso para realizar la investigación.

La ejecución de la intervención tuvo lugar junto a los miembros de la "Comunidad de Mujeres Positivas de Lima Este"; quiénes luego de ser elegidos de forma conveniente, es decir, se consideró la relevancia y el impacto que causaría en la vida diaria de los usuarios el recibir orientación en cuanto a las herramientas necesarias para autogestionar sus estadios ansiosos y/o depresivos.

El estudio se dividió en tres procesos: aplicación del pre test, ejecución de la intervención y aplicación del post test.

Inicialmente, durante el pre test se estimó la participación de 26 personas que viven con VIH/SIDA, entre hombres y mujeres, quienes rellenaron el instrumento en un tiempo de 15 minutos.

A continuación, los participantes tuvieron acceso a una intervención que consistió en nueve sesiones de consejería de enfermería, por persona. Sin embargo, el estudio concluyó con 19 participantes, es decir, solo 19 personas completaron las nueve sesiones durante su participación en el estudio.

Para la ejecución de la intervención, en primera instancia, se facilitaron los objetivos, así como también la finalidad que persigue el estudio, para luego plantear un cronograma de intervención vía plataforma virtual personalizada de acuerdo a la disponibilidad de tiempo de cada participante. Finalmente, se estableció un horario semanal disponiendo la participación de dos veces por semana de cada usuario en una hora y

día específico. Por consiguiente, la duración del programa de intervención de enfermería fue de cinco semanas durante los meses de agosto y septiembre de 2021.

Al inicio de la intervención se entregó a los participantes un fólder en donde se anexaron todos los materiales educativos que se facilitaron en el desarrollo de cada sesión.

Asimismo, el contenido de cada sesión fue diseñado de la siguiente manera: las tres primeras tuvieron un enfoque teórico y conceptual de la infección por VIH/SIDA, de la ansiedad y depresión con la finalidad de que los participantes pudieran reconocer principalmente los signos y síntomas de estas afecciones emocionales; para ello se empleó como metodología la dinámica individual participativa a través de la exposición dialogada, las reflexiones de caso y las proyecciones audiovisuales.

De la misma forma, las siguientes últimas seis sesiones se enmarcaron en torno al manejo práctico de las intervenciones psicosociales que debían conocer los participantes para la gestión efectiva de la sintomatología ansiosa y depresiva. El contenido desplegado para ello se fundamentó en diferentes técnicas psicosociales entre éstas: la reestructuración cognitiva, la respiración diafragmática, la meditación, las autoinstrucciones y la importancia de incorporar hábitos saludables en la vida diaria; tales como la alimentación saludable, la actividad física y el buen descanso.

Cabe mencionar que al culminar el desarrollo de cada sesión el profesional facilitador de la intervención planteó interrogantes de retroalimentación en forma de evaluación de acuerdo al contenido proporcionado; ello con la finalidad de lograr interiorizar cada uno de los temas analizados en cada sesión.

El programa de consejería de enfermería (VER ANEXO J) se ejecutó tomando en cuenta la importancia y la implicancia que tiene en la persona viviendo con VIH/SIDA el deterioro a nivel afectivo emocional y espiritual manifestada por inestabilidad frecuente y sintomatología ansiosa así como depresiva a causa de la enfermedad y sus complicaciones; pudiendo así proponer estrategias por el personal de enfermería, específicamente mediante la consejería con soporte en la escucha activa, la comprensión y el asesoramiento encaminados a minimizar los riesgos físicos, emocionales así como también espirituales y propiciar en el paciente una actitud responsable en el manejo de la infección, de sus actos y decisiones.

Por último, el post test, con una duración de 15 minutos, fue completado por 19 participantes, quienes culminaron con todas las sesiones impartidas durante el programa de consejería de enfermería, consistió en la aplicación del instrumento al término de la intervención a fin de evaluar la efectividad de la misma.

4.7. Análisis estadístico

La información recogida a través del cuestionario fue procesada en el programa Excel; para luego ser representada mediante gráficos y tablas que faciliten la interpretación y el análisis correspondiente.

Para analizar los datos se utilizó la estadística inferencial que permite el SPSS 26. Previamente, se aplicó la prueba de normalidad para verificar la distribución de los datos con el fin de elegir la prueba estadística a utilizar para contrastar la hipótesis. Finalmente, el estudio resolvió la elección de la prueba t de Student para muestras relacionadas.

4.8. Consideraciones éticas

La investigación se llevó a cabo teniendo en cuenta los conceptos bioéticos.

AUTONOMÍA: Al rellenar el formulario de consentimiento informado (VER ANEXO F), los participantes que viven con el VIH/SIDA reconocieron su decisión voluntaria de participar en la investigación.

JUSTICIA: Todas las personas que cumplían los criterios de selección fueron aceptadas de forma equitativa a lo largo del desarrollo de la investigación.

BENEFICENCIA: El programa de consejería de enfermería se aplicó con la intención de beneficiar a los pacientes que viven con el VIH/SIDA, y la propuesta pretendió evaluar el éxito del estudio.

NO MALEFICENCIA: El método de estudio no tuvo ningún efecto adverso en el bienestar físico o mental de los participantes.

Previo a la aplicación del instrumento, se distribuyó un formulario de consentimiento informado a las personas que viven con VIH/SIDA de la "Comunidad de Mujeres Positivas de Lima Este" para su respectiva lectura y firma; también se les informó sobre los objetivos de la investigación y los beneficios que se derivarían de sus resultados; y, además de la importancia de su participación voluntaria, se les aseguró la confidencialidad y privacidad de sus datos en el transcurso de la investigación.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

5.1. Datos generales

En la investigación participaron 19 (100%) personas viviendo con VIH/SIDA. El 26% (5) de ellos eran hombres, mientras que el 74% (14) eran mujeres. En cuanto a la edad, el 5% (1) tenía entre 18 y 28 años, el 21% (4) tenía entre 29 y 39 años, el 11% (2) tenía entre 40 y 50 años, otro 11% (2) tenía entre 41 y 51 años y el 53% (10) tenía entre 52 y 62 años. En cuanto a la orientación sexual y la identidad de género, el 74% (14) de los encuestados se identificaron como heterosexuales (atraídos por individuos del sexo opuesto), mientras que el 16% (3) se identificaron como homosexuales y el 11% (2) como transexuales. Según el estado civil de los participantes, el 42% (8) son solteros, el 21% (4) son viudos, el 11% (2) viven actualmente con su cónyuge, el 21% (4) están separados y el 5% (1) están divorciados. Asimismo, en cuanto al nivel educativo, el 5% (1) solo ha completado la escuela primaria, el 37% (7) ha completado la escuela secundaria, mientras que el 16% (3) no tuvo la oportunidad de completar la escuela secundaria, el 52% (6) ha obtenido una educación técnica superior y el 11% (2) ha obtenido un título universitario.

Por otro lado, con respecto a la ocupación, el 32% (6) manifestó ser ama de casa, el 42% (8) trabaja de forma independiente, mientras que el 16% (3) es empleado de una entidad privada y el 11% (2) se desenvuelve

laboralmente desempeñando funciones de su formación técnica y/o universitaria. En cuanto al número de hijos, el 32% (6) no tienen ningún hijo hasta el momento, el 5% (1) tiene un solo hijo, el 26% (5) tiene 2 hijos y el 37% (7) tienen de 3 a más hijos. El ingreso familiar mensual asciende de 200 a 700 soles en el 68% (13) de las personas, el 26% (5) percibe aproximadamente entre 800 a 1300 soles mensuales y solo el 5% (1) tiene ingresos superiores a 1400 soles.

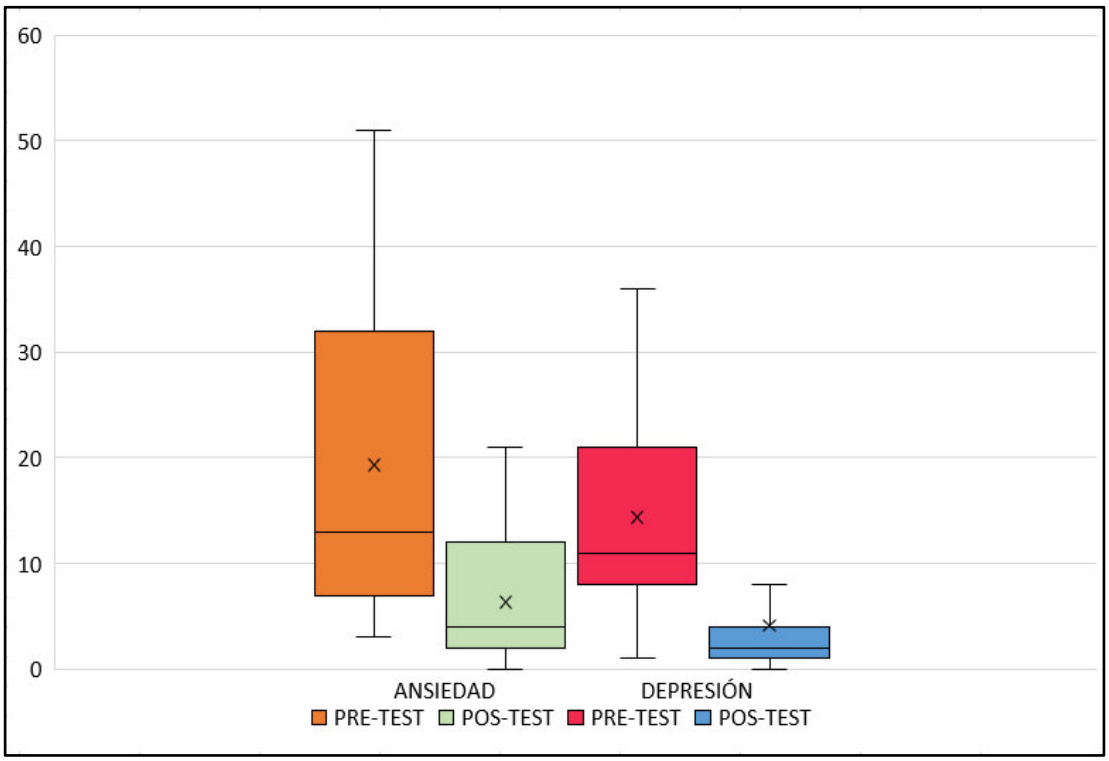
En relación al lugar de nacimiento, el 79% (15) nació en la capital del país, el 16% (3) indicó como lugar de nacimiento a nivel de provincias y solo el 5% (1) es de origen extranjero (Venezuela). En lo que respecta al distrito de procedencia, el 11% (2) vive en Lima Norte, el 26% (5) tiene su vivienda en Lima Centro, el 47% (9) manifiesta vivir en Lima Este y el 16% (3) procede de Lima Sur. En torno a los años de diagnóstico de la enfermedad, el 11% (2) tiene un tiempo de diagnóstico de entre 1 a 5 años, el 21% (4) ha sido diagnosticado desde hace 6 a 10 años aproximadamente, el otro 21% de los participantes vive con la enfermedad desde hace 11 a 15 años y, por último, el 47% precisa vivir con VIH/SIDA desde hace más de 16 años. Otro de los aspectos importantes a considerar en el estudio fue si el entrevistado había recibido apoyo psicológico en algún momento. Solo el 16% (3) refirió haber contado con apoyo psicológico de algún tipo ya sea individual o grupal mientras que el 84% de los miembros del estudio manifestó no haber recibido ningún tipo de ayuda psicológica hasta el momento.

Finalmente, el 58% (11) no sufre de alguna otra enfermedad crónica ni oportunista. Sin embargo, el 42% (8) sí manifiesta enfermedad crónica como hipertensión y diabetes, así como haber sido diagnosticado en algún momento de su vida con alguna infección oportunista.

5.2. Datos específicos

GRÁFICO 1

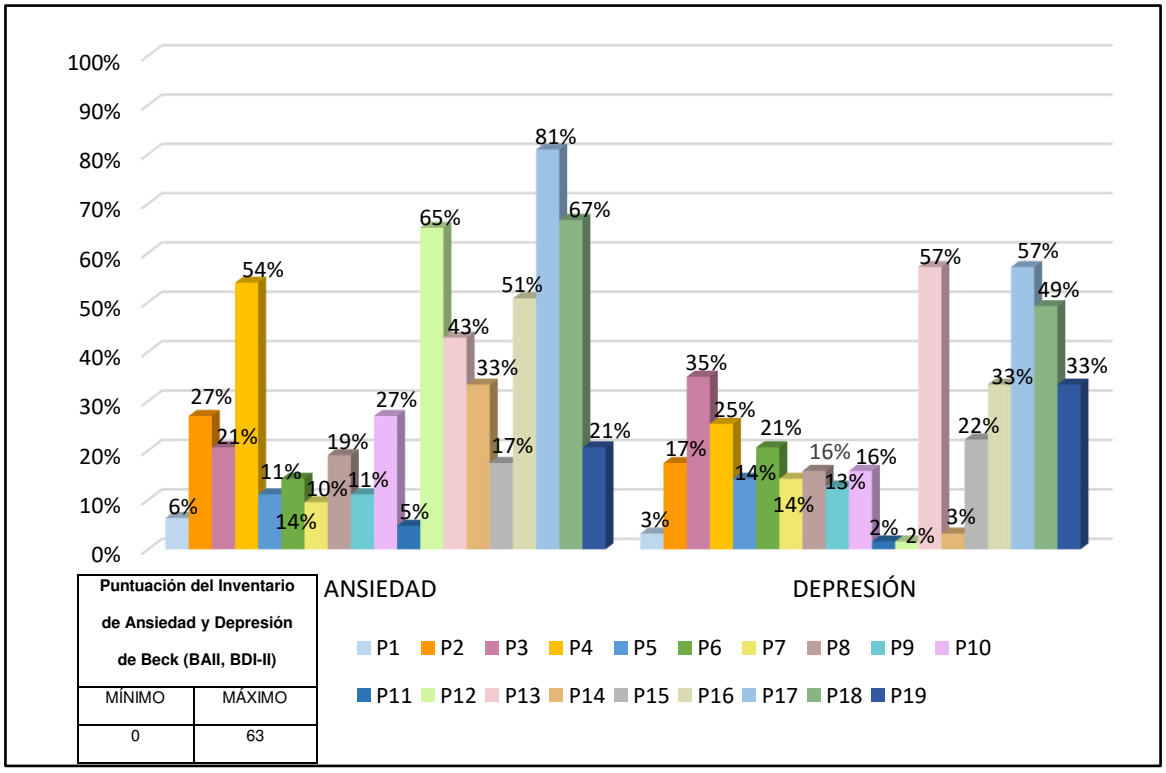
EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA EN UNA ORGANIZACIÓN DE BASE COMUNITARIA DE LIMA METROPOLITANA.



El gráfico 1 ilustra la efectividad de la aplicación de un programa de consejería de enfermería en el manejo de la ansiedad y la depresión en personas viviendo con VIH/SIDA. Previamente, se investigó la distribución normal de los datos, arrojando p=0,193 (ansiedad) y p= 0,125 (depresión) en la diferencia de las variables, que son mayores que el valor p de referencia (0,05). En consecuencia, los datos satisfacen el requisito de distribución normal, y puede utilizarse la prueba paramétrica T STUDENT para muestras relacionadas. A continuación, se compararon los valores medios de ansiedad y depresión antes y después de la intervención, revelando diferencias significativas en ambas medidas de 19 frente a 6 y 14 frente a 4 puntos, respectivamente (T= 4,203 y T= 4,462; p< 0,001). Un valor p inferior a 0,05 indica que el programa de intervención tuvo éxito en el manejo de la ansiedad y la depresión en pacientes con VIH/SIDA.

GRÁFICO 2

NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA EN UNA ORGANIZACIÓN DE BASE COMUNITARIA DE LIMA METROPOLITANA, ANTES DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA.



Puntuación del Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck (BAII, BDI-II)	
MÍNIMO	MÁXIMO
0	63

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)		
Valor Mínimo	Valor Máximo	CATEGORÍA
0%	11%	MÍNIMO
12%	24%	LEVE
25%	40%	MODERADO
41%	100%	GRAVE

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)		
Valor Mínimo	Valor Máximo	CATEGORÍA
0%	21%	MÍNIMO
22%	31%	LEVE
32%	45%	MODERADO
46%	100%	GRAVE

Los resultados que se exponen en el gráfico 2 permiten estimar el porcentaje de la puntuación total obtenida por cada participante antes de la intervención, con respecto al máximo puntaje que se puede obtener en el cuestionario.

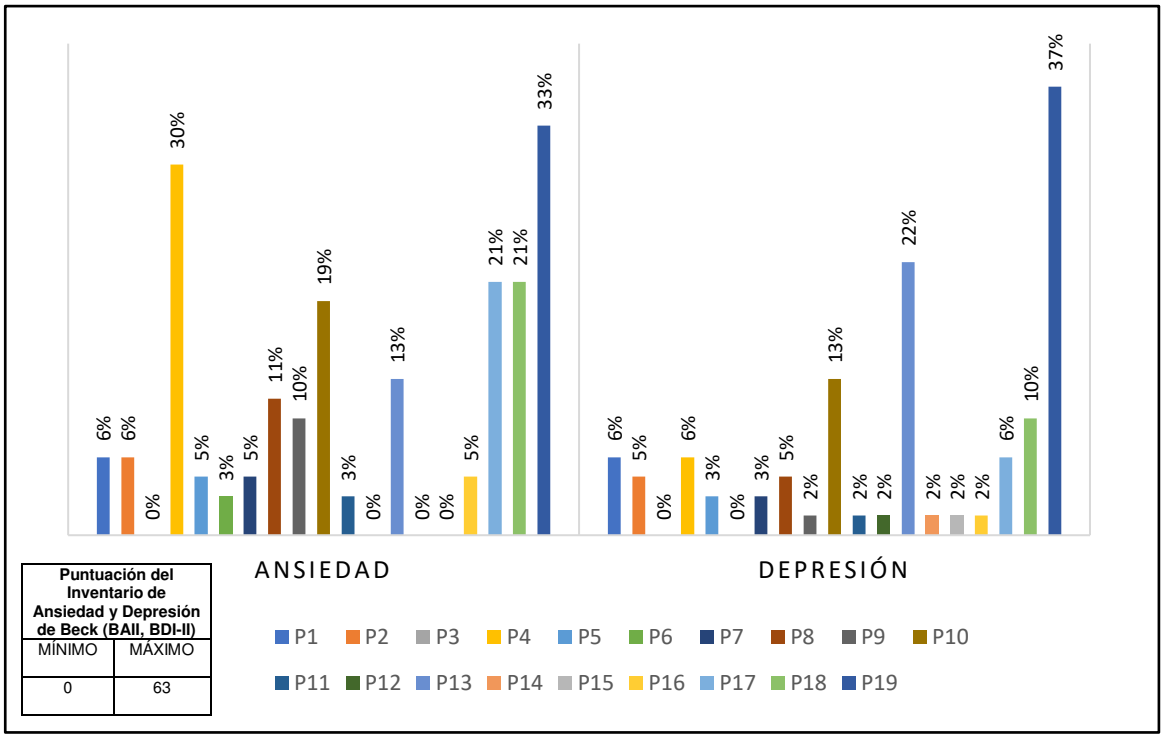
Por consiguiente, en cuanto al nivel de ansiedad, el mayor número de personas (14) evidenció niveles de ansiedad sindrómicos. Este resultado es analizado en conjunto y expresado según la cantidad de personas que notificaron ansiedad leve, moderada y grave. Por ello, se tiene que aproximadamente el 74% de las personas viviendo con VIH/SIDA manifiesta sintomatología ansiosa con criterio clínicamente relevante. En consecuencia, cinco personas demuestran síntomas leves, tres personas denotan ansiedad moderada y, por último, tenemos que seis participantes constatan presentar síntomas correspondientes con ansiedad grave. Cabe precisar que solo el 26% expresó síntomas mínimos de ansiedad.

Con respecto al nivel de depresión, se determinó que 11 personas cursaron con sintomatología depresiva de mínima intensidad, a su vez

cerca del 42% remarca signos y síntomas de gravedad; en razón de que dos participantes muestran indicios de depresión leve. Asimismo, tres personas demuestran características compatibles con depresión moderada, así como también se distinguieron 3 pacientes con síntomas graves de depresión.

GRÁFICO 3

NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA EN UNA ORGANIZACIÓN DE BASE COMUNITARIA DE LIMA METROPOLITANA, DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA.



Puntuación del Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck (BAII, BDI-II)	
MÍNIMO	MÁXIMO
0	63

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)		
Valor Mínimo	Valor Máximo	CATEGORÍA
0%	11%	MÍNIMO
12%	24%	LEVE
25%	40%	MODERADO
41%	100%	GRAVE

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)		
Valor Mínimo	Valor Máximo	CATEGORÍA
0%	21%	MÍNIMO
22%	31%	LEVE
32%	45%	MODERADO
46%	100%	GRAVE

Los resultados se presentan en el Gráfico 3 como fracción de la puntuación máxima de cada persona en los cuestionarios de Ansiedad y Depresión de Beck. Esto se aplicó después de la ejecución del Programa de Consejería de Enfermería.

Se evidencia que el nivel de ansiedad post intervención experimenta una disminución considerable, puesto que aproximadamente el 68% (13) de los participantes describe la presencia de sintomatología mínimamente ansiosa. Esto supondría que la intervención propuesta permitió a las personas viviendo con VIH/SIDA manejar de forma efectiva este trastorno mental, dado que de forma similar solo el 21% (4) expresa ansiedad leve. No obstante, cabe resaltar que el 11% (2) de los participantes todavía denota síntomas clínicamente significativos asociados a un nivel de ansiedad moderada.

Por otro lado, los resultados obtenidos post intervención en cuanto al nivel de depresión exponen un grado de similitud con lo mencionado anteriormente respecto a la variable ansiedad. Así tenemos que el 90% (17) de los participantes del estudio revela características de depresión mínima; mientras que el 5% (1) identifica la manifestación de depresión

leve y finalmente solo el 5% (1) muestra sintomatología acorde con la categoría moderada de este desorden mental.

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

6.1. Análisis e interpretación

En la actualidad, el VIH/SIDA provoca una cronicidad a largo plazo de la salud del individuo, por lo que los gobiernos deben aunar esfuerzos para combatir la enfermedad estableciendo políticas sanitarias con importantes inversiones que garanticen el tratamiento continuo y la atención multidisciplinaria de esta población, haciendo hincapié en la mejora de su calidad de vida.

Los datos sociodemográficos del presente estudio indican un predominio femenino, lo que difiere con la estimación proporcionada por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, que lleva a cabo la Vigilancia Epidemiológica de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en el país, que señaló en su Boletín de VIH de febrero de 2021 que "la proporción anual estimada de hombres y mujeres en las personas que viven con la infección por el VIH para el año 2020 fue de 3.1, es decir, existen tres hombres con infección por VIH por cada mujer con la infección" por lo tanto en nuestro país son los hombres quienes se infectan más con este virus (18).

El último informe sobre el VIH/SIDA en el mundo concluye que el triple objetivo 90-90-90 sugerido por la junta directiva de ONUSIDA en 2013 sería imposible de alcanzar en 2020. Para julio de 2020, y ante la perspectiva de que la COVID 19 perjudique los avances en materia de

VIH/SIDA, resultaba imposible cumplir con que el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico, que el 90% de las personas diagnosticadas reciban medicación antirretroviral y que el 90% de las que reciben tratamiento antirretroviral tengan supresión viral. A pesar de que el progreso hacia la erradicación del VIH/SIDA para 2030 parece mejorar en los próximos ocho años, Guterres, secretario general de las Naciones Unidas, cree que "las desigualdades siguen siendo la principal razón por la que no se alcanzaron los objetivos mundiales de 2020". A la luz de esto, parece que el mundo se ha olvidado del cuarto objetivo 90, que se creó por profesionales y pacientes, seis años después de establecerse el triple objetivo para 2020. El cuarto objetivo 90 pretende garantizar que las personas que viven con el VIH/SIDA tengan una calidad de vida adecuada; sin embargo, esta meta seguirá siendo una quimera a menos que los gobiernos apoyen e implementen estrategias y/o leyes de salud mental, así como que apliquen plenamente las que ya existen para esta población con características muy específicas y definitorias relacionadas con su vulnerabilidad. Según los estudios, las personas que viven con el VIH/SIDA tienen una peor calidad de vida que la población general debido a las comorbilidades y a los efectos secundarios de los antirretrovirales, y tienen el doble de probabilidades de sufrir ansiedad y depresión (109, 44, 110, 111).

El presente estudio de investigación es coherente con la necesidad de incluir el cuarto objetivo 90 en el abordaje multidisciplinario del VIH/SIDA,

con un enfoque en la calidad de vida de los pacientes. Se trabajó con una muestra de 19 personas que viven con el VIH/SIDA, la mayoría de las cuales eran mujeres, hombres en menor proporción y miembros del grupo demográfico crítico (transexuales y homosexuales).

Se encontró que la mayor parte de las personas de la muestra provienen de un estrato socioeconómico medio-bajo puesto que cuentan con un deficiente nivel educativo, incluso algunos de ellos no culminaron estudios primarios y secundarios; por otro lado, el nivel de ingreso familiar mensual bordea desde los 200 a 700 soles en gran parte de los participantes, además todos proceden de áreas colindantes a Lima metropolitana, es decir de los conos de la capital. Estas características sociodemográficas constituyen factores que aumentan la vulnerabilidad de las personas viviendo con VIH/SIDA dado que se ven obligados a enfrentar fenómenos como la violencia, la pobreza, el abandono, el estigma, la discriminación y el trabajo informal; los cuales contribuyen en gran medida en el deterioro de la dimensión emocional del ser humano conllevando al desarrollo de trastornos mentales.

En cuanto a los años transcurridos desde el diagnóstico, la encuesta revela que la mayoría de las personas llevan más de 15 años viviendo con el VIH; sin embargo, una minoría afirma haber sido diagnosticada entre uno y cinco años. Estos datos son necesarios para analizar la relación entre el tiempo de diagnóstico y el posterior impacto en la salud mental. Para Suarez, Peñate y Crespo (2009) durante el primer año de

la infección y ante la noticia de la seropositividad, el diagnóstico “se ve como un acontecimiento vital negativo con consecuencias que amenazan la vida. Sin embargo, en las personas que llevan más de un año viviendo con el VIH, parece que el reaprendizaje de la inteligencia emocional les permite adaptarse a su condición permanente y aprender a vivir de forma más inteligente desde el punto de vista emocional, garantizando así una mayor calidad de vida" (112); por lo tanto, un período de tiempo más largo desde el diagnóstico y el inicio oportuno del tratamiento parecen tener un efecto beneficioso en el bienestar emocional del paciente.

En conclusión, cabe señalar que los hallazgos demográficos son coherentes con múltiples estudios que indican que el bajo nivel socioeconómico y el bajo nivel educativo son factores significativos en los pacientes con VIH/SIDA y que cuanto mayor es el período de tiempo transcurrido desde el diagnóstico, menor es la probabilidad de padecer trastornos mentales; sin embargo, esta asociación puede romperse cuando el paciente entra en la fase de SIDA de la enfermedad.

Es ampliamente conocido a través de las investigaciones realizadas en los últimos años en el ámbito del VIH/SIDA que la prevalencia de trastornos psiquiátricos tales como la ansiedad y la depresión condicionan el estado de salud del paciente, es decir, la incertidumbre por el futuro a causa de la seropositividad trae consigo síntomas de afectación sistémica evidenciados a nivel somático, afectivo, cognitivo y

conductual repercutiendo todo ello en la evolución de la enfermedad. Según Leserman en 2002, el paciente puede experimentar un compromiso de la respuesta del sistema inmunológico frente a la infección, vale decir que los niveles de CD4 disminuyen en el organismo de la persona si no existe un adecuado manejo de los distintos desórdenes mentales con los que deben lidiar estas personas a lo largo de su vida desde que conocen su diagnóstico.

En este contexto, se planteó llevar a cabo la presente investigación, para determinar la efectividad de un programa de consejería de enfermería en la reducción de la ansiedad y la depresión en personas viviendo con VIH/SIDA.

Los resultados indicaron que una proporción considerable de pacientes que viven con el VIH/SIDA, en su mayoría mujeres, tenían niveles de ansiedad clínicamente significativos, lo que indica que, antes de la intervención, la mayoría de los participantes experimentaba síntomas de ansiedad clasificados como leves, moderados o graves. En cuanto a la gravedad de la depresión, la investigación descubrió que poco menos de la mitad de los pacientes presentaba características compatibles, con síntomas depresivos que iban de leves a moderados o graves.

Mientras tanto, según el informe de investigación de Trujillo J. de 2017, "Niveles de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/SIDA inscritos en el programa Targa del Hospital Regional Hermilio Valdizán-Huánuco" (113), existen niveles considerables de ansiedad y depresión. En una

muestra de 55 pacientes que viven con VIH/SIDA, la mayoría presentaba síntomas depresivos mientras que poco más de la mitad de los pacientes demostraba síntomas ansiosos en diversos grados.

Asimismo, un estudio de 2005 titulado "Evaluación de la depresión, la ansiedad y la ira en pacientes con VIH/SIDA", realizado por Teva I, Bermúdez M, Hernández-Quero J. y Buela-Casal G. (65) afirma que la mayoría de los hombres con VIH/SIDA presentan una sintomatología depresiva que cumple los criterios de depresión leve, moderada o grave. Sin embargo, la mayoría de las mujeres no manifiestan rasgos depresivos. Esto es especialmente llamativo, dado que la literatura muestra que la predilección de la población en general por las afecciones de este tipo es la contraria, siendo las mujeres las que tienen una mayor propensión a padecer depresión.

Continuando con la investigación, el estudio revela datos relativamente significativos sobre los trastornos de ansiedad y depresión en una comunidad de personas que viven con el VIH/SIDA, permitiendo inferir que, según el Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck (BAI, BDI-II), una parte considerable de los participantes evidenciaron un problema clínico de ansiedad y depresión que puede tener múltiples factores; principalmente de tipo psicosocial así como el enfrentar situaciones difíciles durante los últimos tres meses, las reacciones adversas a nivel físico y mental de los antirretrovirales, la evolución de la enfermedad y el déficit de apoyo social; de manera que finalmente terminan

desencadenando manifestaciones emocionales en el paciente; puesto que estos trastornos se hacen evidentes a nivel multidimensional; es decir los síntomas se expresan a nivel orgánico, mental, conductual e incluso espiritual. Arrivillaga, López y Ossa (2006) afirman que "la ansiedad se caracteriza por una serie de sentimientos de tensión y anticipación que se acompañan de una activación fisiológica" (71); asimismo, la Asociación Americana de Psiquiatría afirmó en 1994 (citada por Arrivillaga, López y Ossa) que "la ansiedad se caracteriza por una serie de trastornos con características distintivas que, en general, comparten rasgos comunes como los cambios fisiológicos (palpitaciones, sudoración, entre otras); conductuales (conductas evitativas) y cambios cognitivos (hipervigilancia, dificultad en el procesamiento de la información" (71).

En relación con lo anterior, la investigación permite examinar la afectación psicoemocional, fisiológico y conductual en la muestra de pacientes con VIH/SIDA. Así, los resultados del estudio indican que tanto la ansiedad como la depresión provocan un sufrimiento clínicamente sustancial a nivel multiorgánico.

Según el cuestionario aplicado antes de la intervención, los individuos constatan que la ansiedad clínica se hace evidente a través de la expresión de diversos síntomas; así tenemos que de la puntuación total obtenida a nivel general en todos los participantes; el análisis a nivel de dimensiones expresa que, en la categoría de ansiedad leve, los síntomas

que en mayor medida percibieron los participantes fueron los de tipo somático. Del mismo modo, cuando se analizan todos los individuos con un grado moderado de ansiedad a nivel de dimensión, podemos estimar que los síntomas somáticos fueron los que más influyeron en los pacientes. Finalmente, la mayor proporción con respecto a la suma total del cuestionario a nivel de dimensiones quedó exhibido por el nivel de ansiedad con criterio grave. Es decir, la ansiedad interrumpía el rendimiento de los pacientes y sus relaciones sociales manifestándose mediante signos y síntomas en su mayoría de tipo somáticos (mareos, problemas digestivos, temblor en las piernas, taquicardia, desvanecimiento, sudoración y rubor facial); seguido de molestias de índole afectiva, siendo estos: temor a lo peor, inestabilidad, miedo a perder el control y temor a morir; no obstante, generalmente estos sentimientos de miedo suelen ser irreales. (VER ANEXO I)

En la depresión, el sentimiento de tristeza juega un papel muy importante que permite distinguirla dentro del límite adaptativo y/o clínico. Según Whybrow, Akiskal, y McKinney; en 1984 (citado por Piqueras et al.) “la tristeza es un sentimiento filogenético adaptativo para ganar la atención y la preocupación de los demás, para servir como forma de comunicación en momentos de pérdida o separación, o para ahorrar "energía" para futuros procesos de adaptación" (114). En consecuencia, el sentirse triste depende de la interpretación a partir de lo que nos demanda la situación que atraviesa la persona y por ende de la

capacidad y los recursos del individuo para afrontar el contexto; sin embargo, si los estresores se cronifican en el tiempo esta emoción adaptativa se convierte en tristeza patológica.

Cabe señalar que la depresión clínica se define como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por un sentimiento persistente de tristeza de intensidad moderada que dura más de tres meses; ahora bien, volviendo a la teoría cognitiva de Beck, "las personas depresivas muestran un sesgo en su procesamiento de los acontecimientos que implican pérdidas o privaciones; como resultado, las personas depresivas sobrevaloran estos acontecimientos negativos, considerándolos globales, frecuentes e irreversibles" (68), lo que da lugar a la tríada cognitiva de Beck; que, en analogía con las personas viviendo con el VIH/SIDA, puede definirse como una imagen negativa del yo; el paciente se ve a sí mismo como responsable de sus circunstancias; se percibe como inútil e incapaz de resaltar un buen elemento de su persona. Por otro lado, la segunda arista de la triada considera una visión irrealista del mundo, la persona con la infección concibe las circunstancias, sus experiencias y todo lo que le rodea como una realidad avasalladora y negativa que no puede encarar. Por último, la visión distorsionada del futuro en los pacientes es apreciada como incierto, por tanto, pierden la esperanza en el porvenir; les resulta difícil ser optimistas en escenarios ulteriores muy próximos; por esta razón presuponen expectativas negativas. De hecho, en los pacientes que

viven con el VIH/SIDA, la secuencia de la tríada cognitiva da lugar a la aparición de síntomas depresivos.

De acuerdo al estudio, conviene destacar que la dificultad en el proceso cognitivo de los individuos se hace evidente de manera distorsionada; ocasionando síntomas a nivel de la dimensión afectiva, conductual, motivacional y fisiológica, propios de este trastorno psicopatológico.

A partir de entonces, en el estudio se resalta la repercusión de la sintomatología depresiva en las dimensiones del ser humano. Los resultados dan cuenta que, al analizar los datos del cuestionario a nivel de dimensiones, en lo que respecta a la variable depresión, se tiene que del puntaje total obtenido por los participantes; aproximadamente el diez por ciento indica afectación no grave; por lo tanto, la proporción restante ostenta la presencia de sintomatología con significancia clínica que al ser analizado detenidamente, tenemos que el valor más alto queda expuesto por el criterio grave; seguido del episodio leve y por último, el cuadro moderado, en menor porcentaje. Cabe enfatizar que, en las tres categorías de gravedad, la intensidad de los síntomas depresivos fue percibido por los participantes en mayor medida a nivel de la dimensión somática o fisiológica; es decir, advirtieron signos y síntomas tales como: pérdida de energía, alteración de los patrones del sueño, llanto, cambios en el apetito, agotamiento, irritabilidad o letargo. (VER ANEXO I)

A partir de la evaluación previa del estado de salud mental de los participantes con respecto a la intensidad de las características

sintomáticas de los trastornos enunciados líneas arriba se pone en marcha la ejecución de la intervención de enfermería con la finalidad de revertir los hallazgos obtenidos al realizar el screening inicial. En este sentido, se precisó que los resultados obtenidos admiten aceptar la hipótesis alternativa del estudio. La intervención de enfermería formulada permitió que los participantes a partir de la propuesta ejecutada disminuyan sus niveles de ansiedad y depresión. La efectividad de la intervención queda demostrada por la prueba estadística t de Student, que tiene un valor de 0,001, el cual es menor que el valor p de referencia de 0,005. Este hallazgo es consistente con los resultados de un estudio realizado en 2008 en San José, Costa Rica, por Leiva, Alfaro y Soto, titulado "Análisis del entrenamiento en manejo de estrés dirigido por enfermeras en una población con VIH-SIDA: estudio de caso único" (115) que demuestra que las técnicas de relajación muscular son un método efectivo para reducir los niveles de estrés, ansiedad y depresión en personas que viven con VIH-SIDA; estableciendo un cierto grado de compatibilidad. Esto posibilita inferir que las estrategias en materia de relajación *per se* pueden ser una herramienta útil dentro de toda la gama de propuestas de intervención basadas en la terapia cognitiva conductual.

En cuanto al nivel de ansiedad, los resultados post intervención determinan que un poco más de la mitad de los participantes manifiestan síntomas mínimos, es decir la orientación en técnicas de afrontamiento

pudo restablecer significativamente la intensidad de las molestias que venían percibiendo. Sin embargo, un poco más de la cuarta parte de la muestra todavía refiere molestias de intensidad leve y moderada. Al contrastar el pre test y el post test, se observa que al inicio obtuvimos seis personas con ansiedad grave, posteriormente estas mismas personas indican una disminución bastante considerable de los síntomas, puesto que, culminan el estudio con un nivel de ansiedad que oscila entre los criterios mínimo, leve y moderado. No obstante, para precisar la existencia de un cambio clínicamente significativo, según las recomendaciones para la utilización de la adaptación española del BAI, propuesto por Sanz en 2013 (116); los criterios a considerar en la puntuación obtenida en el cuestionario al término de la intervención son: la disminución de 10 puntos y el punto de corte para establecer la efectividad terapéutica deberá ser menor a 14. De ahí que se contempla, el siguiente hallazgo: ocho personas cumplen con las condiciones para considerar que luego de la intervención habían mejorado, del mismo modo, nueve participantes se recuperaron, y no menos importante; una persona al parecer empeoró y, por último, un participante no evidenció cambios.

En lo que concierne al nivel de depresión post test, los datos recabados resaltan que prácticamente el total de los participantes alcanzó un nivel de depresión con sintomatología de mínima intensidad; en concreto, los participantes en su mayoría demostraron que las técnicas de relajación

planteadas son efectivas en la resolución y disminución de la manifestación depresiva. Mientras que una minoría de los participantes remarcan que, pese a la intervención aún persisten síntomas leves y moderados. Si bien es cierto, según el estudio, los resultados post intervención son favorables, es necesario resaltar que de acuerdo con Sanz, Perdigón y Vásquez; 2003 "para determinar si un paciente ha mejorado clínicamente o se ha recuperado considerablemente tras la intervención; la puntuación del paciente tras el tratamiento debe ser igual o inferior a nueve" (108). De manera que podemos inferir que, al concluir la intervención 17 pacientes muestran una recuperación clínicamente significativa; sin embargo, dos personas viviendo con VIH/SIDA aparentemente no lograron mejoría de los síntomas, contrariamente, una de ellas al parecer empeoró. La excepción de este resultado en la misma persona, en lo que respecta al nivel de ansiedad y depresión, ya que no evidenció mejoría alguna, sino que resulta haber empeorado; puede obedecer a múltiples factores tales como: la incomprensión de las pautas para la ejecución de las técnicas; las que conducen a una práctica incorrecta de la misma, conflictos psicosociales de índole familiar y/o personal así como laboral, el pobre nivel educativo y el venir atravesando problemas de salud mental desde hace mucho tiempo por lo que probablemente requiera una evaluación especializada a fin de establecer un juicio diagnóstico y determinar si padece o no de un trastorno depresivo mayor.

En resumen, está claro que la intervención presentada en la investigación no sólo proporciona una mejora estadísticamente significativa en los pacientes, sino también una mejora clínicamente relevante con implicaciones extremadamente prácticas para las personas que viven con el VIH/SIDA a diario.

Sin lugar a dudas, el programa de consejería de enfermería implementado dio lugar a una mejora beneficiosa en el nivel de ansiedad y depresión, tal y como demuestra la drástica diferencia en los niveles de ansiedad y depresión antes y después de la intervención. Este resultado se contrasta con los hallazgos obtenidos por Ribeiro, Sarmento, Dinis-Ribeiro y Fernandes; en Portugal, 2015 (117) en donde señalan que la implementación de un programa de intervención impartido por una enfermera especialista en salud comunitaria, utilizando la combinación de enfoques conductuales y educativos fue eficaz para promover la adherencia al TAR y la disminución de trastornos emocionales.

Cabe destacar que como parte del equipo multidisciplinario responsable del cuidado de las personas que viven con VIH/SIDA, el profesional de enfermería está autorizado a ofrecer educación para la salud, atención integral y orientación al paciente, a la familia y al agente de apoyo personal. Por lo tanto, la labor de la enfermería es aliviar el malestar corporal y mental de estos pacientes en el ámbito de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, priorizando las tareas que

necesitan una intervención inmediata en los múltiples aspectos del ser humano a través de la lente de su plan de cuidados. Sin embargo, en lo que respecta a la promoción de la salud, es necesario orientar las acciones y estrategias dirigidas a la promoción de la salud mental con una perspectiva interdisciplinaria y al alcance de todas las personas, no sólo para centrar la atención en las intervenciones para los individuos que padecen trastornos mentales, sino también sumar esfuerzos para prevenirlos.

Es necesario precisar, que la coyuntura actual que atraviesa el mundo y nuestro país a causa de la COVID 19, restringió a la población viviendo con VIH/SIDA el acceso a los servicios de salud. Por tanto, el planteamiento de estrategias innovadoras de intervención resultó ser un gran desafío para el personal de salud, especialmente, para el profesional de enfermería. La imposibilidad de desarrollar mecanismos de intervención cara a cara trae consigo la necesidad imperiosa de implementar técnicas innovadoras sustentadas en las tecnologías de la información y comunicación (TICs) que puedan ser aplicadas en el sector salud, a fin de responder principalmente a las necesidades de salud mental de esta población. Por lo que de acuerdo al contexto actual y justificándonos en el rol de la enfermera como consejera en el ámbito de la atención primaria, así como en la atención recuperativa del paciente se realizó el presente estudio, valiéndonos de la modalidad virtual para su ejecución.

Por último, se estableció que una intervención de enfermería adaptada, consistente en nueve sesiones de consejería de 60 minutos de duración durante un periodo de cinco semanas, conseguía reducir los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes con VIH/SIDA.

La investigación propuesta se basa en un enfoque cognitivo-conductual, por lo que incluye una variedad de habilidades de afrontamiento, incluyendo la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, la respiración y la meditación como ayudas para la relajación, así como las autoinstrucciones.

La abundante evidencia científica respalda el uso de las técnicas mencionadas como herramienta para revertir la ansiedad y la depresión; adicionalmente, Núñez et al. (2017) menciona “que cualquier profesional de la salud previamente capacitado puede brindar orientación en las diversas técnicas para el manejo efectivo de los trastornos emocionales”. Una de las técnicas empleadas en el presente estudio fue la psicoeducación; respecto a esto, Neira M, Sánchez-Sosa, J. y Riveros R. (2020) argumentan que “la psicoeducación es una intervención cuyo objetivo es proporcionar información que contribuya al cambio conductual de una persona” (78). En correspondencia con los pacientes; el conocimiento sobre los aspectos relacionados a la enfermedad; es decir, comprender la diferencia conceptual entre VIH y SIDA, así como las vías de transmisión, el diagnóstico, el tratamiento, la progresión de la enfermedad, las medidas preventivas, las complicaciones y la

repercusión emocional manifestada en síntomas ansiosos y depresivos ayudan al paciente a relacionar la visión teórica con su propia experiencia. La literatura demuestra que los pacientes con diagnóstico reciente tienden a presentar altos niveles de ansiedad y depresión asociados principalmente al desconocimiento acerca de la enfermedad.

En una línea similar, los hallazgos de la presente investigación apoyan el uso de la meditación como mecanismo de intervención para revertir los síntomas asociados a los trastornos emocionales. Del mismo modo, un estudio de Scott-Sheldon et al. (2019) (118); propone que las intervenciones basadas en mindfulness sobre los procesos de estrés, los conflictos psicológicos y conductuales, así como los trastornos psicoemocionales en personas viviendo con VIH/SIDA pueden mejorar el padecimiento psicológico y la calidad de vida de estos pacientes. El enfoque de la atención plena o mindfulness enseña a los individuos a ser más conscientes de sus sensaciones mentales y físicas que ocurren en el presente; esto se traduce en un estilo de vida que las PVVS pueden implementar en su vida cotidiana.

Asimismo, la práctica de yoga también resulta relevante en problemas de salud mental, así lo demostraron Kioloor A, Sonykumari y Metri K. (2018), quienes sostienen que "la intervención de yoga mejora el estado psicológico y la calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA" (119). Cabe resaltar que las técnicas de yoga y mindfulness se diferencian entre sí; el Mindfulness parte de un control mental, en donde se busca

tranquilizar la mente a través de la meditación para lograr una relajación corporal; mientras que por su parte el yoga incorpora el ejercicio físico a su praxis.

El presente estudio a través del programa de consejería de enfermería no solo abordó las necesidades psicoemocionales de las personas viviendo con VIH/SIDA, sino también la afectación a nivel espiritual, que con frecuencia se pasa por alto y se agrupa en la dimensión religiosa; así, la psicoeducación, la respiración diafragmática y la meditación ofrecen la posibilidad de cultivar la espiritualidad, comprendiéndola desde un marco trascendental aportándonos recursos internos que nos ayuden a desarrollar las potencialidades humanas. Al respecto, Mourao CM et al. (2016) afirman que "el conocimiento de la relevancia de la religiosidad/espiritualidad puede ayudar al profesional de enfermería a establecer un vínculo de confianza más fuerte con el paciente para construir métodos de afrontamiento religioso" (120).

En conclusión, los cuidados de enfermería a los pacientes que viven con el VIH/SIDA constituyen un enorme desafío que requiere una estrategia multifacética para mitigar la influencia de los determinantes sociales en la salud. Es imprescindible gestionar el cuidado hacia estos pacientes tomando como referencia la perspectiva interpersonal que guía la práctica de la enfermería. Cabe resaltar la necesidad de la adopción y adaptación de la diversidad de técnicas que se emplean en la

psicoterapia puesto que es la enfermera; el profesional con más cercanía al paciente en todas las áreas de atención.

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

- El Programa de Consejería de Enfermería tiene éxito en la reducción de la ansiedad y la depresión en las personas viviendo con VIH/SIDA. En consecuencia, se acepta la hipótesis alternativa y se verifica la efectividad de la intervención.
- Antes de la intervención, la mayoría de los pacientes que viven con el VIH/SIDA cumplían los criterios de sintomatología de ansiedad clínicamente significativa; es decir, evidenciaban una ansiedad leve, moderada o grave. Además, aproximadamente un poco menos de la mitad de los participantes presentaba rasgos consistentes con un cuadro clínico depresivo.
- Tras la introducción del programa de consejería de enfermería, alrededor de más de la mitad de los participantes en la investigación, precisaron indicadores de ansiedad y depresión mínima. Además, solo un poco más de la cuarta y décima parte sugiere síntomas congruentes con un nivel de ansiedad y depresión relacionados a parámetros médicamente relevantes; es decir, pese a la intervención aún evidencian sintomatología leve, moderada y grave de estos desórdenes en la esfera mental.
- Las habilidades de afrontamiento basadas en la terapia cognitivo-conductual proporcionadas por un profesional de enfermería

tuvieron éxito en la reducción de la ansiedad y la depresión en las personas que viven con el VIH/SIDA.

7.2. Recomendaciones

- Implementar intervenciones de enfermería basadas en las técnicas de afrontamiento a largo plazo con estrategias que aseguren el seguimiento y sostenibilidad con la finalidad de obtener mejores resultados.
- Realizar intervenciones con modalidad presencial que garanticen y faciliten un ambiente de confianza y acercamiento con el paciente.
- Reproducir el programa de consejería de enfermería sugerido; en el nivel primario de atención, así como en las áreas de apoyo clínico y otras áreas de atención en las que participe la enfermera, pensando en los individuos sanos y/o enfermos crónicos.
- Fortalecer los conocimientos del profesional de enfermería sobre las estrategias y procedimientos de afrontamiento basados en la terapia cognitivo-conductual; a través de la capacitación continua, a fin de ofrecer un tratamiento oportuno que revierta y mejore los resultados de la salud mental de las personas que viven con el VIH/SIDA.
- Realizar futuros estudios de forma similar al nuestro, con el objetivo de combinar intervenciones multidisciplinarias para garantizar un efecto positivo en la calidad de vida de las personas que viven con el VIH/SIDA.

- Visibilizar y divulgar los resultados de la intervención de las enfermeras en el ámbito de la prevención y rehabilitación de los trastornos psicoemocionales en las personas viviendo con VIH/SIDA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ONUSIDA. Programa conjunto de las Naciones sobre el VIH / SIDA en cifras. [Internet].; 2022 [citado 2022 enero 26]. Disponible en: https://www.unaids.org/es.

2. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre el VIH /sida. [Internet].; 2021 [citado 2022 enero 24]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/hiv-aids.

3. Programa conjunto de las Naciones sobre el VIH. Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. [Internet].; 2022 [citado 2022 enero 24]. Disponible en: https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet.

4. Paredes J, Navarro R, Cabrera D, Diaz M, Mejía F. Los desafíos en la continuidad de atención de personas viviendo con VIH en el Perú durante la pandemia de la COVID-19. Revista Perú Med. Exp. Salud Pública. 2021; 38(1): p. 166-70. Disponible en: https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/6471/4178

5. Detección de casos de VIH cayó 55% en Perú por limitaciones de la pandemia. Gestión (Lima) (Ed. Gestión). [Internet].; 2021 [citado 2022 enero 24]. Disponible en: https://gestion.pe/peru/deteccion-

de-casos-de-vih-cayo-55-en-peru-por-limitaciones-de-la-pandemia-noticia/.

6. Perú legal. ¿Qué leyes protegen a las personas con VIH en el Perú? [Internet].; 2021 [citado 2021 enero 24]. Disponible en: https://perulegal.larepublica.pe/normativa/2021/12/01/que-leyes-protegen-a-las-personas-con-vih-en-el-peru-1802/.

7. Ministerio de Salud. Análisis de la respuesta normativa para la prevención y atención de la población vulnerable HSH, TRANS y TS. [Internet].; 2009 [citado, 2021 marzo 13]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1825.pdf.

8. Ministerio de Salud. "Norma Técnica de Salud de Atención Integral de Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Resolución Ministerial N°1024-2020- MINSA. [Internet].; 2020 [citado 2022 enero 24]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1482085/Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B01024-2020-MINSA.PDF.

9. Chávez- Amaya C. El abandono de tratamiento para VIH y Sida un 17 % en pandemia. [Internet].; 2020 [citado 2022 enero 24]. Disponible en: https://ojo-publico.com/2287/el-abandono-de-tratamientos-para-vih-y-sida-crecio-un-17-en-pandemia.

10. Ministerio de Salud. Perú redujo la mortalidad por VIH /Sida en casi 40 % en los últimos diez años. [Internet].; 2020 [citado 2022 enero 24]. Disponible en: https://andina.pe/agencia/noticia-peru-redujo-mortalidad-vihsida-casi-40-los-ultimos-10-anos-820003.aspx.

11. Pimentel M, Bisso A. Niveles de ansiedad y depresión en pacientes VIH / SIDA asintomáticos y sintomáticos. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. 2022 enero 25; 13(1). Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/spmi/v13n1/pdf/a03.pdf

12. Vargas J, Cervantes M, Aguilar J. Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos. Psicología y salud. 2013; 19(2). Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/291/29111986006.pdf

13. Levenson J. Textobook of Psychosomatic Medicine.Washingston: The American Psychiatric Publising. [Internet].; 2005 [citado 2022 enero 25]. Disponible en: https://www.sfu.ac.at/wp-content/uploads/Textbook_of_Psychosomatic_Medicine.pdf

14. Díaz C, Serrato K. Nivel de ansiedad y depresión en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional de Sipán; 2017. Disponible en: https://1library.co/document/qmo72m4y-ansiedad-depresion-viviendo-integradas-asociacion-privada-chiclayo-noviembre.html

15. Villanueva A. Soporte emocional al paciente con VIH / SIDA y a su entorno familiar. [Internet].; RPP. 2013 [citado 2022 enero 25]. Disponible en: https://rpp.pe/lima/actualidad/soporte-emocional-al-paciente-con-vih-sida-y-a-su-entorno-familiar-noticia-651501.

16. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). [Internet]; 2018 [citado 2022 enero 25]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4479.pdf

17. Martínez D, Rocha R, Herrera M. Vivencia de la Enfermedad de Pacientes con VIH /SIDA en una población Zacatecana. Desarrollo Científica de Enfermería. 2012 enero; 20(7). Disponible en: http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-229.pdf

18. Ministerio de Salud. Situación epidemiológica del VIH /SIDA en el Perú. [Internet].; 2021 [citado 2022 enero 25]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2021/febrero.pdf

19. Edo M. & Ballester R. Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/ SIDA y enfermos oncológicos. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2006; 11(2): p. 79-90. Disponible en: https://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2020/05/02.20062.Edo-y-Ballester.pdf

20. Biel D, Carrobles J, Antón M. Reducción del estigma, la depresión y la ansiedad en personas con VIH mediante un grupo terapéutico cognitivo conductual. Behavioral Psychology. 2021 [citado 22 febrero 2022]; 29(2): 237-57. Disponible en: https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2021/09/02.Biel_29-2Es.pdf

21. Carmona J, Garcete N. Niveles depresivos y estados de ansiedad en personas que viven con VIH/SIDA. Revista Inst. Med. Trop. 2013 enero 26; 8(2): p. 21-33. Disponible en: https://www.mspbs.gov.py/dependencias/imt/adjunto/24cfa9-NivelesDepresivosyEstadosdeAnsiedad.pdf

22. Gaviria A, Quiceno J, Vinaccia S, Martínez L, Otalvaro M. Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. Terapia psicológica. 2022 enero 26; 27(1): p. 5-13. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100001&lng=en&nrm=iso&tlng=en

23. La Rosa M. Niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH en el Hospital Regional de Huacho 2018-2020. [Tesis de pregrado]. Huacho: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2021 [citado 2022 enero 20]. Disponible en: http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/494

7/MARCELO%20LA%20ROSA%20FERNANDEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y

24. Abanto P, & Alcántara K. Nivel de autoestima y grado de depresión del paciente con VIH /SIDA. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional de Trujillo; 2012. Disponible en: https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8594/1426.pdf?sequence=1&isAllowed=y

25. Britis Society for Inmology. Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). [Internet].; 2020 [citado 2022 enero 26]. Disponible en: https://www.immunology.org/es/public-information/bitesized-immunology/pathogens-and-disease/virus-de-la-inmunodeficiencia-humana#:~:text=El%20VIH%20invade%20varias%20c%C3%A9lulas,m%C3%A1s%20susceptible%20a%20las%20infecciones

26. Ritter J, Flower RHG, Loke YMDRH. Antiviral drugs. Rang & Dale. Pharmacology. 2020; 53(2): p. 678-689.Disponible en: https://bit.ly/3N5jQXg

27. Elsevier. HIV Infection and AIDS in adults. [Internet].; 2022 [citado 2022 enero 26]. Disponible en: https://bit.ly/3Ire8ve.

28. Fransi-Galiana L. ¿Cuál es el papel de los profesionales de atención primaria en la infección por VIH? [Internet]; 2015 [citado 2022 enero 26]. Disponible en: https://bit.ly/3IDHC9H.

29. Takhar S & Chin R. HIV Infection and AIDS. [Internet].; 2018 [citado el 26 de enero de 2022]. Disponible en: https://bit.ly/3IosU67.

30. Abdool-karim S, Abdool-karim Q, Gouws E & Baxter C. Global epidemiology of HIV- AIDS. [Internet]. Global epidemiology of HIV-AIDS. 2007; 21(1): p. 1-17. Disponible en: https://bit.ly/36ywjlr

31. Freeman W, McCutchan A & Kozak I. HIV- Associated infections. Elsevier. 2018; 84(1): p. 1624-1656. Disponible en: https://bit.ly/3CUN9aB

32. Ospina S. Diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Infectio [Internet]. 2006 enero 26; 10(4): p. 273-278. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v10n4/v10n4a10.pdf

33. Toro-Montoya A &Tobón J. Estudio del paciente con infección por VIH. Medicina & Laboratorio [Internet]. 2022 enero; 14(1): p. 11-42. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2008/myl081-2b.pdf

34. HIVinfo.NIH.gov. Tratamiento para la infección por el VIH: Conceptos básicos. Laboratorio. [Internet].; 2021 [citado 2022 enero 26]. Available from: https://bit.ly/3jlRNVV.

35. Gulick R. Tratamiento antirretroviral del virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Elservier. 2020 enero 26; 20(1): p. 284-300.Disponible en: https://bit.ly/3NYFCfS

36. Wetherill P. Prevention of infectious diseases. Ellservier. 2021; 364: p. 2258-2262. Disponible en: https://bit.ly/3LNaSfO

37. Organización Mundial de la Salud. El acceso a los medicamentos para el VIH está gravemente afectado por la COVID-19 y la respuesta al SIDA se estanca [Internet].; 2020 [citado el 27 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/06-07-2020-who-access-to-hiv-medicines-severely-impacted-by-covid-19-as-aids-response-stalls

38. El nuevo diario. Día mundial de la lucha contra el SIDA. [Internet].; 2021 [citado el 22 de enero de 2022]. Disponible en: https://elnuevodiario.pe/2021/12/dia-mundial-de-lucha-contra-el-sida/

39. El médico interactivo. La OMS rememora los 30 años de lucha contra el sida, que ha matado hasta a 35 millones de personas.

[Internet].; 2018 [citado 2022 enero 26]. Disponible en: https://elmedicointeractivo.com/la-oms-rememora-los-30-anos-de-lucha-contra-el-sida-que-ha-matado-hasta-ahora-35-millones-de-personas/

40. Grupo de estudio de Sida de la SEIMC. Documento informativo sobre la infección por el VIH. Documento informativo. Sociedad española interdisciplinaria del Sida; 2021.Disponble en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/05/documento_informativo_sobre_infeccion_vih_profesionales.pdf

41. World Health Organization. Estrategia mundial de prevención y lucha contra el sida. Informe del Director General. Consejo ejecutivo; 1991. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/190268/EB89_29_spa.pdf?sequence=1

42. United Nations Office on Drugs and Crime. UNODC e UNAIDS. [Internet].; 1996 [citado el 26 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.unodc.org/lpo-brazil/es/hiv-aids/unaids.html.

43. Organización mundial de la salud. Estrategias de la salud contra el VIH. [Internet].; 2016 [citado 2022 enero 26]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250574/WHO-HIV2016.05-

spa.pdf;jsessionid=DDF2084A3C05F3332EE25D671FB4FD1B?sequence=1

44. Naciones Unidas del Perú. Poner fin al sida para el 2030. [Internet].; 2021 [citado el 26 de enero de 2022]. Disponible en: https://peru.un.org/es/126078-poner-fin-al-sida-para-el-2030

45. Salazar L, De la hoz A, Gaviria R, & Valderrama S. Trastornos neuropsiquiátricos en la población con VIH: una revisión narrativa. Universitas Médica. 2017; 58(1). Disponible en: https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/19790/15805

46. Avena G & Agugliaro R. Sida y salud mental. Recomendaciones. Ensayo. 2011; 20(75): p. 10-18. Disponible en: https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/11/ASEI-75-10-18.pdf

47. Castro A. Referentes teóricos relacionados con el tratamiento de trastornos de ansiedad con técnicas de relajación. Revista de información científica. 2010; 66(2). Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757305022

48. Romero J. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/+. Otras enfermedades infectocontagiosas. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2009; 42(1): p. 25-51.

Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2009/nnp091-4e.pdf

49. Sierra J, Ortega V & Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista mal - estar E subjetividades. 2003; 3(1): p. 10-59. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102

50. La fundación Toronto people with AIDS. La ansiedad, la depresión y el VIH. Boletín de tratamiento. 2010;(1): p. 1-7. Disponible en: http://pwatoronto.org/spanish/pdfs/topic-anxiety-depression+HIV.pdf

51. Sociedad Española para el estudio de la ansiedad y el estrés. Índice de preguntas y respuestas frecuentes. [Internet].; 2021 [citado el 26 de enero de 2022]. Disponible en: https://webs.ucm.es/info/seas/faq/ansiedad.htm

52. López A & Calle I. Características psicométricas de la Escala de ansiedad ante la muerte (DAS) en pacientes de VIH / SIDA. Psicothema. 2008; 20(4): p. 958-963. Disponible en: https://www.psicothema.com/pdf/3582.pdf

53. Portas A. Trastornos neuropsiquiátricos asociados a la infección HIV. [Internet].; 2021 [citado el 26 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.alcmeon.com.ar/3/11/a11_05.htm

54. Romero R, Fajardo J, López P, Rodríguez R, Swaby E, & Ramírez M. Algunos aspectos actuales acerca de la depresión. Revisión Bibliográfica. Revista de información científica. 2006; 49(1). Disponible en: https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=551757337013

55. Bogaert H. La depresión: Etiología y tratamiento. Revista ciencia y sociedad. 2012; 27(2): p. 183-197. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/870/87024179002.pdf

56. Sánchez-Fernández M & Tomateo-Torvisco D. Síndromes psiquiátricos en personas infectadas con el virus de la Inmunodeficiencia humana: una revisión breve. Review article. 2014; 77(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n2/v77n2ar2.pdf

57. Galindo J & Ortega M. Prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el hospital General de Zona #11 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). EMF INF MICROBIOL. 2010; 30(4): p. 129-133. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2010/ei104d.pdf

58. Ayuso J & Gómez del Barrio J. Trastornos neuropsiquiátricos asociados a la infección por VIH. Tratado de Psiquiatría. 2021; 23(1). Disponible en: https://psiquiatria.com/tratado/cap_26.pdf

59. Wolff C, Alvarado R, & Wolff M. Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. Revista chilena en infectología. 2010; 27(1): p. 65-74. Disponible en: https://www.scielo.cl/pdf/rci/v27n1/art11.pdf

60. Korman P, & Sarudiansky M. Modelos teóricos y Clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos. 2011; 15(1): p. 119-145. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630257005.pdf

61. Gastó C & Navarro V. La depresión. [Internet].; 2007 [citado el 25 de enero de 2022]. Disponible en: https://consaludmental.org/publicaciones/DvdDepresion.pdf.

62. Benites J, Casquero R, Manzanera R & Mínguez J. Guía de Buena Práctica Clínica en depresión y ansiedad generalizada con presentación de síntomas somáticos: Organización médica colegial; 2007. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/gbpc_depresion_ansiedad_generalizada.pdf

63. Soto J & Cruz J. Depresión en pacientes con diagnóstico de VIH / SIDA. Anillo envolvente del pronaf y Estocolmo. 2014; 100. Disponible en: https://www.ecorfan.org/handbooks/Educacion%20T-IV/ARTICULO%201.pdf

64. Colasanti E, Verónica A, Sereno M, Gauchat S & Marino M. Mecanismos de regulación emocional y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que conviven con VIH. IV Congreso internacional de Psicología "CIENCIA Y PROFESIÓN". 2020; 5(7). Disponible en: https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/31677

65. Inmaculada T, Bermúdez M, Hernández - Quero J & Buela-Casal G. Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH /SIDA. Salud mental. 2005; 28(5). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v28n5/0185-3325-sm-28-05-40.pdf

66. Gallego L & Álvarez-Valdés G. Trastornos mentales en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Medicina interna. 2001; 18(11): p. 597-604. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/ami/v18n11/revision.pdf

67. Gallego L, Barreiro P & López-Ibor J. Psychopharmacological Treatments in HIV Patients under Antiretroviral Therapy. AIDS

Review. 2012; 14(2). Disponible en: https://www.aidsreviews.com/resumen.php?id=1174&indice=2012142&u=unp

68. Sanz J. Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. Anales de psicología. 1993; 9(2): p. 133-170. Disponible en: https://www.um.es/analesps/v09/v09_2/02-09_2.pdf

69. Vásquez F, Muñoz R & Becoña E. Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. Psicología conductual. 2000; 8(3): p. 417-449. Disponible en: https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf

70. Latorre J, Navarro B, Parra M, Salguero J, Mae C, & Cano A. Evaluación e intervención de los problemas de ansiedad y depresión en atención primaria: Un problema sin revolver. Revista Clínica de Medicina de Familia. 2012; 5(1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2012000100007

71. Arrivillaga M, López J. & Ossa A. Ansiedad, depresión y percepción de control en mujeres diagnosticadas con VIH /SIDA. Pensamiento psicológico. 2006; 2(7): p. 55-71. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/801/80120705.pdf.

72. Remien R, Stirratt M, Nguyen N, Robbins R, Pala A, Mellins C. Mental health and HIV/AIDS: the need for an integrated response. AIDS. 2019 Jul 15;33(9):1411-1420. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6635049/

73. Cárdenas W, & Meza X. Manifestaciones Psiquiátricas del VIH/SIDA. Psychiatric Manifestations of HIV/AIDS. 2016; 10(2). Disponible en: http://www.bvs.hn/RHPP/pdf/2016/pdf/Vol10-2-2016-3.pdf

74. Videbeck S. Enfermería psiquiátrica. Quinta edición ed.: Wolters Kluwer Health; 2016. Disponible en: https://es.scribd.com/document/419647737/Enfermeria-psiquiatrica-5a-ed-Sheila-L-Videbeck-pdf

75. Bados A, & García E. La técnica de la reestructuración cognitiva. Documento teórico. Universidad de Barcelona; 2010. Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf

76. Miro M, Perestelo-Pérez L, Pérez J, Rivero A, González M, De la fuente J, & Serrano P. Eficacia de los tratamientos basados en Mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: Una revisión sistemática. Revista de Psicopatología y Psicología

Clínica. 2011; 16(1). Disponible en: https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/10347

77. Godoy D, Eberhard A, Abarca F, & Acuña B. Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. Trastornos del Ánimo en Medicina. 2020; 31(2): p. 169-173.Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-psicoeducacion-salud-mental-una-herramienta-S0716864020300195

78. Neria-Mejía R, Sánchez-Sosa J & Riveros-Rosas A. Psicoeducación para la adherencia al tratamiento antirretroviral: la metáfora del reloj de arena. Psicología y Salud. 2020; 30(2): p. 217-229.Disponible en: https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2656/4517

79. Caballo V. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos: Siglo veintiuno de España editores; 1998. Disponible en: https://beckperu.com/wp-content/uploads/2020/04/Manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicologicos-Vicente-Caballo.pdf

80. Guerra F & Diéguez M. Psicoterapia en Atención primaria: a propósito de un caso de trastorno somatomorfo tratado con terapia interpersonal. Elsevier. 2011;43(8): p.440-446. Disponible en:

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711000072

81. San Martin M. Autoinstrucciones positivas. [Internet].; 2018 [cited 2022 enero 26. Disponible en: https://www.psicologiacolmenar.es/psicologo/autoinstrucciones-positivas/#:~:te%20xt=La%20t%C3%A9cnica%20de%20las%20autoinstrucciones,o%20una%20c%20ombinaci%C3%B3n%20de%20ambos.

82. Minici A, Rivadeneira C, & Dahab, J. Palabras que apuntan las acciones. Revista de terapia cognitivo conductual. 2008; 15. Disponible en: http://cetecic.com.ar/revista/pdf/entrenamiento-en-autoinstrucciones.pdf

83. Castro M. Técnicas de relajación. Comunicación, estrés y accidentabilidad. 1998; 75(3): p. 191-204. Disponible en: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/10704/CC%2043%20art%2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y

84. Oblitas L. Psicología de la salud y calidad de vida. Cuarta edición ed.: Cengage Learning; 2017. Disponible en: https://issuu.com/cengagelatam/docs/oblitas_issuu

85. Sánchez M. Enfermería psiquiátrica y salud mental. Universitat de Lleida: Lleida; 1995. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=72740

86. Rosado C. Dimensiones y reflexiones en torno a la Consejería. Recinto de Rio Piedras. 2011;(26): p. 113-131. Disponible en: https://revistas.upr.edu/index.php/educacion/article/view/13320/10985

87. Castro E, Padilla P, & Solis L. Consejeria personalizada en enfermeria en el Hospital General de México. Revista medica del Hospital General. 2009; 72(4): p. 228-230.Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2009/hg094j.pdf

88. López L &Valladares A. Consejeria alternativa para elevar la autorresponsabilidad y autoeficacia ante la COVID-19. Revista electrónica. 2020; 18(3): p. 307-312. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000300307

89. Larenas C & Rocha M. Características y funciones de la Consejería en el contexto de trabajo en Cenfa, que contribuyen a demarcar el rol de consejera/o. Tesis de pregrado. Chile: Universidad de Chile; 2019. Disponible en: https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/173876/Caracter

isticas%20y%20funciones%20de%20la%20consejer%C3%ADa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

90. Centro Nacional de la Prevención y el control del VIH /SIDA. Manual de consejería en VIH/SIDA México: Secretaría de salud; 2006. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/CENSIDA/manualconsejeria.pdf

91. Ministerio de salud pública y asistencia social. Gerencia de atención integral en salud en adolescentes El Salvador: Adolescentes saludables; 2003. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_consejeria_adolescentes.pdf

92. Rosado P. Roles y características del consejero efectivo. [Internet].; 2018 [citado el 27 de enero de 2022]. Disponible en: http://www.consejeriayliderazgopr.com/portal/roles-y-caracteristicas-del-consejero-efectivo/.

93. Espinosa A, Gilbert M, & Ávila M. El profesional de enfermería en el seguimiento a la adherencia al tratamiento antirretroviral. Revista Cubana de Enfermería. 2016; 32(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000300016

94. Fernandez E, Taulé R, Ligero C, Robau M, Pons L, Perez M, et al. Perfil de la enfermera especialista en pacientes VIH en Cataluña. Revista multidisciplinar del sida. 2016; 4(9). Disponible en: https://www.revistamultidisciplinardelsida.com/download/perfil-de-la-enfermera-especialista-en-pacientes-vih-en-cataluna/?wpdmdl=407&refresh=62c7279fca3b41657218975

95. Del Canto M, & Martin V. El papel de la enfermería en el tratamiento antirretroviral en población reclusa. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. 2004; 6(1). Disponible en: http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/255/559

96. De Souza V, Rosendo R, Da Costa C, Vidal R, Texeira C, & Lima M. Propuesta de plan de cuidados de enfermería para personas internadas con SIDA. Revista de Enfermagem. 2017; 5. Disponible en: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/pgQKyGW4q6HMgYhZWrwrNCS/?format=pdf&lang=es

97. Asociación de historia y antropología de los cuidados. Cultura de los cuidados. Revista de enfermería y humanidades.; 54(5). Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/handle/10045/831

98. Raile M, & Marriner A. Modelos y teorías en enfermería España: Elsevier; 2018. Disponible en:

https://www.elsevier.com/books/modelos-y-teorias-en-enfermeria/alligood/978-84-9113-339-1

99. Trejo F. Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. Enf. Neurol. 2012; 11(1): p. 34-38. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene121g.pdf

100. Torrents R, Ricart M, Ferreiro M, López A, Renedo L, Lleixa M. Ansiedad en los cuidados. Una mirada desde el modelo de Mishel. Index de Enfermería. 2013; 22(1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100013

101. Quintana M, Ruíz D, Soto C, Valle M, & García J. Estrategias y limitaciones de la consejería en salud de enfermería: una revisión integradora de literatura. Revista Horizonte sanitario. 2022; 21(1). Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8367248

102. Martínez D. Cualidades del personal de enfermería en salud mental para las consejerías en adicción a drogas. Revista electrónica. 2019;(37). Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682019000200223

103. Guadalupe S, Fernández M, Herrera J, Quishpe G, & Gavilanes V. Psicología General para Enfermería. Chile: Universidad técnica de Ambato; 2017.Disponible en: https://revistas.uta.edu.ec/Books/libros%202017/LIBRO%202%20PSICOLOGIA%20OK.pdf

104. Vilchez V, Paravic T, Salazar A, & Sáez K. Efectividad de intervención de consejería de enfermería personalizada, presencial y telefónica en factores de riesgo cardiovascular. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2016; 24. Disponible: https://doi.org/10.1590/1518-8345.0626.2747

105. Cook P, McCabe M, Emiliozzi S, & Pointer L. Telephone Nurse Counseling Improves HIV Medication Adherence: An Effectiveness Study. Elsevier. 2009; 20(4). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19576548/

106. Bernal G, Bonilla J, & Santiago J. Confiabilidad interna y validez de construcción lógica de dos instrumentos para medir sintomatología psicológica en una muestra clinica. Revista Lationamericana de Psicología. 1995; 27(2): p. 207-229. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/805/80527204.pdf

107. Sanz J, García-Vera M, & Fortún M. El inventario de ansiedad de Beck (BAI): Propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. Revista Behavioral Psychology. 2012; 20(3): p. 563-583. Disponible en: https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/05.Sanz_20-3oa.pdf

108. Sanz J, Perdigón A, & Vásquez C. Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II: Propiedades psicométricas en población general. Revista clínica y salud. 2003; 14(3): p. 249-280. Disponible en: https://journals.copmadrid.org/clysa/art/db8e1af0cb3aca1ae2d0018624204529

109. Planeta futuro. El mundo suspende este año en la lucha contra el sida. 2020; Hierro, [2021 de enero de 21]. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2020/07/07/planeta_futuro/1594109338_815034.html

110. Gaceta médica. El cuarto “90” sobre calidad de vida en VIH exige mejorar formación y más recursos. [Internet].; 2019. [citado el 30 de enero de 2022]. Disponible en: https://gacetamedica.com/politica/el-cuarto-90-sobre-calidad-de-vida-en-vih-exige-mejorar-formacion-y-mas-recursos-ah1966705/

111. El país. Salud mental y VIH, un delicado equilibrio. [Internet].; 2021. [citado el 29 de enero de 2022]. Disponible en: https://elpais.com/sociedad/vihda-positiva/2021-02-22/salud-mental-y-vih-un-delicado-equilibrio.html

112. Suárez D, Peñate A, & Crespo Y. La inteligencia emocional en personas que viven con VIH. Duazary. 2009;6(1): p.10-24. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156326003.pdf

113. Trujillo J. Niveles de ansiedad y depresión en pacientes con VIH / SIDA del programa Targa del Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco-2017. Tesis de pregrado. Universidad de Huánuco;2017. Disponible en: http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1746/TRUJILLO%20APAC%2c%20James%20Joseph.pdf?sequence=3&isAllowed=y

114. Piqueras J, Martínez A, Ramos V, Rivero R, García L, & Oblitas L. Ansiedad, depresión y salud. Suma psicológica. 2008; 15(1): p. 43-73. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604002.pdf

115. Leiva V, Alfaro J, & Soto N. Análisis del entretenimiento en técnicas de relajación para el manejo del estrés, impartido por enfermería, en una población con VIH-SIDA: Estudio de caso único. Revista de

enfermería actual en Costa Rica; 2008. 14(1): p. 1-11. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44812819004

116. Sanz J. Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. Revista clínica y salud. 2014; 25(1): p. 39-48. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180630186005

117. Ribeiro C, Castro R, Dinis-Ribeiro M, & Fernandes L. Effectiveness of psycho-educational intervention in HIV patients treatment. Original research article. 2015;25. Disponible en: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2014.00198/full

118. Scott-Sheldon L, Balleto B, Donahue M, Feulner M, Guess D, Salmoirago-Blotcher E, et al. Intervenciones basadas en la atención plena para adultos que viven con VIH /SIDA: una revisión sistemática y un metanálisis. National library of Medicine. 2019; 23(1): p. 60-75. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6344266/

119. Kuloor A, Kumari S, & Metri K. Impacto del yoga en psicopatologías y calidad de vida en personas con VIH: un estudio controlado aleatorizado. National libray of Medicine. 2019; 23(2): p. 278-283. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31103108/#:~:text=Conclusion%3

A%20This%20study%20indicates%20that,to%20enhance%20conventional%20HIV%20care.

120. Mourao C, Remigio B, Tavares E, Cordeiro M. & Andrade M. Coping religioso e espiritual en pessoas vivendo con HIV /Aids. Revista Brasileira de Enfermagen. 2017; 70(2): p. 392-9. Disponible en: https://www.scielo.br/j/reben/a/P9LjcNQ7LVj5TYR5ddbYB4Q/?format=pdf&lang=pt

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A: OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE ……..……ii
ANEXO B: INSTRUMENTO ……..……iv
ANEXO C: LIBRO DE CÓDIGOS ……..…….....xiii
C.1. DATOS GENERALES ……..……xiii
C.2. DATOS ESPECÍFICOS ……..…….....xiv
ANEXO D: MATRIZ DE DATOS ……..……xv
D.1. DATOS GENERALES ……..……xv
D.2. DATOS ESPECÍFICOS PRE TEST ……..……xvi
D.3. DATOS ESPECÍFICOS POST TEST ……..……xviii
ANEXO E: PRUEBA DE HIPÓTESIS ……..……..xx
ANEXO F: CONSENTIMIENTO INFORMADO ……..……xxii
ANEXO G: TABLA DE DATOS GENERALES ……..……xxiii
ANEXO H: TABLAS DE DATOS ESPECÍFICOS ……..……xxv
GRÁFICO 4 ……..…….....xxvi
ANEXO I: TABLAS DE DATOS ESPECÍFICOS SEGÚN DIMENSIONES…....xxvii
GRÁFICO 5 ……..……...xxix
GRÁFICO 6 ……xxviii
GRÁFICO 7 ……....xxix
GRÁFICO 8 ……...xxx
ANEXO J: PROGRAMA DE CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA……xxxi

ANEXO A: OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Ansiedad en personas viviendo con VIH/SIDA.	Es un trastorno emocional, donde existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información y la percepción del peligro y la subsecuente valoración de las capacidades del paciente con VIH/SIDA para enfrentarse a tal peligro, que tienen un valor obvio para la propia supervivencia, aparecen sesgadas en la dirección de una sobreestimación del grado de peligro asociado a las situaciones y de una infravaloración de las propias capacidades de enfrentamiento. Se evidencia según Beck en trastornos somáticos, cognitivos y afectivos.	**SOMÁTICO**	- Acalorado - Nervioso - Temblor en las piernas - Inquieto o inseguro - Mareos - Latidos del corazón fuertes - Temblores en las manos - Sensación de ahogo - Desvanecimiento - Problemas digestivos - Rubor facial - Sudores fríos o calientes.	Ansiedad mínima (0-7) Ansiedad leve (8-15) Ansiedad moderada (16-25) Ansiedad grave (26-63)	Reacción emocional que experimenta el paciente con VIH/SIDA, manifestándose a través de síntomas somáticos, cognitivos, afectivos y conductuales. Sera evaluada por medio del Inventario de ansiedad de Beck (21 ítems), cuyo valor final es: Ansiedad mínima (0-7) Ansiedad leve (8-15) Ansiedad moderada (16-25) Ansiedad grave (26-63)
		COGNITIVO	- Torpe - Incapaz de relajarse.		
		AFECTIVO	- Temor a lo peor - Inestable - Atemorizado - Sensación de bloqueo. - Miedo a perder el control. - Temor a morir - Miedo.		

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Depresión en personas viviendo con VIH/SIDA.	Es un trastorno emocional que se caracteriza por un estado de ánimo habitualmente bajo y por la pérdida de la capacidad previa de disfrute y del interés por las actividades cotidianas de la vida y por las cosas que solían interesar y gustar a la persona antes de la depresión. Según Beck suele hacerse evidente la repercusión depresiva en el paciente mediante síntomas afectivos, cognitivos y somáticos.	**SOMÁTICO**	- Pérdida de energía. - Cambio en los hábitos de sueño. - Llanto - Cambios en el apetito. - Dificultad para concentrarse. - Cansancio. - Agitación o fatiga. - Pérdida de interés en el sexo.	Depresión mínima (0-13) Depresión leve (14-19) Depresión moderada (20-28) Depresión grave (29-63)	Reacción emocional de fuerte intensidad que experimenta el paciente con VIH/SIDA manifestándose por falta de ánimo, desesperanza, perdida de interés por las cosas afectando el desenvolvimiento físico y mental de la persona; las cuales se evidencian a través de síntomas somáticos, cognitivos, afectivos y conductuales. Sera evaluada por medio del Inventario de depresión de Beck (21 ítems), cuyo valor final es: Depresión mínima (0-13) Depresión leve (14-19) Depresión moderada (20-28) Depresión grave (29-63)
		COGNITIVO	- Disconformidad con uno mismo. - Autocrítica. - Pensamientos o deseos suicidas. - Pérdida de interés. - Indecisión - Desvalorización.		
		AFECTIVO	- Irritabilidad - Tristeza. - Pesimismo. - Fracaso. - Pérdida de placer. - Sentimientos de culpa. - Sentimientos de castigo.		

ANEXO B: INSTRUMENTO

I. PRESENTACIÓN

Buenos días, mi nombre es Evelin Cinthia García Maiz, soy egresada de la escuela de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; los instrumentos presentados a continuación tienen como objetivo determinar el nivel de ansiedad y depresión que evidencian las personas viviendo con VIH/SIDA, para su posterior intervención mediante un programa de consejería de enfermería, buscando con ello mejorar su calidad de vida y atender las necesidades sentidas a nivel afectivo emocional manifestadas por ansiedad y depresión.

Por tanto, solicito su cooperación a fin de responder los siguientes enunciados con la mayor veracidad posible; agradeciendo de antemano su cordial participación me despido de usted no sin antes recordarle que la información proporcionada es rigurosamente anónima.

II. DATOS GENERALES

De las siguientes preguntas, llene los espacios en blanco según corresponda.

1. Edad: ……
2. Sexo: M ( ) F ( )
3. Ud. se considera:
   ( ) Heterosexual ( ) Lesbiana
   ( ) Hombre que tiene sexo con hombre ( ) Bisexual
   ( ) Transgénero ( ) Intersexual
4. Estado Civil
   ( ) Soltero (a) ( ) Conviviente
   ( ) Viudo (a) ( ) Separado
   ( ) Casado ( ) Divorciado

5. Grado de Instrucción:
   ( ) Ninguno ( ) Secundaria completa
   ( ) Primaria completa ( ) Secundaria incompleta
   ( ) Primaria incompleta ( ) Superior técnico
   ( ) Superior universitario
6. Ocupación: ……..
7. Número de hijos: ……..
8. Ingreso familiar mensual: ……
9. Lugar de nacimiento: ……
10. Distrito de procedencia: ……
11. Tiempo de diagnóstico de la enfermedad: ……..
12. ¿Recibe apoyo psicológico profesional?
    ( ) SI ( ) No

    De ser SI, especifique en qué forma lo recibe:

    ( ) Grupo de autoapoyo ( ) Terapia psicológica individual

    ( ) Terapia psicológica grupal ( ) Otro

13. ¿Ha padecido alguna enfermedad y/o infección asociada al VIH?
    ( ) SI ( ) NO
    Si su respuesta es SI, especifique que enfermedad y/o infección fue:
    ……
    ……
    ……
    ……

III. INTRUCCIONES

A continuación, se le presenta un cuestionario con una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada ítem y marque con un aspa (x) en el recuadro correspondiente cuanto le ha afectado en la última semana, incluyendo el día de hoy.

Para cada ítem considere lo siguiente:

Si su respuesta es EN ABSOLUTO, significa que el síntoma presentado "no me ha afectado en lo absoluto".

Si su respuesta es LEVEMENTE, significa que el síntoma presentado "no me molesta mucho".

Si su respuesta es MODERADAMENTE, significa que el síntoma presentado "fue muy desagradable, pero podía soportarlo".

Si su respuesta es SEVERAMENTE, significa que el síntoma presentado "casi no podía soportarlo".

IV. CONTENIDO

*INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK				
En la última semana, incluyendo el día de hoy se ha sentido:	**EN ABSOLUTO**	**LEVEMENTE**	**MODERADAMENTE**	**SEVERAMENTE**
1. Torpe o entumecido.				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Mareado, o que se le va la cabeza.				
5. Con latidos del corazón fuertes y acelerados.				
6. Con temblores en las manos.				
7. Con sensación de ahogo.				
8. Con problemas digestivos.				
9. Con desvanecimientos.				
10. Con rubor facial.				
11. Con sudores, fríos o calientes.				
12. Incapaz de relajarse				

13. Inestable.				
14. Nervioso.				
15. Con sensación de bloqueo.				
16. Inquieto, inseguro.				
17. Con temor a que ocurra lo peor.				
18. Atemorizado o asustado.				
19. Con miedo a perder el control.				
20. Con temor a morir.				
21. Con miedo.				

** Aaron T. Beck. - Presidente del Beck Institute for Cognitive Therapy and Research y profesor de Psiquiatría en la Universidad de Pensilvania.*

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea cuidadosamente cada una de ellas. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo cómo se ha sentido en las últimas dos semanas incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo la letra correspondiente al enunciado elegido, no elegir más de uno por grupo.

1. **PÉRDIDA DE ENERGÍA**
   a) Tengo tanta energía como siempre.
   b) Tengo menos energía que la que solía tener.
   c) No tengo suficiente energía para hacer demasiado
   d) No tengo energía suficiente para hacer nada.

2. **CAMBIOS EN LOS HÁBITOS DE SUEÑO**
   a) No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
   b) Duermo un poco más que lo habitual.
   c) Duermo un poco menos que lo habitual.
   d) Duermo mucho más que lo habitual.
   e) Duermo mucho menos que lo habitual
   f) Duermo la mayor parte del día
   g) Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

3. **CAMBIOS EN EL APETITO**
   a) No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
   b) Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
   c) Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
   d) Mi apetito es mucho menor que lo habitual.
   e) Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
   f) No tengo apetito en absoluto.
   g) Quiero comer todo el día.

4. **DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN**
   a) Puedo concentrarme tan bien como siempre.
   b) No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
   c) Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
   d) Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

5. CANSANCIO O FATIGA

a) No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
b) Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
c) Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
d) Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

6. PÉRDIDA DE INTERÉS EN EL SEXO

a) No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
b) Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
c) Estoy mucho menos interesado en el sexo.
d) He perdido completamente el interés en el sexo.

7. LLANTO

a) No lloro más de lo que solía hacerlo.
b) Lloro más de lo que solía hacerlo
c) Lloro por cualquier pequeñez.
d) Siento ganas de llorar, pero no puedo.

8. AGITACIÓN

a) No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
b) Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
c) Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
d) Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

9. DISCONFORMIDAD CON UNO MISMO

a) Siento acerca de mi lo mismo que siempre.
b) He perdido la confianza en mí mismo.
c) Estoy decepcionado conmigo mismo.
d) No me gusto a mí mismo.

10. AUTOCRÍTICA

a) No me critico ni me culpo más de lo habitual
b) Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
c) Me critico a mí mismo por todos mis errores
d) Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

11. PENSAMIENTOS O DESEOS SUICIDAS

a) No tengo ningún pensamiento de matarme.
b) He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
c) Querría matarme
d) Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

12. PÉRDIDA DE INTERÉS

a) No he perdido el interés en otras actividades o personas.
b) Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
c) He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
d) Me es difícil interesarme por algo.

13. INDECISIÓN

a) Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
b) Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
c) Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
d) Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. DESVALORIZACIÓN

a) No siento que yo no sea valioso
b) No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
c) Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
d) Siento que no valgo nada.

15. TRISTEZA

a) No me siento triste.
b) Me siento triste gran parte del tiempo.
c) Me siento triste todo el tiempo.
d) Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

16. PESIMISMO

a) No estoy desalentado respecto de mi futuro.
b) Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
c) No espero que las cosas funcionen para mí.
d) Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.

17. FRACASO

a) No me siento como un fracasado.
b) He fracasado más de lo que hubiera debido.
c) Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
d) Siento que como persona soy un fracaso total.

18. PÉRDIDA DE PLACER

a) Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
b) No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
c) Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
d) No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

19. SENTIMIENTOS DE CULPA

a) No me siento particularmente culpable.
b) Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
c) Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
d) Me siento culpable todo el tiempo.

20. SENTIMIENTOS DE CASTIGO

a) No siento que esté siendo castigado.
b) Siento que tal vez pueda ser castigado.
c) Espero ser castigado.
d) Siento que estoy siendo castigado.

21. IRRITABILIDAD

a) No estoy tan irritable que lo habitual.
b) Estoy más irritable que lo habitual.
c) Estoy mucho más irritable que lo habitual.
d) Estoy irritable todo el tiempo.

ANEXO C: LIBRO DE CÓDIGOS

C.1. DATOS GENERALES

CARACTERÍSTICA	CLASIFICACIÓN	CÓDIGO
EDAD	18 a 28 años	1
	29 a 39 años	2
	40 a 50 años	3
	41 a 51 años	4
	52 a 62 años	5
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Ninguno	0
	Primaria completa	1
	Primaria incompleta	2
	Secundaria completa	3
	Secundaria incompleta	4
	Superior técnico	5
	Superior universitario	6
LUGAR DE NACIMIENTO	Capital / Perú	1
	Provincia / Perú	2
	Estado / Venezuela	3
ENFERMEDAD CRÓNICA Y/O OPORTUNISTA	Si	1
	No	2
SEXO	Masculino	1
	Femenino	2
OCUPACIÓN	Ama de casa	1
	Independiente	2
	Dependiente	3
	Profesional / Técnico	4
DISTRITO DE PROCEDENCIA	Lima Norte	1
	Lima Centro	2
	Lima Este	3
	Lima Sur	4
ORIENTACIÓN SEXUAL-IDENTIDAD DE GÉNERO	Heterosexual	1
	Homosexual	2
	Transgénero	3
NÚMERO DE HIJOS	0 hijos	0
	1 hijo	1
	2 hijos	2
	3 a más	3
AÑOS DE DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD	1 a 5	1
	6 a 10	2
	11 a 15	3
	16 a más	4
ESTADO CIVIL	Soltero	1
	Casado	2
	Viudo	3
	Conviviente	4
	Separado	5
	Divorciado	6
INGRESO FAMILIAR MENSUAL	200 a 700	1
	800 a 1300	2
	1400 a más	3
RECIBE APOYO PSICOLÓGICO	Si	1
	No	2

C.2. DATOS ESPECÍFICOS

DATOS ESPECÍFICOS									
VARIABLE	**DIMENSIÓN**	**ÍTEM**	**RESPUESTA**						
			EN ABSOLUTO	**LEVEMENTE**	**MODERADAMENTE**	**SEVERAMENTE**			
ANSIEDAD	**SOMÁTICA**	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11	0	1	2	3			
	COGNITIVA	12,13,14,15,16	0	1	2	3			
	AFECTIVA	17,18,19,20,21	0	1	2	3			
DEPRESIÓN			**a**	**b**	**c**	**d**	**e**	**f**	**g**
	SOMÁTICA	2,3	0	1	1	2	2	3	3
		1,4,5,6,7,8	0	1	2	3			
	COGNITIVA	9,10,11,12,13,14	0	1	2	3			
	AFECTIVA	15,16,17,18,19,20,21	0	1	2	3			

ANEXO D: MATRIZ DE DATOS

D.1. DATOS GENERALES

N° PERSONA	EDAD	SEXO	ORIENTACIÓN SEXUAL	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN	NÚMERO DE HIJOS	INGRESO FAMILIAR MENSUAL	LUGAR DE NACIMIENTO	DISTRITO DE PROCEDENCIA	AÑOS DE DIAGNÓSTICO	RECIBE APOYO PSICOLÓGICO	ENFERMEDAD CRÓNICA Y/O OPORTUNISTA
1	3	2	1	1	5	1	3	1	1	3	4	2	2
2	3	2	1	6	5	2	2	2	3	3	1	2	2
3	2	2	1	4	3	1	3	2	2	3	2	2	2
4	2	2	3	1	5	4	0	1	2	3	1	2	2
5	5	2	1	3	6	2	1	1	1	4	4	2	1
6	5	2	1	5	3	1	3	1	1	4	4	1	2
7	5	2	1	3	4	3	3	1	1	2	3	2	2
8	4	2	1	3	4	1	2	1	1	2	4	2	1
9	5	2	1	5	3	2	3	1	1	1	4	2	1
10	5	2	1	5	3	1	3	2	1	1	3	2	1
11	4	1	2	1	5	2	0	1	1	2	2	2	1
12	2	2	1	4	3	1	2	1	1	3	2	1	2
13	2	2	1	1	3	2	2	1	1	3	2	2	2
14	5	1	2	1	5	3	0	2	1	3	4	2	2
15	5	1	2	1	6	4	0	3	1	4	4	2	1
16	1	2	1	1	3	3	0	1	1	2	4	2	2
17	5	1	3	1	4	2	0	1	1	2	3	1	1
18	5	1	1	5	5	2	3	1	1	3	4	2	1
19	5	2	1	3	1	2	2	2	2	3	3	2	2
20	1	2	1	1	3	2	2	1	1	3	2	2	1
21	2	2	1	4	5	3	2	2	1	4	1	2	2
22	1	2	1	1	3	3	0	2	1	1	3	2	2
23	2	1	1	4	3	2	2	1	1	2	3	2	2
24	5	2	1	1	4	2	2	1	1	2	3	2	2
25	5	2	1	4	4	1	3	1	1	2	1	2	2
26	2	2	1	1	1	2	2	1	1	4	3	2	2

D.2. DATOS ESPECÍFICOS PRE TEST

N° PERSONA	INVENTARIO DE ANSIEDAD																							PUNTUACIÓN TOTAL	VALOR FINAL
	SOMÁTICO												COGNITIVO						AFECTIVO						
	PREG. 1	PREG. 2	PREG. 3	PREG. 4	PREG. 5	PREG. 6	PREG. 7	PREG. 8	PREG. 9	PREG. 10	PREG. 11	SUB TOTAL	PREG. 12	PREG. 13	PREG. 14	PREG. 15	PREG. 16	SUB TOTAL	PREG. 17	PREG. 18	PREG. 19	PREG. 20	PREG. 21	SUB TOTAL		
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	**2**	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	1	1	**2**	**4**	**MINIMO**
2	1	1	0	1	0	0	1	2	1	0	2	**9**	1	1	1	0	0	**3**	1	1	1	1	1	**5**	**17**	**MODERADO**
3	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	**5**	1	1	1	0	1	**4**	1	1	1	0	1	**4**	**13**	**LEVE**
4	2	0	1	2	0	2	0	3	3	3	3	**19**	2	2	3	3	0	**10**	2	3	0	0	0	**5**	**34**	**GRAVE**
5	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	**3**	1	1	1	0	0	**3**	1	0	0	0	0	**1**	**7**	**MINIMO**
6	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	**3**	0	2	2	0	1	**5**	0	0	1	0	0	**1**	**9**	**LEVE**
7	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	**2**	0	0	0	0	1	**1**	1	1	0	0	1	**3**	**6**	**MINIMO**
8	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	**4**	0	3	1	1	1	**6**	0	1	1	0	0	**2**	**12**	**LEVE**
9	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	**5**	0	0	0	0	0	**0**	0	1	0	0	1	**2**	**7**	**MINIMO**
10	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	**5**	0	1	2	1	2	**6**	1	2	1	0	2	**6**	**17**	**MODERADO**
11	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	**2**	1	0	0	0	0	**1**	0	0	0	0	0	**0**	**3**	**MINIMO**
12	3	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	**22**	0	2	2	2	2	**8**	3	2	2	2	2	**11**	**41**	**GRAVE**
13	1	1	0	2	2	0	2	2	0	0	1	**11**	2	2	1	1	1	**7**	2	2	1	2	2	**9**	**27**	**GRAVE**
14	3	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	**10**	2	1	1	1	1	**6**	1	1	1	1	1	**5**	**21**	**MODERADO**
15	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	**3**	2	1	1	0	1	**5**	0	1	0	1	1	**3**	**11**	**LEVE**
16	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	**16**	2	1	2	2	1	**8**	2	1	2	1	2	**8**	**32**	**GRAVE**
17	3	1	2	1	3	2	3	3	2	2	2	**24**	2	2	3	3	3	**13**	3	3	3	2	3	**14**	**51**	**GRAVE**
18	2	3	1	1	2	2	2	3	0	1	1	**18**	2	2	2	2	2	**10**	3	3	3	2	3	**14**	**42**	**GRAVE**
19	0	1	0	0	1	0	0	2	0	1	1	**6**	2	0	1	0	1	**4**	1	2	0	0	0	**3**	**13**	**LEVE**
20	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	**8**	1	1	1	1	1	**5**	1	1	1	1	1	**5**	**18**	
21	1	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	**4**	1	0	0	0	1	**2**	2	1	1	0	1	**5**	**11**	
22	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	**2**	0	0	0	0	1	**1**	0	0	0	0	0	**0**	**3**	
23	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	**3**	1	0	1	0	0	**2**	0	3	0	0	1	**4**	**9**	
24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	**0**	**0**	
25	1	2	2	1	1	1	1	3	0	0	1	**13**	2	1	1	1	3	**8**	1	1	3	3	3	**11**	**32**	
26	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	**6**	0	0	1	0	0	**1**	1	1	1	1	0	**4**	**11**	

N° PERSONA	INVENTARIO DE DEPRESIÓN																									
	SOMÁTICO									COGNITIVO							AFECTIVO								PUNTUACIÓN TOTAL	VALOR FINAL
	PREG. 1	PREG. 2	PREG. 3	PREG. 4	PREG. 5	PREG. 6	PREG. 7	PREG. 8	SUB TOTAL	PREG. 9	PREG. 10	PREG. 11	PREG. 12	PREG. 13	PREG. 14	SUB TOTAL	PREG. 15	PREG. 16	PREG. 17	PREG. 18	PREG. 19	PREG. 20	PREG. 21	SUB TOTAL		
1	0	1	0	0	0	0	0	0	**1**	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	0	1	**1**	**2**	**MINIMO**
2	1	2	1	1	1	1	0	0	**7**	0	0	0	1	1	0	**2**	0	0	0	1	1	0	0	**2**	**11**	**MODERADO**
3	1	1	1	1	1	3	1	1	**10**	1	1	0	2	1	1	**6**	1	0	1	1	1	1	1	**6**	**22**	**LEVE**
4	1	2	0	1	1	0	2	2	**9**	0	2	1	0	0	0	**3**	1	1	1	0	0	0	1	**4**	**16**	**GRAVE**
5	1	1	1	0	1	2	0	0	**6**	0	0	0	0	1	0	**1**	0	0	1	0	1	0	0	**2**	**9**	**MINIMO**
6	1	0	1	0	0	0	0	0	**2**	0	2	0	0	1	0	**3**	1	0	2	1	1	3	0	**8**	**13**	**LEVE**
7	1	1	0	0	1	3	2	0	**8**	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	1	0	0	0	**1**	**9**	**MINIMO**
8	1	1	1	0	1	1	2	1	**8**	0	0	0	0	0	0	**0**	0	1	0	0	0	0	1	**2**	**10**	**LEVE**
9	1	2	0	0	1	3	0	0	**7**	0	0	1	0	0	0	**1**	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**8**	**MINIMO**
10	1	1	0	1	0	1	1	0	**5**	0	1	0	0	0	0	**1**	0	0	1	1	1	1	0	**4**	**10**	**MODERADO**
11	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	1	0	0	0	0	**1**	**1**	**MINIMO**
12	0	1	0	0	0	0	0	0	**1**	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**1**	**GRAVE**
13	2	2	2	1	2	3	2	2	**16**	1	2	1	2	1	2	**9**	2	1	1	2	2	2	1	**11**	**36**	**GRAVE**
14	1	0	0	0	1	0	0	0	**2**	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**2**	**MODERADO**
15	1	1	1	1	1	2	1	0	**8**	1	1	0	1	0	0	**3**	0	0	0	1	1	1	0	**3**	**14**	**LEVE**
16	1	2	1	2	1	1	1	2	**11**	0	1	0	1	1	1	**4**	1	1	1	1	1	0	1	**6**	**21**	**GRAVE**
17	2	1	1	2	1	1	3	2	**13**	0	3	2	1	3	2	**11**	2	3	2	1	1	3	0	**12**	**36**	**GRAVE**
18	1	2	1	2	1	1	3	1	**12**	2	1	1	1	1	2	**8**	1	1	1	2	1	3	2	**11**	**31**	**GRAVE**
19	0	3	1	2	0	3	3	0	**12**	0	2	2	0	3	0	**7**	0	0	0	0	1	0	1	**2**	**21**	**LEVE**
20	1	1	1	1	1	1	0	0	**6**	0	0	0	1	0	0	**1**	1	1	0	1	0	0	1	**4**	**11**	
21	1	2	0	1	1	1	3	0	**9**	0	0	0	1	0	0	**1**	0	0	0	1	1	0	0	**2**	**12**	
22	1	0	0	0	0	0	0	0	**1**	0	1	0	0	0	0	**1**	0	0	0	1	1	1	0	**3**	**5**	
23	1	1	0	0	1	0	0	0	**3**	0	2	0	0	0	0	**2**	0	0	0	0	1	0	0	**1**	**6**	
24	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	
25	0	1	0	0	0	0	3	0	**4**	0	0	0	0	0	1	**1**	1	1	0	0	0	0	0	**2**	**7**	
26	1	0	1	1	1	0	2	0	**6**	0	0	0	0	1	0	**1**	1	0	0	0	1	0	1	**3**	**10**	

D.3. DATOS ESPECÍFICOS POST TEST

N° PERSONA	INVENTARIO DE ANSIEDAD																								
	SOMÁTICO												COGNITIVO						AFECTIVO						PUNTUACIÓN TOTAL	VALOR FINAL
	PREG. 1	PREG. 2	PREG. 3	PREG. 4	PREG. 5	PREG. 6	PREG. 7	PREG. 8	PREG. 9	PREG. 10	PREG. 11	SUB TOTAL	PREG. 12	PREG. 13	PREG. 14	PREG. 15	PREG. 16	SUB TOTAL	PREG. 17	PREG. 18	PREG. 19	PREG. 20	PREG. 21	SUB TOTAL		
1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	**1**	1	0	0	0	0	**1**	0	0	1	1	0	**2**	**4**	**MINIMO**
2	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	**2**	0	0	1	0	0	**1**	1	0	0	0	0	**1**	**4**	**MINIMO**
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**MINIMO**
4	3	0	1	2	1	1	0	1	0	0	1	**10**	0	2	2	0	0	**4**	1	1	1	1	1	**5**	**19**	**MODERADO**
5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	**1**	1	0	1	0	0	**2**	0	0	0	0	0	**0**	**3**	**MINIMO**
6	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	**2**	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	**0**	**2**	**MINIMO**
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	**2**	0	0	1	0	0	**1**	0	0	0	0	0	**0**	**3**	**MINIMO**
8	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	**2**	0	0	1	0	1	**2**	2	1	0	0	0	**3**	**7**	**MINIMO**
9	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	**1**	0	0	1	0	1	**2**	0	1	1	0	1	**3**	**6**	**MINIMO**
10	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	**4**	0	1	2	1	1	**5**	0	1	1	0	1	**3**	**12**	**LEVE**
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	**1**	0	0	0	1	0	**1**	0	0	0	0	0	**0**	**2**	**MINIMO**
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**MINIMO**
13	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	**5**	1	0	0	1	0	**2**	0	0	1	0	0	**1**	**8**	**LEVE**
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**MINIMO**
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**MINIMO**
16	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	**3**	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	**0**	**3**	**MINIMO**
17	2	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	**6**	2	0	2	2	1	**7**	0	0	0	0	0	**0**	**13**	**LEVE**
18	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	**5**	1	1	1	1	1	**5**	0	0	1	1	1	**3**	**13**	**LEVE**
19	1	2	0	1	1	0	0	3	0	1	0	**9**	1	0	1	1	2	**5**	2	2	1	0	2	**7**	**21**	**MODERADO**

N° PERSONA	INVENTARIO DE DEPRESIÓN																								PUNTUACIÓN TOTAL	VALOR FINAL
	SOMÁTICO									COGNITIVO							AFECTIVO									
	PREG. 1	PREG. 2	PREG. 3	PREG. 4	PREG. 5	PREG. 6	PREG. 7	PREG. 8	SUB TOTAL	PREG. 9	PREG. 10	PREG. 11	PREG. 12	PREG. 13	PREG. 14	SUB TOTAL	PREG. 15	PREG. 16	PREG. 17	PREG. 18	PREG. 19	PREG. 20	PREG. 21	SUB TOTAL		
1	0	1	0	0	1	0	0	0	**2**	0	0	0	0	1	1	**2**	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**4**	**MINIMO**
2	0	0	1	0	0	1	0	0	**2**	0	0	0	0	0	0	**0**	0	1	0	0	0	0	0	**1**	**3**	**MINIMO**
3	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**MINIMO**
4	3	1	0	0	0	0	0	0	**4**	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**4**	**MINIMO**
5	0	1	0	0	0	1	0	0	**2**	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**2**	**MINIMO**
6	0		0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**MINIMO**
7	0	1	0	0	0	1	0	0	**2**	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**2**	**MINIMO**
8	0	1	1	0	0	0	0	0	**2**	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	1	0	0	**1**	**3**	**MINIMO**
9	0	1	0	0	0	0	0	0	**1**	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**1**	**MINIMO**
10	1	1	1	1	0	1	0	0	**5**	0	0	0	0	0	1	**1**	0	0	0	1	0	0	1	**2**	**8**	**MINIMO**
11	0	0	0	0	0	0	1	0	**1**	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**1**	**MINIMO**
12	0	1	0	0	0	0	0	0	**1**	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**1**	**MINIMO**
13	1	1	1	0	0	0	0	1	**4**	0	0	0	0	2	0	**2**	1	2	1	1	1	1	1	**8**	**14**	**LEVE**
14	0	1	0	0	0	0	0	0	**1**	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**1**	**MINIMO**
15	0	0	0	0	0	1	0	0	**1**	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**1**	**MINIMO**
16	0	1	0	0	0	0	0	0	**1**	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**1**	**MINIMO**
17	0	3	0	0	0	0	0	0	**3**	0	0	1	0	0	0	**1**	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**4**	**MINIMO**
18	1	3	1	0	0	0	0	0	**5**	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0	1	0	0	**1**	**6**	**MINIMO**
19	1	1	1	2	0	3	3	3	**14**	0	2	1	0	3	0	**6**	0	0	0	0	1	0	2	**3**	**23**	**MODERADO**

ANEXO E: PRUEBA DE HIPÓTESIS

En primera instancia, analizamos la distribución de los datos mediante pruebas de normalidad a fin de seleccionar la prueba de hipótesis paramétrica o no paramétrica. Para nuestro caso, con un número de datos menor a 50, se requiere utilizar el estadístico de prueba Shapiro-Wilk.

Del análisis, se obtiene un valor de p igual a 0.193 y 0.125 para la diferencia de la variable ansiedad y depresión en el pre test y post test respectivamente. Asimismo, de acuerdo al p valor de referencia, los valores obtenidos son mayores a 0.05; por lo tanto, nuestros datos cumplen una distribución normal.

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Diff Ansiedad	,146	19	,200*	,933	19	,193
Diff Depresión	,167	19	,174	,922	19	,125

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

A partir de la prueba de normalidad para las variables ansiedad y depresión; usaremos la prueba t Student para muestras relacionadas.

Estadístico de prueba t-Student para muestras relacionadas

$$t = \frac{\bar{d} - \mu_d}{\frac{S_d}{\sqrt{n}}}$$

$\bar{d}$:	Media de la diferencia de las variables ansiedad y depresión en el pre test y post test para la muestra no probabilística por conveniencia.
μ_d:	Media esperada de la diferencia de las variables ansiedad y depresión en el pre test y post test en la población.
S_d :	Desviación estándar de las diferencias entre los datos de la muestra en el pre test y post test.
n :	Tamaño de la muestra.

Regla de decisión:

Si p valor < 0.05, rechazar la hipótesis nula.

Si p valor ≥ 0.05, no rechazar la hipótesis nula

De acuerdo a los resultados del Software SPSS 26 se indica un p valor menor a 0.05 para las variables ansiedad y depresión. Por consiguiente, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa; lo cual significa que el programa de consejería de enfermería es efectivo en el manejo de la ansiedad y depresión en personas viviendo con VIH/SIDA.

ANEXO F: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: ……

- He sido informado acerca del estudio, pude platicar con la investigadora (Evelin Cinthia García Maiz) y por lo tanto formular las preguntas pertinentes sobre el estudio con la finalidad de comprender sus alcances.

- Estoy de acuerdo con las pautas establecidas para la ejecución del estudio y que la información proporcionada para la investigación sea a través de un instrumento y de sesiones de consejería, sin mencionar mi identidad.

- Reconozco que la participación en este estudio de investigación es voluntaria, por lo tanto, soy libre de poder retirarme si así lo deseo.

- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

…… ……

Firma del entrevistado Firma del investigador

ANEXO G: TABLA DE DATOS GENERALES

CARACTERÍSTICA	CLASIFICACIÓN	CÓDIGO	N°	%
Edad	18 a 28 años	1	1	5%
	29 a 39 años	2	4	21%
	40 a 50 años	3	2	11%
	41 a 51 años	4	2	11%
	52 a 62 años	5	10	53%
TOTAL			19	100%
Sexo	Masculino	1	5	26%
	Femenino	2	14	74%
TOTAL			19	100%
Orientación sexual-Identidad de género	Heterosexual	1	14	74%
	Homosexual	2	3	16%
	Transgénero	3	2	11%
TOTAL			19	100%
Estado Civil	Soltero	1	8	42%
	Casado	2	0	0%
	Viudo	3	4	21%
	Conviviente	4	2	11%
	Separado	5	4	21%
	Divorciado	6	1	5%
TOTAL			19	100%
Grado de Instrucción	Ninguno	0	0	0%
	Primaria completa	1	1	5%
	Primaria incompleta	2	0	0%
	Secundaria completa	3	7	37%
	Secundaria incompleta	4	3	16%
	Superior técnico	5	6	32%
	Superior universitario	6	2	11%
TOTAL			19	100%
Ocupación	Ama de casa	1	6	32%
	Independiente	2	8	42%
	Dependiente	3	3	16%
	Profesional/Técnico	4	2	11%
TOTAL			19	100%
Número de hijos	0	0	6	32%
	1	1	1	5%
	2	2	5	26%
	3 a más	3	7	37%
TOTAL			19	100%
Ingreso familiar mensual	200 a 700 soles	1	13	68%
	800 a 1300 soles	2	5	26%
	1400 a más	3	1	5%
TOTAL			19	100%

CARACTERÍSTICA	CLASIFICACIÓN	CÓDIGO	N°	%
Lugar de Nacimiento	Capital/Perú	1	15	79%
	Provincia/Perú	2	3	16%
	Estado/Venezuela	3	1	5%
TOTAL			19	100%
Distrito de procedencia	Lima Norte	1	2	11%
	Lima Centro	2	5	26%
	Lima Este	3	9	47%
	Lima Sur	4	3	16%
TOTAL			19	100%
Años de diagnóstico de la enfermedad	1 a 5 años	1	2	11%
	6 a 10 años	2	4	21%
	11 a 15 años	3	4	21%
	16 a más años	4	9	47%
TOTAL			19	100%
Recibe apoyo psicológico	Sí	1	3	16%
	No	2	16	84%
TOTAL			19	100%
Enfermedad crónica y/o oportunista	Sí	1	8	42%
	No	2	11	58%
TOTAL			19	100%

ANEXO H: TABLAS DE DATOS ESPECÍFICOS

TABLA 1
Número de personas respecto a las categorías de las variables ansiedad y depresión antes y después de la implementación del programa de consejería de enfermería.

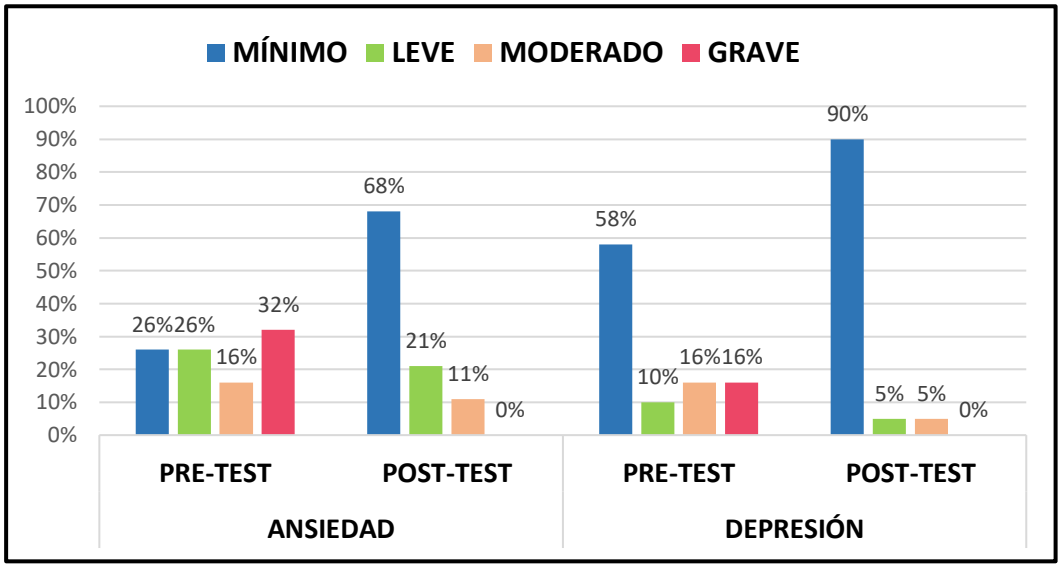
	ANSIEDAD		DEPRESIÓN	
	PRE-TEST	POST-TEST	PRE-TEST	POST-TEST
MINIMO	5	13	11	17
LEVE	5	4	2	1
MODERADO	3	2	3	1
GRAVE	6	0	3	0
TOTAL	**19**	**19**	**19**	**19**

TABLA 2
Porcentaje de personas respecto a las categorías de las variables ansiedad y depresión antes y después de la implementación del programa de consejería de enfermería.

	ANSIEDAD		DEPRESIÓN	
	PRE-TEST	POST-TEST	PRE-TEST	POST-TEST
MÍNIMO	26%	68%	58%	90%
LEVE	26%	21%	10%	5%
MODERADO	16%	11%	16%	5%
GRAVE	32%	0%	16%	0%
TOTAL	**100%**	**100%**	**100.00%**	**100%**

GRÁFICO 4

NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA EN UNA ORGANIZACIÓN DE BASE COMUNITARIA DE LIMA METROPOLITANA.



ANEXO I: TABLAS DE DATOS ESPECÍFICOS SEGÚN DIMENSIONES

TABLA 3

Nivel de Ansiedad Pre Test según dimensiones respecto a la puntuación total obtenido en el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

	PRE TEST ANSIEDAD				
	MÍNIMO	LEVE	MODERADO	GRAVE	TOTAL
SOMÁTICO	14	21	24	110	169
COGNITIVO	5	24	15	56	100
AFECTIVO	8	13	16	61	98
TOTAL	27	58	55	227	367
	MÍNIMO	LEVE	MODERADO	GRAVE	TOTAL
SOMÁTICO	3.81%	5.72%	6.54%	29.97%	46.05%
COGNITIVO	1.36%	6.54%	4.09%	15.26%	27.25%
AFECTIVO	2.18%	3.54%	4.36%	16.62%	26.70%
TOTAL	7.36%	15.80%	14.99%	61.85%	100.00%

GRÁFICO 5

NIVEL DE ANSIEDAD PRE TEST SEGÚN DIMENSIONES RESPECTO A LA PUNTUACIÓN TOTAL OBTENIDO EN EL INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI).

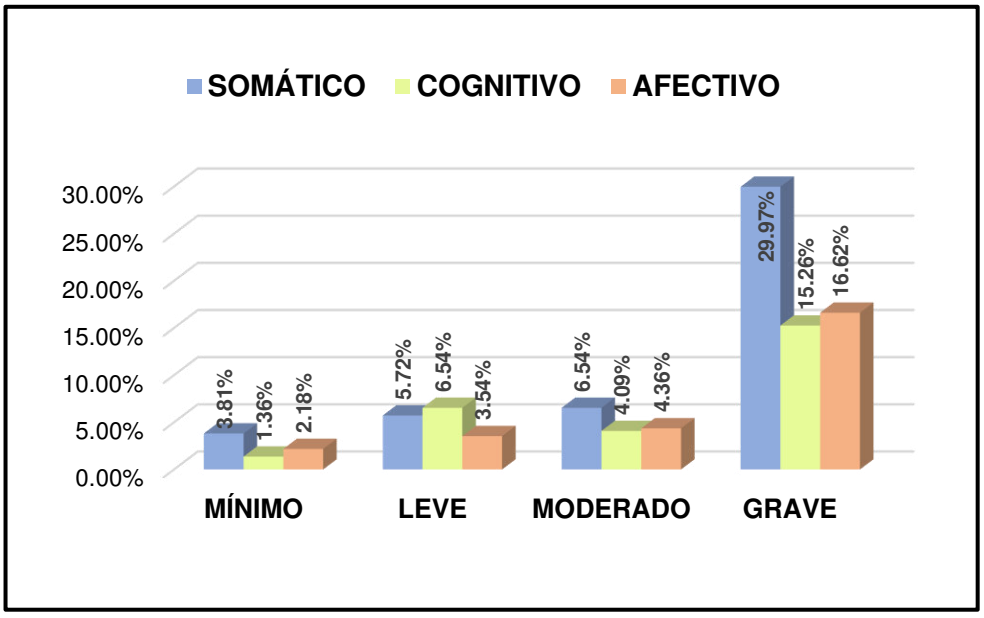


TABLA 4

Nivel de Ansiedad Post Test según dimensiones respecto a la puntuación total obtenido en el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

	POST TEST ANSIEDAD				
	MÍNIMO	LEVE	MODERADO	GRAVE	TOTAL
SOMÁTICO	15	20	19	0	54
COGNITIVO	10	19	9	0	38
AFECTIVO	9	7	12	0	28
TOTAL	34	46	40	0	120
	MÍNIMO	LEVE	MODERADO	GRAVE	TOTAL
SOMÁTICO	12.5%	16.7%	15.8%	0.0%	45.0%
COGNITIVO	8.3%	15.8%	7.5%	0.0%	31.7%
AFECTIVO	7.5%	5.8%	10.0%	0.0%	23.3%
TOTAL	28.3%	38.3%	33.3%	0.0%	100.0%

GRÁFICO 6

NIVEL DE ANSIEDAD POST TEST SEGÚN DIMENSIONES RESPECTO A LA PUNTUACIÓN TOTAL OBTENIDO EN EL INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI).

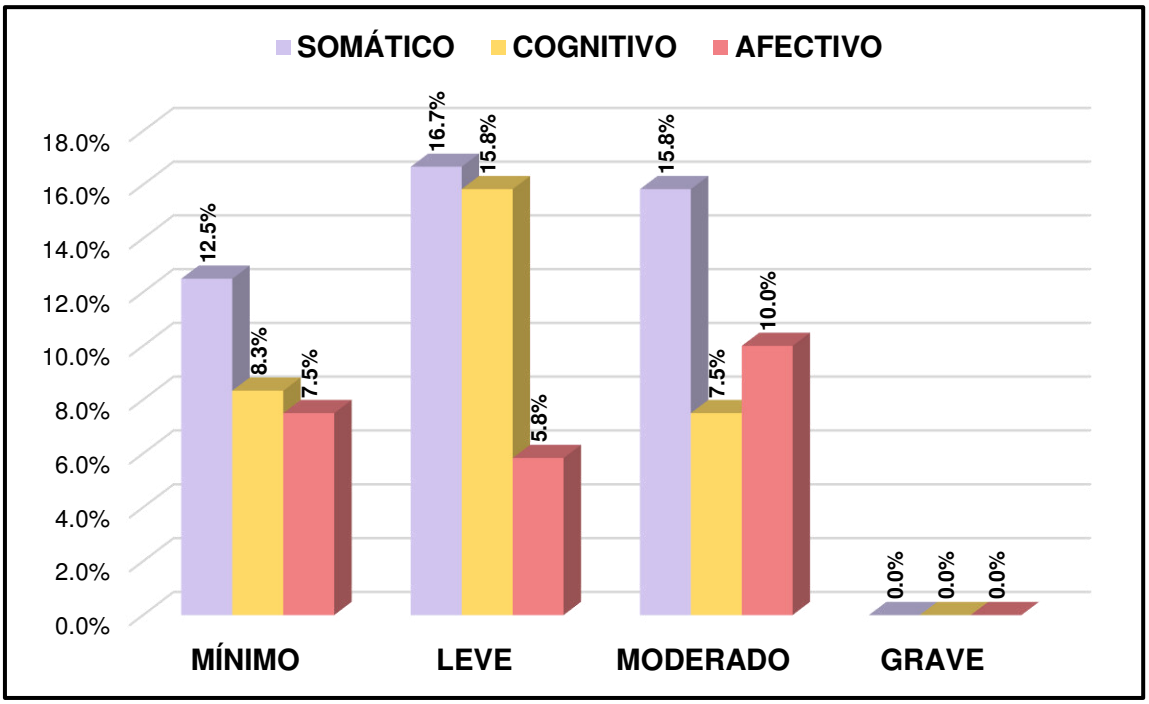


TABLA 5

Nivel de Depresión Pre Test según dimensiones respecto a la puntuación total obtenido en el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).

	PRE TEST DEPRESIÓN				
	MÍNIMO	LEVE	MODERADO	GRAVE	TOTAL
SOMÁTICO	22	40	14	62	138
COGNITIVO	2	19	3	35	59
AFECTIVO	5	21	6	44	76
TOTAL	29	80	23	141	273
	MÍNIMO	LEVE	MODERADO	GRAVE	TOTAL
SOMÁTICO	8.1%	14.7%	5.1%	22.7%	50.5%
COGNITIVO	0.7%	7.0%	1.1%	12.8%	21.6%
AFECTIVO	1.8%	7.7%	2.2%	16.1%	27.8%
TOTAL	10.6%	29.3%	8.4%	51.6%	100.0%

GRÁFICO 7

NIVEL DE DEPRESIÓN PRE TEST SEGÚN DIMENSIONES RESPECTO AL PUNTUACIÓN TOTAL OBTENIDO EN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II).

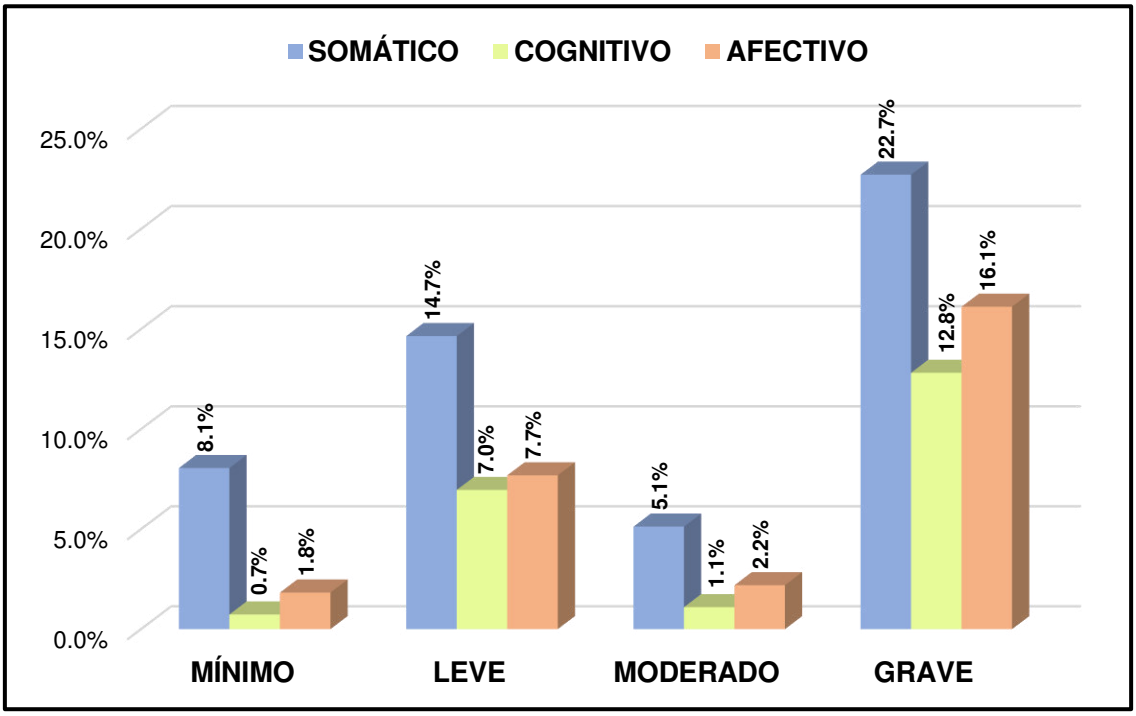


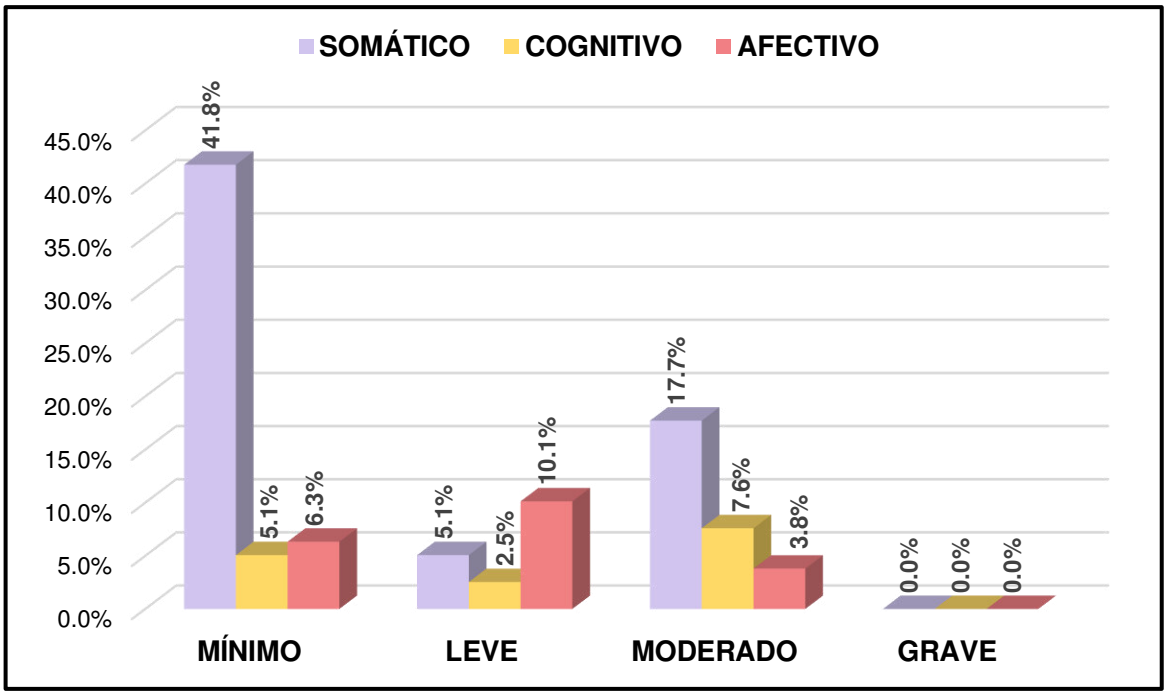
TABLA 6

Nivel de Depresión Post Test según dimensiones respecto a la puntuación total obtenido en el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).

	POST TEST DEPRESIÓN				
	MÍNIMO	LEVE	MODERADO	GRAVE	TOTAL
SOMÁTICO	33	4	14	0	51
COGNITIVO	4	2	6	0	12
AFECTIVO	5	8	3	0	16
TOTAL	42	14	23	0	79
	MÍNIMO	LEVE	MODERADO	GRAVE	TOTAL
SOMÁTICO	41.8%	5.1%	17.7%	0.0%	64.6%
COGNITIVO	5.1%	2.5%	7.6%	0.0%	15.2%
AFECTIVO	6.3%	10.1%	3.8%	0.0%	20.3%
TOTAL	53.2%	17.7%	29.1%	0.0%	100.0%

GRÁFICO 8

NIVEL DE DEPRESIÓN POST TEST SEGÚN DIMENSIONES RESPECTO A LA PUNTUACIÓN TOTAL OBTENIDO EN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II).



xxx

ANEXO J:

PROGRAMA DE CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA.

I. PRESENTACIÓN:

El VIH/SIDA es una enfermedad infectocontagiosa que al ingresar al organismo del huésped ataca su sistema inmune destruyendo sus linfocitos CD4, llevándolo a un estado de deficiencia inmunitaria haciendo que éste sea incapaz de combatir las infecciones y cierto tipo de cánceres relacionados a la enfermedad, cuando el VIH no es controlado y tratado a tiempo se instala entonces en el organismo la fase SIDA, causando una serie de complicaciones en el paciente ya que la inmunodeficiencia ha llegado a su punto máximo; por lo tanto el sistema inmunológico ya no puede defender al organismo de las infecciones oportunistas, ocasionándole muchas veces la muerte.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que los pacientes que padecen de esta enfermedad crónica no solo sufren problemas físicos, sino que asociado a la infección por VIH/SIDA tienen que lidiar con problemas emocionales como la ansiedad y la depresión que se originan de todo lo que significa ser una persona VIH positiva, tal es así que comprendiendo la magnitud de la patología y de todo lo que ocasiona en el individuo; y siendo la enfermera la encargada de brindar los cuidados en los largos periodos de hospitalización y durante sus controles ambulatorios, se genera la necesidad de desarrollar la presente guía de consejería de enfermería para la reducción de los niveles de ansiedad y depresión en personas viviendo con VIH/SIDA; con la finalidad de brindar un cuidado digno a todo ser humano independientemente de la enfermedad que padezca.

II. INTRODUCCIÓN:

La epidemia del VIH/SIDA ha provocado un fuerte impacto en la población general, así como en toda la comunidad científica. Ante tal magnitud del problema; se considera que los pacientes deben ser manejados en forma multidisciplinaria, poniendo especial énfasis en el aspecto psicológico.

Los episodios depresivos y los trastornos de ansiedad son problemas frecuentes durante el curso de la enfermedad, intensificándose en los procesos de hospitalización por complicaciones asociadas al VIH; de tal forma que algunas personas desarrollan la idea de muerte.

Una vez me pregunté a mí misma cuán grave era el sufrimiento de una persona con una enfermedad incurable, si era más difícil recibir un diagnóstico de VIH o de cáncer terminal…y me dije: seré enfermera, tendré todos los conocimientos teóricos y procedimentales que mi profesión lo requiere, pero ¿seré verdaderamente capaz de ponerme en el lugar de la persona enferma, soy lo suficientemente empática y humana para compartir y acompañarlo en su dolor, amargura, frustración, desesperanza, soledad y resentimiento?...Entonces fue ahí cuando decidí realizar el presente trabajo de investigación, comprendiendo que desde mi posición como futura profesional de salud podría contribuir en el cuidado integral que brinda la enfermera a estos pacientes, incidiendo fundamentalmente en mitigar los vacíos que existen a nivel emocional y espiritual que muchas veces se manifiestan como trastornos de ansiedad y depresión.

A través del presente programa de consejería de enfermería se busca aliviar la sintomatología ansiosa y depresiva presente en el paciente con VIH/SIDA, para ello se hará uso de distintas técnicas tales como: la respiración diafragmática, la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, las autoinstrucciones, entre otras.

III. Objetivos:

3.1. Objetivo general:

- Lograr que la persona viviendo con VIH/SIDA disminuya sus niveles de ansiedad y depresión a través de técnicas de afrontamiento y terapia cognitivo conductual durante su vida diaria.

3.2. Objetivos específicos:

- Reconocer los conceptos básicos de la enfermedad.
- Identificar la sintomatología ansiosa manifestada en su organismo.
- Identificar la sintomatología depresiva manifestada en su organismo.
- Aprehender las diferentes técnicas y herramientas para enfrentar la ansiedad y depresión.
- Lograr el manejo eficaz de los episodios de ansiedad y depresión durante el proceso de su enfermedad.

IV. Población objetivo:

La presente guía está dirigida al profesional enfermero y paciente para su aplicación en el manejo de la ansiedad y depresión en la persona viviendo con VIH/SIDA.

V. Contenido

Unidad I	**CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE VIH/SIDA.**
	Sesión 1: “Todo sobre VIH/SIDA”.
Unidad II	**TODO SOBRE LA ANSIEDAD.**
	Sesión 2: “Reconociendo la ansiedad”.
Unidad III	**TODO SOBRE LA DEPRESIÓN.**
	Sesión 3: “Reconociendo la depresión”.
Unidad IV	**¿CÓMO MANEJAR LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN?**
	Sesión 4: ¿Me encuentro ansioso y/o depresivo; ahora qué hago?
	Sesión 5: “Aprendiendo a relajarme”.
	Sesión 6: “Un acercamiento a la meditación”.

	Sesión 7: “Hacia la iluminación y desarrollo espiritual”.
	Sesión 8: “Cuidado con lo que piensas, que te lo vas a creer”.
	Sesión 9: “Hacia una vida saludable”.

VI. Metodología

La metodología empleada es la dinámica individual participativa a través de la exposición dialogada participativa, la proyección audiovisual, el análisis reflexivo de casos; tomando en cuenta el enfoque cognitivo conductual del modelo de Beck, buscando con ello brindar las herramientas necesarias para la disminución de la ansiedad y depresión en las personas viviendo con VIH/SIDA.

Número de sesiones: El facilitador del programa efectivizará la intervención de consejería de enfermería a través de nueve sesiones, cada una con una temática que facilitará la reducción de la ansiedad y depresión en el paciente.

Horario: Las nueve sesiones de consejería tendrán una duración de 45 a 60 minutos aproximadamente cada una.

Lugar: El programa de intervención se llevará a cabo a través de la plataforma virtual ZOOM de acuerdo a la disponibilidad de tiempo de cada participante, el cual queda establecido mediante un cronograma semanal.

VII. Cronograma:

Semana Fecha	Contenido		Estrategia didáctica	Evaluación
Del 08/08/2021 al 14/08/2021	**UNIDAD I: CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE VIH/SIDA.**	**Sesión 1:** “Todo sobre VIH/SIDA”.	-Exposición teórica dialogada. -Proyección audiovisual.	• Identifica conceptos básicos acerca de la enfermedad a través de contenido conceptual, vídeos, y material educativo. • Interviene de forma activa presentando sus dudas y temores respecto a la enfermedad y sus implicaciones.
	UNIDAD II: TODO SOBRE LA ANSIEDAD.	**Sesión 2:** “Reconociendo la ansiedad”.	-Exposición teórica dialogada. -Proyección audiovisual. -Análisis reflexivo	• Reconoce el concepto de ansiedad e identifica los síntomas asociándolos a su propia experiencia. • Identifica que el origen de la ansiedad se encuentra en su forma de pensar y por tanto sus preocupaciones son el centro de ello.

				• Reconoce y acepta que se encuentra atravesando por un proceso de ansiedad, por ende, deberá mostrar resiliencia. • Admite que su estado ansioso tiene relación con su enfermedad.
Del 15/08/2021 al 21/08/2021	**UNIDAD III: TODO SOBRE LA DEPRESIÓN.**	**Sesión 3:** "Reconociendo la depresión".	-Exposición teórica dialogada. -Proyección audiovisual -Análisis reflexivo	• Reconoce el concepto de depresión e identifica los síntomas asociándolos a su propia experiencia. • Reconoce y acepta que se encuentra atravesando por un proceso de depresión, por ende, deberá mostrar resiliencia. • Admite que su estado depresivo tiene relación con su enfermedad.
	UNIDAD IV: ¿CÓMO MANEJAR LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN?	**Sesión 4:** ¿Me encuentro ansioso y/o depresivo, ahora qué hago?	-Exposición teórica dialogada. -Proyección audiovisual -Análisis reflexivo	• Concretiza y trae a la realidad las preocupaciones y miedos que lo agobian. • Identifica la importancia de la terapia cognitiva conductual en la disminución del estado de depresión por la que atraviesa. • Comprende en qué consiste la terapia cognitivo conductual. • Reflexiona acerca de que su problema de depresión puede ser superado siguiendo las estrategias de afrontamiento. • Reconoce y menciona las principales técnicas de relajación que usaría cuando se encuentre depresivo.
Del 22/08/2021 al 28/08/2021		**Sesión 5:** "Aprendiendo a relajarme".	-Enunciación de objetivos. -Exposición dialogada y demostrativa.	• Identifica el mecanismo de la respiración diafragmática. • Reconoce la importancia de practicar la respiración diafragmática en la disminución de la ansiedad. • Redemuestra la técnica de respiración diafragmática.
		Sesión 6: "Un acercamiento a la meditación"	-Enunciación de objetivos. -Exposición dialogada -Proyección audiovisual -Análisis reflexivo.	• Reconoce el verdadero sentido de la meditación. • Identifica los aspectos que están implicados en la meditación. • Identifica la intención de prestar atención al momento presente a través de la meditación. • Reconoce en la meditación la posibilidad de desarrollar cualidades como la atención, el altruismo, el equilibrio emocional y la paz interior entre otras.
		Sesión 7: "Hacia la iluminación y desarrollo espiritual"	-Enunciación de objetivos. -Exposición dialogada y demostrativa. -Proyección audiovisual. -Análisis reflexivo	• Percibe la meditación como un entrenamiento espiritual. • Reconoce a la meditación como una técnica para lograr el equilibrio del cuerpo y la mente. • Reconoce los beneficios de la práctica constante de la meditación. • Distingue la postura y la técnica correcta durante la práctica de la meditación. • Incorpora la meditación a su rutina de vida diaria.

Del 29/08/2021 al 04/09/2021		**Sesión 8:** "Cuidado con lo que piensas, que te lo vas a creer"	-Enunciación de objetivos. -Exposición dialogada -Proyección audiovisual.	• Reconoce la importancia de las autoinstrucciones en el afrontamiento de una determinada tarea, situación y/o acontecimiento. • Identifica claramente el concepto de las autoinstrucciones. • Identifica las autoinstrucciones como la técnica que modifica el diálogo interno de las personas. • Identifica las autoinstrucciones positivas y negativas que se dice a sí mismo.
Del 05/09/2021 al 11/09/2021		**Sesión 9:** "Hacia un estilo de vida saludable".	-Enunciación de objetivos. -Exposición dialogada participativa. -Proyección audiovisual.	• Identifica los aspectos que se incluyen en un estilo de vida saludable. • Reconoce las características de una alimentación saludable. • Reconoce los grupos de alimentos que se incluyen en el plato saludable. • Identifica la importancia de realizar una rutina diaria de 30 minutos de actividad física.

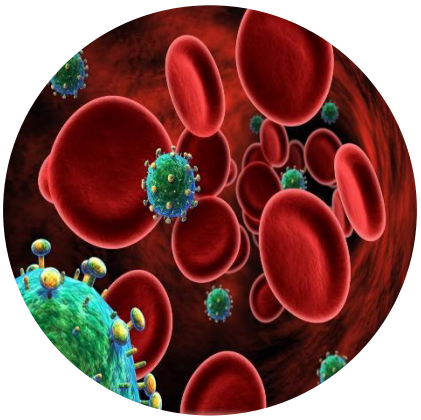
VIII. Evaluación

La evaluación se hará de forma sistemática, al término de cada sesión, a través de pruebas de retroalimentación. Con esto, el facilitador del programa de intervención elaborará por sesión concluida un informe de cada paciente.

UNIDAD I
CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE VIH/SIDA.

SESIÓN 1: "Todo sobre VIH/SIDA"

¿QUÉ ES EL VIH?



Es una enfermedad infectocontagiosa transmitida por el virus de inmunodeficiencia humana, el cual ataca a los linfocitos CD4 del sistema inmune del huésped llevándolo a un estado de incapacidad para combatir las infecciones causadas por microorganismos que invaden nuestro organismo.

VIH ≠ SIDA

RECUERDA:

Estar infectado por el VIH significa que el virus está en tu organismo multiplicándose, lo que provoca que tu sistema inmunológico se debilite, pero no necesariamente que desarrolles una enfermedad.

El sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) es la etapa más grave, y se caracteriza por la presencia de ciertas enfermedades oportunistas o neoplasias que pueden amenazar la vida del paciente.



Relaciones sexuales sin protección.

Lactancia materna.



¿CÓMO SE TRANSMITE EL VIH?



Embarazo.



Compartir jeringas contaminadas.



Transfusión sanguínea.

El preservativo es el método más eficaz para evitar la transmisión sexual del VIH y otros agentes infecciosos, además de prevenir el embarazo no deseado.



"No es la muerte algo que debería preocuparte, sino tu forma de afrontar el camino, ya que de igual modo todos moriremos".

TRATAMIENTO

ANTIRRETROVIRALES



Evita que la infección por VIH evolucione a SIDA.

Evitan la multiplicación del VIH y reduce la concentración de VIH en el organismo.

No cura la infección por VIH, pero ayuda a que las personas seropositivas tengan una vida más larga y sana.

El sistema inmune tiene más posibilidad de recuperarse.

Disminuyen el riesgo de transmisión del VIH, al disminuir la concentración del VIH en el cuerpo.

Cada historia de éxito es una historia de constante adaptación, revisión y cambio.

RICHARD BRANSON.

RETROALIMENTEMOS LO APRENDIDO.....

Reconozca los siguientes casos y en el recuadro de la izquierda escriba si el paciente se encuentra con VIH o en la fase SIDA de la enfermedad.

Se presenta el caso de un paciente adulto de 43 años de edad con VIH/SIDA y TBC. El paciente fue internado en un hospital nacional de Lima Norte con signos vitales T°36.5 °C, 90/50 mmHg de presión arterial, 112 pulsaciones por minuto, 22 respiraciones por minuto y con un recuento de linfocitos CD4 igual a 101/µl. Asimismo, se le diagnosticó: trastorno ansioso depresivo, síndrome ascítico edematoso, hipoalbuminemia, trastorno hidroelectrolítico y anemia. Posteriormente le fue diagnosticado Sarcoma de Kaposi diseminado lo cual complicó el estado de salud del paciente, empeorando su estado de ánimo y llevándolo al rechazo de todo tipo de procedimiento. De la misma manera mostró síntomas depresivos, desesperanza, descuido personal, dificultad para dormir, inapetencia, náuseas, irritabilidad al contar sus dolencias y aislamiento social.

Raúl tiene 41años, en el 2006 fue diagnosticado con VIH mientras participaba de un programa de rehabilitación del abuso de drogas. El conteo de CD4 de Raúl ya estaba por debajo de 300, sin embargo, actualmente tiene un conteo de 496 CD4 y una carga viral indetectable, su VIH está bajo control gracias a su tratamiento con antirretrovirales.

"La cosa más importante que me enseñó el VIH es a vivir mi vida", dice Raúl. "He aprendido que el VIH es tan sólo una pequeña parte de quien soy: tengo ojos pardos, pelo negro, piel morena. Sólo es un parte de lo que soy. No es todo. La vida es lo que tú hagas de ella, y por eso me esfuerzo en tener una buena vida".

1.- ¿Con qué frecuencia le realizan los exámenes de recuento de CD4 y carga viral?

……
……
……

2.- ¿Cuándo fue su último control de carga viral y recuento de CD4?

……
……

3.- ¿Recuerda Ud. los valores de carga viral y recuento de CD4 obtenidos en su último examen?

( ) SI ( ) NO

Si su respuesta es afirmativa, por favor escriba los valores obtenidos en su último examen.

- Recuento de CD4: ……
- Carga Viral: ……

4.- ¿Cuáles con las pruebas más importantes que requiere la persona viviendo con VIH/SIDA?

a) esputo

b) recuento de CD4 y carga viral

c) Radiografías

d) biopsias

5.- ¿Si una persona con diagnóstico de VIH desde hace 5 años, en su último examen de sangre evidencia carga viral indetectable; considera Ud. que debería continuar con el tratamiento antirretroviral?

( ) SI ( ) NO

Explique el por qué de su respuesta:

……
……
……
……
……

UNIDAD II
TODO SOBRE LA ANSIEDAD.

SESIÓN 2: "Reconociendo la ansiedad"

Lea atentamente el caso presentado a continuación.

Rebecca, una mujer de treinta y ocho años con dos hijas en edad escolar, no puede dormir. Estos últimos cinco años, desde que la ascendieron a responsable de tienda, se siente embargada de aprensión y nerviosismo, y sumamente preocupada por el trabajo, la seguridad de sus hijas, la salud de sus padres ya mayores, la economía familiar y la inseguridad laboral de su marido. Su mente parece estar anticipando constantemente posibles catástrofes: que si no podrá rendir eficazmente en el trabajo ni encargarse de las proyecciones de ventas mensuales, que si su hija pequeña se va a hacer daño en la escuela o a su hija mayor la van a importunar unos chicos, que si sus padres se van a sentir desilusionados al no recibir sus visitas (además, con todo lo que se gasta en pagar los recibos de la casa no le va a quedar dinero suficiente para contribuir económicamente a su plan de pensiones), que si su marido podría perder el trabajo cualquier día… Una lista que no se acaba aquí. Rebecca siempre ha sido una persona muy preocupada, pero los últimos años esto se ha vuelto casi insoportable. Además de pasar muchas noches en vela, le parece estar constantemente agitada, con temblores, agobiada, incapaz de relajarse, irritada y, ocasionalmente, a punto de estallar de ira. Asimismo, rompe a llorar sin ninguna razón aparente. Sus preocupaciones, además de incesantes, son imposibles de controlar. A pesar de todos sus esfuerzos por distraerse y tranquilizarse, diciéndose a sí misma que todo saldrá bien, no consigue librarse de la insidiosa sensación de que al final “todo se va a torcer”.

ENTONCES…

TE PLANTEAMOS LA SIGUIENTE INTERROGANTE:



¿ES LA ANSIEDAD UN PROBLEMA EN NUESTRA VIDA?

ANSIEDAD

DEFINICIÓN:

Es una reacción automática que nos prepara para actuar ante una amenaza o un futuro que percibimos como incierto y negativo. Es una señal de alerta del cuerpo ante determinadas situaciones, que cumple una función adaptativa y nos capacita para la resolución.

Todos los seres humanos necesitamos sentir un poco de ansiedad para vivir; siempre es posible manejarla, pudiendo experimentar ansiedad normal o leve. Pero cuando se convierte en ansiedad crónica, no solo afecta a quien la padece sino además a quienes le rodean.

Ahora hagamos el siguiente ejercicio…

Las respuestas posibles son: *algo, bastante o mucho*:

- ¿Vivo constantemente preocupado?
- ¿Me preocupo cuando siento que no tengo suficiente tiempo para hacer todo lo que quiero?
- ¿Son muchas las situaciones que me llevan a la preocupación?
- ¿En cuánto termino una tarea, comienzo a preocuparme por otra?
- ¿La ansiedad se me dispara en cualquier momento y no la puedo controlar
- ¿No dejo de preocuparme por un proyecto hasta haberlo terminado?
- ¿Me preocupa el futuro?



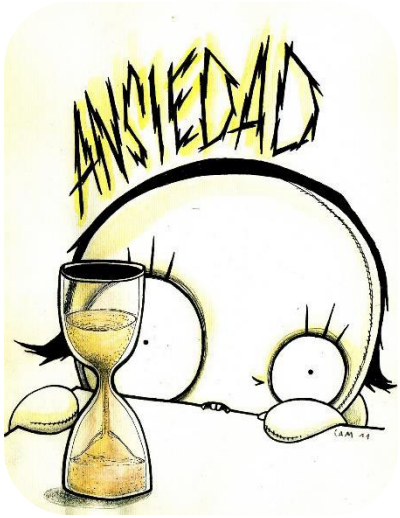
"La catástrofe que tanto te preocupa a menudo resulta menos horrible en la realidad de lo que fue en tu imaginación".

WAYNE W. DYER

¿CÓMO SÉ SI ME ENCUENTRO ANSIOSO?

Recuerda que tu cuerpo es muy inteligente y siempre esta alerta a todo lo que pueda sucederte, por ello tu organismo dará cuenta de que una inminente ansiedad se acerca cuando experimentes los siguientes síntomas:

- Tensión y continuo estado de alerta.
- Menor capacidad de concentración, atención y aprendizaje.
- Insatisfacción de sí mismo.
- Indecisión.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos del deseo.
- Cansancio y debilidad.
- Mareos y vértigo.
- Sudoración abundante, manos sudadas.
- Cefaleas por tensión.
- Trastornos visuales.
- Dificultad para respirar.
- Tendencia al aislamiento.
- Inquietud o agitación.
- Balbuceos.
- Actitud hipercrítica
- Trastornos alimentarios
- Deterioro de las relaciones sociales.



¿Qué le sucede a la persona ansiosa?

SIEMPRE IMAGINA LO PEOR

Su pensamiento se caracteriza por ser:

"CATASTROFISTA"

Construye mentalmente una hipótesis de lo que podría ocurrir.

Aplica la siguiente fórmula en su vida diaria.

PREGUNTA HIPOTÉTICA + "RESPUESTA CATASTROFISTA" = ANSIEDAD CRÓNICA

¿Sabes dónde se origina la ANSIEDAD?



Tiene lugar en las → CREENCIAS que todos tenemos.

ES DECIR,

SE ORIGINA → **DE:** Nuestra manera de pensar.

Así como pensamos, nos sentiremos y actuaremos en la vida.

PRINCIPALES CREENCIAS DE UNA PERSONA QUE EXPERIMENTA ANSIEDAD:

- "Tengo que estar siempre alerta"
- "Algo malo me va a pasar".

"La ansiedad con miedo y el miedo con ansiedad contribuyen a robarle al ser humano sus cualidades más esenciales. Una de ellas es la reflexión".

KONRAD LORENZ

RECUERDA: Tu personalidad también influye en

"CÓMO SE LE DAN SIGNIFICADO A TUS VIVENCIAS Y CREENCIAS".

Reconozcamos una situación que nos produce ansiedad.

SITUACIÓN 1:

Si me encuentro en un aeropuerto tomando algo antes de la salida de mi vuelo y, de repente, me doy cuenta de que mi avión está próximo a salir, seguramente me levantaré de un brinco para dirigirme a la puerta de embarque lo más rápido posible.



ANSIEDAD NORMAL



La reacción frente a la situación que me produce ansiedad me resulta útil porque me empuja a la acción.

SITUACIÓN 2:

Falta una hora para el embarque de mi vuelo, sin embargo, ya me encuentro nervioso.



ANSIEDAD NO ÚTIL



Es importante "ordenar nuestro enfrentar", ya que la ANSIEDAD aumenta cuando no actuamos.

1.- A partir de su experiencia, describa una situación o evento que le haya producido un estado de intensa ansiedad.

2.- Pensemos en lo siguiente y elija la que le parezca la mejor alternativa.

Ud. pensaría que a su hijo (a):

a.- Le ha sucedido algo malo.

b.- Su teléfono se ha quedado sin batería.

c.- Se le ha olvidado llamar ya que la está pasando muy bien.

Su hijo (a) ha salido temprano por la mañana de su casa, y solo le dice: "mamá, regreso en la tarde". Sin embargo ya son las 9 de la noche y su hijo (a) aún no ha regresado a casa.



3.- Ahora, a partir de la siguiente interrogante, mencione 10 situaciones de su vida diaria en donde las haya practicado.

¿Es necesario prevenir para vivir tranquilo?".

RETROALIMENTEMOS LO APRENDIDO……

1.- ¿Es necesaria la ansiedad en nuestra vida diaria?

a) No, está mal sentirse ansioso.

b) Sí, está bien sentir un poco de ansiedad ante determinadas circunstancias.

c) Sí, porque me permite estar siempre pendiente de lo que va a suceder.

2.- ¿Cómo identifico que me encuentro ansioso?

……

……

……

……

3.- ¿Cuándo consideramos a la ansiedad como un trastorno?

……

……

……

……

4.- ¿Qué crees que debemos hacer cuando se presenta un episodio de ansiedad?

……

……

……

……

5.- Las personas con trastornos de ansiedad frecuentemente tienen ..... intensos durante su vida diaria.

a) Alegría y tranquilidad
b) Tristeza y disgusto
c) Miedos y preocupaciones
d) Impotencia e incomprensión



"El hombre es la medida de todas las cosas. Es el hombre quien determina si las cosas son o no son y quien define cómo son".

PROTÁGORAS

UNIDAD III
TODO SOBRE LA DEPRESIÓN.

SESIÓN 3: "Reconociendo la depresión"

DEPRESIÓN

¿QUÉ ES?

Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

RECUERDA: Típicamente, "la depresión se caracteriza por períodos prolongados, superiores a dos semanas de ánimo bajo y apatía".

AFECTIVOS

Tristeza, ansiedad, irritabilidad, incapacidad para disfrutar, pensamientos suicidas, desesperanza o culpa.

COGNITIVOS

Indecisión, olvidos o pérdida de concentración.

SOMÁTICOS

Fatiga, cambios en el apetito o peso, insomnio, sueño excesivo, disfunción sexual, cefalea, problemas de estómago, dolor torácico, agitación.

DIFERENCIAS ENTRE TRISTEZA NORMAL Y DEPRESIÓN

TRISTEZA	DEPRESIÓN
Hay una causa desencadenante.	Puede no haber desencadenante.
Tristeza proporcional al desencadenante.	Tristeza no proporcional al desencadenante.
Duración de los síntomas proporcional al desencadenante.	Duración prolongada de los síntomas.
Poca alteración del rendimiento.	Importante alteración del rendimiento.
Síntomas físicos escasos o ausentes.	Síntomas físicos importantes.
Los síntomas suelen variar a lo largo del día.	Los síntomas no varían y tienden a empeorar.

ENTONCES:

"ESTAR TRISTE" ≠ "PONERSE TRISTE" O "SER TRISTE"

↓

TRISTEZA PATOLÓGICA



Analicemos el siguiente caso…

Carmen es una mujer de 27 años, que lleva dos años casada y trabaja en un supermercado. Lleva casi un año sintiéndose triste y apagada, aunque no entiende muy bien por qué. Dice no tener razones para estar triste, pero que, a veces, le da por llorar.

Ha engordado en los últimos meses. Cuando está en casa sola, le da por picar y últimamente se desvela por las noches con un hambre irresistible, que le conduce al frigorífico a comer lo que pille. Durante el día está soñolienta y fatigada, y su deseo sexual es mínimo. Su jefa le ha llamado la atención por bajar su rendimiento y últimamente discute mucho con su marido, quien critica su aumento de peso y su poco apetito sexual.

También ha tenido crisis de ansiedad con palpitaciones intensas y la sensación de que le faltaba el aire, lo que le hacía pensar que podía morir asfixiada. En su mente siempre los mismos pensamientos: “Soy una inútil”, “soy tonta”, “mi marido me dejará porque soy horrible”. Carmen estaba sufriendo un *episodio depresivo moderado*, que trató primero con fármacos y, al notar poca mejoría con éstos, con psicoterapia.

¿Cómo podemos resolver el problema?

.....

.....

.....

.....

.....

.....



¿Por qué tengo depresión?

Cuántas veces te habrás hecho esta pregunta… ¿Por qué yo, que se supone que debería ser feliz, tengo depresión? Es muy difícil responderla. De hecho, ni los especialistas nos ponemos de acuerdo. A lo largo de la historia se han dado muchas explicaciones sin que ninguna resulte totalmente convincente. Podríamos hablar de tus genes, de tu personalidad, de todo lo que te ha pasado en la vida, de cómo has aprendido a resolver problemas y a relacionarte con los demás, de tus conflictos personales y de tu forma de afrontarlos. Todos estos factores contribuyen en mayor o menor medida para dejarte deprimido. No podemos decirte en qué porcentaje ha contribuido cada uno de ellos, pero sí podemos decirte que una vez deprimido de poco importa.

Ahora pensemos en lo siguiente:

Puedes reflexionar sobre el tipo y la calidad de relaciones afectivas significativas que has tenido desde la niñez, por ejemplo, con tu madre, con tu padre, con tus hermanos (si los hay) u otras personas que hayan jugado un papel importante cuando eras pequeño, en tu adolescencia, con tus compañeros de trabajo, con tus vecinos, con tu pareja, con tus amigos o con tus hijos. En esa reflexión puedes observar qué ha pasado en esas relaciones. Si han sido problemáticas, si ha habido separaciones o pérdidas importantes, si te has sentido protegido, agobiado, tranquilo, exigido, culpado; si has sido cuidador o te han cuidado. También puedes observar si alguna persona importante en tu vida ha padecido depresiones, si has tenido o no en tu infancia una familia estable…

RETROALIMENTEMOS LO APRENDIDO:

1.- Defina qué significa para Ud. la depresión.

2.- Analice el siguiente caso y mencione los síntomas de la depresión:

AFECTIVOS: ----------

COGNITIVOS: ----------

SOMÁTICOS: ----------

La Sra. Ana refiere sentirse tensa, nerviosa e irritable. Describe una sensación fuerte de miedo y presencia de pensamientos recurrentes de muerte. Su malestar se traduce también en episodios de llanto incontrolado, insomnio de inicio y de mantenimiento, dificultades de comunicación con su marido y un gran descenso en su nivel de actividad.

3.- Describa la diferencia entre el sentimiento de tristeza normal y depresión.

……
……
……
……
……
……

4.- Escriba una situación en particular en la que Ud. haya estado atravesado un episodio de depresión.

……
……
……
……
……
……
……

Lea atentamente cada enunciado y en el recuadro de la izquierda escriba si el texto corresponde al sentimiento de "TRISTEZA" o "DEPRESIÓN":

Alteración del estado del ánimo y de la vitalidad, que impide que la persona funcione como de costumbre en su entorno familiar, social y laboral, y que genera un gran malestar. Se manifiesta mediante un conjunto de síntomas, se prolonga en el tiempo y bloquea a quien la padece. Si tienes depresión, es bastante probable que lleves un tiempo sintiéndote triste o irritado, con la sensación de que te cuesta disfrutar o relajarte como antes, y con la sensación de que estás más cansado física y mentalmente. Quizás hayas dejado de hacer algunas actividades y pases más tiempo solo, dándole vueltas a la cabeza.

Es frecuente escuchar expresiones como "estoy deprimido", "estoy de bajón" o "no levanto cabeza" para referirse a distintos estados de ánimo que reflejan un sentimiento de malestar que afecta a la forma habitual de pensar, sentir y comportarse. Sin embargo, sentirse triste y tener dificultades para adaptarse a la vida cotidiana no necesariamente indican que padezcas una depresión. La tristeza no es una enfermedad, es una emoción, y como todas las emociones es útil, aunque sea desagradable. Cuando perdemos algo importante que es imposible de recuperar o cuando nuestro esfuerzo no sirve para conseguir una meta deseada, la tristeza nos ayuda a detener nuestro empeño imposible, recuperar las energías perdidas, buscar compañía para consolarnos y planificar cómo continuar adelante.

UNIDAD IV

¿CÓMO MANEJAR LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN?

SESIÓN 4: ¿Me encuentro ansioso y/o depresivo, ahora qué hago?

Medlowicz y Stein en el año 2000 afirman que la presencia de un trastorno de ansiedad y depresión con sintomatología evidente tiene que ver con la reducción de la calidad de vida, así como del funcionamiento social y ocupacional, por lo tanto, es importante

meditar a cerca de nuestras preocupaciones, por ello debemos traerlas a la realidad y no dejar que ellas tomen el control de nuestra mente.

Bernardo Stamateas en su libro “Calma emocional” propone un cambio de actitud en la persona ansiosa, quién necesita desintoxicarse y liberarse para poder disfrutar de lo maravilloso que es la vida, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

RECUERDA:

Tanto la ansiedad como la depresión, pueden llegar a trastornar el curso normal de nuestra vida, deben ser enfrentadas y nunca ignoradas.

1.- Confeccione una lista de todas las preocupaciones que lo aquejan en estos momentos.

a. ……
……

b. ……
……

c. ……
……

d. ……
……

Ordenar nuestros miedos y preocupaciones, nos permite jerarquizar nuestros pensamientos, percibir la magnitud de cada uno de ellos y por ende pensar en las posibles soluciones.

2.- Habiendo ya enlistado nuestras preocupaciones, ahora debemos ponerlas en orden de importancia (de la más importante a la menos importante)

1. ***……..***
2. ***……..***
3. ***……..***
4. ***……..***
5. ***……..***

Cuando le tememos a algo, nos da miedo el futuro; debemos tomarnos un tiempo para considerar qué es lo peor que podría pasarnos si aquello que tanto nos preocupa sucediera.

El ser humano tiene la gran capacidad para dominar sus pensamientos ya que la manera como pensamos influye en como sentimos, por lo que el cambiar nuestra manera de pensar puede cambiar también nuestra manera de sentir y por ende enfrentar exitosamente cualquier situación que nos produzca ansiedad.

"La vida no es fácil para nadie. Pero ¡qué importa! Hay que perseverar y, sobre todo, tener confianza en uno mismo.

Hay que sentirse dotado para realizar alguna cosa, y esa cosa hay que alcanzarla, cueste lo que cueste".

MARIE CURIE

3.- De la lista de preocupaciones anteriormente jerarquizada, elijamos la primera y a continuación elaboremos una serie de soluciones que ayuden a revertir el estado de ansiedad que ello nos produce. (Considere soluciones donde Ud. tenga el control sobre las mismas)

a.-……..

……..

b.-……

……..

c.-……

……..

Ahora, imaginemos la siguiente analogía:





PIEZAS NEGRAS

=

PENSAMIENTOS NEGATIVOS



PIEZAS BLANCAS

=

PENSAMIENTOS POSITIVOS

¿QUIÉN ERES TÚ?

Piensas, que puedes ser las “PIEZAS BLANCAS” o las “PIEZAS NEGRAS”; ¡pues no!, Stamateas afirma que tú representas al “TABLERO DE AJEDREZ” y por lo tanto tienes toda la capacidad para “autoobservarte”. Una cosa es expresar “Soy inútil” y otra muy diferente es “Estoy teniendo el pensamiento de que soy un inútil”, él afirma lo siguiente en su libro “Calma emocional”: Si eres el tablero de ajedrez, entonces puedes tomar distancia de todo lo que te produce ansiedad y preocupación; convirtiéndote en el observador de tus pensamientos, permitiendo que circulen por tu mente, pero posees la increíble habilidad de ya no luchar contra ellos ni menos temerles….Si pensamos de esa forma estos pensamientos que nos agobian y nos quitan años de vida al final perderán fuerza y terminarán siendo simplemente lo que siempre fueron: ¡sólo pensamientos! y ¡Tú eres más que sólo pensamientos!.

¿QUÉ ES LA TERAPIA COGNITIVA?

La terapia cognitiva es una psicoterapia breve y sumamente estructurada que se centra en las experiencias cotidianas para enseñar a los individuos a cambiar sus pensamientos y creencias emocionales mediante una evaluación sistemática y planes de acción de carácter conductual con el objetivo de reducir estados desasosegantes tales como la ansiedad y la depresión.



“No deberías inquietarte por lo que aún no ha sucedido, puesto que la única forma que tiene el futuro para dañarnos es lograr que nos preocupemos”.

CHRISTOPHER

SESIÓN 5: "Aprendiendo a relajarme"

Evaluar la naturaleza del problema de ansiedad y depresión.





- ¿Qué es lo que le preocupa?
- ¿Desde cuándo se está sintiendo así?
- ¿Cómo se siente ahora?
- ¿Cómo ha enfrentado Ud. sus miedos y preocupaciones hasta ahora?

FINALIDAD

Comprender la naturaleza de la ansiedad y depresión.

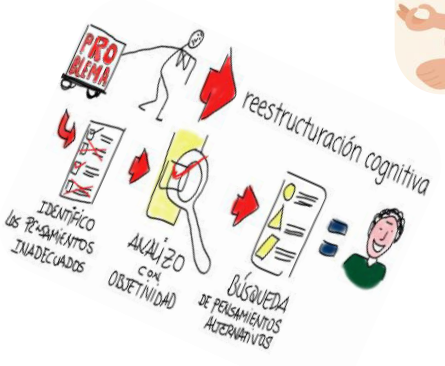
"PARA"

Desarrollar un plan de tratamiento.

ENFOCADO EN:



Corregir los pensamientos que producen ansiedad y depresión.



A TRAVÉS DE:

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

- Técnicas de relajación.
- Reestructuración cognitiva.
- Terapia alternativa.
- Auntoinstrucciones



RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

La respiración es un mecanismo fisiológico e involuntario que se modifica cuando nos sentimos o actuamos de determinadas formas.

La respiración aumenta su frecuencia e intensidad cuando nos encontramos frente a una situación que nos produce estrés y/o ansiedad como, por ejemplo: cuando nos encontramos en medio de una balacera desatada por delincuentes, cuando vamos a rendir un examen muy importante o cuando hacemos ejercicio; sin embargo, va a disminuir y volverse más diafragmática cuando estamos relajados.

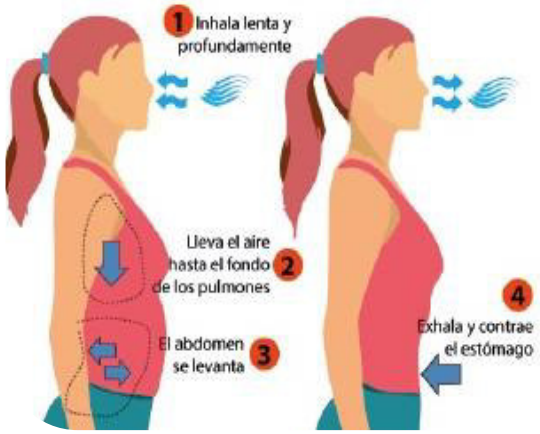


1.- Hagamos el siguiente ejercicio respiratorio, escuche atentamente las siguientes instrucciones y realícelas de acuerdo a lo que se le indica:

Durante el procedimiento, el usuario escucha una melodía que le permita relajarse.

El personal que brinda la consejería pedirá al usuario lo siguiente:

- ‡ Despeje su mente de todo tipo de preocupaciones, ponga la mente en blanco.
- ‡ Póngase en una posición cómoda.
- ‡ Acerque una de sus manos hacia el pecho y ponga la otra en el abdomen, para asegurar que lleva el aire a la parte baja de los pulmones, sin mover el pecho.
- ‡ Tome aire lentamente, sin mover el pecho y cuente del 1 al 5.
- ‡ Retenga el aire contando hasta 3.
- ‡ Suelte el aire lentamente mientras cuenta hasta 5.
- ‡ Procure mantenerse relajado cuando suelte el aire lentamente.



El ejercicio respiratorio se repetirá tantas veces como el personal de la consejería lo indique.

2.- A partir del procedimiento respiratorio realizado, describa cómo fue su experiencia con este ejercicio.

……
……
……
……
……
……..

a.- ¿Pudo concentrarse en realizar el ejercicio?

…….....

b.- ¿Estuvo pensando en algo mientras realizaba el ejercicio, en qué?

……
……..

c.- ¿Del 1 al 10, cuán relajado se ha sentido al realizar el ejercicio?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

d.- ¿Cree Ud. que puede realizar el ejercicio cada vez que sienta invadida (o) por la ansiedad, por qué?

……
……..

e.- ¿Considera Ud. que se sintió liberado de preocupaciones al realizar este ejercicio, por qué?

……
……..

f.- ¿Siente que su nivel de ansiedad ha disminuido luego del ejercicio respiratorio?

……..

g.- ¿Del 1 al 10, encierre en un círculo cuán ansioso se encuentra luego de haber realizado el ejercicio respiratorio?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

¿QUÉ ES?

La respiración diafragmática es un tipo de respiración relajante que usa el diafragma. El diafragma es el músculo que se encuentra debajo de las costillas y arriba del estómago. Con este tipo de respiración, el diafragma ocasiona que el estómago, en vez del pecho, suba y baje. Cuando los pulmones se llenan de aire el diafragma presiona hacia abajo y el estómago sube (se mueve hacia adelante).

El resultado es una respiración lenta, uniforme y profunda.

BENEFICIOS

- Reduce el dolor
- Ayuda con el ritmo cardiaco
- Reduce la ansiedad
- Reduce la tensión muscular
- Reduce el estrés
- Hace que la respiración sea más lenta.

"El simple hecho de respirar conscientemente constituye el elemento curativo más poderoso del cuerpo. Aprender a respirar correctamente y aprender al mismo tiempo a saber utilizar el poder de nuestros pensamientos en nuestro propio beneficio, son las actividades más importantes que puede aprender un ser humano".

RESPIRACIÓN SUPERFICIAL

Respiramos unas veinte mil veces al día. Por supuesto que ni siquiera pensamos en cómo lo hacemos. Pero la gran sorpresa es que, aunque parezca imposible, muchos lo hacemos mal. Muy mal ¿Por qué? Pues resulta que somos una inmensa mayoría los que solo utilizamos el 30% de nuestra capacidad respiratoria. El resultado es "la carencia de oxígeno que se traduce en estrés, ansiedad, dolores de cabeza y de espalda. Y tensión muscular y falta de estabilidad".

1. Respiraciones cortas y frecuentes.
2. Sensación constante de: agotamiento, pesadez, fatiga y cansancio.
3. Problemas de digestión.
4. Contracturas musculares, especialmente en el área cervical.
5. Somnolencia, bostezos y suspiros frecuentes.
6. Reducción de la capacidad pulmonar y de la resistencia corporal.
7. Envejecimiento prematuro.

SESIÓN 6: "Un acercamiento a la meditación"

VEAMOS LO SIGUIENTE...

Hoy en día mucha gente tiene esta sensación de estar atrapada, de estar encerrada en una vida que ya no parece ser satisfactoria. Sintiendo un sentimiento de callada desesperación y mantenido a distancia a través de una actividad constante o de remedios milagrosos. ¿Quién de entre nosotros no ha sentido alguna vez la necesidad de escapar hacia una nueva vida, fantaseando quizás que uno es liberado por un nuevo y hermoso amante o imaginándonos que ganamos la lotería? Algunos de nosotros nos pasamos la vida esperando; esperando a que pase algo que cambie nuestras vidas. Y aun así, la lección más básica y obvia que la vida ofrece, aparentemente tan difícil de comprender, es la de que la felicidad es un estado mental, y no algo que pueda ser adquirido del mundo exterior o de otras personas.

Todos ambicionamos la felicidad, pero la mayoría de nosotros la buscamos fuera de nosotros mismos; en otras personas, en el trabajo, o en las actividades meramente ociosas. Conforme envejecemos nuestros sueños se desvanecen lentamente. Vamos convirtiéndonos en personas menos idealistas, más pragmáticas. Nos conformamos con lo que tenemos y tratamos de ser filosóficos en relación a esos sueños que nunca se cumplieron, o que sí se cumplieron, pero resultaron estar vacíos de la promesa que en otro tiempo habían guardado. En su mayoría nuestras vidas se van asentando sobre moldes previsibles, y mientras tanto lo único que hacemos es contemplar tristemente nuestros sueños rotos o vacíos.

Analicemos el siguiente poema de Miroslav Holub:

Ve y abre la puerta.
Quizás afuera haya un árbol,
Un bosque, un jardín,
Una ciudad mágica.
Ve y abre la puerta.
Quizás haya un perro hurgando.
Quizás veas una cara, o un ojo,
o la imagen de una imagen.
Ve y abre la puerta.
Si hay niebla,
se despejará.
Ve y abre la puerta.
Aunque no haya nada más
que el tic tac de la noche,
aunque no haya nada más
que el sordo aire,
aunque no haya nada,
ve y abre la puerta.
Al menos hará viento.



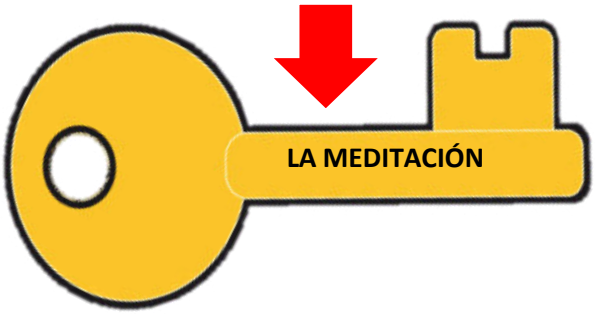
¿De qué puerta crees que habla el poeta?



Pues se refiere a la puerta que se abre hacia dentro de nosotros mismos para revelar nuestras necesidades más profundas al igual que nuestras más elevadas aspiraciones.

¿CÓMO CREES QUE PODEMOS ABRIR LA PUERTA?

¿CUÁL ES LA LLAVE?



Analicemos la siguiente situación:

Supongamos pues que estamos escribiendo una carta. Es una carta urgente que debe enviarse sin demora en el próximo correo. Pero como tan a menudo sucede en nuestra vida moderna, suena el teléfono: es un amigo que quiere charlar un poco. Antes de darnos cuenta, ya estamos involucrados en una larga conversación. Continuamos charlando quizás durante media hora y finalmente colgamos el teléfono. Hemos hablado de tantas cosas con nuestro amigo que casi nos hemos olvidado que estábamos escribiendo una carta, y hemos hablado durante tanto tiempo que sentimos sed. Así pues, damos una vuelta por la cocina y ponemos la tetera al fuego para prepararnos una taza de té. Mientras esperamos a que hierva el agua oímos un sonido agradable que viene del otro lado de la pared, de la puerta de al lado, y al darnos cuenta de que es la radio, pensamos que nosotros también podríamos escuchar música. Vamos corriendo a la habitación contigua, encendemos la radio y empezamos a escuchar una canción. Cuando ésta termina empieza otra y también queremos escucharla. Así va pasando el tiempo y, lógicamente, nos hemos olvidado del agua de la tetera que está hirviendo. Justo cuando estamos en medio de todo este atolondramiento oímos que alguien llama a la puerta: es un amigo que ha venido de visita. Como estamos muy contentos de verle, nos sentamos a charlar y, en un momento dado, queremos ofrecerle una taza de té. Vamos a la cocina y la encontramos llena de vapor. Entonces nos acordamos de que habíamos puesto la tetera al fuego un rato atrás y eso nos hace recordar la carta. Pero ya es demasiado tarde, el correo ya ha cerrado.



La situación presentada consiste en un claro ejemplo de falta de atención consciente en la vida diaria. En realidad, para la gran mayoría, la vida diaria consiste en este tipo de desatención. Sin duda alguna, todos nosotros podemos vernos retratados en este ejemplo y podemos reconocer que ésta es la forma caótica y descuidada en que vivimos nuestra vida.

Sencillamente pasamos de una cosa a otra, de un propósito a otro, de un deseo a otro, y así todo el tiempo.

ENTONCES... ¿QUÉ IMPLICA LA MEDITACIÓN?

CUERPO

Incorporar nuestro cuerpo a nuestra experiencia de meditación a través de la respiración consciente y/o la postura que adoptamos.



MENTE

Mantenernos conscientes y lúcidos de lo que estamos experimentando, es decir, estar claros de la respiración y la calidad de la misma.

CORAZÓN

Tenemos que encontrar el color, el fondo, la dimensión emocional cuando estamos meditando.

SESIÓN 7: Hacia la iluminación y desarrollo espiritual

¿QUÉ ES MEDITAR?

Es una práctica que permite cultivar y desarrollar ciertas cualidades humanas fundamentales, de la misma manera que otras formas de entrenamiento nos enseñan a leer, a tocar un instrumento de música o a adquirir cualquier otra aptitud.

Cultivar cualidades que, aunque todos nosotros poseemos en nuestro interior, se mantienen en estado latente mientras no hagamos el esfuerzo de desarrollarlas.

La meditación no es sobre una creencia, no es un dogma ni tampoco una doctrina o una serie de pensamientos confinados; es una práctica con impactos científicamente comprobados.



EVIDENCIA CIENTÍFICA

Diversos estudios científicos demuestran que 20-30 minutos de meditación diaria durante 6-8 semanas proporcionan los siguientes:

BENEFICIOS

1. Disminución de la ansiedad y de la vulnerabilidad del dolor.
2. Descenso de la tendencia a la depresión y a la ira.
3. Fortalecimiento de la atención.
4. Fortalecimiento del sistema inmunológico.

POSTURAS PARA MEDITAR

La postura física influye en el estado mental. Si adoptamos una postura demasiado relajada, hay muchas posibilidades de que nuestra meditación sea torpe y nos produzca somnolencia. En cambio, una postura demasiado rígida y tensa puede propiciar agitación mental. En consecuencia, hay que adoptar una postura equilibrada, ni demasiado tensa ni demasiado relajada.



RETROALIMENTEMOS LO APRENDIDO

1. Mencione qué no es meditar.

a) Una práctica que permite cultivar y desarrollar cualidades humanas como el amor y la compasión hacia los demás.
b) Una práctica de autocontrol destinada a regular el cuerpo y la mente hacia un estado de profunda relajación.
c) Reflexionar o pensar de forma intencionada sobre algo.
d) Buscar el contacto continuo con nuestro verdadero ser interior.

2. ¿Considera Ud. que en su vida hay aspectos por mejorar?

a) Sí
b) No

3. Mencione los aspectos que desearía mejorar en su vida.

……
……
……
……

4. Con la práctica de la meditación se busca prestar atención plena al:

a) pasado
b) presente
c) futuro
d) presente y futuro

5. Mencione 2 beneficios que nos proporciona la práctica constante de la meditación.

……
……

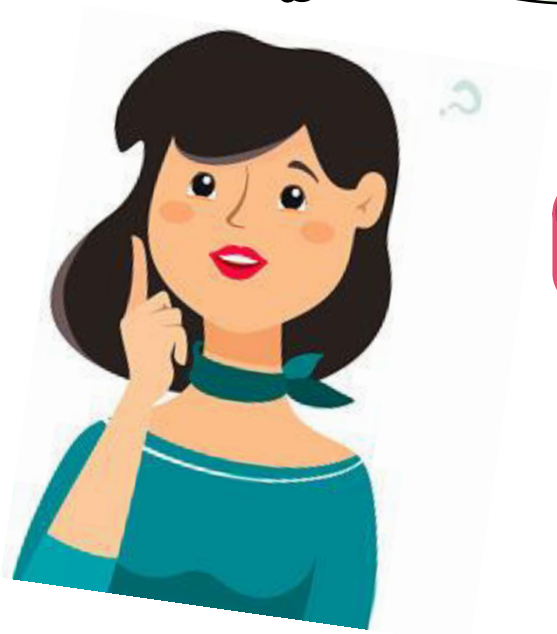
6. Comente brevemente su experiencia de meditación desarrollada en la sesión N° 7

……
……
……
……
……
……

SESIÓN 8: "Cuidado con lo que piensas, que te lo vas a creer"

AUTOINSTRUCCIONES

¿Te prestas atención a los mensajes que te dedicas a ti misma?



¿QUÉ ES?

Es un dialogo con nosotros mismos que consisten en guiar la planificación de lo que vamos a hacer, de lo que vamos a decir o de lo que vamos a pensar en momentos difíciles y/o situaciones angustiantes.

Se trata de poder afrontar correctamente la situación, en resumen, se trata de establecer unas verbalizaciones internas adecuadas para guiar con éxito nuestra conducta.

TODA SITUACIÓN TIENE 3 FASES:

1.- FASE DE PREPARACIÓN

Es todo lo que nos decimos antes de enfrentarnos a la situación.

2.- FASE DE ENFRENTAMIENTO

Nos encontramos afrontando la propia situación.

3.- FASE DE RESOLUCIÓN

Es lo que nos decimos cuando ha pasado o se ha resuelto la situación.

RECUERDA:

Podemos elaborar una lista de mensajes para repetirnos antes, durante o después de enfrentarnos a la tarea que nos causa temor, estos mensajes nos los repetiremos en voz alta o a nosotros mismos, siempre debemos tener en cuenta que deben cumplir las siguientes características:

- Frases cortas.
- Frases que impliquen la actividad que vamos a realizar.
- Personalizadas según tu vocabulario y tu forma de expresarte.
- Enunciadas en positivo y desde un marco realista.

Ejemplos de estrategias de auto-instrucciones:

PARA EL ANTES (FASE DE PREPARACIÓN)

- "Estar nervioso es normal con todo lo que está pasando".
- "Intentaré respirar lentamente para calmarme".
- "No puedo controlar toda la situación, pero sé que puedo hacer ~~~~~~~~~~ y ~~~~~~~~~, me centraré en esto".
- "Puedo hacerlo", "Ya me he enfrentado con esto antes", "Lo he superado otras veces".
- "Si lo necesito, pediré ayuda a ~~~~~~~~~~~~~".

PARA EL DURANTE (FASE DE ENFRENTAMIENTO)

- "Voy a centrarme solo en lo que ocurre aquí y ahora".
- "Primero tengo que hacer ~~~~~~~~~~~~~, ahora voy a hacer ~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~. Lo siguiente es~~~~~~~~~~~~~~~~~"
- "Lo estoy haciendo bien", "Puedo soportar esto".
- "Siento ansiedad, es normal, voy a respirar profundamente dos veces y continuar".

PARA EL DESPUÉS (FASE DE RESOLUCIÓN)

- "Lo he hecho muy bien", "Hoy he hecho un buen trabajo".
- "No he logrado ~~~~~~~~~~~~, pero si he podido ~~~~~~~~~~~~~. Esto es algo valioso"
- "Después de esto me merezco un descanso".
- "Tengo derecho a sentirme así ante esta situación".
- "Esto me servirá para futuras situaciones".

RETROALIMENTEMOS LO APRENDIDO

1.- No corresponde a las autoinstrucciones.

a) Palabras o frases que sirven de guía para enfrentar una determinada situación.
b) Afirmaciones para uno mismo.
c) Frases que le decimos a los demás para enfrentar problemas.
d) Influyen en nuestro comportamiento como un monólogo interno.

2.- Con frecuencia cómo suele resolver y/o enfrentar situaciones problemáticas?

……
……
……
……
……

3.- Enuncie las autoinstrucciones negativas y positivas que ha venido diciéndose a sí mismo hasta el momento.

NEGATIVAS	**POSITIVAS**
……	……
……	……
……	……
……	……

4.- Complete con V si considera que el enunciado en verdadero y F si cree que el enunciado en FALSO.

a) Nuestra mente nunca está en reposo. ( )
b) Las autoinstrucciones ayudan a tranquilizar la mente. ( )
c) Siempre puedo darme instrucciones para cualquier situación. ( )
d) Las autoinstrucciones no sirven para planificar y organizar tareas y/o acontecimientos. ( )

5.- Elabore 2 autoinstrucciones, que utilizará como guía previa a partir de ahora para ejecutar, facilitar o controlar determinado modo de acción y/o comportamiento.

……
……
……
……
……

SESIÓN 9: "Hacia un estilo de vida saludable"

¿QUÉ ENTENDEMOS POR ESTILO DE VIDA SALUDABLE?



Un estilo de vida saludable implica lo siguiente:

- BIENESTAR FÍSICO
- BIENESTAR SOCIAL
- BIENESTAR MENTAL

ENTONCES:

Se define como comportamientos y/o actitudes que las personas incorporan a su vida diaria con la finalidad de mantener una armonía entre el cuerpo y la mente.

Factores que intervienen en una vida saludable.

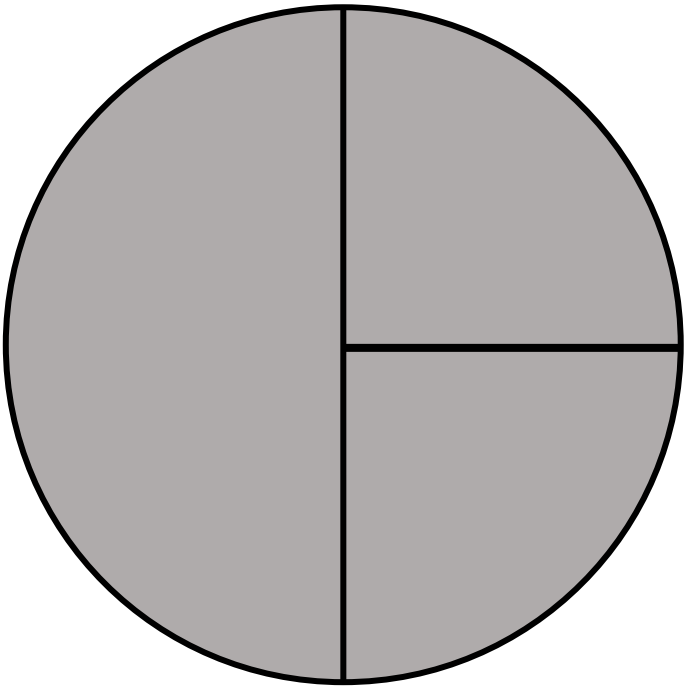
- ***LA ALIMENTACIÓN***
- **LA ACTIVIDAD FÍSICA**
- ***EL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS***
- **EL DESCANSO**

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

¿Qué es?

Aquella que proporciona los nutrientes que el cuerpo necesita para mantener el buen funcionamiento del organismo.

MI PLATO SALUDABLE



PROTEÍNAS



CARBOHIDRATOS



VITAMINAS

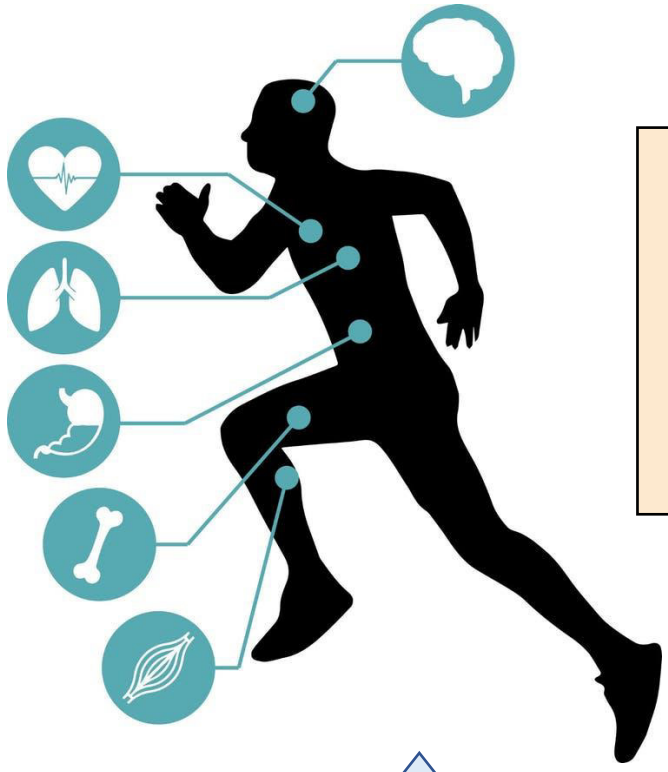


¿A QUÉ PARTE DEL PLATO CORRESPONDE CADA GRUPO DE NUTRIENTES DE LAS IMÁGENES MOSTRADAS?

ACTIVIDAD FÍSICA

¿Qué es?

Es cualquier movimiento corporal intencional producido por los músculos esqueléticos que determina un gasto energético. Incluye al deporte y al ejercicio, pero también a las actividades diarias como subir escaleras, realizar tareas en el hogar o en el trabajo, trasladarse caminando o en bicicleta y las actividades recreativas.



Realice actividad física por lo menos 30 minutos diarios.

TIPOS DE EJERCICIOS:

- Caminar a paso rápido o trotar.
- Bailar.
- Tareas domésticas.
- Participación activa en juegos y deportes con niños y paseos con animales domésticos.
- Subir escaleras.
- Correr.
- Acelerar el paso en una subida.
- Aeróbicos: nadar o bailar con buen ritmo.
- Deportes

RECUERDE: El descanso se considera saludable cuando se cumplen 7 a 8 horas de sueño reparador.

RETROALIMENTEMOS LO APRENDIDO

1.- No es un nutriente.

a) carbohidratos
b) lácteos
c) minerales
d) proteínas

2.- ¿Cuántas son las porciones que debemos comer al día?

a) 4
b) 5
c) 3
d) 6

3.- ¿Cuántos vasos de agua al día se recomienda?

a) 3-4 vasos
b) 5-6 vasos
c) 6-8 vasos
d) 6-7 vasos

4.- Un sueño reparador se considera cuando dormimos:

a) 6 horas
b) 7-8 horas
c) 5 horas
d) 4-5 horas

5.- Complete los nutrientes que corresponden en cada parte del plato saludable:

