UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS, A.C.

"TÉCNICA DE PRECISIÓN E INTEGRACIÓN EN PACIENTES CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA QUE VIVEN CON VIH"

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

PRESENTA

LUZ ELENA MILÁN RODRÍGUEZ

CUIDAD DE MÉXICO, AGOSTO 2019

UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS, A.C.

Lic. Irael Rosario Loaeza

Encargado del Departamento de Supervisión de Infraestructura y Procesos, Dirección de Instituciones Particulares de Educación Superior, Dirección General de Acreditación, Incorporación y Revalidación, Secretaría de Educación Pública

Por medio de la presente hago de su conocimiento que la tesis titulada **"TÉCNICA DE PRESICIÓN E INTEGRACIÓN A PACIENTES CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA QUE VIVEN CON VIH", de la estudiante LUZ ELENA MILÁN RODRÍGUEZ,** de la **MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA** ha sido elaborada bajo los requisitos establecidos por la Universidad y aprobados por la Secretaría de Educación Pública, por lo cual me hago responsable académicamente.

Atentamente,

_____

Dr. ISMAEL DÍAZ OROPEZA

Ciudad de México, Agosto 2019

UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS, A.C.

El presente trabajo de investigación ha sido leído y aprobado por los miembros del Comité Académico asignado para:

LUZ ELENA MILÁN RODRÍGUEZ

Como parte de los requisitos para obtener el Grado de:

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Director	**Dr. Ismael Fernando Díaz Oropeza**	
Primer Sinodal	**Dra. Gracia Domingo Ibañez**	
Segundo Sinodal	**Dr. Jaime Arturo de la Torre Soto**	

_____

Dra. Nasnia Oceransky Woolrich

Ciudad de México., Agosto 2019

UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS, A.C.

Acuerdo No. 2005297 de fecha Mayo 27, 2005

"TÉCNICA DE PRESICIÓN E INTEGRACIÓN EN PACIENTES CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA QUE VIVEN CON VIH"

Tesis que presentó

LUZ ELENA MILÁN RODRÍGUEZ

En cumplimiento parcial de los requisitos para obtener el Grado de:

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Ciudad de México, Agosto 2019

Agradecimientos

Mi agradecimiento principal va a mis padres, aquellos que siempre me han alentado a continuar con mis estudios y mis sueños, y en ningún momento dudaron en que podía concluir esta tesis, Elena y Ventura, los amo infinitamente.

A mis hermanos, Omar y Robert, por siempre estar para mi, apoyarme, molestarme y no dejarme caer; a mi cuñada, Lucy, por ser parte también de este proceso. Gracias a los tres, son mis más grandes aliados y complices.

A Sebastián, que como siempre, ha sido parte de mi motivación y que ahora vuelve a ser parte de este proceso, y repitiendo las palabras que un día me dijo "Gracias por ser alguien importante en mi vida y apoyarme en todo".

A mis amigxs por estar conmigo en todo momento de mi vida, les quiero infinitamente.

A mi familia, en general, por todos aquellos momentos donde su apoyo fue incondicional.

A todos aquellos que participaron en esta tesis: instituciones, pacientes, profesores, compañeras, terapeutas, personal administrativo, etc.

Y finalmente, pero no menos importante, a mi alma mater por partida doble y a mis profesores, que fueron parte principal de obtención de conocimiento, principalmente a Jaime y Eitan, quienes inspiraron esta tesis, esperando que la TPI siga dando todos los frutos que se han buscado; a Ismael por llevar este proceso de la mano para que fuera posible.

"Un hombre (una mujer), como yo, necesita un caballo de guerra, una pasión que lo consuma, un tirano. Yo he encontrado una pasión y en su servicio no conozco límites, mi pasión es la psicología."

- S. Freud.

"La psicoterapia es un arte basado en ciencia."

- J. De la Torre, E. Kleinberg.

Resumen

La presente tesis muestra la aplicación de psicoterapia integrativa basándose en la propuesta de la Técnica de Precisión e Integración (TPI) en pacientes con sintomatología depresiva que viven con diagnóstico de VIH, midiéndose la disminución de la sintomatología depresiva, el aumento en el funcionamiento global de la actividad y la satisfacción del tratamiento recibido en función de sus objetivos terapéuticos. Durante estas sesiones se emplearon terapias de corte posmoderno con el enfoque integrativo propuesto por la TPI; los resultados fueron estadísticamente significativos ($\chi 2 = 26$, gl= 2, p=.000) haciendo una recaudación de los criterios a medir con ayuda del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) y la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4).

Palabras clave: terapia integrativa, terapia posmoderna, depresión, VIH.

Abstract

This thesis shows the application of integrative psychotherapy based on the proposal of the Técnica de Precisión e Integración (TPI) in patients with depressive symptomatology living with HIV diagnosis, measuring the decrease in depressive symptomatology, the increase in the overall functioning of the activity and the satisfaction of the treatment received based on their therapeutic objectives. During these sessions postmodern therapies were used with the integrative approach proposed by the TPI; the results were statistically significant ($\chi 2 = 26$, df = 2, p = .000) by collecting the criteria to be measured with the help of the Beck Depression Inventory (BDI-II), the Global Assessment of Functioning Scale (GAF) and the Consumer Reports Effectiveness Scale (CRES-4).

Keywords: integrative therapy, postmodern therapy, depression, HIV.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I. Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH) 2

1.1 Conceptualización 2

1.1.1 Sindrome de Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA) 2

1.1.2 Etiología 2

1.1.3 Modo de transmisión 3

1.1.4 Manifestaciones clínicas 3

CAPÍTULO II: Trastorno de Depresión. 4

2.1 Depresión en pacientes que viven con VIH 5

2.2 Invernciones psicoterapeuticas en pacientes con depresión y VIH. 6

2.2.1 Terapia Cognitivo Conductual 7

2.2.2 Terapia Electroconvulsiva 7

CAPÍTULO III: Técnica de Precisión e Integración (TPI) 9

3.1 Modelo Paramnémico (MoPa) 9

3.1.1 Ciclo del Proceso Motivacional 9

3.2 Teoría de la Técnica de Precisión e Integración (TPI) 11

3.3 La Depresión desde el Modelo Paramnémico 12

CAPÍTULO IV: Método 14

4.1 Objetivos Específicos 14

4.2 Participantes 14

4.3 Instrumentos 14

4.3.1 Inventario de Depresión de Beck 14

4.3.2. Escala de Evaluación de la Actividad Global 14

4.3.3 Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido 15

4.4 Procedimiento 15

RESULTADOS 17

DISCUSIÓN 20

REFERENCIAS 23

ANEXOS

Anexo 1: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) 28

Anexo 2: Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) 33

Anexo 3: Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4) 34

Anexo 4: Consentimiento Informado 36

Anexo 5: Ejemplo del Proceso Motivacional dentro del Modelo Paramnémico de Modificación de Respuestas. 39

Índice de Tablas

Tabla 1. Trastorno Depresivo explicado desde el Modelo Paramnémico. 13

Tabla 2. Sintomatología depresiva global. 17

Tabla 3. Sintomatología depresiva enfoque Cognitivo-Afectivo. 17

Tabla 4. Sintomatología depresiva enfoque Somático. 18

Tabla 5. Resultados de la variable del EEAG 18

Tabla 6. Resultados CRES-4 19

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el VIH es un diagnóstico médico que va en aumento, de acuerdo al Registro Nacional de Casos de SIDA de CESIDA (2018) se ha triplicado el número de casos referente al año 2010, debido a que la percepción en los jóvenes y adultos jóvenes de entre 15 a 34 años ha ido modificándose, ha pasado de ser una "enfermedad mortal" a una "condición de vida", esto derivado a la efectividad y nuevos métodos de tratamiento farmacológicos (antirretrovirales) lo que ha derivado en una esperanza de vida mayor a la que se le daba a los pacientes con VIH/SIDA hace diez años, aunado que se han visto en aumento las conductas de riesgo específico como las relaciones sexuales casuales, desde el contacto por redes sociales hasta las llamadas "one-night stand". Sin embargo, el saber sobre un diagnóstico puede repercutir en medida negativa en la percepción de la salud personal, es por eso que se llegan a tener tendencias de comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo, como lo es la depresión.

La depresión en pacientes con VIH, ha sido una variante muy estudiada a lo largo de varios años, enfocándose en la búsqueda del tratamiento más óptimo, ya que no solo es la condición médica del VIH, sino sumarle también el duelo por la pérdida de la salud y aunado a la presión y rechazo social por el estigma de dicho diagnóstico.

Este estudio buscará aplicar y determinar el nivel de efectividad del tratamiento psicoterapéutico basándose en la terapia integrativa propuesta por Técnica de Precisión e Integración (TPI) con pacientes que presentan sintomatología relacionada con el Trastorno de Depresión y que son portadores de Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH); buscando en dicho trabajo notar los cambios clínicamente significativos para disminuir la sintomatología depresiva y así dar paso a más estudios sobre la eficacia de la TPI en pacientes con enfermedades crónicas con comorbilidad a trastornos del estado de ánimo.

Capítulo I. Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH)

1.1 Conceptualización

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS). El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) infecta las células del sistema inmunitario y las destruye o altera su funcionamiento, lo que deriva en el deterioro progresivo de dicho sistema y acaba produciendo una deficiencia inmunitaria. Se habla de inmunodeficiencia cuando el sistema inmunitario ya no puede cumplir su función de combatir las infecciones y otras enfermedades. (OMS, 2018)

1.1.1 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

El Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), representa la etapa más avanzada de la infección por el VIH. Se define por la aparición de alguna de más de veinte infecciones oportunistas o cánceres vinculados con el VIH. Viene a ser el conjunto de síntomas que se manifiestan cuando el sistema inmunológico está muy débil como para combatir las infecciones causados por un virus llamado VIH que ocasiona la destrucción de nuestro sistema inmunológico. (OMS, 2018)

1.1.2 Etiología

El virus del SIDA ingresa al organismo a través de la sangre, el semen y los fluidos vaginales y una vez incorporado ataca el sistema inmunológico. Este sistema está constituido por un conjunto de componentes que incluyen células, anticuerpos y sustancias circulantes que enfrente a todo elemento que sea reconocido como ajeno o extraño. Esto sucede, especialmente con los agentes infecciosos como bacterias, hongos, virus y parásitos. Frente a la presencia de agentes infecciosos el sistema inmunológico moviliza para defenderse células llamadas linfocitos. Los linfocitos, al ser invadidos por el virus VIH pierden su capacidad para reconocer y enfrentar a los agentes extraños, los que aprovechan la oportunidad de esta caída de la vigilancia inmunológica para proliferar. (German, 2015)

Para multiplicarse, el virus pone en funcionamiento un mecanismo específico de los retrovirus por el cual copia su genoma (conjunto de información genética de un ser vivo) de Ácido Ribonucleico (ARN), en el Ácido Desoxirribonucleicos (ADN) de la célula. La presencia del virus estimula la actividad reproductiva de los linfocitos, pero, dado que tienen copiado el genoma del VIH, en vez de reproducirse, multiplican células virales. (Urrea, 2013)

1.1.3 Modo de transmisión

El VIH/SIDA se transmite por tres vías: sexual, sanguínea, y vertical de madre/hijo. En este estudio solo hablaremos de la vía sexual. En el México, 92% de los casos han ocurrido a través de las relaciones sexuales. En el mundo este porcentaje asciende a 97% de casos. (IMSS, 2017)

Por la vía sexual la enfermedad se transmite por medio de fluidos corporales, principalmente sangre y semen. Hasta la fecha no tiene cura y lleva irremediablemente a la muerte. El contagio de este padecimiento ha aquejado a la humanidad; como ejemplo podemos observar como en Estados Unidos, a pesar de sus intentos fallidos de "educación sexual y prevención," se estima que cada hora se contagia un adolescente de VIH/SIDA. (InfoSIDA, 2018)

1.1.4 Manifestaciones Clínicas

De acuerdo a las especificaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuando una persona adquiere el virus del VIH, en su etapa inicial no presenta ningún tipo se síntomas que adviertan la presencia de una enfermedad o infección. Solo después de varios años se manifiestan un conjunto de sintomatología que advierten la presencia de una anomalíá orgánica. Dichos síntomas son:

- Fiebre de 38ºC o más durante un periodo no inferior a 10 días.
- Dolor de cabeza y/o garganta.
- Pérdida del 10% de su peso corporal en menos de un mes.
- Ganglios inflamados.
- Fatiga permanente.
- Diarrea por más de un mes.
- Dolores musculares.
- Dificultad para pensar con claridad.
- Perdida de equilibrio.
- Depresión profunda.
- Sudoración y escalofrió nocturno.

Capítulo II. Trastorno de Depresión.

El DSM-4-TR describe el Trastorno Depresivo Mayor como un trastorno episódico con un resultado crónico y un elevado riesgo de mortalidad (APA, 2012), equivalente a la descripción de la CIE-10 de trastorno depresivo (WHO, 1992). Implica la presencia de al menos un episodio depresivo mayor, con la experiencia de humor depresivo casi todo el día, todos los días durante al menos 2 semanas. Existe una pérdida de afecto positivo que se manifiesta en un rango de síntomas, incluyendo trastornos del sueño, falta de autocuidado, poca capacidad de concentración, ansiedad y la falta de interés en actividades diarias (NICE, 2009).

Un diagnóstico formal utilizando el sistema de clasificación CIE-10 requiere por lo menos cuatro de cada diez síntomas depresivos, mientras que el sistema DSM-IV requiere por lo menos cinco de nueve para un diagnóstico de depresión mayor. Los síntomas deben estar presentes por lo menos durante 2 semanas y cada síntoma debe estar presente con la severidad suficiente en la mayoría de los días. Ambos sistemas de diagnóstico requieren que al menos uno (DSM-IV) o dos (CIE-10) síntomas clave estén presentes (estado de ánimo bajo, pérdida de interés y placer o pérdida de energía) (NICE, 2009).

Los trastornos de depresión son muy comunes y cada vez más se reconoce que los síntomas depresivos pueden ser angustiosos e incapacitantes si persistentes (NICE, 2009). La Encuesta Mundial de Salud Mental (World Mental Health Survey) realizada en 17 países encontró que, en promedio, aproximadamente 1 de cada 20 personas reportaron haber tenido un episodio de depresión en la experiencia previa (World Health Organization, 2012). Es estimado que la depresión afecta a 350 millones de personas alrededor del mundo, con un riesgo de por vida del 7%. Es probable que aumente un 5,7% de la carga mundial de morbilidad en 2020 (Li et al., 2015). Otro estudio epidemiológico realizado periódicamente investigó la carga mundial de morbilidad de enfermedades (Global Burden of Disease - GBD) e identificó un aumento del impacto de esta enfermedad a lo largo de los años (Ferrari et al., 2013).

En 1990 el GBD clasificó la depresión como la cuarta causa de morbilidad en el mundo, lo que equivale a 3,7% de todos los años de vida de discapacidad (DALY). Su posición se encontraba después de infecciones respiratorias inferiores, enfermedades diarreicas y condiciones durante el periodo perinatal (Ferrari et al., 2013). En el GBD realizado en el año 2000, los trastornos depresivos son la tercera causa de morbilidad, lo que equivale a 4,3% de todos los DALY, después

de las infecciones respiratorias inferiores y de las enfermedades diarreicas. También fue la principal causa de discapacidad, responsable del 13,4% de los YLD en mujeres y del 8,3% en hombres (Üstün et al., 2004). La prevalencia de la depresión y sus correlatos varían entre los países. Se han formulado hipótesis de que factores contextuales, como el nivel de ingresos de los países o las desigualdades de ingresos, pueden contribuir a estas diferencias. En este sentido, un estudio revisó la prevalencia, curso, correlaciones socio-demográficas y costos sociales alrededor del mundo. A pesar de que la prevalencia en la vida y el curso varían bastante entre los países por razones que pueden involucrar procesos sustantivos y metodológicos, los datos cruzados son claros en la documentación de la prevalencia significativa a lo largo de la vida con una amplia variación en la edad de inicio y alto riesgo de la persistencia crónica de por vida. Se encontraron una serie de correlatos sociodemográficos de la depresión mayor de forma uniforme entre los países, y los datos transnacionales también documentan las asociaciones con numerosos resultados adversos, incluyendo, por ejemplo, educación baja, embarazos en la adolescencia, interrupción del matrimonio, empleo inestable, baja calidad conyugal, bajo rendimiento laboral, bajos ingresos. También fueron documentados el aumento del riesgo de aparición, persistencia y gravedad de una amplia gama de trastornos secundarios y aumento del riesgo de mortalidad temprana por trastornos físicos y suicidio (Kessler y Bromet, 2013).

2.1 Depresión en pacientes que viven con VIH.

Debido a la doble condición de enfermedad infecciosa y crónica, que se presenta en el VIH/SIDA, existen diferentes tipos de agravantes con respecto a las respuestas psicosociales que provienen tanto del portador como de los que le rodean, ya sea el entorno familiar, los prestadores de salud y la sociedad en conjunto. Es aquí cuando el estado mental y emocional se ve afectado, no solo su funcionamiento fisiológico, ya que deben lidiar con una serie de estresores socioculturales, económicos y psicológicos a los cuales se ven enfrentados, por lo que se enfrenta a situaciones sumamente conflictivas, empezando por sentimientos de culpa y venganza contra sí mismo, y contra la persona que posiblemente lo contagio, tratos discriminatorios a nivel laboral, familiar, en el sistema de salud y en el sistema social. Con el paso del tiempo estas tensiones y sentimientos negativos pueden disminuir la energía emocional necesaria enfrentar la vida. (Clarke, 2010)

Cuando los síntomas tienden a agravarse, se pueden desencadenar pensamientos negativos que aumentan los sentimientos de ansiedad y tristeza que con frecuencia llevan a la depresión. La depresión se considera como un conjunto de concepciones negativas de sí mismo, del mundo y del futuro; mismas que conllevan a una serie de distorsiones en el procesamiento de la información, descrito por Beck (1988).

Los episodios depresivos en pacientes seropositivos para VIH, en general comparten las mismas características clínicas que en pacientes seronegativos. Los pacientes con VIH/SIDA también manifiestan desánimo y/o incapacidad de sentir placer, pueden presentar cambios conductuales tales como aislamiento e irritabilidad; están expuestos a sufrir los cambios neurovegetativos propios de este trastorno, tales como insomnio, inapetencia, polifagia y cambios en el peso corporal. Además se ha encontrado que el virus de la inmunodeficiencia humana es neurotrópico ya que el VIH también infecta células que no expresan CD4, como las células gliales del cerebro, células neuronales y células epiteliales colónicas. Estas células que no expresan el receptor CD4, expresan el receptor de la familia de los glicolípidos, denominado galactosil de ceramida, la cual se ha demostrado como receptor del VIH es por esta razón que los portadores manifiestan una alta incidencia de anormalidades electroencefalografícas y más anomalías en la valoración neuropsicológica. La depresión, manía o psicosis pueden aparecer en la encefalopatía por SIDA. (Galindo, 2010)

La prevalencia de la depresión en pacientes con VIH se maneja en un 35% de la población total, sin embargo, la variabilidad en los reportes sociodemográficos suelen alternar entre el 20% y 75% de acuerdo a la población con la que se este trabajando, el periodo de tiempo en el que se llevó a cabo la investigación y los instrumentos utilizados para la medición de la variable (Morrison, 2002)

2.2 Intervenciones psicoterapeuticas en pacientes con Depresión y enfermades crónicas.

Se ha estudiado diversas intervenciones psicoterapéuticas en torno al trastorno de Depresión, de acuerdo con la European Association for Psychotherapy (EAP) la psicoterapia se define como un tratamiento o intervención terapéutica integral, deliberada y planificada, basada en una formación amplia y especifica en alteraciones del comportamiento, enfermedades o necesidades más amplias de desarrollo personal, reacionadas con causas y factores psicosociales

y psicosomáticos. Para ello se utilizan métodos psicoterapéuticos, basados en estudios científicos, con el objetivo de mitigar o eliminar los síntomas, cambiar actitudes y patrones del comportamiento disruptivo y favorecer al proceso de desarrollo, salud mental y bienestar (EAP, 2013).

En el caso de la terapia Cognitivo-Conductual la duración del tratamiento, oscila frecuentemente entre 15 a 20 sesiones de 50 minutos en un formato semanal, se habla que la duración de la terapia puede prolongarse en caso de mayor gravedad o comorbilidad asociada; en cuánto al modelo Gestáltico habla de una duración de 6 meses a 2 años, considerando los efectos positivos de este modelo terapéutico; mientras que las terapias breves centrada en el problema se maneja un lapso aproximado de 8-6 sesiones, sin embargo, en este modelo terapéutico no se consideran los diagnósticos con mayor gravedad. (NCCMH, 2009)

2.2.1 Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

Terapia desarrollada tomando como base los estudios de la terapia Cognitiva descrita por Aaron Beck, la cual fue formalizada a finales de los años 70's para ser aplicada en pacientes con Trastorno de Depresión, la cual ha resultado ser la modalidad más referente ante dicho estudio. La intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión, se maneja un formato de psicoeducación buscando la colaboración del paciente de manera que este pueda aprender a identificar sus patrones de pensamiento negativo y reevaluarlo (Butler, 2006)

La TCC se muestra como un formato estructurado, se basa en el modelo cognitivo-conductual de los trastornos afectivos, la cual ha sido evaluada en diferentes contextos como atención primaria, especializada, pacientes hospitalizados, etc. y ha sido comparada con tratamientos farmacológicos y en diferentes poblaciones. (DeRubeis, 2005)

2.2.2 Terapia Electrocombulsiva

La terapia electrocombulsiva (TEC), es la aplicación de una corriente eléctrica para tratar la depresión y otros trastornos mentales. Se utiliza principalmente en un ámbito hospitalario, en el cual las personas que reciben este tipo de terapia están dormidos bajo los efectos de la sedación general, se colocan electrodos sobre el cuero cabelludo. Dos electrodos monitorean la actividad cerebral. Los otros dos electrodos se utilizan para distribuir la corriente eléctrica. (Welch, 2016)

La TEC es un tratamiento altamente efectivo para la depresión, con mayor frecuencia la depresión severa. Puede ser especialmente útil para el tratamiento de pacientes que:

- Están teniendo delirios u otros síntomas psicóticos con su depresión
- Están embarazadas y gravemente deprimidas
- Tienen tendencia suicida
- No pueden tomar antidepresivos
- No han respondido completamente a los antidepresivos

Con menos frecuencia, la TEC se utiliza para afecciones como manía, catatonía y psicosis que no mejoran lo suficiente con otros tratamientos.

Esta terapia ha sido fuertemente criticada desde su aparición en los años 30's, sin embargo, actualmente la dosificación de las descargas recibidas es realmente menos y han disminuido los riesgos con los que se enfrentan los pacientes tras esta práctica. (Welch, 2016)

Capítulo III. Técnica de Precisión e Integración (TPI)

La Técnica de Precisión e Integración (TPI), propuesta por De la Torre y Kleinberg (2018), es el resultado del análisis de los procesos psicológicos de las personas dentro del espacio y contexto psicoterapéutico bajo un esquema de trabajo eficiente e integrativo, lo que permite elaborar de una manera coherente, justificada y eficiente los diferentes estilo, modelos y técnicas del abordaje terapéutico. Desde la perspectiva de la TPI toda técnica terapéutica, independientemente de la escuela a la que pertenezca, es entendida por la forma en que afecta los procesos mentales de los pacientes por lo que sirve para perfeccionar el trabajo de los terapeutas de cualquier corriente o para integrar de manera fundamentada las técnicas de diferentes escuelas adecuadas al tipo de problema del paciente.

3.1 Modelo Paramnémico

El Modelo Paramnémico (MoPa) del funcionamiento psicológico y la TPI, la cual es una herramienta psicoterapéutica la cual se desprende de dicho modelo, es una explicación teórica del procesamiento de la información en el ser humano, que de alguna manera parece explicar la aparente paradoja que arrojan las investigaciones en psicoterapia y que afirman que todos los modelos terapéuticos tienen un índice similar de éxito. Este modelo no busca fusionar ni especificar técnicas y/o modelos de diferentes escuelas terapéuticas, sino que busca explicar, desde su marco teórico, como están funcionando cada una de las herramientas terapéuticas, como integrar técnicas de diferentes escuelas psicológicas de una manera estructurada y ordenada, y buscando que el abordaje terapéutico tenga una mayor probabilidad de éxito de acuerdo con el análisis del funcionamiento de cada individuo. Este modelo pretende explicar y comprender la manera en que un ser humano capta información, la procesa y genera respuestas, esta basado en evidencia de investigaciones científicas, desde la explicación de todas las funciones básicas de la psicología de la persona. (De la Torre y Kleinberg. 2018)

3.1.1 Ciclo del proceso motivacional

Se le llama “proceso motivacional” al proceso que genera toda reacción, adaptativa y desadaptativa, que el ser humano despliega ante una situación. Entender estos procesos permitirá comprender de una manera esquematizada cómo es la respuesta de una persona ante ciertos estímulos de una manera particular. Las emociones, conductas, pensamiento y respuestas

corporales se pueden entender a través del análisis de cómo la persona procesa los estímulos de su situación.

En el MoPa, el Proceso Motivacional está conformado por ciclos divididos en dos vueltas: Primera Vuelta y Segunda Vuelta. Dentro de cada una de ellas podemos encontrar tres estados, refiriéndose a la manera particular que se encuentra el sistema (persona) en un momento determinado.

3.1.1.1 La primera Vuelta

Consta de tres estados:

Estado estímulo:

Es una circunstancia que desencadena procesos en el sistema, es decir, qué es lo que pasa para comenzar con el proceso motivacional, usualmente es a través de interaccione con el medio o por cambios provocados por la persona misma.

Estado clasificador:

Su función es buscar en la memoria de largo plazo, memoria instintiva o esquema cognitivo aquello que contenga la información necesaria para reconocer el estimulo, clasificarlo, categorizarlo, discriminarlo y/o compararlo; es aquí donde las paramnémias clasificadoras se activan.

Estado respondiente:

Es, como su nombre lo dice, la respuesta que adquiere el individuo como consecuencia de la clasificación y activación de las paramnémias clasificadoras. Se efectúa tras clasificar el estado estímulo y su respuesta es involuntaria.

El estado respondiente dará pie al inicio de la segunda vuelta o al ciclo siguiente. En caso de que el contenido del estado respondiente sea pulsional se comienza con la segunda vuelta del mismo ciclo, (que iniciará con un estado llamado “estado pulsional”); en caso de que el estado respondiente no tenga pulsión, se iniciará de nuevo la primera vuelta, es decir, comenzar un nuevo ciclo.

3.1.1.2 La Segunda Vuelta

La segunda vuelta, comienza cuando el estado respondiente de la primera vuelta esta conformada por una pulsión, es decir, el estado respondiente es a su vez el estado estímulo de la segunda vuelta, para poder distinguirlo se le llamará "estado pulsional". En esta vuelta se volverá a constar de tres estados:

Estado Pulsional:

Es aquel que tiene una carga que motiva al individuo a encontrar una solución o satisfacción.

Estado Planeador:

Buscará en la memoria de largo plazo o en la memoria instintiva las paramnémias relacionadas con cómo se ha afrontado en el pasado para poder resolver la o las pulsiones activas en un momento similar; con esta información activar los procesos de razonamiento para generar un plan de acción que satisfaga de la mejor manera a la mayor cantidad de pulsiones activas tras el estado respondiente, de acuerdo a la importancia e intensidad de cómo la persona lo vive.

Estado Operante:

Son aquellas conductas que surgen como respuesta del estado planeador, esta es una respuesta susceptible de control voluntario que efectúa la persona posterior al procesamiento de un estímulo.

Existen dos tipos de respuestas operantes: operante atencional-cognitiva, la cual implica la satisfacción de la pulsión a través de llevar al individuo a enfocar su atención en pensamientos o sensaciones; la otra es operante atencional-motora, es aquella que dirige a la persona a centrar la atención al control del movimiento muscular de su propio cuerpo.

Para ver un ejemplo del Ciclo Motivacional, véase anexo 5.

3.2 Teoría de la Técnica de Precisión e Integración (TPI)

Esta teoría pretende proporcionar al terapeuta una perspectiva integral de la intervención a través de la comprensión de los procesos psicológicos del ser humano para que sean útiles a todo

tipo de terapeutas sin importar su escuela psicológica de base, derivado de esto, se busca que el modelo facilite al terapeuta dos decisiones para el proceso terapéutico.

1. La técnica particular, dentro de aquellas que maneja el terapeuta, que tiene altas probabilidades de ser útil y funcional para la persona que solicita el servicio.

2. Poder elegir un plan de trabajo que incluya las técnicas, dentro de sus conocimientos, que tengan mayor grado de probabilidad de resolver de una manera más eficaz la problemática presentada por el paciente.

Esto con la principal finalidad de ver las necesidades del paciente como el eje central de la psicoterapia, y así, desde el modelo paramnémico que plantea desde un formato estructurado, ordenado y centrado, poder lograr que la problemática presentada por los pacientes se logre resolver de una manera más eficaz.

La estructura de la intervención planteada por la TPI, es:

1. Investigar antecedentes y contextualización.
2. Plantear objetivos,
3. Definir el tipo de trabajo a realizar y el plan general de intervención.
4. Ejecutar el tipo de trabajo elegido.
5. Evaluar y ajustar las intervenciones y plan de trabajo.
6. Realizar el seguimiento, mantenimiento y/o establecimiento de nuevos objetivos.

3.3 La Depresión desde el Modelo Paramnémico.

La depresión se explica como la consecuencia de una serie de constantes frustraciones a pulsiones importantes para la persona que puede llevarla a vivir un estado estímulo con una cualidad dispicional depresiva persistente, lo cual provoca que el estado clasificador interprete una realidad depresiva, generando estados respondientes no pulsionales. Ya que no existe pulsión, no hay segunda vuelta del proceso motivacional, lo que deriva en que no haya energía que motive a los estados planeadores que busquen operantes que apoyen a salir de la depresión.

Dentro de la descripción del MoPa se habla de dos tipos de depresión: Estado depresivo y Padecimiento depresivo, ver en tabla 1.

Tabla 1. Trastorno Depresivo explicado desde el Modelo Paramnémico.

	Proceso problemático	Respuesta problemática	Proceso resolutivo
Estado Depresivo	Como resultado de la frustración constante de la resolución de la pulsión a través de múltiples planes infructuosos, se establece una cualidad disposicional depresiva, que hace que la persona se quede "atorada" en primeras vueltas hiporreactivas.	Un ciclo constituido por primeras vueltas en la que aún hay un deseo, pero debido a la cualidad disposicional depresiva no se genera el impulso necesario para iniciar una segunda vuelta y por tanto un plan de resolución.	Apoyar la consecución del proceso de duelo para poder "dejar ir" el deseo o aceptar su incumplimiento
Padecimiento Depresivo	La persona ha generado condicionamientos y cogniciones que la mantienen con una cualidad disposicional continua de depresión del sistema No hay un deseo que se esté frustrando y por ello se presente la depresión.	Un ciclo constituido por primeras vueltas que generan pulsiones de baja intensidad, provocando motivaciones mínimas y asociaciones pavlovianas depresivas a nivel condicionable.	Modificación de los parámetros de clasificación; principalmente en las paramnémias relacionadas con su autoconcepto y su forma de ver el mundo. Modificar a nivel condicionable sus asociaciones entre estímulos y respondientes depresivas.

Nota: recuperado de De la Torre y Kleinberg (2018)

Capítulo IV. Método.

4.1 Objetivos específicos:

1. Comparar el nivel de sintomatología depresiva de las personas que viven con VIH que participaron bajo el tratamiento de acuerdo a la Técnica de Precisión e Integración (TPI).

2. Contrastar el nivel de funcionamiento global de las personas que viven con VIH que participaron en el tratamiento de TPI.

3. Evaluar el grado de satisfacción de las personas con VIH con la intervención de TPI.

4.2 Participantes:

Los participantes fueron pacientes de una institución que brinda atención a personas que viven con VIH, este estudio comenzó con un total de 20 pacientes, sin embargo, el tratamiento solo fue concluido por 13 de ellos, los 7 participantes que desertaron al estudio abandonaron el tratamiento entre la 5ta y 7ma sesión. Tomaron parte pacientes que reportarán sintomatología depresiva y que fueran portadores de VIH.

4.3 Instrumentos:

A continuación, se mencionarán y describirán brevemente los instrumentos que fueron utilizados para el presente estudio.

4.3.1 Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

El Inventario de Depresión de Beck, (BDI-II), estandarizado por Jurado et al., (1998) en población mexicana ($\alpha = .87$), es un auto informe de 21 ítems, referidos a síntomas depresivos en la semana previa a la aplicación, con cuatro opciones de respuesta. Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63, donde 63 representa la severidad máxima. El punto de corte establecido por Jurado et al., (1998) para población mexicana fue de 10 puntos.

4.3.2 Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)

La Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), que se incluye en las clasificaciones de trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2012) para completar el EJE V de diagnóstico multiaxial fue diseñada para que un clínico experimentado evalué el nivel general de actividad de un paciente con base en una escala de 100 puntos, en la cual una mayor puntuación denota un mejor funcionamiento. Se toma en cuenta únicamente la actividad

psicosocial y laboral y no deben incluirse alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas o ambientales. En la mayoría de los casos las evaluaciones se refieren al periodo actual (es decir, al nivel de actividad en el momento de la evaluación), pues con esto se refleja la necesidad de atención clínica; pero puede complementarse evaluando otros periodos de tiempo incluyendo el del alta hospitalaria. En cualquier caso, goza de evidencia de validez y confiabilidad

4.3.3 La escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4)

La escala CRES-4 utilizada en el estudio del Consumer Reports (1995) consta de 4 ítems: una pregunta de satisfacción, una pregunta para calificar el grado de resolución del problema principal, una pregunta acerca del estado emocional antes de empezar el tratamiento y, por ultimo, una pregunta del estado emocional en el momento de responder al CRES-4 (véase Anexo 3). A partir de estas 4 preguntas se pueden extraer tres componentes que corresponden a la percepción del cambio del estado emocional, la satisfacción y la solución de problemas.

4.4 Procedimiento:

Después de hacer la captación de los participantes, se les pidió respondieran el Inventario de Depresión de Beck, posteriormente se evaluó de acuerdo a la Escala de Evaluación de la Actividad Global; se estableció un plan de tratamiento de 10 sesiones de 50 minutos, en la sesión 1, 5 y 10 las sesiones se extendieron a 80 minutos para poder aplicar los instrumentos de evaluación sin disminuir el tiempo de las sesiones psicoterapéuticas.

A partir de la primera sesión se describió el motivo y el objetivo de consulta, para así comenzar a elaborar el Proceso Motivacional dentro del Modelo Paramnémico (véase en anexo 5), cabe mencionar que en cada uno de los participantes el proceso motivacional era diferente, de acuerdo al Estado Clasificador y Estado Planeador, sin embargo, el tipo de trabajo que se realizó de acuerdo a la TPI fue de Modifición de respuesta.

Posteriormente, se comenzó a trabajar de acuerdo a la demanda llevando a cabo las hipótesis de intervención en las paramnémias clasificadoras o paramnémias planeadoras, elaborando una estrategia de trabajo en cuanto a la sintomatología de depresión de acuerdo a la intervención planteada por la Técnica de Precisión e Integración.

Al finalizar la 5ta sesión se volvió a aplicar el BDI-II y se volvió a evaluar de acuerdo al EEAG, para continuar con el tratamiento las sesiones posteriores de una manera normal, hasta la sesión

número 10 dónde se planteo la disminución de la sintomatología depresiva, se realizó el cierre terapéutico y se volvió a aplicar los instrumentos de evaluación adicionando la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4).

Con los instrumentos aplicados, calificados e interpretados, se procedió a la captura de los resultados en la base de datos del programa SPSS, para su análisis.

Resultados.

Se realizó un análisis de varianza para medidas repetidas, para medir los cambios en la variable dependiente, a saber, la sintomatología depresiva.

La variable de la sintomatología depresiva medida a través del BDI-II en cuanto a la medición global fueron: $\chi 2 = 26, gl= 2, p=.000$; por lo que se puede decir que hay una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de dicha variable, lo que significa que hubo cambios en el nivel de síntomas depresivos, encontrándose una disminución en la sintomatología, como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Sintomatología depresiva global.

	Sesión 1 (Pre-tratamiento)	Sesión 5	Sesión 10 (post-tratamiento)
M	*32*	*21.8*	*11.6*
DE	*8.09*	*4.04*	*4.1*

Dentro de los resultados se calificó en BDI-II de acuerdo a sus subescalas, obteniendo los resultados en cuanto a la medición Cognitivo-Afectivo, las cuales fueron: $\chi 2 = 26, gl= 2, p=.000$; por lo que se puede decir que hay una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de dicha variable, observándose un decremento en los síntomas cognitivos y afectivos, como aprecia en la tabla 3.

Tabla 3. Sintomatología depresiva enfoque Cognitivo-Afectivo.

	Sesión 1 (Pre-tratamiento)	Sesión 5	Sesión 10 (post-tratamiento)
M	*23.1*	*16.9*	*9.5*
DE	*6.5*	*4.7*	*3.4*

Mientras que en la subescala Somático, se obtuvieron los puntajes de $\chi 2 = 26, gl= 2, p=.000;$ por lo que se puede decir que hay una diferencia estadísticamente significativa y una disminución en los síntomas somáticos (Ver tabla 4).

Tabla 4. Sintomatología depresiva enfoque Somático.

	Sesión 1 (Pre-tratamiento)	Sesión 5	Sesión 10 (post-tratamiento)
M	*9.6*	*4.9*	*2.1*
DE	*2.4*	*2.1*	*1.5*

La variable de la actividad global, evaluada a través del EEAG, con los siguientes resultados $\chi 2 = 26, gl= 2, p=.000$; por lo que se puede decir que hay una diferencia estadísticamente significativa y un incremento en los niveles de funcionamiento global, lo cual señala una mejoría, como se puede observar en la tabla 5.

Tabla 5. Resultados de la variable del EEAG.

	Sesión 1 (Pre-tratameinto)	Sesión 5	Sesión 10 (post-tratamiento)
M	*43.6*	*55*	*74.2*
DE	*8.09*	*6.08*	*7.06*

Para poder evaluar el grado de satisfacción de las personas con VIH con la intervención de TPI, se aplicó la Escala de Satisfacción con Tratamiento Recibido (CRES-4) obteniendo los resultados de acuerdo a cada subescala y la evaluación global, las puntuaciones indican un nivel

elevando de satisfacción con respecto a la solución de problemas, percepción de cambio y evaluación global, como se indica en la tabla 6.

Tabla 6. Resultados CRES-4.

	Satisfacción	Solución de Problemas	Percepción del Cambio	Evaluación Global
M	*89.2*	*95.3*	*82.6*	*267.3*
DE	*13.2*	*8.7*	*9.6*	*24.1*

Discusión

El objetivo de este trabajo fue aplicar y describir la efectividad de la terapia integrativa propuesta por la TPI en pacientes que referían sintomatología depresiva y viven con VIH; debido a esto el estudio comenzó con 20 participantes, sin embargo, 7 de ellos abandonaron el tratamiento, el motivo más común fue la mejoría en la sintomatología, la cuál se pudo denotar en la segunda medición, aunque estos resultados no forman parte del análisis estadístico, se brinda como referencia debido a que es el objetivo principal del estudio. En cuanto a los participantes que concluyeron el tratamiento se vio el cambio notoriamente, no solo en cuanto a la disminución de la sintomatología depresiva sino también en el aumento de la actividad de los participantes, por lo que podemos concluir que el objetivo general se alcanzó y formo parte de un cambio positivo en los participantes.

De acuerdo a los objetivos específicos:

1. Comparar el nivel de sintomatología depresiva de las personas que viven con VIH que participaron bajo el tratamiento de acuerdo a la Técnica de Precisión e Integración (TPI).

De acuerdo a la teoría planteada por De la Torre y Kleinberg (2018), el tratamiento planeado para los pacientes con depresión, nos habla de un proceso motivacional que solo se queda en primera vuelta, sin embargo, en este proceso se pudo denotar que para llegar a ese ciclo motivacional hay unos previos para que el estado estimulo derive en un estado clasificador y estado respondiente sin pulsión; es decir, se debe de trabajar con contextos previos a la sintomatología para conocer en que parte ciclo motivacional de la persona se encuentra para lograr llevar a cabo la mejora y poder trabajar en lo ideal de acuerdo al motivo de consulta descrito por el paciente. Es decir, en este trabajo se elaboró un método de tratamiento para llevar al paciente modificar las respuestas del estado clasificador y lograr un proceso resolutivo con la finalidad de alcanzar que el paciente pueda continuar con sus actividades diarias y disminuya la sintomatología depresiva.

De acuerdo a la Terapia Cognitivo Conductual (Church, 1998), se proponen diferentes técnicas para poder trabajar con las personas con Trastorno Depresivo, usualmente con el uso de tareas con fines psicoterapéuticos, sin embargo, lo que hace notar la TPI es que no va en contra de este tipo de técnicas, sino que es notar lo que más le funciona al paciente para poder lograr trabajar el objetivo terapéutico.

Se puede concluir que aunque en ambas terapias se hable de mejorías respecto a la sintomatología, la ventaja de utilizar la TPI, es poder revisar que es lo que esta pasando en los procesos cognitivos en los pacientes y el apoyarnos de diferentes técnicas para poder lograr una mejoría en los pacientes, en el caso de los pacientes que viven con VIH, cuando son de reciente diagnóstico, se notó que el trabajo con psicoeducación para modificar el estado clasificador "VIH es igual a SIDA, y si tengo SIDA me voy a morir", se logró trabajar para que el estado respondiente fuera más adaptativo y disminuir la presencia de paramnémias negativas. (De la Torre & Kleinberg, 2018)

2. Contrastar el nivel de funcionamiento global de las personas que viven con VIH que participaron en el tratamiento de TPI.

Si bien la TPI, no plantea la actividad global de los pacientes como una variable que se pueda medir desde la teoría, en este trabajo se analizó la mejoría de la actividad global de los pacientes con el tratamiento recibido, por lo que en este caso con ayuda de la EEAG, se puede denotar que hubo una mejoría significante en cuanto al estado de inicio de los pacientes a como fue la evolución durante siguientes 2 mediciones, por lo que en este caso podemos notar que no solo hubo una mejoría en la disminución de la sintomatología depresiva, sino que hubo un aumento en la percepción de la actividad global en los pacientes, retomando sus actividades diarias y logrando mejorar en su calidad de vida, incluso hubo pacientes donde comenzaron con nuevas actividades para mejorar su estado anímico, como el hacer ejercicio o asistir a reuniones de grupos de apoyo; tomando en cuenta que la escala precisa que no se deben de tener en cuenta las limitaciones del ambiente o físicas, se puede denotar la mejoría y aumento de la actividad en cada uno de los participantes de este estudio. (García & Font, 2004)

3. Evaluar el grado de satisfacción de las personas con VIH con la intervención de TPI.

De acuerdo a diferentes estudios, comenzando con el efecto Dodo (De la Torre & Kleinberg, 2008), se ha llegado a hablar el nivel de efectividad del proceso psicoterapéutico, sin embargo, no en todos los procesos llegan a medir el nivel de satisfacción con el tratamiento que recibió, suele ser una práctica que se lleve acabo por diferentes psicoterapeutas como parte del proceso, usualmente, para hacer un feedback y búsqueda de mejorar en la práctica privada y en algunos casos como procesos internos de instituciones, una de las cualidades de la TPI es enfocarse en la demanda del paciente y tener claro que es lo que busca, por lo que en cuanto a los resultados

de esta evaluación se resalta el haber obtenido una calificación alta de la satisfacción con el tratamiento recibido, esta escala evalúa la solución del problema, satisfacción y percepción del cambio; por lo que no solo se puede hablar de una disminución de la sintomatología, sino que incluso se puede abordar que hubo mayor adherencia al tratamiento psicoterapéutico pues se estaba cumpliendo con la demanda de los participantes, por lo que hace referencia a una arma que presenta la TPI como parte de su proceso del tratamiento para la mejora en las demandas terapéuticas. (Cano, et al, 2002)

Con los resultados anteriores podemos concluir que no solamente hubo una disminución de la sintomatología depresiva y aumento en la actividad global, sino que también se suma la satisfacción de los participantes ante el tratamiento recibido desde la perspectiva de la TPI.

Con esta conclusión podemos hablar no solamente de la efectividad de la TPI, sino también incluir que esta herramienta terapéutica que puede ayudar a los pacientes a una mayor adherencia al tratamiento psicoterapéutico, derivado de la estructura de la intervención planteada por la TPI, aunado a los factores comunes de la psicoterapia.

Este estudio se debe considerar como un punto de inicio para denotar la efectividad de la Técnica de Precisión e Integración, puede ser considerado como parte la demostración de la psicoterapia integrativa como un estilo terapéutico con bases científicas y no como una crítica a una escuela o modelo en particular, sino que como investigadores y terapeutas utilicemos las herramientas necesarias para cumplir con las demandas de los pacientes/clientes y que sean con base en evidencias científicas y fundamentos teóricos. Es recomendado continuar con estudios para medir la efectividad de la TPI en diferentes poblaciones y que los investigadores y/o aplicadores de la TPI hayan realizado estudios previos sobre esta teoría con la intención de potencializar su efectividad al intervenir usando las técnicas de sus entrenamientos previos en psicoterapia.

Referencias

Aguirre, M., Brecht M.L., et.al (2002) Differential predictors of emotional distress in HIV-infected men and women. West J Nurs Res, 24:49-72.

Allen-De, F., Moreno, E. (2004) Diferencias en variables psicosociales en sujetos VIH homosexuales y heterosexuales. Int J Clin Health Psychol , 4:55-67.

American Psychiatric Association. (2002) DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington: APA.

American Psychiatric Association. (2016) DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington: APA.

Arranz, P., Carrobles, J.A., et.al (2001) Ansiedad y percepción de control en la infección por VIH y SIDA. Psicol Conduct, 9:323-336.

Bayerre, H., Hernandez, E. & Janota, M. (2010). Caracterización psicológica de personas con VIH en dos hospitales de Luanda, Republica de Angola. Rev Cubana Med Gen Integr, 26 (1), 0-0. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100002

Beck A., Rush A.J., Shaw B.F. Emery G. (1979). Cognitive Therapy of Depression. Guilford Press. Nueva York.

Beck, A.T., Brown, G., Steer, R. (2006) Inventario de Depresión de Beck: Segunda Edición. Paidos. Buenos Aires.

Bermudez, J. (1978) Ansiedad y rendimiento. Rev Psicol Gen Apl, 151:183-207.

Bermudez, J. (1978): Análisis funcional de la ansiedad. Rev Psicol Gen Apl, 153:617-634.

Bermudez, M.P., Teva, I. (2005) Situación actual del SIDA en España: análisis de las diferencias entre comunidades autónomas. Int J Clin Health Psicol.

Beyerstein, B. L. (2007) The neurology of the weird: Brain states and anomalous experience. In S. Della Sala (ed.) Tall Tales about the Mind & Brain: Separating Fracto from Fiction . Oxford University Press.

Buttler, A.C., et.al, (2006) The empirical status of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. Clin Psychol Rev. 2006-26 (1): 17-31.

Cano, R., Martin, I., Perez De Ayala, P. et.al. (2002) Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada. An Med Interna, 19:396-404.

CENSIDA (2018) Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica. México.

Church, J. (1998) The application of cognitive-behavioural therapy for depression to people with Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immunedeficiency Syndrome (AIDS). Psychooncology.

Clarke T., Gibson R., Barrow G., Abel W. & Barton E. (2010) La Depresión entre las Personas que Asisten a la Clínica para Pacientes Externos de VIH/SIDA en Kingston, Jamaica. West Indian Med J, 59(4), 369-373. Recuperado de: http://caribbean.scielo.org/pdf/wimj/v59n4/v59n4a06.pdf

Collins, E., Wagner, C., Walmsley, S. (200) Psychosocial impact of the lipodystrophy syndrome in HIV infection. AIDS Reader, 10:546-551.

De La Torre, J., Kleinberg, E. (2018). Técnica de Precisión e Integración (TPI): Una herramienta efectiva para toda psicoterapia. Helio Estudio. México.

Del Amo, J., Gonzalez-Lahoz, J., Gordillo, V., Soriano. V. (1999) Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. AIDS, 13:1763-1769.

Delgado, C., Estrada, B. D., González, M. T., & Landero, R. (2015). Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica, 14*(1), xx-xx. http://dx.doi.org/10.11144/ Javeriana.upsy14-1.ppmb

DeRubeis, R.J., Hollon, S.D., Shelton, R.C. (2005) Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. Arch Gen Psychiatry; 62 (4): 409-16.

Dunbar, R. (2004). Can you guess what I'm thinking?. New Scientist, 182 (2451), 44-45.

Ekman, P. (1994). Al emotions are basic. In P. Ekman & R.J. Davidson emotion are basic . In P. Ekman &1 (eds) The Nature of Emotion: Fundamental Questions. New York: Oxford University Press.

Galindo J. & Ortega M. (2010). Prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General de Zona # 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Lic. Ignacio Díaz Téllez. Enf Inf Microbiol, 30 (4), 129-133.Recuperado de: http://www.amimc.org.mx/revista/2010/30_4/prevalencia_depresion.pdf

Garcia, M.D., Font, A. (2004) Evaluación de la calidad de vida en personas VIH positivas con lipodistrofia. Psicol Salud, 14:5-11.

Gatti G., Díaz A., Mulugueta S. & Simi M. (2011) Prevalencia de depresión en pacientes HIV-SIDA del Hospital Adventista del Séptimo día de la ciudad Kenye, Botswana, África. Alcmeon, 17(1), 48-56. Recuperado de: http://www.alcmeon.com.ar/17/04_gatti_africa.pdf

Gavira A., Quiceno J., &Vinaccia S.(2009). Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/Sida. Terapia psicológica, 27 (1), 5-13. Recuperado de: http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v27n1/art01.pdf

González, D.A., Reséndiz, R.A., Reyes-Lagunes, I., (2015) Adaptation of the BDI–II in Mexico Salud Mental 2015; 38.

Grimsley, S.R., Penzak, S.R., Reddy, Y.S. (2000) Depression in patients with HIV infection. Am J Health Syst Pharm, 57:376-386.

Heinze, G. (2001) Mente-cerebro: sus señales y su repercusión en el sistema inmunológico. Salud Mental, 24:3-9.

Holzemer, W.L., et al. (1999) Predictors of self-reported adherence in persons living with HIV disease. AIDS Patient Care ST, 13:185-197.

Jurado, S., Loperena, V., Méndez, L., Rodríguez, F., Varela, R & Villegas, M. E.. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. Salud Mental, 21, 26-31.

Katz, M.H., et.al. (1996) Depression and use of mental health services among HIV-infected men. AIDS Care, 8:433-442.

Leon, O.G., Montero, I. (2005) Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en psicología. Int J Clin Health Psychol, 5:115-127.

Leserman, J., Petito, J.M, et.al. (2002). Progression to AIDS, a clinical AIDS condition and mortality: Psychosocial and physiological predictors. Psychol Med, 32:1059-1073.

Mena, M., Perez, M. & Perez, R. (2012) Presencia y vulnerabilidad de trastornos de nivel neurótico en pacientes con VIH/sida. Cabaiguán. Gaceta Médica Espirituan, 14 (1), 0-0. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/sup.14.(1)_04/p4.html

Molassiotis, A.. (2002) A pilot study of the effects of cognitive-behavioral group therapy and peer support/counselling in decreasing psychological distress and improving quality of life in Chinese patients with symptomatic HIV disease. AIDS Patient Care ST, 16:83-96.

Moya M. (2008) Reestructuración cognitiva en la depresión de pacientes con VIH/SIDA. Av. Psicol, 16 (1), 169-176. Recuperado de: http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/rectructuracioncognitiva.pdf

National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) (2009). Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society. Edición del informe no. 90.

OCDE, OMS (2003) Pobreza y salud. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos y Organización Mundial de la Salud.

OMS (2003a). Informe sobre la salud en el Mundo 2003: forjemos el futuro. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

OMS (2010) Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, MMWR Dec 17, 2010. Vol. 59. No. RR – 12.

ONUSIDA. (2008) Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA 2008. Estimaciones 2007

Reis R. (2011) Sintomas de depresión y calidad de vida de personas viviendo con VIH/SIDA. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 19(4), 1-8. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/es_04.pdf

Sanz, J., Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. Psicothema, 10:303-318.

Su, L. (1996) Depression, antidepressant prescribing and quality of life in an urban HIV-infected population. Dissert Abst Int Section B Sciences Engineering, 57:3163.

Welch, C.A. (2016) Electroconvulsive therapy. General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry. 2nd ed. Philadelphia, PA: Elsevier; chap 45.

Wolff C. & Wolff M. (2010). Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. Rev. chil. Infectol, 27 (1), 65-74. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182010000100011&script=sci_arttex

World Health Organization (WHO). (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid : Editorial Médica Panamericana.

ANEXOS

Anexo 1: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Nombre:..... Edad:..... Sexo:…..... Ocupación ..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo.

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mi.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3.Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso.

1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme.

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1 Tengo menos energía que la que solía tener.

2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1a. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3a. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3a . No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: _____

Anexo 2: Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético continuo (1-100) de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales). **Código. Nota:** Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 68, 72.)	
100 91	**Sin síntomas.** Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, la persona evaluada nunca parece superada por los problemas de su vida, es valorada por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas.
90 81	**Síntomas ausentes o mínimos** (p. ej. ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, el sujeto evaluado se muestra interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
80 71	**Si existen síntomas, son transitorios** y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej. dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej. descenso temporal del rendimiento escolar).
70 61	**Algunos síntomas leves** (p. ej. humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej. hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
60 51	**Síntomas moderados** (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos/as, conflictos con compañeros/as de trabajo o de escuela).
50 41	**Síntomas graves** (p. ej. ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej. sin amigos/as, incapaz de mantenerse en un empleo).
40 31	Una **alteración de la verificación de la realidad** o de la comunicación (p. ej. el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o **alteración importante en varias áreas** como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej. una persona adulta depresiva evita a sus amistades, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un/a niño/a golpea frecuentemente a niños/as más pequeños/as, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
30 21	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una **alteración grave de la comunicación o el juicio** (p. ej. a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos/as).
20 11	**Algún peligro de causar lesiones a otras personas o a sí mismo/a** (p. ej. intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento/a; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej. con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej. muy incoherente o mudo).
10 1	**Peligro persistente de lesionar gravemente a otras personas o a sí mismo/a** (p. ej. violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
0	Información inadecuada.

Anexo 3: Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4)

1. En general, ¿qué tan satisfecho/a está con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó?

0. Completamente insatisfecho/a
1. Muy insatisfecho/a
2. Algo insatisfecho/a
3. Bastante satisfecho/a
4. Muy satisfecho/a
5. Completamente satisfecho/a

2. ¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevó a consultar?

0. No estoy seguro/a
1. Hizo que las cosas empeorasen bastante
2. Hizo que las cosas empeorasen un poco
3. No ha habido cambios
4. Hizo que las cosas mejorasen algo
5. Hizo que las cosas mejorasen mucho

3. ¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento?

0. Estaba muy mal, apenas lograba hacer frente a las cosas

1. Estaba bastante mal, la vida me resultaba a menudo muy dura

2. Regular, tenía mis altibajos

3. Estaba bastante bien, no tenía problemas graves

4. Estaba muy bien, me gustaba mucho la vida que llevaba

4. ¿Cuál es su estado emocional general en este momento?

0. Estoy muy mal, apenas logro hacer frente las cosas

1. Estoy bastante mal, la vida es por lo general muy dura para mí

2. Regular, tengo mis altibajos

3. Estoy bastante bien, no tengo problemas graves

4. Estoy muy bien, me gusta mucho la vida que llevo

© Guillem Feixas y Olga Pucurull

Anexo 4: Consentimiento informado.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
Dirigido a: Grupo de participantes (pacientes con VIH)

Título de proyecto: Intervención psicoterapéutica en pacientes que viven con VIH.
Nombre del Investigador Principal: Maestrante, Lic. Luz Elena Milán Rodríguez.
Ced. Prof.: 11034683

Estimado(a) Señor/Señora:

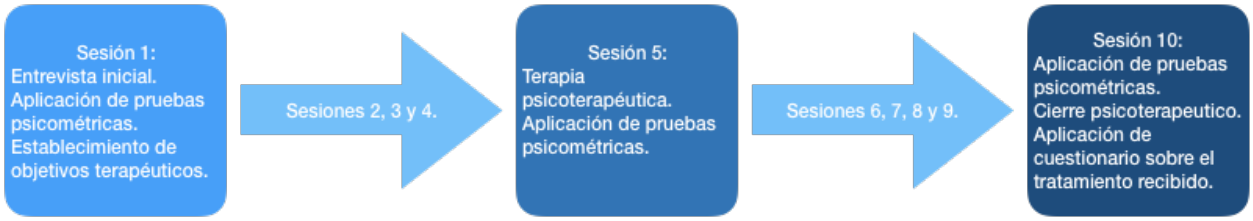
Usted ha sido invitado a participar en el presente proyecto de investigación, el cual es desarrollado como proyecto para titulación de Maestría en colaboración con (institución en la que se colaboró, -se eliminó el nombre por cuestiones de confidencialidad-). El estudio se realizará en la Clínica Psicológica de dicha institución.

Si Usted decide participar en el estudio, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

El propósito del presente estudio es describir las mejorías y los cambios clínicamente significativos en personas que viven con VIH y reciben atención psicoterapeutica.

Le pedimos participar en este estudio porque usted forma parte de dicha población y a solicitado los servicios de la clínica psicológica.

Procedimientos:



Su participación consistirá en:

- Responder de una manera adecuada diferentes pruebas a lo largo del tratamiento psicoterapéutico.
- Las sesiones durará alrededor de 50 minutos, se llevarán a cabo de manera semanal en horario y día acordado.
- El tratamiento consistirá en 10 sesiones, se le solicita acuda a cada una de ellas de manera puntual, en caso de emergencia en la que se deba cancelar o reagendar una sesión se debe avisar con 24 hrs de anticipación y queda constatar que esa sesión no sera tomada en cuenta como parte de las 10 sesiones.
- A lo largo del proceso terapéutico, es posible que sienta una mejoría y decida dejar de asistir a las sesiones, por lo que le solicitamos siga acudiendo para poder finalizar el tramiento y con esto prevenir alguna recaída.

Beneficios: En este estudio se busca brindar un tramiento con mayor efecicacia y efectividad para poder responder a la demanda terapéutica que usted a solicitado en la institución, a su vez se trabajara con su petición de consulta psicoterapéutica.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Participación Voluntaria: Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar. Su decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia o afectará de ninguna manera en su servicio de salud dentro de la institución.

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son: **mínimos**. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incomodo(a), tiene el derecho de no responderla. En el remoto caso de que ocurriera algún daño como resultado de la investigación, se le brindara un tratameinto psicoterapeutico mayor o en caso de que usted lo solicite será referido con un/a nuevo/a psicoterapéuta. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Aviso de Privacidad Simplificado: La investigadora principal de este estudio, Maestrante Luz Elena Milán Rodríguez, es responsable del tratamiento y resguardo de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la **Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados**. Los datos personales que le solicitaremos serán utilizados exclusivamente para las finalidades expuestas en este documento. Usted puede solicitar la corrección de sus datos o que sus datos se eliminen de nuestras bases o retirar su consentimiento para su uso. En cualquiera de estos casos le pedimos dirigirse al investigador responsable del proyecto a la siguiente dirección de correo lmilan@udlacdmx.mx

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la investigadora responsable del proyecto: Maestrante Luz Elena Milán Rodríguez al siguiente número de teléfono (55)XXXX-XXXX en un horario de lunes a viernes de 9 a 18 hrs o al correo electrónico lmilan@udlacdmx.mx

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Declaración de la persona que da el consentimiento

- Se me ha leído esta Carta de consentimiento.
- Me han explicado el estudio de investigación incluyendo el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, y otros aspectos sobre mi participación en el estudio.
- He podido hacer preguntas relacionadas a mi participación en el estudio, y me han respondido satisfactoriamente mis dudas.

Si usted entiende la información que le hemos dado en este formato, está de acuerdo en participar en este estudio y también está de acuerdo en permitir que su información de salud mental sea usada como se describió antes, entonces le pedimos que indique su consentimiento para participar en este estudio.

Registre su nombre y firma en este documento del cual le entregaremos una copia.

PARTICIPANTE:
Nombre: _____
Firma: _____
Fecha/hora _____

Nombre y firma del investigador o persona que obtiene el consentimiento:

Nombre: _____
Firma: _____
Fecha/hora _____

Anexo 5: Ejemplo del Proceso Motivacional dentro del Modelo Paramnémico de Modificación de Respuestas.

Ciclo 1

Estado Estímulo	Estado Clasificador	Estado Respondiente
Recibir resultado positivo sobre el estado serológico del paciente; VIH positivo.	"Si tengo VIH, es igual a SIDA, me voy a morir y puedo contagiar a mi esposa y a mi hija"	Tristeza. Estrés / Ansiedad. No querer interactuar con la familia. "Puedo contagiar de esto a mi familia"
Estado Pulsional	**Estado Planeador**	**Estado Operante**
"Puedo contagiar de esto a mi familia"	"Si estoy cerca de mi familia, puedo contagiarla, soy malo y necesito alejarme de ellas"	Evitar cualquier tipo de contacto físico con su familia. Evitar usar las mismas cosas que su esposa e hija (como trastes, jabón, shampoo, etc.)

Ciclo 2

Estado Estímulo	Estado Clasificador	Estado Respondiente
Evitar cualquier contacto físico con la familia.	Así no les puedo hacer daño.	Tranquilidad. Evito el tema del Dx. Evito hacerles daño.
Estado Pulsional	**Estado Planeador**	**Estado Operante**
"Evito hacerles daño"	"Si no convivo con ellas, ya no las preocupo con lo del VIH y tampoco puedo contagiarlas.	"Ya no hay interacción con ellas, ya no las hago sufrir." "Me siento solo frente al Dx"