

INFLUENCIA DE LOS ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS EN EL
PROCESO DE ADAPTACIÓN EN 16 PACIENTES ENTRE LOS 27 Y 53 AÑOS
DIAGNOSTICADOS CON VIH EN UNA FUNDACIÓN DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN.

ANLLY LIESEL GUARÍN LÓPEZ

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARÍA CANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
MEDELLÍN
2015

INFLUENCIA DE LOS ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS EN EL
PROCESO DE ADAPTACIÓN EN 16 PACIENTES ENTRE LOS 27 Y 53 AÑOS
DIAGNOSTICADOS CON VIH EN UNA FUNDACIÓN DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN.

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGA

ANLLY LIESEL GUARÍN LÓPEZ

ASESOR

ANA MARÍA RESTREPO
PSICÓLOGA, MAG. NEUROPSICOLOGÍA

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARÍA CANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
MEDELLÍN
2015

RESUMEN ANALÍTICO EJECUTIVO R. A. E.

TITULO: INFLUENCIA DE LOS ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS EN EL PROCESO DE ADAPTACIÓN EN 16 PACIENTES ENTRE LOS 27 Y 53 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON VIH EN UNA FUNDACIÓN DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN.

AUTOR (a): Anlly Liesel Guarín López.

FECHA: Mayo de 2015

TIPO DE IMPRENTA: Procesador palabras Microsoft Word 2010, Times New Roman 12, espaciado doble.

NIVEL DE CIRCULACIÓN: Restringida.

LINEA DE INVESTIGACIÓN: Toda investigación requiere de un hilo conductor que le permita delimitar el eje de la actividad; en este caso ese hilo compete al área de *desarrollo humano*. Se registra en esta línea, ya que se dirige a la determinación de la relación que existe entre esquemas maladaptativos tempranos y el proceso de adaptación en 16 personas diagnosticadas con VIH/SIDA. Es necesario vincularse a personas, proyectos y metodologías que compartan la temática e intencionalidad en medidas de investigación, lo que permitirá una argumentación y sustento teórico de la propuesta realizada; permitiendo establecer un plan de desarrollo, para alcanzar un posicionamiento en el ámbito académico-investigativo.

Debido que la línea identificada para la facultad de Ciencias de la Salud, es la de desarrollo humano, y a la estrecha relación con las sublíneas identificadas para el programa de Psicología, en tanto que son las que proporcionan la fundamentación teórico-práctica de los objetos de estudio, pertinencias del currículo; procurando dar respuesta ante la realidad cultural y social que expone las múltiples necesidades de determinada región y/o país.

ACCESO AL DOCUMENTO: Fundación Universitaria María Cano y autora.

MODALIDAD DE TRABAJO DE GRADO: Monografía.

PALABRAS CLAVES: Esquemas maladaptativos tempranos, VIH, SIDA, Adaptación.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO: Este trabajo se realiza bajo el tipo de correlación, ya que se realiza una asociación entre esquemas maladaptativos tempranos y el proceso de adaptación en 16 personas con un diagnóstico de VIH/SIDA; para determinar la relación existente entre ambas; a fin de extraer particularidades significativas que contribuyan al conocimiento de la comunidad en general.

CONTENIDO DEL TRABAJO: El presente documento consta de seis capítulos, inicia con el planteamiento del problema, descripción de objetivos, idea de investigación. Continúa con los aspectos mitológicos, seguido del desarrollo teórico que comprende las teorías de esquemas maladaptativos tempranos, el proceso de adaptación y las demás variables que conforman el problema de la investigación. Después se analizan los datos recolectados con las pruebas aplicadas, para dar lugar a las conclusiones y finalmente se referencian las fuentes que sustentaron la información mostrada

METODOLOGÍA: Este trabajo de investigación (Monografía) se presenta desde una perspectiva cuantitativa, porque a partir de una matriz de datos numéricos se realiza la asociación entre las variables evaluadas; a fin de determinar la relación existente entre los esquemas maladaptativos tempranos y el proceso de adaptación en la muestra.

Tabla de Contenido

Introducción.....	10
Capítulo 1. Planteamiento del problema.....	12
1.1 Descripción General del Problema.....	12
1.2 Operacionalización de Categorías de Análisis, Variables o Hipót...17	
2. Objetivos	22
2.1 General	22
2.2 Específicos.....	23
3. Justificación.....	23
Capítulo 2. Marco Metodológico	27
4.1 Tipo de estudio.....	27
4.2 Enfoque.....	27
4.3 Diseño.....	27
4.4 Población y muestra.....	28
4.4.1 Criterios de tipificación de la población.....	28
4.5 Fuentes de información.....	29
4.5.1 Fuentes primarias.....	29
4.5.2 Fuentes secundarias.....	29
4.6 Técnicas e instrumentos.....	29

4.6.1 Procedimientos.....	31
Capítulo 3. Marco Referencial.....	34
5.1 Marco Conceptual.....	34
5.2 Marco Histórico.....	35
5.3 Marco Contextual.....	38
5.4 Marco Legal.....	41
5.5. Marco Teórico.....	44
Capítulo 4. Análisis de la información y Discusión.....	58
6. Análisis de la información.....	58
6.1 Discusión de los Resultados.....	69
Capítulo 5. Conclusiones y Recomendaciones.....	74
7. Conclusiones.....	74
8. Recomendaciones.....	75
Capítulo 6. Referencias Bibliográficas y Anexos.....	77

Lista de tablas

Tabla 1. Correlaciones.....	66
-----------------------------	----

Lista de gráficos

Gráfico 1. Proceso de Adaptación.....	58
Gráfico 2. Dependencia.....	59
Gráfico 3. Subyugación.....	60
Gráfico 4. Vulnerabilidad.....	60
Gráfico 5. Miedo.....	61
Gráfico 6. Deprivación emocional.....	61
Gráfico 7. Abandono.....	62
Gráfico 8. Desconfianza.....	62
Gráfico 9. Aislamiento.....	63
Gráfico 10. Defectuosisdad.....	63
Gráfico 11. Indeseabilidad.....	64

Gráfico 12. Incompetencia.....	64
Gráfico 13. Culpa/Castigo.....	65
Gráfico 14. Pena/Vergüenza.....	65
Gráfico 15. Límites Insuficientes.....	66
Gráfico 16. Estándares Inflexibles.....	66

INTRODUCCIÓN

El Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH) es una infección que afecta el sistema inmunológico, exponiendo al infectado sin tratamiento al deterioro significativo de habilidades físicas y cognitivas. Hace referencia a un estado de enfermedad que pone en entredicho la integridad cognitiva y moral de la persona y su respetabilidad ante el grupo social al que pertenece (González, 2006).

Por lo anterior se deduce el impacto generalizado que recibe una persona portadora del virus; la magnitud del cambio que se refleja a nivel de su interacción social, estado de ánimo, auto esquemas y en su desempeño en las áreas laborar, familiar, académica y/o social. La persona diagnosticada es responsable de entablar una “relación de aprendizaje” con su enfermedad, lo que le permitirá conocer la sintomatología y evolución de la misma; a su vez identificar las herramientas que posee para continuar con su vida y comprender que no necesariamente éste es el final de su existencia; que la enfermedad hace parte de la salud y viceversa, que ambas se complementan.

Salud-enfermedad son la diada que acompaña al ser humano desde el inicio de su existencia; partiendo de esta premisa, es posible “visualizar” la dimensión del panorama que antecede la aparición del VIH/SIDA, y la lucha constante para contrarrestar el impacto generado por diversas epidemiologías que coexisten en el mundo.

Con el transcurrir del tiempo, el VIH se ha convertido en una pandemia que afecta no sólo el desempeño físico/cognitivo e interacción social de la persona infectada; por el contrario, su diagnóstico genera un impacto colectivo, reflejado en la familia, la comunidad y en naciones enteras; su acelerada propagación en conjunto con el desconocimiento del hombre permiten que la vulnerabilidad del sistema inmunológico frente al virus sea aún mayor; esto sumado a la estigmatización y conclusiones apresuradas de “muerte inmediata” incrementan el malestar psicológico de quienes reciben el diagnóstico. Es así, como hablar de VIH resulta tan complejo.

Cabe mencionar que la finalidad de la propuesta es aportar al conocimiento de la temática abordada desde el área de Psicología, identificando la relación existente entre los esquemas mal adaptativos tempranos y el proceso de adaptación en 16 pacientes diagnosticados con VIH de la ciudad de Medellín.

CAPITULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

INFLUENCIA DE LOS ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS EN EL PROCESO DE ADAPTACIÓN EN 16 PACIENTES ENTRE LOS 27 Y 53 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON VIH EN UNA FUNDACIÓN DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN

1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA

El VIH se determina como un Virus que en primera instancia agrede al sistema inmunológico debilitándolo por completo; fisiológicamente hablando ocasiona cambios drásticos en el desempeño del portador; además, su diagnóstico es un perturbador potencial a nivel psicológico tanto para los infectados como para sus allegados; de tal forma que sus auto esquemas, su grado de motivación e interacción social se ven empañados por el estigma que caracteriza ésta impetuosa enfermedad.

Esta sociedad “conservadora”, suele caracterizarse cerrar sus puertas ante el conocimiento, un ejemplo cercano de ello es lo ha venido ocurriendo con el virus de inmunodeficiencia humana; con el pasar de los años ha tomado tanta fuerza que se ha convertido en una pandemia que no hace otra cosa que sumar nombres al listado de víctimas.

Tan es así, que ONUSIDA presenta la situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI, en función del sexo/ edad y Colombia, al igual que Bolivia y Paraguay se sitúan como líderes en la escala

de mayor porcentaje de casos infantiles afectados por el Virus. (Teva, Bermúdez, Ramiro, y Buena-casal, 2012).

La OMS estima que anualmente mueren 1.8 millones de personas por la enfermedad; por su parte en Colombia se diagnostican 4.200 casos nuevos cada año, según el Ministerio de Salud y Protección Social (UNGASS, 2012, 04,21).

Según cifras recientes de ONUSIDA que comprenden al año 2011, la mayoría de personas infectadas con el virus están ubicadas en los departamentos de Antioquia, Valle, Atlántico, Bolívar, y Bogotá. (Teva, Bermúdez, Ramiro, y Buena-casal, 2012).

La seccional de Salud de Antioquía en el 2012 reportó 540 infecciones, de ellos 320 en Medellín. Caramanata, Abriaquí; Tarazá, Olaya, La pintada, Alejandría, San Luis, Fredonia, Medellín y Apartado son los municipios que más registros presentan; la mayor parte de incidencia afecta sobre todo a hombres entre 25 y 29 años (Valencia, 2012).

Estos resultados estadísticos no son más que la punta del Iceberg, son sólo referentes numéricos que hacen posible plantearse una idea del impacto social, económico y cultural que trae consigo el VIH; referente que se han limitado a medir y analizar con dedicación hasta ahora.

A partir de los datos mencionados se resalta importancia de la intervención psicológica en los casos de infección por VIH/SIDA; la cual debe tomar fuerza para recordar a la sociedad que existe una población que además de ser parte de una estadística poblacional, forma parte de un colectivo que siente, razona, se proyecta y logra sus objetivos, y todo esto -cuando cuenta con el reconocimiento necesario-.

Desde una vertiente psicológica el paciente diagnosticado como Seropositivo, experimenta un ciclo conformado por una serie de etapas, seis para ser exactos. Es importante conocerlas para comprender mejor el impacto psicológico de esta enfermedad (Külber Ross, citado en Gallego, 2008).

Inicialmente se encuentra la fase de negación, durante este periodo la persona anula su capacidad de reconocimiento aceptación, dificultando su adaptación a la realidad que atraviesa. La segunda fase es la Ira, en este momento es “imposible” negar la existencia del virus al igual que sus síntomas, por tanto el sujeto opta por compensar la negación por el resentimiento (Külber Ross, citado en Gallego, 2008).

La racionalización corresponde a la tercera fase; esta se caracteriza por la aceptación progresiva de la enfermedad, la búsqueda constante de apoyo y receptividad. Posteriormente se evidencia la fase de Depresión, presentándose en

diferentes grados de intensidad alterando el estado de ánimo del paciente. (Külber Ross, citado en Gallego, 2008).

La fase de Dependencia, se hace evidente en de pacientes hiperfrecuentadores de los centros sanitarios. Como sexta y última fase se encuentra el proceso de Adaptación y Ajuste, en esta el portador acepta su diagnóstico, se adapta a él replanteando su proyecto de vida y permitiéndose continuar el recorrido por la vida que un no termina (Külber Ross, citado en Gallego, 2008).

Es importante resaltar que no todas las personas con el diagnóstico atraviesan el ciclo tal como lo describe Külber Ross (citado por Gallego, 2008); cada ser es único, por ende sus expectativas, herramientas de afrontamiento, contexto y capacidad de análisis e interpretación también lo son; siendo precisamente el conjunto de experiencias e interpretación de la realidad lo que le permitirán al paciente avanzar aun después de conocer su diagnóstico.

Esta propuesta de investigación forma parte del interés por conocer con mayor claridad el impacto psicológico del VIH; después de traer a colación el tema surge la pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación existente entre EMTs y el proceso de adaptación en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA de la ciudad de Medellín?

A esta pregunta se pretende dar respuesta mediante la evaluación de los esquemas maladaptativos tempranos que se presentan en pacientes con VIH/SIDA; por medio de la aplicación del YSQ-SF y el IAC. En primera instancia se pretende identificar los esquemas más exacerbados; posterior a esto, apreciar los niveles de adaptación y finalmente correlacionar los datos obtenidos para identificar la influencia de los EMTs en el proceso de adaptación de 16 pacientes diagnosticados con VIH/SIDA de la ciudad de Medellín; pretendiendo disminuir el vacío que rodea el enigmático Virus de Inmunodeficiencia Humana.

1.1. OPERACIONALIZACIÓN DE CATEGORIAS DE ANALISIS, VARIABLES Y/O HIPOTESIS

Dimensión	Variable	Naturaleza	Nivel de medición	Categoría	Instrumento
Socio demográfica	Edad	cuantitativa	Razón	18 a 65	Encuesta Sociodemográfica
	Sexo	cualitativa	Nominal	1-mujer 2-hombre	Encuesta sociodemográfica
Clínicas Esquemas Maladaptativo tempranos	Dependencia	cuantitativa	Escala	1Hipovalente 2 Alterado 3 Normal 4 Hipervalente	Medida por medio de YSQ-SF
	Subyugación	cuantitativa	Escala	1Hipovalente 2 Alterado 3 Normal 4 Hipervalente	Medida por medio de YSQ-SF
	Vulnerabilidad	cuantitativa	Escala	1Hipovalente 2 Alterado 3 Normal 4 Hipervalente	Medida por medio de YSQ-SF
	Miedo	cuantitativa	Escala	1Hipovalente 2 Alterado 3 Normal	Medida por medio de YSQ-SF

				4Hipervalente	
	Deprivacion Emocional	cuantitativa	Escala	1Hipovalente 2 Alterado 3 Normal 4Hipervalente	Medida por medio de YSQ-SF
	Abandono	cuantitativa	Escala	1Hipovalente 2 Alterado 3 Normal 4 Hipervalente	Medida por medio de YSQ-SF
	Desconfianza	cuantitativa	Escala	1Hipovalente 2 Alterado 3 Normal 4 Hipervalente	Medida por medio de YSQ-SF
	Aislamiento	cuantitativa	Escala	1Hipovalente 2 Alterado 3 Normal 4Hipervalente	Medida por medio de YSQ-SF
	Defectuosiad	cuantitativa	Escala	1Hipovalente 2 Alterado 3 Normal 4 Hipervalente	Medida por medio de YSQ-SF
	Indeseabilidad	cuantitativa	Escala	1Hipovalente	Medida por medio

				2 Alterado 3 Normal 4 Hipervalente	de YSQ-SF
	Incompetencia	cuantitativa	Escala	1Hipovalente 2 Alterado 3 Normal 4Hipervalent e	Medida por medio de YSQ-SF
	Culpa/castigo	cuantitativa	Escala	1Hipovalente 2 Alterado 3 Normal 4Hipervalent e	Medida por medio de YSQ-SF
	Pena/vergüen za	cuantitativa	Escala	1Hipovalente 2 Alterado 3 Normal 4 Hipervalente	Medida por medio de YSQ-SF
	Limites insuficientes	cuantitativa	Escala	1Hipovalente 2 Alterado 3 Normal 4 Hipervalente	Medida por medio de YSQ-SF
	Estándares Inflexibles	cuantitativa	Escala	1Hipovalente 2 Alterado 3 Normal 4 Hipervalente	Medida por medio de YSQ-SF

Adaptación	Área Personal	cuantitativa	Escala	1 Satisfactoria 2 Normal 3 Con dificultades	Medida por medio de IAC
	Área Familiar	cuantitativa	Escala	1 Satisfactoria 2 Normal 3 Con dificultades	Medida por medio de IAC
	Área Escolar	cuantitativa	Escala	1 Satisfactoria 2 Normal 3 Con dificultades	Medida por medio de IAC
	Área Social	cuantitativa	Escala	1 Satisfactoria 2 Normal 3 Con dificultades	Medida por medio de IAC

Consideraciones Éticas

Esta investigación no representa ninguna alteración ambiental ni social de la ciudad de Medellín, lugar donde será realizada, ni tampoco pretende alterar el funcionamiento normal de las instituciones en las que se va a evaluar la muestra.

Este estudio utiliza Pruebas psicométricas únicamente de lápiz y papel, no se realizará ningún procedimiento invasivo que afecte la salud física y mental de los participantes, los instrumentos utilizados son adecuados para el uso clínico psicológico, por lo tanto no representan ningún riesgo ni físico ni psicológico para los participantes, excepto el nivel de fatiga o agotamiento mínimo que pueden representar la ejecución de algunas pruebas, para lo que se realizarán periodos de descanso, entre una prueba y otra, si el participante así lo requiere.

A los participantes se les solicita leer y firmar un consentimiento informado en el que se les explica con claridad el tipo de investigación y los procedimientos que implementados en el estudio; así mismo se deja abierta la opción de retirarse del proceso en el que momento que así lo deseen, de igual forma están en la libertad de negarse a responder preguntas que sean embarazosas o vergonzosas; se deja constancia de que no habrá ninguna recompensa económica por la participación, que la información será utilizada con absoluta reserva y solo tendrán acceso a ella los investigadores. Con el fin de mantener la confidencialidad de los datos, a cada participante se le asignara un número que lo representara en el estudio.

Aspectos éticos

Se les explica a los participantes de la investigación en qué consiste el estudio, los beneficios y las fortalezas (ver Anexo 1), cada paciente diligencia el consentimiento informado. También a los participantes evaluados se dará una retroalimentación sobre los resultados y se les suministrarán estrategias de afrontamiento para mejorar el desempeño en su vida diaria.

Consentimiento informado

Consentimiento informado para la investigación titulada: *Influencia de los esquemas maladaptativos tempranos en 16 pacientes entre los 27 y 53 años diagnosticados con VIH/SIDA en una fundación de la ciudad de Medellín.*

2. OBJETIVOS

2.1 General:

Determinar la relación existente entre Esquemas Maladaptativos Tempranos y el proceso de adaptación en 16 pacientes entre los 27 y 53 años diagnosticados con VIH/SIDA de la ciudad de Medellín.

2.2 Específicos:

- Evaluar los esquemas maladaptativos tempranos que se presentan en pacientes con VIH/SIDA. por medio de la aplicación del YSQ-SF.
- Reconocer los EMTs más exacerbados en pacientes diagnosticados con VIH.
- Identificar el Proceso de Adaptación en 16 pacientes diagnosticados con VIH de la ciudad (Medellín) mediante la aplicación e interpretación del IAC. (Inventario de Adaptación de Conducta)
- Correlacionar Esquemas Maladaptativos Tempranos EMT y el Proceso de Adaptación en 16 pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en una fundación de la ciudad de Medellín.

3. JUSTIFICACIÓN

El VIH/SIDA es un tema de magna importancia porque involucra a la humanidad entera, nadie está exento de padecerlo; su vertiginosa propagación es tan sorprendente como los efectos dañinos que acarrear su diagnóstico y las vidas que ha cobrado con el pasar de los años. Según cifras recientes de ONUSIDA en el 2011 la mayoría de personas infectadas con el virus están ubicadas en los departamentos de Antioquia, Valle, Atlántico, Bolívar, y Bogotá (Colprensa, 2012).

Por tal motivo su estudio ha involucrado un equipo interdisciplinario con áreas enfocadas en la salud. No obstante, en el área de psicología falta fuerza y profundidad en la investigación en lo que involucra alteraciones a nivel cognitivo, motriz y de personalidad.

En artículo generado por la revista virtual Semana (2012) se encuentra el informe mundial de avances en la lucha contra el SIDA en el cual se comparan datos que permiten la construcción de un mapa evolutivo de la enfermedad. Encontrando que la población más afectada en Colombia está entre los 20 y 39 años de edad, incrementándose paulatinamente el número de casos reportados en los últimos años (UNGASS, 2012).

Estos son sólo algunos de los resultados que han sido publicados luego de innumerables estudios poblacionales y estadísticos; no dejan de ser lamentables las cifras en constante aumento. Lo que incita esta investigación es mostrar un panorama diferente sobre el VIH/SIDA; una visión que trascienda los números y otorgue mayor fuerza a ese aspecto psicológico que también se ve involucrado en la evolución del virus; determinando la relación existente entre EMTs y el proceso de adaptación en 16 pacientes diagnosticados con VIH/SIDA de la ciudad de Medellín.

Una vez determinada esta relación se espera disminuir el grado de desconocimiento frente al tema; debido a la escasa información sobre la presencia de los EMTs en personas diagnosticadas con VIH, además del vacío con respecto a su influencia en el proceso de adaptación.

Ligado al desconocimiento se encuentra la estigmatización que se ha otorgado a la presencia del Virus, incrementando el impacto y el malestar a nivel psicológico, obteniendo como resultado conclusiones apresuradas y catastróficas como: el VIH = muerte inmediata .

Por lo que plantear una investigación de esta temática ante la comunidad académica y profesional permitirá enseñar un panorama diferente y un área de intervención que no se ha tenido muy en cuenta, (esto es lo que demuestra el resultado de la investigación hasta ahora); para evidenciar que el VIH no es solo un invasor a nivel fisiológico que somete al portador a innumerables síntomas, cambios y malestar físico; sino que además afecta al hombre desde el interior de su organismo hasta el exterior, es decir, su contexto en general e interacción social.

Es importante para la Funda Universitaria María Cano realizar esta investigación porque, a pesar de haberse planteado un número significativo de investigaciones sobre la temática, no hay evidencias que demuestren que en pacientes

diagnosticados con ésta patología se haya realizado un estudio psicológico desde sus esquemas maladaptativos y su relación con la adaptación.

Es importante para mí como estudiante, como persona y como ser individual que forma parte de un colectivo, porque me permite conocer un panorama hasta ahora ignorado por muchos, e involucrarme en un contexto que requiere de atención no solo fisiológica/química, sino que brindar un acompañamiento psicológico que procure el fortalecimiento del ser y la funcionalidad del individuo en sociedad. La mejor forma de iniciar este recorrido es permitiéndome conocer el proceso por el cual transita la población de Seropositivos y la participación de su red de apoyo.

CAPITULO 2. MARCO METODOLOGICO

4.1 Tipo de estudio: *De correlación*

Se considera como un estudio de correlación ya que durante el proceso de investigación se pretende determinar la relación existente entre dos variables: esquemas maladaptativos tempranos y el proceso de adaptación.

4.2 Enfoque: *Cuantitativo.*

Esta investigación tiene un enfoque cuantitativo porque es una investigación sistemática, controlada, empírica, amoral, pública y crítica de fenómenos. Se guía por la teoría y las hipótesis sobre las presuntas relaciones entre esos fenómenos (Kerlinger & Lee, citados en Sampieri, 1997).

4.3 Diseño: No experimental

Esta investigación corresponde al tipo no experimental, ya que no se tuvo control sobre la variable independiente por la naturaleza de la misma.

4.4 Población y muestra:

La población a investigar, estuvo constituida por adultos entre 27 y 53 años de ambos sexos, previamente diagnosticados con VIH/SIDA.

La muestra está representada por un muestreo a conveniencia; dado que es una población de difícil acceso, está constituida por 16 pacientes previamente diagnosticados con VIH/SIDA. Generalmente las personas con el diagnóstico Seropositivo, prefieren reservarlo, por tal razón se muestran reacios a colaborar con investigaciones de esta índole, justificando su comportamiento como resultado a sentimientos de temor ante un posible rechazo y vulneración de su intimidad. Por lo tanto es difícil acceder a esta población.

4.4.1. Criterios de tipificación de la población

Criterios de inclusión:

- Sujetos mayores de edad
- Diagnosticados con VIH/SIDA
- Participación voluntaria y con consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Personas menores de edad diagnosticadas con VIH/SIDA.
- Personas diagnosticadas como Seronegativos.

4.5. FUENTES DE INFORMACIÓN

4.5.1 Fuentes primarias: Se realizó entrevista, aplicación de test, y trabajo individual y grupal con las personas evaluadas.

4.5.2 Fuentes secundarias: Se recolectó información de revistas científicas indexadas, libros, páginas y documentos de internet.

4.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS

a.

Nombre del test:	Inventario de Adaptación de Conducta (IAC)
Autores:	Ma Victoria de la Cruz y Agustín Cordero.
Procedencia:	TEA Ediciones Madrid, España, 3ra. Edición 1990. Cesa Ruiz Alva. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
Adaptación y normalización:	Lima, Perú Facultad de Psicología, Psicometría, en 1995
Duración:	No tiene tiempo límite para responder.
Administración:	Colectiva, pudiendo aplicarse también en forma Individual
Aplicación:	12 años en adelante
Significación:	Evaluación del grado de adaptación en los siguientes aspectos: personal, familiar, escolar y social.
Tipificación Original (1981)	Baremos de escolares, hombre y mujeres.
Tipificación de la	Eneotipos (puntajes Standard)

versión adaptada:

Número total de Ítems: 123

Descripción: Inventario de Adaptación de Conducta (IAC), es un cuestionario formado por 123 frases, a las que el sujeto debe contestar de acuerdo con su forma de pensar y actuar. A través de ellas se aprecia el grado de adaptación a diversos aspectos de su entorno (personal, familiar, educativo, social). Los estímulos (frases) se presentan agrupadas por bloques, encabezados por una pregunta que los abarca a todos.

Nota: se aplicó sólo a personas mayores de edad, diagnosticadas con VIH.

Una vez calificado el IAC, se evidencia la puntuación que permite ubicar al participante en una de las siguientes escalas: *Con una adaptación satisfactoria*, *Con una adaptación normal* y, *Con dificultades en su adaptación*.

b.

Nombre del test:	Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-SF)
Autores:	Castrillón, D., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N., Schiner, M., Maestre., y Marin, C.
Año:	2003
Procedencia:	Medellín. Colombia.
Evalúa:	Esquemas maladaptativos tempranos
Administración:	Colectiva e individual
Descripción:	El Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-SF) El sujeto debe contestar de acuerdo con su forma de pensar y actuar. Permite identificar la presencia de los

esquemas maladaptativos en la población participante. Se tiene en cuenta la suma de los ítems de cada factor (esquema), obteniéndose las puntuaciones directas. Las puntuaciones directas de cada uno de los factores, se convierte a percentiles.

Nota: se aplicó sólo a personas mayores de edad, diagnosticadas con VIH.

Una vez calificado el YSQ-SF, es posible identificar la presencia y el grado en que se encuentran los Esquemas Maladaptativos tempranos descritos por Young en su teoría.

4.6.1. Procedimientos

Selección de la muestra.

- Se contactó la organización
- Se citó a 16 pacientes diagnosticados con VIH/SIDA, que se deciden participar en la investigación.
- Se realizó a los participantes después de firmar el consentimiento informado: Inventario de adaptación de conducta (IAC) y el Cuestionario de Esquemas de Yung (YSQ-SF).

Aplicación de los protocolos.

Se realiza a todos los participantes previo consentimiento informado, encuesta sociodemográfica, Inventario de adaptación de conducta (IAC) y el Cuestionario de Esquemas de Yung (YSQ-SF).

Se realiza la recolección y organización de la información, en una base de datos, para llevar a cabo el análisis estadístico correspondiente.

Análisis estadístico

Antes de realizar el análisis estadístico se procede con una revisión de los datos, con el fin de descubrir si éstos son de calidad, por medio del cruce de variables.

Se describen las características clínicas es decir, EMT'S y nivel de adaptación de la población estudio.

La correlación de las variables se realiza mediante el Software: SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Un programa estadístico informático empleado en las ciencias sociales para fines de índole investigativo.

Resultado esperado:

Caracterizar la población de estudio, determinando la relación existente entre Esquemas Maladaptativos Tempranos y el Proceso de Adaptación en 16 pacientes

entre los 27 y 53 años diagnosticados con VIH/SIDA de la ciudad de Medellín; con el fin de proporcionar información a la comunidad que en general se interese por el tema.

Variables involucradas:

- Edad.
- EMT'S.
- Adaptación.

Análisis Multivariado:

Para cada participante diagnosticado con VIH/SIDA, se realizó una correlación de las variables cuantitativas, mediante el *coeficiente de correlación de Pearson*; empleando las puntuaciones directas correspondientes al cuestionario de esquemas de Young (evalúa esquemas Maladaptativos Tempranos) y las puntuaciones directas arrojadas por el Inventario de Adaptación de Conducta (mide el proceso de adaptación).

CAPITULO 3. MARCO REFERENCIAL

5. MARCO REFERENCIAL

La fundamentación temática o referencial de esta investigación parte de las teorías expuestas por autoras como Sor Callista Roy con su Modelo de Adaptación y La teoría de los Esquemas Maladaptativos Tempranos propuesta por Jeffrey Young.

5.1. MARCO CONCEPTUAL

Esquemas Mal-adaptativos Tempranos (EMT's): Considerados como un constructo cognitivo que sirve a la persona para filtrar, codificar y evaluar la información que llega del ambiente y que sesga de manera consistente las percepciones e interpretaciones de los eventos que vivimos. Son resistentes al cambio, a pesar de ser disfuncionales resultan bastante “útiles” para la persona. (Beck, citado por Ferrel, Peña, Gómez & Pérez, 2009).

Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

(...) es un Retrovirus del género Lentivirus considerado así por su lento proceso para replicarse. Ataca el sistema inmunitario y debilita las defensas, ocasionando por ende la presencia de infecciones y algunos tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias, la

persona infectada se va volviendo gradualmente inmunodeficiente (...).
(De la hoz, Duran, Pacheco, & Quijada, 2014.p.3)

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida:

(...)Constituye la etapa crítica de la infección por VIH. El portador del VIH posee un sistema inmunológico que probablemente sea incapaz de reponer los linfocitos T CD4+ que pierde bajo el ataque del VIH. De esta manera, el portador del virus es presa potencial de numerosas infecciones oportunistas que le pueden conducir a la muerte (...) (Batista, Gonzales, Batista, & Méndez, 2014 p.904).

ADAPTACION: Es un punto de modificación constante, constituido por los estímulos percibidos por el individuo y la forma en que este responde ante ellos.
(Roy, citado en Díaz, 2002)

5.2. MARCO HISTÓRICO

Salud-enfermedad, son la diada de la cual se ha hablado desde siempre. Con el pasar de las décadas los centros de investigación se han dedicado al estudio de diversos temas, lo que conlleva a la evolución de teorías existentes, confirmación de algunas y el declinamiento de otras. Simultáneamente incrementa el interés en cierto porcentaje de la humanidad por involucrarse directamente en áreas como la

psicología y la fisiología, campos que tienen como elemento fundamental la investigación.

Confirmando lo dicho, ésta investigación involucra aspectos psicológicos como el proceso de adaptación y su relación con los esquemas maladaptativos tempranos; a su vez, resalta conceptos fisiológicos concernientes al área de la medicina como lo son el diagnóstico de VIH y el proceso de su evolución: SIDA.

MODELO DE ADAPTACION

En 1968 Callista Roy pone en marcha su modelo de adaptación; basando su carrera profesional como enfermera en la filosofía ya propuesta. Apoyando su tesis mediante la correlación de propuestas previas como la teoría general de sistemas de Rapoport y la teoría de adaptación de Harry Helson. Roy reconoce que este modelo surge de su experiencia personal y profesional como enfermera en el área de pediatría, tiempo después de observar en los niños conductas de adaptación ante la enfermedad y los cambios, todo esto sumado a sus creencias con relación al ser humano, es en 1970 que propone oficialmente su Teoría: modelo de adaptación de Roy. (Diaz et al., 2002).

VIH/SIDA

Según la Revista Cubana de Medicina Militar (2009), a finales de 1970 empezaron a detectarse casos esporádicos de una enfermedad; quienes la padecían compartían particularmente un común denominador: infección por *Cándida albicans*. Sin embargo, fue hasta el 5 de junio de 1981 la primera vez que se habló oficialmente de la enfermedad, gracias a la publicación de Gottlieb, Siegal y Masur, de la Facultad de Medicina de la Universidad de California sobre: morbilidad y mortalidad. (Miranda & Napoles, 2009).

En el informe, se mencionan algunas teorías que han surgido acerca de cuándo, cómo, dónde y por qué se originó, entre ellas la creencia de que el SIDA era un castigo de Dios por el pecado de la homosexualidad. También adquirió fama de pasajera como posible agente causal el nitrito de anilo, que posee acción inmunosupresora y se utilizaba con el fin de activar el proceso sexual. Otra de las teorías consistió en que el VIH proviene de monos cazados por los seres humanos y que se transmitió al hombre a principios del siglo pasado y finalmente que fue desarrollado como parte de un programa de armas biológicas (Miranda y Nápoles, 2009).

Cada una de estas teorías es considerada desde su enfoque como cierta, en su momento han sido blanco de análisis obteniendo como resultado que ninguna es la verdad absoluta; por el contrario, aun es eje central de múltiples investigaciones.

ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS

El inicio de la teoría de los esquemas maladaptativos se da a partir de la aparición del concepto esquema que se remonta a Kant desde la filosofía; la introducción del concepto al área de la psicología a partir de la teoría de la inteligencia artificial, y años más tarde ese convierte en parte fundamental para la terapia cognitiva propuesta y desarrollada por Aron Beck en los sesenta para referirse al modo de interpretar los acontecimientos de la vida determinando como la persona se siente frente a ellos (citado por Ferrel, et al. 2009).

Dada la necesidad de mejorar el modelo propuesto por Beck, se emite el concepto de “Esquemas Maladaptativos Tempranos” (EMTs) con la intención de referir aquellos “constructos no aprobados empíricamente, fenómenos de un nivel extremadamente profundo, que pueden estar inactivos durante mucho tiempo y luego ser activados (energizados) rápidamente como resultado de cambios en el tipo de estímulos que llegan del ambiente” (Ferrel, et al, 2009)

5.3. MARCO CONTEXTUAL

El **Departamento de Antioquia** está situado al noreste del país, cuenta con una superficie de 63.612 km² lo que representa el 5.6 % del territorio nacional. Limita por el Norte con el mar Caribe y los departamentos de Córdoba y Bolívar; por el Este con

Bolívar, Santander y Boyacá; por el Sur con Caldas y Risaralda y por el Oeste con el departamento del Chocó. Este departamento se compone de 125 municipios entre ellos se encuentra Medellín (Martínez, 2006).

Según reporta la alcaldía de Medellín, éste municipio está localizado en el Valle de Aburra, en el centro del Departamento de Antioquia. Al igual que otros 9 municipios conforma el Área Metropolitana. Cuenta con una población de aproximadamente 2.945.034 habitantes que se sitúan en 1.152 km² que la conforman.

Es necesario mencionar que se ha encontrado en este contexto sobre la problemática del VIH las investigaciones de Luz Suarez, coordinadora de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Salud de Medellín, dice que los registros de infectados han aumentado en el mundo y en el departamento no es un fenómeno nuevo sino una tendencia, desde 1986 (Valencia, 2012).

A pesar de la preocupación por el tema y las acciones preventivas este fenómeno va dejando rastros de desolación y malestar emocional tanto del infectado como de su red primaria de apoyo.

Según el reporte de la Dra. Peláez, secretaria de Salud de Medellín (citado en Valencia, 2012) menciona que desde 1985, cuando después de ser identificado el

primer caso de VIH en el departamento van 14.320 casos. El promedio de muertes esta entre el 20% anual y de las 2.464 personas que fallecieron 8.405 son de Medellín.

Para el 2012 según el reporte de la Gobernación de Antioquia (2013) mediante la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social reporta que 1.070 habitantes viven con el VIH; encontrándose que el Valle de Aburrá cuenta con 835 casos, el Bajo Cauca con 47, Magdalena Medio y Nordeste con 18 y 21 casos respectivamente.

Siendo Antioquia uno de los pioneros a nivel nacional en las estadísticas que reportan el número anual de infectados por VIH, sumado la población que aún ignora su diagnóstico; se torna preocupante la falta de compromiso e irresponsabilidad que divaga por las calles no solo de Antioquia sino del país entero.

Los términos Irresponsabilidad y falta de compromiso explicarían el contexto actual, ya que es intolerable que aun con el acceso a la información y contando con los recursos para la protección y prevención de las ITS/ETS, la cultura de autocuidado aun sea una Utopía.

5.4. MARCO LEGAL

Partiendo de la idea que todos los habitantes del territorio Colombiano tienen derechos y obligaciones, esta investigación está enmarcada en las principales leyes que regulan la temática abordada. Citando las leyes, decretos, resoluciones y acuerdos descritos por el Ministerio de Protección Social de la República Colombiana (2015) se relacionan:

- **Ley 1090 de 2.006:** Se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el Código Deontológico, y Bioético y otras disposiciones.
- **Ley 1616 de 2.013:** Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.
- **Ley 100 de 1.993:** Todos los habitantes deberán estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)
- **Ley 972 DE 2.005:** “Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida”
- **Decreto 2323 de 2.006:** por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 9ª de 1979 en relación con la Red Nacional de Laboratorios y se dictan otras disposiciones como: Artículo 23, La financiación de los exámenes de

laboratorio de interés en salud pública, para el diagnóstico individual en el proceso de atención en salud, serán financiados con cargo a los recursos del Plan Obligatorio de Salud contributivo y subsidiado según la afiliación del usuario al Sistema General de Seguridad Social en Salud o con cargo a los recursos para la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, de conformidad con la normatividad vigente.

- **Decreto 3039 de 2.007:** Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública define como prioridad la Salud Sexual y Reproductiva, y dentro de ella el VIH.
- **Decreto 1543 de 1.997:** Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ITS).
- **Decreto 1543 de 1.997:** Artículo 2- Consejería: Conjunto de actividades realizadas para preparar y confrontar a la persona con relación a sus conocimientos, sus prácticas y conductas, antes y después de la realización de las pruebas diagnósticas; ésta se llevará a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y actividades de asesoría a las personas infectadas, a sus familiares y comunidad, en lo relacionado con las ITS, el VIH y el SIDA.

- **Decreto 1543 de 1.997:** Artículo 8: Ninguna persona que preste sus servicios en el área de la salud o institución de salud se podrá negar a prestar la atención que requiera una persona infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) asintomática o enferma del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), según asignación de responsabilidades por niveles de atención, so pena de incurrir en una conducta sancionable de conformidad con las disposiciones legales; salvo las excepciones contempladas en la Ley 23 de 1981.
- **Decreto 1543 de 1.997:** Deber de la confidencialidad
- **Decreto 1543 de 1.997:** Revelación del secreto profesional.
- **Decreto 1543 de 1.997:** Derecho al consentimiento informado
- **Decreto 1543 de 1.997:** Deber de no infectar.
- **Resolución 5261 de 1.994:** Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Resolución 3442 de 2006:** Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH / SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los

Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica

- **Resolución 2338 de 2013:** Por la cual se establecen directrices para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otras de Transmisión Sexual- ITS y para el entrenamiento en pruebas rápidas de VIH, sífilis y otras ITS.
- **Acuerdo 117 de 1.998:** Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

5.5. MARCO TEÓRICO

En este trabajo se describen las teorías de Jeffrey Young acerca de los esquemas maladaptativos tempranos y el proceso de adaptación de Sor Callista Roy en el contexto enfermedad; finalmente el proceso de evolutivo del VIH en SIDA y su impacto en las diferentes áreas del ser humano; esto como preámbulo ante la correlación de la triada.

Teoría de Esquemas Maladaptativos Tempranos.

Jeffrey Young (citado en Londoño, 2010) define los esquemas tempranos como disfuncionales, estables y que además perduran en el tiempo; “son sentimientos y creencias incondicionales acerca de uno mismo en relación con el ambiente” (p.148).

Los esquemas no se forman de manera esporádica, por el contrario, son el producto de las experiencias vividas en la infancia, se desarrollan y fortalecen con el paso del tiempo; permitiéndole al individuo hacer una valoración de experiencias posteriores.

Una vez comprendido el concepto de EMTs, se reconocen sus características principales, con el fin de ampliar el bagaje de la teoría. Los esquemas son considerados como verdades a priori y no son debatidas bajo ninguna circunstancia; en función de esto pueden perpetuarse en el tiempo y resistirse al cambio. La carga emocional que los sostiene incrementa el grado de disfuncionalidad del sujeto y su interacción con el entorno (Young, citado en Londoño, 2010).

Todo concepto teórico cuenta con un origen, en el caso de los EMTs se parte de la premisa que “los esquemas son la secuencia de una interacción entre unas necesidades emocionales centrales no satisfechas en la infancia, experiencias tempranas y el temperamento innato del niño” (Young, citado en Londoño 2010 p.62); lo que explicaría más adelante al proponer 5 necesidades emocionales centrales de afectos seguros con otras personas, autonomía, competencia y sentido de identidad,

libertad para expresar las necesidades y emociones válidas, espontaneidad, límites realistas y autocontrol. Concibiendo finalmente como sano psicológicamente el individuo que logra satisfacer adaptativamente sus necesidades emocionales (Londoño, 2010).

Los esquemas son agrupados por Young (citado en Chan, 2013) en cinco grandes dominios o categorías; en cada una de ellas se refleja una necesidad emocional insatisfecha, y se manifiesta a través de conductas desadaptativas y disfuncionales que dificultan la interacción del individuo con su ambiente.

La primera de las dimensiones es la **Desconexión y Rechazo**, en esta se encuentran 1. *Abandono /inestabilidad* (convicción de que las necesidades de estabilidad, empatía, aceptación y seguridad no serán satisfechas y aseguran que las figuras de autoridad especialmente los cuidadores no estarán a tiempo para responder ante su demanda); 2. *Desconfianza/abuso* (expectativa constante frente a los demás y lo que puede recibir de ellos: humillación y engaño, certeza de ser constantemente manipulado); 3. *Privación emocional* (es el resultado de la ausencia de la figura materna, por ende la creencia de no ser apoyado); 4. *Imperfección /vergüenza* (corresponde al sentimiento de inferioridad, evitación constante de mostrarse como realmente es por temor a ser rechazado; tienen la certeza de no merecer ser amados) y 5. *Aislamiento social* (certeza de estar separado del mundo, de ser diferente y no

encajar en ningún grupo social, por ende es la soledad la mejor compañía para su sentimiento de poca aceptación) (Chan, 2013).

La segunda dimensión es **Perjuicio en autonomía y desempeño**, esta se compone de cuatro esquemas maladaptativos 1. *Dependencia/incompetencia* (creencia de que solo con ayuda externa se lograra ser exitoso; generalmente se someten a las decisiones de tomadas por otros aun sin estar d acuerdo, por temor a romper la relación aun cuando esta sea disfuncional o destructiva); 2. *Vulnerabilidad al daño/enfermedad* (temor excesivo a perder el control y/o ser víctima de una catástrofe que puede ocurrir en el momento menos esperado); 3. *Enmarañamiento* (certeza de no poder sobrevivir solo o ser feliz sin apoyo constante, cuestionamiento sobre la propia existencia, evidenciándose con la necesidad de excesivo acercamiento con personas significativas especialmente cuidadores); 4. *Fracaso* (certeza de ser ignorante, inepto con un sentimiento de inevitable fracaso en toda acción que emprenda). (Chan, 2013).

Límites inadecuados es la tercera dimensión descrita por Young (Citado en Chan, 2013), conformada por dos esquemas, como bien se ha descrito en este trabajo cada uno de ellos presenta una necesidad emocional insatisfecha; en primer lugar se encuentra el esquema de *Grandiosidad* (sentimiento de superioridad generalmente son personas exigentes, controladoras, siendo la descortesía su carta de presentación) y en segundo lugar *Autocontrol insuficiente/autodisciplina* (estas personas se

caracterizan por rechazar el autocontrol; énfasis en la evitación de molestias ejemplo conflictos, responsabilidades o esfuerzo excesivo) (Chan, 2013).

La cuarta dimensión recibe por nombre **Tendencia hacia el otro**, la conforman dos esquemas 1. *Subyugación* (convicción de “tener que agradar a los demás” a fin de ello emplean el sacrificio y/o la sumisión; como resultado al hecho de sentirse responsables de la felicidad de los demás. Este grupo de personas experimentan sentimientos de culpa cuando sus necesidades individuales se sitúan como una prioridad) y 2. *Búsqueda de aprobación/reconocimiento* (sobre –esfuerzo por complacer a los demás con el fin de agradar a como dé lugar y recibir su aprobación y reconocimiento como recompensa. La autoestima de este grupo suele estar a expensas de la opinión externa) (Chan, 2013).

La dimensión de **Sobrevigilancia e inhibición** es la quinta y última de la clasificación; Young (Citado en Chan, 2013) involucra en ella cuatro esquemas maladaptativos; 1. *Negatividad /Pesimismo* (corresponde a la maximización de los sucesos negativos, a su vez los aspectos positivos son obviados; generalmente las expectativas están basadas en que todo ira mal o dado el caso los resultados no serán satisfactorios); 2. *Control Excesivo/inhibición emocional* (creencia de que al evitar la espontaneidad se logra el control de sus vidas y evitar pasar vergüenza); 3. *Normas inalcanzables* (experimentan sentimientos de presión y ansiedad ante las expectativas que supuestamente tienen los demás frente a ellos); y el 4. *Condena* (es la certeza de merecer ser castigado severamente siempre que se cometa un error;

suelen ser personas intolerantes que tienden a enojarse fácilmente en especial cuando los resultados no llenan las expectativas iniciales) (Chan, 2013).

Llegado a este punto cabe resaltar que la teoría de los esquemas maladaptativos tempranos, permite al profesional en psicología identificar el modo en que sus pacientes valoran la realidad, las conclusiones que extraen de ésta y el componente emocional que cada uno otorga a los acontecimientos vividos; finalmente el profesional comprende el origen de los comportamientos manifiestos ante los estímulos percibidos en su entorno; contando con herramientas que permitirán la estructuración de un plan de intervención acorde para cada caso en particular.

Teoría del Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy.

Diaz, et al. (2002) en su trabajo de investigación describe los principios científicos en los cuales la enfermera Sor Callista Roy fundamenta su teoría del proceso de adaptación. Para que esta teoría fuese una realidad Callista se apoyó en teóricos como el psicólogo-fisiólogo Harry Helson y en la teoría de los sistemas propuesta por Von Bertalanffy. Sus principios filosóficos se componen de una base humanista, el concepto *Veritivyti* y *la unidad cósmica*.

Callista, (citada en Diaz, et al. 2002) define el concepto *Veritivyti* como el “principio de la naturaleza que afirma una finalidad común de la existencia humana, en

la cual establece una fundamentación y apreciación de la realidad, cuyo significado radica en la reunión del ser humano con la verdad infinita que es Dios”(p. 20).

Entre las propuestas emitidas por el modelo de adaptación de Castilla (citada en Díaz et al., 2002) se destacan las creencias filosóficas y los valores en que fundamenta su profesión de enfermería; concibiendo a las personas son seres holísticos, únicos y trascendentes que están en constante búsqueda de la autorrealización, con el fin de dar una razón de ser a su existir y cuentan con la autonomía suficiente para tomar sus propias decisiones haciéndose responsable de los resultados de su interacción con el medio.

Con el logro de la evolución de la realidad, Callista pretende que los profesionales autoevalúen su ejercicio y cuestionen su actitud en el contexto laboral recibiendo al individuo como un ser holístico y no fragmentado, teniendo en cuenta que “la persona está inmersa en el ambiente constituido por sus creencias, valores, principios, sentimientos, vivencias y patrones de relación, entre otros, que determinan la forma como se enfrentará a los estímulos del medio” (Díaz, et al., 2002. p.20).

En el sistema adaptativo humano propuesto en 1970 por Callista (Citado en Díaz, et al. 2002) menciona entre los conceptos fundamentales: *ambiente, estímulo, nivel de adaptación*.

El **Ambiente**, se entiende como el conjunto de condiciones y sucesos que rodean e intervienen en el desarrollo y el comportamiento de las personas, tanto a nivel externo como interno del individuo, por lo que el ambiente está constituido también por experiencias pasadas. Debido a la interacción constante del ambiente con los estímulos, cada vez que se presenten respuestas inadecuadas, disminuye la meta de adaptación de la persona con el mundo. En el contexto de enfermedad, el profesional hace parte del ambiente de cada paciente; estableciendo una relación de reciprocidad, contando con la posibilidad de afectar al paciente de forma positiva o negativa para su proceso de adaptación. (Díaz, et al., 2002).

El concepto **estímulo** es para el modelo de adaptación “todo aquello que provoca una respuesta. Es el punto de interacción del sistema humano con el ambiente” (Díaz, et al., 2002 p. 21).

Díaz, et al. (2002) enuncia la clasificación de los estímulos en 1° **Estímulo Focal** (factor que desencadena una respuesta inmediata que puede ser adaptativa o inefectiva. Siendo adaptativa cuando promueve la adaptación e inefectiva cuando no lo hace); 2° **Estímulos contextuales** (aquellos que contribuyen al efecto del estímulo focal. Es decir, mejorar o empeorar la situación) y 3° **Estímulos residuales** (factores ambientales, dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos, cuyo efecto no es claro en la situación actual).

Adicionalmente, se describen algunos estímulos que según el modelo, aparecen comúnmente en todas las personas; teniendo en cuenta que en determinado momento pueden ser focales, contextuales y /o residuales. **Los estímulos familiares** (involucran directamente el rol del grupo familiar); los **estímulos relacionados con la etapa del desarrollo** y los **estímulos relacionados con el ambiente** (manejo médico, consumo de drogas, alcohol, la situación social y económica etc.). Identificar los estímulos al igual que la adaptación es un proceso dinámico, porque en la medida que varía la situación, los estímulos también lo hacen. Por tanto, es necesario tener en presente que el análisis permanente de la relación estímulo-respuesta permite al profesional de determinar la prioridad de individualidad en planes de cuidado, y de esta manera ajustar a posibles cambios en el nivel de adaptación. (Díaz, et al., 2002).

Para este modelo el concepto Nivel de adaptación, hace referencia al grado de adaptación que representa la codificación del proceso vital y se describe en tres niveles: **Integrado** (procesos vitales que trabajan como un todo, para satisfacer las necesidades de la persona); **Compensatorio** (mecanismo cognitivo se activa, para buscar respuestas adaptativa) y **Comprometido** (cuando las respuestas son inadecuadas y, por lo tanto, resulta un problema de adaptación) (Callista, citado en Díaz, et al., 2002).

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

La enfermedad ha constituido un fenómeno global desde siempre, por lo que la humanidad ha procurado explicarla, debatirla, justificarla y combatirla. Hace algún tiempo fue concebida como un castigo divino y como resultado de creencias religiosas. El ideal de castigo divino se mantuvo por mucho tiempo en la historia, con la aparición del Cáncer y el SIDA esta teoría toma mayor fuerza. (Sevilla, 2010).

Sevilla, G (2010) afirma:

(...) en los ochenta empiezan a aparecer, en las ciudades de California y Nueva York, casos de inmunodeficiencia. Con el tiempo, este factor sirvió para que se le denominara Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; aunque el síndrome no existe hasta años después de que el portador fue contagiado por el VIH, que es cuando aparecen las enfermedades oportunistas, como tuberculosis, sarcoma Kaposi, (...) etc. Sólo entonces podemos hablar de la enfermedad del SIDA (...) (p.44)

Lamotte, (2004) define la infección- enfermedad por VIH/SIDA como una “infección crónica transmisible de tipo progresivo y causa viral en la cual se establece una relación muy diversa entre huésped y virus, que finalmente condiciona la aparición de procesos morbosos oportunistas o tumores raros, o ambos” (p.49).

La familia de los retrovirus está dividida en 3 sub-familias, entre ellas los *lentiviridae*, causantes de inmunodeficiencia y destrucción de las células que atacan lenta y progresivamente al cuerpo humano. En este subgrupo figuran los que ocasionan la enfermedad en los humanos: el VIH-1 y el VIH-2 (Lamotte, 2004)

Lamotte, 2004 enuncia:

Serotipos del VIH-1: Se clasifican en 2 grandes grupos: el M (main) y el O (outlier), el primero causante de la gran mayoría de las infecciones existentes hoy día y del cual se conocen los siguientes serotipos: A, B, C, D, E, F, G Y H; el segundo localizado en cierta parte de África y no sensible a pruebas de laboratorio para su detección. (p.50).

Serotipos del VIH -2: Por ser de menor circulación mundial, tiene pocos serotipos: A, B, C y E. En general, ésta familia de los retrovirus se asocia cada vez más con distintos procesos patológicos, tales como enfermedades autoinmunes, afecciones neurológicas y otras (p.50).

Entre las principales vías de transmisión descritas en la literatura se encuentran la **Vía sexual**, concebida como la principal fuente de infección por VIH a nivel mundial. En el segundo lugar se ubica el **Uso de sangre y hemoderivados contaminados**, a pesar de que el riesgo de contagio corresponde a los primeros meses de contraer la infección, cuando los resultados de las pruebas serológicas arrojan un resultado negativo por la ausencia de anticuerpos. En tercer lugar se posiciona la **Drogadicción**, sin embargo, es aún considerada como una fuente de infección poco

significativa (en comparación otras). Finalmente se encuentra la transmisión de la infección **de la madre al feto** o la también conocida como **transmisión vertical**; es importante resaltar que los momentos de mayor transmisibilidad van a depender del curso evolutivo de la enfermedad (Lamotte, 2004).

Lamotte, (2004) describe con relación a la anatomía patológica en el VIH las que corresponden a las infecciones que comúnmente llamamos oportunistas, algunos tumores que están asociados a la infección por VIH. Uno de los principales sistemas atacados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana es el Sistema nervioso; presentando anomalías como atrofia difusa de los hemisferios cerebrales (sin focos de necrosis), alteraciones en la sustancia blanca y lóbulos frontales. Progresivamente se va esparciendo por la totalidad del encéfalo afectando principalmente cerebelo y tallo cerebral.

Citando a Lamotte, (2004) en su descripción de las fases clínicas por las cuales atraviesa la infección-enfermedad por VIH/SIDA, se encuentran tres específicamente. Estas fases se conocen como *infección aguda retroviral*, *fase de portador asintomático*, *fase de complejo relacionado con el SIDA* y finalmente la *fase caso SIDA*.

La Infección aguda retroviral también se conoce con el nombre de **retro-virosis aguda**, corresponde a la llegada del virus al cuerpo humano, caracterizándose especialmente por dos situaciones la primera ocurre generalmente y es que puede ser asintomática o por el contrario puede ser sintomática, presentando un cuadro clínico con diversos síntomas que generan un malestar general en el organismo (Lamotte, 2004).

En cuanto al **Periodo de portador asintomático**, corresponde a la fase más extensa de la enfermedad, aunque el periodo es asintomático, representa un serio problema epidemiológico, ya que se corre el riesgo de tener relaciones sexuales sin protección, propagando la enfermedad (Lamotte, 2004).

Con el pasar del tiempo la enfermedad progresa permitiendo la llegada de la **Fase de complejo relacionado con el SIDA**, también conocida como SIDA menor o Presida; esta es una fase intermedia entre el portador asintomático y el caso SIDA; durante este periodo suelen presentarse síntomas y/o enfermedades relacionadas con la inmunodeficiencia subyacente. Generalmente los síntomas de esta etapa son mayores que en la anterior, pero menos graves que en la siguiente (Lamotte, 2004).

La **Fase de caso SIDA**, corresponde al estadio final de la infección por VIH. Su característica fundamental es la aparición de infecciones oportunistas y tumores.

Durante este periodo se experimenta una replicación viral, atacando con letal potencia el sistema inmunológico (Lamotte, 2004).

Lamotte, (2004) describe algunas de las complicaciones a nivel neurológico a causa del SIDA entre ellas demencia por sida, atrofia cerebral, alteraciones en los procesos de atención-concentración y memoria, ataxia, paraplejia, apatía, trastornos de la personalidad y mutismo. Finalmente, relaciona el tratamiento recomendado para disminuir la replicación del Virus y restablecer el sistema inmunológico mediante antirretrovirales, terapia inmunomoduladora, tratamiento de las infecciones oportunistas, quimioprofilaxis, apoyo nutricional y psico-educación. Esta última con el propósito de orientar al diagnosticado en conjunto con su red de apoyo.

CAPITULO 4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y DISCUSIÓN

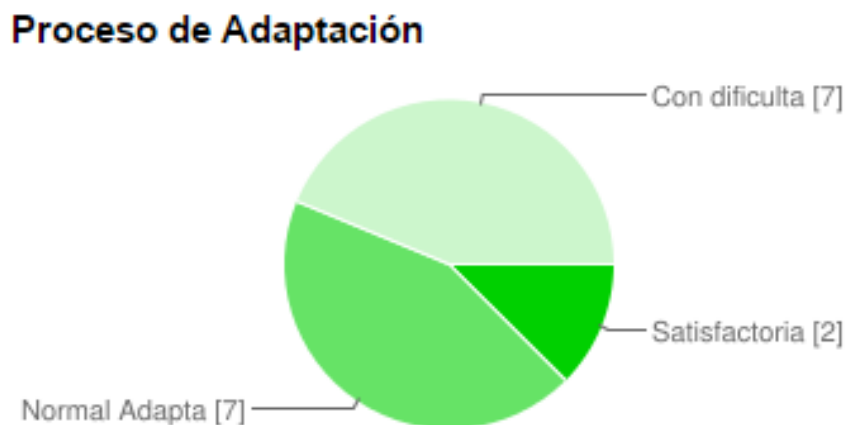
6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para realizar el análisis estadístico de los datos, se hizo por medio del software estadístico SPSS. Primero se realizó la operacionalización de las variables intervinientes, (ver tabla 1) se procedió a organizar una base de datos con toda la información relevante de los sujetos, una hoja de cálculo de Excel. Antes de realizar el análisis estadístico se procedió con una revisión de los datos, con el fin de descubrir si estos si eran de calidad, por medio del cruce de variables.

Se realiza la asociación de variables cuantitativas mediante el coeficiente de correlación de Pearson, a través del programa estadístico spss encontrándose una relación entre EMT's y el proceso de adaptación en 16 personas diagnosticadas con VIH/SIDA en una fundación de la ciudad de Medellín.

Descripción de los datos

Gráfico 1. Proceso de Adaptación



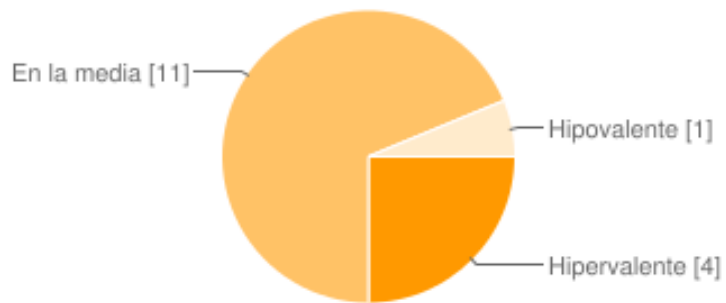
El 12.5 % de la población presentó un proceso de adaptación satisfactorio frente al proceso de enfermedad.

El 43.8 % evidencia dificultades en su proceso de adaptación.

En el 43.8% se muestra un proceso de adaptación normal, en el proceso de enfermedad.

Gráfico 2. Dependencia

DEPENDENCIA

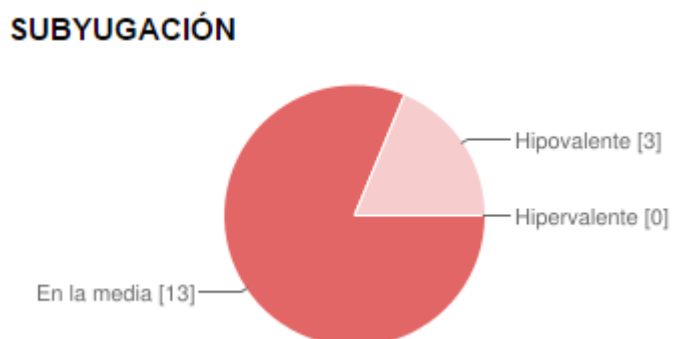


El 25% evidencia el esquema de Dependencia hipervalente.

El 68.8% se encuentra entre la media poblacional, para el esquema de Dependencia

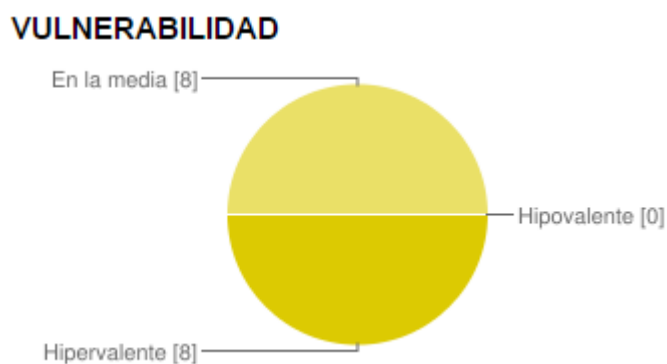
El 6.3% lo conforman las personas que presentan el esquema de Dependencia hipovalente.

Gráfico 3. Subyugación



81.3% se ubica entre la media poblacional para el esquema de Subyugación el porcentaje restante corresponde a las personas que evidencian hipovalente el esquema.

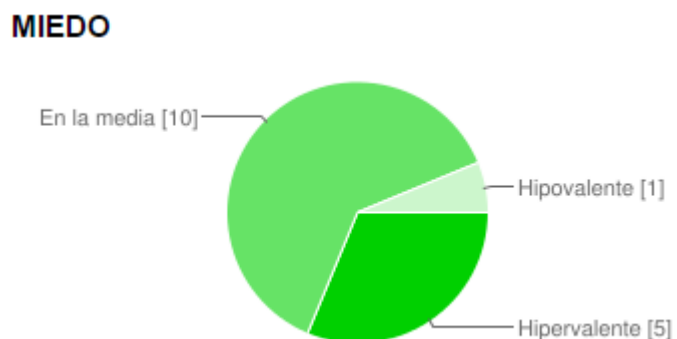
Gráfico 4. Vulnerabilidad



El 50% expone el esquema de Vulnerabilidad hipervalente.

El resto se encuentra en la media poblacional, frente al esquema de Vulnerabilidad.

Gráfico 5. Miedo



El 31.3% evidencia un nivel hipervalente en el esquema de Miedo.

El 62.5% corresponde a la media poblacional ante el esquema del Miedo.

El 6.3% de la muestra manifiesta hipovalencia en el esquema del Miedo.

Gráfico 6. Deprivación Emocional

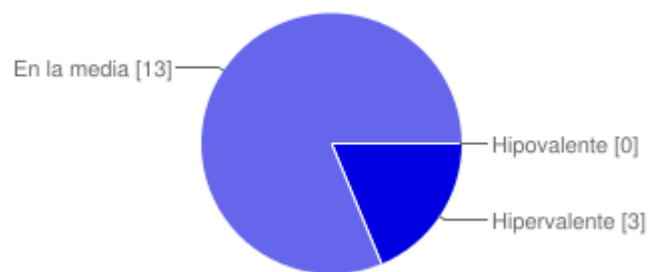


El 50% presenta el esquema de Deprivación emocional hipervalente.

El 43.8% de los sujetos de este estudio, se encuentra en la media poblacional para el esquema de Deprivación emocional y el 6.3% presenta hipovalencia.

Gráfico 7. Abandono

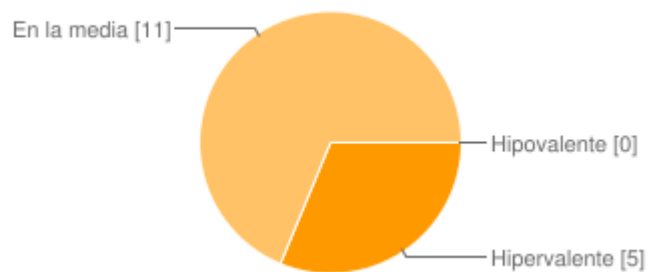
ABANDONO



El 18.8% muestra hipervalente el esquema de Abandono y el 81.3% se encuentra entre la media poblacional.

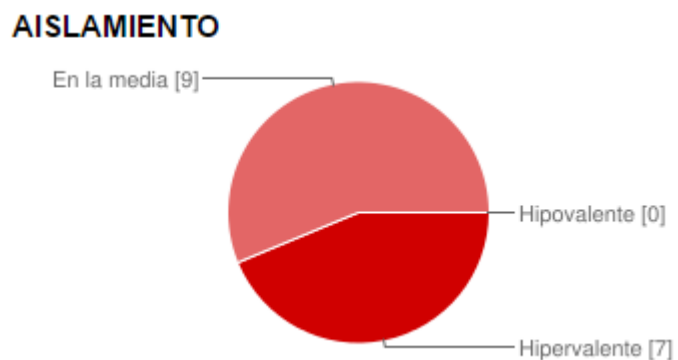
Gráfico 8. Desconfianza

DESCONFIANZA



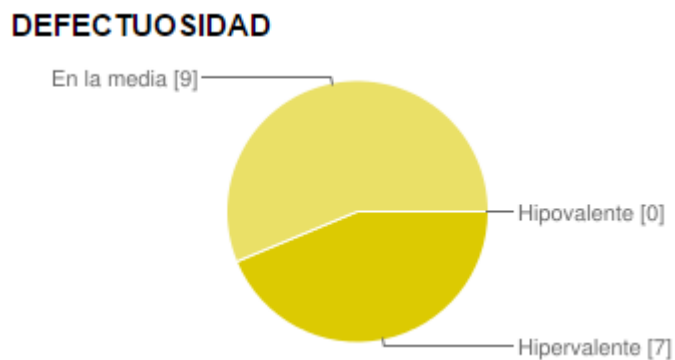
El 31.3% de las personas evidencian hipervalencia en el esquema de Desconfianza y el 68.8% de la población que se ubica entre la media poblacional.

Gráfico 9. Aislamiento



El 43.8% manifiesta hipervalencia en el esquema de Aislamiento y el 56.3% corresponde a la media poblacional.

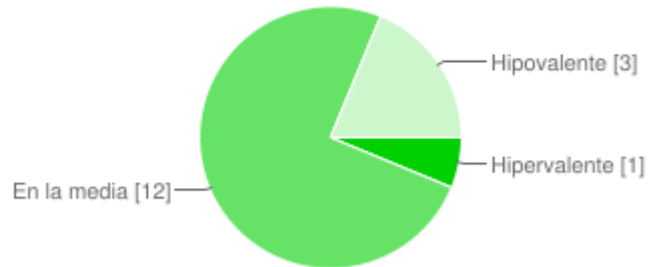
Gráfico 10. Defectuosidad



El 43.8% corresponde a la población que presenta el esquema de Defectuosidad en el grado hipervalente y el 56.3% se encuentra entre la media poblacional.

Gráfico 11. Indeseabilidad

INDESEABILIDAD



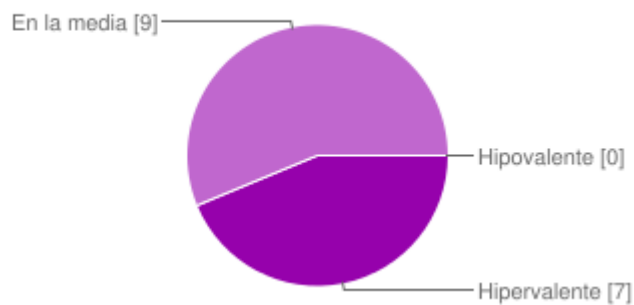
El 6.3% de los sujetos evidencia hipervalencia en el esquema de Indeseabilidad

El 75% se ubica entre la media poblacional.

18.8% equivale a las personas que puntúan hipovalente el esquema de Indeseabilidad

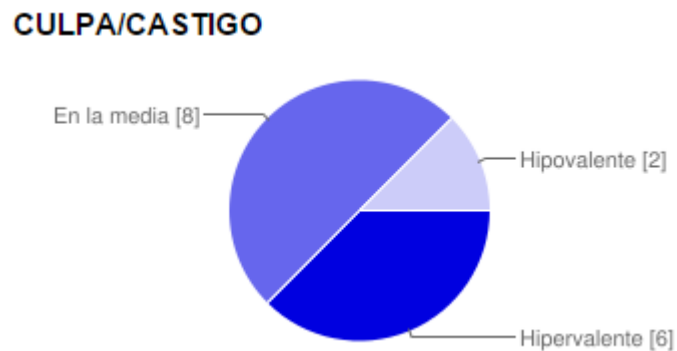
Gráfico 12. Incompetencia

INCOMPETENCIA



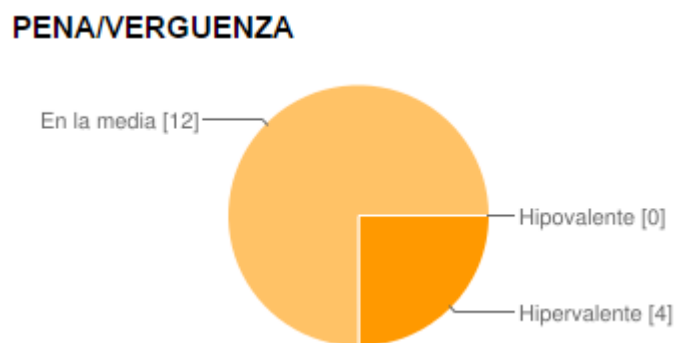
El 43.8% expone hipervalente el esquema de Incompetencia y el 56.3% de la muestra se encuentra en la media poblacional.

Gráfico 13. Culpa/castigo



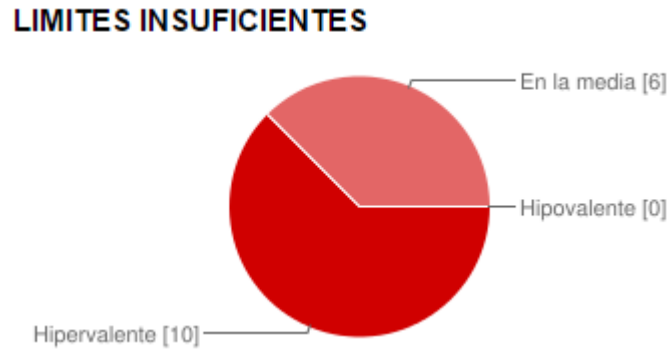
El 50% de los sujetos se encuentra entre la media poblacional para el esquema culpa/castigo; el 12.5% evidencian hipovalencia y el 37.5% como hipervalente.

Gráfico 14. Pena/Vergüenza



En el 25% de la muestra manifiesta hipervalencia en el esquema de Pena/Vergüenza y el 75% se encuentra entre la media poblacional.

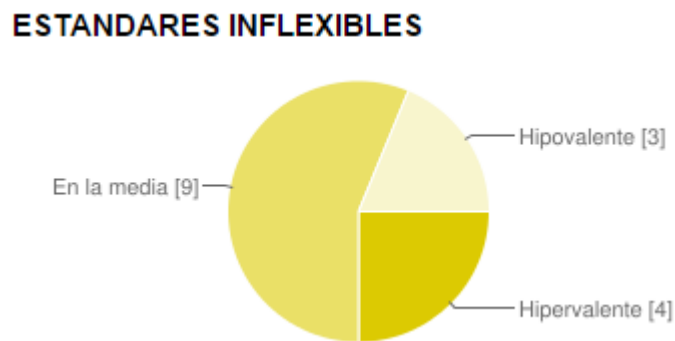
Gráfico 15. Límites insuficientes



El 62.5% de la población manifiesta hipervalente el esquema delimites insuficientes

El 37.5% se ubica dentro de la media poblacional ante el esquema de Límites insuficientes

Gráfico 16. Estándares Inflexibles



El 25% de los sujetos evidencia hipervalente el esquema de Estándares inflexibles; 56.3% se ubica entre la media poblacional y un 18.8% manifiesta hipovalencia.

Tabla 1: Correlaciones

		dependencia	ubugación	ulnerabilidad	iedo	epriación Emocional	bandono	esconfianza	islamiento	efectividad	ndeseabilidad	ncompetencia	ulpa/Castigo	ena/Vergüenza	imites Insuficientes	standares Inflexibles	AC
dependencia	orrelación de Pearson		,193	446	773**	196	003	,244	352	,104	,480	,069	659**	489	325	110	,025
	ig. (bilateral)		475	083	000	467	990	363	181	702	060	800	005	055	219	686	,928
ubugación	orrelación de Pearson	,193		,048	073	137	,106	,177	,209	200	325	038	,400	,246	,167	289	046
	ig. (bilateral)	475		861	789	613	696	513	438	457	219	889	125	359	536	277	,866
ulnerabilidad	orrelación de Pearson	446	,048		507*	535*	,290	,257	564*	305	,102	,155	357	378	533*	,249	,189
	ig. (bilateral)	083	861		045	033	277	336	023	251	707	568	174	149	033	352	,484
iedo	orrelación de Pearson	773**	073	507*		346	067	,058	585*	074	,112	025	463	477	399	189	094
	ig. (bilateral)	000	789	045		190	806	832	017	786	680	926	071	062	126	482	,729
epriación Emocional	orrelación de Pearson	196	137	535*	346		098	,078	516*	472	195	315	459	510*	629**	073	,610*
	ig. (bilateral)	467	613	033	190		718	774	041	065	468	235	074	044	009	788	012
bandono	orrelación de Pearson	003	,106	,290	067	098		378	284	458	290	839**	363	163	456	332	,369
	ig. (bilateral)	990	696	277	806	718		149	287	074	275	000	166	546	076	210	,160
esconfianza	orrelación de Pearson	,244	,177	,257	,058	,078	378		183	,031	,046	521*	,062	,079	078	,101	,049
	ig. (bilateral)	363	513	336	832	774	149		497	911	865	039	820	771	774	709	,858
islamiento	orrelación de Pearson	352	,209	564*	585*	516*	284	183		279	104	304	566*	586*	687**	,216	,063
	ig. (bilateral)	181	438	023	017	041	287	497		295	701	253	022	017	003	421	,817

		dependencia	ubugacion	ulnerabilidad	iedo	epriacion Emocional	bando no	esconfianza	islamiento	efectividad	ndeseabilidad	ncompetencia	ulpa/Castigo	ena/Verguenza	imites Insuficientes	standares Inflexibles	AC
efectuosi dad	orrelación de Pearson	,104	200	305	074	472	458	,031	279		433	614*	252	125	489	390	,557*
	ig. (bilateral)	702	457	251	786	065	074	911	295		094	011	346	646	055	135	025
ndeseabi lidad	orrelación de Pearson	,480	325	,102	,112	195	290	,046	104	433		346	,312	,191	,052	280	,124
	ig. (bilateral)	060	219	707	680	468	275	865	701	094		190	240	478	849	293	648
ncompet encia	orrelación de Pearson	,069	038	,155	025	315	839**	521*	304	614*	346		313	,023	419	223	,623*
	ig. (bilateral)	800	889	568	926	235	000	039	253	011	190		238	933	106	407	010
ulpa/Cas tigo	orrelación de Pearson	659**	,400	357	463	459	363	,062	566*	252	,312	313		667**	659**	,053	,385
	ig. (bilateral)	005	125	174	071	074	166	820	022	346	240	238		005	005	845	141
ena/Ver guenza	orrelación de Pearson	489	,246	378	477	510*	163	,079	586*	125	,191	,023	667**		590*	221	047
	ig. (bilateral)	055	359	149	062	044	546	771	017	646	478	933	005		016	410	862
imites Insufi cientes	orrelación de Pearson	325	,167	533*	399	629**	456	078	687**	489	,052	419	659**	590*		026	,363
	ig. (bilateral)	219	536	033	126	009	076	774	003	055	849	106	005	016		924	167
standares Inflexible s	orrelación de Pearson	110	289	,249	189	073	332	,101	,216	390	280	223	,053	221	026		027
	ig. (bilateral)	686	277	352	482	788	210	709	421	135	293	407	845	410	924		922
AC	orrelación de Pearson	,025	046	,189	094	,610*	,369	,049	,063	,557*	,124	,623*	,385	047	,363	027	
	ig. (bilateral)	928	866	484	729	012	160	858	817	025	648	010	141	862	167	922	

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Esta grafica presenta una asociacion entre los esquemas maladaptativos tempranos y el proceso de adaptación de 16 pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. el analisis se llevo a cabo mediante el Coeficiente de Correlacion de Pearson, ésta consiste en una prueba estadistica que permite hacer la relacion entre las dos variables cuantitativas; teniendo en cuenta que el coeficiente puede variar de -1 a +1 que corresponde a correlacion. Se encontro una relacion significatva entre el esquema de Derpivacion emocional ($r = -,610^*$), el esquema de defectuosidad ($r = -,557^*$), el esquema de incompetencia ($r = -,623^*$) y el proceso de adaptación.

6.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Llegado a este punto es necesario resaltar que esta investigación asocia los esquemas maladaptativos tempranos con el proceso de adaptación en el contexto de enfermedad (VIH/SIDA) de 16 personas entre 27 - 53 años en una fundación de la ciudad de Medellín; obteniendo como resultado una correlación significativa entre los esquemas de Deprivación emocional, Incompetencia y Defectuosidad con dificultades en el proceso de adaptación.

El 50% de la muestra evidencia hipervalencia en el esquema de Deprivación emocional; caracterizándose por la creencia que la necesidad de apoyo emocional, especialmente de empatía y protección no serán adecuadamente satisfechas (Young,

1999). En lo que se refiere al apoyo social y familiar percibido, definido como la “percepción subjetiva de apoyo en el paciente, confianza e intimidad por parte de sus redes familiares y sociales; las investigaciones lo han reportado como un co- factor importante en la progresión de la infección por VIH, e inclusive se le ha relacionado de forma consistente, en dirección inversa con el distrés emocional”. (Remor, 2002 citado en Villa y Vinaccia, 2006).

El 43.8% de la muestra presenta hipervalente el esquema de Incompetencia; siendo este caso particular por considerarse incapaz de afrontar las responsabilidades propias del contexto y la necesidad constante de asistencia. (Young, 1999). Edo y Ballester (2006) en su investigación acerca del estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH y enfermos oncológicos describen que los pacientes Seropositivos presentan baja autoestima relacionada con sentimiento de incompetencia en comparación con otros sujetos. Además experimentan sentimientos de desaprobación hacia ellos mismos considerándose menos merecedores de la aceptación que las personas enfermas de cáncer y la población en general (Edo y Ballester, 2006).

Otras investigaciones destacan aspectos manifestados por pacientes con VIH como temor a perder el atractivo físico e hipocondría, negación, ira, aceptación, resignación y preparación para la muerte (Edo y Ballester 2006).

El 43.8% de los sujetos muestra hipervalencia en el esquema de Defectuosidad; siendo la característica principal de este grupo la creencia de ser defectuoso, indeseado e inferior a los demás (Young, 1999). Ballester (2005) en su investigación describe que la fuente de los problemas emocionales en las personas afectadas, tiene que ver con las repercusiones sociales de la enfermedad; lo que conlleva al hecho de declararse portador del VIH o enfermo de SIDA pueden resultar en rechazo, estigmatización, marginación y/o culpabilización, etc. Tanto en su entorno laboral y social como en ámbitos más próximos (familia, pareja y los amigos).

Se realiza la asociación de los esquemas Deprivación emocional, Incompetencia y Defectuosidad y el proceso de adaptación; encontrándose que el 43.8 % de la población evidencia dificultades en su proceso de adaptación; respondiendo a su ambiente Con una autopercepción de fragilidad, inseguridad e incapacidad ante problemáticas propias del contexto; acompañada de una percepción de clima familiar desfavorable, una actitud crítica generadora de dificultades en la relación familiar; dificultad para la asunción de la norma; tendencia a aislarse, preocupación constante; poca disposición para tratar socialmente con los demás (De la Cruz y Cordero, 1990). “Las respuestas en distintas situaciones son aprendidas, tanto las que son adecuadas y consecuentes con la situación como las que no. las respuestas son síntomas de un problema subyacente”. (Alamo, 1997)

La forma en que el 43.8 % de los sujetos evaluados se auto-perciben, valoran su entorno e interacción con los demás, se relaciona con la hipervalencia manifiesta

en los esquemas de Deprivación emocional, Incompetencia y Defectuosa, reflejando las dificultades que presentan para su adaptación al contexto en que se desenvuelven actualmente. Hernández (Citado en Álamo, 1997) define los *moldes cognitivos* como la forma de valorar la realidad y estrategias peculiares para evitar el sufrimiento; a su vez determina que la adaptación es en gran medida consecuencia del tipo de cogniciones construidas por el sujeto.

Desde una vertiente cognitiva Restrepo y Zambrano (2013) definen los esquemas maladaptativos tempranos como elementos cognitivos que influyen de manera concreta y distorsionada en la forma que los sujetos perciben el mundo; obteniendo como resultado la desadaptación o disfuncionalidad de su conducta ante diversas situaciones.

La correlación entre la hipervalencia identificada en los esquemas (Deprivación emocional (50%) incompetencia (43.8%) y defectuosidad (43.8%) y las dificultades en el proceso de adaptación se evidencia en el “proceso de adaptación de los individuos y familiares que se encuentran en condición de enfermedad crónica”. Concluyendo que en “esta situación no solo se altera el modo fisiológico, sino el de auto concepto; en la medida que se afecta la autoestima y ocasiona cambios en el rol. Los resultados de ese estudio muestran que la percepción que tienen las personas de su situación influye en el proceso de adaptación” (Ilvo Carvalho, 2003; citado en Moreno y Alvarado, 2009).

CAPITULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7. CONCLUSIONES

El estudio arrojó información estadísticamente significativa de asociación entre los esquemas maladaptativos tempranos de Incompetencia, Defectuosidad, Deprivación emocional y el proceso de adaptación; los resultados podrían no ser generalizables a la totalidad de la población infectada por VIH, debido al tamaño de la muestra.

Permitiendo concluir, que las personas con un diagnóstico de enfermedad crónica construyen una valoración distorsionada la realidad, de sí mismos y de los demás; lo que conlleva a innumerables repercusiones a nivel psicológico y social. Esta distorsión se manifiesta mediante conductas inadecuadas que finalmente disminuyen la funcionalidad y dificultan el proceso de adaptación de los sujetos diagnosticados.

Este trabajo permitió determinar la presencia de los esquemas maladaptativos tempranos mediante el Cuestionario de esquemas de Young (YSQ-SF), encontrando hipervalentes los esquemas de Incompetencia en el 43.8% de la población, Defectuosidad en el 43.8% y Deprivación emocional en el 50% de la muestra. Además observar el proceso de adaptación por medio del Inventario de Adaptación de Conducta (IAC), evidenciando que el 12.5 % de la población presentó un proceso de

adaptación satisfactorio; el 43.8 % de los sujetos evidenció dificultades en su proceso y el 43.8% de la población muestra una adaptación normal frente al proceso de enfermedad.

Se observó la asociación estadísticamente significativa entre los esquemas maladaptativos tempranos y el proceso de adaptación, permitiendo concluir que la necesidad de seguridad, respeto, aceptación y apoyo emocional, acompañada de una autopercepción de fragilidad, defectuosidad, inferioridad e incapacidad, son observables mediante conductas como: aislamiento social, dificultad para la asunción de la norma, preocupación constante, lo que contribuye finalmente a la percepción de un clima familiar desfavorable y dificultades para las relaciones interpersonales; explicándose la dificultad que experimenta el individuo para adaptarse al medio en que interactúa.

8. RECOMENDACIONES

Esta investigación no es contundente, presenta algunas limitaciones; en primer lugar, los participantes provenían de un único centro y en segundo lugar, la muestra se obtuvo mediante un muestreo a conveniencia (voluntad de participación de los sujetos). Por tanto, los resultados podrían no ser generalizables a la totalidad de la población infectada por VIH. Se recomienda dar continuidad al proceso, con el

propósito de incrementar el tamaño y mejorar los resultados, y replicar los resultados obtenidos para evitar el sesgo de confusión y sesgo de selección en el estudio.

Fue una investigación que puede servir como prueba piloto, debido a la escasa bibliografía que evidencie el interés por correlacionar al menos dos conceptos de la triada abordada (EMT's – Adaptación - VIH).

El vacío conceptual que existe ante la correlación de los esquemas maladaptativos tempranos y el proceso de adaptación es significativo; incrementando la ausencia de teoría, al hacerlo en el contexto de una enfermedad de alto costo como el VIH. Por tanto, se resalta la importancia de dar continuidad a esta investigación, permitiendo el estudio de un panorama diferente y un área de intervención Psicológica desconocida por algunos e ignorada por otros.

El conocimiento del estado emocional y de conducta ante la enfermedad en personas diagnosticadas como seropositivas puede ser un gran aporte conceptual y teórico que permita mejorar su calidad de vida.

CAPITULO 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICOS Y ANEXOS

LISTADO DE REFERENCIAS

Alamo, M. J. (1997). *Los moldes Cognitivos – Afectivos y la adaptación psicológica: Definición y Evaluación*. Tesis para optar por el título de Doctor en Psicología. Universidad de La Laguna. Laguna.

Ballester, R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA. *Psicotherma* 15(4), 517-523.

Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1) 53-69.

Batista, M., Gonzales, R., Batista, M., y Mendez, R. (2014). Enfermedades orales inducidas por el VIH y bioseguridad. *Revista habanera de ciencias médicas*, 13(6), 902-912.

COLPRENSA, BOGOTA (12 de Abril de 2012) En Colombia 160mil personas podrían tener VIH y no lo saben. *Colombia Vanguardia.com*. Recuperado de: <http://www.vanguardia.com/actualidad/colombia/152068-en-colombia-160-mil-personas-podrian-tener-vih-y-no-lo-saben>

Chan, J. A. y Quezada, J. Z., (2013). *Baremos de pruebas psicológicas: niños y adolescentes*. Lima, Perú: Imprenta Sánchez.

De la Hoz, F., Duran, M. C., Pacheco, O. E., y Quijada, H. (2014). Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública. *Protocolo de vigilancia en salud pública: VIH-SIDA*. (2)1-28

Díaz, L., Duran, M. M., Gallego, P., Gomez, B., Gomez, E. Gonzales, y., ... Vanegas, B. C. (2002). Análisis de los Conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichán*, 2(1) 19-23.

Edo, M. T. y Ballester, R. (2006). Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 11(2) 70-90.

Ferrel, R., Peña, A., Gómez, N., y Pérez, K. (2009). Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes diagnosticados con cáncer atendidos en tres centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta (Colombia). *Psicología desde el caribe*. (24) 181-204.

Gallego, J. (11 de Febrero 2008). *Fases de adaptación a la enfermedad terminal. El enfermo terminal*. Recuperado de [http://cuidadosenfermedadterminal.blogspot.com/2008/02/fases-de adaptacion-la-enfermedad.html](http://cuidadosenfermedadterminal.blogspot.com/2008/02/fases-de-adaptacion-la-enfermedad.html)

Gaviria, A. M., Quiceno, J. M., Vinaccia, S., Martínez, L. A. y Otálvaro, M. C. (2009). Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. *Terapia Psicológica* 27(1) 5-13.

GOBERNACION DE ANTIOQUIA, (28 de Noviembre de 2013). *Autocuidado y salud sexual y reproductiva, armas frente al VIH-SIDA*. Recuperado de <http://antioquia.gov.co/index.php/prensa/historico/18803-autocuidado-y-salud-sexual-y-reproductiva-armas-frente-al-vih-sida>

Gonzales, V. (2006). Intervención Psicológica en VIH/SIDA. *Uaricha*. (13)49-63.

Lamotte Castillo, J. A. (2004). Infección-enfermedad por VIH/SIDA. *MEDISAN*, 8(4) 49-63.

Londoño, M., Schnitter, C. M., Martin, C., Calvete, E., Ferrer, A., Maestre, K. ... Castrillon, D. (2010). Young schema questionnaire-short form: Colombia validation. *Universitas Psychologica*. 11(1) 147-164.

Martinez, A. (18 de mayo de 2006). *Toda Colombia*. Recuperado de <http://www.todacolombia.com/departamentos/antioquia.html>

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (2015). *Normativa*. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/normativa-inicio.aspx>

- Miranda, O. y Nápoles, M. (2009). Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista cubana de Medicina Militar*, 38(3-4) 63-72.
- Moreno Fergusson, M., & Alvarado García, A. M. (2009). Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. *Aquichan*, 9(1) 62-72.
- Restrepo, A. y Zambrano, R. (2013). Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes hipertensos controlados en Segovia, Colombia. *Pensando Psicología*. 9(16) 69-75.
- Rodríguez, E. (2009). Terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. *Unife*. 17(1) 59-74.
- Sampieri, R. C., Collado, C., Baptista, P. (Ed.). (1997) *Metodología de la investigación*. Mexico: Editorial McGraw - Hill Interamericana De México, S.A. de C.V.
- Sevilla González, M. L. (2010). Discriminación, discurso y SIDA. *Cuicuilco*, 17(49) 43-60.
- Teva, I., Bermúdez, M. P., Ramiro, M. y Buela-Casal, G. (2012). Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI. Análisis de las diferencias entre países. *Rev. Med Chile*, 140, 50-58.
- UNGASS, (2012, 04,21). *Este es el panorama del VIH / SIDA en Colombia*. *Semana.com* Recuperado de <http://www.semana.com/vida-moderna/articulo/este-es-el-panorama-del-vih-sida-en-colombia/256926-3>

Valencia, J. C. (2012, 22 de Julio). El SIDA es un enemigo que crece en Antioquia. *El colombiano*. Recuperado de http://www.elcolombiano.com/sida_un_enemigo_que_crece_en_antioquia-JUEC_198504

Villa, I. C. & Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA. *Psicología y Salud*, 16(1) 51-62.

Villamizar Carvajal, B. (2010) *Estimulación multi-sensorial auditiva, táctil, vestibular y visual (ATVV) para la capacidad de adaptación según Roy en la eficiencia de la alimentación del recién nacido pre término*. Tesis para optar el título de Doctor en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia; Bogotá, Colombia.

Vinaccia, S. & Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Perspectivas en Psicología*, 1 (2).

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN:

INFLUENCIA DE LOS ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS EN EL PROCESO DE ADAPTACION EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON VIH/SIDA

Yo _____ identificado con cédula de ciudadanía No. _____ de _____, acepto participar voluntariamente en el estudio titulado “Influencia de los esquemas maladaptativos tempranos en el proceso de adaptación en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA”. La participación está sujeta a los fines académicos propios de la investigación y ésta implica la aplicación de la YQS-I y IAC, la cual no tiene costo. La información será usada exclusivamente para recolectar y analizar datos que contribuyan a describir la relación existente entre los esquemas maladaptativos tempranos y el proceso de adaptación en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA.

Los resultados de la investigación serán socializados a la persona que participe en el estudio; de la misma forma los resultados no podrán ser utilizados con fines diferentes a los expuestos en el presente documento, así como no podrán ser publicados los datos personales del participante.

En constancia firman,

Participante

Investigador

IAC

INVENTARIO DE ADAPTACION DE CONDUCTA CUADERNILLO

En las páginas siguientes encontrarás una serie de frases a las que deseamos que contestes con sinceridad y sin pensarlo demasiado, como si respondieras espontáneamente a las preguntas de un amigo.

MARCA EN LA HOJA DE RESPUESTA:

En cada frase podrás MARCAR la respuesta SI - NO, de acuerdo con tu opinión o tu manera de actuar empleando una "X", si tienes duda o estás en un término medio podrás elegir la interrogante "?", pero lo mejor es que te decidas entre el SI - o el NO.

Trabaja tan de prisa como puedas, sin detenerte demasiado en cada frase y contesta a todas ellas. Si te equivocas de fila o de casilla tacha la marca y señala tu nueva respuesta.

¿TE OCURRE LO QUE DICEN ESTAS FRASES?

1. Suelo tener mala suerte en todo.
2. Me equivoco muchas veces en lo que hago.
3. Encuentro pocas ocasiones de demostrar lo que valgo.
4. Si fracaso en algo una vez, es difícil que vuelva a intentarlo.
5. Hablando sinceramente, el futuro me da miedo.
6. Envidio a los que son más inteligentes que yo.
7. Estoy satisfecho con mi estatura.
8. Si eres hombre preferirías ser una mujer.
Si eres mujer preferirías ser un hombre.
9. Mis padres me tratan como si fuera un niño pequeño.
10. Me distancio de los demás.
11. En mi casa me exigen mucho más que a los demás.
12. Me siento satisfecho con mis padres aunque no sean importantes.
13. Me avergüenza decir la ocupación de mis padres.
14. Me gusta oír como habla mi padre con los demás.
15. Mis padres dan importancia a las cosas que hago.
16. Me siento satisfecho de pertenecer a mi familia.
17. Cuando mis padres me riñen, casi siempre tienen razón.
18. La mayor parte de las veces, mis padres me riñen por algo que les sucede a ellos, no por lo que haya hecho yo.
19. Mis padres me riñen sin motivo.
20. Sufro por no poder conseguir llevar a casa mejores notas.
21. Leo todo lo que tengo que estudiar subrayando los puntos más importantes.
22. Subrayo las palabras cuyo significado no se, o no entiendo.
23. Busco en el diccionario el significado de las palabras que no se o no entiendo.
24. Doy una leída parte por parte y repito varias veces hasta recitarlo de memoria.
25. Trato de memorizar todo lo que estudio.
26. Me limito a dar una leída general a todo lo que tengo que estudiar.
27. Estudio sólo para los exámenes.
28. Estudio por lo menos dos horas diarias.
29. Cuando hay paso oral recién en el salón de clase me pongo a revisar mis cuadernos.
30. Me pongo a estudiar el mismo día del examen.
31. Espero que se fije la fecha de un examen o paso oral para ponerme a estudiar.

¿TE OCURRE LO QUE DICEN ESTAS FRASES?

32. En las discusiones casi siempre tengo yo la razón.
33. Estoy seguro de que encontraré profesores que me juzguen mal.
34. En vez de matemática, se debería estudiar cursos como teatro, música, etc.
35. Mis padres se comportan de forma poco educada.
36. Me gusta ayudar a los demás en sus problemas, aunque me cause molestias hacerlo.
37. Tengo más éxitos que mis compañeros en las relaciones con las personas del sexo opuesto.
38. Entablo conversación con cualquier persona fácilmente.
39. Me gusta que me consideren una persona con la que hay que contar siempre.
40. Siento que forma parte de la sociedad.
41. Tengo amigos en todas partes.
42. A menudo me siento realmente fracasado.
43. Si volviera a vivir, haría muchas cosas de manera distinta a como las he hecho.
44. Con frecuencia me siento incapaz de seguir estudiando o trabajando sin saber por qué.
45. Muchas veces me digo a mí mismo: ¡Que tonto he sido! - después de haber hecho un favor o prometido algo.
46. Muchas veces pienso que el profesor no me considera una persona, sino un número.
47. Mis compañeros de clase me hacen caso siempre.
48. Tengo problemas en casa porque mis padres son demasiados exigentes con los horarios.
49. Alguna vez he pensado en irme de casa.
50. Me intranquiliza lo que opinen de mí los demás.
51. Cuando tengo que hablar ante los demás paso mal rato, aunque sepa bien lo que tengo que decir.
52. Mis padres solucionan correctamente los asuntos familiares.
53. En general, estoy de acuerdo con la forma de actuar de mis padres.
54. Mis padres son demasiado severos conmigo.
55. Mis padres son muy exigentes.
56. Mi familia limita demasiado mis actividades.
57. Mis padres riñen mucho entre ellos.
58. El ambiente de mi casa es desagradable o triste.
59. Mis padres tratan mejor a mis hermanos que a mí.
60. Mis padres exigen de mejores notas de las que puedo conseguir.
61. Mis padres me dan poca libertad.
62. Leo la pregunta, busco en el libro y escribo la respuesta casi como dice el libro.
63. Leo la pregunta, busco en el libro leo todo y luego contesto según como he comprendido.
64. Le doy más importancia al orden y presentación del trabajo que al contenido.
65. En mi casa, me falta tiempo para terminar con mis tareas, las termino en el colegio, preguntando a mis amigos.
66. Pido ayuda a mis padres u otras personas y dejo que me resuelvan todo o gran parte de la tarea.
67. Dejo para último momento la ejecución de mis tareas por eso no las concluyo dentro del tiempo fijado.
68. Empieza a resolver una tarea, me canso y paso a otra.
69. Cuando no puedo resolver una tarea me da rabia o mucha cólera y ya no lo hago.
70. Cuando tengo varias tareas empiezo por la más difícil y luego voy pasando a las más fáciles.
71. Durante las clases me distraigo pensando lo que voy hacer a la salida.
72. Durante las clases me gustaría dormir o tal vez irme de clase.
73. Estar donde haya mucha gente reunida.
74. Participar en las actividades de grupo organizados.
75. Hacer excursiones en solitario.
76. Participar en discusiones.
77. Asistir a fiestas con mucha gente.
78. Ser el centro de atención en las reuniones.
79. Organizar juegos en grupo.
80. Recibir muchas invitaciones.
81. Ser el que habla en nombre del grupo.
82. Que tus compañeros se conviertan fuera del colegio (Instituto, Universidad) en amigos tuyos.

¿TE SUCEDE LO EXPRESADO EN ESTAS FRASES?

83. Te consideras poco importante
84. Eres poco popular entre los amigos.
85. Eres demasiado tímido(a)
86. Te molesta no ser más guapo y atractivo.
87. Te fastidia pertenecer a una familia más pobre que la de otros compañeros.
88. Estás enfermo más veces que otros.
89. Estas de acuerdo con que hay que cumplir las normas de convivencia.
90. Eres poco ingenioso y brillante en la conversación.
91. Tienes poca – voluntad – para cumplir lo que propones.
92. Te molesta que los demás se fijen en ti.
93. Tus padres se interesan por tus cosas.
94. Tus padres te dejan decidir libremente
95. Admiras las cualidades de las demás personas de tu familia.
96. Estas seguro de que tus padres te tienen un gran cariño.
97. Tus padres te ayudan a realizarse.
98. Tus padres te permiten elegir libremente a tus amigos
99. Estás convencido de que tu familia aprueba lo que haces.
100. Te sientas unido a tu familia.
101. Crees que a pesar de todo lo que se diga, los padres comprenden bien a sus hijos.
102. Tu padre te parece un ejemplo a imitar.
103. Repaso momentos antes del examen.
104. Preparo un plagio por si acaso me olvido un tema.
105. Confío en mi buena suerte por eso solo estudio aquellos temas que supongo que el profesor preguntará.
106. Cuando tengo dos o más exámenes el mismo día empiezo a estudiar por el tema más difícil y luego el más fácil.
107. Me presento a rendir mis exámenes sin haber estudiado todo el curso.
108. Durante el examen se me confunden los temas y se me olvida lo que he estudiado
109. Cuando no entiendo algo levanto la mano y pregunto al profesor.
110. Estoy atento a las bromas de mis compañeros que a la clase.
111. Me canso rápidamente y me pongo a hacer otras cosas.
112. Cuando no entiendo un tema mi mente se pone a pensar soñando despierto.
113. Mis imaginaciones o fantasías me distraen durante las clases.
114. Formas parte de un grupo de amigos
115. Eras uno de los chicos (as) más populares de tu colegio.
116. Te gusta organizar los planes y actividades de tu grupo.
117. Te gusta participar en paseos con mucha gente.
118. Organizas reuniones con cualquier pretexto.
119. En las fiestas te unes al grupo más animado.
120. Cuando vas de viaje entablas conversación fácilmente con las personas que van a tu lado.
121. Te gusta estar solo mucho tiempo.
122. Prefieres quedarte en tu cuarto leyendo u oyendo música a reunirte con tu familia a ver al televisión a comentar cosas.
123. Te molesta no tener libertad y medios para vivir de otra forma.

VERIFICA SI HAS MARCADO TODO TUS RESPUESTAS....

IAC

HOJA DE RESPUESTAS

Nombre y apellidos _____

Edad _____

Sexo

VARÓN

MUJER

Fecha _____

Centro _____

Curso _____

Número _____

MARCA CON UN ASPA (X) LA OPCIÓN «SÍ», «?» O «NO».

Autores: Agustín Cordero Pando y M^a Victoria de la Cruz López.
Copyright © 2004 by TEA Ediciones, S.A., Madrid (España).
Edita: TEA Ediciones, S.A. - Fray Bernardino de Sahagún, 24 - 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. Printed in Spain. Impreso en España.



	SÍ	?	NO
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SÍ	?	NO
42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SÍ	?	NO
83	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
111	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
112	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
113	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
115	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
116	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
117	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
118	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
119	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
120	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
121	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
122	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
123	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXOS

ANEXO A. Cuestionario de esquemas de Young, YSQ-L₂.

CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG, YSQ-L₂* D. Castrillón, L. Chaves, A. Ferrer, N. H. Londoño, K. Maestre, C. Marín, M. Schnitter (2003). Universidad de San Buenaventura – Medellín (Colombia) Desarrollado por Jeffrey E. Young, Ph. D y Gary Brown, Med. Copyright, 1990.	N° Protocolo
--	----------------------

INSTRUCCIONES Enumeradas aquí, usted encontrará afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo(a) describe de acuerdo a las siguientes categorías:

1	2	3	4	5	6
Completament e falso de mí	La mayor parte falso de mí	Ligeramente más verdadero que falso	Moderadamente verdadero de mí	La mayor parte verdadero de mí	Me describe perfectamente

Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

1	Las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales.	1	2	3	4	5	6
2	Por mucho tiempo de mi vida, no he tenido a nadie que quisiera estar estrechamente ligado a mí, y compartir mucho tiempo conmigo.	1	2	3	4	5	6
3	La mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuche, me comprenda o esté sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos.	1	2	3	4	5	6
4	Rara vez he tenido una persona fuerte que me brinde consejos sabios o dirección cuando no estoy seguro de qué hacer.	1	2	3	4	5	6
5	Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen.	1	2	3	4	5	6

6	Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me desespero.	1	2	3	4	5	6
7	Me aflijo cuando alguien me deja solo(a), aún por un corto período de tiempo	1	2	3	4	5	6
8	No puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes en forma consistente.	1	2	3	4	5	6
9	Me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien más a quien prefieran, y me dejen.	1	2	3	4	5	6
10	Necesito tanto a las otras personas que me preocupo acerca de la posibilidad de perderlas.	1	2	3	4	5	6
11	Me siento tan indefenso(a) si no tengo personas que me protejan, que me preocupa mucho perderlas.	1	2	3	4	5	6
12	Si alguien se comporta muy amable conmigo, asumo que esa persona debe estar buscando algo.	1	2	3	4	5	6
13	Me da una gran dificultad confiar en la gente.	1	2	3	4	5	6
14	Sospecho mucho de las intenciones de las otras personas.	1	2	3	4	5	6
15	Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo que parecen.	1	2	3	4	5	6
16	Usualmente estoy en la búsqueda de las verdaderas intenciones de los demás.	1	2	3	4	5	6
17	Me preocupa volverme un indigente o vago.	1	2	3	4	5	6
18	Me preocupa ser atacado.	1	2	3	4	5	6
19	Siento que debo tener mucho cuidado con el dinero porque de otra manera podría terminar sin nada, en la ruina.	1	2	3	4	5	6
20	Me preocupa perder todo mi dinero y volverme indigente.	1	2	3	4	5	6
21	Mis padres y yo tendemos a involucrarnos demasiado en la vida y problemas de cada uno.	1	2	3	4	5	6
22	Es muy difícil tanto para mis padres como para mí, callar detalles íntimos sin sentirnos traicionados o culpables.	1	2	3	4	5	6

23	Le doy más a los demás de lo que recibo a cambio.	1	2	3	4	5	6
24	Usualmente soy el (la) que termino cuidando a las personas a quienes tengo cerca.	1	2	3	4	5	6
25	No importa que tan ocupado(a) esté, siempre puedo encontrar tiempo para otros.	1	2	3	4	5	6
26	Siempre he sido quien escucha los problemas de todo el mundo.	1	2	3	4	5	6
27	Me da vergüenza expresar mis sentimientos a otros.	1	2	3	4	5	6
28	Me es difícil ser cálido y espontáneo.	1	2	3	4	5	6
29	Me controlo tanto, que los demás creen que no tengo emociones.	1	2	3	4	5	6
30	Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden.	1	2	3	4	5	6
31	Tengo que parecer lo mejor la mayoría del tiempo.	1	2	3	4	5	6
32	Trato de hacer lo mejor. No puedo conformarme con lo "suficientemente bueno".	1	2	3	4	5	6
33	Mis relaciones interpersonales sufren porque yo me exijo mucho.	1	2	3	4	5	6
34	Mi salud está afectada porque me presiono demasiado para hacer las cosas bien.	1	2	3	4	5	6
35	Con frecuencia sacrifico placer y felicidad por alcanzar mis propios estándares.	1	2	3	4	5	6
36	Cuando cometo errores, me merezco fuertes críticas.	1	2	3	4	5	6
37	Tengo la sensación de que lo que ofrezco es de mayor valor que las contribuciones de los demás.	1	2	3	4	5	6
38	Usualmente pongo mis propias necesidades por encima de las de otras personas.	1	2	3	4	5	6
39	Con frecuencia siento que estoy tan involucrado(a) en mis propias prioridades, que no tengo tiempo para dar a los amigos o a la familia.	1	2	3	4	5	6

40	Parece que no puedo disciplinarme a mí mismo para completar tareas rutinarias o aburridas.	1	2	3	4	5	6
41	Si no consigo una meta, me frustro fácilmente y la abandono.	1	2	3	4	5	6
42	Es para mí muy difícil sacrificar una satisfacción inmediata para alcanzar una meta a largo plazo.	1	2	3	4	5	6
43	Cuando las tareas se vuelven difíciles, normalmente no puedo perseverar para completarlas.	1	2	3	4	5	6
44	No me puedo concentrar en nada por demasiado tiempo.	1	2	3	4	5	6
45	No me puedo forzar a hacer las cosas que no disfruto, aun cuando yo se que son por mi bien.	1	2	3	4	5	6