



**ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL**  
*Avanzamos... ¡Es nuestro objetivo!*



Cúcuta, 14 de octubre de 2020

Sr(es)

**COMITÉ DE TRABAJO DE GRADO**

Programa de Psicología  
Universidad de Pamplona

Asunto: Aprobación de la dirección de Trabajo de Grado

Cordial saludo.

De manera atenta me dirijo a ustedes para extenderles la confirmación, de aceptación a la dirección del trabajo de grado titulado: *Análisis de la Inteligencia emocional en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA*, bajo la responsabilidad de los estudiantes Jefferson Styward Pérez Valencia y Estefanía Torres Carvajal. Así mismo solicito a ustedes la asignación formal como director de la propuesta presentada.

Agradeciendo su atención, atentamente.

**GERARDO PARADA BONILLA**

Docente Universidad de Pamplona  
Programa de Psicología.

**JEFFERSON STYWARD PEREZ VALENCIA**

Estudiante Universidad de Pamplona  
Programa de Psicología

**ESTEFANÍA TORRES CARVAJAL**

Estudiante Universidad de Pamplona  
Programa de Psicología



SC-CER90940

"Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz"

Universidad de Pamplona  
Pamplona - Norte de Santander - Colombia  
Tel: (7) 5885303 - 5885304 - 5885305 - Fax: 5882750

INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH DE LA IPS

VIDAMEDICAL S.A.S

Modalidad de Trabajo de Grado:

Investigación

Integrantes:

Estefanía Torres Carvajal

Jefferson Pérez Valencia

Tema:

Inteligencia Emocional

Universidad de Pamplona

Programa de Psicología

San José de Cúcuta

2021

INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH DE LA IPS

VIDAMEDICAL S.A.S

Modalidad de Trabajo de Grado:

Investigación

Director:

Gerardo Parada Bonilla

Mg. Psicología Oncológica

Integrantes:

Estefanía Torres Carvajal

Jefferson Pérez Valencia

Tema:

Inteligencia Emocional

Universidad de Pamplona

Programa de Psicología

San José de Cúcuta

2021

## **Agradecimientos**

*En primera instancia a Dios, por ser nuestro guía en la espiritualidad.*

*A la Universidad de Pamplona, por abrirnos las puertas y permitirnos ser parte de ella, así como también a nuestros profesores, quienes con su sabiduría nos han formado y nos han brindado sus conocimientos y apoyo para seguir adelante día a día.*

*A nuestro director de tesis el Psi. Mg. Gerardo Parada Bonilla, por habernos brindado la oportunidad de acudir a su orientación y su conocimiento científico y haber guiado el proceso.*

*A el Psi. Mg. Luis Alberto Molano Quintero, por habernos apoyado con la población de Vidamedical y habernos orientado durante su estancia en la Universidad.*

*A nuestros demás docentes asesores, por habernos guiado durante todo el desarrollo de la tesis*

*A nuestras familias, por confiar en nosotros y brindarnos todo su apoyo.*

## Tabla de contenido

Resumen.....	9
Abstract.....	10
Introducción .....	11
Problema de investigación .....	13
Formulación del Problema.....	13
Descripción del Problema.....	13
Justificación .....	15
Objetivos.....	17
Objetivo General.....	17
Objetivos Específicos.....	17
Estado del arte.....	18
Estudios Internacionales .....	18
Estudios Nacionales .....	26
Marco teórico.....	29
Capítulo 1 Inteligencia emocional .....	29
<i>Emoción</i> .....	29
<i>Inteligencia.</i> .....	32
Capítulo 2. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). .....	38

<i>Diagnóstico</i> .....	40
<i>Pruebas de detección del VIH</i> .....	41
<i>Fases</i> .....	42
<i>Vías de transmisión</i> .....	43
<i>Consecuencias emocionales en la salud</i> .....	44
Capítulo 3 Psicoeducación .....	45
<i>Enfoque biopsicosocial</i> .....	46
<i>Factores sociales</i> .....	47
<i>Factores Psicológicos</i> .....	49
<i>Factores Biológicos</i> .....	51
Capítulo IV. Trastornos Mentales .....	54
<i>Trastorno mental Inducido por Sustancias / Medicamentos</i> .....	58
<i>Trastornos Adaptativos</i> .....	59
<i>Trastorno mental secundario a la enfermedad médica</i> .....	61
Marco contextual .....	63
Marco Legal .....	65
Metodología .....	72
<i>Diseño</i> .....	72
<i>Población</i> .....	73
<i>Muestra</i> .....	74

<i>Hipótesis</i> .....	74
<i>Proceso de Intervención</i> .....	75
<i>Instrumento</i> .....	76
<i>Definición de categorías</i> .....	77
<i>Procedimiento</i> .....	78
Resultados .....	79
Discusión.....	84
Conclusiones .....	89
Recomendaciones .....	91
Referencias Bibliográficas .....	93
Anexos .....	104

### Índice de tablas

<b>Tabla 1</b> Dimensiones de la inteligencia emocional en hombres .....	81
<b>Tabla 2</b> Dimensiones de la inteligencia emocional en mujeres.....	82

### Índice de figuras

<b>Figura 1</b> Datos generales de la muestra participante .....	80
<b>Figura 2</b> Habilidades de la inteligencia emocional en el sexo masculino .....	81
<b>Figura 3</b> Habilidades de la inteligencia emocional en el sexo femenino.....	83

## Índice de Anexos

<b>Anexos A</b> Criterios diagnósticos para el trastorno mental Inducido por Sustancias / Medicamentos .....	104
<b>Anexos B</b> Criterios diagnósticos para el trastorno de adaptación .....	105
<b>Anexos C</b> Prueba TMMS-24 .....	107
<b>Anexos D</b> Consentimiento informado .....	108



## **Resumen**

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la inteligencia emocional en pacientes con diagnóstico de VIH de la Ips Vidamedical de la ciudad de Cúcuta; La población fue fluctuante considerando un rango de 180 a 220 pacientes, donde la muestra probabilística estuvo conformada por 60 pacientes distribuidos en 39 hombres y 21 mujeres a quienes se les aplicó el cuestionario Trait-Meta Mood Scale (TMMS), el cual evalúa el metaconocimiento de las habilidades emocionales mediante 24 ítems que se enfocan en las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones, así como de la capacidad para regularlas. La investigación es de corte cuantitativo de tipo exploratorio- descriptivo donde se indaga sobre una problemática poco abordada. A partir del marco teórico que soporta la presente investigación, y respaldado en estudios realizados previamente, se verificó la validez de las hipótesis construidas gracias la recolección de información con base en los datos cuantificables para su posterior análisis, arrojando como resultado que los pacientes con diagnóstico de VIH del centro asistencial, cuentan con un nivel de inteligencia emocional adecuado, consistente con el apoyo brindado por la institución. Posteriormente se diseñó una herramienta psicoeducativa bajo el formato de cartilla que permitió contribuir al mantenimiento y reforzamiento de la inteligencia emocional en los pacientes de la institución que brinda el acompañamiento psicosocial apostando al mejoramiento de su calidad de vida.

*Palabras claves:* Inteligencia emocional, VIH, habilidades emocionales

## **Abstract**

The objective of this research was to analyze emotional intelligence in patients with a diagnosis of HIV from the Ips Vidamedical of the city of Cúcuta; The population was fluctuating considering a range of 180 to 220 patients, where the probabilistic sample consisted of 60 patients distributed in 39 men and 21 women to whom the Trait-Meta Mood Scale (TMMS) questionnaire was applied, which assesses meta-knowledge of emotional skills through 24 items that focus on the skills with which we can be aware of our own emotions, as well as the ability to regulate them. The research is of a quantitative exploratory- descriptive type where it investigates a problem little addressed. Based on the theoretical framework that supports this research, and supported by studies previously carried out, the validity of the hypotheses built was verified thanks to the collection of information based on quantifiable data for subsequent analysis, yielding as a result that patients with diagnosis of HIV from the healthcare center, have an adequate level of emotional intelligence, consistent with the support provided by the institution. Subsequently, a psychoeducational tool was designed under the primer format that allowed to contribute to the maintenance and reinforcement of emotional intelligence in the patients of the institution that provides psychosocial support, betting on the improvement of their quality of life.

*Keywords:* Emotional intelligence, HIV, emotional skills

## **Introducción**

La investigación presenta los resultados obtenidos del análisis de la inteligencia emocional en pacientes con VIH, los cuales han sido contrastados con las hipótesis planteadas al inicio de la investigación, permitiendo el diseño del material psicoeducativo que aborda temáticas claramente definidas que cubren las necesidades detectadas en materia de inteligencia emocional en la población abordada. Estas temáticas contribuyen al desarrollo y fortalecimiento de la inteligencia emocional, brindando herramientas necesarias para que los pacientes con diagnóstico de VIH mejoren su calidad de vida.

En el proceso de revisión de las investigaciones realizadas con anterioridad en materia de inteligencia emocional se detectó un índice bajo del control de las habilidades emocionales, en la población objeto de estudio, por lo que se sometieron a consideración estos elementos para el diseño de la estrategia psicoeducativa enfocada en los factores que pueden contribuir al fortalecimiento de la inteligencia emocional, permitiendo de esta manera que los pacientes gestionen de forma positiva sus emociones y logren un bienestar psicológico para llevar de la mejor manera su enfermedad.

El cuestionario Trait-Meta Mood Scale (TMMS), implementado en la investigación y aplicado a 60 pacientes de la IPS Vidamedical, permite la evaluación del metaconocimiento de las habilidades emocionales mediante 24 ítems que se enfocan en cuestionar la implementación de las destrezas con las que una persona es consciente sus propias emociones, así como de su capacidad de regularlas.

La finalidad de la investigación es contribuir al acompañamiento psicosocial que se les brinda a los pacientes de la institución médica, a través de la elaboración de la cartilla

psicoeducativa, proporcionando información acerca de los diversos métodos o estrategias para el fortalecimiento y la autorregulación de las emociones.

## **Problema de investigación**

### **Formulación del Problema**

¿Cuáles son las habilidades emocionales de la Inteligencia Emocional en pacientes diagnosticados con VIH?

### **Descripción del Problema**

Al indagar acerca de las problemáticas existentes en la actualidad se identificó la falta de análisis de temas de impacto como lo es la influencia de la inteligencia emocional en pacientes con diagnóstico de VIH, constituyéndose como uno de los pilares fundamentales en la adaptación positiva del paciente a su enfermedad, debido a que integra diferentes habilidades mentales para usar y manejar las emociones propias y ajenas que se presentan en la vida diaria. Además, aparece vinculada con todos los aspectos de la vida psicológica y trasciende las fronteras de la individualidad, siendo relevante en las relaciones humanas.

A raíz del impacto que genera en los individuos el diagnóstico de seropositividad, se producen una serie de alteraciones en el estado de ánimo, así como reacciones de estrés, ansiedad y depresión, ya que las concepciones de no saber que pasara en un futuro, las experiencias negativas que conlleva y el no disponer de diferentes fuentes de apoyo son preocupaciones que aquejan a estas personas. Del mismo modo en los individuos afectados por el VIH, tanto en la fase inicial como en la terminal (SIDA), se derivan alteraciones en sus diferentes esferas tanto psicológicas, como físicas, sociales y existenciales, las cuales repercuten en su salud y calidad de vida. Cabe resaltar que la infección por VIH se considera un grave problema de salud pública, por su magnitud como epidemia de orden global, donde las repercusiones en la salud afectan negativamente aspectos biológicos, psicológicos, sociales y económicos de quien la padece.

Uno de los factores más influyentes en cuanto al bajo nivel de inteligencia emocional son las emociones negativas derivadas a raíz en la funcionalidad de las células inmunológicas Iglesias et al., (2009):

Los individuos con poco desarrollo de su inteligencia emocional son más proclives a experimentar emociones negativas, tales como, el estrés, la depresión, la ira, la ansiedad, la tristeza y la melancolía, las cuales debilitan la efectividad de las células inmunológicas y disminuyen la respuesta de los linfocitos, es decir que, cuanto mayor reactividad simpática se muestre ante situaciones de estrés, mayor índice de inmunosupresión se produce en dicha situación; al contrario, una buena evolución de la inteligencia emocional conlleva a vivenciar emociones positivas que impactarán eficazmente en el sistema inmunológico. Es importante recalcar que en los pacientes con VIH el desarrollo de la inteligencia emocional puede prevenir un diagnóstico precoz del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), así como favorece la autoestima, la calidad de vida y los estados emocionales mejoran. (p.3)

## **Justificación**

A partir de la investigación planteada se analizó la inteligencia emocional en pacientes diagnosticados con VIH, y se determinó su influencia, proponiendo posterior a la investigación un plan de intervención desde una estrategia de intervención psicoeducativa en donde se logren analizar todos los factores que pueden contribuir al fortalecimiento de la inteligencia emocional, permitiendo de esta manera que el paciente gestione de forma positiva sus emociones y logre tener un bienestar psicológico para llevar de la mejor manera su enfermedad.

Es primordial contar con mecanismos de actuación desde la información y psicoeducación que fomenten el bienestar psicológico y el fortalecimiento de las habilidades emocionales de los pacientes, por lo cual desde la ciencia y práctica de la psicología es necesario contar con programas de intervención eficaces y efectivos que promuevan en las personas la recuperación de su valoración personal y su capacidad de resolución de problemas, considerando que los contenidos de una estrategia de intervención psicoeducativa han sido estimados por la literatura como fundamentales en el trabajo psicológico con personas con este diagnóstico puesto que a partir de este, los pacientes pueden experimentar malestar psicológico significativo como alteraciones en su estado de ánimo, estrés, ansiedad y depresión.

Entendiendo que el diagnóstico puede ser un factor desencadenante de diversas patologías que pueden afectar a los pacientes en sus áreas de interacción, es necesario focalizar la intervención en la búsqueda, identificación y fortalecimiento de la inteligencia emocional como estrategia de afrontamiento y potenciamiento de sus habilidades buscando un desarrollo integral de la persona, donde el autocuidado, autoconcepto y autoestima sean fortalecidos y donde las situaciones de la cotidianidad no les sea impedimento para el disfrute pleno de su vida.

La presente investigación se aborda desde una metodología cuantitativa, ya que se indagará esta problemática a partir de la aplicación del cuestionario Trait-Meta Mood Scale (TMMS), el cual evalúa el metaconocimiento de las habilidades emocionales mediante 24 ítems que se enfocan en las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones, así como de la capacidad para regularlas. Enfatizar en la inteligencia emocional es de vital importancia, ya que es allí donde se pretende por medio del plan de intervención generar un cambio mediante el desarrollo y fortalecimiento de la inteligencia emocional, donde se brinden las herramientas necesarias para que los pacientes con diagnóstico de VIH mejoren su calidad de vida y aborden su proceso de recuperación de forma positiva.

A partir del análisis de la inteligencia emocional en pacientes con diagnóstico de VIH, se buscó contribuir por medio de la psicoeducación al desarrollo de estrategias para abordar esta problemática de Salud Pública desde la Psicología Clínica, donde luego de conocer las capacidades del paciente para gestionar de manera inteligente sus emociones se logró identificar cómo lleva su proceso personal y en qué aspectos hay que intervenir y reforzar, abordando su inteligencia emocional, desde una estrategia de intervención psicoeducativa que acompañe y oriente en el proceso de afrontar la enfermedad, asimilar la nueva información e incorporar hábitos y estilos de vida saludables que contribuyan a su bienestar tanto físico como emocional.



## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Analizar las habilidades emocionales de la inteligencia emocional en pacientes con diagnóstico de VIH, a través de la aplicación del cuestionario Trait-Meta Mood Scale (TMMS) para el diseño de una estrategia psicoeducativa que fortalezca la inteligencia emocional.

### **Objetivos Específicos**

Explorar la capacidad de percepción y expresión de los sentimientos de forma adecuada a través de la escala de atención emocional.

Identificar la comprensión de estados emocionales por medio de la revisión de la categoría de claridad de sentimientos.

Evaluar la capacidad de regulación de los estados emocionales de forma adecuada a través de la escala de reparación emocional.

Diseñar una estrategia de intervención psicoeducativa para el fortalecimiento de la inteligencia emocional en pacientes diagnosticados con VIH.

## **Estado del arte**

En el siguiente apartado se encuentran los antecedentes relacionados con la inteligencia emocional en pacientes diagnosticados con VIH, En el contexto internacional se encuentran aportaciones realizadas en Ecuador, Cuba, Argentina, Tailandia; por otra parte, desde el contexto nacional se encuentran estudios realizados en Envigado, Medellín y Villavicencio.

### **Estudios Internacionales**

Desde el contexto internacional en Ecuador se encuentra a Gómez, Mazón, Ávila, Díaz (2017), con su estudio titulado “Inteligencia emocional y sentido de vida en pacientes con VIH, Hospital Provincial General Docente Riobamba”. Esta investigación se realizó a través de una metodología cualitativa, la cual se desarrolló por medio de un diseño observacional, de tipo descriptivo transversal, cuyo propósito fue determinar el nivel inteligencia emocional, así como la condición del sentido de vida en los pacientes atendidos en la Clínica de VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba, donde la población de estudio estuvo constituida por 100 individuos, con una muestra de 53, establecida mediante un muestreo no probabilístico en base a criterios. Los datos fueron obtenidos por medio de la aplicación del test de inteligencia emocional de Weisinger y el Logotest de Elisabeth Lukas, los cuales arrojaron los siguientes resultados: Predominó el grupo de edades entre los 30 a los 65 años (73,59 %); así como se presentó un bajo nivel del coeficiente emocional de los involucrados en el estudio, sobre todo en aquellos con edades entre 18 y 29 años.

En conclusión, con la investigación, se entiende que el VIH afecta globalmente la vida de los pacientes y requiere de un tratamiento multidisciplinario encaminado a mejorar su calidad de vida. En relación con el área Psicológica, esta situación requiere de estrategias emocionales, de

motivos y razones de existencia, insight (autoconocimiento) y responsabilidad como ente activo en el proceso de enfermedad; las que estarán dirigidas a debilitar los pensamientos, sentimientos y conductas auto destructivas que afectan el sentido de vida. Por lo tanto, se considera como elemento fundamental trabajar la inteligencia emocional en este tipo de pacientes para que de esta manera logren abordarla de forma positiva y se genere en ellos esperanzas de seguir luchando y no dejarse afectar por las emociones negativas.

Seguidamente dentro del contexto internacional en Cuba se encuentra que Suárez y Morelio (2011) en su estudio titulado “Particularidades de la inteligencia emocional en personas que viven con VIH” realizaron un estudio descriptivo correlacional mediante un diseño no experimental transversal, desde un paradigma mixto con enfoque predominante cuanti-cualitativo. Se aplicó un sistema de técnicas integrado por: Entrevista inicial, revisión de la historia epidemiológica y de la historia clínica, también se empleó el test Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24), Test de Zung y Conde, IDARE (Subescala de Ansiedad Estado), así como un cuestionario dirigido a los sujetos para conocer sus necesidades psicoeducativas relacionadas con la inteligencia emocional.

Se constató la existencia de bajos niveles de inteligencia emocional en las personas que viven con VIH, caracterizada por altos niveles de atención emocional y bajos en relación a la claridad y regulación emocional, además se encontraron diferencias significativas en la inteligencia emocional en relación con algunas variables sociodemográficas como: Sexo, orientación sexual y estado civil y a su vez se evidenció que los bajos niveles en la inteligencia emocional se correlacionan significativamente con mayor desajuste emocional manifestando una elevada ansiedad y depresión, así como con una disminución de los CD4. Se pudo identificar que las principales necesidades psicoeducativas de los sujetos están referidas a: Un mayor

conocimiento sobre el VIH, recomendaciones para aprender a convivir con el virus, recursos para fomentar las redes de apoyo social, así como técnicas para la regulación emocional.

Se puede evidenciar en el estudio que la aplicación del test Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) es una elección acertada a la hora de medir el nivel de inteligencia emocional, concepto que respalda el abordaje de los pacientes con diagnóstico VIH / SIDA, ya que a través de este instrumento de medición se busca conocer de manera concreta las habilidades emocionales de la inteligencia emocional.

Por otra parte, dentro del contexto internacional se destaca que, en Cuba, los autores Ramos, Cabrera y González (2016), en su estudio titulado “Estados emocionales negativos y variables clínicas en personas con VIH/SIDA”, realizaron un estudio descriptivo, correlacional y transversal, en el período de septiembre 2012 a abril 2013, con un enfoque mixto, donde se trabajó con todas las personas que se encontraban en la fase de caso SIDA del municipio de Rodas en la provincia Cienfuegos. Las variables se clasificaron en variables sociodemográficas, como: La edad, el sexo, nivel de escolaridad y color de la piel, variables clínicas como: Conteo de linfocitos CD4 (nivel bajo, medio y alto), años de evolución de la enfermedad (uno, dos, tres, cuatro y cinco años) y variables psicológicas como: Ansiedad (nivel bajo, medio y alto), depresión (ligera, moderada y grave) e ira (nivel alto, moderado, bajo y nulo). Los resultados obtenidos en la investigación fueron los siguientes: En relación a la edad, los rangos que más pacientes presentaron en el diagnóstico fueron los correspondientes a los adultos jóvenes (20 a 30 años) y de mediana edad (41 a 50 años), con una frecuencia de 31,5 % en ambos grupos. Se encontraron infectados como caso SIDA en mayor porcentaje los del sexo masculino (74 %). Predominó el nivel de escolaridad primario vencido (57,9 %), seguido de niveles medios (21 %). Por último, se identificó

que de las 19 personas con diagnóstico confirmado como caso SIDA, 14 fueron de color de la piel blanco, registrándose la presencia de ira como estado, rasgo y su expresión.

En conclusión, la infección por VIH conlleva una importante carga sintomática que causa un considerable deterioro de la salud percibida, tanto por el aspecto clínico como por la propia persona que recibe el diagnóstico, afectando dimensiones físicas, psíquicas y sociales, y comprometiendo de manera importante la calidad de vida de los pacientes. La mejoría inmunológica se acompaña de una mejor situación física y psíquica percibida por los infectados; por ello la necesidad de prestar más atención a la respuesta psicológica del paciente y particularmente a su funcionamiento emocional, ya que a partir del control emocional el paciente logra enfrentar la situación conflictiva por la que está pasando de forma positiva.

A continuación en el contexto internacional se menciona a Argentina donde Avelar, Cornejo, Bedilia y Torres (2011), en su estudio titulado “Efectos psicológicos en personas de ambos sexos entre las edades de 20 a 50 años diagnosticadas con VIH en el período de enero de 2006 a junio de 2010 pertenecientes a la fundación salvadoreña para la lucha contra el SIDA “María Lorena” (contrasida) del municipio de San Salvador”, tienen como objetivo explorar los efectos psicológicos que presentan las personas de ambos sexos entre las edades de 20 a 50 años diagnosticadas con VIH en el periodo de enero de 2006 a junio de 2010 pertenecientes a la Fundación Salvadoreña para la lucha contra el SIDA “María Lorena”, del Municipio de San Salvador, con el fin de identificar los estados emocionales y las manifestaciones conductuales que presentan las personas diagnosticadas con VIH.

El estudio se realizó bajo una metodología mixta y para la selección de los participantes se desarrolló un muestreo no probabilístico intencional, con las personas que tienen VIH y asisten a

la Fundación Salvadoreña para la lucha contra el SIDA, de las cuales se extrajeron a 50 personas de ambos sexos entre las edades de 20 a 50 años con diagnóstico de VIH en el período de enero de 2006 a junio de 2010; de diferentes niveles educativos y con diversos estados civiles como lo son: Solteros/as, casados/as, divorciados/as y en unión libre, procedentes de la zona metropolitana de San Salvador. Dentro de los resultados obtenidos se encontró una alta frecuencia en la reacción de miedo, esto se debe a que se enfrentan con algo desconocido debido a la falta de información que poseían acerca del tema y que representaba una amenaza de muerte, pues la mayoría de entrevistados/as manifestaron que pensaban que tendrían muy poco tiempo de vida y por esa razón sintieron miedo. Así mismo el estado de perturbación o “Shock emocional” es la siguiente reacción más presentada en dichos sujetos, esto debido al impacto que genera la naturaleza del conocimiento del diagnóstico, el cual se acompaña de la incredulidad ante tal noticia como parte de una de las fases de duelo que atraviesan.

Para concluir, las personas diagnosticadas con VIH positivo presentan una serie de estados emocionales tales como: La depresión que implica experimentar sentimientos de desmotivación, falta de energía y visión de un futuro poco esperanzador; la ansiedad, el temor, la culpa por no haber tomado las medidas adecuadas de prevención y en otros casos por haber contagiado a su pareja; la ira o enojo consigo mismo/a y hacia los demás representada por conductas agresivas dirigidas a las personas que los/as rodean o contra sí mismo/a como el dejar de consumir alimentos o sus medicamentos como respuesta ante el conocimiento de tal situación, por lo tanto es fundamental la creación de estrategias para el control emocional y conductual , así como el fortalecimiento de la calidad de vida a partir de estados emocionales más positivos.

Seguidamente desde el contexto internacional en México se encuentra a Campero, Caballero, Kendall, Herrera y Zarco (2010), con su estudio titulado “Soporte emocional y

vivencias del VIH: Impactos en varones y mujeres mexicanos desde un enfoque de género”. Su objetivo fue conocer, a través de la identificación de la estructura social de género, las diversas experiencias y necesidades ante el VIH y cómo éstas son vivenciadas conforme a la dinámica de apoyo material y emocional que tanto hombres como mujeres reciben. Este estudio se realizó a través de una metodología cualitativa, cuya muestra estuvo constituida por 20 hombres y 20 mujeres mayores de 18 años, que cumplieran con los siguientes requisitos: No estar relacionados entre ellos, con diagnóstico de VIH positivo mayor a un año, todos auto-referidos como heterosexuales y estar en un estado ambulatorio en el momento del estudio (2003-2004) en los Estados de Morelos, Guerrero, el Estado de México y el Distrito Federal, en la República Mexicana.

El instrumento utilizado para la recolección de los datos fue la entrevista en profundidad. Los resultados que se obtuvieron a partir de la investigación fueron los siguientes: Las personas del estudio expresaron de diversas maneras que al conocer el diagnóstico se habían enfrentado a un profundo dolor, donde todos tardaron en entender por qué habían adquirido el VIH. Además, se encontró que en el proceso de asimilación el virus formará parte de sus vidas, para la mayoría, lo cual genera incertidumbres, temores y cambios. No obstante, mientras que algunos, al recibir el diagnóstico vivieron un proceso de «confirmación» de algo que de alguna manera habían «sospechado» aunque no fuera de forma totalmente consciente, para otros u otras la noticia del diagnóstico fue «inimaginable» y por tanto fue más difícil su proceso de asimilación.

En conclusión, a través de la investigación se logró evidenciar que la inteligencia emocional juega un papel importante en los pacientes con VIH, ya que en algunas parejas donde la mujer era monógama y después conocía el diagnóstico se generó en ella un fuerte impacto emocional, primando sentimientos como la frustración y/o el enojo, emociones experimentadas al

descubrir además del diagnóstico, la infidelidad de su pareja, en consecuencia se evidencia que si existe un correcto manejo de las emociones negativas el proceso de tratamiento se dará de la mejor manera.

Seguidamente en el contexto internacional se encuentra Tailandia donde Thammawijaya<sup>1</sup>, Lee y Detels (2019), en su estudio titulado “Social Support and Emotional Intelligence of Thai HIV-Affected Adolescents and Their Stress and Alcohol Use”, es decir “Apoyo social e inteligencia emocional de adolescentes tailandeses afectados por el VIH y su estrés y consumo de alcohol” identifican asociaciones de apoyo social percibido e inteligencia emocional de adolescentes de 12 a 17 años afectados por el VIH en Tailandia con estrés y consumo de alcohol. Este estudio utilizó datos de seguimiento de 173 adolescentes tailandeses afectados por el VIH y sus padres al inicio del estudio, a los 6, 12, 18 y 24 meses. Se realizó un análisis factorial exploratorio para desarrollar indicadores del apoyo social percibido por los adolescentes, implementando el análisis de correlación bivariada y de modelos multinivel para examinar los predictores del estrés y el consumo de alcohol de los adolescentes. Si bien los hombres informaron tener un mayor número de amigos cercanos, una mayor frecuencia de llamadas a amigos y más actividades sociales que las mujeres, tienen menos frecuencia de actividades de visita de amigos. Los adolescentes afectados por el VIH que tenían una mayor inteligencia emocional informaron de un menor nivel de estrés y menos consumo de alcohol en los últimos 30 días. Además, una mayor frecuencia de consumo de alcohol se asoció positivamente con una red de amigos más grande y más actividades sociales.

De acuerdo con los hallazgos, se evidencia que en la intervención para reducir el estrés y el consumo de alcohol entre los adolescentes se debe abordar la temática de la inteligencia



emocional como herramienta para el control de las emociones negativas y el fortalecimiento de las habilidades sociales.

En contexto internacional en Tailandia se encuentra a Lee y Thammawijaya (2013) que en su estudio titulado “Parenting styles and emotional intelligence of HIV-affected children in Thailand”, “Estilos de crianza e inteligencia emocional de los niños afectados por el VIH en Tailandia” tienen como propósito examinar el impacto de los estilos de crianza en la inteligencia emocional de los niños afectados por el VIH en Tailandia. Este estudio utiliza datos de 205 niños afectados por el VIH en el norte y noreste de Tailandia. Se utilizaron análisis de correlación y regresión para examinar los predictores de la inteligencia emocional. Los niños que informaron niveles más altos de estrés relataron que tenían un estilo de crianza menos cariñoso. Los niños con mayor autoestima también eran más propensos a percibir a sus padres como cariñosos. Los niños que puntuaron más bajo en su autoestima informaron que sus padres eran más sobreprotectores. Los niños que informaron niveles más altos de estrés informaron que sus padres eran más sobreprotectores y los niños que informaron un estilo de crianza cariñosa tenían significativamente más probabilidades de informar una mayor inteligencia emocional.

En conclusión, los estilos de crianza juegan un papel importante en la inteligencia emocional, ya que entre más sus padres les infundía amor los niños mostraban más altos índices de control emocional, así mismo los ayudaba en el afrontamiento del estrés y la autoestima, debido a que contaron con buena red de apoyo que los ayudaba durante el proceso de afrontamiento del VIH, con base en la regulación emocional, de esta manera el niño logra afrontar de forma positiva todo el proceso.

## **Estudios Nacionales**

Dentro del contexto a nivel nacional, en la ciudad de Medellín se encuentra a Tobón y García Peña (2019), con su estudio titulado “Perfil emocional de las personas con VIH”, cuyo objetivo fue comprender las emociones que emergen en el tratamiento de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA y su influencia en la adherencia al tratamiento. Este estudio se realizó por medio de una metodología cualitativa, histórica y hermenéutica, en la E.S.E. Hospital La María de la ciudad de Medellín, Colombia.

La información se recolectó a través de entrevistas semiestructuradas a ocho pacientes en tratamiento, a partir de sus historias de vida para poder comprender su estado emocional, el proceso de adherencia, el impacto psicosocial y la calidad de vida. Se eligieron ocho participantes con la autorización de la E.S.E. Hospital la María, siete hombres y una mujer, entre las edades de 30-55 años; en su orientación sexual, cinco hombres manifestaron ser homosexuales y los otros tres participantes heterosexuales, todos pertenecientes a los estratos socio económico dos y tres, de acuerdo a la caracterización sociodemográfica vigente en Colombia. Se identificó que las emociones tienen una alta incidencia en la vida de las personas con VIH, lo cual determinó los diferentes procesos psicosociales en los que están inmersos.

En conclusión, es importante recalcar que en la población se evidenció que las diversas emociones experimentadas son reguladoras de comportamientos y hábitos, pero además se reconoce que esta exposición emocional existe antes, durante y después del diagnóstico del VIH, siendo las emociones transversales al complejo proceso de asumirse VIH positivo; además, se logra correlacionar el tema de las emociones con aspectos relevantes como la adherencia, la calidad de vida relacionada con la salud, el impacto familiar y psicosocial, temáticas que en otras investigaciones han sido abordadas de manera aislada.

Seguidamente en la revisión realizada a nivel nacional en Envigado, Antioquia se encuentra que Yepes y Lopera (2015), en su estudio titulado “Expresión artística como herramienta facilitadora de la salud emocional de personas diagnosticadas con VIH/SIDA durante el proceso terapéutico”, buscan describir la influencia que poseen los medios de expresión artísticos, durante un proceso terapéutico en la salud emocional de una persona cuya condición de vida se encuentra atravesada por un diagnóstico de VIH/SIDA. Esta investigación se realizó por medio de una metodología cualitativa, en donde se utilizó la recolección de datos documental, cuyo diseño fue no experimental de nivel descriptivo y método bibliográfico. Para esta investigación se revisó un total de 58 referentes bibliográficos de carácter texto documental y 18 documentos iconográficos como fotografías y posters.

En conclusión, el VIH/SIDA afecta la estabilidad emocional del paciente al igual que su salud mental, por lo cual la función primaria de la psicología frente a este fenómeno, es la búsqueda de la estabilidad a nivel mental del individuo portador de VIH/SIDA. Por otro lado la estabilidad en la salud emocional de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA contribuye al mejoramiento de su condición, interviniendo de manera positiva en varios cofactores que pueden afectar de manera negativa el desarrollo de esta enfermedad en el individuo, así mismo el equilibrio emocional participa como un factor de protección o riesgo en la condición de una persona enferma, ya este incide en su curso, al igual que los dinamismos emocionales pueden precipitar el inicio de una crisis o el agravamiento de la condición.

Finalmente se encontró un estudio realizado en Villavicencio por Ospina y Henao (2016) bajo el título “Percepción de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA de la IPS Saludllanos en Villavicencio”, los cuales buscan determinar los niveles de percepción de las personas con este diagnóstico a través de la implementación de un enfoque cuantitativo de investigación con alcance

descriptivo, a partir de la aplicación del cuestionario de percepción de enfermedad (IPQ-B), con el fin de definir características importantes del fenómeno de estudio. Por lo tanto, fue necesaria una población de 120 pacientes y una muestra no probabilística no aleatoria de 31 pacientes mayores de edad.

Los resultados arrojaron que la percepción se encuentra determinada por algunos aspectos como: Las consecuencias derivadas de la enfermedad, su duración, el control personal y del tratamiento, además de la sintomatología, el nivel de preocupación, la comprensión de la enfermedad y la respuesta emocional producida, los cuales permitieron identificar que los pacientes diagnosticados perciben el VIH/ SIDA como una enfermedad que poco afecta sus vidas, con conciencia plena de la condición que los acompaña y control personal sobre los aspectos relacionados con la misma como la sintomatología y las preocupaciones. Se resalta la importancia de los servicios de atención integral que juegan un papel determinante en el proceso de diagnóstico, asimilación, adaptación y seguimiento; mejorando considerablemente su calidad de vida, a través de la modificación de una percepción negativa de la enfermedad a una menos perjudicial tanto para la salud mental, emocional y física del paciente.

Así como se generó el interés por medir la percepción de la enfermedad por parte de los pacientes a partir de la utilización de un instrumento con el ánimo de determinar las características del fenómeno, de este modo surgió el interés de medir el nivel de inteligencia emocional a partir de sus expresiones estructurales por medio del test Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) y así se logró comprender cómo influye la inteligencia emocional en los pacientes con diagnóstico de VIH/ SIDA y qué estructuras se debían reforzar.

## **Marco teórico**

El siguiente apartado comprende los referentes de la inteligencia emocional en pacientes con diagnóstico de VIH, abordados en cuatro capítulos: El primer capítulo, se centra en la inteligencia emocional, el segundo capítulo se enfoca en el concepto de VIH y el SIDA, junto con sus diferentes fases y sus manifestaciones clínicas, el tercer capítulo aborda la psicoeducación desde el factor biológico, psicológico y social y por último se encuentra el cuarto capítulo que hace referencia a los trastornos mentales derivados del diagnóstico de VIH.

### **Capítulo 1 Inteligencia emocional**

#### ***Emoción***

Las emociones son una respuesta o reacción ante un estímulo significativo que el sujeto evalúa, consciente o inconscientemente, en función de sus objetivos o intereses e influido por su ideología y por el contexto sociocultural (Beas et al., 2016, como se citó en García y Heredia, 2017). Es por ello que tal como lo menciona Sutil (2013), la emoción, acompañada del afecto y la pasión, tiende a influir en las personas en distintos momentos al accionar diversas conductas a causa de la vulnerabilidad del momento, de tal modo que la emoción se opone a la razón; no existe un comportamiento humano, por muy racional que sea, totalmente carente de aspectos emocionales, no existe la “fría cognición”. Por otra parte, la emoción supone algún tipo de activación psíquica que la acompaña o incluso la define.

Constantemente el ser humano enfrenta múltiples situaciones que conllevan carga emocional, el no gestionar estas emociones de la manera adecuada, puede desencadenar diversos conflictos, los cuales a la vez pueden generar arrepentimiento en las personas, puesto que toda

acción de cierto modo se deriva de una emoción, responsable de impulsar al individuo a llevar a cabo un determinado comportamiento.

La teoría de Cannon-Bard destaca la importancia de los componentes del sistema nervioso central, especialmente la función que cumple el tálamo, pues, cuando se experimenta una emoción, esta se acompaña de cambios fisiológicos como alteraciones en la respiración, el ritmo cardíaco, la presión arterial, el tono muscular o la respuesta galvánica de la piel, según cada persona (Estrada, 2018). Por ende, en cuanto al componente biológico de la emoción, el tálamo es una estructura fundamental, ya que forma parte del sistema límbico, siendo el lugar donde se distribuyen los estímulos recibidos a lugares de la corteza cerebral para generar así una respuesta.

Las emociones presentan diferentes funciones, que permiten al individuo reaccionar ante distintas situaciones. Según Estrada (2018), refiere que:

Una de las funciones más reconocidas de la emoción responde a su naturaleza adaptativa, pues permite identificar y preparar los sistemas de respuestas del individuo, es decir, tiene una función básica de supervivencia que en situaciones extremas puede ayudar a conservar la vida. Esas mismas respuestas ante otro tipo de situaciones se pueden considerar desproporcionadas o sobredimensionadas. La función adaptativa de la emoción consiste en preparar el cuerpo para la acción. Por ejemplo, la función que cumple la emoción al enfrentarse a un robo, donde la persona se expone ante un estímulo amenazante...Las emociones tienen tanto impacto en la esfera social que pueden crear, fortalecer, debilitar o terminar las relaciones afectivas, laborales, escolares o familiares. (p. 44)

**Las Emociones Básicas.** El psicólogo y antropólogo Paul Ekman (1972), como se citó en Sanfeliciano (2018), identificó seis emociones básicas y prácticamente universales en toda la cultura a partir de las micro expresiones fáciles del ser humano, identificando: La alegría, asociada de manera directa con el placer y la felicidad; la tristeza vista como un decaimiento del estado de ánimo y una reducción significativa en su nivel de actividad cognitiva y conductual; la ira, sentimiento que emerge cuando la persona se ve sometida a situaciones que le producen frustración o que le resultan aversivas; el miedo como estado emocional negativo o aversivo con una activación muy elevada que incita la evitación y el escape de situaciones peligrosas; el asco caracterizado por una sensación de repulsión o evitación ante la posibilidad, real o imaginaria, de ingerir una sustancia nociva, que tenga propiedades contaminantes; la sorpresa como una reacción causada por algo imprevisto, novedoso o extraño.

**Emociones positivas y negativas.** Según Buceta (2019), existen dos tipos de emociones: Las positivas y las negativas, las primeras son agradables, se experimentan cuando se consigue una meta; de tal forma que en ellas es menos probable que se necesite la revisión de planes y otras operaciones cognitivas, por este motivo se podría esperar que las emociones negativas sean más prolongadas en el tiempo que las positivas. Las emociones negativas tienen un claro valor en la adaptación al entorno y la supervivencia, mientras que en el caso de las positivas este no es al menos tan evidente...son emociones desagradables, que se experimentan cuando se produce una amenaza, sucede una pérdida o se bloquea una meta; requieren la movilización de importantes recursos comportamentales y cognitivos, para la creación y elaboración de planes que resuelvan la situación. Entre las emociones negativas se encuentran el enojo, el miedo, la ansiedad, la ira, la envidia, los celos, el asco, la vergüenza, la culpa, la tristeza, etc. (p.8)

## ***Inteligencia.***

La inteligencia, como la capacidad de solucionar problemas, de razonar, de adaptarse al ambiente, ha sido altamente valorada a lo largo de la historia. Desde los griegos hasta hoy se ha pensado que esta característica distingue positivamente a las personas, debido a que les aporta un lugar especial en la sociedad. Esto se ha considerado incluso antes de que se comenzará a estudiar científicamente el concepto de inteligencia y su medición. Hoy se conoce que la inteligencia (o inteligencias) existen en todas las personas en mayor o menor grado, y también en los animales no humanos (Ardila, 2011). Así pues, la inteligencia es un componente esencial del ser humano, esta le brinda la capacidad de solucionar diversos problemas a partir de la adquisición de conocimientos que les aportan las diferentes experiencias que se dan a lo largo de sus vidas. Es primordial hacer énfasis que la presente investigación se centra en la inteligencia emocional del ser humano, donde el componente racional se integra al componente emocional.

**Inteligencia emocional.** Es un constructo dentro del conjunto de inteligencias existentes, que ha cobrado importancia, dado que su fortalecimiento y entrenamiento en las habilidades propias de este tipo de inteligencia, les permite a las personas afrontar de forma adecuada, situaciones que se puedan presentar en su diario vivir. Según Goleman (2014), citado por Vetya et al (2016), la inteligencia emocional, es aquella capacidad de ser conscientes de las emociones propias, de reconocer y comprender no sólo los propios sentimientos sino también los de los demás. Por otra parte, Ordoñez et al., (2020), explica que la inteligencia emocional se define como la habilidad para percibir, asimilar, comprender y regular las propias emociones y las de los demás, promoviendo un crecimiento emocional e intelectual.



En esta vía, es imperante mencionar que la inteligencia emocional es un componente fundamental del desarrollo integral del ser humano, ya que le permite percibir, asimilar y autorregular sus emociones en situaciones de gran estrés o conflicto, es importante hacer mención de la relación entre este tipo de inteligencia y las experiencias vividas del ser humano, ya que entre más desarrollada se encuentre la inteligencia emocional, la persona podrá experimentar vivencias más positivas con respecto a los sucesos de su entorno.

La inteligencia emocional constituye la forma en que diferentes habilidades mentales para usar y manejar las emociones propias y ajenas, pueden incrementar la probabilidad de adaptación exitosa de una persona a las diferentes circunstancias cambiantes que se presentan en la vida diaria. Además, aparece vinculada con todos los aspectos de la vida psicológica y trasciende las fronteras de la individualidad, siendo relevante en las relaciones humanas (Iglesias et al., 2009). De acuerdo con esta afirmación, la inteligencia emocional permite el desarrollo de las habilidades emocionales propias de cada persona, con las que le permite ser consciente de las emociones y sentimientos experimentados en las diferentes situaciones del diario vivir, influyendo en la adaptación de las personas a las diversas situaciones conflictivas a las cuales se enfrentan, siendo un recurso para abordarlas positivamente a través de la autorregulación emocional.

***Modelo de inteligencia emocional de Mayer y Salovey.*** El modelo de habilidad de Mayer y Salovey (1997) como se menciona en Fernández-Berrocal, y Extremera-Pacheco (2005), considera que la inteligencia emocional se conceptualiza a través de cuatro habilidades básicas, que son:

La habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para

comprender emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual. p.(7).

A continuación, se describen en qué consisten estas cuatro habilidades emocionales:

La percepción emocional: Es la habilidad para identificar y reconocer tanto los propios sentimientos como los de aquellos que lo rodean. Implica prestar atención y descodificar con precisión las señales emocionales de la expresión facial, movimientos corporales y tono de voz. Esta habilidad se refiere al grado en el que los individuos pueden identificar convenientemente sus propias emociones, así como los estados y sensaciones fisiológicas y cognitivas que éstas conllevan. Por último, esta habilidad implicaría la facultad para discriminar acertadamente la honestidad y sinceridad de las emociones expresadas por los demás.

La facilitación o asimilación emocional: Implica la habilidad para tener en cuenta los sentimientos cuando razonamos o solucionamos problemas. Esta habilidad se centra en cómo las emociones afectan al sistema cognitivo y cómo nuestros estados afectivos ayudan a la toma de decisiones. También ayudan a priorizar nuestros procesos cognitivos básicos, focalizando nuestra atención en lo que es realmente importante. En función de los estados emocionales, los puntos de vista de los problemas cambian, incluso mejorando nuestro pensamiento creativo. Es decir, esta habilidad plantea que nuestras emociones actúan de forma positiva sobre nuestro razonamiento y nuestra forma de procesar la información

El conocimiento emocional: A través de la comprensión y análisis de las emociones, esto implica la habilidad para desglosar el amplio y complejo repertorio de señales emocionales, etiquetar las emociones y reconocer en qué categorías se agrupan los sentimientos. Además, implica un actividad tanto anticipatoria como retrospectiva para conocer las causas generadoras

del estado anímico y las futuras consecuencias de nuestras acciones. Igualmente, la comprensión emocional supone conocer cómo se combinan los diferentes estados emocionales dando lugar a las conocidas emociones secundarias. Por otra parte, incluye la habilidad para interpretar el significado de las emociones complejas. Contiene la destreza para reconocer las transiciones de unos estados emocionales a otros y la aparición de sentimientos simultáneos y contradictorios.

La regulación emocional: Es la habilidad más compleja de la Inteligencia emocional. Esta dimensión incluiría la capacidad para estar abierto a los sentimientos, tanto positivos como negativos, y reflexionar sobre los mismos para descartar o aprovechar la información que los acompaña en función de su utilidad. Además, incluye la habilidad para regular las emociones propias y ajenas, moderando las emociones negativas e intensificando las positivas. Abarca pues el manejo de nuestro mundo intrapersonal y también el interpersonal, esto es, la capacidad para regular las emociones de los demás, poniendo en práctica diversas estrategias de regulación emocional que modifican tanto nuestros sentimientos como los de los demás. Esta habilidad alcanzaría los procesos emocionales de mayor complejidad, es decir, la regulación consciente de las emociones para lograr un crecimiento emocional e intelectual.

*Habilidades de la Inteligencia Emocional basadas en el Modelo de Mayer y Salovey.*

En la Universidad de Málaga los doctores Fernández y Extremera (2002) han abordado la inteligencia emocional como la habilidad esencial de las personas para atender y percibir los sentimientos de forma apropiada, la capacidad para asimilarlos y comprenderlos adecuadamente y la destreza para regular y modificar el estado de ánimo. Se contemplan cuatro componentes: La percepción y expresión emocional, es aquella, a través de la cual se reconocen las emociones. Así mismo la facilitación emocional radica en la capacidad para generar sentimientos que acompañen

los pensamientos. La comprensión emocional, hace referencia a entender lo que pasa a nivel emocional e integrarlo en el pensamiento y la regulación emocional, es la capacidad de evitar respuestas incontroladas en situaciones de ira, provocación o miedo (Crespo, 2007). Por lo tanto, el ejercicio y aplicación de los componentes mencionados anteriormente permite que se logre el deseado entrenamiento de las habilidades emocionales, desarrollando el control emocional, recurso indispensable para hacer frente de forma positiva a las diferentes situaciones que representan una respuesta emocional adaptativa.

**Evaluación de la inteligencia emocional.** El modelo de Inteligencia Emocional de Mayer y Salovey ha permitido constituir indicadores claros para valorar las dimensiones psicológicas de este constructo. Tres son las medidas que más se han empleado en la evaluación de la inteligencia emocional: Los instrumentos de auto-informe, los test de ejecución y los informes de observadores externos. Específicamente, el modelo de Mayer y Salovey ha basado sus investigaciones en los dos primeros métodos. Es por ello que Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai en 1995, como lo menciona Fernández-Berrocal y Extremera-Pacheco (2005), desarrollaron una medida, el Trait Meta-Mood Scale, que trataba de recoger los aspectos de la inteligencia emocional intrapersonal de las personas, en concreto sus habilidades para atender, discriminar y reparar los propios estados emocionales.

Posteriormente en España, el grupo de investigadores integrado por Fernández-Berrocal, Extremera-Pacheco y Ramos, realizaron en el 2004, una versión reducida y modificada denominada TMMS-24. Esta versión mantiene la misma estructura que la original y, a través de 24 ítems, evalúa tres dimensiones (8 ítems por factor): Atención a los sentimientos, Claridad emocional y Reparación de las emociones. La atención a los sentimientos es el grado en el que las personas creen prestar atención a sus emociones y sentimientos; claridad emocional se refiere a

cómo las personas creen percibir sus emociones; por último, reparación de las emociones alude a la creencia del sujeto en su capacidad para interrumpir y regular estados emocionales negativos y prolongar los positivos. Esta medida sigue siendo ampliamente utilizada, no en vano, es considerada la escala de inteligencia emocional de mayor uso en investigación psicológica y educativa tanto en España como en gran parte de Latinoamérica (Fernández-Berrocal y Extremera-Pacheco, 2005).

En este sentido, es claro que la inteligencia emocional es un componente fundamental en la regulación de las emociones, por lo que Villacreces y Achi (2017), refieren que:

La inteligencia emocional se puede definir como la capacidad para alcanzar y dirigir a las personas, del mismo modo que para actuar conscientemente en las relaciones con los seres humanos... El cuestionario TMMS (Escala Rasgo de Metaconocimiento Emocional), está levemente basado en el modelo original de Salovey y Mayer, puede considerarse la primera medida de la Inteligencia Emocional, en general, y de la Inteligencia Emocional Rasgo. En particular. El TMMS aporta puntuaciones sobre tres factores, denominados: Atención a las emociones: La atención emocional se refiere a la conciencia que se tiene de las emociones. La claridad emocional: Hace referencia a la facultad para conocer y comprender las emociones, sabiendo distinguir entre ellas y por último se encuentra la reparación emocional, la cual se refiere a la capacidad de regular y controlar las emociones positivas y negativas. (p. 164)

Finalmente, se hace nuevamente mención de los tres métodos principales en la medición de la inteligencia emocional, los cuales son: Los autoinformes, las pruebas de ejecución y la evaluación 360 grados. Así mismo se encuentran evidencias de que el uso de autoinformes (como

la TMMS) combinados con una prueba de habilidad (como el MSCEIT), pueden aportar mucha información (Tejido, 2010). Por ende, tener un conocimiento amplio de los métodos existentes para la medición de la inteligencia emocional anteriormente mencionados, permite identificar cuáles son los parámetros de medición acordes al tipo de población que se quiere investigar, además permite confiar esta medida, basándose en la validez y confiabilidad del instrumento y a partir de esto, detectar diferentes habilidades emocionales existentes en las personas, así como las falencias existentes en estas destrezas.

## **Capítulo 2. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más importantes, suele ir asociada a otras infecciones de transmisión sexual, a las que potencia. Se contrae con mayor facilidad cuando existe una puerta de entrada, como las lesiones ulcerosas de la sífilis, el chancroide o el linfogranuloma venéreo, pero en especial, el herpes genital por su carácter de erosión recidivante (Abdulghania et al., 2020). Con base en lo anterior, se reconoce la importancia de evitar estas ventanas de riesgo o puertas de entrada en donde un sistema inmunológico debilitado, es el ambiente propicio para que la infección por el virus de inmunodeficiencia humana ingrese al organismo. Es bien sabido que las infecciones como este virus se producen debido al mantenimiento de las relaciones sexuales sin protección, lo que conlleva a la aparición de múltiples enfermedades oportunistas.

El concepto de VIH hace mención al agente causante de la infección, un retrovirus que afecta principalmente al sistema inmunológico produciendo su destrucción, y consecuentemente un déficit del mismo acompañado de una amplia cadena de manifestaciones clínicas, desde la

infección aguda inicial, pasando por un periodo de latencia asintomático, hasta desembocar en el estadio más avanzado de la enfermedad conocido como SIDA (Fernández, 2018). Por ende, la replicación del retrovirus, conlleva a un aumento constante de la carga viral, afectando considerablemente el sistema inmunológico destruyéndolo poco a poco, lo cual origina la aparición de múltiples complicaciones en el organismo, deterioro que va desde un periodo asintomático hasta el estado más avanzado de la enfermedad, es decir el SIDA.

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH), es un retrovirus que pertenece a la subfamilia Lentoviridae (virus lentos), debido a su largo periodo de latencia entre la infección primaria y el daño del sistema inmunológico, en términos de depleción de la población de linfocitos T CD4 que caracteriza el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Se estima que al menos un tercio de los pacientes infectados con el VIH en estadio de SIDA presentan algún tipo de signo o síntoma que sugiera disfunción del sistema nervioso central, periférico o autónomo (Bernal, 2008). Cabe resaltar que el virus de inmunodeficiencia humana al ser un virus lento, ataca el sistema inmunológico de manera lenta y progresiva, hasta desencadenar en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, el cual es responsable de las tasas de mortalidad existentes en la población, dejando al portador en un estado vulnerable frente a diferentes infecciones y enfermedades.

El VIH es una enfermedad infecciosa y crónica, cuyo agente infeccioso se transmite mediante las vías sexual, vertical y sanguínea, incluyendo en esta última la vía parenteral mediante el uso compartido de material de inyección. No se transmite a través de animales, el agua o aire. Dicho agente actúa atacando y utilizando las células del sistema inmune para su replicación, concretamente los linfocitos y macrófagos. Al replicarse, estas células son destruidas deteriorando así el sistema inmune, debilitándose ante la exposición de otros agentes patógenos. (Fernández,

2018). En concordancia con lo anterior, la evidencia de que el Virus de Inmunodeficiencia Humana se transmite a través la vía sexual, la vertical y la sanguínea, permite identificar mecanismos para prevenir la propagación. El conocimiento de la evolución del virus en el organismo permite actuar en las fases tempranas de replicación del retrovirus impidiendo que siga atacando las células del sistema inmune.

### ***Diagnóstico***

El diagnóstico definitivo de la infección por VIH solo puede establecerse por pruebas de laboratorio mediante un análisis de sangre o de saliva. Las pruebas más rápidas pueden obtener resultados en menos de tres minutos. La prueba es voluntaria y confidencial. Debe ofrecerse a todos los pacientes al menos una vez en la vida o periódicamente dependiendo de las características de cada persona (Abdulghania et al., 2020). Con el paso de los años las pruebas de detección del VIH han sido un recurso indispensable para reducir los índices de propagación de la enfermedad, al ser detectada a partir de pruebas serológicas o muestras de saliva, permite un diagnóstico oportuno, a partir del cual se inicia un acompañamiento y tratamiento que permite mejorar la calidad de vida de las personas, a la vez que contribuye a la concientización de la población acerca de esta problemática de salud pública. La confidencialidad y rapidez de las pruebas permite que cada vez más personas tomen la iniciativa de conocer su estado serológico, como conducta de autocuidado.

El diagnóstico serológico del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) trasciende en importancia a otros diagnósticos de laboratorio por la gravedad de la enfermedad que este virus produce. El cribado de anticuerpos en muestras de suero es el método más comúnmente empleado para el diagnóstico de laboratorio de la infección por VIH. Las pruebas están basadas en distintos principios técnicos que han ido evolucionando con el tiempo, la experiencia adquirida y las



recomendaciones nacionales e internacionales (Bouza y de Lejarazu, 2010). En concordancia con lo anterior es gracias a los avances científicos, a las investigaciones que por décadas han ido contribuyendo al desarrollo de herramientas y técnicas tanto de detección como de tratamiento, que hoy en día toda persona que tenga sospecha de estar en riesgo de contagio, pueda hacer uso de la asistencia médica para confirmar su diagnóstico e iniciar un plan de tratamiento.

### ***Pruebas de detección del VIH***

Existen una serie de pruebas las cuales determinan si la persona es portadora del virus, el antígeno p24 (del core), en donde se evidencian diversas técnicas comerciales que utilizan el principio de EIA en triple sándwich para la detección del Ag p24 en suero o plasma. Actualmente, la detección del Ag p24 se encuentra limitada al diagnóstico en periodo de intervalo en casos de presencia de signos clínicos sospechosos de primoinfección. Así mismo se encuentra la detección de los ácidos nucleicos, en la cual la demostración de parte del genoma vírico a partir de linfocitos de sangre periférica (detección cualitativa de ADN-VIH-1) o del plasma (detección cuantitativa de ARN-VIH-1) y por último se encuentra el aislamiento vírico a partir de linfocitos de sangre periférica, el cual sigue siendo la técnica de referencia en el diagnóstico de la infección por VIH (Oliva et al., (2009). La realización periódica de pruebas de detección permite frenar el ritmo con el que se propaga este virus entre la población, el conocimiento del diagnóstico, posibilita el inicio temprano del tratamiento, disminuyendo oportunamente la carga viral en el individuo hasta el punto tal que sea intransmisible. Por lo tanto, es importante que las personas se realicen distintas pruebas para detectar si son portadoras del virus y de este modo prevenir el contagio a otros individuos.

## ***Fases***

En la evolución del virus de inmunodeficiencia humana se van generando distintas fases, en las cuales se presentan diferentes síntomas que las caracterizan, cada una relacionada entre sí, las cuales de acuerdo con Lamote (2014) son: La fase de infección aguda retroviral, la fase asintomática de la infección, la fase sintomática de la infección y la fase SIDA.

La fase de infección aguda retroviral: Es aquella que corresponde a la llegada del virus y se caracteriza por dos eventos: Puede ser asintomática o sintomática, la cual presenta síntomas como: Fiebre, faringitis, linfadenopatías, artralgias, mialgias, anorexia y pérdida de peso, en cuanto al aspecto dermatológico se genera erupción eritematosa maculopapular, urticaria difusa y alopecia y dentro del sistema gastrointestinal se generan náuseas, vómitos, diarrea y ulceraciones mucocutáneas.

La fase asintomática de la infección por VIH u oportunistas menores: En esta fase el paciente pasa a ser portador asintomático por completo o puede presentar un síndrome adénico, el cual se caracteriza por tener ganglios firmes, pero no leñosos, móviles, no dolorosos, sin cambios en la piel que los recubre y que ocupan dos o más regiones contiguas. Se llama linfadenopatía generalizada persistente, puede haber esplenomegalia o no y el diagnóstico en esta fase es por medio de la serología VIH, por lo cual es importante estimular por todas las vías posibles que las personas se interesen por saber su estado.

La fase sintomática de la infección por VIH u oportunistas menores: Es aquella que representa un periodo de transición entre ser un portador asintomático y llegar a un estado más avanzado, es decir el SIDA. Así mismo se caracteriza por presentar distintos síntomas como: Malestar general, astenia persistente, síndrome febril prolongado, sudoración nocturna y pérdida de peso que puede llegar a 10%, se puede presentar anemia y trombocitopenia, linfadenopáticos,

tos seca persistente, diarrea, candidiasis bucal, dermatitis seborreica, herpes simple recidivante (anal o genital), herpes zóster y verrugas genitales, polineuropatía, síndrome ansioso depresivo y meningitis aséptica.

La fase sida u oportunistas mayores: Es la etapa final y se caracteriza por la presencia de enfermedades oportunistas y tumores raros. Desde el punto de vista inmunológico, representa una inmunodepresión severa, con una depleción notable del número de linfocitos CD4, cuya función es muy importante en el sistema inmunológico, ya que protege al sistema de los diferentes patógenos. Además, hay una alta replicación viral, favorecida por la debilidad del sistema inmunológico.

### ***Vías de transmisión***

Continuando con la descripción de la enfermedad realizada por Lamote (2014), es relevante identificar las principales fuentes de infección por VIH, las cuales son: La vía sexual, es la principal vía de transmisión a nivel global, puede ser por relaciones sexuales vía anal, vaginal u oral, igualmente hay incremento significativo en relaciones homosexuales. El riesgo de transmisión del VIH aumenta si existen al mismo tiempo otras infecciones de transmisión sexual (ITS) (sífilis, gonorrea, herpes genital). También se transmite por medio del uso de sangre y hemoderivados contaminados, el cual enfatiza en el riesgo biológico por el mal uso de material hospitalario en el momento de desecharlos como las drogas intravenosas, agujas de tatuajes, donación de órganos y transfusiones de sangre sin el sello de calidad. Por último, se encuentra la vía de transmisión de la madre al feto la cual incluye tres momentos: Vía transplacentaria, durante el trabajo de parto por contaminación en el canal vaginal y lactancia materna.

### ***Consecuencias emocionales en la salud***

En múltiples ocasiones se puede observar cómo las emociones positivas previenen enfermedades o una vez que éstas han aparecido, pueden contribuir a su curación, y en cambio las emociones negativas ayudan a bajar las defensas del organismo y contraer enfermedades. Cuando se dispone de una actitud mental correcta se tiene menos probabilidad de padecer un ataque cardíaco, se vence antes una infección o se supera un cáncer. La salud mental es la medicina más poderosa que tenemos y la más olvidada de todas las terapias del XXI (Guerri, 2016, p.94). Por lo tanto, es fundamental vivenciar emociones positivas, ya que esto conlleva a prevenir la aparición de enfermedades o si se presentan, son de gran apoyo durante el proceso de recuperación. Por el contrario, las emociones negativas afectan el sistema inmunológico debilitándose, lo que aumenta las probabilidades de adquirir una enfermedad.

Según Suárez y Molerio, (2011) en cuanto a las particularidades de la inteligencia emocional en personas que viven con VIH, se constató:

La existencia de bajos niveles de inteligencia emocional en las personas que viven con VIH, caracterizada por altos niveles de atención emocional y bajos en relación a la claridad y regulación emocionales. Se encontraron diferencias significativas en la inteligencia emocional en relación con algunas variables sociodemográficas como: sexo, orientación sexual y estado civil. El bajo nivel en la inteligencia emocional correlaciona significativamente con mayor desajuste emocional manifestado en elevada ansiedad y depresión, así como con una disminución de los CD4 (p.79)

Es claro entonces que, el reconocimiento de sus propios estados emocionales es posible gracias al fortalecimiento de la inteligencia emocional, donde hacer uso de estas habilidades

permite que se emprendan acciones para mitigar el impacto psicológico y emocional que conlleva el diagnóstico de esta enfermedad.

### **Capítulo 3 Psicoeducación**

La propuesta planteada dentro de los objetivos de la presente investigación se rige bajo los lineamientos de la psicoeducación, siendo esta una estrategia orientada a informar y educar al paciente acerca de su diagnóstico y de aquellas modificaciones en su repertorio de conducta que es pertinente implementar. Cuevas y Moreno (2017) explican que la psicoeducación presenta una serie de intervenciones enfocadas a mejorar el conocimiento de la enfermedad, el cuidado y mejora en la atención del paciente. Además, se diferencia del resto porque incluye técnicas específicamente orientadas a la comprensión y reducción del malestar psicológico de la familia y cuidador como el manejo de estrés, relajación, entre otras.

Continuando con Cuevas y Moreno (2017), se establecen los principios metodológicos de la psicoeducación bajo los cuales se pueden estructurar de la forma siguiente: Alianza terapéutica, brindar información, propiciar un ambiente que vincule al paciente en la comunidad, integración gradual del paciente en su rol familiar, y continuidad en el cuidado del paciente con vinculación institucional, rol de pensamientos, técnicas de autocontrol, entre otros.

La psicoeducación se define como una actitud integral que puede, por lo tanto, implementarse en los diferentes recursos terapéuticos y en modo específico en los llamados Grupos Psicoeducacionales y de Autoayuda (Bulacio et al., 2003). Por ende, la psicoeducación es una herramienta fundamental, ya que permite informar a las personas sobre cualquiera problemática a trabajar, además ha sido definida como aquel recurso terapéutico y de autoayuda. Cabe recalcar

que en los pacientes con VIH/SIDA, ha servido para orientar acerca de la situación por la que están pasando y qué soluciones pueden implementar para manejar sus emociones.

La definición más general de psicoeducación es describirla como una aproximación terapéutica, en la cual se proporciona al paciente y sus familiares información específica acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico, basados en evidencia científica actual y relevante para el abordaje de la patología. La psicoeducación no solo hace referencia a la definición de un diagnóstico, sino también busca abordar situaciones cotidianas en la vida de las personas, que se vuelven complejas por el desconocimiento que supone esta crisis o situación.

De esta forma, se conceptualiza este modelo como una herramienta de cambio, porque involucra los procesos cognitivos, biológicos y sociales particulares de cada individuo para garantizar la autonomía y mejorar la calidad de vida. La estructura del programa psicoeducativo dependerá de los contenidos y el objetivo a trabajar, teniendo en consideración las necesidades pesquisadas y los pilares anteriormente mencionados. Habitualmente, se organizan en forma de multisesiones sistematizadas, previamente planificadas, que consideran un orden deductivo que inicia con contenidos meramente teóricos, hasta llegar a la práctica de habilidades para la vida diaria (Godoy et al., 2020).

### ***Enfoque biopsicosocial***

Al ahondar acerca de las bases teóricas sobre las cuales se construye la propuesta psicoeducativa, además se hace una revisión de las contribuciones que puede generar el enfoque biopsicosocial en el enriquecimiento de los alcances de esta estrategia. Engel (1997), postuló la necesidad de un modelo médico holístico que él llamó biopsicosocial como respuesta a otro modelo, el biomédico, dominante en las sociedades industrializadas de mediados del siglo XXI.

La propuesta de Engel (1997), tuvo una buena acogida por parte de los sectores deseosos de incorporar la empatía y la compasión en la práctica médica. Existen dos vertientes que propone el modelo biopsicosocial: a) un modelo de causación superador del modelo clásico de causa-efecto, y en este sentido se postula como «un nuevo paradigma en la medicina», y b) la apuesta por dar la palabra al paciente en el proceso asistencial, pasando de ser mero objeto a ser sujeto del acto clínico. El modelo o enfoque biopsicosocial es un modelo general, que plantea que los factores biológicos, psicológicos y sociales, juegan un papel importante en el funcionamiento humano en el contexto de la enfermedad y de la percepción de la misma.

### ***Factores sociales***

**Apoyo de la familia.** La red de apoyo familiar, es la primera ruta a activar al hacer psicoeducación con el paciente, esto les permite sentirse acompañados y respaldado en el proceso de afrontamiento de la noticia de la enfermedad y la asimilación de un nuevo estilo de vida. Ante la noticia, Castro (2011), como se citó en Simus, et al., (2019) menciona que el paciente reacciona con llanto, tristeza, desesperación y en algunas situaciones es común que oculten el estado seropositivo por miedo al rechazo, la desintegración familiar, la falta de interés en la búsqueda de información y redefinición de su vida.

De acuerdo con Simus et al., (2019), es así que la reacción y apoyo por parte de la familia puede aumentar el pronóstico del paciente con VIH/SIDA de manera positiva o disminuir las posibilidades de adaptación de este, por lo cual, la familia asume un papel fundamental como factor de protección y contención, tanto física como emocionalmente. Es por esto que el psicólogo debe tener en cuenta para un proceso terapéutico más integral, el trabajo con las principales redes de apoyo.

**Estigma y discriminación.** Es importante reconocer que los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA tienden a ser víctimas del estigma y la discriminación, siendo esta otra variable que afecta varios ámbitos en el que se desenvuelve la persona, como: familiares, laborales y sociales, tiende a ser discriminatorios y excluyentes por parte de los más allegados (Mora et al., 2017 como se citó en Simus et al 2019).

La afectación que puede llegar a tener el paciente a nivel social debido al señalamiento por parte de familiares y amigos es tal que puede acelerar el desajuste de las demás áreas de interacción del individuo, viéndose vulnerable y susceptible a un desequilibrio emocional que desencadena a su vez el deterioro de su estado de salud física. Como se puede observar y retomando el modelo biopsicosocial, al verse alterado el equilibrio entre los diferentes factores abordados, es de esperar que el paciente entre en un estado de desesperanza que le impida afrontar su enfermedad de una manera adecuada.

Así mismo, el estigma también se asocia a ciertos comportamientos de riesgo que son rechazados por la sociedad, como la prostitución, el consumo de drogas inyectables, la promiscuidad, las prácticas homosexuales y transexuales, además aumentando la marginación de grupos poblacionales vulnerables, como personas privadas de la libertad, desplazados y migrantes, afirman Simus et al., (2019), quienes seguidamente retoman a Meyer (1995), quien habla de que existe un concepto denominado “Estrés de minorías”, el cual hace referencia a un grupo de personas que se caracterizan por realizar determinadas conductas y poseer actitudes diferentes de las demás personas, como por ejemplo: Las personas que pertenecen a la comunidad LGBTIQ y las personas diagnosticadas con VIH, las cuales son expuestas a determinadas situaciones de estigma y discriminación por parte de la sociedad, es decir son una especie de estresores , los



cuales originan una serie de síntomas clínicas que subyacen del estigma internalizado donde se genera una aceptación de creencias y puntos de vista disfuncionales de las demás personas.

El diagnóstico de VIH/SIDA, según Moreira et al., (2010), como se citó en Faler y Abreu (2016) implica cambios en varios aspectos de la vida de las personas que la padecen, tanto en la vida laboral, las relaciones interpersonales, incluyendo amigos, colegas y sobre todo en las relaciones familiares. Por estas razones los sujetos seropositivos tienden a ocultar su situación de salud por miedo al rechazo. Sin embargo, el apoyo de la familia es fundamental e indispensable para disminuir el sufrimiento y angustia que conlleva esta enfermedad.

### ***Factores Psicológicos***

**Consecuencias psicológicas del diagnóstico en Pacientes.** Al conocer la noticia de su seropositividad las personas comienzan a experimentar un malestar emocional significativo vinculado a los factores sociales anteriormente mencionados, es por eso que en continuidad con Faler y Abreu (2016) se menciona a Reis, et al., (2011), quien expresa que las personas que descubren que tienen VIH, conceptualizan su infección como la muerte física y social, lo que estimula a la negación y a mantener en secreto su estado serológico de infectado.

Las aportaciones de Faler y Abreu (2016) resaltan los trabajos de autores como Stefanelli, Gualda y Ferraz (1999), quienes en sus estudios sobre la vida familiar de los pacientes con VIH informan que el diagnóstico provoca sentimientos hacia la vida y la familia antes y después del mismo. Enfatizan que la evolución de miedo, ansiedad, desesperación y la angustia inicial, así como los cambios de humor están presentes al inicio de la decisión de hacer las pruebas de laboratorio y más tarde, cuando una persona recibe un diagnóstico que es VIH positivo. También

explican que es común que surjan sentimientos de depresión, soledad, pérdida del sentido de la vida y desesperanza, estos sentimientos surgen de la ambivalencia de decirle o no a los amigos.

Los problemas emocionales y problemas en la salud mental pueden afectar a cualquiera, pero las personas con VIH/ SIDA son más proclives a experimentar un amplio rango de condiciones de riesgo a su salud mental en el curso de sus vidas, por ende, según Vargas et al., (2009) lo más común son los sentimientos vinculados a un agudo malestar emocional, depresión y ansiedad, que frecuentemente acompañan a las experiencias adversas de la vida.

**Malestar emocional.** Recibir un diagnóstico de VIH positivo puede producir fuertes reacciones emocionales. Al principio, provoca un estado de shock y negación que puede cambiar a sentimientos de temor, culpa, ira, tristeza y desesperanza. Algunas personas desarrollan incluso ideación suicida. De igual manera presenta depresión, la cual es una grave condición que afecta los pensamientos, las emociones y la habilidad requerida para el funcionamiento en la vida diaria. Es el doble de lo común en las personas con VIH, comparada con la que se observa en la población general. La depresión se caracteriza sobre todo por la presencia de la mayoría de los siguientes síntomas: Tristeza, apatía, fatiga, dificultad para concentrarse, pérdida de interés en las actividades, cambios en el apetito y el peso corporal, problemas para dormir, descuido personal y posiblemente pensamientos suicidas.

Continuando con los síntomas que pueden experimentar los pacientes con VIH/SIDA se encuentra la ansiedad, la cual es un sentimiento de pánico o aflicción que frecuentemente se acompaña de síntomas físicos, como sudoración, dificultad para respirar, taquicardia, agitación, nerviosismo, cefalea y pánico. La ansiedad puede coexistir con la depresión o ser vista como un

desorden por sí misma, frecuentemente causada por circunstancias que producen temor, confusión o inseguridad. Cada persona con VIH y cada experiencia de ansiedad son únicas.

**Estrategias de afrontamiento.** Según Lazarus (2000) define el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Por ende, el afrontamiento requiere de ciertos componentes cognitivos para abordar y enfrentar determinadas circunstancias.

Como lo explica Pérez (1999), como se citó en Gaviria, el al., (2009), el diagnóstico de enfermedad crónica cambia la forma como la persona se ve a sí misma y a su vida, afectando profundamente el autoconcepto y la adaptación dependerá de una multiplicidad de factores, como la edad, el género, el estatus social, el apoyo, la educación, las creencias religiosas, los patrones de personalidad, la inteligencia, los autoesquemas, los estilos de afrontamiento, el equilibrio o control emocional, etc. Igualmente, éstas aparecen, se mantienen o se agravan en función de las conductas individuales; por lo tanto, es fundamental evaluar el concepto de estilos de afrontamiento para entender las estrategias que pone en acción o en marcha una persona cuando se enfrenta a una enfermedad como el VIH/SIDA.

### ***Factores Biológicos***

Frecuentemente aparecen cepas muy agresivas, se ha aumentado significativamente el periodo de ventana entre VIH y la aparición del SIDA, debido a la efectividad que han mostrado los tratamientos antirretrovirales empleados. Con ello se han reducido significativamente las defunciones como consecuencia de la enfermedad. Pino (2015), plantea en su artículo que las alteraciones neurocognitivas son múltiples y aún más cuando se hace referencia a las personas

infectadas con VIH, ya que es posible que los componentes como memoria y atención sean los principales afectados por la misma. Por último, una de las manifestaciones más recurrentes en pacientes infectados es el enlentecimiento a nivel cognitivo, teniendo en cuenta que alguna de estas se puede intensificar con el estadio SIDA por una enfermedad oportunista que ataque directamente el sistema nervioso central, por lo tanto, se recomienda proteger el virus de manera adecuada con el tratamiento antirretroviral para así reducir notoriamente este estadio.

**Adherencia al tratamiento.** La adherencia al tratamiento implica entonces múltiples comportamientos, simples y complejos del paciente, que le permiten hacer frente a un régimen que exige un alto nivel de cumplimiento. Al indagar acerca de las implicaciones adherirse y cumplir a cabalidad con el tratamiento se encuentra que, según Varela et al., (2008):

En el caso del VIH/SIDA, tales comportamientos incluirían tomar los medicamentos antirretrovirales según las prescripciones médicas (en los horarios indicados, la cantidad exacta y de acuerdo con los intervalos o frecuencias de las dosis); asistir a las citas médicas periódicas y con otros profesionales de la salud; realizarse los exámenes de control (CD4, carga viral, citología, etc.); realizar ejercicio regularmente; alimentarse según las recomendaciones médicas y nutricionales; manejar las alteraciones emocionales que influyen negativamente en el estado inmunológico (estrés, ansiedad y depresión); evitar el consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, cigarrillo y drogas ilegales); adoptar medidas de prevención de la reinfección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual [ITS]; observar el propio cuerpo para detectar si hay cambios y; priorizar el cuidado de sí mismo (no descuidar el propio tratamiento por atender el de los demás, sacar tiempo para sí mismo, cuidar la apariencia física y la imagen personal, etc.). (p.104)

***Opciones de tratamiento para las personas VIH/SIDA.*** Retomando el abordaje realizado por Güell (2002), se desarrollan dos tipos de tratamiento para la adherencia al tratamiento. En primer lugar, se encuentran los profilácticos, cuyo propósito es prevenir o curar aquellas infecciones oportunistas como (tuberculosis, neumonía por pneumocystis carinii, cáncer incluido el Sarcoma de Kaposi, linfomas, toxoplasmosis entre otras) que pueden atacar a la persona infectada cuando se encuentra con un conteo de Linfocitos T menor o igual a 200 CD4. Este tratamiento es únicamente para resolver el problema puntual de salud que se presente, más no detiene el avance de la enfermedad. Como segunda medida se encuentra el tratamiento antirretroviral (ARV), el cual se inicia cuando el paciente tiene un conteo de CD4 menor o igual a 350 o bien presenta alguna enfermedad asociada al complejo relacionado con SIDA.

En conclusión, los factores psicosociales y sociodemográficos como la edad, el género, el modelo cultural y educativo, la ocupación, el estado civil, la percepción de apoyo social, las creencias relacionadas con la enfermedad, los autoesquemas, el locus de control externo e interno hacia la salud, los rasgos de personalidad, las habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, las emociones negativas, las enfermedades crónicas asociadas, las enfermedades psiquiátricas o psicológicas antes y después del diagnóstico de la enfermedad, los efectos secundarios de los tratamientos médicos y farmacológicos utilizados, entre otras, pueden en algunos casos, permitir o no a los pacientes con VIH/ SIDA afrontar la enfermedad para lograr la adaptación y el bienestar de su salud general (Gaviria, y col 2009). Por ende, los factores psicosociales y sociodemográficos inciden en el afrontamiento a la enfermedad, debido a que al no contar con ciertos recursos el paciente puede dejar que el virus evolucione en su organismo y no realizarse un tratamiento o chequeo médico.

## Capítulo IV. Trastornos Mentales

La salud mental de las personas, es un tema de gran complejidad, puesto que se puede ver afectada por un sin número de variables tanto físicas, como ambientales, tanto internas como externas. Para una persona el hecho de conocer el diagnóstico de la enfermedad que padece, puede ocasionar una alteración psicológica que vulnera su bienestar. Desde su inicio, la infección por VIH ha estado estrechamente relacionada con trastornos psicopatológicos bien por el conocimiento del diagnóstico (trastornos adaptativos), por el propio virus (demencia asociada a SIDA, psicosis orgánica), por la aparición de enfermedades oportunistas (encefalopatías) o por la existencia de problemas colaterales como toxicomanías, trastornos de personalidad por condicionantes de marginalidad (Carballo et al., 2008). Evidenciándose el impacto patológico, siendo un agravante en el proceso de aceptación de su diagnóstico.

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) puede dar lugar a alteraciones neuropsiquiátricas tales como: Déficits cognitivos, alteraciones comportamentales o sintomatología psiquiátrica como manía o psicosis secundaria. La evolución y curso pronóstico de los individuos con VIH que presentan comorbilidad psiquiátrica dependerá en gran medida de que se ofrezca un tratamiento adecuado que incluya, por una parte, tratamiento del factor etiológico (VIH) y, por otra, tratamiento de los síntomas psíquicos en cuestión (Calvo et al., 2017). Los TAR son parte de las acciones preventivas de la aparición de alteraciones neuropsiquiátricas, sin embargo, el reforzamiento del tratamiento farmacológico con acompañamiento psicológico se hace indispensable para fortalecer el proceso de aceptación del diagnóstico y garantizar su adherencia al tratamiento en pro del cuidado de su salud tanto física, mental y garantía de su calidad de vida.

La intervención psicológica y el apoyo emocional son las únicas vías para facilitar la percepción de control a los afectados, amortiguar el impacto emocional, maximizar el éxito del tratamiento, favorecer actitudes y conductas que propicien el afrontamiento del estado de salud y la autogestión de los cuidados. Para ello se precisa la implicación de equipos multidisciplinares que abarquen el problema desde una perspectiva biopsicosocial que aborde los problemas fisiológicos, emocionales y conductuales mediante intervenciones individuales que deben derivarse de planes de cuidados específicos (Carballo et al., 2009). Es por lo mencionado con anterioridad que el abordaje de los pacientes con diagnóstico de VIH desde un enfoque biopsicosocial representa el mecanismo de atención más integral que puede ser brindado puesto que la persona es vista desde todas sus perspectivas, abarcando todas las esferas en las que se desenvuelve y en las que se espera pueda haber repercusiones por la enfermedad que afronta.

El diagnóstico de los problemas de salud mental en personas infectadas por el VIH se enfrenta con varios obstáculos. Los pacientes no suelen revelar su estado psicológico a los profesionales de la salud por temor a quedar estigmatizados ulteriormente. Además, esos profesionales no están suficientemente capacitados para detectar los síntomas psicológicos, incluso cuando lo hacen, no suelen tomar las medidas necesarias con miras a la evaluación, la gestión y el envío posteriores del paciente (OMS 2008). La estigmatización y las falencias en la atención humanizada agravan esta problemática, en donde el paciente al conocer su diagnóstico se ve señalado por su entorno y opta por silenciar su malestar emocional y psicológico. La remisión a consultas interdisciplinares, permite que se le brinde al paciente el espacio para contar su historia, su proceso, sus preocupaciones y miedos, rompiendo con la barrera de la desinformación y estigma impuesto por el entorno.

En concordancia con la OMS, la prevalencia de enfermedades mentales en personas infectadas por el VIH es considerablemente más alta que en la población general. Además, el virus tiende a concentrarse en poblaciones muy vulnerables, marginadas y estigmatizadas; en particular los profesionales del sexo, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los consumidores de drogas y los presos, que tienen niveles más altos de trastornos mentales que la población general. Entre las personas infectadas por el VIH es común un mayor grado de angustia psicológica. Estudios realizados tanto en países de bajos ingresos como de altos ingresos han revelado tasas más elevadas de depresión en las personas VIH positivas en comparación con los grupos de control VIH negativos. El nivel de angustia a menudo parece estar relacionado con la gravedad de los síntomas de la infección por VIH. Los estilos de afrontamiento y las habilidades adquiridas pueden configurar la experiencia de síntomas depresivos y la posibilidad de ocuparse de sí mismo. Las relaciones familiares y el apoyo de una pareja también pueden influir en las consecuencias respecto de la salud mental.

La OMS muestra un panorama en donde el común denominador de la población son los síntomas visibles del malestar psicológico a raíz de la enfermedad, estados de angustia y desesperación, así como estados de depresión son rasgos comunes en los procesos que viven las personas con diagnóstico de VIH, sin embargo hace hincapié en aquellos factores protectores que son importantes trabajar en aquellos planes de promoción y prevención de los cuales es partícipe la población y que se deben reforzar de manera individual a través del acompañamiento psicológico que se debe brindar, temas como: Estrategias de afrontamiento, el trabajo con sus redes de apoyo, habilidades sociales entre otros, permiten configurar esa experiencia positivamente.

La depresión actúa de manera bidireccional en la población, su alto índice de incidencia en esta ocasiona estragos en la salud física de muchas personas, la población con diagnóstico de VIH



se ve muy afectada por los síntomas de depresión que pueden llegar a experimentar en las distintas fases de su tratamiento, deteriorando en ellos su capacidad de hacer frente a las situaciones cotidianas de la vida, afectando sus esferas de interacción. Según Cohen et al., (2008), como se menciona en Sánchez et al., (2014), la depresión es un problema frecuente en pacientes con VIH, tanto como causa como consecuencia, por la carga personal y social que implica para el paciente ser portador del VIH y en cuanto a lo segundo está demostrado que personas deprimidas son más proclives a adquirir VIH, debido a que un gran grupo de éstas se ven implicadas en conductas sexuales riesgosas y al uso de drogas, incluso drogas inyectables.

Los trastornos adaptativos y los neuróticos son comunes en ellos, los trastornos de ansiedad frecuentemente se presentan como un diagnóstico comórbido con depresión y están relacionados con el incremento de la mortalidad, la pobre calidad de vida y la mala adhesión al TAR. Otro trastorno mental que es frecuente en pacientes con diagnóstico de VIH es el trastorno de estrés postraumático puede resultar de factores asociados con la infección por VIH como el diagnóstico de seropositividad o estar asociado a traumas como el abuso sexual, que muchas veces fue el causante de la infección; también se informan episodios maníacos, trastornos de personalidad y cuadros psicóticos (Vásquez y Mukamutara, 2019). Indagar acerca del entorno del paciente, conocer sus experiencias de vida más significativas, sus condiciones, su condición socioeconómica permite trazar las pautas de acompañamiento que eviten el deterioro de sus áreas de interacción y que promuevan un mejoramiento de sus condiciones de vida.

De acuerdo con Salazar et al., (2016) la prevalencia de las diferentes enfermedades mentales en los pacientes con VIH, según algunos estudios, varía dependiendo de si los pacientes están hospitalizados, en consulta externa, en el servicio de urgencias o en otro tipo de servicio. En pacientes extrahospitalarios se ha visto una alta tasa de abuso de sustancias, depresión y trastornos

de ansiedad; mientras que en otros estudios realizados con pacientes hospitalizados con VIH se ha visto una mayor prevalencia de delirium, demencia y trastornos del espectro maniaco (Melis et al., 2015). La adaptación al ambiente hospitalario es un aspecto de vital importancia en el tratamiento de los pacientes, abordar el impacto que tiene en ellos el encontrarse en un estado de hospitalización es de vital importancia para la efectividad de su tratamiento, por otro lado, en aquellos pacientes que asisten a consulta externa es importante el acompañamiento interdisciplinario, apoyado en la psicoeducación a través del restablecimiento del bienestar psicológico.

### ***Trastorno mental Inducido por Sustancias / Medicamentos***

El Tratamiento Antirretroviral es el tratamiento suministrado a los pacientes con diagnóstico de VIH, atacando directamente el virus y evitando su replicación, este puede generar un severo malestar en el tiempo que tarda el cuerpo en adaptarse al medicamento, por lo que la adherencia al tratamiento y cambios en el estilo de vida del paciente son indispensables para la efectividad del mismo. Salazar et al., (2016), plantean que el abuso de sustancias constituye una comorbilidad psiquiátrica frecuente en pacientes con VIH, y no se relaciona únicamente con el deterioro directo de la salud, sino con comportamientos de alto riesgo para infectarse como intercambio de agujas, sexo no seguro, uso inconsistente del condón e intercambio de sexo por drogas o dinero. El uso de drogas intravenosas influye en el tratamiento para el retrovirus, ya que estos pacientes, según varios estudios, tienen una menor probabilidad de aceptar el inicio de la TAR y de mantenerse adherentes a la terapia.

Los trastornos por consumo de sustancias afectan tanto a la progresión de la enfermedad por VIH como a la respuesta al tratamiento. Investigaciones recientes hacen pensar que las formas

nocivas de consumo de alcohol están asociadas con una mayor mortalidad en pacientes con VIH/SIDA. Varios mecanismos parecen ser los responsables, en particular un efecto directo del alcohol en la progresión de la enfermedad por VIH, probablemente mediado por el sistema inmunitario, y el debilitamiento de la observancia del tratamiento. Incluso niveles relativamente bajos de consumo de alcohol, como una ingesta estándar diaria, se han asociado con una disminución de la observancia de los regímenes terapéuticos (OMS, 2008). Así, en los pacientes con VIH, es indispensable el cuidado del sistema inmunológico, tener un sistema inmunológico fuerte le permite a la persona hacer frente a enfermedades e infecciones, por lo que la incorporación de hábitos y estilos de vida saludables son indispensables para la efectividad del tratamiento.

**Diagnóstico.** Según el DSM V (2014), quien padece el trastorno por consumo de sustancias puede tener adicción al alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (cocaína, anfetaminas, etc.) y tabaco. Sustancias que pueden afectar el tratamiento con antirretrovirales. El DSM-V propone que el diagnóstico del trastorno por abuso de sustancias se hace cuando existe un patrón de consumo de alguna sustancia que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta en, al menos, dos de las características identificadas (Ver anexo A)

### ***Trastornos Adaptativos***

La adaptación seguida al conocimiento del diagnóstico es un proceso que se lleva a la par con el tratamiento farmacológico y que permite tanto la adherencia al mismo como la aceptación de su enfermedad, sin embargo, los procesos adaptativos son diferentes para cada persona y los factores sociales, personales, entre otros, influyen en la celeridad con la que se logre la asimilación del cambio, el cual se verá reflejado en modificaciones conductuales en los estilos de vida. La no aceptación del cambio, la negación ante el diagnóstico, el señalamiento social y familiar, son

algunos de los elementos que dificultan la adaptación en el paciente y que terminan por ocasionar un deterioro en su salud mental, dando origen a trastornos psicopatológicos.

Desde su inicio la infección por VIH ha estado relacionada con trastornos psicopatológicos. Es por ello que los problemas derivados de sus cuidados durante el proceso de hospitalización pueden multiplicar su complejidad cuando al internamiento se asocian condicionantes emocionales y conductuales derivados de trastornos psicopatológicos, asociados al binomio infección-VIH, requiriendo estrategias de intervención específicas, individuales y consensuadas por equipos multidisciplinares expertos. En consecuencia se esgrimen las situaciones asociadas al proceso de la infección con mayor riesgo para desencadenar problemas conductuales durante la hospitalización, y se desarrollan estrategias y técnicas de intervención para detectar y abordar de forma precoz posibles conductas y comportamientos que pudieran llegar a interferir en la progresión de los cuidados y en el régimen terapéutico durante el proceso de internamiento hospitalario, ya sea de forma puntual o progresiva según sea la necesidad particular ( Carballo et al., 2009)

El saberse portador de VIH o enfermo de SIDA, la pérdida de salud que esto implica, la disminución en el funcionamiento, el deterioro en la integridad física y la ansiedad debida a “morir antes de tiempo” puede resultar en una reacción de duelo, experimentando estas personas síntomas como tristeza, insomnio, hiporexia, pérdida de peso, como reacciones a la pérdida tanto de la salud y el bienestar propios como la de los allegados que se preocupan por el afectado (Cárdena y Mesa, 2016). Este duelo puede representar una negativa frente a las posibilidades de tratamiento, y al apoyo psicosocial que debe ser brindado en pro de garantizar una atención integral. Al mismo tiempo el malestar emocional presentado puede repercutir en la salud física de la persona, puesto que puede conllevar a conductas autolesivas o autodestructivas.

Según Casanova et al., (2013), como se menciona en Cárdena y Mesa (2016), el trastorno adaptativo se comporta como un cuadro reactivo depresivo o mixto luego de conocerse el diagnóstico, el impacto psicológico de la enfermedad quiebra los mecanismos adaptativos biopsicosociales del sujeto, apareciendo la vivencia de duelo anticipada y la sobrevaloración de la segregación social, sin menospreciar en su patogénesis la participación viral en el orden biológico. Así, al verse afectado el entorno biopsicosocial de la persona, las habilidades sociales, y el afrontamiento entre otras, disminuyen exponencialmente, además el sentimiento de desesperanza surge, imposibilitando a la persona tomar acciones en pro de su bienestar.

**Diagnóstico.** El DSM-V (2014), establece que el diagnóstico del trastorno de adaptación se hace cuando el desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento se da en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés, presentando síntomas o comportamientos que son clínicamente significativos, a la vez que manifiestan uno o las dos características identificadas (Ver anexo B).

### ***Trastorno mental secundario a la enfermedad médica***

En el trastorno mental secundario debido a la enfermedad médica se encuentran una serie de síntomas que generan malestar en el paciente. Según el DSM5 (2014), refiere que:

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno mental debido a otra afección médica que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno mental específico atribuible a otra afección médica. La categoría del trastorno mental no especificado debido a otra afección médica se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el

motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno mental específico debido a otra afección médica, e incluye presentaciones en las que no existe información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias). Esto se hace registrando el nombre del trastorno, junto con la inserción de la afección médica específica causante en el lugar de “otra afección médica.” Además, el código diagnóstico para la afección médica específica se hará constar inmediatamente antes del código para el trastorno mental no especificado debido a otra afección médica. (p.381)

## **Marco contextual**

La actual investigación, se desarrolla en la IPS Vidamedical de la ciudad de Cúcuta, la cual se encuentra ubicada en la Avenida 4 AE 5 29- 37, Cúcuta, Norte de Santander, prestando servicios de atención integral que incluyen: consulta en medicina especializada, consulta con médico general, consulta con enfermería, consulta psicológica, consulta con trabajadores sociales, odontología, vacunación, toma de muestras de laboratorio clínico, promoción y prevención y servicio farmacéutico. Los pacientes atendidos por la IPS, son personas que padecen enfermedades infecciosas crónicas, ya sea sintomáticas o asintomáticas; esta exclusividad genera un ambiente de comunidad, que le permite al paciente disminuir el estrés generado por la asistencia a los centros de salud donde se atienden diversos tipos de enfermedades. De igual manera favorece la confidencialidad del diagnóstico para los pacientes, lo cual a su vez favorece la adherencia al programa.

En su filosofía de integralidad, se incluye el buen trato, motivación, exclusividad y confidencialidad para el paciente, complementado con sus cómodas instalaciones, totalmente climatizadas, con sentido de calidez humana, ambientes relajantes y acogedores, permiten al paciente sentirse cómodo al asistir a las actividades descritas. Sus indicadores de oportunidad de atención por médico especialista son de máximo 48 horas, y medicina general de máximo 1 hora en la misma jornada; disponibilidad en consulta de nutrición, psicología y trabajo social a 48 horas, garantizando de esta manera un acceso fácil al usuario a la atención médica, acceso que, en forma general, es de mayor dificultad en las IPS que tienen a su cargo la atención de primer nivel en salud

La misión de Vidamedical IPS SAS, es prestar servicios de atención integral en salud con calidez, acompañamiento y calidad, asegurando la satisfacción de las necesidades de los pacientes

con enfermedades crónicas, apoyados en un equipo interdisciplinario de salud, a costos sostenibles y razonables para el SGSSS, aportando investigaciones que propendan a mejorar los estándares de vida de la población colombiana, generando valor a los clientes. Así mismo tiene como visión ser identificada como la mejor empresa a nivel nacional en la prestación de servicios integrales de salud y tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas, brindando atención diferenciadora con sentido humano, posicionándose como una alternativa preferencial para las aseguradoras y los pacientes que lo requieran.



## **Marco Legal**

A continuación, se relaciona el marco normativo que ha sido establecido en Colombia con respecto al VIH. Esto, con el fin de establecer qué medidas se han instituido a nivel legislativo con relación a esta situación en el país. Seguidamente se menciona la normatividad vigente para el ejercicio de la labor del psicólogo en Colombia.

### **Normatividad establecida en Colombia frente al VIH/SIDA**

Dentro de *la ley 972 del 2005*, se adoptan una serie de normas para fortalecer la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/SIDA, es importante resaltar que el Estado y el Sistema General de Seguridad Social en Salud, será el encargado de brindar el suministro de los medicamentos, reactivos y dispositivos médicos autorizados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades ruinosas o catastróficas, de acuerdo con las competencias y las normas que debe atender cada uno de ellos. Por otro lado, se decretó que el día primero (1°) de diciembre de cada año se institucionaliza en Colombia como el Día Nacional de Respuesta al VIH y el SIDA y que en esta fecha el Ministerio de la Protección Social organizará diferentes campañas que promuevan mensajes preventivos, campañas de promoción de la salud y permitirá el acceso de personas afiliadas o no al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como al diagnóstico de la infección por VIH/SIDA de acuerdo con los recursos disponibles por parte de las entidades territoriales. Es fundamental recalcar que todos los contenidos de la presente ley se llevaran a cabo con el debido respeto y velando por el bienestar y la dignidad de las personas, previniendo cualquier efecto de marginación y protegiendo los derechos al trabajo, a la familia y a llevar una vida digna.

Por otro lado, las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en lo de sus competencias, bajo ningún pretexto podrán impedir el servicio de laboratorio, médico u hospitalario requerido, según lo aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, a un paciente infectado con el VIH-SIDA y el paciente asegurado será obligatoriamente atendido por parte de la EPS (Arts. 1 y 3).

Por otra parte, se establece el *Decreto 559 de 1990*, por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 09 de 1979 y 10 de 1990, en cuanto a la prevención, control y vigilancia de las enfermedades transmisibles, especialmente lo relacionado con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, y se dictan otras disposiciones sobre la materia. El presente decreto, es la primera reglamentación en cuanto a esta. Así las cosas, mediante esta norma se establecieron por primera vez el carácter confidencial del diagnóstico, la voluntariedad del individuo al momento de realizarse la prueba de serología y la necesidad de contar con personal especializado y capacitado con el fin de hacer frente a la epidemia. Adicional, a ello, el Decreto dispone que el Estado deberá fomentar y apoyar la investigación relacionada con el VIH/SIDA.

Seguidamente se establece el *Decreto 1543 de 1997*, 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 (ETS). Dentro de los aspectos más relevantes de este decreto, se encuentra el de regular lo concerniente a las acciones y procedimientos para la promoción, prevención, asistencia y control del VIH-SIDA.

El anterior decreto fue promulgado en su momento debido al incremento en los casos diagnosticados y a través de este, se estableció la obligación de prestar los servicios de salud a los individuos diagnosticados con VIH, sin que el personal médico se pueda negar a ello (Art. 8). Es

decir, que la negación del servicio de salud puede dar lugar a una responsabilidad médica. Así mismo, la norma estableció en su artículo 9° la obligación de prestar una atención integral en salud para las personas que viven con VIH, incluyendo el suministro de medicamentos eficaces para mejorar la calidad de vida de las personas contagiadas. Igualmente, a través de este decreto se promovió la ejecución de políticas públicas enfocadas en educación, servicios sociales y la no discriminación y respeto por los derechos humanos (Arts. 13,14, 16, 17). Como se puede observar, es un Decreto que busca actuar de manera integral en este aspecto, puesto que dispone asuntos médicos, sociales y de investigación relacionados con la prevención y tratamiento del VIH-SIDA en Colombia.

En esta vía, *El Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes 91 de 2005)* establece las metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio – (2005 – 2015). A través de este documento se trazó la meta de reducción de la epidemia del VIH-SIDA proyectando el objetivo al año 2015 y que consistía en mantener la prevalencia por debajo de 1.2% en la población general de entre 15 a 49 años, además busco reducir la mortalidad por causa del virus en un 20% entre 2010 y 2015, disminuir la transmisión de madre a hijo en un 20% y aumentar la cobertura de terapia antirretroviral en 15%. Así mismo, promueve la implementación de programas de promoción, prevención y atención en salud sexual y reproductiva, con énfasis en VIH/SIDA, entre adolescentes y jóvenes, asimismo, buscar implementar la capacitación de los funcionarios de salud en cuanto a estrategias y prácticas para la reducción de la transmisión madre – hijo y la actualización y divulgación de guías de prevención y atención integral en infecciones de transmisión sexual, incluido VIH/SIDA.

Posteriormente el *Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes 140 de 2011)*, modifica a Conpes social 91 del 14 de junio de 2005 el cual establece las metas y Estrategias de

Colombia para el logro de los objetivos de Desarrollo del milenio-2015. Mediante esta modificación el documento actualiza las metas propuestas a través del Conpes 91 de 2005, por consiguiente, se ajusta en un 1% la meta de prevalencia de la epidemia entre la población de entre 15 a 49 años y la meta de transmisión de madre a hijo se ajustó de un 20% a un 2%.

Por otra parte, se hace mención de la *Resolución 3442 de septiembre 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. A través de esta Resolución se adoptaron las guías de práctica clínica para la atención de pacientes con VIH-SIDA, las cuales deberán ser revisadas y ajustadas cada dos años, con el fin de adaptar las recomendaciones sobre los modelos de Gestión Programática VIH/SIDA.

Seguidamente la *Resolución 4725 de 2011*, define la periodicidad, la forma y el contenido de la información que deben reportar las Entidades Promotoras de Salud y las demás Entidades obligadas a compensar a la cuenta de alto costo, relacionada con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Por otro lado, se establece la Resolución 783 de 2012, por la cual se efectúan unas modificaciones y se corrigen ciertos apartados del Anexo Técnico de la Resolución 00004725 de 2011. A partir de estas dos resoluciones, se estableció la periodicidad, forma y contenido de la información que debe ser reportada a la Cuenta de Alto Costo por parte de las Entidades Promotoras de Salud con respecto a la infección por VIH-SIDA, las cuales deberán efectuarse dos veces al año.

En la anterior resolución se determinó que la información a suministrar debe contener los siguientes factores: Tipo de Identificación del paciente, estado clínico al momento del diagnóstico, número de condones suministrados en los último tres meses, tipo de discapacidad funcional, sexo

del paciente, si al inicio del tratamiento antirretroviral recibió medicamentos como Tenofovir o Emtricitabina, método de planificación familiar, fecha de inicio del tratamiento, entre otros datos más.

Seguidamente se menciona la *Resolución 1841 del 28 de mayo de 2013* a través de la cual, se adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, un instrumento que contiene la Política Estatal con respecto a la prevención y control de la epidemia por infección del VIH en Colombia. Cabe resaltar que se ha logrado evidenciar una disminución de la mortalidad por VIH /SIDA en edades jóvenes por la mayor cobertura de terapia antirretroviral. Por otro lado, otro dato fundamental es que la prevalencia de VIH/SIDA en la población de 15-49 años ha disminuido de 0,7 (2006) a 0,52 (2011) al igual que la transmisión materno infantil desde el 2007, paso de 8, 2 % a 4,9 % en el 2009. Por otra parte, busca fomentar estrategias educativas para la prevención de la infección de transmisión sexual por VIH/SIDA y la reducción del estigma y la discriminación laboral, además promueve la actualización e implementación de guías de atención integral en infección de transmisión sexual por VIH/SIDA para la prevención, detección oportuna y el tratamiento adecuado de la infección, contribuyendo de esta forma al mejoramiento de su calidad de vida.

Posteriormente, *la Resolución 2338 del 28 de junio de 2013* establece las directrices para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual - ITS y para el entrenamiento en pruebas rápidas de VIH, sífilis y otras ITS. Esta resolución es emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social y a través de ella establecen directrices para facilitar el diagnóstico de la infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Así como la capacitación al personal idóneo para la atención y la aplicación de las pruebas rápidas para la identificación de la población infectada. Esta normativa buscó impactar de manera positiva

en la reducción de las transmisiones del virus, puesto que una detección precoz mejora la oportunidad de acceso a tratamiento antirretroviral de forma temprana y, por consiguiente, se puede lograr una supresión viral y obtener una mejor calidad de vida por mucho más tiempo. Por ende, la detección temprana y el inicio del tratamiento de manera rápida reducen el costo de la enfermedad para el Sistema de Seguridad Social, ya que su detección tardía genera importantes sobrecostos. De acuerdo con una investigación de la Universidad del Norte (2017, p. 1), se identifica que “un diagnóstico tardío incrementa en 11% los costos del tratamiento.”

### **Normatividad vigente para el ejercicio de la labor del psicólogo en Colombia**

En el ejercicio de la labor investigativa propia del psicólogo, es importante hacer mención de la *Ley 1090 del 2006, correspondiente al Código deontológico y bioético del ejercicio de los Psicólogos en Colombia* y a partir del cual se establece el marco normativo que regula la actividad de los profesionales en psicología en Colombia. Esta ley establece que la psicología es una ciencia fundamentada en la investigación y una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano, con el fin de fomentar el desarrollo de diferentes habilidades y competencias humanas en los diferentes contextos sociales tales como: La educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de la vida. Con relación a la investigación científica basa sus conocimientos y los ejecuta de forma válida, ética y responsable a favor de los individuos, los grupos y las organizaciones, en sus distintas áreas de interacción. Con base en lo anterior los responsables de dicho estudio son los encargados del tema investigado, su metodología e instrumentos que requieran para su ejecución, de igual forma que su análisis, las conclusiones planteadas y los resultados obtenidos a lo largo del proceso investigativo.

Por otra parte, está basado en unos principios éticos sobre los cuales se fundamenta el psicólogo como lo son: La responsabilidad, es aquella a través de la cual el profesional en el campo

de la salud es consciente de las consecuencias de sus actos y siempre busca que sus servicios sean empleados de forma adecuada. De igual forma siempre deben buscar velar por el bienestar los derechos de los participantes, es decir, fundamentados en el principio de confidencialidad, la cual permite que la información y los datos suministrados por los participantes no sean divulgados, salvo con el consentimiento de este, con base en lo anterior dicho consentimiento es un documento el cual es firmado por el participante de la investigación y en este se le informan aspectos generales acerca de la investigación y el uso que se le dará a la información suministrada.

Cabe señalar, que en la relación entre el psicólogo y el participante de la investigación se puede establecer un vínculo teniendo en cuenta que sea por solicitud voluntaria del servicio profesional, en casos de emergencia a petición de terceras personas, pero con el debido consentimiento del segundo y también por el cumplimiento de un deber en una relación legal o contractual. En este caso, las personas involucradas en la investigación lo realizaron de forma voluntaria aceptando las condiciones en las cuales se daba la investigación, enfatizando en que el psicólogo está en la obligación de salvaguardar la información acerca del individuo obtenida en el transcurso de la investigación.

## **Metodología**

La presente investigación titulada *Análisis de la Inteligencia Emocional en Pacientes con Diagnóstico de VIH* busco analizar las habilidades emocionales de la Inteligencia Emocional de los pacientes con este diagnóstico, logrando de esta manera el desarrollo de una estrategia psicoeducativa que fortaleciera estas habilidades. Además, se incluyó todo el camino metodológico que muestra la forma en que se da trato a los datos recolectados a través de la investigación, la interpretación que se da a los resultados arrojados, a partir de cada uno de los puntajes obtenidos en las categorías que maneja el test. Por último, explica el diseño, la muestra, la población, las hipótesis, el proceso de intervención, los instrumentos y el cronograma, en pro de la construcción de la estrategia psicoeducativa propuesta.

### ***Diseño***

La investigación es de corte cuantitativo en la cual se buscó analizar las habilidades emocionales dentro de la inteligencia emocional en los pacientes con diagnóstico de VIH, para ello se midieron las tres categorías de habilidades emocionales que se encuentran en el cuestionario Trait-Meta Mood Scale (TMMS-24), a través de la puntuación arrojada (Ver anexo C). Es importante reconocer que el enfoque cuantitativo utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías. Es secuencial y probatorio en el que cada etapa precede a la siguiente y no se puede eludir pasos (Sampieri 2014).

Al plantear la realización de la investigación bajo el enfoque cuantitativo se optó por un diseño de tipo exploratorio- descriptivo, ya que se buscó conocer aspectos asociados a las habilidades emocionales de la Inteligencia Emocional en pacientes diagnosticados con VIH/



SIDA, el cual es un tema novedoso, debido a que cuenta con pocos estudios a nivel nacional. De acuerdo con la conceptualización que ofrece Sampieri (2014), se opta por la realización de un estudio exploratorio cuando se busca examinar una problemática o tema de investigación poco estudiado. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que no existen los suficientes antecedentes frente al tema abordado y tan sólo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio. Por consiguiente, al realizar un estudio descriptivo se busca dar a conocer las propiedades, especificar las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro constructo o fenómeno que sea objeto de análisis. Es decir, su función es medir o recoger información de forma independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a estudiar, sin llegar a indicar cómo se relacionan éstas.

Se establece una complementariedad al combinar estos tipos de diseño dentro del enfoque cuantitativo, ya que el estudio exploratorio antecede los fines descriptivos que se tienen con la presente investigación. Es descriptiva, debido a que se buscó especificar las dimensiones de la inteligencia emocional en los pacientes, logrando de esta forma el diseño de una estrategia de intervención psicoeducativa cuyo fin fue lograr el fortalecimiento del control emocional en pacientes diagnosticados con VIH / SIDA.

### ***Población***

La población de estudio estuvo constituida por los pacientes en edades de 18 a 70 años que asisten a consulta integral en la IPS Vidamedical con motivo de diagnóstico de VIH. Al ser una población fluctuante se determinó un rango de 180 a 220 pacientes con diagnóstico atendidos. En este sentido, Monje (2011), define la población como un conjunto de elementos que representan una característica o condición común que es objeto de estudio y añade que una población también puede estar constituida por elementos como historias clínicas, registros médicos, certificados de

defunción etc. Desde la mirada de Fernández y Díaz (2001), se explica que la población representa el conjunto grande de individuos que se desea estudiar y generalmente suele ser inaccesible. Es, en definitiva, un colectivo homogéneo que reúne unas características determinadas.

### ***Muestra***

De acuerdo con López (2004), se define la muestra como un subconjunto o parte del universo o población en que se llevará a cabo la investigación. En el proceso de determinación de la muestra objeto de estudio existen diversas técnicas, una de ellas es la técnica de muestreo probabilístico la cual según Otzen & Manterola (2017), permite conocer la probabilidad que cada individuo tiene de ser incluido en la muestra a través de una selección al azar. La presente investigación se realizó por medio de un muestreo probabilístico en donde se estableció un grupo de 60 pacientes en edades 18 a 70 años que asisten a consulta integral en la IPS Vidamedical con motivo de diagnóstico de VIH.

### ***Hipótesis***

Al establecer las hipótesis dentro de la investigación, es necesario resaltar la importancia de estas en el estudio, Ramírez (2015), las define como tentativas de explicación de los hechos y fenómenos a estudiar que se formulan en una investigación mediante una suposición o conjetura verosímil destinada a ser probada por la comprobación de los hechos. La hipótesis es la brújula que guía la generación de conocimiento científico. En definitiva, la hipótesis se relaciona directamente con la pregunta de investigación inicialmente planteada y es sujeta a la verificación a partir del análisis de los hechos desde lo empírico y lo teórico que arroje al final un pronóstico frente a lo desconocido o poco estudiado.

Como hipótesis de investigación de tipo descriptivo se propone que:

La mayoría de los pacientes de la IPS poseen un adecuado desarrollo de las habilidades emocionales

La mayoría de los pacientes de la IPS no poseen un adecuado desarrollo de las habilidades emocionales

### ***Proceso de Intervención***

*Fase I: Contextualización del problema de investigación:* Se realizó una descripción del problema a partir de la exploración de los antecedentes, se construyeron las bases teóricas, la metodología y la posterior elección de los pacientes, seleccionando a aquellos que asisten a consulta integral en la IPS Vidamedical con motivo de diagnóstico de VIH, entidad médica que se encuentra ubicada en la Ciudad de Cúcuta del Departamento Norte de Santander. Posteriormente se definieron las actividades donde se determinaron las fechas estratégicas para las respectivas visitas y aplicación de la prueba, definiendo así un cronograma de actividades

*Fase II: Acercamiento a la población y diligenciamiento del consentimiento informado:* Se realizó el primer encuentro con la población en donde se les brindó la información pertinente acerca de la investigación y se procedió a explicar el consentimiento informado (Ver anexo D), para su posterior aprobación, diligenciamiento y el aval para la aplicación del instrumento y asegurar la confidencialidad de los datos suministrados.

*Fase III: Aplicación del instrumento:* Se asignó un número diario de pacientes a quienes se les aplicó la escala de inteligencia emocional, con el fin de identificar las habilidades emocionales en el paciente.

*Fase IV: Análisis de resultados y discusión:* Se asignó el promedio de las puntuaciones directas, con base en las respuestas registradas por los pacientes, para el posterior análisis de los

resultados arrojados por la investigación con el fin de proponer una estrategia psicoeducativa que aborde las debilidades encontradas y fortalezca la inteligencia emocional de los pacientes con diagnóstico de VIH

*Fase V: Construcción de la cartilla:* Se diseñó una cartilla, la cual contiene una gran cantidad de información acerca de las medidas preventivas que se deben tener en cuenta con respecto al contagio de enfermedades graves como lo es el SIDA, logrando así la psicoeducación de los pacientes con respecto a esta temática, por medio del abordaje desde un enfoque biopsicosocial donde se integran factores (Psicológicos, biológicos y sociales).

### ***Instrumento***

La investigación objeto de estudio se abordó por medio del cuestionario Trait-Meta Mood Scale (TMMS-24) adaptación realizada por Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004) del Trait Meta-Mood Scale (TMMS-48) de Salovey, Mayer, Goldman, Turbay y Palao (1995). Esta escala sirve para evaluar la inteligencia emocional intrapersonal percibida. El TMMS-24 (Spanish Modified Version of the Trait Meta-Mood Scale) es una escala rasgo de metaconocimiento emocional. En concreto, mide las destrezas con las que se puede ser conscientes de las propias emociones, así como de la capacidad para regularlas. Su validación puede encontrarse en Fernández et al., (2004). Se puede aplicar de forma individual o colectiva con una duración de 5 minutos, como su nombre indica, la escala se compone de 24 ítems que deben ser puntuados con una escala tipo Likert de cinco puntos; desde 1: Nada de acuerdo; 2: Algo de acuerdo; 3: Bastante de acuerdo; 4: Muy de acuerdo y 5: Totalmente de acuerdo, los cuales se agrupan en 3 dimensiones:

Atención Emocional (percepción): Está compuesta por los ítems del 1 a 8 con puntuaciones entre 8 y 40. El coeficiente de fiabilidad, alfa de Cronbach, encontrado por Fernández et al. (2004), fue de .90. En el presente estudio el coeficiente de fiabilidad encontrado fue de 0,89.

Claridad Emocional (comprensión): Compuesto por los ítems del 9 al 16 con puntuaciones entre 8 y 40. El coeficiente de fiabilidad encontrado por los autores es de .90. En este estudio se encontró un alfa de Cronbach de 0,89.

Reparación Emocional (regulación): Compuestos por los ítems del 17 al 24 con puntuaciones entre 8 y 40. El coeficiente de fiabilidad según los autores es de .86. En este estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,85.

### ***Definición de categorías***

Teniendo en Cuenta a Fernández et al., (2004)., quienes construyeron la prueba, se define la primera categoría como atención emocional que refiere a la percepción de las propias emociones, es decir, a la capacidad para sentir y expresar las emociones de forma adecuada. Como segunda categoría está la claridad emocional en donde se evalúa la percepción que se tiene sobre la comprensión de los propios estados emocionales. Por último, como tercera categoría se encuentra la reparación emocional: La cual mide la capacidad percibida para regular los propios estados emocionales de forma correcta.

De acuerdo con Villacreces y Achi (2017), el TMMS aporta puntuaciones sobre tres factores, denominados: Atención a las emociones: La atención emocional se refiere a la conciencia que tenemos de nuestras emociones. La claridad emocional: Se refiere a la facultad para conocer y comprender las emociones, sabiendo distinguir entre ellas y por último se encuentra la reparación

emocional: Se refiere a la capacidad de regular y controlar las emociones positivas y negativas. (p.164).

### ***Procedimiento***

Se llevó a cabo el análisis de la información por medio del programa de Excel 19.0 , en donde se tabularon los resultados de los ítems (24) de los valores tipo Likert (1-5) señalados por los 60 encuestados en la prueba el TMMS-24, en el cual se hizo una sumatoria de las puntuaciones generadas en cada una de las preguntas pertenecientes a cada categoría; posteriormente, se realizaron las tablas de las puntuaciones directas de las preguntas que corresponden a las categorías atención emocional, claridad emocional y reparación emocional, con el fin de realizar las gráficas de las puntuaciones directas correspondientes de cada categoría; seguidamente se procedió a realizar la gráfica de las puntuaciones promedio de cada categoría y se verifico con las tablas que administra el manual de la prueba TMMS-24 en qué estado se encontraba la población en cada una de estas dimensiones.

## **Resultados**

El siguiente apartado refiere los resultados obtenidos en base al cuestionario Trait-Meta Mood Scale (TMMS-24), instrumento aplicado a 60 pacientes con diagnóstico de VIH de la IPS Vidamedical de la ciudad de Cúcuta sobre los cuales se darán a conocer el nivel de desarrollo de las habilidades emocionales encontradas dentro de la inteligencia emocional de acuerdo con Mayer y Salovey.

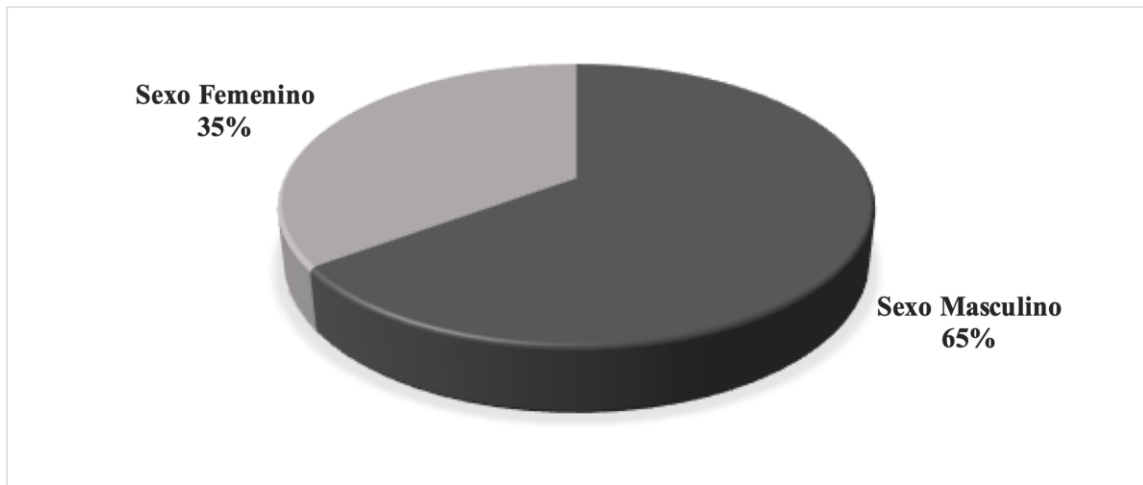
Este apartado describe los elementos cuantitativos y cualitativos implicados en la medición de las siguientes habilidades emocionales expresadas como dimensiones dentro del instrumento: Atención emocional, claridad emocional y reparación emocional. A partir del instrumento aplicado a ambos sexos en edades comprendidas entre 18 y 70 años, se realiza una descripción acerca de los datos generales que caracterizan a la población objeto de estudio, así como los gráficos estadísticos que representan los resultados obtenidos dentro de la investigación

### **Datos Generales**

A continuación, se presenta la distinción realizada en base al sexo de los pacientes abordados en la investigación, siendo un elemento decisorio en el proceso de calificación y análisis de los resultados obtenidos de la aplicación del el cuestionario Trait-Meta Mood Scale (TMMS-24). Es así que se hace indispensable, conocer por medio de la siguiente representación gráfica, el porcentaje de participación del sexo masculino y sexo femenino en la muestra establecida para realizar la investigación.

## **Figura 1**

*Datos generales de la muestra participante*



De acuerdo a los datos obtenidos del cuestionario Trait-Meta Mood Scale (TMMS-24), se evidencia que del 100% de los/as pacientes participantes en la investigación, el 35% pertenece al sexo femenino y el 65% al sexo masculino.

### **Resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario Trait-Meta Mood Scale (TMMS-24)**

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario Trait-Meta Mood Scale (TMMS-24), en la población abordada. Las puntuaciones alcanzadas se muestran agrupadas de acuerdo a las dimensiones evaluadas: Atención emocional (percepción), claridad emocional (comprensión) y reparación emocional (regulación), haciendo una distinción para hombres y mujeres como lo señala el instrumento.



*Hombres*

**Tabla 1**

*Dimensiones de la inteligencia emocional en hombres*

---

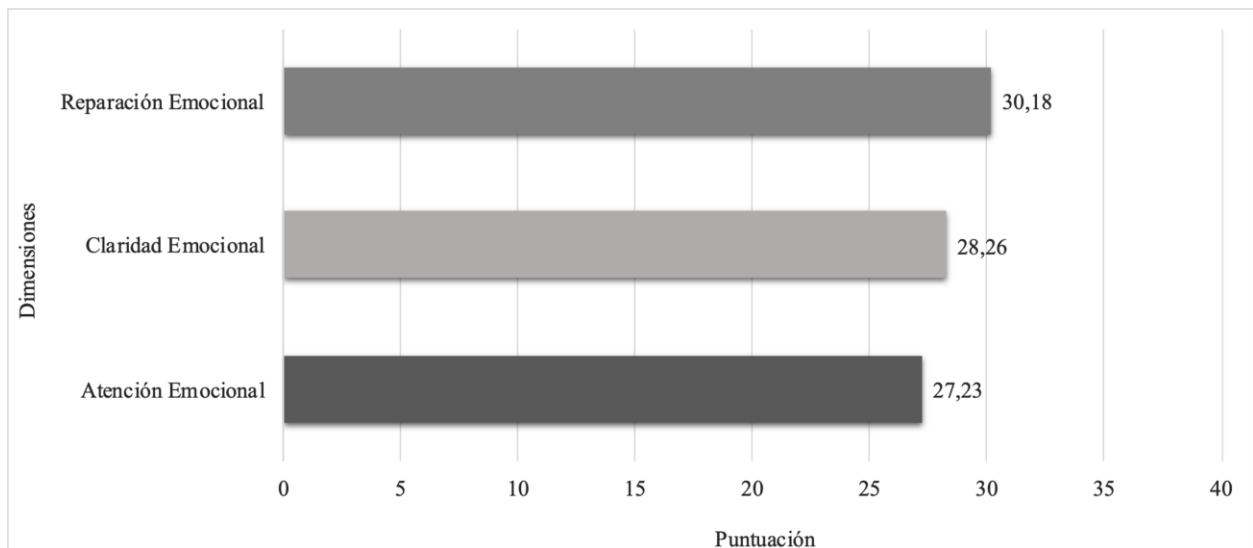
**Inteligencia Emocional en Hombres**

<b>Dimensiones( Habilidades Emocionales)</b>	<b>Puntaje</b>
Atención Emocional	27,23
Claridad Emocional	28,26
Reparación Emocional	30,18

---

**Figura 2**

*Habilidades de la inteligencia emocional en el sexo masculino*



Los resultados obtenidos en los hombres de acuerdo a cada categoría establecidas por el instrumento TMMS 24 fueron los siguientes: En la categoría de atención emocional se obtuvo un puntaje del 27.23, lo cual indica una adecuada percepción en la atención a los sentimientos de acuerdo con los baremos establecidos por el TMMS 24. En la categoría de claridad emocional se obtuvo un puntaje del 28.26, indicando una adecuada claridad emocional. Por último, en la categoría de reparación emocional se obtuvo un puntaje del 30.18, el cual, conforme a los baremos establecidos por la prueba, indica una adecuada reparación de las emociones.

### *Mujeres*

*Tabla 2*

Dimensiones de la inteligencia emocional en mujeres

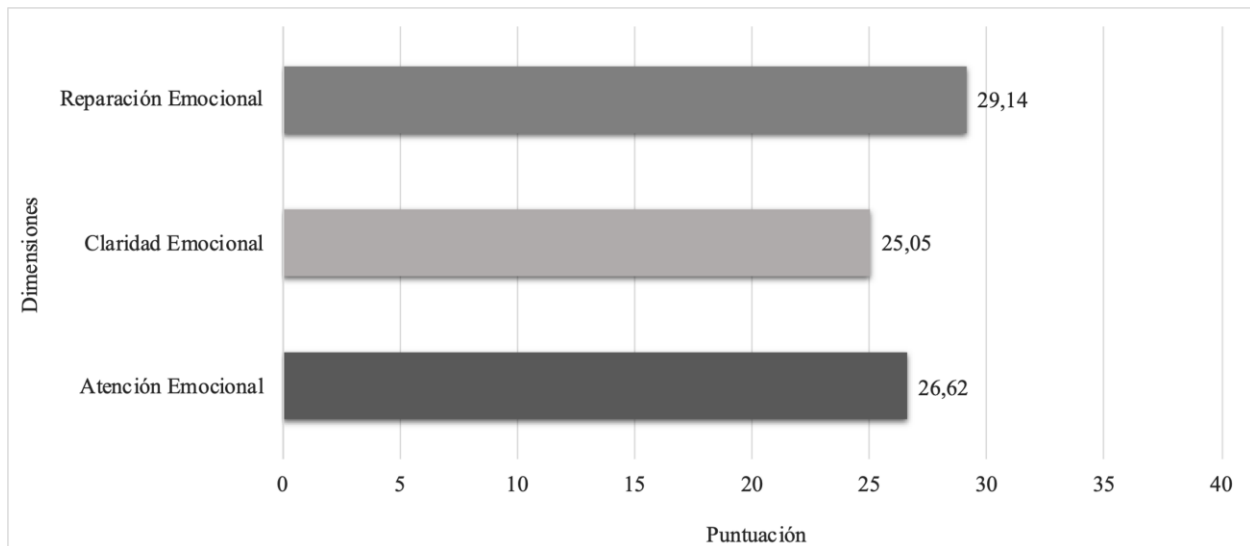
---

<b>Inteligencia Emocional en Mujeres</b>	
<b>Dimensiones( Habilidades Emocionales)</b>	<b>Puntaje</b>
Atención Emocional	26,62
Claridad Emocional	25,05
Reparación Emocional	29,14

---

**Figura 3**

*Habilidades de la inteligencia emocional en el sexo femenino*



En cuanto a las categorías correspondientes a las mujeres se obtuvo lo siguiente: En la categoría de atención emocional se obtuvo un puntaje de 26.62, lo cual indica una adecuada percepción en la atención a los sentimientos de acuerdo con los baremos establecidos por el TMMS 24. En la categoría de claridad emocional se obtuvo un puntaje de 25.05, indicando una adecuada claridad emocional. En la categoría de reparación emocional se obtuvo un puntaje de 29.14, el cual, conforme a los baremos establecidos por la prueba, indica que poseen una adecuada reparación de las emociones.

## Discusión

Tomando como punto de partida, la revisión teórica realizada durante la investigación, en donde los estudios realizados con anterioridad, ubican a la inteligencia emocional como el principal factor afectado en el proceso de aceptación de su enfermedad en aquellos pacientes diagnosticados con VIH, se buscó realizar una comparación a partir de los hallazgos obtenidos bajo el título “*Inteligencia Emocional en Pacientes con Diagnóstico de VIH de la Ips Vidamedical de la ciudad de Cúcuta*”. Es vital mencionar que la población objeto de estudio, lleva un proceso de acompañamiento psicosocial desde el conocimiento de su diagnóstico, lo que ha significado el fortalecimiento de su inteligencia emocional, evidenciado en los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario Trait-Meta Mood Scale (TMMS-24).

A partir de los resultados obtenidos con la aplicación del instrumento, se lograron identificar tres categorías o dimensiones de las habilidades emocionales que pudiesen desarrollar o pudiesen estar deterioradas dentro de la población a aplicar, las cuales son: Atención emocional, Claridad emocional y Reparación emocional. Estas dimensiones se sustentan bajo el modelo teórico de Mayer y Salovey, establecido como la Escala Rasgo de Metaconocimiento Emocional, siendo la medida de Inteligencia Emocional, en general y de la Inteligencia Emocional Rasgo. Por otra parte, Fernández-Berrocal et al., (2004)., realizan una adaptación del modelo de Mayer y Salovey y establecen el cuestionario Trait-Meta Mood Scale (TMMS-24), del cual explica sus dimensiones a continuación:

La atención emocional que refiere a la percepción de las propias emociones, es decir, a la capacidad para sentir y expresar las emociones de forma adecuada. Como segunda categoría está la claridad emocional en donde se evalúa la percepción que se tiene sobre la comprensión de los

propios estados emocionales. Por último, como tercera categoría se encuentra la reparación emocional, la cual mide la capacidad percibida para regular los propios estados emocionales de forma correcta. La identificación de las habilidades anteriormente descritas, permite conocer qué dimensiones se encuentran deterioradas a raíz de su enfermedad, o por el contrario permite conocer cómo ha ido evolucionando el paciente en su proceso de afrontamiento.

En primer lugar considerando la investigación realizada en Cuba se encuentra que Suárez y Morelio (2011) en su estudio titulado *“Particularidades de la inteligencia emocional en personas que viven con VIH”*, constataron a través del test Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) la existencia de bajos niveles de inteligencia emocional en las personas que viven con VIH, caracterizada por altos niveles de atención emocional y bajos en relación a la claridad y reparación emocional, además se encontraron diferencias significativas en la inteligencia emocional en relación con el sexo. Se pudo identificar que las principales necesidades psicoeducativas de los sujetos están referidas a: Un mayor conocimiento sobre el VIH, recomendaciones para aprender a convivir con el virus, recursos para fomentar las redes de apoyo social, así como técnicas para la regulación emocional, ya que se habían venido presentando desajustes emocionales manifestados en ansiedad y depresión.

A diferencia de los hallazgos anteriores, en la presente investigación, los pacientes tratados en Vidamedical Ips SAS de la ciudad de Cúcuta, han venido fortaleciendo sus habilidades emocionales comprendidas dentro de la inteligencia emocional, como resultado del acompañamiento psicosocial brindado, destacando que tanto la dimensión de atención emocional como la de claridad emocional y reparación emocional presentan un adecuado desarrollo. El desarrollo de las habilidades descritas ha permitido a los pacientes de la IPS, aprender a tener plena conciencia de sus estados emocionales, permitiendo una mayor comprensión y distinción de cada

una de las emociones experimentadas, para así poder actuar de tal forma que les permita regular y controlar esos estados emocionales logrando un mayor bienestar psicológico y emocional.

Seguidamente teniendo en cuenta la investigación realizada en Villavicencio por Ospina y Henao (2016) bajo el título “*Percepción de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA de la IPS Saludllanos en Villavicencio*”, en donde se determinaron los niveles de percepción de las personas con este diagnóstico a través de la implementación del cuestionario de percepción de enfermedad (IPQ-B). La investigación arrojó que la percepción se encuentra determinada por algunos aspectos como: Las consecuencias derivadas de la enfermedad, su duración, el control personal y del tratamiento, además de la sintomatología, el nivel de preocupación, la comprensión de la enfermedad y la respuesta emocional producida, los cuales permitieron identificar que los pacientes diagnosticados perciben el VIH/ SIDA como una enfermedad que poco afecta sus vidas, con conciencia plena de la condición que los acompaña y control personal sobre los aspectos relacionados con la misma como la sintomatología y las preocupaciones.

En consonancia con los resultados de la investigación realizada en la IPS Saludllanos de Villavicencio, la presente investigación aporta evidencia que explica que el desarrollo de habilidades emocionales como la atención a los sentimientos permite un mejor manejo de la preocupación a causa de su condición médica; que la habilidad de claridad de las emociones permite una mayor comprensión de las emociones experimentadas frente a la enfermedad y por ende una mayor comprensión de la enfermedad misma; y por último la habilidad de regulación emocional faculta al paciente a elaborar una respuesta emocional que le permita tener plena conciencia de que la enfermedad no le impide desarrollar su proyecto de vida, al asumir un control personal y recibir un acompañamiento oportuno, como elementos esenciales del proceso de

modificación de una percepción negativa de la enfermedad y restablecimiento del bienestar biopsicosocial.

Posteriormente considerando la investigación realizada en México se encuentra que Campero, Caballero, Kendall, Herrera y Zarco (2010), con su estudio titulado *“Soporte emocional y vivencias del VIH: Impactos en varones y mujeres mexicanos desde un enfoque de género”*, conocieron las diferentes experiencias y necesidades de la población ante un diagnóstico de VIH y cómo influyeron la dinámica de apoyo material y emocional recibidas. Mediante una entrevista realizada a profundidad pudieron comprender que las personas al conocer el diagnóstico se habían enfrentado a un profundo dolor, donde todos tardaron en entender por qué habían adquirido el VIH. Se encontró que en el proceso de asimilación del hecho de que el virus formará parte de sus vidas, les genera incertidumbres, temores y les representa cambios. Estas personas experimentaron un impacto emocional, donde primaron sentimientos como la frustración y/o el enojo, emociones experimentadas al descubrir el diagnóstico, algunos pasando por un proceso de confirmación ante una sospecha y otros afrontando algo que percibían como inimaginable. De esta manera se describe el proceso de conocimiento, asimilación, comprensión y adaptación al cambio vividos por esta población mexicana.

Al igual que la población comprendida por varones y mujeres mexicanos, quienes recibieron apoyo material y emocional para asumir el proceso descrito con anterioridad y finalmente lograr comprender los cambios que significan vivir con este diagnóstico, así mismo la población masculina y femenina beneficiaria del acompañamiento psicosocial brindado por la IPS Vidamedical con motivo de presentar un diagnóstico de VIH, ha logrado realizar el mismo proceso de asimilación y adaptación de una manera positiva, adquiriendo las habilidades emocionales necesarias para el fortalecimiento de su inteligencia emocional, lo que les ha significado un

recurso psicológico y emocional indispensable para la re significación positiva de su condición y el afianzamiento de su interacción en las diferentes esferas de sus vidas. Este proceso se evidencia en el fortalecimiento de las habilidades emocionales descritas dentro de la inteligencia emocional, evaluadas dentro del TMMS 24, las cuales se encuentran dentro niveles de desarrollo adecuados.

Finalmente, se destaca la investigación realizada por Iglesias et al., (2009), titulada “Inteligencia emocional en personas que viven con VIH”, en donde se encontró que los individuos con poco desarrollo de su inteligencia emocional son más proclives a experimentar emociones negativas, tales como, el estrés, la depresión, la ira, la ansiedad, la tristeza y la melancolía, las cuales debilitan la efectividad de las células inmunológicas y disminuyen la respuesta de los linfocitos, es decir que, cuanto mayor reactividad simpática se muestre ante situaciones de estrés, mayor índice de inmunosupresión se produce en dicha situación; al contrario, una buena evolución de la inteligencia emocional conlleva a vivenciar emociones positivas que impactarán eficazmente en el sistema inmunológico. Es importante recalcar que en los pacientes con VIH el desarrollo de la inteligencia emocional puede prevenir un diagnóstico precoz del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), así como favorece la autoestima, la calidad de vida y los estados emocionales mejoran. En relación con los resultados encontrados se puede denotar que los pacientes de Vidamedical poseen una adecuada inteligencia emocional, lo cual los conlleva a experimentar emociones positivas, por ende, poseen una mejor adaptación al virus del VIH, previniendo así la aparición de un diagnóstico precoz del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.



## Conclusiones

El estudio titulado “Inteligencia Emocional en Pacientes con Diagnóstico de VIH de la Ips Vidamedical”, es una investigación de corte cuantitativo de tipo exploratorio descriptivo donde se indago sobre una problemática poco abordada, es decir, que se tuvo como fin evaluar la inteligencia emocional intrapersonal percibida de los pacientes, donde se midieron las destrezas con las que se puede ser conscientes de las propias emociones, así como de la capacidad para regularlas. Resultado de ello, a continuación, se dan a conocer en este apartado las conclusiones de la investigación con base a los objetivos planteados inicialmente, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el presente estudio.

En primer lugar, se obtiene que tanto hombres como mujeres pacientes de la IPS Vidamedical de la ciudad de Cúcuta, quienes son partícipes del programa de apoyo psicosocial de la entidad médica, tienen una adecuada percepción en su capacidad de atención emocional. Siendo esta una de las dimensiones evaluadas. En esta categoría, los hombres obtuvieron un puntaje del 27.23, para una adecuada atención de sus emociones. Por otra parte, las mujeres obtienen un puntaje de 26.62, para una adecuada atención de sus emociones. Lo anterior evidencia que los pacientes tienen la capacidad percibir sus propias emociones, sentirlas y expresarlas de forma adecuada

En segundo lugar, se evidencia que tanto hombres como mujeres pacientes de la IPS Vidamedical de la ciudad de Cúcuta, reciben acompañamiento psicosocial y tienen una adecuada claridad emocional. Siendo esta la segunda dimensión evaluada. En esta categoría los hombres obtuvieron un puntaje del 28.26, para una adecuada claridad de sus emociones. Por otra parte, las mujeres obtienen un puntaje de 25.05, para una adecuada claridad de sus emociones. Lo anterior

evidencia que los pacientes tienen percepción sobre la comprensión de los propios estados emocionales. sin embargo, sus puntuaciones recaen cerca de los límites inferiores establecidos.

En tercer lugar, se obtiene que tanto hombres como mujeres pacientes de la IPS Vidamedical de la ciudad de Cúcuta, quienes reciben apoyo psicosocial de la entidad médica, tienen una adecuada reparación emocional. Siento la tercera dimensión evaluada. En esta categoría los hombres obtuvieron un puntaje del 30.18, para una adecuada percepción en la capacidad de reparación de sus emociones. Por otra parte, las mujeres obtienen un puntaje de 29.14, para una adecuada percepción en la capacidad de reparación de sus emociones Lo anterior evidencia que los pacientes tienen la capacidad percibida para regular los propios estados emocionales de forma correcta.

Finalmente se logró realizar una descripción de las dimensiones de la inteligencia emocional, descritas como las habilidades emocionales con que cuenta una persona, y que son identificadas en el metaconocimiento de sus estados emocionales. Gracias a ello y con base en el modelo inteligencia emocional de Mayer y Salovey, y por medio de la adaptación hecha por Fernández-Berrocal se logra identificar que existe un adecuado nivel de inteligencia emocional en los pacientes de la Ips Vidamedical de la ciudad de Cúcuta tanto en los hombres como las mujeres lo cual demuestra que prestan atención a sus sentimientos, saben expresar y comprenden sus emociones y las regulan en momentos de ira o estrés. Siendo lo anterior, un logro tanto para los pacientes con diagnósticos de VIH, como para la entidad prestadora de servicios de salud, significando efectividad en sus procesos de acompañamiento psicosocial.

## **Recomendaciones**

Para el desarrollo de este apartado, cabe mencionar que en sus inicios la presente investigación estaba planteada para desarrollarse de manera presencial, sin embargo, debido a la emergencia sanitaria, se vio la necesidad de replantear su metodología, haciendo uso de los recursos tecnológicos para establecer contacto con la población, cumpliendo así con los protocolos de bioseguridad establecidos para evitar la propagación del Covid 19. Es por ello que es de vital importancia realizar una matriz DOFA, siempre que se quiera emprender un estudio investigativo analizando el contexto y los recursos con los que se cuenta, para establecer así la viabilidad de la investigación.

Por otra parte, en la elección del instrumento a utilizar, es necesario verificar la validez y confiabilidad que tiene la prueba, realizando la elección de manera anticipada al desarrollo de cualquier apartado de la investigación. En estudios cuantitativos la accesibilidad a la prueba se hace indispensable a la hora de determinar la viabilidad de la investigación, reconocer las limitaciones, permite emprender estrategias para hacer efectivos los alcances que se pretenden obtener, estableciendo las pautas que permitan un avance sincronizado con el cronograma establecido, siendo este último el plan de acción a seguir.

Teniendo en cuenta la revisión de la literatura, los antecedentes existentes acerca de la temática abordada y luego de hacer un exhaustivo análisis de los resultados arrojados en la presente investigación, se ve la necesidad de seguir promoviendo estrategias en pro de la salud integral de los pacientes con diagnósticos de VIH, apostándole al acompañamiento desde el enfoque biopsicosocial, reconociendo en él, la efectividad en los procesos de adherencia al tratamiento, manejo y control de sus sentimientos a partir del fortalecimiento de su inteligencia emocional,

generando en los pacientes un estado de bienestar, y mayores estrategias de afrontamiento frente a su enfermedad.

Se evidencia además la necesidad de realizar psicoeducación tanto en la población con diagnóstico de VIH, como en sus redes de apoyo y población en general, estableciendo mecanismos para la erradicación de la estigmatización, la educación de la población acerca de la enfermedad les permite desaprender y reaprender y participar en la propiciación de ambientes seguros y libres de prejuicios y discriminación, donde se hace indispensable, la invalidación de construcciones colectivas, y mitos esparcidos con base en la desinformación que se tiene acerca del VIH y lo que este conlleva para quien lo tiene como diagnóstico.

Se recomienda seguir potencializando y afianzando las habilidades emocionales involucradas en el metaconocimiento del individuo acerca de sus propios estados emocionales y así fortalecer la inteligencia emocional, como estrategia cognitiva y conductual que le permita al paciente realizar un mejor manejo de sus emociones, y emprender acciones que les permitan un afrontamiento asertivo de su diagnóstico.

## Referencias Bibliográficas

- Abdulghania, N., González, E., Manzardo, C., Casanova, J., Pericas, J. (2020). Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Revista elsevier*, 7, 63-74.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134207220300359>
- Ardila, R. (2011). Inteligencia. ¿Qué sabemos y qué nos falta por investigar?. *Revista de la Academia Colombiana de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales*, 35(134), 97-103.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/racefn/v35n134/v35n134a09.pdf>
- Arévalo, M., Torres, I. y Sánchez, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta colombiana de psicología*, 11(2), 101-113.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552008000200010](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552008000200010)
- Avelar, V., Cornejo, I. y Torres, J. (2016). *Efectos psicológicos en personas de ambos sexos entre las edades de 20 a 50 años diagnosticadas con VIH en el periodo de enero de 2006 a junio de 2010 pertenecientes a la fundación salvadoreña para la lucha contra el SIDA “María Lorena” (CONTRASIDA) del municipio de San Salvador*. [Tesis de grado, Universidad de El Salvador. Facultad de Ciencias y Humanidades].  
<http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD17609.pdf>
- Bernal, F. (2008). El virus de inmunodeficiencia humana VIH y el sistema nervioso. Principios generales. *Acta Neurol Colombia*, 24(3), 124-141.  
[https://www.acnweb.org/acta/2008\\_24\\_3\\_124.pdf](https://www.acnweb.org/acta/2008_24_3_124.pdf)

- Bouza, J. y de Lejarazu, L. (2010). Diagnóstico serológico de la infección por *Entamoeba histolytica* en pacientes procedentes de áreas endémicas. *Departamento de Microbiología e Inmunología. Hospital Universitario de Valladolid*.  
<https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/serologia/amebas.pdf>
- Buceta, R. (2019). *Propuesta de unidad didáctica sobre las emociones en Educación Infantil*. [Tesis de grado, Universidad de Sevilla].  
<https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/91159/BUCETA%20MARTIN%2C%20RAQUEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bulacio, J., Vieyra, M., Álvarez, C. y Benatuil, D. (2004). Uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. *Fundación de Investigación en Ciencias Cognitivas Aplicadas (ICCAp)*. <https://www.aacademica.org/000-029/16.pdf>
- Calvo-Rivera, M., Porras, A., Trigo, M., Martínez, J. y Gutiérrez, L. (2017). Manejo de la psicosis en pacientes con VIH. *Actas españolas de psiquiatría*, 45(2), 71-78.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5892843>
- Campero, L., Caballero, M., Kendall, T., Herrera, C. y Zarco, Á. (2010). Soporte emocional y vivencias del VIH: Impactos en varones y mujeres mexicanos desde un enfoque de género. *Salud mental*, 33(5), 409-417.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S018533252010000500005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252010000500005)
- Carballo, M., Martínez, M., Llaga, M. y Llunas, M. (2008). Trastornos psicopatológicos en pacientes VIH-SIDA. *Revista Rol de Enfermería*, 31(1), 45-52.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2766723>

Carballo, M., Martínez, M., Llinas, M. y Badía, R. (2009). Trastornos adaptativos al medio hospitalario en pacientes con VIH. *Revista Rol de Enfermería*, 32(11), 37-41.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3069884>

Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2015). *Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio*.  
<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Social/91.pdf>

Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2015). *Modificación a Conpes social 91 del 14 de junio de 2005: “metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio-2015”*.  
<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Social/140.pdf>

Crespo, Y. (2007). Estructura de la Inteligencia emocional en pacientes con VIH.[Tesis doctoral, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas].  
<https://dspace.uclv.edu.cu/bitstream/handle/123456789/2955/P07004.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Cuevas, J. y Moreno+, N. (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería universitaria*, 14(3), 207-218.  
<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n3/2395-8421-eu-14-03-00207.pdf>

Estrada, L. (2018). Motivación y emoción. *Fundación Universitaria del Área Andina*, 1-69.  
<https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/3541/138%20MOTIVACI%C3%93N%20Y%20EMOCI%C3%93N.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Faler, C. y Abreu, L. (2018). Diagnóstico VIH-SIDA: Los impactos causados en la persona en las relaciones y estructura familiar. *Salud Jalisco*, 3(1), 24-31. <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2016/sj161d.pdf>
- Fernández, P. y Extremera, N. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19(3), 63-93. <https://www.redalyc.org/pdf/274/27411927005.pdf>
- Fernández, B., Extremera, N. y Ramos, N.(2004). *Escala para la evaluación de la expresión, manejo y reconocimiento de emociones*. <https://psicologiaveracruz.files.wordpress.com/2016/02/trait-meta-mood-scale-tmms-24.pdf>
- Fernández, J. (2018). *El Virus de la Inmunodeficiencia Humana abordaje desde la Enfermería*. [Tesis de grado, Universidad de Cantabria]. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/14106/FernandezCeballosJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fernández, P y Diaz, P. (2001). *Estadística Descriptiva de los Datos*. <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/10descriptiva/10descriptiva.asp>
- Gaibor, A., Naranjo, J., Fray, D. y Díaz, V. (2017). Inteligencia emocional y sentido de vida en pacientes con VIH. Hospital Provincial General Docente Riobamba. *Revista Eugenio Espejo*, 11(2), 37-44. <http://eugenioespejo.unach.edu.ec/index.php/EE/article/view/31>



García, E. y Heredia, N. (2017). Emociones y redes sociales en adolescentes. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*, 1(13).

<https://revistas.udc.es/index.php/reipe/article/view/reipe.2017.0.13.2131/pdf>

Gaviria, A., Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2009). Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/SIDA. *Terapia Psicológica*, 27(1), 5-13.

<https://www.redalyc.org/pdf/785/78511885001.pdf>

Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B. y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300195>

Guerri, M. (2016). *Inteligencia emocional: Una guía útil para mejorar tu vida*. Mestas Ediciones.

[https://books.google.com.co/books?id=omUXDAAAQBAJ&pg=PT114&lpg=PT114&dq=Algunas+actitudes+emocionales+como+el+miedo,+la+ansiedad,+la+ira+o+el+resentimiento,+producen+un+efecto+da%3%B1ino+en+el+cuerpo,+otras+promueven+la+felicidad,+el+bienestar+y+aumentan+la+resistencia+a+la+enfermedad.+Incluso+en+presencia+de+una+enfermedad+declarada+los+datos+cl%C3%ADnicos+a+nivel+mundial+confirman+los+beneficios+m%C3%A9dicos+de+los+sentimientos+positivos+y+el+poder+curativo+del+apoyo+emocional+proporcionado+por+las+personas+que+rodean+a+un+paciente,+desde+los+familiares+m%C3%A1s+m%C3%ADntimos+hasta+los+profesionales+que+trabajan+en+el+%C3%A1rea+de+salud+y+tiene+contacto+con+%C3%A9l.+\(Guerri,+2014,+p.95\)&source=bl&ots=iDOZ7onEOc&sig=ACfU3U3kPjyAdOycATQafKG8mIyys42vgg&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwio\\_ZiRw-](https://books.google.com.co/books?id=omUXDAAAQBAJ&pg=PT114&lpg=PT114&dq=Algunas+actitudes+emocionales+como+el+miedo,+la+ansiedad,+la+ira+o+el+resentimiento,+producen+un+efecto+da%3%B1ino+en+el+cuerpo,+otras+promueven+la+felicidad,+el+bienestar+y+aumentan+la+resistencia+a+la+enfermedad.+Incluso+en+presencia+de+una+enfermedad+declarada+los+datos+cl%C3%ADnicos+a+nivel+mundial+confirman+los+beneficios+m%C3%A9dicos+de+los+sentimientos+positivos+y+el+poder+curativo+del+apoyo+emocional+proporcionado+por+las+personas+que+rodean+a+un+paciente,+desde+los+familiares+m%C3%A1s+m%C3%ADntimos+hasta+los+profesionales+que+trabajan+en+el+%C3%A1rea+de+salud+y+tiene+contacto+con+%C3%A9l.+(Guerri,+2014,+p.95)&source=bl&ots=iDOZ7onEOc&sig=ACfU3U3kPjyAdOycATQafKG8mIyys42vgg&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwio_ZiRw-)

[LsAhWBzlkKHUAbicQ6AEwAHoECAkQAg](https://books.google.com.co/books?id=omUXDAAAQBAJ&pg=PT114&lpg=PT114&dq=Algunas+actitudes+emocionales+como+el+miedo,+la+ansiedad,+la+ira+o+el+resentimiento,+producen+un+efecto+da%3%B1ino+en+el+cuerpo,+otras+promueven+la+felicidad,+el+bienestar+y+aumentan+la+resistencia+a+la+enfermedad.+Incluso+en+presencia+de+una+enfermedad+declarada+los+datos+cl%C3%ADnicos+a+nivel+mundial+confirman+los+beneficios+m%C3%A9dicos+de+los+sentimientos+positivos+y+el+poder+curativo+del+apoyo+emocional+proporcionado+por+las+personas+que+rodean+a+un+paciente,+desde+los+familiares+m%C3%A1s+m%C3%ADntimos+hasta+los+profesionales+que+trabajan+en+el+%C3%A1rea+de+salud+y+tiene+contacto+con+%C3%A9l.+(Guerri,+2014,+p.95)&source=bl&ots=iDOZ7onEOc&sig=ACfU3U3kPjyAdOycATQafKG8mIyys42vgg&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwio_ZiRw-)

- Hernández, S (2014). *Metodología de la Investigación, sexta edición*. Mc Graw Hill Education.  
<http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Iglesias, D., Gaspar, A., & Martell, Y. (2009). La inteligencia emocional en personas que viven con VIH. *Duazary*, 6(1), 10-24.  
<https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/688/647>
- Lamotte, J. (2014). Infección por VIH/sida en el mundo actual. *Medisan*, 18(7), 993-1013.  
<http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n7/san15714.pdf>
- Lee, S., Li, L. y Thammawijaya, P (2013). Parenting styles and emotional intelligence of HIV-affected children in Thailand. *AIDS Care*, 25(12), 1536-1543.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3744599/>
- Ley 972 de 2005, (2005, 15 de julio). Congreso de la República.  
[https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_127710.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127710.pdf)
- López, P. (2004). Población, Muestra y Muestreo. *Punto cero*, 9(8).  
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1815-02762004000100012](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012)
- Ministerio de Protección Social. (2006). *Resolución 3442 del 22 de septiembre 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.*

<https://www.risaralda.gov.co/salud/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=descargas&lFuncion=descargar&idFile=26689>

Ministerio de Salud y Protección Social. (1991). *Decreto 559 del 22 de febrero de 1991. Por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 09 de 1979 y 10 de 1990, en cuanto a la prevención, control y vigilancia de las enfermedades transmisibles, especialmente lo relacionado con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, HIV, y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA, y se dictan otras disposiciones sobre la materia.*<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/decreto-559-de-1991.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (1997). *Decreto 1543 del 12 de junio de 1997. Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).*  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-1543-de-1997.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). *Resolución 00004725 del 12 de octubre de 2011. Por la cual se define la periodicidad, la forma y el contenido de la información que deben reportar las Entidades Promotoras de Salud y las demás Entidades Obligadas a Compensar a la Cuenta de Alto Costo, relacionada con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).*  
[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n\\_4725\\_de\\_2011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n_4725_de_2011.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Resolución 1841 del 28 de mayo de 2013. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Resolución 2338 del 28 de junio de 2013. Por la cual se establecen directrices para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual - ITS y para el entrenamiento en pruebas rápidas de VIH, sífilis y otras ITS.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2338-de-2013.pdf>

Monje, C. (2011). Metodología de la investigación Cualitativa y Cuantitativa, guía didáctica. <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>

Oliva, G., Almazán, C. y Guillén, M. (2009). *Prueba de detección rápida de la infección por VIH.* Revista AATRM (Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya), 3, 1-107. <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD8702.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2008). *VIH/SIDA y salud mental.* [https://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/EB124/B124\\_6-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB124/B124_6-sp.pdf)

Ospina, M. y Henao, J. (2019). *Percepción de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA de la IPS Saludllanos en Villavicencio.* <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/12612>

- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International journal of morphology*, 35(1), 227-232.  
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Pino, M. (2015). Funcionamiento cognitivo en pacientes infectados con VIH: algunas consideraciones teóricas. *Revista cubana de neurología y neurocirugía*, 5(1), 56-62.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubneuro/cnn-2015/cnns151k.pdf>
- Ramírez, F. (2015). *Hipótesis. Los supuestos de la Investigación*. Referenciado de <https://manualdelinvestigador.blogspot.com/2015/08/hipotesis-los-supuestos-de-la.html>
- Rangel, Y., Cabrera, A. y González, B. (2016). Estados emocionales negativos y variables clínicas en personas con virus de inmunodeficiencia humana/sida. *MediSur*, 14(6), 727-736.  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=69725>
- Salazar, L., De la Hoz, A., Ruiz, R., Valderrama, S. y Gómez-Restrepo, C. (2016). Trastornos neuropsiquiátricos en la población con VIH: una revisión narrativa. *Universitas Médica*, 58(1), 1-18.  
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/download/19790/15805/78270#:~:text=En%20general%2C%20la%20enfermedad%20mental,depresi%C3%B3n%20mayor%20y%20trastorno%20dist%C3%ADmico.>
- Sánchez, M. y Tomateo, D. (2014). Síndromes psiquiátricos en personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: una revisión breve. *Revista Neuropsiquiatr* 77(2), 70-77. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n2/v77n2ar2.pdf>

- Sanfeliciano, A. (2018). *Las 6 emociones básicas: características y funciones*. Recuperado de <https://lamenteesmaravillosa.com/las-6-emociones-basicas-caracteristicas-y-funciones/>
- Simus, L., Abril, L., González, K. y Moreno, M. (2019). Cartilla psicoeducativa para personas viviendo con VIH/SIDA del hospital simón bolívar de Bogotá. [Tesis de grado, Universidad Católica de Colombia]. [https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/23971/1/Psicoeducaci%  
c3%b3n%20en%20pacientes%20con%20VIH.pdf](https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/23971/1/Psicoeducaci%c3%b3n%20en%20pacientes%20con%20VIH.pdf)
- Suárez, D. y Morelio, O (2011). *Particularidades de la inteligencia emocional en personas que viven con VIH*. [Tesis de grado, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas]. <https://dspace.uclv.edu.cu/handle/123456789/3213>
- Sutil, C. (2013). ¿Qué es una emoción? Teoría relacional de las emociones. *Clínica e Investigación relacional*, 7, 348-372. [https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V7N2\\_2013/10-Rodriguez-Sutil\\_Que-es-una-emocion\\_CeIR\\_V7N2.pdf](https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V7N2_2013/10-Rodriguez-Sutil_Que-es-una-emocion_CeIR_V7N2.pdf)
- Tejido, M. (2010). *La inteligencia emocional: Marco teórico e investigación*. <http://www.redem.org/boletin/files/Marta%20Tejido%20%20%20inteligencia%20emocional.pdf>
- Thammawijaya, P., Lee, S., Li, L. y Detels, R. (2019). Social Support and Emotional Intelligence of Thai HIV-Affected Adolescents and Their Stress and Alcohol Use. *OSIR Journal*, 12(4), 126- 135. <http://www.osirjournal.net/index.php/osir/article/view/165>

- Tobón, B y García, J. (2019). Perfil emocional de las personas con VIH. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2), 1024-1046. Referenciado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88153>
- Veytia, M., Fajardo, R., Guadarrama, R. y Escutia N. (2016). Inteligencia Emocional: factor positivo ante la depresión en adolescentes de bachillerato. *Informes Psicológicos*, 16(1), 35- 50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7044248>
- Villacreces, J. y Achi, V. (2017). Aplicación del test TMMS-24 para el análisis y descripción de la Inteligencia Emocional considerando la influencia del sexo. *Revista publicando*, 4(11,1), 162-181. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6115178>
- Yepes, A. y Lopera, D. (2015). Expresión artística como herramienta facilitadora de la salud emocional de personas diagnosticadas con VIH/SIDA durante el proceso terapéutico. Artistic expression as a therapeutic tool for promotion of emotional health in people diagnosed with HIV/AIDS. *Psicoespacios*, 9(15), 96-139. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5317696>

## **Anexos**

### *Anexos A Criterios diagnósticos para el trastorno mental Inducido por Sustancias /*

#### *Medicamentos*

De acuerdo con el DSM-5 (2014), dichos trastornos son síndromes graves y frecuentemente temporales, aunque a veces son persistentes, se desarrollan debido al abuso de sustancias, de medicamentos o algunas toxinas. Todos los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos comparten ciertas características. Es importante reconocer estos aspectos comunes para conseguir detectar estos trastornos. Estas características se describen a continuación:

A. La alteración se presenta en forma de síntomas clínicamente significativos asociados a un trastorno mental relevante.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los resultados de laboratorio de estos dos aspectos:

1. Los síntomas se han desarrollado durante o en el primer mes tras la intoxicación o abstinencia de la sustancia o la administración del medicamento; y
2. La sustancia/medicamento implicado puede producir ese trastorno mental.

C. La alteración no se explica mejor por un trastorno mental independiente (un trastorno que no sea el inducido por sustancias o medicamentos). La evidencia de que existe un trastorno mental independiente puede conllevar lo siguiente:



1. La alteración antecede al inicio de la intoxicación o abstinencia agudas o la exposición al medicamento; o

2. El trastorno mental completo persiste durante un tiempo considerable (p. ej., al menos un mes) tras el cese de la intoxicación o abstinencia agudas o de la administración de la medicación. Este criterio no se aplica a los trastornos neurocognitivos inducidos o a los trastornos perceptivos por alucinógenos, que persisten más allá del cese de la intoxicación o abstinencia agudas.

D. El trastorno no aparece exclusivamente durante el curso de un delirium.

E. La alteración produce malestar o deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

### **Anexos B** *Criterios diagnósticos para el trastorno de adaptación*

El DSM-V (2014), señala los siguientes criterios para el diagnóstico del trastorno de adaptación:

A. Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés.

B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas.

2. Deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.

D. Los síntomas no representan el duelo normal.

E. Una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de otros seis meses.

Especificar si:

309.0 (F43.21) Con estado de ánimo deprimido: Predomina el estado de ánimo bajo, las ganas de llorar o el sentimiento de desesperanza.

309.24 (F43.22) Con ansiedad: Predomina el nerviosismo, la preocupación, la agitación o la ansiedad de separación.

309.28 (F43.23) Con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido: Predomina una combinación de depresión y ansiedad.

309.3 (F43.24) Con alteración de la conducta: Predomina la alteración de la conducta.

309.4 (F43.25) Con alteración mixta de las emociones y la conducta: Predominan los síntomas emocionales (p. ej., depresión, ansiedad) y una alteración de la conducta.

309.9 (F43.20) Sin especificar: Para las reacciones de mala adaptación que no se pueden clasificar como uno de los subtipos específicos del trastorno de adaptación.

Especificar si:

Agudo: Si la alteración dura menos de 6 meses. Persistente (crónico): Si la alteración dura 6 meses o más.

## Anexos C Prueba TMMS-24

### Test para evaluar los estados emocionales /TMMS-24

Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2005) Basado en The Trait Meta-Mood Scale (Salovey y Mayer)

A continuación encontrarás algunas afirmaciones sobre emociones y sentimientos. Lee atentamente cada frase e indica el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señala con una «X» la respuesta que más se aproxime a tus preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplees mucho tiempo en cada respuesta.

*Nada de acuerdo: 1; Algo de acuerdo: 2; Bastante de acuerdo: 3; Muy de acuerdo: 4 y Totalmente de acuerdo: 5*

Estado Emocional	1	2	3	4	5
1. Presto mucha atención a los sentimientos.					
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.					
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.					
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.					
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.					
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente.					
7. A menudo pienso en mis sentimientos.					
8. Presto mucha atención a cómo me siento.					
9. Tengo claros mis sentimientos.					
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.					
11. Casi siempre sé cómo me siento.					
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.					
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.					
14. Siempre puedo decir cómo me siento.					
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones.					
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos.					
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.					
18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.					
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.					
20. Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.					
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.					
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.					
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz.					
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.					

## Anexos D Consentimiento informado

3/6/2021

Escala para la evaluación de la expresión, manejo y reconocimiento de emociones

### Escala para la evaluación de la expresión, manejo y reconocimiento de emociones

Usted hace parte de la población objeto de estudio de esta investigación, razón por la cual se le ha compartido este test. Agradecemos desde ya su participación.

\*Obligatorio

#### 1. Correo \*

---

#### Consentimiento informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes. La presente investigación es titulada "Análisis de la inteligencia emocional en pacientes con VIH/SIDA" conducida por el docente Gerardo Parada de la Universidad de Pamplona. El objetivo de este estudio es analizar las habilidades emocionales de la inteligencia emocional en pacientes con diagnóstico de VIH / SIDA, a través de la aplicación del cuestionario Trait-Meta Mood Scale (TMMS) para el diseño de una estrategia psicoeducativa, con el fin de fortalecer la inteligencia emocional. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas por medio de este test. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se suministre al igual que los datos serán confidenciales y no se usarán para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

En pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognitivas de manera consciente y sin ninguna clase de presión, acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por los estudiantes de pregrado de Psicología: Estefanía Torres Carvajal y Jefferson Styward Pérez Valencia. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es analizar la inteligencia emocional de la población en estudio y posteriormente elaborar una cartilla psicoeducativa. Me han indicado también que tendré que responder preguntas en un test. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

#### 2. Otorga el consentimiento \*

Marca solo un óvalo.

Sí

No