



PERFIL COGNITIVO EN MUJERES Y HOMBRES DIAGNOSTICADOS CON VIH,
PACIENTES DE UNA IPS PRIVADA DE SANTA MARTA, COLOMBIA

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

SANTA MARTA

2008



PERFIL COGNITIVO EN MUJERES Y HOMBRES DIAGNOSTICADOS CON VIH,
PACIENTES DE UNA IPS PRIVADA DE SANTA MARTA, COLOMBIA

Trabajo de Grado para optar al título de Psicóloga

MAYA ALEJANDRA CADENA TEJEDA

JUNEIDYS MARCELA PACHECO MENDOZA

Asesora temática: Esp. ANGELICA MARIA PEÑA CABARCAS

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

SANTA MARTA

2008

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del Presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

DEDICATORIAS

Maya Alejandra Agradece a:

*Gracias Padre Celestial por haberme dado la sabiduría para culminar esta profesión.
Gracias Mamá por tu apoyo y sabios consejos para ser mejor persona cada día y porque sé que
sientes este galardón como tuyo.
Gracias Hermanos por haberme escuchado y guiado en cada adversidad.
Gracias Papá por tu atención y guía.
Gracias Gregorio y Silvana por el apoyo incesante e innegable que me han brindado a lo largo de
mi vida.
Muchas gracias profesora Angélica Peña por estar con Juneidys y conmigo en cada momento del
desarrollo del trabajo de grado y en la culminación del estudio profesional.
Gracias señora Denys, señora Emilia y Favio porque sé que sienten una felicidad inmensa por
este logro y por el sostén indudable que me han ofrecido.
Gracias a cada uno de los profesores que con su interés me han enseñado la importancia de la
psicología y la aplicación de conceptos como herramientas fundamentales en este campo para ser
competitiva.
Gracias a mis amigos, familiares y demás personas que han sido soporte en cada instancia de mi
existencia.*

Muchas gracias a todos

DEDICATORIAS

Primero quiero dar gracias a Dios porque me dio la fortaleza, la dedicación y las fuerzas para llevar a cabo este logro...gracias Dios por estar siempre conmigo y no abandonarme, y por las bendiciones que has derramado en mi y por ser la luz en la oscuridad para seguir adelante..

Quiero dar gracias a mi padre Anides Pacheco porque siempre ha confiado en mi, gracias papito por tus consejos, por complacer mis caprichos y por estar a mi lado en este largo camino...Te Amo siempre le daré gracias a Dios por bendecirme con un papa tan hermoso y cariñoso...

A mi hermano Anides Jair Pacheco, es mi orgullo y mi ejemplo de vida, gracias por tu amor, y porque siempre estas conmigo cuando te necesito, le doy gracias a Dios por darme un hermano tan lindo...tqm

A mi madre Osmidia Mendoza (Q.E.P.D), aunque no este presente en cuerpo conmigo se que desde el cielo debes estar orgullosa de mi por haber cumplido una de mis metas...gracias madre por todas tus enseñanzas y consejos que me han servido para ser una gran persona y seguir luchando por mis logros...me entristece saber que ya no estas conmigo compartiendo estos momentos...pero se que debes de estar feliz porque estas en la morada del padre celestial...te Amo y te Amare por siempre...a ti te dedico este logro de ser profesional...

A mis abuelos maternos y paternos, gracias por sus regaños, y apoyo en los momentos de dificultad...gracias Dios por bendecirme con unos abuelos tan hermosos que brindan amor y sabiduría, gracias porque todos has estado conmigo en este andar...que Dios los bendiga...

A mis tías y primos gracias porque siempre han confiado en mi y me han apoyado cuando lo he necesitado...solo les digo a mis primas que sigan adelante para que luchen por ser grandes personas en la vida y logren terminar sus estudios, a mis tias que gracias por ese cariño y la alegría que brindan a todos los quiero mucho...

A mi compañera de tesis Maya, que me siento feliz de haber hecho un gran trabajo con ella, que por fin logramos nuestro objetivo de ser unas grandes profesionales y le deseo muchos éxitos en su vida profesional.

Juneidys Marcella Pacheco Mendoza

TABLA DE CONTENIDO

	Página
Resumen	9
Introducción	10
1. Planteamiento del problema	11
2. Justificación	16
3. Objetivos	18
3.1 Objetivo general	18
3.2 Objetivo específico	18
4. Marco teórico	18
4.1 Virus de Inmuno Deficiencia Humana VIH	18
4.2 Perfil Cognitivo	19
4.3 Creencias	23
4.4 Esquema ABC y Creencias Irracionales	27
4.5 Creencias y VIH	28
5. Metodología	29
5.1 Tipo de Investigación	29
5.2 Diseño de Investigación	29
5.3 Definición de Variable	30
5.4 Población y Muestra	31
5.5 Instrumento de Recolección	33
5.6 Procedimiento	35
5.7 Procedimiento para el procesamiento de la Información	35
6. Resultados	35
6.1 Gráfica general de creencias en la muestra de estudio de pacientes con VIH	37
6.2 Gráfica general de creencias en personas recién diagnosticadas con VIH	37
6.3 Distribución de las Variables de Creencias en mujeres recién diagnosticadas con VIH	38
6.4 Distribución de las Variables de Creencias en hombres recién diagnosticados con VIH	39

6.5 Diferencia de género de creencias en recién diagnosticados con VIH	40
6.6 Gráfica general de creencias en pacientes con diagnostico de VIH por más de 2 años	44
6.7 Distribución de variables de Creencias en mujeres con diagnostico de VIH por mas de 2 años	46
6.8 Distribución de variables de Creencias en varones con diagnostico de VIH por mas de 2 años	47
6.9 Diferencia de género de creencias en pacientes con VIH por más de 2 años	48
6.9.1 Creencias similares en la muestra de estudio	55
7. Análisis de Resultados	56
8. Recomendaciones	66
9. Referencias	67
Anexos	72

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Definición de variables	28
Tabla 2. Características demográficas de pacientes recién diagnosticados con VIH	29
Tabla 3. Características demográficas de pacientes con mas de dos años de Diagnósticos de VIH	30
Tabla 4. Nombre de creencias	35
Tabla 5. Nombre de las creencias	47
Tabla 6. Significado de siglas	58

LISTADO DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Creencias en la Muestra	31
Gráfica 2. Creencias en recién diagnosticados	32
Gráfica 3. Creencias en mujeres	34
Gráfica 4. Creencias en hombres	35
Gráfica 5. Necesidad de aprobación	37

Gráfica 6. Autoexigencia	38
Gráfica 7. Culpar a otros	38
Gráfica 8. Reacción a la frustración	39
Gráfica 9. Irresponsabilidad emocional	39
Gráfica 10. Ansiedad por preocupación	40
Gráfica 11. Evitación de problemas	40
Gráfica 12. Dependencia	41
Gráfica 13. Influencia del pasado	41
Gráfica 14. Perfeccionismo	42
Gráfica 15. Territorialidad	42
Gráfica 16. Necesidad de control	43
Gráfica 17. Normatividad	43
Gráfica 18. Creencias en pacientes con diagnostico de VIH por mas de 2 años	44
Gráfica 19. Creencias en mujeres con diagnostico de VIH por mas de 2 años	46
Gráfica 20. Creencias en hombres con diagnostico por mas de 2 años	48
Gráfica 21. Necesidad de aprobacion	48
Gráfica 22. Autoexigencia	49
Gráfica 23. Culpar a otros	49
Gráfica 24. Reacción a la frustración	50
Gráfica 25. Irresponsabilidad emocional	50
Gráfica 26. Ansiedad por preocupación	51
Gráfica 27. Evitación de problemas	51
Gráfica 28. Dependencia	52
Gráfica 29. Influencia del pasado	52
Gráfica 30. Perfeccionismo	53
Gráfica 31. Territorialidad	53
Gráfica 32. Necesidad de control	54
Gráfica 33. Normatividad	54
Gráfica 34. Gráfica general de creencias similares en la muestra de estudio, para describir el perfil cognitivo	55

RESUMEN

La presente investigación, se efectuó sobre el constructo de Perfil Cognitivo, con pacientes con Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), usando como base teórica el concepto de Creencia de Ellis. El cual es definido como características de la actividad del pensamiento causantes de emociones y conductas disfuncionales. Se realizó la investigación en Heres Salud Ltda -Ips Privada- de la ciudad de Santa Marta. Participaron en el estudio 44 sujetos, entre ellos 21 mujeres y 23 hombres, de los cuales 11 hombres y 11 mujeres tienen un diagnóstico recién de VIH y sujetos con diagnóstico de más de 2 años, 12 hombres y 10 mujeres. Se les aplicó el Inventario de Creencias Irracionales (IBT) de Ellis, con el propósito describir el Perfil Cognitivo en hombres y mujeres con VIH. Los resultados obtenidos indican altas puntuaciones en normatividad e influencia del pasado. Otras creencias a resaltar son: Normatividad, Necesidad de Aprobación, Territorialidad, Necesidad de Control, Autoexigencia, Reacción a la Frustración y Ansiedad por Preocupación. El modelo de investigación utilizado fue descriptivo de tipo transaccional.

PALABRAS CLAVES: Perfil Cognitivo, Creencias, terapia racional emotiva, VIH, IBT, esquema ABC.

INTRODUCCIÓN

El Perfil Cognitivo, ha sido definido desde distintas teorías. Beck define el perfil cognitivo desde la teoría de los trastornos de personalidad y estado de ansiedad y depresión integrando el mismo proposiciones, procesos y productos cognitivos. (Sanz, 1993). Por su parte, Albert Ellis aborda el concepto de perfil cognitivo desde su postulado básico de creencias racionales e irracionales, las cuales son características de la actividad del pensamiento que se consideran causantes de emociones y patrones de conductas disfuncionales. (Ellis, 1990). En este punto el perfil cognitivo abarca una serie de constructos que implica el análisis del funcionamiento mental evidente, centrándose en el contenido cognitivo que manifieste un individuo o grupo. Tiene la característica de estar asociado a las emociones, cognición, comportamiento y relaciones interpersonales. (Sanz, 1993; Londoño, Schníter, Marín, Ferrer, Chávez & Castrillón, 2003).

La presente investigación, tiene como objetivo primordial describir el Perfil cognitivo de personas que conviven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), a partir de la identificación de las Creencias racionales e irracionales definidas en la Terapia Racional Emotiva (TRE), de Ellis.

Este estudio se llevo a cabo con pacientes VIH, que asisten a la Ips Heres salud - entidad de naturaleza privada - de la ciudad de Santa Marta. Participaron en la investigación 11 hombres y 11 mujeres con diagnostico recién de VIH. También 12 hombres y 10 mujeres con un diagnostico de más de 2 años, para un total de la muestra de 21 mujeres y 23 hombre. Su ejecución permitió identificar las creencias en relación a la aprobación de otras personas, a soluciones únicas y perfectas a los problemas y, la categorización del pasado como determinante en la conducta actual, entre otras.

La recolección de información se realizó haciendo uso del cuestionario IBT modificado, prueba diseñada por el autor de la teoría de creencias. Presenta características que permiten identificar creencias en el individuo. Este cuestionario revisado y/o modificado consta de 130 ítems distribuidos en 13 ideas, derivadas de la propuesta de creencias irracionales de

Ellis. Las 13 ideas desarrolladas por este autor, desde un punto irracional, causan malestar psicológico y perturbación emocional. Por otro lado, puede señalar tipos de pensamiento del sujeto con relación a poseer una adecuada tolerancia a la frustración, a mantener niveles de ansiedad adaptables, entre otras.

Una vez recolectada la información se proceso la misma a través de la tabla de baremos de este inventario, posteriormente los datos fueron ingresados al programa de Excel 7.0. Se procedió luego a la identificación de Creencias racionales e irracionales, a establecer la diferencia de pensamientos entre géneros de la muestra participante y establecer las diferencias de creencias entre pacientes con diagnostico reciente y pacientes con diagnostico de más de dos años, con la finalidad de describir el Perfil Cognitivo de la población con VIH vinculados a la Ips Heres Salud del distrito de Santa Marta.

Por último, es importante señalar que la investigación se llevo a cabo en el marco de la metodología descriptiva, con un diseño no experimental, de corte transaccional.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El VIH/SIDA es una enfermedad que se ha ido propagando rápidamente en la población mundial. La OPS determinó que en el 2004, 38.000.000 personas vivían con el VIH. El Caribe es la segunda región más afectada en el mundo. A finales de 2004, se estimó que unas 4450.000 personas en el Caribe y 1.700.000 personas en América Latina vivían con el VIH. Tres países en el Caribe tienen niveles nacionales de prevaencia del VIH con un mínimo de 3%: Bahamas, Haití y Trinidad y Tobago. Entre las mujeres trabajadoras sexuales, la prevalencia del VIH varía desde menos del 1% en Nicaragua, 2% en Panamá hasta 5% en Guatemala y más del 10% en Honduras.

En el mundo hay aún unos 40 millones de personas que viven con el VIH y el SIDA, diariamente se infectan unas 11.000 personas y 8.000 más mueren debido a la enfermedad.

En determinadas regiones, como las de África Meridional y Europa Oriental, las tasas de infección continúan en aumento (Niles, 2006).

En publicación realizada en el 2006, en el año 2005 eran más de 1,8 millones las personas infectadas con el virus en Latinoamérica, de las que más de una tercera parte se encuentran en Brasil, y en Colombia el porcentaje de población de 15 a 49 años con VIH/SIDA es de 90000 personas aproximadamente en el año 2003 y 108000 en el 2005. (Population Referente Bureau, 2006).

Asimismo según Documento del proyecto aprobado a Colombia por el Fondo Global: Fondo mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (2006), apunta que desde 1983 hasta septiembre de 2003, Colombia registró un total de 40072 casos de infección por VIH y de SIDA. De estas, 23345 corresponden a personas asintomáticas viviendo con el VIH, 9096 a personas viviendo con el SIDA, y 7012 a muertes causadas por el SIDA. El 81% de los casos reportados al Instituto Nacional de Salud, corresponde a hombres. De acuerdo con las proyecciones del Ministerio de Salud, el número estimado de personas viviendo con el VIH/SIDA en el país en la actualidad estaría entre 140000 y 173000, con una prevalencia nacional estimada de .4% en población entre 15 y 49 años.

Según Martin (2006), representante de la UNICEF en Colombia, expresó su preocupación de este país, porque cada día se reporta un nuevo caso de VIH entre hombres y mujeres jóvenes, esto contrasta con los casos reportados hace 20 años, cuando se conocía uno cada semana. Además alrededor de 2000 personas mueren en Colombia cada año por el Sida, igualmente se estima que, si no se toman medidas urgentes, es probable que para el 2010, la epidemia del VIH que afecta a 7 de cada mil personas pudiera comprometer a 12 de cada mil.

En Santa Marta, de acuerdo a datos ofrecidos por Heres Salud (2007), hay más de 400 casos de VIH reportados solo en esa IPS, pero también se presume que existe un gran número de personas que están infectadas y cuyos casos son desconocido por las clínicas u

otros centros asistenciales de esta ciudad y Salud Distrital. En el 2006, en esta misma Ips, se encontraba 262 personas con este diagnostico. (Camargo y Diaztagle, 2006).

El 1° de diciembre del 2007, día mundial del VIH/SIDA, en el barrio de Gaira, Santa Marta, la IPS Heres Salud realizo una jornada de 400 muestras gratis de Elisa de primera generación y al finalizar el día se encontró 4 nuevos casos por infección de VIH, tomas de laboratorio que se ejecutaron al azar y voluntaria. Es decir que se estima, que de cada 100 familias en la comunidad de Gaira hay una persona infectada. (Heres Salud, 2007).

Bayes (2003) indica que el portador de VIH además de presentar ciertas creencias como sentimientos de culpabilidad por la infección, también puede percibir el deterioro orgánico, disminución del deseo y oportunidades para establecer o mantener relaciones personales que puede conllevar al autoaislamiento. De esta forma, existe la posibilidad que se generen ideas catastróficas, negativas y deberías de la vida, como lo son: una Necesidad de aprobación de los otros, el sentir que su territorio es inviolable, el autoexigirse para destacarse, la necesidad de experimentar tener el manejo de su entorno, la creencia que no se puede violar las leyes que rigen a la vida, el no aceptar la pérdidas por el sufrimiento que les es causado no lo toleran, la inmadurez emocional, la ansiedad experimentada antes de que ocurra un hecho, la evitación a los problemas, la dependencia emocional o social hacia un ser allegado o pareja para poder sobrevivir, el relacionar que el pasado influye en el presente y que para las situaciones debe haber una solución perfecta.

Por el creciente aumento de las cifras de personas con VIH en la ciudad de Santa Marta, se decide realizar un estudio del perfil cognitivo, a partir de la forma como piensan de si misma, de su entorno y futuro; ya que en ocasiones suelen cambiar de forma radical su vida enfrentándose al temor, miedo, perdida de seres allegados, depresión, ansiedad, rechazo social, incertidumbre laboral, discriminación y produciendo en algunos casos el aislamiento social total o parcialmente, miedo al deterioro orgánico o psicológico, miedo a ser una carga para otras personas. (Heres, 2006; OPS, 2004).

La temática de Perfil cognitivo es de interés de estudio investigativo por autores como, Londoño, Ferrer, Agudelo, Gómez, Estévez, Calvete, Gómez, Bitrán, Zuñiga, Lafuente, Viviani y Beltrán. Este tema ha sido abordado por diversos teóricos como Young, Beck y Ellis. En Madrid, España, Estévez y Calvete (2007) realizaron un estudio de Esquemas cognitivos en ludópatas desde la postura de Young (Terapia Centrada en los Esquemas), participaron 167 sujetos con esta patología; usaron las pruebas Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks de Lesieur y Blume y Cuestionario de Esquemas de Young. Hallaron un perfil cognitivo de esquemas del dominio de Desconexión y Rechazo y en los esquemas de Dependencia y Subyugación. Estas personas tendrían la expectativa de que las necesidades propias de seguridad, aceptación y respeto no van a ser cubiertas por los demás. Además presentan un perfil en el esquema de dependencia.

En Medellín, Colombia, Gómez (2007) realiza una investigación de Perfil en adolescentes con sintomatología depresiva, participaron 1096 adolescentes entre edades de 12 a 16 años, tomaron argumentos de la teoría de Beck. Encontraron que el perfil para las mujeres esta compuesto por experiencias de sentimientos negativos, menor afecto positivo, aburrimiento, pensamientos automáticos negativos, pensamientos con alto contenido catastrófico, absolutista, autoderrotista e irrealista. Mientras tanto los hombres experimentan con mayor frecuencia sentimientos de satisfacción, gusto, entusiasmo, unión, afirmación y confianza (afecto positivo) y menor presencia de afecto negativo. En esta misma ciudad Lemos y Londoño (2006) construyeron y validaron un instrumento para Dependencia emocional y a su vez describir un perfil cognitivo desde el modelo de la terapia cognitiva de Beck. La muestra estuvo conformada por 815 participantes y se halló que el perfil cognitivo de la población esta conformado por el concepto de sí mismo, amenazas y estrategias interpersonales del dependiente emocional, pero no frente al concepto con relación a los otros. Siendo las mujeres que presentan miedo al abandono y búsqueda de atención.

Continuando con investigaciones realizadas en Colombia y precisamente en Medellín, Londoño et al (2003) describieron el perfil cognitivo desde la teoría de los trastorno de personalidad en estudiantes universitarios, encontraron que el perfil esquizoide es más

representativo en los hombres, contrario a esto las mujeres el perfil que las identifica es el histriónico.

Agudelo y Gómez (1998), realizaron investigaciones en el municipio la Estrella, Antioquia, establecen un perfil cognitivo en las mujeres que maltratan físicamente a sus hijos según el cuestionario de Ideas Irracionales (IBT) de Albert Ellis. Este perfil estuvo construido por pensamientos Irracionales, con puntuaciones por encima del percentil 70. Hacen parte de este la necesidad de aprobación, ansiedad por preocupación, normatividad, territorialidad, necesidad de control, irresponsabilidad emocional, perfeccionismo, influencia del pasado y evitación de problemas. Cabe destacar que la población estuvo conformada por madres solteras, viudas, unión libre y segunda unión familiar. Según las autoras de esta investigación, apuntan que el maltrato que ejercen las madres se debe a historias pasadas de violencia intrafamiliar de ellas y reproducen el mismo trato a sus hijos. Además tienen un pensamiento de no querer perder el control y autoridad de la situación, el descargar la ira en los menores en ocasiones cuando quebrantan alguna norma o ley interpuesta por ellas.

El tema de Perfil Cognitivo ha sido objeto de estudio por distintos autores. Beck señala que el perfil cognitivo esta integrando por proposiciones, procesos y productos cognitivos. (Sanz, 1993). Ellis indica que el postulado básico de creencias racionales e irracionales, las cuales son características de la actividad del pensamiento que se consideran causantes de emociones y patrones de conductas disfuncionales, permite describir este tema. (Ellis, 1990). Young ha descrito una serie de esquemas cognitivos que pueden estar en el origen de numerosos trastornos psicológicos, cuyos esquemas están organizados en 5 dominios. (Estévez et al, 2007).

La descripción de perfil ha sido estudiado en diversas poblaciones, como lo son, universitarios, ludópatas, mujeres mal-tratantes, trastornos depresivos, de ansiedad, trastornos psicológicos, entre otros. En la Costa Caribe no se conoce indagaciones en áreas de pacientes seropositivos con este tema cognitivo. Por otro lado la población de VIH+ es de relevancia porque nos informamos que día a día este grupo de personas es más numeroso, este virus no discrimina raza, sexo, edad ni estrato socioeconómico. Por esta

razón es de interés de este trabajo investigativo abordar la temática de perfil cognitivo desde Ellis en pacientes seropositivos, además en la ciudad de Santa Marta este tema no se ha llevado a cabo. Por tal motivo la construcción de un perfil cognitivo va permitir la caracterización de una población, lugar y grupo específico, como es el caso de este trabajo que se toman datos de un solo sitio, pacientes que conviven con VIH, que asisten a la Ips Heres Salud de Santa Marta.

De lo expuesto y como futuros profesionales de la psicología, el grupo investigador se ha propuesto dar respuesta al interrogante, ***¿Cuál es el Perfil Cognitivo en mujeres y hombres diagnosticados con VIH pacientes de la Ips Heres Salud E.U. de naturaleza privada, del Distrito de Santa Marta, basados en la teoría de creencias irracionales de Albert Ellis?***

2. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a las estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en estudios hechos en junio del 2004, detectaron más de 2 millones de personas que viven con la infección por el VIH o el SIDA en América Latina y el Caribe. Esto demuestra el aumento y propagación incesante de este virus. Por tal motivo, también este tipo de población se convierte propicia y apta para emprender investigaciones a nivel comportamental y cognitiva, para dar aproximaciones o explicaciones de tipo de conducta y pensamiento.

Un individuo al ser diagnosticado con VIH y conoce de este virus, puede experimentar una alteración del estado psicológico; también pensar que lo sucedido es un castigo por ser buenas o malas personas; mantener el pensamiento que es terrible y catastrófico del suceso; puede surgir la idea que necesita de alguien más fuerte en quien confiar; la idea que la infelicidad humana llega mediante la inercia; la idea de incapacidad de no tener control sobre las emociones y el no evitar sentir ciertas cosas. Todo esto ligado al proceso de duelo por pérdida de la salud. (Ellis y Blau, 2000; Bayés, 2003). Precisa advertir, que este tipo de

pensamiento influye en los diversos contextos socioculturales, vinculados con la persona que padece la enfermedad. Por otro lado, existen creencias que muestran en el individuo una adecuada tolerancia a la frustración, el pasado o experiencias vividas no son determinante en la vida y buscan estrategias de solución a los problemas de forma lógica. A partir de la obtención e identificación de ideas, es importante para la psicología porque permite establecer un perfil cognitivo específico de pacientes con VIH, que muestre evidencias del funcionamiento cognitivo, del tipo de contenido de este y constructo que le da estos sujetos a la forma de regir sus vidas.

Paralelamente, este tipo de infección, además de constituir un grave problema de salud pública, presenta implicaciones en el paciente a nivel social y mental. Entre estos, añadiendo a los mencionados anteriormente, el deterioro gradual de carácter físico, psicológico, social y auto percepción del paciente de su estado de salud. Este tipo de pensamiento que focalizan estos sujetos de investigación, lo “experimentan” con un evento activador, tal y como lo señala Ellis en la TREC. (Ellis, 1990). La activación puede ser producida por la revelación del diagnóstico, con visiones catastróficas acompañado con lo peor o la desgracia del mundo hacia ellos.

En el marco de perfil cognitivo, las investigaciones arrojan resultados desde distintas teorías. Por ejemplo: Londoño et al (2003) se basa en la teoría de los trastornos de personalidad de Beck, el perfil obsesivo compulsivo predomina la creencia con relación a las estrategias. Por otro lado, Estévez et al (2007), desde la postura de Young (Terapia Centrada en los Esquemas), afirman que los ludópatas presenta una necesidad de seguridad, aceptación y respeto. Agudelo et al (1998), se basa en la teoría Racional Emotiva de Ellis y describe que el perfil cognitivo de las mujeres maltratantes se debe a historias del pasado llenas de violencia y por tal motivo agreden a sus hijos.

Este trabajo de investigación se realiza con el fin de describir un perfil cognitivo en paciente con VIH, para hallar características de perfil desde los postulados teóricos de Ellis, teniendo en cuenta que en Santa Marta no se ha realizado una investigación en este marco.

Por tal motivo, los resultados de este trabajo con la identificación de creencias conducen a la descripción del perfil cognitivo en pacientes con VIH de Heres salud de Santa Marta, se puedan generar intereses investigativos en esta línea, en el marco de la teoría cognitiva.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Describir el perfil cognitivo en mujeres y hombres diagnosticados con VIH, pacientes de la IPS Heres Salud E.U. de Santa Marta, a partir de los postulados teóricos de creencias irracionales propuesto por Albert Ellis.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las creencias en mujeres y hombres diagnosticados con VIH, pacientes de la IPS Heres Salud E.U. de Santa Marta, a través del cuestionario IBT de Albert Ellis.
- Distinguir las creencias entre pacientes con diagnostico reciente y pacientes con diagnostico de más de dos años.
- Establecer la diferencia entre géneros de las creencias presentes en pacientes con diagnostico reciente y pacientes con diagnostico de más de dos años.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH)

El Virus de Inmuno Deficiencia Humana llamado así porque ataca el sistema inmunológico y puede llegar a producir el SIDA. Cuando el sistema inmunológico ha sido bastante deteriorado. La Coalición Internacional de Activistas en Tratamiento (CIAT, s.f.), realizan una anotación de que es y la forma de cómo actúa el VIH en el organismo Humano,

diciendo: “El VIH esta hecho de tal modo que solo puede reproducirse dentro de determinadas células de nuestro organismo...”. (p. 5). El VIH se puede transmitir de tres maneras, como lo son: Transmisión fluidos infectantes/mucosas, transmisión sangre/sangre y transmisión vertical.

El grupo a investigar en este trabajo son pacientes con VIH, estos según Canario y Báez que en su investigación usan como referencia a Castillo y cols, (1997), apunta desde una esfera cognitiva: “El diagnóstico VIH positivo puede ser considerado como un acontecimiento potencialmente estresante y traumático, al estar asociado con un proceso de enfermedad de carácter crónico, irreversible y mortal que involucra, además, sentimientos de vergüenza, rechazo social, posible pérdida de trabajo y desprestigio social.”

Este tipo de pensamiento que focalizan estos individuos, lo “experimentan” con un evento activador, tal y como lo señala Ellis en la TREC. La activación está producida por la revelación del diagnóstico, con visiones catastróficas acompañado con lo peor o la desgracia del mundo hacia ellos.

El virus del VIH una vez diagnosticado, puede verse reflejado en el ámbito social y familiar del individuo en un “deterioro” significativo, llevando a un auto-engaño de la familia, que tratan de hacer parecer que ese miembro aun continúa sano, para evitar un conflicto, ya que esto puede producir alteración en el núcleo y dolor. (De Moya, 2003). Además el rechazo y la vergüenza social al que seria sometido.

4.2 Perfil Cognitivo

Los estudios de Perfil Cognitivo, ha sido llevado a cabo por autores tales como: Beck, Clark, Ellis, Londoño, Freeman. Beck le da un abordaje desde la Terapia Cognitiva (TC) y también que cada trastorno tiene un perfil, tal y como lo ha demostrado en estudios de ansiedad y depresión. Estos estudios han sido realizados en compañía y compartidos por el teórico Clark. Ellis, por su lado da un enfoque desde la Terapia Racional Emotiva (TRE), supuesto general basado en que la mayoría de los problemas psicológicos se deben a la presencia de patrones de pensamiento desadaptativos e irracionales. Freeman ha hecho estudios de trastornos de la personalidad y Londoño ha validado y creado instrumentos para

la construcción de perfiles cognitivos. Dichas investigaciones serán mostradas más adelante.

Según Ellis (1990), en la teoría Terapia Racional Emotiva (RET), señala que el constructo cognitivo, del individuo se puede mantener a partir de sus creencias en el acontecimiento activador (As), y son experimentadas de forma subjetiva en las expectativas y evaluaciones, y las consecuencias emocionales (Cs) conllevan los deseos, perturbaciones, etc. El perfil cognitivo desde Ellis, esta conformado por la aparición de creencias en la actividad del pensamiento, causantes de patrones, emociones de conductas disfuncionales.

En este punto, Ellis explica las creencias, en 3 clases dentro de la estructuración del fenómeno cognitivo:

“1. Pensamientos creados por el sujeto y de los que es consciente en un momento determinado; 2. Pensamientos de los que el sujeto no tiene una consciencia inmediata, y, 3. Creencias más abstractas que el individuo puede mantener en general. Las creencias más abstractas constituyen un marco de referencia, a través de la cual se elaboran conclusiones respecto a si mismo, a los demás y el mundo. Estas creencias pueden diferenciarse en irracionales y racionales.” (Ellis, 1990. p. 28).

Agudelo et al (1998), señalan que actitudes de comportamiento suele estar determinada por la presencia de creencias que dan como resultados conductas, pensamientos e ideas en el sujeto. El perfil cognitivo, es también definido como factores asociados a nivel emocional y cognitivo del comportamiento, centrándose en el tipo de contenido cognitivo que manifiesta el individuo. Por consiguiente, los perfiles cognitivos implican diversos constructos que cubren los niveles de análisis. (Londoño et al, 2003; Sanz, 1993). Prosiguiendo con el tema, Beck y Freeman (1990), señalan que los Perfiles Cognitivos hacen referencia a las creencias con relación a la misma persona y a las de su medio, y tanto las percepciones que tienen de amenazas y estrategias interpersonales son la que neutralizan o disminuyen las condiciones de estrés. (Citado en Londoño et al, 2003). En otras palabras, el sistema cognitivo esta sujeto a los constructos que el individuo le otorga

según la percepción y vivencias personales, como puede ser la creación de pensamientos, tal y como afirma González (2001), que las creencias ejercen influencia en la conducta.

La construcción de un Perfil Cognitivo se puede hacer a partir de un trastorno psicológico y también desde la patología de un grupo de pacientes. Londoño et al. (2003), dice que el estudio de los perfiles cognitivos desde la perspectiva de los trastornos de la personalidad contribuye al análisis de factores asociados con los problemas emocionales, cognitivos, del comportamiento e interpersonales.

Es relevante señalar también, que Ingram (1986), aporta cuatro series de categorías, llamada Sistema Taxonómico Cognitivo, para dar significado a nivel cognitivo de perfil. Las categorías taxonómicas cognitivas son: Productos Cognitivos, Operación Cognitivas, Proposiciones Cognitivas y Estructuras Cognitivas. La primera se refiere a la interacción de la información y la consciencia que puede tener de ella. Yacen aquí los pensamientos automáticos, voluntarios, predicciones. La siguiente, Operación Cognitiva, es la codificación y recuperación de la información. La tercera, Proposiciones Cognitivas, se refiere al almacenamiento y organización de la información dentro de la estructura psíquica. Y, la última, es la arquitectura del sistema, es decir la organización interna de la estructura. Como lo son los esquemas, memoria a largo plazo (MLP), etc. (Citado en Sanz, 1993). Esto sería lo que comprende la clasificación taxonómica cognitiva de un perfil. Es una forma más amplia de entender y abordar los significados internos y la construcción de términos en relación a su comportamiento.

Entre los estudios encontramos a Beck y Clark (1998), en la realización del perfil cognitivo en pacientes con depresión y ansiedad, usaron el Cuestionario de Estilo Atribucional ASQ, consiste en plantear situaciones hipotéticas de logro e interpersonales. Hallaron que los pacientes depresivos tienen valoraciones negativas y absolutistas de lo que les sucede, mientras los ansiosos, dichas valoraciones negativas son de naturaleza tentativa. Otros autores como Lemos y Londoño (2006), en estudios realizados para la Construcción y Validación del Cuestionario de Dependencia Emocional en Población Colombiana, constituido con 66 ítems, se halló que la población de estudio experimenta de forma alta la

ansiedad por separación, el miedo a la soledad, búsqueda de atención para mantener a su pareja. En cuanto la diferencia de géneros se encontró que las mujeres tienen mayor puntuación en expresión afectiva de la pareja y miedo a la soledad, no obstante en los hombres obtuvieron mayor resultado en la Búsqueda de atención.

En esta misma línea, Bornstein y Languirand (2002), usaron el Test de Perfil Relacional, Inventory of Altered SelfCapacities (IASC) y el Collins and Read's Adult Attachment Scale en población joven, encontraron un perfil de relaciones en sobredependencia destructiva con el experimentar preocupaciones en abandono, las puntuaciones altas en Desapego disfuncional tenía relación con experimentar la desolación y dificultad expresiva del afecto. (Citado en Lemos y cols, 2006).

En otros estudios hechos en nuestro país, llevado a cabo por Londoño et al (2003), usaron el Cuestionario de Contenidos Esquemáticos de los trastornos de la Personalidad (CCETP), aplicado a 809 estudiantes universitarios en la ciudad de Medellín, Colombia. Dicho instrumento conformado por 29 ítems, se uso para la realización de Perfil Cognitivo de trastorno de personalidad en estudiantes universitarios. Tuvo como resultado, que la investigación obtuvo una mayor relevancia en las creencias asociadas con el Perfil Cognitivo Paranoide, que muestra mayor representatividad en los universitarios hombres, al igual que el Perfil Cognitivo Esquizoide. Por otro lado, el Perfil Cognitivo Histriónico fue más distintivo en las mujeres.

En Antioquia, Agudelo y Gómez (1998), establecieron el constructo del perfil cognitivo desde la teoría de Creencias Irracionales de Albert Ellis. Usaron el cuestionario de Ideas Irracionales (IBT) de este mismo autor. La población de estudio fue mujeres que maltratan físicamente a sus hijos. Este perfil estuvo construido con puntuaciones por encima del percentil 70, de Pensamientos Irracionales. El resultado que obtuvieron fue que su perfil cognitivo posee sistemas de creencias de la Necesidad de Aprobación, Ansiedad por Preocupación, Normatividad, Territorialidad, Necesidad de Control, Irresponsabilidad Emocional, Perfeccionismo, Influencia del Pasado y Evitación de Problemas. Cabe destacar que la población estuvo conformada por madres solteras, viudas, unión libre y segunda

unión familiar. Según las autoras de esta investigación, apuntan que el maltrato que ejercen las madres se debe a historias pasadas de violencia intrafamiliar de ellas y reproducen el mismo trato a sus hijos. Además tienen un pensamiento de no querer perder el control y autoridad de la situación, el descargar la ira en los menores en ocasiones cuando quebrantan alguna norma o ley interpuesta por ellas.

Finalmente, Edo y Ballester (2006) decidieron realizar un estudio que diferenciara el perfil cognitivo en pacientes VIH y oncológicos. Esta investigación conto además con un grupo control. Evaluaron ansiedad, depresión, autoestima, conducta anormal de enfermedad, percepción de apoyo social y estado de adaptación. Usaron cuestionarios tales como STAI, BDI, IBQ, escala de adaptación de Echeburúa y Corral, entre otros. Hallaron que el perfil cognitivo de pacientes VIH manifiesta una mayor preocupación por la salud, mayor niveles de ansiedad y depresión que los otros grupos. La autoestima de los seropositivos es menor, al igual que la percepción de apoyo social. También catalogaron con alta puntuación la interferencia de la enfermedad en sus vidas.

Por otro lado, desde la teoría de la TREC de Ellis, la construcción de perfil cognitivo se hace con base a las creencias, son cualquier pensamiento, emoción o conductas que conduzca a consecuencias autoderrotistas o autodestructivas que interfieran de forma significativa en la supervivencia y felicidad del organismo. (Ellis y Blau, 2000). De esta misma forma Calvete y Cardenoso, (2001) plantean que son las que constituyen conocimiento, formándose por la influencia del conjunto de las relaciones interpersonales.

4.3 Creencias

Las creencias pueden entenderse como un marco de referencia o conjunto de reglas que determinan nuestra forma de ser en el mundo, evaluamos las situaciones, los otros y nosotros mismos y la forma de interactuar con los demás. Asimismo, González, (2001), afirma la influencia que ejercen las creencias sobre nuestra conducta se produce generalmente de forma inconsciente, y se hace presente, en muchas ocasiones, cuando se produce un cambio en ellas.

Las creencias son catalogadas como la forma de pensar y actuar de cada individuo dependiendo de las vivencias que haya tenido y pueden llegar a formar los pensamientos positivos y negativos. De esta forma, las creencias racionales son un modo de pensar adecuado acerca del mismo individuo y de su entorno, actuando este de forma lógica ante los sucesos. Pero las creencias irracionales producen en el individuo un malestar psicológico. Ellis caracterizó las creencias irracionales en:

- a) Son falsas, ya que no están apoyadas por la evidencia, no se concluyen de la realidad. Puede iniciarse de una premisa inadecuada y/o conducir deducciones imprecisas que no son apoyadas por la evidencia, y a menudo, representan una sobre generalización.
- b) Son órdenes o mandatos, se expresan como demandas, deberes y necesidades.
- c) Conducen a emociones inadecuadas como ansiedad y depresión.
- d) No ayudan a lograr los objetivos, cuando la persona esta dominada por creencias absolutas y desbordadas por las emociones no está en la mejor posición para llevar a cabo las tareas y potenciar los aspectos positivos en su vida. (Citado en Cardeñoso y Calvete, 1999).

Las creencias irracionales hacen una evaluación absolutista de las situaciones, se internalizan pensamientos como el “debo de”, “tengo que”. Siendo estas ideas muy innegables. Verástegui, (2004) anota que: “este tipo de creencias se consideran irracionales por que son rígidas, ilógicas y normalmente impiden a las personas lograr sus metas...”, continua afirmando: “estas creencias no llevan necesariamente al trastorno psicológico, por que las personas podrían conseguir el éxito con esos pensamientos, pero es muy probable que puedan producirse fallos en el futuro. Sin embargo, ciertas ideas irracionales pueden conllevar al fracaso y perturbación, porque se acentúan y arraigan demasiado en el pensamiento del individuo formándose ilógicas, falsas, extremistas y tienden al sabotaje de proyectos y metas.”

Las creencias se expresan con frecuencia en términos absolutos tales como «Soy un fracaso», «No valgo para nada» o «El mundo es un lugar peligroso». Beck (1976), utiliza la etiqueta «disfuncional» e «inadaptada» para referirse a las creencias que pueden subyacer a los problemas emocionales. (Citado en Cardeñoso et al., 1999). Estas creencias son dadas y reforzadas desde el ambiente familiar y cultural, las cuales, en ocasiones desde una

terapia se hace difícil modificarlas, porque están muy arraigadas en la estructura del pensar del individuo.

Por lo tanto, las creencias irracionales conducen a la destrucción del individuo y de cierta manera a la sociedad, ocasionando como ya fue nombrado antes problemas psicológicos como la depresión. Para medir el malestar psicológico se han creado una serie de cuestionarios, escalas e inventarios para evaluar las creencias irracionales. En investigaciones hechas por Cash (1984) y McLennan (1987) encontraron correlaciones en la escala del Cuestionario de Creencias Irracionales se asociaban a los síntomas depresivos. Marcotte (1996) también encontró una asociación entre irracionalidad y depresión en estudios con jóvenes, caracterizándose por una puntuación alta en irracionalidad, los adolescentes depresivos se caracterizaban por una mayor puntuación en irracionalidad. (Citado en Cardeñoso et al., 1999).

Camargo et al (2006), realizaron una descripción de creencias irracionales en pacientes con VIH en Santa Marta, y encontraron que las ideas necesidad de aprobación, dependencia, influencia del pasado, normatividad, ansiedad por preocupación, necesidad de control, territorialidad, perfeccionismo y evitación de problemas puntuaron en alto en el límite superior. Usaron el cuestionario del IBT de Ellis.

En investigación realizada por Cardeñoso y Calvete en 1999 en España, sobre Creencia y Síntomas Depresivos, utilizaron la escala CES-D del esquema ABC de Ellis, estudiando la asociación de creencias irracionales y síntomas depresivos mediante un modelo de ecuaciones estructurales. Los análisis mostraron que tres tipos de creencias tenían efectos significativos como lo son: necesidad de aprobación, indefensión ante el cambio y perfeccionismo. Por ejemplo: el efecto de la indefensión ante el cambio en los síntomas depresivos ha sido teorizado en el modelo de la depresión de Seligman, la cual está muy relacionada con el concepto de locus de control interno, es decir, por la creencia por parte de una persona y puede hacer poco por sí misma para cambiar en las circunstancias e influir en los acontecimientos de sus vida.

De esta misma forma Calvete y Cardeñoso (2001), encontraron que las puntuaciones altas de irracionalidad conducirán a actitudes negativas hacia los problemas y al empleo de estrategias inadaptadas de resolución de problemas como la evitación. Asimismo citan a Dávila, Hammen, Burge, Daley y Paley (1996) los cuales observaron una correlación baja pero significativa entre resolución de problemas y creencias de apego, al igual Denoff (citado en Calvete y cols, 2001) encontró que determinadas creencias irracionales se asociaban a los diversos estilos de afrontamiento de los problemas.

Asimismo Calvete y cols. (2001) encontraron que “las subescalas de necesidad de aceptación, altas autoexpectativas, Indefensión acerca del cambio, dependencia e Irresponsabilidad emocional están relacionadas entre sí mientras que culpabilización y perfeccionismo parecen independientes. La correlación más alta se da entre necesidad de aceptación y altas autoexpectativas y es coherente con el factor de irracionalidad en creencias en áreas del éxito y aprobación”, (p. 179).

También en este mismo estudio hallaron en cuanto a las puntuaciones bajas en la variable de personalidad Afabilidad se asocian con calificaciones altas en Altas Autoexpectativas (AA) y tendencia a la Culpabilización (CU). Este resultado puede interpretarse en el sentido de que estas creencias (AA y CU) posiblemente caracterizan un estilo competitivo y en cierta manera hostil en las relaciones interpersonales. (Calvete y cols., 2001).

En cuanto a la adhesión al tratamiento, según como lo explica Remor (2002) en su investigación y diversos autores socio-cognitivos como Bandura (1997); Rosentock (1974); Amigo, Fernández y Pérez (1998), el resultado de una buena adherencia sería el resultado de la decisión racional que tenga el paciente frente a las consecuencias que pueda tener en la mejoría o deterioro orgánico de la ingesta del TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad). También indica Remor que dicha decisión va ligada a la relación costo-beneficio del tratamiento y además este puede verse afectado por el tipo de creencia normativa.

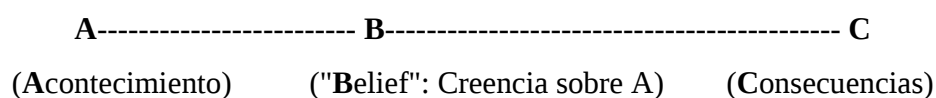
4.4 Esquema ABC y Creencias

El modelo explicativo de las creencias del sujeto, se basan en la aceptación importante de las emociones y conductas colocando énfasis en lo cognitivo, es decir, en los pensamientos, creencia e imágenes mentales. Por tal motivo surge esquema del A-B-C, y se explica de la siguiente forma:

La **A** se designa por la activación de las experiencias, tales como problemas familiares, insatisfacción laboral, traumas tempranos, y todo aquello que se pueda enmarcar como productor de infelicidad. Es el desencadenante o productor de C.

La **B** se refiere a creencias o ideas, básicamente irracionales y auto acusatorias que provocan sentimientos de infelicidad actuales. Son las creencias y pensamientos de A.

La **C** corresponde a las consecuencias o aquellos síntomas neuróticos y emociones negativas tales como el pánico depresivo y la rabia, que surgen a partir de nuestras creencias. (González, 2004; Roca, s.f.).



La explicación de Ellis (2004) a este esquema lo hace de la siguiente forma: “Acontecimientos Activantes o Experiencias Activantes (A) sus Creencias (B) acerca de estas As crean principalmente sus Consecuencias (C) emocionales y conductuales, pero la REBT también teoriza que A, B y C a menudo interactúan potentemente de modo que los Acontecimientos Activantes (A) influyen en las Creencias (B) y en las Consecuencias (C). Las B es influyen las Aes y las Ces; y las Ces influyen Aes y B es. Por tanto, los fracasos graves de las personas y las pérdidas de aprobación (A) conducen a menudo a Creencias negativas (B) y a retirada (C). Las Creencias negativas (B) fomentan fracasos y pérdida de aprobación (A) así como retirada (C). Y las retiradas (C) a menudo fomentan fracasos graves y pérdidas de aprobación (A) y creencias negativas (B).”

Según Landriscini (2006), expone que la teoría del ABC esta encaminada en el modelo del conductismo clásico de E-R (estímulo–respuesta), con una variable y dando su aporte significativo y moderno de B que es la caja negra. Comparando y explicando el

comportamiento de lo irracional (cognitivo), con un toque del enfoque conductual. Además, este mismo autor pone de manifiesto: “las creencias están constituidas por pensamientos y emociones, estando a su vez estas últimas compuestas por pensamientos subyacentes a los que califica de “pre conscientes” en el sentido de Freud. Las emociones como tales no son nunca completamente a-ideativas, lo que las diferencia de las sensaciones. Su particularidad consiste en poseer un fuerte componente evaluador o valorativo”. (pp. 126-127). Las ideas son catalogadas como un comportamiento inútil e irracional causando insatisfacción en la vida del sujeto.

Ellis y Abrahán (2001), han indicado que la TRE (Terapia Racional Emotiva) en su esquema ABC, se sostiene cuando las personas tienen Consecuencias emocionales (C) después de una Experiencia Activante (A), esta última contribuye, pero no directamente, a causar C. Su sistema de creencia (B) conduce a C en gran parte y más específicamente. Así pues, si se sienten deprimidas en C después de verse rechazadas por alguien en A, el rechazo no las hace reprimidas, sino que sus creencias acerca de este rechazo conduce directamente a los sentimientos de depresión. En B, tienden primero a tener un conjunto de creencias racionales que proceden de su sistema de valores básicos, sus deseos y sus preferencias. En B tienen un conjunto de creencias irracionales como “debo ser aceptado por las demás personas significativas para mí; tengo que obtener lo que deseo. Y si soy rechazado, será terrible: no podré soportarlo.

4.5 Creencias y VIH

“Uno de los aspectos que produce mayor sufrimiento en muchas de las personas infectadas por el VIH es el denominado “SIDA social” consiste en la marginación o discriminación que sufren por parte de miembros de la población no infectada, debido al temor que sienten estos últimos por una hipotética transmisión de comportamientos habituales.” (Bayés, Comellas, Lorente y Viladrich, 1998, p. 127)

Asimismo, Marino (2003) dice que el VIH trae la amenaza de una sobrecarga en el sistema de salud, debilitamiento de la fuerza de trabajo e intensificación de la tensión social. Afectando a muchas más personas que las que infecta, es decir la persona que convive con

el VIH implica para su familia, pareja, parientes y amigos una carga de responsabilidades y angustias mayor que las que implican otras enfermedades.

De esta forma los seres humanos no nacemos con ideas, ni pensamiento acerca de las cosas, sino que estos los vamos adquiriendo, formado e instaurando a través del pasar los años. Estas formaciones cognitivas dependerán de nuestro estado psíquico y de cómo comprendemos las cosas de nuestro alrededor, es decir la formación de las creencias.

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de Investigación

El tipo de investigación de este trabajo es descriptiva, porque mide, evalúa y recolecta datos mediante una prueba aplicada, sobre distintos aspectos o componentes del fenómeno a investigar. Además pretende dar la descripción respecto a una determinada realidad, como es la construcción del Perfil Cognitivo de Pacientes con VIH de la Ips Heres salud del distrito de Santa Marta, a partir de las Creencias con el inventario IBT.

5.2 Diseño de la Investigación

El diseño de esta investigación es No Experimenta de tipo Transeccional o transversal, se *recolectan* datos en un solo momento, en un tiempo único, cuyo propósito es describir variables y analizar su incidencia. (Hernández Fernández y Baptista, 2004). El paradigma de investigación es empírico-analítico.

5.3 Definición de Variables

Tabla 1.
Definición de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Unidades de análisis	Indicadores
Perfil Cognitivo	Característica de la actividad del pensamiento que se considera causante de emociones y patrones de conductas disfuncionales. (Ellis, 1990).	• Pensamientos creados por el sujeto y que son conscientes. • Pensamientos de los que el sujeto no tiene una consciencia inmediata. • Creencias más abstractas que el individuo puede mantener en general. (Ellis, 1990).	Pensamientos que interfieran de forma significativa en la supervivencia y felicidad del organismo. (Ellis y Blau, 2000). Tales como: Necesidad de aprobación, autoexigencia, culpar a otros, reacción a la frustración, irresponsabilidad emocional, ansiedad por preocupación, evitación de problemas, dependencia, influencia del pasado, perfeccionismo, territorialidad,	Puntajes que se distancien de la media, de la tabla de baremos del IBT modificado.

			necesidad de control y normatividad.	
--	--	--	--------------------------------------	--

5.4 Población y Muestra

La población que hizo parte de este estudio fue de 44 personas diagnósticas con VIH, de cualquier edad, escolaridad y credo. De los cuales 21 eran mujeres y 23 varones.

Se estableció con la población el consentimiento informado. Además se contaba con el beneplácito del gerente general y director científico de la entidad para llevar a cabo el estudio. Una vez firmado el consentimiento por los participantes se procedió a la aplicación de la prueba.

El tipo de muestreo elegido para este trabajo investigativo es Muestreo por conveniencia, porque participaron solo aquellos que cumplieron con el criterio de inclusión de ser pacientes VIH con diagnostico reciente y con diagnostico por más de dos años.

Tabla 2.

Características demográficas de pacientes recién diagnosticados con el VIH

Sujeto	Sexo	Edad	Tiempo de Dx
N 1	Femenino	26 año	Enero-junio
N 2	Femenino	34 años	Enero-junio
N 3	Femenino	30 años	Enero-junio
N 4	Femenino	45 años	Enero-junio
N 5	Femenino	26 años	Enero-junio
N 6	Femenino	37 años	Enero-junio
N 7	Femenino	37 años	Enero-junio
N 8	Femenino	38 años	Enero-junio
N 9	Femenino	22 años	Enero-junio
N 10	Femenino	32 años	Enero-junio

N 11	Femenino	28 años	Enero-junio
N 12	Masculino	30 años	Enero-junio
N 13	Masculino	34 años	Enero-junio
N 14	Masculino	35 años	Enero-junio
N 15	Masculino	26 años	Enero-junio
N 16	Masculino	31 años	Enero-junio
N 17	Masculino	53 años	Enero-junio
N 18	Masculino	47 años	Enero-junio
N 19	Masculino	28 años	Enero-junio
N 20	Masculino	25 años	Enero-junio
N 21	Masculino	32 años	Enero-junio
N 22	Masculino	48 años	Enero-junio

Tabla 3.
Características demográficas de pacientes con más de dos años de
diagnostico de VIH

Sujeto	Sexo	Edad	Tiempo de dx
N 1	Femenino	20 años	2000-2006
N 2	Femenino	27 años	2000-2006
N 3	Femenino	28 años	2000-2006
N 4	Femenino	35 años	2000-2006
N 5	Femenino	35 años	2000-2006
N 6	Femenino	34 años	2000-2006
N 7	Femenino	46 años	2000-2006
N 8	Femenino	37 años	2002-2006
N 9	Femenino	17 años	2002-2006
N 10	Femenino	50 años	2000-2006
N 11	Masculino	32 años	2000-2006

N 12	Masculino	19 años	2000-2006
N 13	Masculino	39 años	2000-2006
N 14	Masculino	24 años	2000-2006
N 15	Masculino	26 años	2000-2006
N 16	Masculino	21 años	2000-2006
N 17	Masculino	24 años	2000-2006
N 18	Masculino	48 años	2000-2006
N 19	Masculino	24 años	2000-2006
N 20	Masculino	40 años	2000-2006
N 21	Masculino	26 años	2000-2006
N 22	Masculino	43 años	2000-2006

5.5 Instrumento de Recolección

El instrumento de recolección que se utilizó en este trabajo de investigación es el Inventario de Creencias Irracionales el I.B.T modificado de Albert Ellis, el cual ayuda a identificar el o los tipos de Creencias Racionales e Irracionales que puede tener un individuo con VIH/SIDA, además el diligenciamiento es por parte del sujeto de investigación, es decir autodiligenciamiento. El cuestionario revisado consta de 130 ítems distribuidos en 13 ideas, derivadas de la propuesta de la terapia racional emotiva de Ellis. Dichos pensamientos son: Necesidad de aprobación, autoexigencia, culpar a otros, reacción a la frustración, irresponsabilidad emocional, ansiedad por preocupación, evitación de problemas, dependencia, influencia del pasado y perfeccionismo, territorialidad, necesidad de control y normatividad.

Los 13 factores incluyen 10 ítems. El número 1, Necesidad de aprobación, tiene preguntas relacionadas al querer sentir apoyo por los otros, un ejemplo de pregunta es. *“Quiero agradarle a todas las personas”*. El segundo factor, Autoexigencia, hace relación a dar el máximo de competencia en cada tarea. Un ejemplo de pregunta es: *“No me importa competir en actividades donde otros son mejores que yo”*. El factor 3 Culpar a Otros, es la

idea de atribuir culpa y castigos a los demás por sus actos. Un ejemplo de pregunta es: *“Aquellos que obran mal deben ser sancionados”*. El factor 4 Reacción a la Frustración, indica lo catastrófico y horroroso que las cosas no son como *deberían ser*. Un ejemplo de pregunta es: *“Con frecuencia me siento molesto por situaciones que no me gustan”*. El Factor 5 Irresponsabilidad Emocional, señala que las condiciones desagradables no deberían existir porque causan la perturbación humana. Un ejemplo de pregunta es: *“Cuanto más problemas tenga una persona menos feliz será”*. El factor 6 Ansiedad por preocupación, relacionado con lo incierto y peligroso causa *terriblemente* ansiedad. Un ejemplo de pregunta es: *“Casi nunca pienso en cosas como la muerte o la guerra”*. El factor 7 Evitación de problemas mide que las dificultades no *deberían* de existir y es más fácil evitarlas que enfrentarlas. Un ejemplo de este factor es: *“Trato de dejar al lado las tareas o labores difícil”*. El octavo factor Dependencia se relaciona con la necesidad de tener a alguien más fuerte en quien confiar. Un ejemplo de pregunta es: *“Hay ciertas de quien dependo enormemente”*. El factor 9 Influencia del Pasado, indica como el pasado influye en la historia de vida. Un ejemplo de pregunta es: *“Es casi imposible superar la influencia del pasado”*. El factor 10 Perfeccionismo, mide el tipo de solución correcta y perfecta. Un ejemplo de pregunta es: *“No hay solución perfecta para nada”*. El factor 11 Territorialidad, atribuye a un territorio privado e inviolable. Un ejemplo de pregunta es: *“Todos tenemos nuestro pequeño mundo y nadie debe entrar en el”*. El factor 12 Necesidad de Control, relacionado con tener el manejo y control de lo que se encuentra alrededor. Un ejemplo de pregunta es: *“Temo perder el control”*. El último factor, el 13, Normatividad, indica la necesidad de seguir la normas y el no violarlas. Un ejemplo de pregunta es: *“Siempre trato de cumplir las normas aunque ello me perjudique”*. (Ellis y cols., 2000).

Las preguntas se evalúan en un formato de escala de calificación de tipo Likert, con 5 opciones de respuestas, que van de 1 = Muy de acuerdo a 5 = Muy en desacuerdo. Para calificar la prueba se suman los valores de cada idea y se comparan con los baremos. La confiabilidad fluctúa entre 0.67 y 0.82. (Folliaco, 2006).

5.6. Procedimiento

Para la realización de este trabajo, se realizó una búsqueda de información para conocer el estado de investigaciones realizadas anteriormente, relacionadas con este tema, en artículos científicos, revistas científicas, tesis de grado y libros de primera fuente. Luego, se gestionó el sitio donde se iba a realizar la investigación, se seleccionó una IPS de naturaleza privada, cuyo objetivo es brindar atención integral a personas con VIH/SIDA. Y para finalizar, se hizo el trabajo de campo tomando la muestra general de esta población. Que estuvo constituida por 44 personas.

5.7 Procedimiento para el Procesamiento de la Información:

La recolección de la información se hizo por medio de la aplicación del cuestionario IBT. Antes de ser diligenciado por los sujetos del estudio, las investigadoras realizaron una previa capacitación instructiva de la forma de desarrollar el inventario de Creencias Irracionales y los objetivos de la investigación. Después de recolectar la información, se procedió a la tabulación e interpretación del IBT. Se realizó mediante la tabla de baremos de este cuestionario. Se efectuó posteriormente una sumatoria del valor de cada factor, comparándolo con los baremos. Se construyó la base de datos en hoja de cálculo de Microsoft Excel 7.0. Posteriormente se hizo un análisis descriptivo para hallar resultados de la investigación. Para la realización de resultados se usaron gráficas correspondientes al programa de Excel.

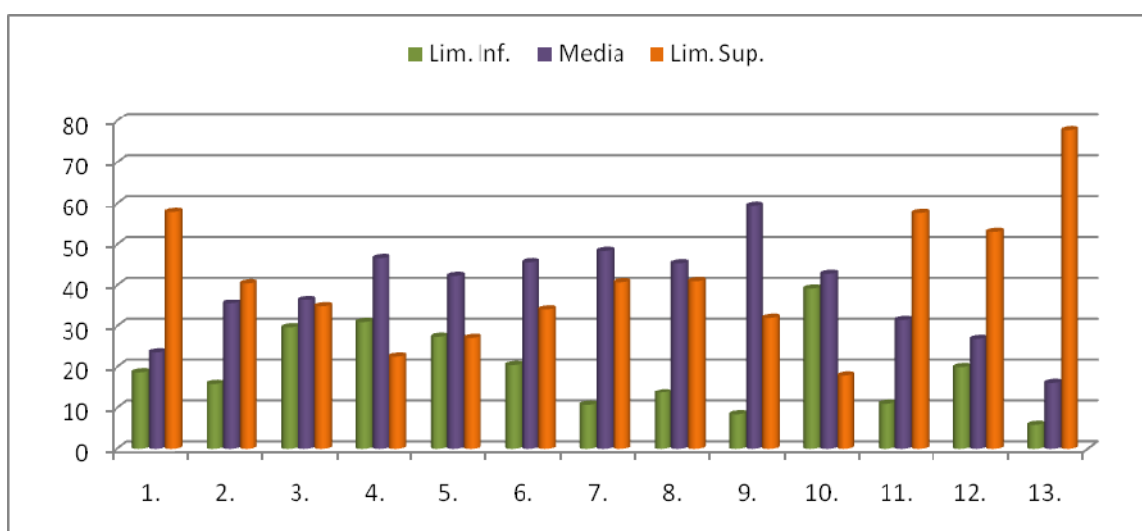
6. RESULTADOS

Los resultados de esta investigación, son expuestos a través de gráficas. Primero, identificar las creencias en mujeres y hombres diagnosticados con VIH. Luego se procedió a establecer la diferencia entre géneros de las ideas presentes en pacientes con diagnóstico reciente y pacientes con diagnóstico de más de dos años. Seguidamente, se hace la presentación por medio de gráfica de las creencias entre pacientes con diagnóstico reciente y pacientes con diagnóstico de más de dos años. Esta última es una gráfica general detallada, caracterizando las creencias similares que obtuvo la población total que participó

en el estudio. Con la finalidad de responder a cada objetivo planteado en este trabajo investigativo, para obtener **El Perfil Cognitivo** desde la teoría de Ellis de creencias, que caracteriza a la población VIH, pacientes de Heres Salud Ltda del Distrito de Santa Marta.

6.1 Gráfica General de Creencias en la muestra de estudio de pacientes con VIH

Gráfica 1.
Creencias en la Muestra



En la muestra del estudio que estuvo conformada por hombres y mujeres seropositivos, indica que su pensamiento está regido por las normas y leyes inviolables, presentan una necesidad de sentirse aprobados por las personas que están a su alrededor, tienden a tener el control de todo como: sentimientos, situaciones, roles, etc. A diferencia de esto, tiene una ansiedad que es adaptativa y no les causa daño, esta no les impide la ejecución de sus actos. Son personas que le hacen frente a sus problemas y no huyen cuando se les presenta alguna dificultad.

6.2. Gráfica General de Creencias en personas recién diagnosticadas con VIH

Gráfica 2.
Creencias en recién diagnosticados

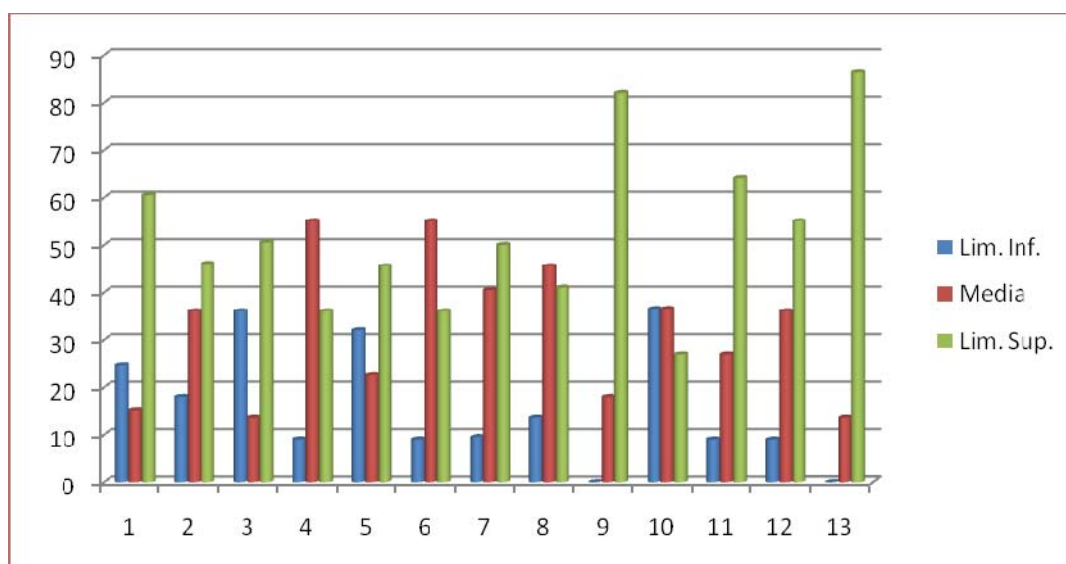


Tabla 4.
Nombres de las Creencias

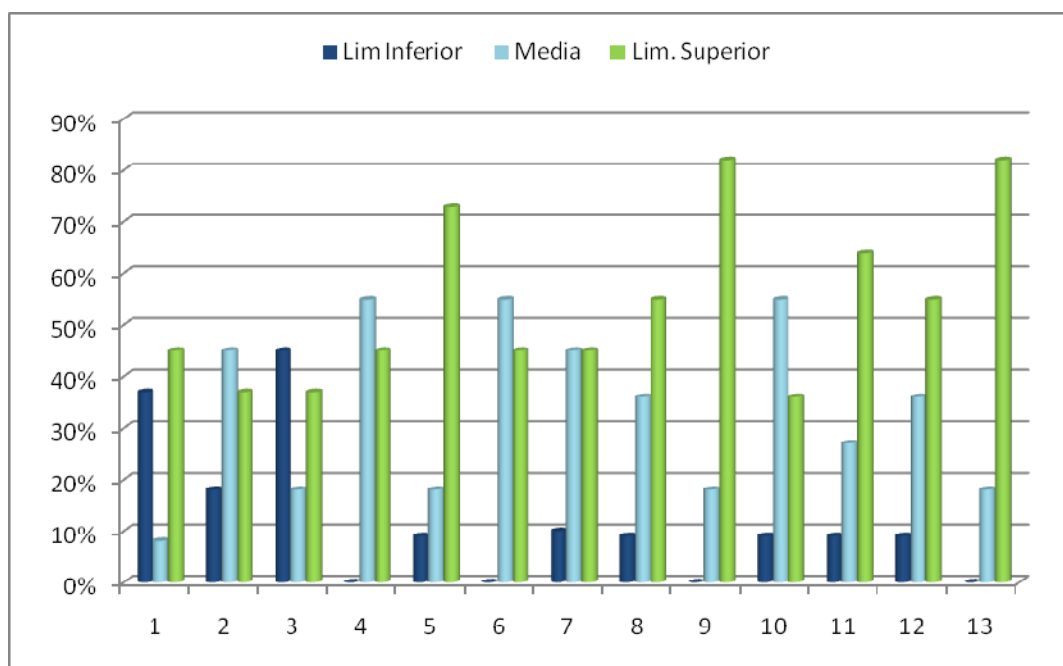
No de Creencia	Nombre de Creencia
1	Necesidad de Aprobación
2	Autoexigencia
3	Culpar a Otro
4	Reacción a la Frustración
5	Irresponsabilidad Emocional
6	Ansiedad Por Preocupación
7	Evitación de Problemas
8	Dependencias
9	Influencia del Pasado
10	Perfeccionismo
11	Territorialidad
12	Necesidad de Control

13	Normatividad
----	--------------

Esta gráfica indica que el grupo en general de estudio de la población, que fueron diagnosticado durante el período del primer semestre del 2007 (2007/I), presentan pensamientos con altas puntuaciones en el límite superior, como por ejemplo: la creencia (13) Normatividad, que poseen el porcentaje más alto, con el 86,5% en el límite superior, se relaciona en que sus vidas *deben* de estar regida por las reglas y estas no pueden violarse o romperse. La segunda creencia que obtuvo resultados altos fue (9) Influencia del Pasado con el 82% en el superior, muestra, lo sucedido a estas personas es producto de una experiencia pasada y responsabilizan las experiencias vividas. La (4) Reacción a la Frustración con un 55% en la media, estos sujetos suelen afrontar las situaciones difíciles mientras pasan por un período de adaptación y logran superarla. El 55% en la media corresponde para la creencia (6) Ansiedad por Preocupación, la ansiedad que manifiestan es adaptativa y no causa daño. Las mujeres en oposición de pensamiento a los hombres, en (2) Autoexigencia, se proponen logros y metas en sus vidas y poseen una adecuada tolerancia a la frustración, mientras los varones con 55% en el superior, presentan un extremado sufrimiento, porque sienten que no dan lo mejor de si, poseen una baja tolerancia a la frustración, tiene el pensamiento o la distorsión cognitiva del todo o nada porque creen que tienen que hacer lo máximo en cada tarea. La (11) Territorialidad puede ser una creencia de amenaza hacia este grupo, por su puntuación alta en el superior del 64%, indica lo extremadamente reservados, no dan información de si mismo y se sienten amenazados con preguntas simples. En resumen, las creencias que están en este grupo de pacientes que son similares, son: (1) Necesidad de Aprobación, (3) Culpar a Otros, (5) Irresponsabilidad Emocional, (7) Evitación de Problemas, (4) Reacción a la Frustración y (6) Ansiedad por Preocupación.

6.3. Distribución de las variables de Creencias en Mujeres recién diagnosticadas con VIH

Gráfica 3.
Creencias en Mujeres

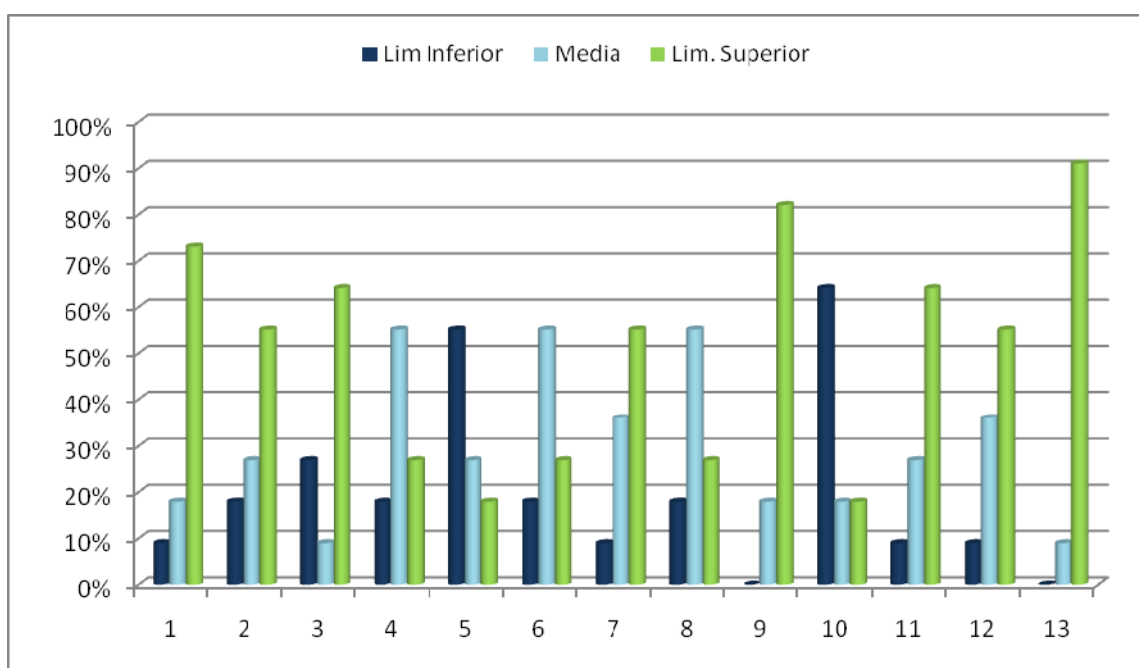


Los resultados de las mujeres recién diagnosticadas con VIH, indica las puntuaciones que determinan las creencias, entre estas están: (1) Necesidad de Aprobación con valoraciones del 48% en el límite superior e inferior con un 40%, estas personas poseen un pensamiento basado en la extrema necesidad de sentirse aprobadas y apoyadas por los otros, con relación “es importante para mí que otros me aprueben”. En ocasiones suelen ser irritables, tímidas y poco participativas. Su comportamiento es de sumisión. Por otro lado, en ocasiones presentan características asociadas al pensamiento “aunque me gusta la aprobación, no es una necesidad importante”, de poca importancia de críticas hacia ellas, el amor poco les importa. Entre las creencias relacionadas con el medio y los otros, también se encuentra (8) Dependencia, puntúa con un 55% en límite superior, lo cual ellas dependen de la opinión de los otros para la toma de sus decisiones. Prima la vida social que la autonomía y tienen una figura que toman las decisiones por ellas; (11) Territorialidad, el 64% en el límite superior indica que son extremadamente reservadas, no dan información de si misma y se sienten

amenazadas con preguntas simples. Entre los pensamientos de consigo misma, se halla la (2) Autoexigencia, 45% en la media, idea de este grupo, indica que las mujeres se proponen logros y metas en sus vidas y poseen una adecuada tolerancia a la frustración. Contrario a esta, la (5) Irresponsabilidad Emocional puntúa el 73% en el superior, generando como resultado el tratar de exagerar la condición de inconstancia e indecisión para dar una respuesta asertiva a cualquier hecho que le sea presentado en la cotidianidad. Tornándose descontroladas en sus planes. La Creencia (6) Ansiedad por Preocupación con puntuación en la media del 55% subraya que la ansiedad que manifiestan es adaptativa y normal, la cual no causa daño.

6.4. Distribución de las variables de Creencias en hombres recién diagnosticados con VIH

Gráfica 4.
Creencias en Hombres



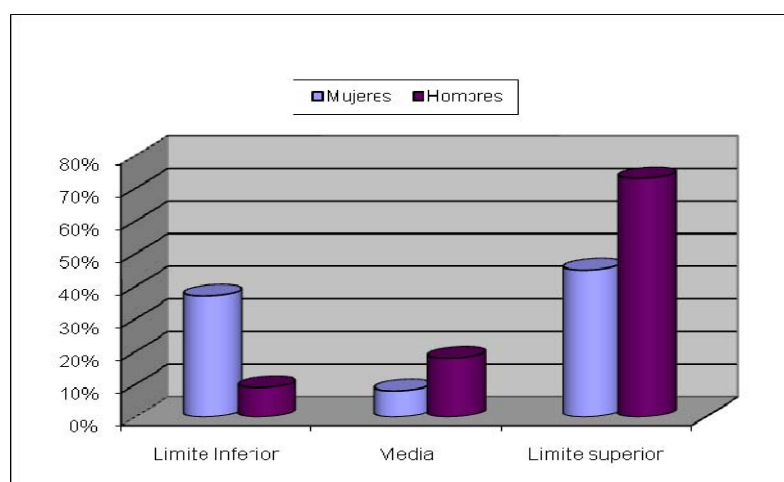
En esta gráfica se representa las puntuaciones que obtuvieron los hombres recién diagnosticados en cada variable de Creencia, en sus 3 límites. Por tal motivo, se aprecia como en el grupo de la mujeres la (13) Normatividad con el mayor puntaje del 91% en el límite superior, el cual señala, lo regidos que se encuentran por las reglas y sienten la

obligación de cumplirlas y no violarlas. En este mismo orden, se halla la creencia (9) Influencia del Pasado, señala que es una idea del entorno, el cual establece en términos cognitivos de Ellis, con un 82% en el límite superior, catalogan lo sucedido a ellos es producto de una experiencia pasada, responsabilizan las experiencias vividas y por ende consideran poco la posibilidad de cambio porque su modo de vivir actualmente con relación a lo pasado es determinante. También tienen la idea de (1) Necesidad de Aprobación, en el superior con 73%, presentan una extrema necesidad de sentirse aprobados y apoyados por los otros; son irritables, tímidos, poco participativos. Sus comportamientos son de sumisión, callados y no dan a conocer sus opiniones por temor a ser evaluados. En contraposición a esto, los varones también poseen ideas que los pueden ayudar a vivir más y mejor, ya que los ayuda a emplear o elegir ciertos valores, metas o ideales que les genere felicidad (Ellis, 1990). Estas son la adecuada (4) Reacción a la Frustración, 55% en la media, expresa que estos sujetos suelen afrontar las situaciones difíciles mientras pasan por un período de adaptación y logran superarla. La (6) Ansiedad por Preocupación con 55% en la media, la ansiedad que manifiestan es adaptativa y normal, la cual no causa daño. Y por último, la idea (8) Dependencia 55% en la media, señala para este grupo que las personas son importantes pero no dependen de ellas para la toma de decisiones, tratan de no compartir tanto con los otros.

6.5. Diferencia de género de creencias en recién diagnosticados con VIH

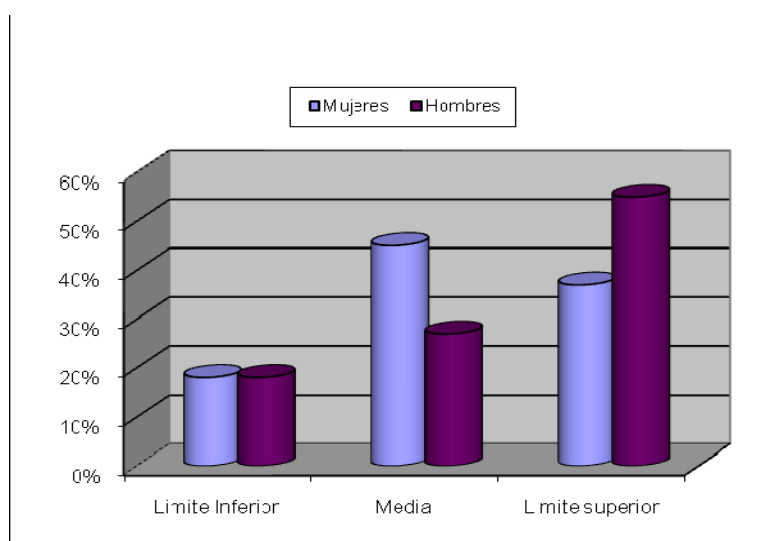
Las gráficas que son presentadas a continuación, establecen diferencias entre géneros de las ideas presentes. Con el fin de determinar que pensamientos existe de forma similar en hombres y mujeres y cuales divergen.

Gráfica 5.
Necesidad de Aprobación



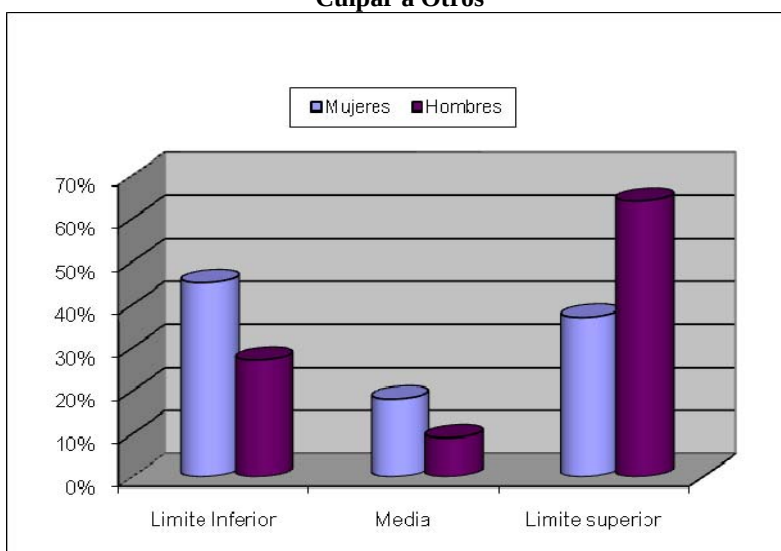
En esta gráfica se aprecia que el sexo masculino tiene porcentajes altos en relación a las mujeres. Por tanto los hombres muestran una extrema necesidad de sentirse aprobados y apoyados por los otros; son irritables, tímidos, poco participativos.

Gráfica 6.
Autoexigencia



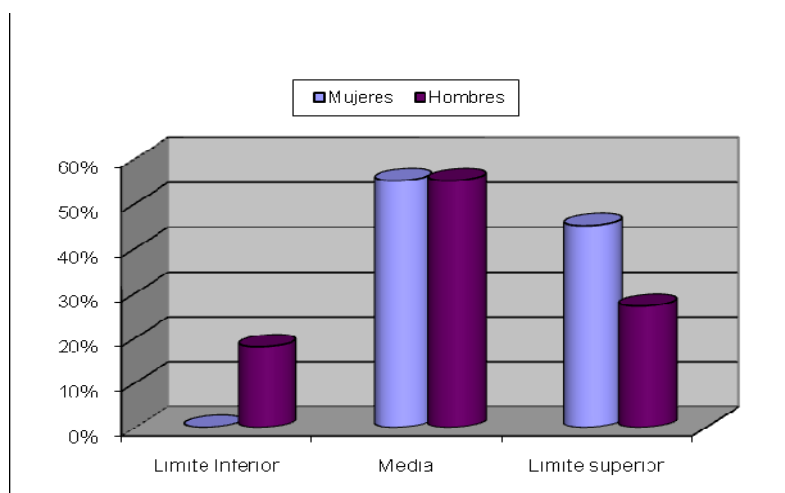
Los hombres es el grupo presentan un extremado sufrimiento, porque sienten que no dan lo mejor de si, poseen una baja tolerancia a la frustración. Mientras las mujeres se proponen logros y metas en sus vidas y poseen una adecuada tolerancia a la frustración pensamiento.

Gráfica 7.
Culpar a Otros



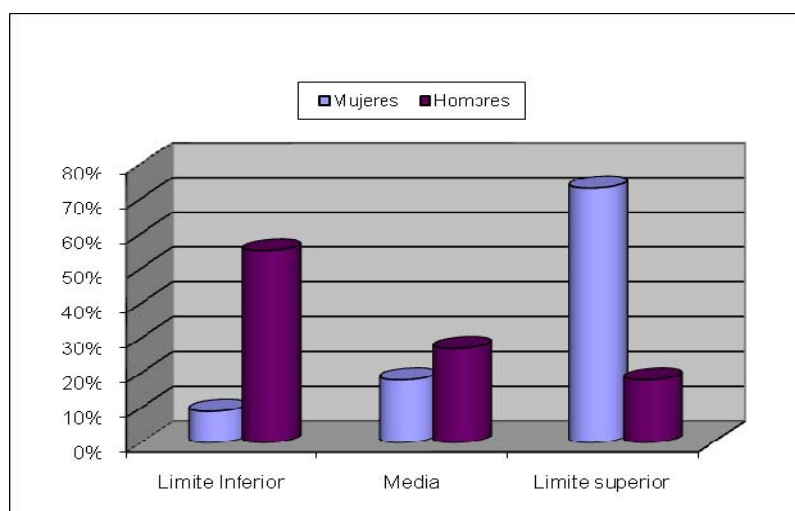
De acuerdo a esta investigación, el género masculino, piensan que algunas personas de su entorno son culpables de su condición de vida actual y todo lo que les sucede es por ellos, como la forma de pensar y actuar.

Gráfica 8.
Reacción a la Frustración



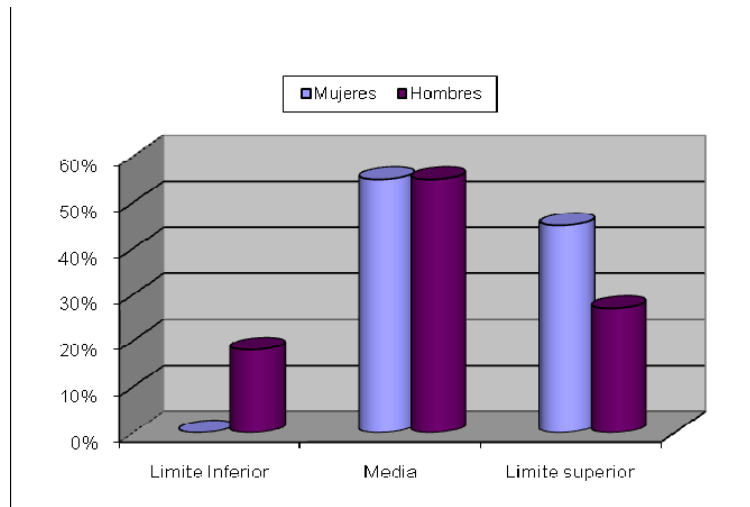
En estos resultados los recién diagnosticados (Dx) presentan una estabilidad frente a los sucesos de la vida, es decir que en situaciones difíciles pasan por un momento de adaptación hacia el nuevo evento y logran superar la dificultad. Además presentan una adecuada tolerancia a la frustración.

Gráfica 9.
Irresponsabilidad Emocional



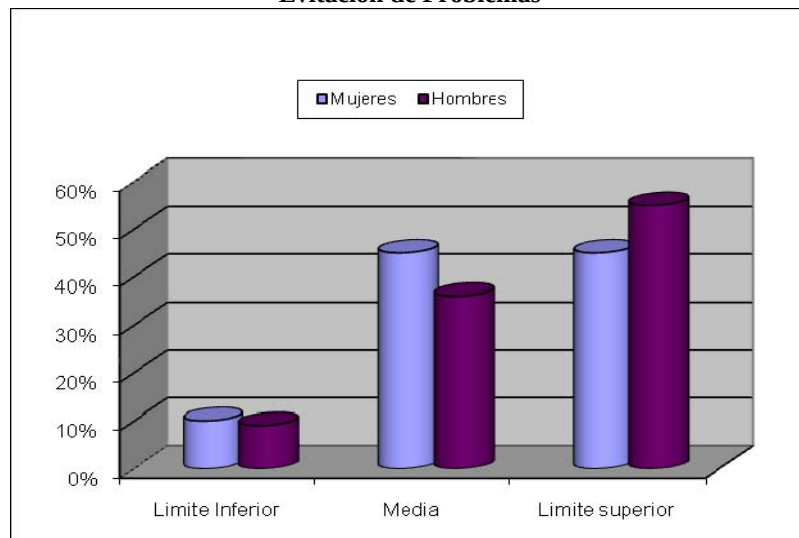
En esta gráfica esta representado que las mujeres presentan el 73% en el limite superior, los hombres en el limite inferior con puntuaciones del 55%. Lo cual indica que el grupo masculino exageran la condición de inconstancia, indecisión. Al igual que en el género femenino, pero ellas dan una repuesta asertiva a cualquier hecho que le sea presentado en la cotidianidad.

Gráfica 10.
Ansiedad por Preocupación



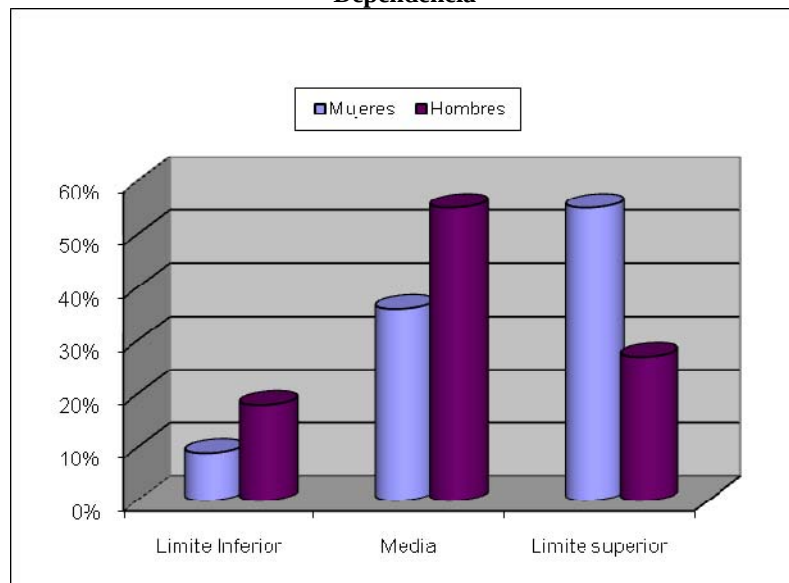
De acuerdo a estos resultados este grupo la ansiedad que manifiestan es adaptativa y no les causa daño.

Gráfica 11.
Evitación de Problemas



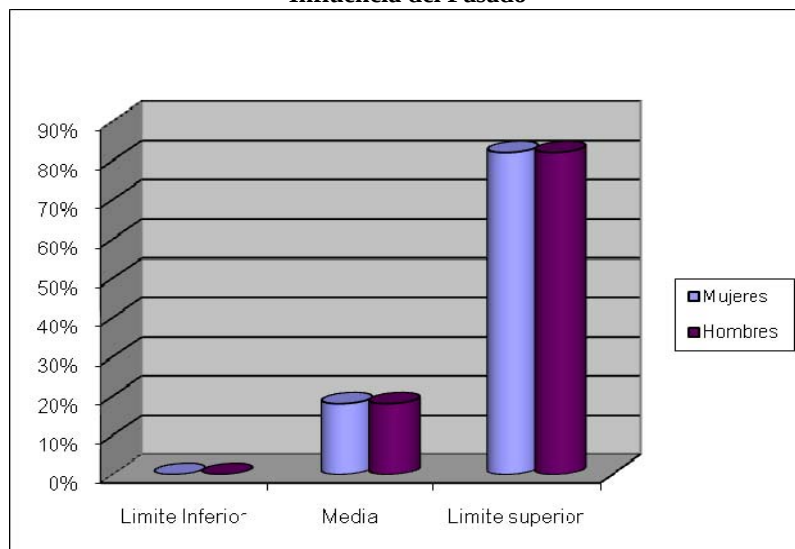
Los resultados arrojados indican que las mujeres presentan la característica de evitar y huir a los problemas, y el género masculino en ocasiones no le hacen frente a la problemática a resolver.

**Gráfica 12.
Dependencia**



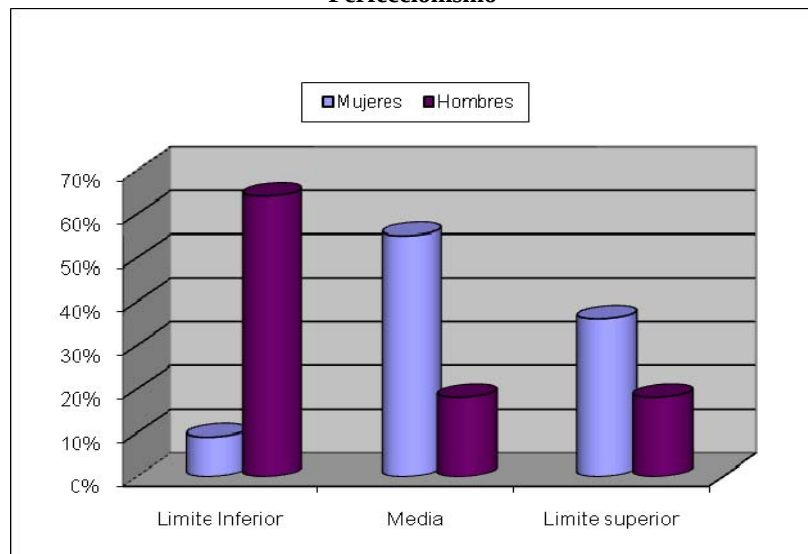
Según estos valores las mujeres dependen de la opinión de los otros para la toma de sus decisiones. En cambio los hombres piensan que las personas son importantes pero **no** dependen de ellos para la toma de decisiones.

**Gráfica 13.
Influencia del Pasado**



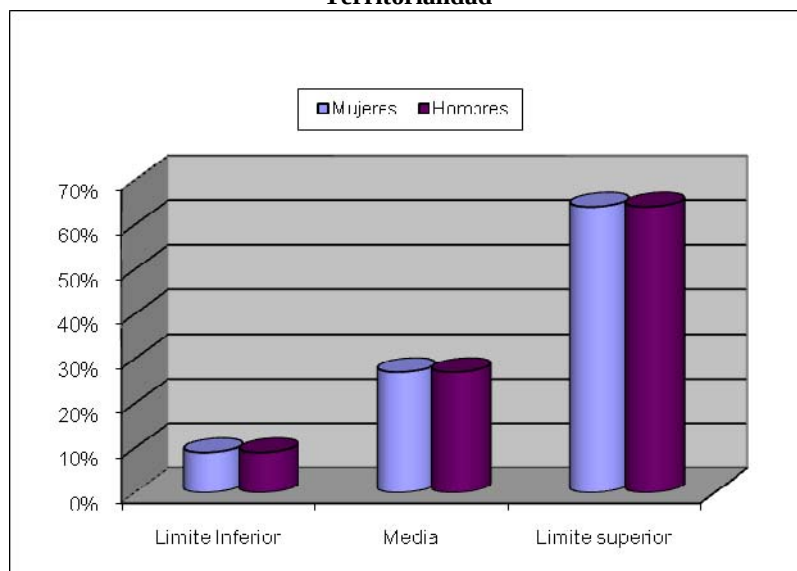
El grupo de estudio en general con el 82% en el límite superior indica que la Influencia del Pasado y lo sucedido es producto de una experiencia pasada, responsabilizan las experiencias vividas.

Gráfica 14.
Perfeccionismo



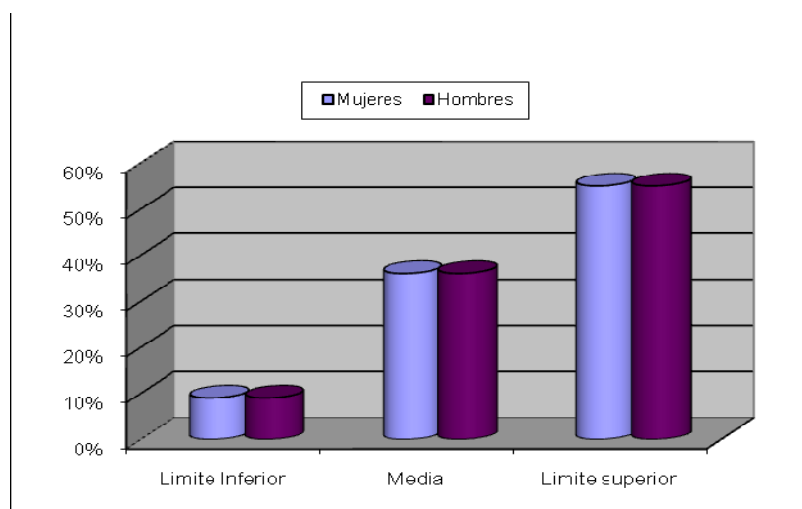
Partiendo de estos resultados el grupo de estudio femenino son racionales en esta creencia, por tal motivo buscan una solución y estrategias al problema de manera lógica y eligen con la que se sientan más cómodas.

Gráfica 15.
Territorialidad



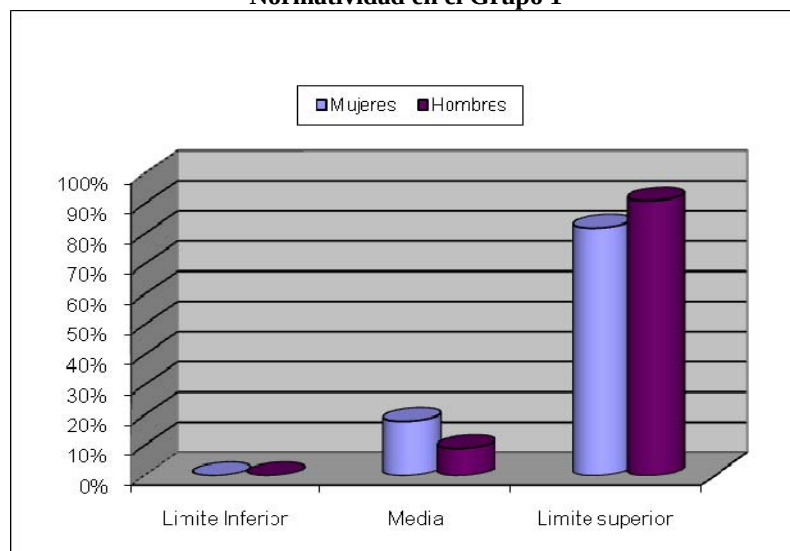
Las puntuaciones en esta gráfica iguales en el grupo de estudio con el 64% en el superior, señala que son extremadamente reservados, no dan información de si mismos y sienten amenazas con preguntas simples.

Gráfica 16.
Necesidad de Control



Al igual que la Territorialidad, Necesidad de Control tiene la misma puntuación en el grupo que se realizó la investigación, con el 55% en el superior, esto indica que tienen un control extremo y manejo de lo que se encuentra a su alrededor.

Gráfica 17.
Normatividad en el Grupo 1



Según los resultados del IBT, de la población de estudio, muestra que poseen altísima la normatividad con un 91% en los hombres y 82% en el límite superior las mujeres, se encuentran regidos por las reglas y sienten la obligación de cumplirlas y no violarlas.

6.6. Gráfica General de Creencias en pacientes con diagnóstico VIH por más de 2 años

Gráfica 18.

Creencias en pacientes con diagnóstico VIH por más de 2 años

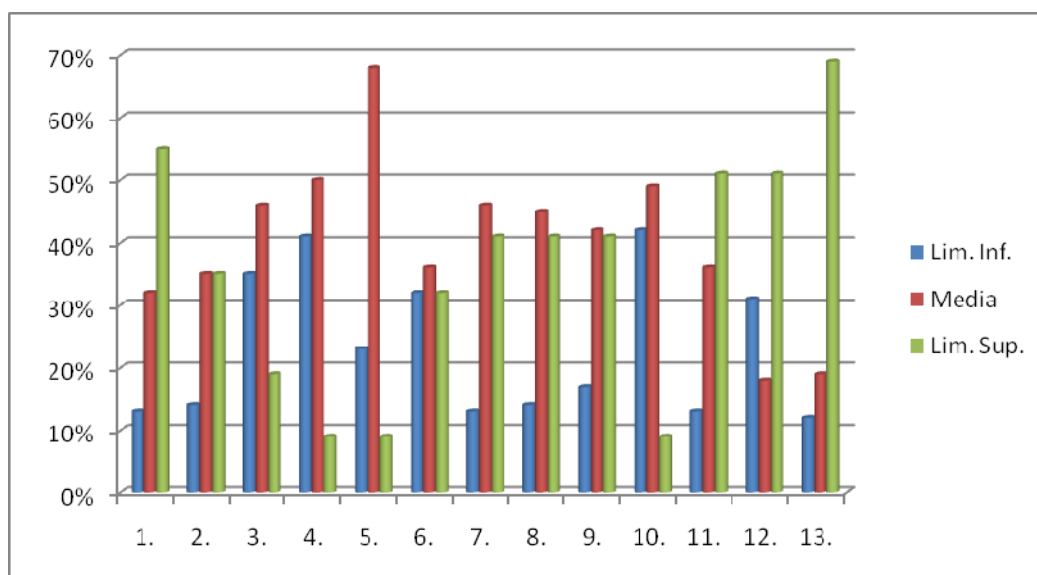


Tabla 5.

Nombres de las Creencias

No de Creencia	Nombre de Creencia
1	Necesidad de Aprobación
2	Autoexigencia
3	Culpar a Otro
4	Reacción a la Frustración
5	Irresponsabilidad Emocional
6	Ansiedad Por Preocupación
7	Evitación de Problemas
8	Dependencias
9	Influencia del Pasado
10	Perfeccionismo
11	Territorialidad

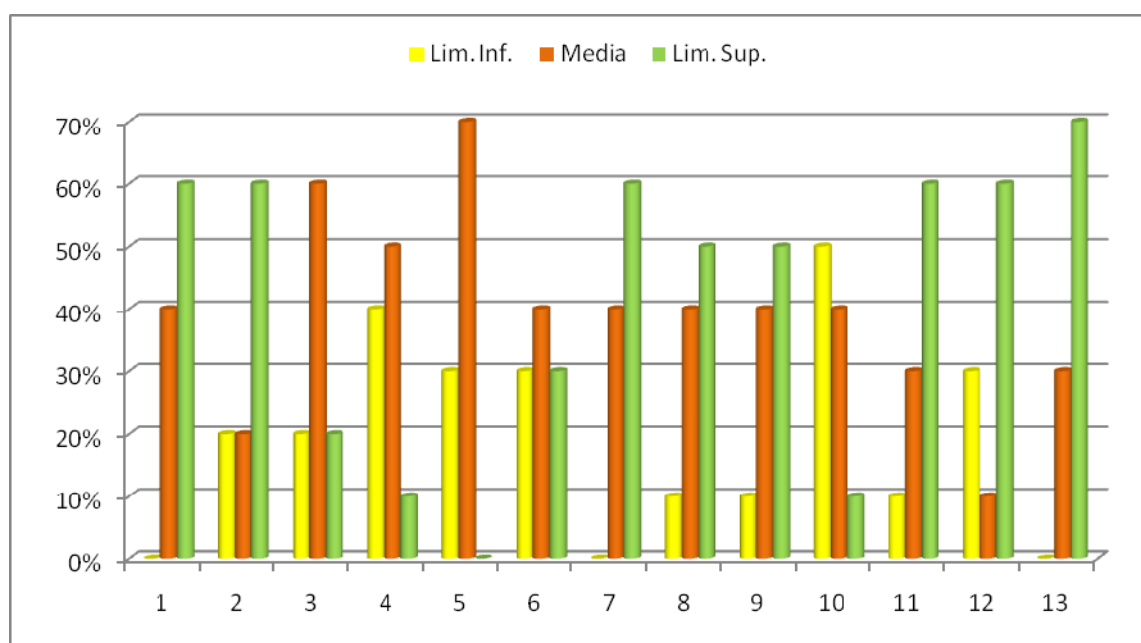
12	Necesidad de Control
13	Normatividad

Esta gráfica indica que las personas con diagnóstico desde el año 2000 hasta el 2006, es decir por más de 2 años, presentan la (13) Normatividad en el rango de límite superior con un 69%, siendo este la puntuación más alta del grupo, y, hace referencia a que sus vidas *deben* de estar regida por las reglas y estas no pueden violarse o romperse. Continuando en el orden, la segunda creencia con un 55% en el superior es (1) Necesidad de Aprobación, presentan una extrema necesidad de sentirse aprobados y apoyados por los otros; son irritables, tímidos, poco participativos. Sus comportamientos son de sumisión, callados y no dan a conocer sus opiniones por temor a ser evaluados. El 51% de los sujetos que participaron, obtuvieron este porcentaje en el superior en la variable (12) Necesidad de Control, estos individuos tienen un control extremo y manejo de lo que se encuentra a su alrededor. Buscan todas las estrategias posibles para la obtención de resultados de su entorno. La (11) Territorialidad tuvo un 51%, igual que la variable anterior en el límite superior, muestran la presencia de esta creencia y nos señala que tienden a ser reservados, no dan información de sí mismos y sienten amenazas con preguntas simples. También existen pensamientos cognitivos que ayudan y facilitan la búsqueda de metas, propósitos e ideales que generan presumiblemente felicidad. (Ellis, 1990). Entre estas ideas, se encuentran resultados del 68% en la media de (5) Irresponsabilidad Emocional, indica lo estables que es este grupo emocionalmente, prudentes con las decisiones a tomar y el establecimiento de metas. El 36% en la media corresponde a la creencia de estrategia, por así decirlo, (6) Ansiedad por Preocupación, la ansiedad que manifiesta este grupo en general es adaptativa y no causa daño, pensamiento similar a los pacientes recién Dx.

6.7. Distribución de las Variables de Creencias en Mujeres con diagnóstico de VIH por más de 2 años

Gráfica 19.

Creencias en Mujeres con diagnóstico de VIH por más de 2 años



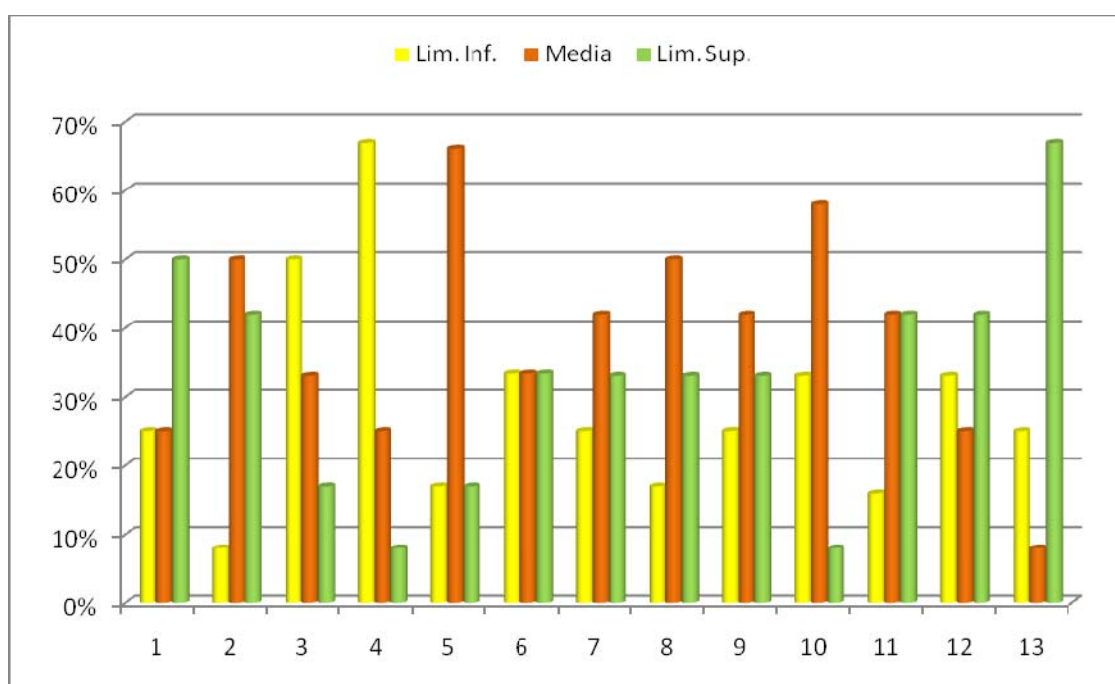
Los resultados del estudio, con relación a los objetivos específico, corresponden a la identificación de creencias para luego realizar el perfil cognitivo de la población de estudio, se identificaron los siguientes pensamientos para la mujeres con Dx de Vih por más de 2 años: El 60% de las mujeres presentan la variable (1) Necesidad de Aprobación, se interpreta como una extrema necesidad de sentirse aprobadas y apoyadas por los otros; son irritables, tímidas, poco participativas. Sus comportamientos tienden a ser de sumisión, calladas y no dan a conocer sus opiniones por temor a ser evaluadas. También poseen creencias de amenazas como (11) Territorialidad con el 60% en el superior, señala que son reservadas, no dan información de si mismas, sintiéndose amenazadas con preguntas simples. La (7) Evitación de Problemas, también puede ser una creencia de amenaza, en el superior con 60%, corresponde a la evitación de los problemas y tratan de no hacer frente a la problemática a resolver, se quedan calladas, huyendo a los problemas. Entre los pensamientos de conductas, puede hallarse la (13) Normatividad, se puede observar que el

70% de las mujeres que hicieron parte de este estudio, presenta esta creencia en el límite superior. Esto quiere decir que se encuentran regidas por las reglas y sienten la obligación de cumplirlas y no violarlas. A diferencia de las recién Dx, estas mujeres no catalogan culpa a las otras personas de lo que les haya ocurrido. Los hombres y mujeres con dx de más de 2 años, expresa que estos sujetos suelen afrontar las situaciones difíciles mientras pasan por un período de adaptación y logran superarla, en la idea (4) Reacción a la frustración. La (5) Irresponsabilidad Emocional con puntuaciones del 70% en la media, indica lo estables que es este grupo de mujeres emocionalmente, prudentes con las decisiones a tomar y el establecimiento de metas.

6.8. Distribución de las Variables de Creencias en Varones con diagnostico de VIH por más de 2 años

Gráfica 20.

Creencias en Hombres con diagnostico de VIH por más de 2 años



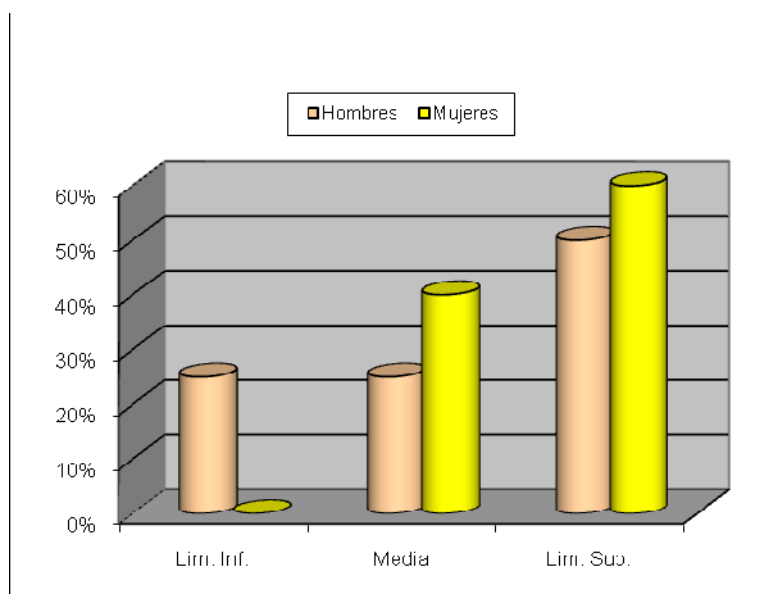
Los hombres de la población con Dx por más de años, demuestra la similitud de creencias con las mujeres recién Dx, como en el caso de (13) Normatividad, que sigue sosteniéndose como la más alta en el grupo en general. El 67% superior, demuestra que se encuentran regidas por las reglas y sienten la obligación de cumplirlas y no violarlas. (12) La

Necesidad de Control, obtuvo una puntuación del 42% en el superior, indica que estos individuos tienen un control extremo y manejo de lo que se encuentra a su alrededor. Buscan estrategias posibles para la obtención de resultados de su entorno. Contrario a esto, poseen pensamientos que les ayuda a cristalizar metas, hacer frente a los problemas, a no depender de la opinión de los demás, el no creer que lo sucedido en sus vidas sea por culpa de su pasado o de las personas que pudieron influenciar en el.

6.9. Diferencia de género de creencias en pacientes con VIH por más de 2 años

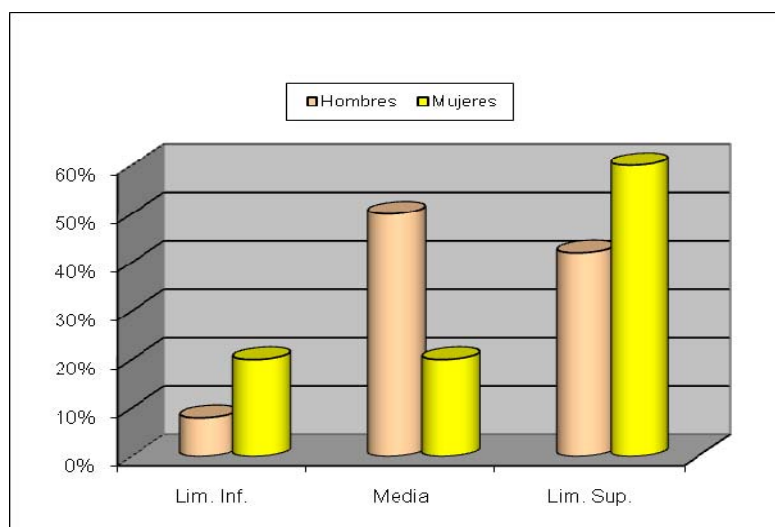
Los siguientes resultados, es realizar diferencias de cada idea entre géneros en el grupo de pacientes con más de 2 años de ser seropositivos. Con el fin de analizar, diferenciar y destacar el o los tipos de creencias que existen en estos individuos.

Gráfica 21.
Necesidad de Aprobación



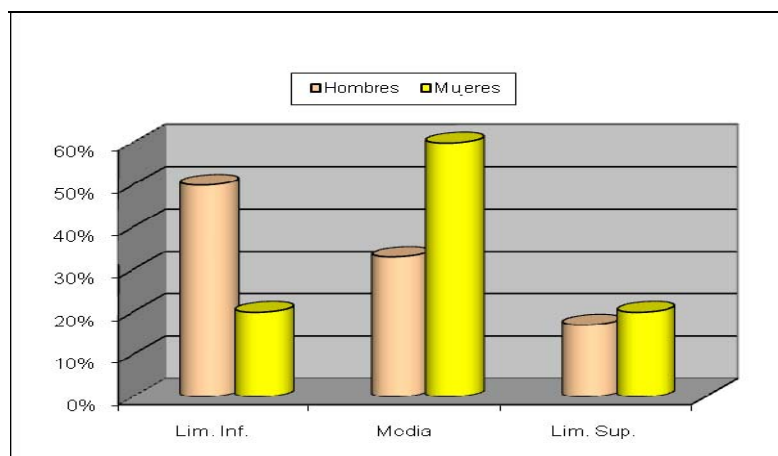
En esta gráfica se aprecia que hombres y mujeres muestran una necesidad de sentirse aprobados y apoyados por los otros; son irritables, tímidos, poco participativos.

Gráfica 22.
Autoexigencia



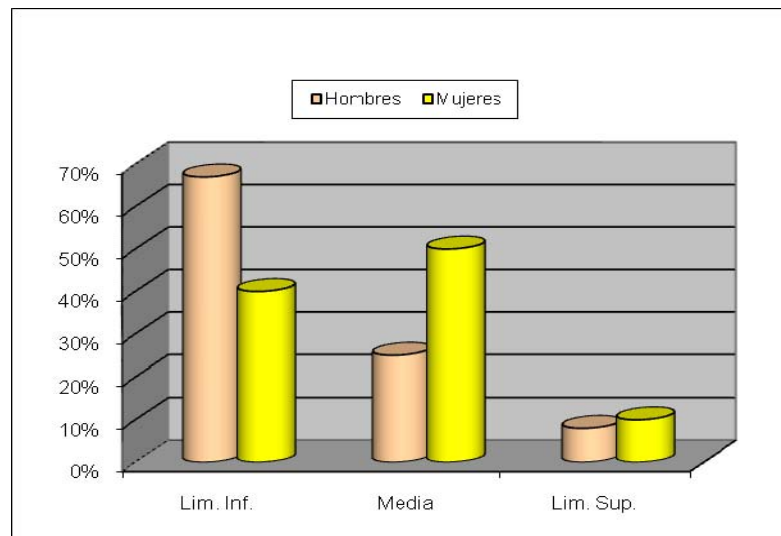
Los hombres presentan un extremado sufrimiento, porque sienten que no dan lo mejor de sí, poseen una baja tolerancia a la frustración. Mientras tanto las mujeres no presentan este pensamiento.

Gráfica 23.
Culpar a Otros



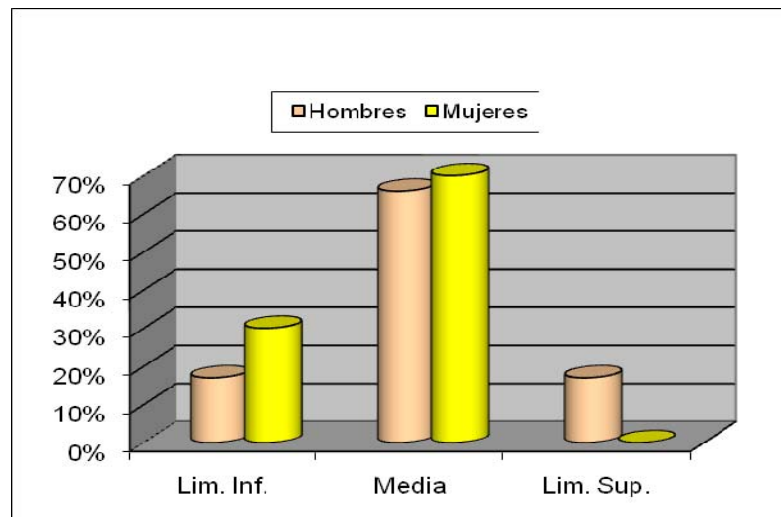
Según esta investigación, los varones, piensan que algunas personas de su entorno son culpables de su condición de vida actual y todo lo que les sucede es por ellos, como la forma de pensar y actuar.

Gráfica 24.
Reacción a la Frustración



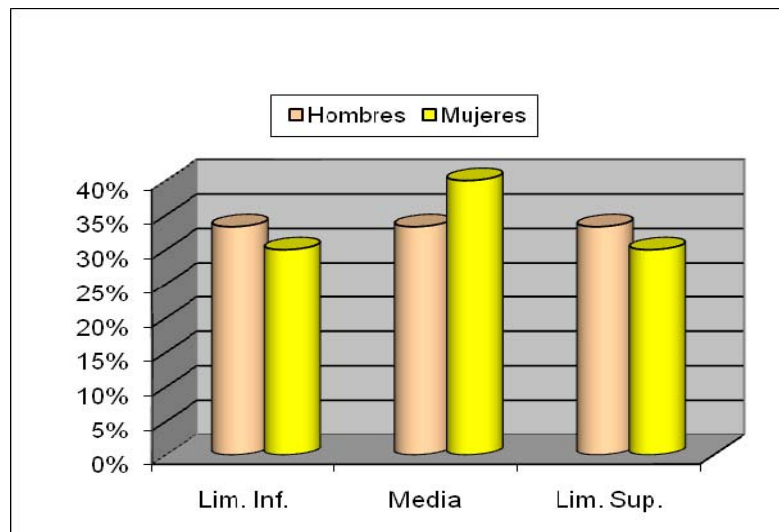
Esta gráfica señala, en los hombres, existe circunstancias en la vida las cuales no se pueden cambiar, creen que las cosas no pueden ser diferentes, de tal manera que las aceptan con tranquilidad, conformismo y sumisión.

Gráfica 25.
Irresponsabilidad Emocional



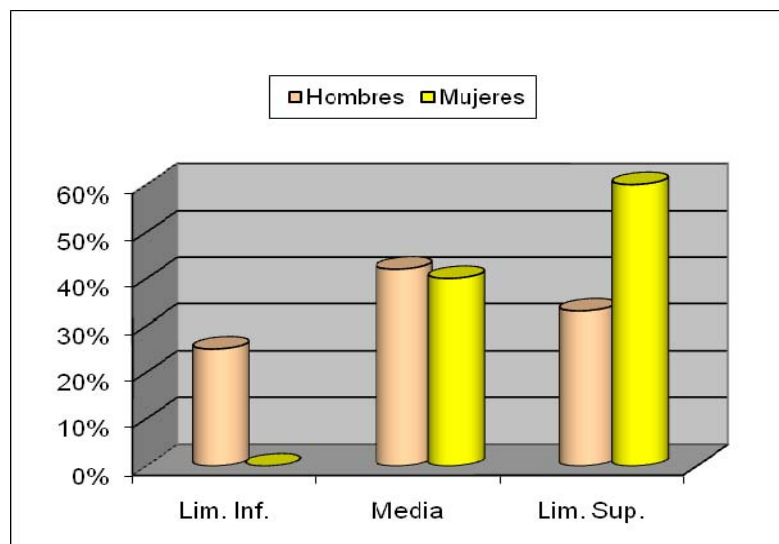
Esta gráfica indica que estos sujetos se colocan metas, sueños y propósitos en sus vidas.

Gráfica 26.
Ansiedad por Preocupación



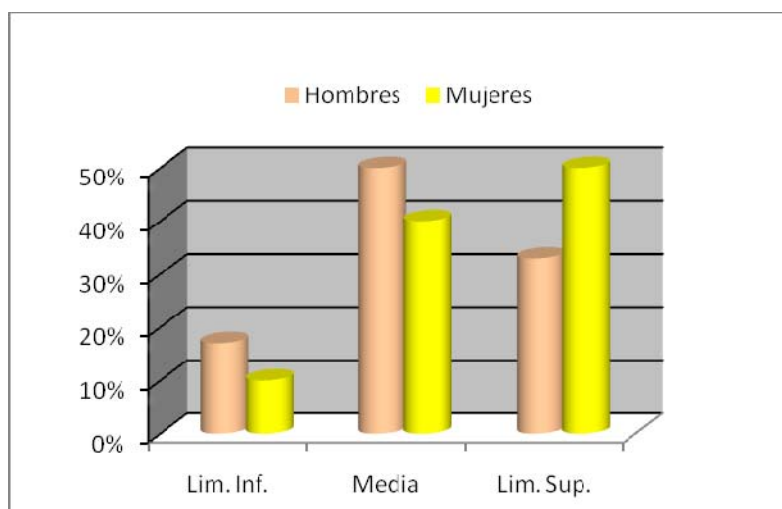
Los resultados de este grupo, indica que la ansiedad que manifiestan es adaptativa.

Gráfica 27.
Evitación de Problemas



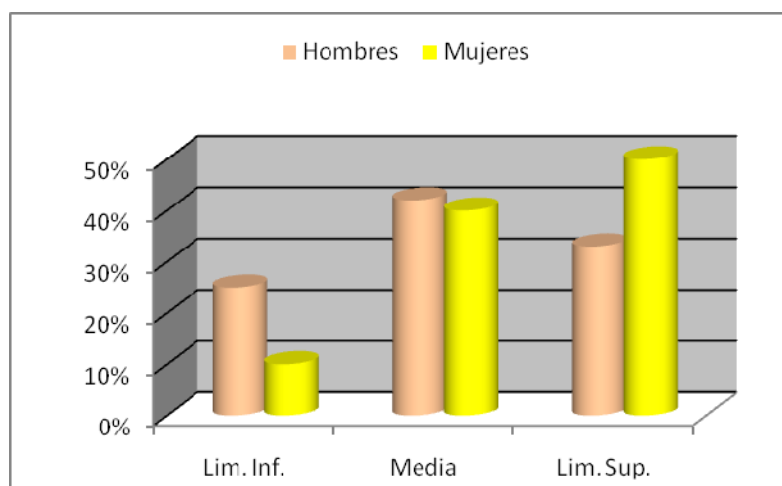
Los hombres tienden a no estar involucrados en conflictos, aprenden a conciliar y negociar. Reconocen la existencia del problema y le hacen frente.

Gráfica 28.
Dependencia



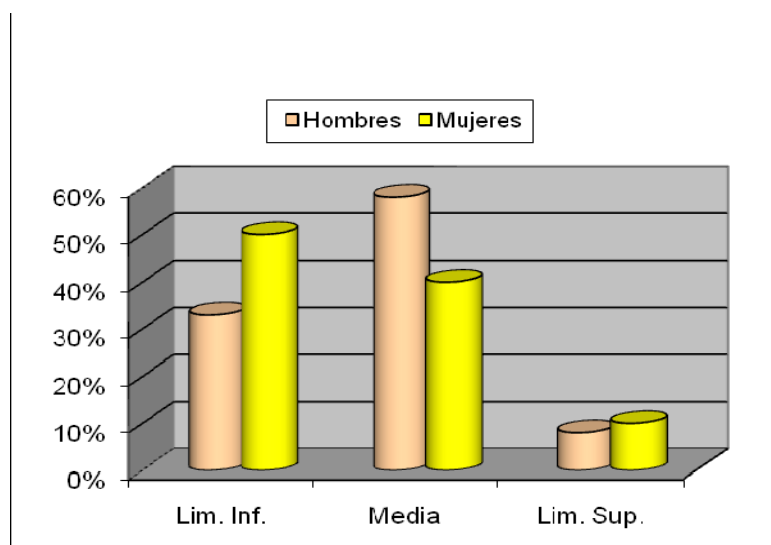
En este grupo las gráficas demuestran que los hombres piensan que las personas son importantes pero no dependen de ellos para la toma de decisiones.

Gráfica 29.
Influencia del Pasado



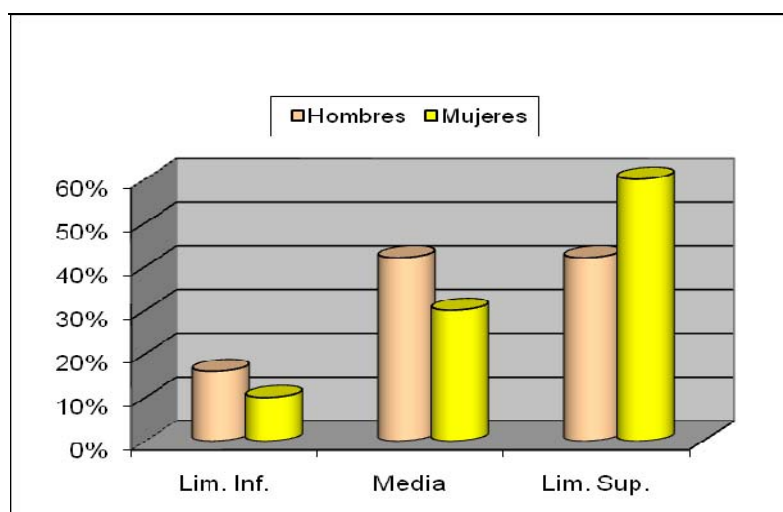
Las mujeres atribuyen que lo sucedido es producto de una experiencia pasada, responsabilizan las experiencias vividas.

Gráfica 30.
Perfeccionismo



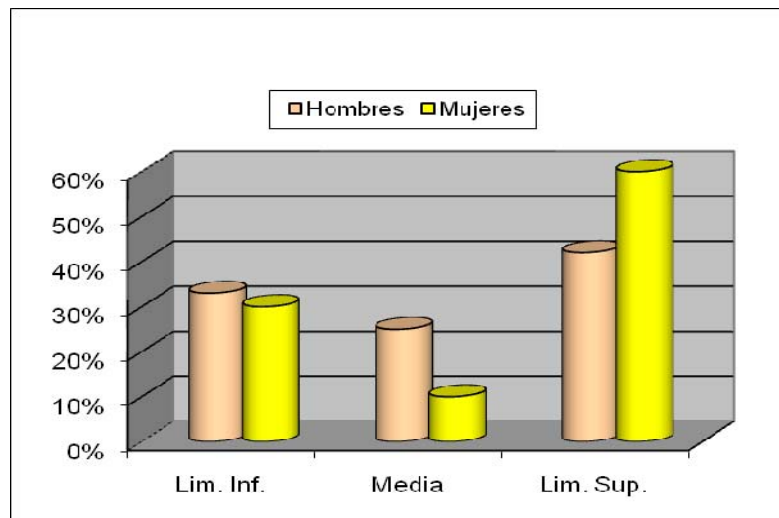
Las mujeres de este grupo son inconstantes en sus propósitos, buscan alguna estrategia pero no culminan con ella. Mientras los hombres en la resolución de los problemas eligen la estrategia con la que se sientan más cómodos.

Gráfica 31.
Territorialidad



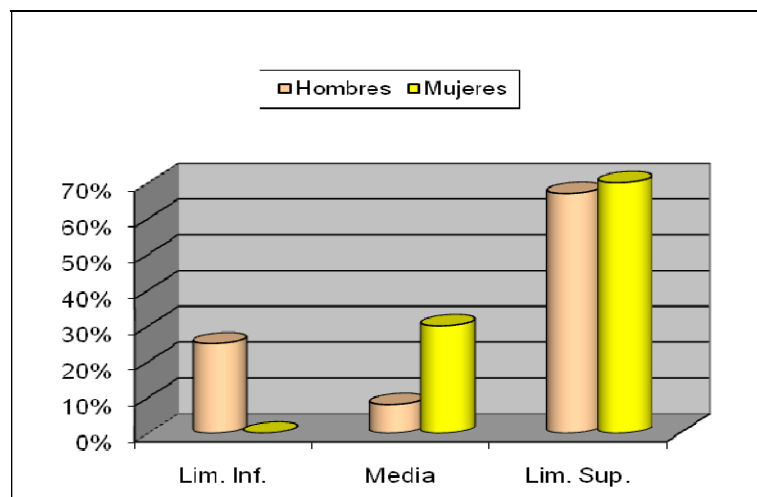
El sexo femenino tiene una alta puntuación de Territorialidad, muestra que son reservadas, no dan información de si mismas, sintiéndose amenazadas con preguntas simples.

Gráfica 32.
Necesidad de Control



Las puntuaciones en esta gráfica en el límite superior, señala que son muy reservados, no dan información de si mismos y tienden a sentir amenazas con preguntas simples.

Gráfica 33.
Normatividad



Según los resultados, de la población de estudio, posee puntuaciones con un 67% en los hombres y 70% en el límite superior las mujeres, se encuentran regidos por las reglas y sienten la obligación de cumplirlas y no violarlas.

6.9.1. Creencias Similares en la muestra del estudio

Gráfica 34.

Gráfica General de creencias similares en la muestra del estudio, para describir el perfil cognitivo.

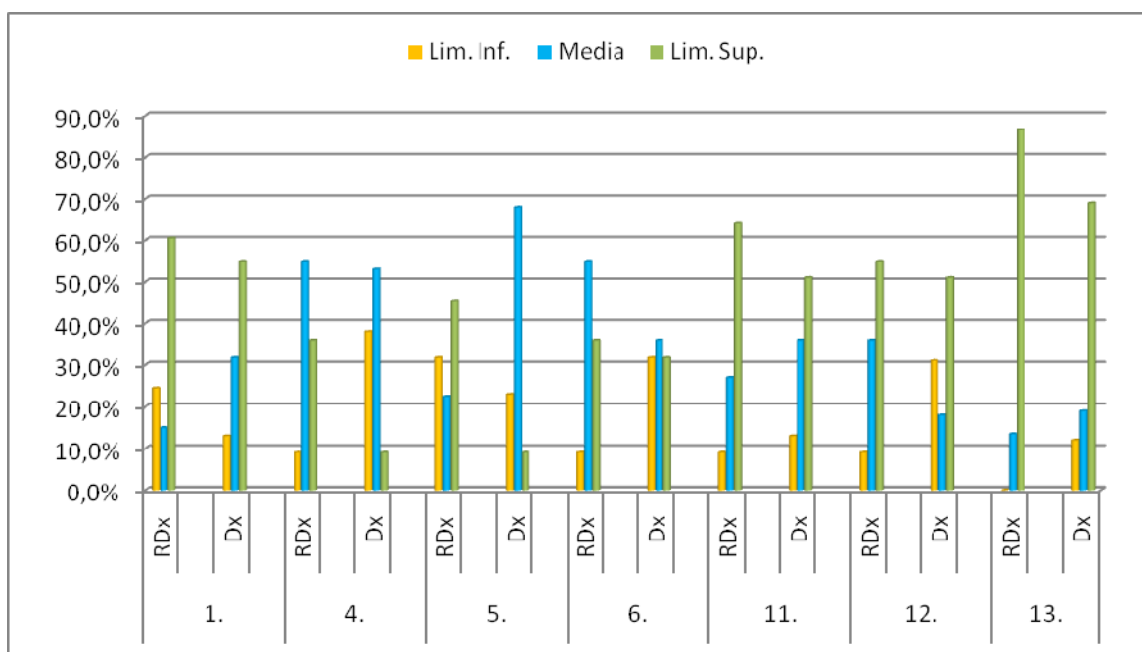


Tabla 6.

Significado de siglas

RDx	Recién diagnosticados
Dx	Diagnostico por más de 2 años

En esta gráfica se puede observar, las ideas que se mantuvieron o son similares en la muestra de la investigación y describir el perfil cognitivo de pacientes con VIH de Heres Salud Santa Marta. Su perfil esta conformado por pensamientos creados por el sujeto, pensamientos estables, emoción, creencias de si mismo, de los otros, de estrategias y de amenaza. A grosso modo, se puede decir que el fenómeno cognitivo tiene constructos de estar regidos por las reglas y sienten la obligación de cumplirlas y no violarlas. Sin embargo, siente la necesidad de ser aprobados y apoyados por los otros; son irritables, tímidos, poco participativos. A pesar de querer tener el apoyo de los otros individuos, manifiestan una ansiedad adaptativa, la cual no es patológica, no les causa daño; esta ansiedad no les impide llevar a cabo sus tareas. La ampliación de este perfil cognitivo, será

detallado en el análisis de resultados, el cual comprenderá postulados teóricos desde la teoría de Albert Ellis, resultados de otras investigaciones, etc.

7. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente análisis, se detalla las creencias más significativas, cuyas puntuaciones fueron relevantes en los diferentes factores de creencias y comparaciones entre géneros y grupos de la población estudiada en la Ips Heres Salud de la ciudad de Santa Marta, para así, posteriormente, describir el perfil cognitivo de los pacientes de esta institución. Este análisis está relacionado con aspectos teóricos, hallazgo en otros estudios y la información recolectada. Los resultados arrojados en la investigación, plantean que el perfil de los hombres presenta una adaptación en situaciones difíciles mientras logran superarla, por otro lado tratan de mantener la aprobación de seres allegados. Mientras el perfil cognitivo de las mujeres, según la teoría de Ellis de Creencias, prima la vida social que la autonomía, pero así mismo tienden a no involucrarse en conflictos. Es importante anotar las creencias similares en la muestra general del estudio, el cual sirve de base para la realización del Perfil Cognitivo, estas están relacionadas con la necesidad de aprobación, normatividad, territorialidad y necesidad de control, reacción a la frustración, irresponsabilidad emocional y ansiedad por preocupación.

En el grupo femenino de las recién Dx, se obtuvo altos porcentajes del 82% y 73% en las creencias (13) Normatividad, (9) Influencia del pasado e (5) Irresponsabilidad emocional, en el límite superior, con relación “es casi imposible superar la influencia del pasado”, “siempre trato de cumplir las normas aunque ello me perjudique”, “cuanto más problemas tenga una persona, menos feliz será”. Esto suele estar relacionado, en la cotidianidad a las normas que deben de llevar las mujeres para gozar de un buen estado de salud y ser seropositivas se tornan indecisas de llevar a cabo una relación sentimental, por la posible desaprobación del otro.

Es importante señalar, que las mujeres con DX por más de 2 años, también obtuvieron las creencias (13) Normatividad e (9) Influencia del pasado, similares al grupo femenino.

antes mencionado. Presentan la distorsión cognitiva que el suceso que viven actualmente es culpa de otras personas y el no haber llevado una vida “recta” y con reglas que rigieran sus vidas.

En cambio, los hombres con Dx recién, las variables (13) Normatividad e (5) Irresponsabilidad emocional, son muchos más estrictos, no violan las reglas y pretenden ser más responsables. Esto puede verse reflejado en la adherencia del tratamiento antirretroviral, tal como señala Remor (2002), que en menor tiempo de infección por VIH, los pacientes son más estrictos en el cumplimiento del tratamiento y adhesión a la hora de la ingesta de este. Queda por aclarar que en el estudio de Remor de adhesión al tratamiento, indica, que el llevar a cabo la ingesta del antirretroviral los pacientes son mucho más preciso y adherente entre la fase de inicio del VIH.

La (13) Normatividad, también fue relevante para el grupo de pacientes con DX de más de 2 años, ya que tuvieron calificaciones del 70% en las mujeres y 67% en los varones en el límite superior. Este tipo de pensamiento, puede deberse que a los pacientes se les inculca y en repetidas ocasiones los remiten a psicología con el fin de que su tratamiento antirretroviral sea tomado en forma adecuada, además se les dice que no deben dejar de tomarlo porque puede tener consecuencias graves para su salud. Por tal motivo piensan que la no ingesta de las pastillas es violar una regla fundamental para su salud.

La normatividad en este punto de los sujetos de este estudio, esta ligada a la adherencia al tratamiento, Rosenstock (1974), Bandura (1977), Ajzen y Fishbein (1980), afirman “la adhesión al tratamiento se explica como el resultado de una decisión racional que el paciente toma y que dependería de sus creencias sobre las consecuencias de no tomar la medicación.”. (Citado en Remor, 2002. p. 262). Este aporte, explicaría la posible causa del porque este grupo de personas sienten la necesidad de tomar el antirretroviral, ya que es un mandato dado por el medico y dicha ley no puede violarse ni romper. La normatividad esta ligada a su buen estado de salud, además relacionándose con la creencia de (12) Necesidad de Control y “temer perder el control”.

El 64% en limite superior de (11) Territorialidad y un 82% (13) de normatividad en el género femenino de recién diagnosticadas y el 60% y 70% y las mujeres con más de 2 años de dx, en este mismos orden de creencias, demuestra, que son demasiado reservadas con su diagnostico, porque la sociedad aun no se encuentra preparada para aceptarlas con un virus catalogado como mortal y altamente infeccioso, además que sentirían que experimentarían el estigma social y el señalamiento por ser portadora. Crean también unas normas de convivencia grupal y de territorio inviolable con sus compañeros de seropositividad, para que otras personas, ajenos a ellos, no conozcan su diagnostico. Esto se convierte en una regla fundamental de grupo, el no revelar el diagnostico de un paciente que se encuentre en las misma condiciones. De igual forma los hombres comparten este tipo de pensamiento con las mujeres.

En cuanto, la (1) Necesidad de Aprobación, (2) Autoexigencia y (7) Evitación de Problemas, son características compartidas por las mujeres con dx por más 2 años y los hombres recién diagnosticados. Es decir, son personas que tratan de ser competentes porque se empeñan en mantener y conseguir la aprobación de los demás a toda costa, pero tratan de huir a los problemas. Esto puede ser, la falta de autoestima y de confianza en si mismos, porque piensan que son una población muy vulnerable, por ende, pueden tener una distorsión cognitiva del todo o nada. Por el contrario a esto, suelen querer participar en actividades, que demanden reconocimiento por ejemplo: el colaborar en la organización de eventos y presentación de proyectos o ayudar en fechas especiales como el día internacional del VIH (1° de diciembre) o del día del niño huérfano por VIH (7 de mayo). La participación de los pacientes, solo se da en actividades propias de Heres Salud, porque ellos tienen la seguridad que su diagnostico no será revelado. Recordemos, que este grupo enfrentan el temor que la sociedad conozca que son individuos con VIH y que su aprobación no será dada de forma positiva. Queda definido así, que estos pacientes con VIH+, solo participan en eventos que involucre personas de su misma condición y que conocen su diagnostico, como lo es el cuerpo de medicina integral de la Ips que son atendidos y compañeros de diagnostico.

El (10) Perfeccionismo en el género masculino en pacientes con VIH de diagnóstico recién, se caracterizan en que pueden creer que no existe una solución buena y tampoco ideal para los problemas cotidianos de la vida. Es decir se encuentran ante una indefensión y pasividad de la forma de percibir al mundo de manera negativa. Mahoney (1997), afirma que el perfeccionismo hace parte de la expresión “*debo ser perfecto*”, la cual sería un resumen de creencias de la productividad y logros personales, rechazando la deseabilidad social. (Citado en Cardenoso et al., 1999).

El (10) Perfeccionismo puede estar ligado a la (13) Normatividad en los hombres con tener un diagnóstico recién, y quizás nos quiera mostrar, que para ellos es importante llevar a cabalidad y en completa corrección el antirretroviral, como se ha dicho anteriormente, pero este debe ser ingerido de forma correcta, como lo es la hora exacta del tratamiento y las dosis especificadas por el médico. Para ellos es una *orden* y debe ser acatada como tal, porque o sino quien sufriría las consecuencias y el castigo de violar esta regla serían ellos en el deterioro de su salud, aumentado la carga viral y disminución de sus células TCD4.

El (10) Perfeccionismo en este mismo grupo, puede deberse en creer que todos los problemas tienen una solución perfecta y que no se pueden sentir felices o satisfechos hasta que la encuentren, porque el fallar será un fracaso, (Cardenoso et al., 1999).

El (10) Perfeccionismo en los varones con dx de más de 2 años, a diferencia de los otros, no tiene el constructo en su aparato cognitivo de creer que todos los problemas tienen solución perfecta y la felicidad se encuentra hasta cuando se halle. (Calvete et al., 1999).

En las recién diagnosticadas, se aprecia la distribución de la puntuación de las creencias (1) Necesidad de Aprobación, con porcentajes en el límite inferior del 40% y límite superior del 48%, de este mismo modo pero con un puntaje alto en la creencia (9) Influencia del Pasado con el 82% en límite superior, que se caracterizan por juzgar su condición actual debido a un suceso relevante en su vida, y este puede ser el culpar a la persona o pareja sexual, que posiblemente fue quien le transmitió el virus.

El sexo femenino, en ambos tiempos de Dx, la (1) Necesidad de Aprobación, la (2) Autoexigencia, se relacionan entre si con el octavo pensamiento dependencia, esto puede indicar que ellas en ocasiones para tomar una decisión dependen de la opinión del otro, si no sienten frustradas. Esto concierne en su vida familiar y/o pareja, “me preocupo con frecuencia de cuanta gente me aprueba”, porque necesitan un grupo de apoyo que las ayude a llevar su diagnostico y sin que sean rechazadas. En este contexto Calvete y Cardeñoso (2001), indican que estas 3 creencias muestran una gran relación para determinar lo dependiente que se encuentran en su vida y cotidianidad.

En este mismo orden de ideas, observamos que la (2) Autoexigencia, se relaciona con (12) Necesidad de Control, tanto en hombres y mujeres, porque tratan de tener un control de lo que sucede a su alrededor, buscan resultados. Este puede ser el motivo que el factor (4) Reacción a la Frustración tuviera puntajes sobresalientes en la media, por lo expuesto anteriormente, además estas pueden superar situaciones difíciles y adaptarse, como el aceptar que tienen y conviven con el virus del VIH.

En el género masculino de diagnostico recién, se nota la relación de (9) Influencia del pasado y (3) Culpar a Otros, en cuanto que su historia de vida se encuentra marcada por algún hecho relevante que sucedió en su pasado. Esto se puede relacionar a la transmisión de HIV, además que no existe la posibilidad de cambio, y está la tendencia de tratar de señalar o saber, (en el caso que hubo promiscuidad sexual), quien fue la persona que le produjo la enfermedad y así justificar su condición de vida actual.

Los resultados iguales del grupo de recién diagnosticados, se aprecia en las variables (9) Influencia de pasado, (11) Territorialidad y (12) Necesidad de control, así mismo las creencias que se hallaron en la media tuvieron el mismo porcentaje del 55%, como lo fueron, en mujeres: (4) Reacción a la frustración, (6) Ansiedad por preocupación y (10) Perfeccionismo. En hombres: (4) Reacción a la frustración, (6) Ansiedad por preocupación y (8) Dependencia.

Continuando con los recién diagnosticados, las mujeres en (8) Dependencia puntuaron con un 55% en el límite superior y los varones un 64% en el límite inferior en la variable (10) Perfeccionismo. De forma similar, las mujeres con dx por mas de 2 años, también obtuvieron puntuación alta en Dependencia con el 50%. En contraste, los hombres con dx por mas de 2 años, no poseen la creencia Perfeccionismo, por lo expuesto en párrafos anteriores el no creer que para todo existe una solución perfecta.

En la muestra de los pacientes con dx VIH por mas de 2 años, los resultados similares, tanto en hombres como mujeres, puntúan en los factores: (1) Necesidad de Aprobación, (11) Territorialidad, (12) Necesidad de Control y (13) Normatividad. Características que son iguales para la población total del estudio. Sin embargo, llama la atención de las altas puntuaciones de creencias en las mujeres con dx por mas de 2 años, a diferencia de las que tienen un diagnostico recientemente de HIV.

Una vez llevado a cabo la identificación y diferenciación entre géneros y tiempo de diagnostico de seropositividad, se procede a describir el Perfil Cognitivo en hombres y mujeres diagnosticados con VIH que asisten a la Ips Heres Salud del Distrito de Santa Marta, a partir de las creencias que han sido similares en la muestra participante del estudio.

El Perfil Cognitivo esta conformando por las creencias que se conservaron estables y/o similares en la población de estudio, como lo fueron: (1) Necesidad de Aprobación, (11) Territorialidad, (12) Necesidad de Control, (13) Normatividad, (4) Reacción a la Frustración, (5) Irresponsabilidad Emocional y (6) Ansiedad por Preocupación.

Este perfil esta conformado por la asociación con los otros y/o demás: “es importante para mí que otros me aprueben” “quiero agradecerle a todas las personas”, “me preocupo con frecuencia sobre cuanta gente me aprueba”, y algunos tipos de pensamientos que tratan de neutralizar este tipo de constructos “puedo gustarme a mi mismo, aunque a muchos yo no les guste”. Es decir, que el pensamiento de estos sujetos va ligado a las valoraciones y evaluaciones que hacen las personas de sus expectativas e interferencias de la realidad

(Ellis, 1990). Asimismo, se centra en contenidos como “detesto que me hagan preguntas muy personales e indiscretas”, “todos tenemos nuestro pequeño mundo y nadie debe entrar en el”, “no soporto que otras personas se metan mucho en mi vida”, “me siento amenazado si alguien traspasa los límites que me impongo”.

De esta misma forma, desean sentir tener un control extremo y manejo de lo que se encuentra a su alrededor. Se caracteriza además de no dar información de si mismos, de reglas de control: “temo perder el control”, “la razón siempre debe primar sobre la razón”, “expresar las emociones es signo de debilidad”. “me siento mal cuando por alguna circunstancia me dejo llevar por las emociones”. Contrario a esto, dentro de su aparato cognitivo tratan de llevar a cabo con perfección las normas: “siempre trato de cumplir las normas, aunque ello me perjudique”, “pienso que si las normas se hicieron fue para respetarlas”, “me siento culpable si violo una norma, aunque sea necesario hacerlo”, “gracias a las normas no somos como unos salvajes”, “soy perfeccionista”.

Por otro lado, el perfil cognitivo también esta conformado por las emociones y una adecuada tolerancia a la frustración frente a los sucesos de la vida: “generalmente acepto lo que pasa”, “las frustraciones no me afligen”, “soy bastante calmado para enfrentar la vida”, “siento poca ansiedad por cosas peligrosas que puedan ocurrir en el futuro”, “casi nunca pienso en cosas como la muerte o guerra”.

En los pacientes con VIH de Heres Salud de Santa Marta, el Perfil Cognitivo con base a la teoría de Albert Ellis de Creencias, implica un contenido de privación de la autonomía, a pesar que sienten y desean experimentar la necesidad de tener bajo control lo que sucede a su alrededor y de sus emociones, sin embargo están propenso a buscar una figura que tome las decisiones por ellos, una figura que sea de autoridad, que les indique que deben hacer, con la finalidad de no sentir el rechazo. No obstante, tienen el constructo cognitivo de lo inviolable que es su territorio y mantener la privacidad, ya que si alguien trata de saber algo más de ellos, de lo personal, lo perciben como amenaza y tienden a la evitación. Este grupo de personas tienden a colocarse metas, sueños, propósitos en sus vidas, ya que ellos presentan la ansiedad como adaptiva y no les bloquea en las funciones a desempeñar.

El perfil cognitivo en este estudio, demuestra como se mantiene de manera inviolable la ingesta del tratamiento, asociándose a la expresión “soy perfeccionista”, a orden, reglas y a las tareas que se realicen bien. El contenido cognitivo de estos sujetos en cuanto a la norma primero se refiere, al llevar a cabo con exactitud el medicamento antirretroviral (ATV). El no tomar la medicación y la no adhesión al tratamiento traería consecuencias sobre su salud como el deterioro orgánico (Remor, 2002). Esta perfección es primordial e importante para estos pacientes porque gozarían de un buen estado de salud. Por otro lado, este patrón de norma implica un contenido de pérdida, como afirma Camargo et al. (2006), que el haber roto e infringido normas conductuales instauradas por la sociedad contrajeron el virus del VIH.

El poseer las personas conductas y pensamientos ilógicos, se destaca un perfil de culpabilidad, depresión, actitud defensiva, sufrimiento prolongado o intenso. (Ellis y Grieger, 1981).

El grupo de estudio de esta investigación, en sus conductas y emociones no se turban ni se frustran con facilidad, en sus tareas y labores dan lo mejor de sí, reconocen la obtención de logros. Se establecen proyectos de vida. Poseen una adecuada tolerancia a la frustración.

En investigación realizada por Londoño et al (2003), en la ciudad de Medellín, de identificar el perfil cognitivo de estudiantes universitarios, a través de contenidos esquemáticos y creencias, con el Cuestionario de Contenidos Esquemáticos de los Trastornos de la Personalidad (CCETP) de Beck y Freeman, halló que el perfil cognitivo esquizoide tiene componentes básicos de amenazas y estrategias de evitación, siendo este el más representativo en general, lo que indicaría una comparación del estudio de Londoño con perfil cognitivo de pacientes con VIH con la creencia territorialidad, porque suele ser una creencia de peligro cuando las personas tratan de acercarse a este grupo de pacientes, además que esta idea fue la segunda más alta. Con esto no se afirma que el perfil cognitivo de trastorno esquizoide corresponda de igual forma a los pacientes con VIH, sino es resaltar las características similares de estos dos perfiles.

Dentro de la estructura cognitiva de la población estudiada, indica la idea de la necesidad ineludible de ser amados o aceptado por las personas significativas. (Ellis & Cols, 2000). Porque en el marco de su cognición es importante para ellos las evaluaciones y valoraciones de los otros acerca de ellos. Lemos et al (2006) apunta que las personas con el perfil de dependencia emocional presentan ansiedad por separación y experimentan el miedo a la soledad. Los pacientes con VIH, de esta investigación, según términos de Lemos necesitan sentirse admitidos, apoyados, presentan comportamientos de sumisión y crean dependencia hacia el otro. Por tal motivo el dependiente según Lemos et al (2006), esta en búsqueda de atención, necesita de la aprobación de personas significativas, como la pareja.

Ellis et al (2000) describe la creencia necesidad de control como la “idea que la persona no tiene ningún control efectivo sobre sus emociones y que no puede evitar sentir ciertas cosas”. (p. 162). La alta puntuación de este factor induce a querer tener el manejo de lo que hay alrededor de ellos. En este sentido, el presente estudio al igual que el estudio planteado por Camargo et al (2006), con pacientes VIH de esta misma institución, identificaron que estos individuos controlan de forma excesiva sus emociones para no mostrar signos de debilidad ante los demás.

Entre correlaciones de variables de creencias y la construcción de perfil cognitivo, las ideas necesidad de aprobación e irresponsabilidad emocional, nos indicaría la orientación y búsqueda positiva de resolución de problemas, propósitos y cumpliendo metas, debido que en la instancia cognitiva de estos sujetos requieren la admiración y aceptación de los seres que lo rodean. Opuesto a este resultado, Calvete et al (2001), en estudio para hallar la correlación de creencias irracionales, síntomas psicológicos, habilidades de resolución de problemas y variables de personalidad, incluye tres factores con puntuaciones de irracionalidad (necesidad de aceptación, irresponsabilidad emocional e indefensión acerca del cambio), pero la destreza de resolución de los problemas de su estudio puede ser negativa o positiva, debido a la conducta, cognición y emoción que afecta la búsqueda práctica de resultados óptimos.

La dimensión cognitiva de esta investigación, señala la importancia de estas personas de querer tener el apoyo de los otros individuos, pero también la manifestación de la ansiedad adaptativa, la cual no es catalogada patológica, porque no les causa daño; esta ansiedad nos les impide llevar a cabo sus tareas, además poseen adecuada tolerancia a la frustración, pueden superar los momentos difíciles, como por ejemplo el recibir el diagnóstico de VIH y después aceptarlo y aprender a convivir con él. Ellis (1990) plantea que este tipo de pensamiento, acepta el derecho a equivocarse y abstenerse a condenarse a sí mismo y a los demás.

En conclusión, el fenómeno cognitivo de esta investigación de acuerdo a los postulados teóricos de Albert Ellis de creencias, estuvo construido por pensamientos creados por el sujeto, pensamientos estables, emoción, creencias de sí mismo, de los otros, de estrategias, etc. Además de pensamientos que les facilita el establecimiento de fines y metas que les ayuda a vivir mejor, conseguir la felicidad, amor, entre otras. Porque emplea medio y estrategias eficientes para conseguirlas. Pero este perfil también se encuentra constituido por ideas, emociones y conductas negativas y auto-derrotistas, demandas absolutistas, obstruyendo en ocasiones el logro de la aceptación de ser humano y la auto-afirmaciones negativas que afectan la conducta perturbándolas emocionalmente. (Ellis, 1990; Ellis et al, 1981).

De esta manera se finalizó esta investigación con la realización descriptiva del Perfil Cognitivo en pacientes con VIH de Heres salud del distrito de Santa Marta, a partir de la identificación de las creencias del autor cognitivo Albert Ellis.

8. RECOMENDACIONES

A partir de los resultados expuestos en esta investigación se pueda desarrollar investigaciones en varias instituciones de forma simultánea que atiendan paciente VIH/Sida, para dar significados más amplios y generales a nivel del distrito de Santa Marta.

De esta misma forma, se realicen trabajos de tipo correlacional, ampliando la muestra y usando diversos criterios de inclusión.

Además se puede hacer investigaciones comparando Perfiles Cognitivos en otros tipos de patologías. Tomando como referencia la población con VIH. También se recomienda la realización de perfil cognitivo a partir de los trastornos de la teoría de Beck.

Para investigaciones descriptivas, es necesario que los investigadores manejen más criterios de variables de selección, como por ejemplo, rangos de edad, escolaridad, estado civil, estrato socio económico, etc.

Se sugiere que para investigaciones futuras se realice un estudio de pacientes VIH homosexuales y heterosexuales, para explicar si dichas características de género varia en la aparición de pensamientos y así determinar también un Perfil Cognitivo.

Y para finalizar, que este trabajo sirva como base a futuros proyectos tomándolo como un punto de referencias de investigaciones realizadas en la ciudad de Santa Marta con población VIH.

9. REFERENCIAS

- Agudelo, D. & Gómez, S. (1998). Perfil cognitivo según el cuestionario de ideas irracionales de las mujeres que maltratan físicamente a sus hijo y que acudieron durante 1998 a la comisaria de familia en el municipio de La Estrella. Universidad del Norte. Barranquilla.
- Barniza, A. (2004). Descripción de esquemas mal adaptativos tempranos y sistemas de creencias irracionales asociados a las conductas disfuncionales durante los rompimientos afectivos en los jóvenes varones universitarios de la Costa Caribe Colombiana.
- Bayés, R., Comellas, B., Lorente, S. y Villadrich, M. (1998). Información, miedo y discriminación en la pandemia por VIH/SIDA. Revista Psicothema. 10 (1). 127-134.
- Bayés, R. (2003). Sida y sufrimiento: pasado, presente y futuro. Revista Seisida. 14 (5). 1-4.
- Calvete E, Cardeñoso O. (2001). Creencias, Resolución de Problemas Sociales y Correlatos Psicológicos. Revista Psicothema. 13 (1). 95-100.
- Camargo, G. y Diaztegle, Z. (2006). Descripción de creencias irracionales en hombres y mujeres disgnosticados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) positivo quienes asisten a la empresa Heres salud E.U. del distrito de Santa Marta. Universidad Cooperativa de Colombia. Santa Marta.
- Canario. G. Báez, M. (2005). Distorsiones cognitivas en personas que viven con VIH. Revista. Perspectiva psicológica. 5 (10). 49-60.

- Cardeñoso. O. y Calvete, E. (1999). Creencias y síntomas depresivos: resultados preliminares en el desarrollo de una escala de creencias irracionales abreviada. *Revista Anales de psicología*. 15 (2). 179-190.
- Cuadro de la población mundial y como se ven afectadas las poblaciones por VIH/SIDA. (2006). *Rev. Population Referente Bureau*. Recuperado en septiembre 18, 2007. Disponible en <http://www.prb.org/pdf06/2006WPDS-SP.pdf>
- De Moya, E. (2003). Juegos de guerra: el enfoque genérico-cultural de la respuesta de VIH/Sida. Instituto de sexualidad Humana, UASD. Recuperado en agosto 22, 2007. Disponible en www.psicologiaincientifica.com/bv/psicologia
- Edo, M. y Ballester, R. (2006). Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes VIH/Sida y enfermos oncológicos. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 11 (2). 79-90.
- El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, malaria y tuberculosis. (2006). Recuperado en abril 24, 2007. Disponible en <http://www.theglobalfund.org/es/about/aids/>
- Ellis, A y Grieger, R. (1981). *Manual de terapia racional emotiva*. New York. Editorial Desclee Brouwer.
- Ellis, A. (1990). *Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva*. New York. Editorial Desclee Brouwer.
- Ellis, A. (2004), *El tratamiento de las personalidades límite con Terapia Racional Emotiva Conductual (TRE)*. *Revista Toxicomanía*. 41. 15-26.
- Ellis, A. y Abrahán E. (2001). *Terapia Racional Emotiva: mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad*. México, D.F. editorial Pax México.

- Ellis, A. y Blau, S. (2000). Vivir en una sociedad irracional. Una Guía para el bienestar mediante la terapia racional emotivo-conductual. Barcelona. Ed. Paidós.
- Estévez, A. y Calvete, E. (2007). Esquemas cognitivos en personas con conducta de juego patológico y su relación con experiencias de crianza. Revista Scielo. 18 (1). 23-43
- Foliaco, V. (2006). Creencias irracionales que caracterizan a un grupo de paciente diagnosticados con insuficiencia renal crónica, que reciben tratamiento de diálisis en la Unidad Renal de la Clínica Renal de la Costa, desde la perspectiva teórica del autor Albert Ellis. Barranquilla. Universidad del Norte.
- Gómez, Y. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. Revista Scielo. 39 (3). 435-447.
- Gonzáles, N. (2004) Terapia Racional Emotiva, aplicada al tratamiento del juego patológico. Revista de Toxicomanías. 39. 24-27.
- González, T. (2001). Las Creencias y el Proceso Salud-Enfermedad. Recuperado en 24 de abril, 2007. Disponible en [http:// www.psicolatina.org](http://www.psicolatina.org)
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2004). Metodología de la Investigación. México. Ed. McGraw Hill.
- Ips Heres Salud Ltda. (2007). Santa Marta.
- Landriscini, N. (2006). La terapia racional emotiva de Albert Ellis. Actualizaciones Norte De Salud Mental. 25. 126–129.
- Lemos, M. y Londoño N. (2006). Construcción y Validación del Cuestionario de Dependencia Emocional en Población Colombiana. Revista Scielo. 9 (2). 127-140.

- Londoño, N., Schníter, N., Marín, C., Ferrer, A., Chávez, L. & Castrillón, D. (2003). Perfil cognitivo de los estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín-Colombia: un abordaje desde la teoría de los trastornos de la personalidad. *Revista Neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*. 6. 37-49.
- Marino, J. (2003). Reflexiones acerca del VIH/SIDA en Argentina. Recuperado en septiembre 20, 2007 www.psicologiacientifica.com/.../psicologia-267
- Martín, P. (2006). Los jóvenes, los más afectados. Recuperado en junio 05, 2008. Disponible en <http://universia.net.co>
- Niles, C. (2006). Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, UNISIDA. Recuperado en junio 15, 2007. Disponible en www.unicef.org/spanish/aids/index
- ONUSIDA/OMS, (2004). Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. Recuperado en junio 20, 2007. Disponible en www.paho.org/spanish/ad/ge/Viol-VIH_FS0705.pdf
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 2004. 134.a sesión del comité ejecutivo. Washington, D.C., EUA. Recuperado en julio 12, 2007. Disponible en www.amro.who.int/spanish/gov/ce/ce134-fr-s.pdf
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH+. *Revista Psicothema*, 14, (2). 262-267.
- Roca, E. (s.f.). La terapia Racional Emotiva (TRE). Recuperado en julio 09, 2008. Disponible en <http://www.cop.es>

- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de Beck. *Rev. Anales de psicología*. 9 (2). 133-170.
- Verátegui S. (2004). El origen de los trastornos psicológicos según Beck y Ellis. Hojas informativas de los psicólogos de las palmas N° 63. Recuperado en agosto 2, 2007. Disponible en www.coplaspalmas.org/07biblio/psicot/psicot12.pdf

ANEXOS

I.B.T MODIFICADO

Este es un inventario de cómo usted cree y piensa acerca de varias cosas. Para cada pregunta usted debe cerrar en un círculo un de la columna de la derecha, el cual exprese mejor su actitud hacia la pregunta. Asegúrese de marcar la que usted actualmente cree o siente y no como cree que debería sentir. No es necesario pensar mucho.

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| 1. Muy de acuerdo. | 4. Moderadamente en desacuerdo. |
| 2. Moderadamente de acuerdo. | 5. Muy en desacuerdo. |
| 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo | |

1	Es importante para mí que otros me aprueben	1	2	3	4	5
1 ^a	Me empeño por mantener mi intimidad a toda costa	1	2	3	4	5
2	Odio equivocarme en cualquier cosa	1	2	3	4	5
2 ^a	Me siento mal cuando en algunas circunstancias me dejo llevar por mis emociones	1	2	3	4	5
3	Muchas personas perversas escapan al castigo que se merecen	1	2	3	4	5
3 ^a	Pienso que si las normas se hicieron fue para respetarlas	1	2	3	4	5
4	Generalmente acepto lo que pasa	1	2	3	4	5
5	Si alguien quiere, puede ser feliz bajo toda circunstancia	1	2	3	4	5
6	Tengo temor de algunas cosas que puedan molestarme	1	2	3	4	5
7	Generalmente aplazo decisiones importantes	1	2	3	4	5
8	Todos necesitamos alguien de quien depender	1	2	3	4	5
9	Árbol que nace torcido, nunca su rama endereza	1	2	3	4	5
10	No hay solución perfecta para nada	1	2	3	4	5
11	Quiero agradecerle a todas las personas	1	2	3	4	5
11 ^a	Opino que los trapos sucios solo deben lavarse en casa	1	2	3	4	5
12	Evito las cosas que no puedo hacer bien	1	2	3	4	5
12 ^a	Cuando tengo una discusión acalorada con alguien, pienso mucho en lo que dije o hice	1	2	3	4	5
13	Aquellos que obran mal deben ser sancionados	1	2	3	4	5
13 ^a	Me siento culpable si violo una norma, aunque sea necesario hacerla	1	2	3	4	5
14	Las frustraciones no me afligen	1	2	3	4	5
15	Yo creo mi propio estado de ánimo	1	2	3	4	5
16	Siento poca ansiedad por cosas peligrosas que puedan suceder en el futuro	1	2	3	4	5
17	Trato de dejar de lado las tareas o labores difíciles	1	2	3	4	5
18	La gente necesita algo externo que le de fuerza	1	2	3	4	5
19	Es casi imposible superar la influencia del pasado	1	2	3	4	5
20	Muy rara vez se halla un camino fácil en la vida	1	2	3	4	5
21	Puedo gustarme a sí mismo, aunque a muchos yo no les guste	1	2	3	4	5
21 ^a	Me siento intimidado cuando alguien que acabo de conocer, quiere saber muchas de mis cosas personales	1	2	3	4	5

22	No me importa competir en actividades donde otros son mejores que yo	1	2	3	4	5
22 ^a	Odio excederme	1	2	3	4	5
23	Son pocas las veces que culpo a las personas por su maldad	1	2	3	4	5
23 ^a	Gracias a las normas no somos unos salvajes	1	2	3	4	5
24	Con frecuencia me siento molesto por situaciones que no me gustan	1	2	3	4	5
25	La gente que es infeliz es así por que generalmente ellos se lo buscaron	1	2	3	4	5
26	En ocasiones no puedo dejar de pensar en cosa que me preocupan	1	2	3	4	5
27	Evito enfrentar problemas	1	2	3	4	5
28	Hay ciertas personas de quien dependo enormemente	1	2	3	4	5
29	Si yo hubiera tenido experiencias diferentes, seria mas como yo quiero ser	1	2	3	4	5
30	Algunos problemas siempre estarán con nosotros	1	2	3	4	5
31	Aunque me gusta la aprobación, no es una necesidad real para mi	1	2	3	4	5
31 ^a	No soporto que otras personas se metan mucho en mi vida	1	2	3	4	5
32	Me molesta cuando otros son mejores que yo en algo	1	2	3	4	5
32 ^a	Me siento como un tonto (a) si lloro	1	2	3	4	5
33	Todas las personas son fundamentalmente buenas	1	2	3	4	5
33 ^a	Siempre averiguo cuales son las normas de un lugar antes de actuar	1	2	3	4	5
34	Generalmente acepto las cosas como son, incluso si no me gustan	1	2	3	4	5
35	Depende de uno mismo, el tiempo que dure un estado de animo desagradable	1	2	3	4	5
36	Algunas veces no puedo liberar temores de mi mente	1	2	3	4	5
37	Generalmente soy rápido en tomar decisiones	1	2	3	4	5
38	Yo soy el (la) único (a) que puede entender y enfrentar mis problemas	1	2	3	4	5
39	Rara vez pienso que experiencias pasadas me afectan ahora	1	2	3	4	5
40	Vivimos en un mundo de azar y probabilidades	1	2	3	4	5
41	Me preocupa con frecuencia sobre cuanta gente me aprueba	1	2	3	4	5
41 ^a	Detesto que rehagan preguntas muy personales o indiscretas	1	2	3	4	5
42	Me molesta cometer errores	1	2	3	4	5
42 ^a	Vigilo con cuidado todas mis emociones	1	2	3	4	5
43	No es justo que llueva sobre justos e injustos	1	2	3	4	5
43 ^a	Cuando hago algo que esta mal hecho me siento culpable aunque nadie se de cuanta de ello	1	2	3	4	5
44	Si las cosas me molestan, simplemente las ignoro	1	2	3	4	5
45	Cuanto mas problemas tenga una persona menos feliz será	1	2	3	4	5
46	Casi nunca pienso en cosas como la muerte o la guerra	1	2	3	4	5
47	La vida es corta para gastarla en cosas desagradables	1	2	3	4	5
48	Me disgusta que otros tomen decisiones por mi	1	2	3	4	5
49	Somos esclavos de nuestra historia personal	1	2	3	4	5
50	Rara vez hay una solución ideal para cada cosa	1	2	3	4	5
51	Me interesa bastante lo que la gente siente por mi	1	2	3	4	5

51 ^a	Soy muy desconfiado	1	2	3	4	5
52	Suelo incomodarme bastante por cosas pequeñas	1	2	3	4	5
52 ^a	Temo a perder el control	1	2	3	4	5
53	Nadie es malo, aun cuando tus actos lo sean	1	2	3	4	5
53 ^a	No se debe ser siempre correcto	1	2	3	4	5
54	Hago lo que puedo para conseguir lo que quiero, por eso no suelo preocuparme	1	2	3	4	5
55	Nada es deprimente por si mismo	1	2	3	4	5
56	Con frecuencia pienso, que haría en situaciones de peligro	1	2	3	4	5
57	Rara vez aplazo las cosas	1	2	3	4	5
58	Me disgusta tener que depender de otros	1	2	3	4	5
59	Una vez algo te ha afectado en la vida, siempre lo hará	1	2	3	4	5
60	Es mejor buscar una solución practica que una solución perfecta	1	2	3	4	5
61	Si al hacer algo que yo quiero pierdo aprobación, prefiero no hacerlo	1	2	3	4	5
61 ^a	Todos tenemos nuestro pequeño mundo, y nadie debe entrar en el	1	2	3	4	5
62	No temo a hacer cosas que no puedo hacer bien	1	2	3	4	5
62 ^a	Cuando algo me saca de mis casillas me siento muy mal	1	2	3	4	5
63	Hay personas que no merecen haber nacido	1	2	3	4	5
63 ^a	Siempre trato de cumplir las normas, aunque ello me perjudique	1	2	3	4	5
64	Soy bastante calmado para enfrentar la vida	1	2	3	4	5
65	Nunca hay una razón para estar preocupado mucho tiempo	1	2	3	4	5
66	No me preocupo tanto para dañarme el día por cosas que pudieron ocurrir	1	2	3	4	5
67	Es difícil para mí hacer tareas poco placenteras	1	2	3	4	5
68	He aprendido a no esperar que alguien distinto a mí, se preocupe por mi bienestar	1	2	3	4	5
69	Aunque quisiera, nunca podría cambiar mi vida	1	2	3	4	5
70	No hay nada que se aproxime a lo ideal	1	2	3	4	5
71	Me empeño por mantener la aprobación a toda costa	1	2	3	4	5
71 ^a	Me doy a conocer muy fácilmente	1	2	3	4	5
72	Pienso que no es tan importante ser compeitribo en todas las cosas	1	2	3	4	5
72 ^a	La razón siempre debe primar sobre la emoción	1	2	3	4	5
73	Cualquier persona mala puede llegar a ser buena sin ser castigado	1	2	3	4	5
73 ^a	Las normas asfixian a las personas	1	2	3	4	5
74	Rara vez me inquietan los errores de otros	1	2	3	4	5
75	Los hombres hacen su propio infierno con ellos dentro	1	2	3	4	5
76	Mi filosofía es vivir el aquí y el ahora	1	2	3	4	5
77	Una vida de tranquilidad es rara vez gratificante	1	2	3	4	5
78	No degusta solo enfrentar las experiencias nuevas de la vida	1	2	3	4	5
79	No tengo porque repetir los errores del pasado	1	2	3	4	5
80	Hay un lugar para cada cosa	1	2	3	4	5
81	Hay planes para agradar a las personas	1	2	3	4	5

81 ^a	Me aterra contar secretos y confidencias	1	2	3	4	5
82	Me exijo demasiado a mi mismo	1	2	3	4	5
82 ^a	Soy un poco efusivo	1	2	3	4	5
83	Las personas no eligen ser buenas o malas	1	2	3	4	5
83 ^a	Es entupido acatar ciegamente las normas porque muchas pierden vigencia	1	2	3	4	5
84	Soy consentido	1	2	3	4	5
85	Cada quien es arquitecto de su propio destino	1	2	3	4	5
86	Tiendo a anticiparme demasiado a lo que pueda ocurrir	1	2	3	4	5
87	No tolero pasar trabajos	1	2	3	4	5
88	Para mi es vital sentirme protegido	1	2	3	4	5
89	Tiene sentido esforzarme en el presente, independientemente de cómo halla sido su pasado	1	2	3	4	5
90	Soy extremadamente ordenado, metodoso y responsable de mis actos	1	2	3	4	5
91	Pienso que uno debe hacer todo lo posible para evitar ser rechazado	1	2	3	4	5
91 ^a	Me siento amenazado si alguien traspasa los limites que impongo	1	2	3	4	5
92	No soporto decir no se	1	2	3	4	5
92 ^a	Expresar las emociones es signo de debilidad	1	2	3	4	5
93	La ley natural es la que los malos sufran	1	2	3	4	5
93 ^a	Las normas se hicieron para violarlas	1	2	3	4	5
94	Si las cosas no salen por donde yo quiero, me da rabia	1	2	3	4	5
95	La gente esta triste por que quiere	1	2	3	4	5
96	Tiendo a participar mayor numero de peligros y riesgos que el común de la gente	1	2	3	4	5
97	Suelo regirme por la ley del mínimo esfuerzo	1	2	3	4	5
98	Dependo demasiado de las personas	1	2	3	4	5
99	Los primeros años de la vida nos marcan definitivamente para el resto de la vida	1	2	3	4	5
100	Soy perfeccionista	1	2	3	4	5

TABLA DE PUNTUACION DEL I.B.T. MODIFICADO

1	1		11		21		31		41		51		61		71		81		91		
2	2		12		22		32		42		52		62		72		82		92		
3	3		13		23		33		43		53		63		73		83		93		
4	4		14		24		34		44		54		64		74		84		94		
5	5		15		25		35		45		55		65		75		85		95		
6	6		16		26		36		46		56		66		76		86		96		
7	7		17		27		37		47		57		67		77		87		97		
8	8		18		28		38		48		58		68		78		88		98		
9	9		19		29		39		49		59		69		79		89		99		
10	10		20		30		40		50		60		70		80		90		100		
11	1 ^a		11 ^a		21 ^a		31 ^a		41 ^a		51 ^a		61 ^a		71 ^a		81 ^a		91 ^a		
12	2 ^a		12 ^a		22 ^a		32 ^a		42 ^a		52 ^a		62 ^a		72 ^a		82 ^a		92 ^a		
13	3 ^a		13 ^a		23 ^a		33 ^a		43 ^a		53 ^a		63 ^a		73 ^a		83 ^a		93 ^a		

	Punt:	Punt:	Punt:	Punt:	Punt:	Punt:	Punt:	Punt:	Punt:	Punt:	Total:
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------

TABLA DE CLASIFICACION DE LAS CREENCIAS IRRACIONALES

	CREENCIAS IRRACIONALES	LIMITE INFERIOR	MEDIA	LIMITE SUPERIOR
1	Necesidad de aprobación	23	30	38
2	Autoexigencia	21	30	36
3	Culpar al otro	24	30	36
4	Reacción a la frustración	25	31	38
5	Irresponsabilidad emocional	18	24	30
6	Ansiedad por preocupación	24	30	37
7	Evitación de problemas	20	27	33
8	Dependencia	21	27	34
9	Influencia del pasado	14	25	31
10	Perfeccionismo	24	30	36
11	Territorialidad	25	32	38
12	Necesidad de control	27	32	37
13	Normatividad	26	30	39