

# Esquemas maladaptativos y estrategias de afrontamiento en sujetos diagnosticados con VIH

Ana María Restrepo Muñoz\*

## Resumen

**Introducción:** este estudio se llevó a cabo con el fin de realizar un acercamiento a los esquemas maladaptativos (EMT) y las estrategias de afrontamiento más frecuentes en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (VIH), dado que en los estudios se ha evidenciado que la forma en que se procesa la información puede favorecer o interferir negativamente en la salud y en la adherencia al tratamiento. **Metodología:** se evaluaron los esquemas maladaptativos y las estrategias de afrontamiento en 31 sujetos diagnosticados con VIH de Medellín. Para esto se utilizó la escala de estrategias de afrontamiento y de esquemas maladaptativos tempranos validados para la población colombiana. **Resultados:** se evidencia que existe relación entre algunas estrategias de afrontamiento y algunos esquemas maladaptativos tales como el esquema maladaptativo de límites insuficientes con reevaluación positiva, abandono con religión, límites insuficientes con evitación emocional; las relaciones son coherentes con la teoría cognitiva. **Conclusiones:** el esquema maladaptativo es el eje central del procesamiento de la información, a partir de este se pueden utilizar determinadas estrategias con el fin de afrontar las situaciones estresantes, como en el caso de tener un diagnóstico de VIH-SIDA.

**Palabras clave:** esquemas maladaptativos, estrategias de afrontamiento, VIH-SIDA.

## *Early Maladaptive Schemas and Confrontational Strategies in Individuals Diagnosed with HIV*

### Abstract

**Introduction:** This study was carried out with the aim of approaching the most frequent Early Maladaptive Schemas (EMS) and Confrontational Strategies in patients with the human immunodeficiency virus (HIV), given that in other studies has become evident that the way the information is processed might either favor or negatively interfere health and treatment adherence. **Methodology:** Early Maladaptive Schemas and Confrontational Strategies were evaluated in 31 subjects from Medellín diagnosed with HIV. To do so, the scale of Confrontational Strategies and Early Maladaptive Schemas validated for the Colombian population was used. **Results:** The relationship between some Confrontational Strategies and some Maladaptive Schemas became evident, such as the Maladaptive Schema of insufficient limits with positive reevaluation, abandonment of religion, insufficient boundaries with emotional avoidance. These relationships are coherent with the cognitive theory. **Conclusions:** The Maladaptive Schema is the central axis of information processing and particular strategies can be used from it so stressing situations—such as being diagnosed with HIV-AIDS—can be confronted.

**Keywords:** maladaptive schemas, confrontational strategies, HIV-AIDS.

## *Esquemas mal-adaptativos e estratégias de enfrentamento em sujeitos diagnosticados com VIH*

### Resumo

**Introdução:** este estudo foi realizado com o intuito de fazer uma aproximação aos esquemas mal-adaptativos (EMT) e estratégias de enfrentamento mais frequentes em pacientes com vírus de imunodeficiência humana (VIH), dado que nos estudos se tem evidenciado que a forma em que a informação é processada pode favorecer ou interferir negativamente na saúde e na aderência ao tratamento. **Metodologia:** foram avaliados os esquemas mal-adaptativos e estratégias de enfrentamento em 31 sujeitos diagnosticados com VIH da cidade de Medellín. Para isso foi utilizada a escala de estratégias de enfrentamento e de esquemas mal-adaptativos precoces validados para a população colombiana. **Resultados:** evidencia-se que existe relação entre algumas estratégias de enfrentamento e alguns esquemas mal-adaptativos tais como o esquema mal-adaptativo de limites insuficientes com reavaliação positiva, abandono com religião, limites insuficientes com evitação emocional; as relações são coerentes com a teoria cognitiva. **Conclusões:** o esquema mal-adaptativo é o eixo central do processamento da informação, a partir deste podem ser utilizadas determinadas estratégias com o intuito de afrontar as situações estressante, como no caso de ter um diagnóstico de VIH-SIDA.

**Palavras-chave:** esquemas mal-adaptativos, estratégias de enfrentamento, VIH-SIDA.

\* Máster en Neuropsicología.  
Docente investigadora, Fundación  
Universitaria María Cano, Medellín,  
Colombia. Profesor de Cátedra,  
Tecnológico de Antioquia, Medellín,  
Colombia.  
**Correo electrónico:**  
anamariarestrepomunoz@fumc.edu.co

**Recibido:** 28 de julio del 2014

**Aprobado:** 15 de noviembre del 2014

**Cómo citar este artículo:** Restrepo Muñoz, A. M. (2014). Esquemas maladaptativos y estrategias de afrontamiento en sujetos diagnosticados con VIH. *Memorias*, 12(22), 57-72. doi: <http://dx.doi.org/10.16925/me.v12i22.870>

## Introducción<sup>1</sup>

El VIH se constituye como virus de la inmunodeficiencia humana y ataca el sistema inmunitario. La fase más avanzada de la infección se conoce como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), y puede tardar entre dos y 15 años en manifestarse. Es uno de los agentes de patógenos más mortíferos a nivel mundial. En el 2011 existieron unos 34 millones de personas infectadas con este virus según la Organización Mundial de la Salud (OMS), de los cuales 30 millones fueron adultos y 3,4 millones menores de 15 años. África es la región más afectada: uno de cada 20 adultos de la población está infectado.

La OMS estima que anualmente mueren 1,8 millones de personas por la enfermedad. En Colombia, se diagnostican 4200 casos nuevos cada año, y la población más afectada está entre 20 y 39 años de edad. La prevalencia en mujeres gestantes es menor al 1% y en hombres homosexuales es del 5%, según el Ministerio de Salud y Protección Social (2013). En el 2011, 5650 personas murieron a causa de sida en el país. Según Onusida (2013), coordinador nacional de Onusida, existen entre 150 o 160 mil personas en Colombia en este momento con VIH y no lo sabían. De acuerdo con la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, en el 2012 se reportaron 540 infecciones, de ellas 320 en Medellín. Teniendo en cuenta estos datos se hace considerable destacar que la intervención integral en salud en los casos de VIH/sida cobra cada vez más relevancia, dado que no se pueden dejar de lado los aspectos psicológicos que influyen en el manejo de la enfermedad.

No cabe duda de que psicológicamente el paciente diagnosticado con VIH/sida va a sufrir inestabilidad emocional (Martínez y Gavidia, 2006). Las personas diagnosticadas presentan inicialmente una etapa de negación por lo que inutilizan su capacidad de reconocimiento y aceptación de la realidad y niegan su estado de salud. El padecimiento de la enfermedad crea un deterioro en los autoesquemas del sujeto; la visión negativa hace que se desvalorice y no encuentre sentido a su vida y a lo que hace, es decir, la escala de valores se focaliza en sí mismo de manera negativa generando el autorrechazo en función de una imagen de sí mismo deteriorada (Montesano, Feixas y Varlotta, 2009).

Según Cano (citado en Vinaccia, 2008), es posible que un paciente con VIH/sida presente una exacerbación de los esquemas maladaptativos que lo lleven a interpretar de forma distorsionada su realidad y actuar inadecuadamente, causándole un mayor malestar psicológico que puede repercutir en su salud y adherencia al tratamiento. Esto ha sido estudiado por diferentes autores tales como Achucarro (2010), el cual encontró que el 28% de los encuestados presentaba alteraciones en la dimensión emocional, así como tuvieron una puntuación muy baja en su calidad de vida impactando en forma negativa sobre todo el componente de su salud mental. Nightingale, Sher y Hansen (2010) encontraron efectos en los pacientes diagnosticados equiparables con el estrés postraumático.

Con todo lo anterior, abordar desde la psicología el tema del VIH/sida es importante, dado que es una problemática que afecta al mundo, al país, al departamento y a la ciudad. De esta enfermedad han surgido diferentes teorías e incógnitas abordadas por disciplinas y ciencias enfocadas en la salud, las cuales han realizado estudios médicos, físicos y químicos sobre el virus, razón por la cual surge la necesidad de plantear una investigación que parta desde la línea de investigación de salud mental, promoción y prevención, ya que esta tiene como fin conocer la condición de salud mental de los individuos, pensando las dimensiones psicológicas y sociales de la salud, así como otros factores psicosociales como contundentes en la salud y la enfermedad. Además, se resalta que no se han realizado investigaciones en nuestro contexto donde se describan los esquemas maladaptativos tempranos y las estrategias de afrontamiento y sus posibles correlaciones en pacientes diagnosticados con VIH/sida. Este estudio presenta valor social y académico y es de alcance netamente descriptivo, pues aportará a la comprensión del ser humano desde aspectos del procesamiento de información que impacta su pensar, sentir y actuar.

Cuando se comenzó a difundir el concepto de VIH/sida, generó a nivel social un sinnúmero de reacciones negativas tales como el temor y rechazo hacia las personas diagnosticadas, así como mitos alrededor de la forma de transmisión y sintomatología (Barceló y Villarreal, 2003). Por tanto, aun en la actualidad, tener VIH involucra tener que padecer discriminación, marginación, exclusión, estigmatización social y necesidad de sobrellevar con ello (Varas, Serrano y Toro, 2004; 2005). El VIH/sida, como cualquier entidad nosológica, se debe tratar desde un enfoque biopsicosocial, esto es, de manera que los factores biológicos, psicológicos

1 Artículo resultado del trabajo de investigación con 31 pacientes con diagnóstico de VIH, en el cual se identifican esquemas maladaptativos y estrategias de afrontamiento más frecuentes en estos pacientes.

y sociales desempeñen en igual medida un papel significativo en el tratamiento de personas con esta enfermedad, y no solamente atendiendo a un enfoque biologicista y reduccionista.

De acuerdo con Basabe, Iraurgi, Páez e Insua (1996), el sida es un

“síndrome”, no una enfermedad per se; es una manifestación compleja de diferentes síntomas y enfermedades cuya aparición está asociada a la acción de un tipo de retrovirus denominado Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). La aparición y/o desarrollo de la enfermedad (sida) corresponde a un deterioro del sistema inmune, concretamente de la inmunidad celular, que hace al organismo más vulnerable ante agentes infecciosos que en una situación de normalidad serían rechazados por el organismo impidiendo su efecto nocivo (p. 304).

Se agrega que el VIH es la sigla del virus de inmunodeficiencia humana. El VIH es un virus que mata o daña las células del sistema inmunológico del organismo. Sida es el acrónimo del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es el estadio más avanzado de esta infección. Los primeros signos de infección con VIH pueden ser inflamación de los ganglios y síntomas gripales. Los mismos pueden presentarse y desaparecer un mes o dos después de la infección. Los síntomas graves pueden no aparecer hasta pasados meses o años. Se contrae a través de las relaciones sexuales sin protección con una persona infectada. El sida también puede contagiarse por compartir agujas con drogas o mediante el contacto con la sangre de una persona infectada, las mujeres pueden transmitírselo a sus bebés durante el embarazo o el parto, y puede tardar entre dos y 15 años en manifestarse (Lamotte Castillo, 2004).

En el 2012, según informe de Onusida (2013), se dieron 2,3 millones de nuevas infecciones por el VIH (1,9 millones-2,7 millones, aproximadamente). Esta cifra constituye la cantidad más baja de nuevas infecciones por año desde la segunda mitad de los años noventa. De esta manera, se registraban aproximadamente 3,5 millones nuevos casos al año. En el caso de América Latina, las nuevas infecciones registradas en el 2012 fue un 11% inferior a las de 2001.

De nuevo es importante mencionar que se aborda la concepción de hombre como un ser biopsicosocial, es decir, como un organismo que procesa activamente la información que capta de su entorno, construyendo en parte su propia realidad con base en las diferentes experiencias que adquiere a lo largo de su vida. A partir de las experiencias podrá ir seleccionando, trans-

formando, decodificando, almacenando y recordando (procesando) la información, la cual se constituye en el sistema de creencias del sujeto, esto es, las estructuras o esquemas cognitivos que son la piedra angular de dicho sistema (Pozo, 2002). La interpretación de la información se da gracias a los esquemas cuyo origen conceptual aparece con Kant (1781) desde la filosofía, y con Bartlett (1982) y Piaget (1936), en el campo de la psicología. Sin embargo, no es hasta los estudios sobre inteligencia artificial y el desarrollo de la psicología cognitiva que el estudio de este concepto consigue una gran importancia (Pozo, 2002). Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) introducen el concepto de esquema en su trabajo sobre depresión, definiéndolo como “un constructo cognitivo que sirve a la persona para filtrar, codificar y evaluar la información que llega del ambiente y que sesga de manera consistente las percepciones e interpretaciones de los eventos que vivimos” (Beck, citado en Stein y Young, 1992).

Los esquemas cognitivos se estipulan como tempranos (ET), pues son estructuras mentales extremadamente estables y duraderas que se construyen durante la infancia, se desarrollan a lo largo de la vida del individuo y sirven como categóricos del procesamiento de experiencias posteriores. Cabe agregar que dependiendo de esas experiencias tempranas que se tienen en la vida, se da origen a estos esquemas. Por tanto, se han planteado cinco áreas del desarrollo en las cuales el niño debe superar una serie de retos o cumplir ciertos requisitos básicos, con el fin de lograr un desenvolvimiento adecuado a nivel psicológico. Estos requisitos que se presentan en las siguientes áreas de desarrollo: autonomía, relaciones interpersonales, autovaloración, expectativas razonables y límites realistas. Cuando las figuras de apego del menor no proporcionan las estrategias para que las áreas de desarrollo se den de manera óptima y los esquemas se formen equilibradamente, aparecen los esquemas maladaptativos que forman ese filtro en el procesamiento de la información, los cuales van a causar malestar e inadaptación y son disfuncionales en un grado significativo (Young y Klosko, 2001). Es así como se afirma que es probable que los esquemas maladaptativos tempranos (EMT) permanezcan inactivos por mucho tiempo y sólo se activen ante la presencia de eventos activadores (Ellis y Grieger, 2003). El tipo de procesamiento de información puede tener un impacto positivo o negativo en la salud física y mental del sujeto. En esta medida, la manera como piensa el sujeto se convierte en el eje fundamental de la terapia cognitiva desarrollada por Beck, Rush, Shaw y Emery (1979),

la cual considera que el modo en que se interpretan los acontecimientos de la vida (pensamientos), determina cómo la persona se siente con respecto a ellos (emociones), lo que va afectando la salud del individuo.

Young (1999) planteó un sistema de categorización por dominios que agrupa 18 esquemas maladaptativos tempranos, los cuales se valoran en esta investigación y se enuncian a continuación:

Los EMT: abandono/inestabilidad, desconfianza/abuso, privación emocional, defectuosidad/ vergüenza y aislamiento social/alienación. Forman el dominio de desconexión y rechazo que hace referencia a la creencia según la cual las propias necesidades de seguridad, estabilidad, cuidados, empatía, sentimientos compartidos, aceptación y respeto no serán satisfechas de un modo predecible.

Los EMT de dependencia/incompetencia, vulnerabilidad al daño o a la enfermedad, entrapamiento emocional y fracaso, conforman el dominio de autonomía y desempeño deteriorados que son creencias sobre sí mismo y el ambiente, las cuales interfieren con la percepción de la propia capacidad para separarse, sobrevivir y funcionar independientemente o para desempeñarse con éxito.

Los EMT de derecho/grandiosidad y autocontrol insuficiente /autodisciplina, comprenden el dominio de límites insuficientes. Este dominio hace referencia a la deficiencia en los límites internos, responsabilidad hacia otros u orientación hacia metas a largo plazo.

Los EMT de: subyugación, autosacrificio y búsqueda de aprobación/reconocimiento integran el dominio de orientación hacia los otros. Es una concentración excesiva en los deseos, sentimientos y respuestas de los demás, a expensas de las propias necesidades.

Los EMTs de negatividad/pesimismo, inhibición emocional, estándares implacables/ hipercrítica y condena componen el dominio de sobrevigilancia e inhibición. Este dominio se relaciona con un énfasis excesivo en la supresión de los propios sentimientos, impulsos y elecciones espontáneas o en el acatamiento de reglas y expectativas rígidas, acerca del desempeño y la conducta ética.

Es oportuno también pasar a definir el otro constructo que se tuvo en cuenta en la investigación:

[...] las estrategias de afrontamiento o estrategias coping, las cuales son definidas como el conjunto de recursos y esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales orientados a solucionar el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o modificar la evaluación inicial de la situación (Londoño et al., 2006, p. 328).

Los esfuerzos cognitivos o comportamentales para afrontar una situación pueden ser pasivos o activos, y los estilos de afrontamiento pueden centrarse en:

- El problema: la estrategia de afrontamiento será orientada a manipular o alterar las condiciones responsables de la amenaza.
- La emoción: el estilo se orienta a reducir o eliminar la respuesta emocional generada por la situación.
- La valoración de la situación: el estilo de afrontamiento tiende a reevaluar el problema.

Para evaluar las estrategias de afrontamiento existen diversos instrumentos, derivados de la teoría de Lazarus y Folkman (1984). Las estrategias de afrontamiento se han manifestado como una herramienta importante para desafiar diferentes situaciones de la realidad humana. Estos autores definieron el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, los cuales se desarrollan con el fin de manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, como se cita en Castaño y del Barco, 2010). Estos teóricos resaltan dos formas generales de afrontamiento: una *centrada en problemas* y otra *centrada en emociones*. La primera puede estar orientada hacia la externalidad o hacia la internalidad; las estrategias de afrontamiento externalizantes consisten en alterar las situaciones o los comportamientos de otros. Las estrategias orientadas a la internalidad se basan en la reconsideración de las propias actitudes y necesidades.

Por otro lado, cuando un problema o desafío está más allá del autocontrol, es posible afrontarlo por vía emocional; en la mayoría de los casos probablemente es más beneficioso combinar ambas estrategias (Vázquez, Crespo y Ring, 2000). Se puede decir que coexistir con VIH/sida significa enfrentar una enfermedad amenazadora y mortal, lo que genera cambios en la vida del sujeto y las estrategias de afrontamiento pueden ser el puente para entender su situación, vivenciar sus emociones y resignificar sus expectativas de vida, pues es sabido que las enfermedades físicas y mentales —especialmente aquellas de aspecto crónico—, plantean un sinnúmero de retos para aquellas personas que las padecen. En algunos casos se evidencia una dificultad para conseguir un tratamiento adecuado y oportuno, así como la presencia de emociones negativas (depresión, ansiedad, fobias, angustia), consecuencias laborales, sociales, académicas, económicas, afectivas etc.

Los individuos que son diagnosticados con el VIH deben batallar con una serie de factores estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que en conjunto establecen un riesgo potencial para su salud física y mental (Carrolbes, Remor y Rodríguez, 2003). Estos factores revelan la forma en que los sujetos enfrentan cada situación, es decir, de qué estrategia se valen para contraponerse ante los sucesos. La estrategia va a depender de los esquemas o las estructuras a nivel mental que permiten la organización e interpretación de los acontecimientos. En concordancia con lo anterior, cabe resaltar que investigaciones realizadas han demostrado la asociación benéfica de una adecuada salud mental y física, con respecto a los estilos de afrontamiento activo y positivo. Sin embargo, en relación con las estrategias de afrontamiento negativo, no se ha encontrado asociación entre que estas influyan en la progresión de la enfermedad (Carrolbes, Remor y Rodríguez, 2003). De acuerdo con Vargas et al. (2009), las molestias en la salud mental pueden afectar a cualquiera, pero las personas con VIH son más propensas a cumplir con un amplio rango de condiciones de riesgo en la salud mental, dado que es común que se encuentren vinculados al malestar emocional los sentimientos de depresión y ansiedad que frecuentemente acompañan a las experiencias adversas de la vida.

Como se mencionó antes, Young (como se cita en Stein y Young, 1992) describe los esquemas maladaptativos como creencias y sentimientos disfuncionales e incondicionales acerca de uno mismo en relación con el ambiente, los cuales son enormemente estables y duraderos, se elaboran a lo largo de toda la vida y sirven como determinantes del procesamiento de experiencias posteriores, por lo que pueden impactar en la forma en que se aborda una determinada situación en la vida. En este orden de ideas, entender, comprender e interpretar a las personas que padecen este virus, desde una perspectiva emocional y comportamental, es decir, desde la clínica psicológica, es importante pues permite realizar un acercamiento a este fenómeno complejo.

El propósito general de esta investigación es determinar cuáles son los esquemas maladaptativos tempranos a partir del desarrollo de constructos personales y estrategias de afrontamiento en pacientes diagnosticados con VIH/sida.

## Metodología de investigación

El estudio se realizó de acuerdo con una metodología cuantitativa mediante una investigación no experimental, a través de un diseño transversal de tipo descriptivo.

Se tomó una sola muestra de sujetos con diferentes edades y en un solo momento, y se les aplicó el protocolo de evaluación. Fue una investigación con un alcance descriptivo.

La población sometida a la investigación corresponde a adultos de ambos sexos, los cuales asisten a una fundación prestadora de apoyo social a la población de Medellín. Se tomó como población objetivo los pacientes con diagnóstico de VIH. La muestra del estudio estuvo compuesta por un total de 31 sujetos, seleccionados por conveniencia debido a las dificultades para acceder a estos, con edades comprendidas entre los 22 y los 60 años, de ambos sexos y que accedieron a llenar los cuestionarios.

## Variables e instrumentos

### Instrumentos

El instrumento YSQ-SF fue elaborado por Young (1998) y validado por Londoño et al. (2012) para población colombiana. Es un instrumento autoaplicado que contiene 65 ítems y 15 componentes. Las opciones de respuesta son de tipo Likert y oscilan entre 1 y 6: 1= totalmente falso; 2 = la mayoría de las veces falso; 3 = más falso que verdadero; 4 = más verdadero que falso; 5 = la mayoría de las veces verdadero; y 6 = me describe perfectamente. Los 15 componentes son los esquemas maladaptativos: Privación, Emocional, Abandono, Desconfianza/Maltrato, Defectuosidad, Aislamiento Social, Fracaso, Dependencia, Vulnerabilidad, Apego, Subyugación, Autosacrificio, Inhibición Emocional, Estándares Inflexibles, Grandiosidad, Autocontrol Insuficiente (Stopa y Waters, 2005; Waller, Ohanian, Meyer y Osman, 2000).

La Escala Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M), validada para población colombiana por Londoño et al. (2006), fue construida con 98 ítems y opciones de respuesta tipo Likert, en un rango de frecuencia de 1 a 6 desde *Nunca* hasta *Siempre*. Se construyeron 14 escalas, cada una evaluada a partir de siete enunciados (Anexo 1). Los componentes de la escala son los siguientes:

1. Búsqueda de alternativa: estrategia cognitiva en la que se busca analizar las causas del problema y generar alternativas de solución.
2. Conformismo: estrategia cognitiva que busca tolerar el estrés resignándose con la situación.
3. Control emocional: estrategia cognitivo-comportamental con la cual se busca tolerar la situación estresante a través del control de las emociones.

4. Evitación emocional: estrategia cognitivo-comportamental en la cual se evita expresar las emociones, dada la carga emocional o la desaprobación social.
5. Evitación comportamental: estrategia comportamental en la que se llevan a cabo actividades o acciones que contribuyan a tolerar el problema o a eliminar o neutralizar las emociones generadas por estas.
6. Evitación cognitiva: estrategia cognitiva en la que se busca eliminar o neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, a través de la distracción o la negación.
7. Reacción agresiva: estrategia comportamental en la que se expresa la ira y la hostilidad abiertamente como consecuencia de la frustración y la desesperación, reaccionando de manera agresiva hacia los demás, hacia sí mismo o hacia los objetos.
8. Expresión emocional abierta: estrategia comportamental en la que se expresan las emociones abiertamente como una manera de neutralizarlas.
9. Reevaluación positiva: estrategia cognitiva que busca aprender de las dificultades identificando los aspectos positivos del problema. Es una estrategia de optimismo que contribuye a tolerar la problemática y a generar pensamientos que favorecen al enfrentar la situación.
10. Búsqueda de apoyo social: estrategia comportamental en la cual se expresa la emoción y se buscan alternativas para solucionar el problema con otra u otras personas.
11. Búsqueda de apoyo profesional: estrategia comportamental en la cual se busca el recurso profesional para solucionar el problema o sus consecuencias.
12. Religión: estrategia cognitivo-comportamental expresada a través del rezo y la oración dirigidos a tolerar o solucionar el problema o las emociones que se generan ante el problema.
13. Refrenar el afrontamiento: estrategia cognitiva que busca conocer más sobre el problema o aclarar la eficacia de las alternativas, antes de enfrentar el problema.
14. Espera: estrategia cognitivo-comportamental que busca esperar que la situación se resuelva por sí sola con el pasar del tiempo.

### Variables sociodemográficas

Las variables sociodemográficas tenidas en cuenta son edad, sexo, estrato socioeconómico y nivel educativo las cuales se midieron a través de encuestas.

### Procedimiento

Fase I. Se aplicaron las escalas a los pacientes de manera individual, con previa firma del consentimiento informado. Su participación fue anónima y voluntaria. Los pacientes participan en reuniones de capacitaciones en una organización no gubernamentales de Medellín.

Fase II. Se trataron los datos mediante estadísticas descriptivas y se graficaron los resultados por medio del programa Statgraphics.

### Análisis de datos

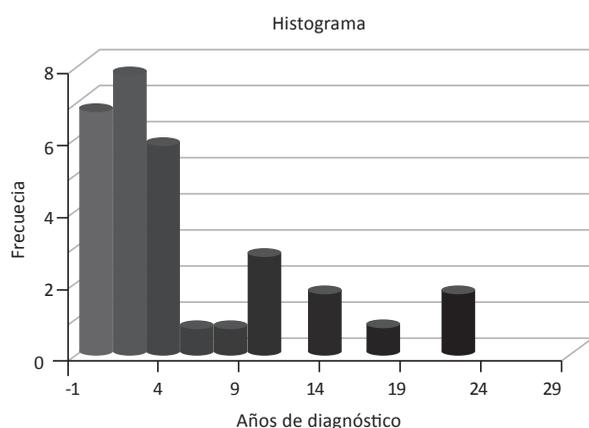
Se realizó un análisis descriptivo de la muestra a través de la exposición de frecuencias, porcentajes medias y desviaciones típicas Chi cuadrado de las variables sociodemográficas y clínicas, consideradas de las respuestas recogidas en el cuestionario de estrategias de afrontamiento y esquemas maladaptativos. Para los análisis estadísticos se tuvo en cuenta el cumplimiento de los supuestos paramétricos y el análisis se realizó en el programa Statgraphics.

### Resultados

Los resultados que se presentan a continuación hacen referencia al análisis de alcance descriptivo de las puntuaciones obtenidas por los sujetos en los cuestionarios utilizados. Cada resultado se clasificó en “alterado o normal” según los baremos establecidos y validados para la población colombiana por Londoño et al. (2012).

La muestra se conformó con 31 sujetos diagnosticados con VIH (figura 1), en edades comprendidas entre los 22 y 60 años, de los cuales el 83% asisten a una organización no gubernamental de apoyo social, con una edad media de 42,4 años. De estos, siete (22,58%) eran mujeres, y 24 (77,4 %) hombres. El 45,1% de ellos informó consumo de licor.

En la población de estudio el 16,13% tienen un nivel de escolaridad baja, el 50% de la población tiene un nivel educativo mayor a 12 años de escolaridad y el 25,8% restante son bachilleres. Viven en estrato socioeconómico medio el 51,61%, en estrato alto 3% y el 45,16 % restante en bajo. El tiempo de diagnóstico de la enfermedad se observó con una mediana de 4,0 años, y una DS de 6,3 años. La distribución se observa en la figura 1, los descriptores sociodemográficos y clínicos para la muestra total se presentan en la tabla 1.



**Figura 1.** Distribución según tiempo de diagnóstico de 31 pacientes diagnosticados con VIH/sida de Medellín. Elaboración propia.

**Tabla 1**  
Caracterización sociodemográfica de 31 pacientes diagnosticados con VIH/sida de Medellín

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>SEXO</b>		
Femenino	7	22,58
Masculino	24	77,42
<b>ESTRATO SOCIOECONÓMICO</b>		
Bajo	14	45,16
Medio	16	51,61
Alto	1	3,23
<b>ESCOLARIDAD</b>		
Ninguno	2	6,45
Primaria	5	16,13
Secundaria	8	25,81
Técnica	13	41,94
Universitaria	3	9,68
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>		
No	17	54,84
Sí	14	45,16
<b>CONSUMO LICOR</b>		
No	19	61,29
Sí	12	38,71

Nota. Elaboración propia.

En el presente estudio se observó que el esquema maladaptativo de límites insuficientes tuvo una prevalencia del 58% en la población de estudio, lo que indica que no miden las consecuencias de sus actos. Seguido del esquema de miedo presente en un 32,3%, el esquema de abandono en 29%, de asilamiento con un 26%,

defectuosidad 22% y un 19% para el esquema de vulnerabilidad al daño y la enfermedad, los cuales pudieron ser exacerbados a partir del diagnóstico. La descripción de los esquemas maladaptativos en los sujetos se pueden ver en la tabla 2.

**Tabla 2**  
Frecuencias y porcentajes de los Esquemas Maladaptativos Tempranos de puntaje normal/alterado de 31 pacientes diagnosticados con VIH/sida de Medellín

ESQUEMA MALADAPTATIVO	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>DEPENDENCIA</b>		
Alterado	1	3,23
No alterado	30	96,77
<b>SUBYUGACIÓN</b>		
Alterado	4	12,9
No alterado	27	87,1
<b>VULNERABILIDAD</b>		
Alterado	6	19,35
No alterado	25	80,65
<b>MIEDO</b>		
Alterado	10	32,26
No alterado	21	67,74
<b>DEPRIVACIÓN EMOCIONAL</b>		
Alterado	5	16,13
No alterado	26	83,87
<b>ABANDONO</b>		
Alterado	9	29,03
No alterado	22	70,97
<b>DESCONFIANZA</b>		
Alterado	4	12,9
No alterado	27	87,1
<b>AISLAMIENTO</b>		
Alterado	8	25,81
No alterado	23	74,19
<b>DEFECTUOSIDAD</b>		
Alterado	7	22,58
No alterado	24	77,42
<b>INDESEABILIDAD</b>		
No alterado	31	100
<b>INCOMPETENCIA</b>		
Alterado	2	6,45
No alterado	29	93,55
<b>CULPA / CASTIGO</b>		
Alterado	5	16,13
No alterado	26	83,87

(continúa)

(viene)

ESQUEMA MALADAPTATIVO	Frecuencia	Porcentaje (%)
PENA / VERGÜENZA		
Alterado	4	12,9
No alterado	27	87,1
LÍMITES INSUFICIENTES		
Alterado	18	58,06
No alterado	13	41,94

Nota. Elaboración propia.

Según el resultado arrojado por el instrumento para descubrir las estrategias de afrontamiento, se observa que las estrategias más usadas por los sujetos fueron: religión (38,71%), búsqueda de apoyo profesional (35,48%), reevaluación positiva (29,3%) y evitación cognitiva (29,03%). Estas estrategias también fueron encontradas en el estudio de Gaviria, Quiceno, Vinaccia, Martínez y Otálvaro (2009). Por otra parte, la estrategia menos utilizada fue refrenar el afrontamiento, con 3,2% (tabla 3).

Dado que uno de los propósitos de la investigación fue observar si existe relación entre esquemas ma-

ladaptativos y estrategias de afrontamiento con el fin de establecer dicha asociación, entre los resultados de ambas pruebas se tuvieron en cuenta los resultados con frecuencias superiores a cinco (5), con el propósito de realizar la prueba chi cuadrado (tabla 4).

Tabla 4

Análisis chi cuadrado de las variables Esquemas Maladaptativos Tempranos y estrategias de afrontamiento de 31 pacientes diagnosticados con VIH/sida de Medellín

Vulnerabilidad	ALTERADO	NO ALTERADO	Total por fila
ALTERADO	1 3,23%	5 16,13%	6 19,35%
NO ALTERADO	4 12,90%	21 67,74%	25 80,65%
Total por columna	5 16,13%	26 83,87%	31 100,00%
<b>Prueba</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Gl</b>	<b>Valor-p</b>
Chi cuadrado	0,002	1	0,9682

Nota. Elaboración propia.

Tabla 3

Frecuencias y porcentajes de las estrategias de afrontamiento de puntaje normal/alterado de 31 pacientes diagnosticados con VIH/sida de Medellín

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)	Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Solución de problemas			Reacción agresiva (RA)		
ALTERADO	5	16,13	ALTERADO	4	12,9
NO ALTERADO	26	83,87	NO ALTERADO	27	87,1
Búsqueda de apoyo social			Reevaluación positiva		
ALTERADO	5	16,13	ALTERADO	9	29,03
NO ALTERADO	26	83,87	NO ALTERADO	22	70,97
Espera (ESP)			Refrenar el afrontamiento		
ALTERADO	5	16,13	ALTERADO	1	3,23
NO ALTERADO	26	83,87	NO ALTERADO	30	96,77
Religión (REL)			Negación (NEG)		
ALTERADO	12	38,71	ALTERADO	3	9,68
NO ALTERADO	19	61,29	NO ALTERADO	28	90,32
Evitación emocional			Autonomía (AUT)		
ALTERADO	6	19,35	ALTERADO	3	10
NO ALTERADO	25	80,65	NO ALTERADO	27	90
Búsqueda de apoyo profesional			Evitación cognitiva		
ALTERADO	11	35,48	ALTERADO	9	29,03
NO ALTERADO	20	64,52	NO ALTERADO	22	70,97

Nota. Elaboración propia.

La tabla 4 muestra los resultados de la prueba de hipótesis: no existe asociación entre la vulnerabilidad y el apoyo social, ya que el valor-*p* es mayor o igual que 0,05, con un nivel de confianza del 95,0%. Por tanto, el valor observado de Vulnerabilidad para un caso en particular, pudiera no tener relación con su valor en Búsqueda de Apoyo Social.

La tabla 5 muestra el valor observado de Vulnerabilidad para un caso en particular, el cual pudiera no tener relación con su valor en Religión, puesto que el valor-*p* es mayor o igual que 0,05, con un nivel de confianza del 95,0%.

Tabla 5  
Religión

Vulnerabilidad	ALTERADO	NO ALTERADO	Total por fila
ALTERADO	2 6,45%	4 12,90%	6 19,35%
NO ALTERADO	10 32,26%	15 48,39%	25 80,65%
Total por columna	12 38,71%	19 61,29%	31 100,00%
<b>Prueba</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Gl</b>	<b>Valor-<i>p</i></b>
Chi cuadrado	0,091	1	0,7634

Nota. Elaboración propia.

Según la tabla 6, no se encontró asociación entre las variables Vulnerabilidad y Evitación Emocional, dado que el valor-*p* es mayor o igual que 0,05, con un nivel de confianza del 95,0%. Por tanto, el valor observado de Vulnerabilidad para un caso en particular pudiera no tener relación con su valor en Evitación Emocional.

Tabla 6  
Evitación Emocional

Vulnerabilidad	ALTERADO	NO ALTERADO	Total por fila
ALTERADO	1 3,23%	5 16,13%	6 19,35%
NO ALTERADO	5 16,13%	20 64,52%	25 80,65%
Total por columna	6 19,35%	25 80,65%	31 100,00%
<b>Prueba</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Gl</b>	<b>Valor-<i>p</i></b>
Chi cuadrado	0,034	1	0,8528

Nota. Elaboración propia.

La tabla 7 muestra los resultados del valor observado de Miedo para un caso en particular. Pudiera no tener relación con su valor en Solución de Problemas, ya que el valor-*p* es mayor o igual que 0,05, con un nivel de confianza del 95,0%.

Tabla 7  
Solución de Problemas

Miedo	ALTERADO	NO ALTERADO	Total por fila
ALTERADO	1 3,23%	9 29,03%	10 32,26%
NO ALTERADO	4 12,90%	17 54,84%	21 67,74%
Total por columna	5 16,13%	26 83,87%	31 100,00%
<b>Prueba</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Gl</b>	<b>Valor-<i>p</i></b>
Chi cuadrado	0,410	1	0,5220

Nota. Elaboración propia.

Según la tabla 8, los resultados de la prueba de hipótesis ejecutada son insuficientes para determinar si se rechaza o no la idea según la cual el miedo y la religión son independientes. Puesto que el valor-*p* es mayor o igual que 0,05, no se puede rechazar la hipótesis según la cual miedo y religión son independientes con un nivel de confianza del 95,0%. Por tanto, el valor observado de Miedo para un caso en particular, pudiera no tener asociación con su valor en Religión.

Tabla 8  
Religión

Miedo	ALTERADO	NO ALTERADO	Total por fila
ALTERADO	5 16,13%	5 16,13%	10 32,26%
NO ALTERADO	7 22,58%	14 45,16%	21 67,74%
Total por columna	12 38,71%	19 61,29%	31 100,00%
<b>Prueba</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Gl</b>	<b>Valor-<i>p</i></b>
Chi cuadrado	0,793	1	0,3732

Nota. Elaboración propia.

La tabla 9 muestra que el valor-p es menor que 0,05, de manera se puede rechazar la hipótesis según la cual miedo y espera son independientes con un nivel de confianza del 95,0%. Por tanto, el valor observado de Miedo para un caso en particular está relacionado con su valor en Espera (ESP), es decir, que si el esquema maladaptativo de miedo está presente, la estrategia cognitiva que utilizó el sujeto fue la espera.

Tabla 9  
Espera

Miedo	ALTERADO	NO ALTERADO	Total por fila
ALTERADO	4 12,90%	6 19,35%	10 32,26%
NO ALTERADO	1 3,23%	20 64,52%	21 67,74%
Total por columna	5 16,13%	26 83,87%	31 100,00%
<b>Prueba</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Gl</b>	<b>Valor-p</b>
Chi cuadrado	6,218	1	0,0126

Nota. Elaboración propia.

La tabla 10 muestra que el valor observado de Deprivación Emocional para un caso en particular, pudiera no tener relación con su valor en Búsqueda de Apoyo Social. Puesto que el valor-p es mayor o igual que 0,05, no se puede rechazar la hipótesis según la cual deprivación emocional y búsqueda de apoyo son independientes con un nivel de confianza del 95,0%.

Tabla 10  
Búsqueda de Apoyo

Deprivación Emocional	ALTERADO	NO ALTERADO	Total por fila
ALTERADO	2 6,45%	3 9,68%	5 16,13%
NO ALTERADO	3 9,68%	23 74,19%	26 83,87%
Total por columna	5 16,13%	26 83,87%	31 100,00%
<b>Prueba</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Gl</b>	<b>Valor-p</b>
Chi cuadrado	2,511	1	0,1130

Nota. Elaboración propia.

La tabla 11 muestra que el valor observado de Abandono para un caso en particular está asociado con su valor en Religión. Dado que el valor-p es menor que 0,05, se puede rechazar la hipótesis según la cual Abandono y Religión son independientes, con un nivel de confianza del 95,0%.

Tabla 11  
Religión

Abandono	ALTERADO	NO ALTERADO	Total por fila
ALTERADO	1 3,23%	8 25,81%	9 29,03%
NO ALTERADO	11 35,48%	11 35,48%	22 70,97%
Total por columna	12 38,71%	19 61,29%	31 100,00%
<b>Prueba</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Gl</b>	<b>Valor-p</b>
Chi cuadrado	4,071	1	0,0436

Nota. Elaboración propia.

Según la tabla 12, el valor-p es mayor o igual que 0,05, por tanto no se puede rechazar la hipótesis según la cual Abandono y Evitación Emocional son independientes, con un nivel de confianza del 95,0%. Así, el valor observado de Abandono para un caso en particular, pudiera no tener relación con su valor en Evitación Emocional.

Tabla 12  
Evitación Emocional

Abandono	ALTERADO	NO ALTERADO	Total por fila
ALTERADO	1 3,23%	8 25,81%	9 29,03%
NO ALTERADO	5 16,13%	17 54,84%	22 70,97%
Total por columna	6 19,35%	25 80,65%	31 100,00%
<b>Prueba</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Gl</b>	<b>Valor-p</b>
Chi cuadrado	0,552	1	0,4574

Nota. Elaboración propia.

Según la tabla 13, el valor-P es mayor o igual que 0,05, por tanto no se puede rechazar la hipótesis según la cual Aislamiento y Evitación Emocional son independientes con un nivel de confianza del 95,0%. Por tanto, el valor observado de Aislamiento para un caso en particular, pudiera no tener asociación con Evitación Emocional.

Tabla 13  
*Evitación Emocional*

Aislamiento	ALTERADO	NO ALTERADO	Total por fila
ALTERADO	2 6,45%	6 19,35%	8 25,81%
NO ALTERADO	4 12,90%	19 61,29%	23 74,19%
Total por columna	6 19,35%	25 80,65%	31 100,00%
<b>Prueba</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Gl</b>	<b>Valor-P</b>
Chi cuadrado	0,220	1	0,6389

Nota. Elaboración propia.

Según la tabla 14, el valor-P es mayor o igual que 0,05, por tanto no se puede rechazar la hipótesis según la cual Aislamiento y Evitación Cognitiva son independientes con un nivel de confianza del 95,0%. Así, el valor observado de Aislamiento para un caso en particular, pudiera no tener relación con su valor en Evitación Cognitiva.

Tabla 14  
*Evitación Cognitiva*

Aislamiento	ALTERADO	NO ALTERADO	Total por fila
ALTERADO	3 9,68%	5 16,13%	8 25,81%
NO ALTERADO	6 19,35%	17 54,84%	23 74,19%
Total por columna	9 29,03%	22 70,97%	31 100,00%
<b>Prueba</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Gl</b>	<b>Valor-P</b>
Chi cuadrado	0,375	1	0,5402

Nota. Elaboración propia.

La tabla 15 muestra que el valor observado de Defectuosidad para un caso en particular, pudiera no tener relación con su valor en Evitación Emocional. Puesto que el valor-P es mayor o igual que 0,05, no se puede rechazar la hipótesis según la cual filas y columnas son independientes con un nivel de confianza del 95,0%.

Tabla 15  
*Evitación Emocional*

Defectuosidad	ALTERADO	NO ALTERADO	Total por fila
ALTERADO	2 6,45%	5 16,13%	7 22,58%
NO ALTERADO	4 12,90%	20 64,52%	24 77,42%
Total por columna	6 19,35%	25 80,65%	31 100,00%
<b>Prueba</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Gl</b>	<b>Valor-P</b>
Chi cuadrado	0,492	1	0,4830

Nota. Elaboración propia.

Según la tabla 16, el valor-P es mayor o igual que 0,05, por tanto no se puede rechazar la hipótesis según la cual filas y columnas son independientes con un nivel de confianza del 95,0%. Así, el valor observado de Defectuosidad para un caso en particular, pudiera no tener relación con su valor en Búsqueda de Apoyo Profesional.

Tabla 16  
*Búsqueda de Apoyo Profesional*

Defectuosidad	ALTERADO	NO ALTERADO	Total por fila
ALTERADO	3 9,68%	4 12,90%	7 22,58%
NO ALTERADO	8 25,81%	16 51,61%	24 77,42%
Total por columna	11 35,48%	20 64,52%	31 100,00%
<b>Prueba</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Gl</b>	<b>Valor-P</b>
Chi cuadrado	0,215	1	0,6431

Nota. Elaboración propia.

La tabla 17 muestra que el valor observado de Defectuosi- dad para un caso en particular, pudiera no tener relación con su valor en Religión. Puesto que el valor-*p* es mayor o igual que 0,05, no se puede rechazar la hipótesis según la cual filas y columnas son independientes con un nivel de confianza del 95,0%.

Tabla 17  
*Religión*

Defectuosi- dad	ALTERADO	NO ALTERADO	Total por fila
ALTERADO	2 6,45%	5 16,13%	7 22,58%
NO ALTERADO	10 32,26%	14 45,16%	24 77,42%
Total por columna	12 38,71%	19 61,29%	31 100,00%
<b>Prueba</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Gl</b>	<b>Valor-<i>p</i></b>
Chi cuadrado	0,392	1	0,5314

*Nota.* Elaboración propia.

La tabla 18 muestra que el valor-*p* es mayor o igual que 0,05, por lo tanto se dice que las variables son inde- pendientes con un nivel de confianza del 95,0%. Es decir, el valor observado de Culpa/Castigo para un caso en particular, pudiera no tener relación con su valor en Evitación Cognitiva (EC).

Tabla 18  
*Evitación Cognitiva*

Culpa/Castigo	ALTERADO	NO ALTERADO	Total por fila
ALTERADO	3 9,68%	2 6,45%	5 16,13%
NO ALTERADO	6 19,35%	20 64,52%	26 83,87%
Total por columna	9 29,03%	22 70,97%	31 100,00%
<b>Prueba</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Gl</b>	<b>Valor-<i>p</i></b>
Chi cuadrado	2,775	1	0,0958

*Nota.* Elaboración propia.

Según la tabla 19, el valor-*p* es mayor o igual que 0,05, por tanto no se puede rechazar la hipótesis se- gún la cual Culpa/Castigo y Religión son independien- tes con un nivel de confianza del 95,0%. Así, el valor observado de Culpa/Castigo para un caso en particu- lar, pudiera no tener relación con su valor en Religión.

Tabla 19  
*Religión*

Culpa/Castigo	ALTERADO	NO ALTERADO	Total por fila
ALTERADO	1 3,23%	4 12,90%	5 16,13%
NO ALTERADO	11 35,48%	15 48,39%	26 83,87%
Total por columna	12 38,71%	19 61,29%	31 100,00%
<b>Prueba</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Gl</b>	<b>Valor-<i>p</i></b>
Chi cuadrado	0,880	1	0,3483

*Nota.* Elaboración propia.

La tabla 20 muestra los que el valor-*p* es menor que 0,05, por tanto se puede rechazar la hipótesis se- gún la cual límites insuficientes y reevaluación posi- tiva son independientes con un nivel de confianza del 95,0%. Por tanto, el valor observado de Límites Insufi- cientes para un caso en particular, presenta asociación con su valor en Reevaluación Positiva.

Tabla 20  
*Reevaluación Positiva*

Límites Insuficientes	ALTERADO	NO ALTERADO	Total por fila
ALTERADO	2 6,45%	16 51,61%	18 58,06%
NO ALTERADO	7 22,58%	6 19,35%	13 41,94%
Total por columna	9 29,03%	22 70,97%	31 100,00%
<b>Prueba</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Gl</b>	<b>Valor-<i>p</i></b>
Chi cuadrado	6,691	1	0,0097

*Nota.* Elaboración propia.

La tabla 21 muestra que el valor-P es menor que 0,05, por tanto se puede rechazar la hipótesis según la cual filas y columnas son independientes con un nivel de confianza del 95,0%. Así, el valor observado de Límites Insuficientes para un caso en particular, está relacionado con su valor en Evitación Emocional.

Tabla 21  
*Evitación Emocional*

Límites Insuficientes	ALTERADO	NO ALTERADO	Total por fila
ALTERADO	0 0,00%	18 58,06%	18 58,06%
NO ALTERADO	6 19,35%	7 22,58%	13 41,94%
Total por columna	6 19,35%	25 80,65%	31 100,00%
<b>Prueba</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Gl</b>	<b>Valor-P</b>
Chi cuadrado	10,302	1	0,0013

*Nota.* Elaboración propia.

Esta investigación se llevó a cabo con 31 pacientes, la mayoría hombres adultos, solteros, de estrato socioeconómico medio-bajo, con un nivel educativo técnico y con cuatro años de tiempo de diagnóstico de la enfermedad aproximadamente. En la investigación se observó el uso de estrategias de afrontamiento de la religión, búsqueda de apoyo profesional, reevaluación positiva y evitación cognitiva. Por otro lado, la estrategia menos utilizada fue refrenar el afrontamiento. Estos hallazgos concuerdan con el estudio realizado por Gaviria et al. (2009), en el que se evaluaron las estrategias de afrontamiento y la ansiedad-depresión en 92 pacientes con VIH/sida de Medellín. En otras investigaciones se evidencia el uso de estrategias de afrontamiento de la planificación y la religión para hacer frente a la enfermedad (Olley et al., 2003). Los resultados evidencian el uso frecuente de estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo (con énfasis en el problema), de búsqueda de apoyo en la religión, y profesionales de la salud bajo puntaje en refrenar el afrontamiento. El uso de estrategias cognitivas favorece la resolución de problemas físicos y emocionales, lo que indica desaparición de pensamientos negativos cambiándolos por pensamientos positivos que les favorecen soportar, planificar o buscar alternativas ante la enfermedad o cualquier otra situación. Cabe mencionar que también el uso de

la religión como estrategias de afrontamiento expresada a través de la oración, el rezo y la meditación, así como la búsqueda de apoyo de profesionales de salud y familia son un soporte que ayuda a liberar y sobrellevar la carga emocional generada por la enfermedad, lo cual tiene relación con otras investigaciones (Eller et al., 2005; Coleman et al., 2006; Kempainen et al., 2006; y Olley et al., 2003).

Con respecto a los esquemas maladaptativos se observa que el esquema de límites insuficientes fue el más prevalente, lo cual se relaciona con ser impulsivos, tener dificultad con la autodisciplina y tener problemas para controlar sus emociones y no medir las consecuencias de sus actos. Esto puede llevar a que no se tengan las suficientes precauciones al tener un contacto sexual, una de las causas de padecer VIH/sida. Lo anterior tiene relación con lo hallado en la investigación realizada en Bogotá por la doctora Zea y colaboradores, con la participación de Profamilia (Zea et al., 2013), la cual encontró que el 61% de la población tuvo relaciones sexuales anales sin precaución.

Otro esquema representativo fue el miedo, el cual refleja la focalización sobre los aspectos negativos de la vida, así como la expectativa de que nada irá bien, de manera que se generan sentimientos de tristeza, pesimismo y preocupación. Es posible que estos se desencadenen a partir de una situación dolorosa o estresante, como el caso de un diagnóstico, en el que se puede presentar inseguridad y ansiedad frente a la enfermedad. Esto tiene congruencia con Nightingale et al. (2010) quienes en el estudio realizado observaron el impacto que provoca el diagnóstico en los sujetos es equiparable al de un estrés postraumático.

El abandono se refiere a la creencia de que los demás no pueden dar un apoyo fiable y estable. Esta estructura cognitiva se presentó de modo frecuente en la investigación. Es posible que después del diagnóstico se presenten cambios a nivel de estructura familiar y social. En concordancia con Villa y Vinaccio (2006), los cambios en el apoyo social y familiar pueden ser también una consecuencia de la enfermedad, por ser una enfermedad estigmatizada socialmente (Burack et al., 1993). En investigaciones se ha encontrado que el apoyo social percibido, emocional e informacional, es mayor con amigos íntimos que con familiares (Burgoyne y Saunders, 2001). Para terminar, el esquema maladaptativo de aislamiento describe la creencia según la cual no se es parte del grupo o la comunidad, se está solo y se es diferente de los demás. Esto se ha visto en lo antes descrito y son reacciones que han manifestado los

pacientes con VIH/sida, las cuales se han enunciado en otras investigaciones que sugieren que tener esta enfermedad provoca un fuerte impacto emocional, de manera que la persona se aísla a menudo por miedo y falta de conocimiento acerca del VIH (Casas, 2012).

## Conclusiones

Como se mencionó antes, no se encontró un estudio que buscara asociación entre las estrategias de afrontamiento y los esquemas maladaptativos. Este trabajo servirá de ejemplo dado que al realizar el análisis buscando asociación entre los esquemas maladaptativos y las estrategias de afrontamiento, se encontró que el esquema de límites insuficientes tiene asociación con la estrategia de reevaluación positiva alterada, lo cual significa que quienes padecen la enfermedad logran aprender de las dificultades para afrontar las emociones generadas por una situación, o realizan una valoración extremadamente positiva que puede desbordar los límites de lo real u objetivo. Lo anterior está relacionado con la descripción del esquema de límites insuficientes donde el sujeto no posee un autocontrol emocional.

Se puede concluir que los sujetos de la población de estudio con el esquema de abandono alterado, buscan como estrategia de afrontamiento ante alguna situación difícil refugiarse en la religión, lo cual les puede servir de alivio, descargando la ansiedad, el miedo y la soledad en su creencia religiosa. Esto puede ser beneficioso, pues según investigaciones este tipo de estrategia cognitivo favorece la tolerancia (Gaviria et al. 2009; Barrón, Castilla, Casullo y Verdú, 2002).

Es importante mencionar que la población participante pertenece a una red de apoyo social de Medellín, donde conforman un grupo en el cual realizan encuentros, capacitaciones y van generando lazos de compañerismo con los demás miembros. Se observa que esto puede cumplir un papel de factor protector en los sujetos, con el fin de enfrentar la realidad de estar diagnosticado con una enfermedad tan compleja, dado que para afrontar adecuadamente esta situación es importante la búsqueda de apoyo social y profesional, así como la posibilidad de hallar personas dispuestas a brindar escucha y afecto, además de información. Es así como otros estudios sugieren que esto ha sido identificado como factor protector contra el distrés emocional y, por ende, contra la ansiedad y la depresión directamente (Casas, 2012; Gaviria et al., 2009; Mendoza et al., 2013).

Se observó asociación entre algunos esquemas maladaptativos y estrategias de afrontamiento, tales como el esquema maladaptativo de límites insuficientes con reevaluación positiva, abandono con religión y límites insuficientes con evitación emocional, lo que está en conformidad con la teoría de Young (1999). En esta se plantea que el esquema es esa estructura cognitiva que se forma durante la infancia y sirve para procesar la información que se recibe del entorno; de ahí se deriva la utilización de estrategias cognitivas para afrontar la situación.

## Limitaciones

Las limitaciones del presente estudio estuvieron relacionadas con el tamaño de la muestra y, probablemente, con otras variables no evaluadas por dificultades metodológicas y de acceso al grupo de estudio, las cuales podrían incorporar mayor sensibilidad.

## Recomendaciones

Si bien las asociaciones no fueron estadísticamente significativas, sí se pueden observar resultados que sugieren una tendencia a existir asociación entre esquemas maladaptativos y estrategias de afrontamiento, por tanto sería interesante realizar más investigaciones acerca del tema, en las cuales se pueda aumentar la muestra y que se tengan en cuenta más variables clínicas y sociodemográficas de la población de estudio.

## Referencias

- Achucarro, S. (2010). Calidad de vida de pacientes con VIH/sida y atención integral de enfermería. *Revista do Instituto de Medicina Tropical* 5(1), 19-33.
- Basabe, N., Iraurgi, I., Páez, D. e Insua, P. (1996). Psicoinmunología, factores psicosociales e infección por VIH. En N. Basabe, D. Páez, R. Usieto, H. Paicheler y J. C. Deschamps (Eds.). *El desafío social del sida* (pp. 299-350). Madrid: Fundamentos.
- Barrón, G. R., Castilla, M. I., Casullo, M. M. y Verdú, B. J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- Barceló, G. y Villarreal, L. (2003). *Creencias que sobre VIH/SIDA tienen los familiares de personas diagnosticadas con esta enfermedad*. Tesis de grado, Universidad del Norte, Barranquilla.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Burack, J. H., Barrett, D. C., Stall, R. D., Chesley, M. A., Ekstrand, M. L. y Coates, T. J. (1993). Depressive Symptoms and CD4 Lymphocyte Decline among HIV-Infected Men. *Journal of the American Medical Association*, 270, 2568-2573.
- Burgoyne, R. W. y Saunders, D. S. (2001). Quality of Life among Urban Canadian HIV/AIDS Clinic Outpatients. *International Journal of STD and AIDS*, 12, 505-512.
- Casas, G. (2012). *Estrategias de afrontamiento en personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana adquirida VIH/sida*. Recuperado de <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/2187/1/131438.pdf>
- Carrobbles, J. A., Remor, E. y Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Castaño, E. F. y del Barco, B. L. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 245-257.
- Coleman, C. L., Holzemer, W. L., Eller, L. S., Corless, I., Reynolds, N., Nokes, K. M., Hamilton, M. J. (2006). Gender Differences in Use of Prayer as a Self-Care Strategy for Managing Symptoms in African Americans Living with HIV/AIDS. *Journal Association Nurses AIDS Care*, 17, 16-23.
- Dirección Seccional de Salud de Antioquia. (DSSA, s. f.). *Análisis de la situación salud del departamento de Antioquia 2012*. Recuperado de <http://www.dssa.gov.co/minisitio-dssa/>
- Eller, L. S. et al. (2005). Self-Care Strategies for Depressive Symptoms in People with HIV Disease. *Journal Advance Nursing*, 51, 119-130.
- Ellis, A. y Grieger, R. (2003). *Terapia racional emotiva* (9ª ed.). España: Desclée de Brouwer.
- Gaviria, A. M., Quiceno, J. M., Vinaccia, S., Martínez, L. A. y Otalvaro, M. C. (2009). Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/sida. *Terapia Psicológica*, 27(1), 5-13.
- Kempainen, J. K. et al. (2006). Strategies for Self-Management of HIV-Related Anxiety. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HI*, 18, 597-607.
- Lamotte Castillo, J. A. (2004). Infección-enfermedad por VIH/sida. *MEDISAN*, 8 (4), 49-63.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). Ways of Coping Scale. Stress, Appraisal and Coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 150-170.
- Londoño, N. H., Henao López, G. C., Puerta, I. C., Posada, S., Arango, D. y Aguirre-Acevedo, D. C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5(2), 327-350.
- Londoño, N. H., Schnitter, M., Marín, C., Calvete, E., Ferrer, A., Maestre, K. y Castrillón, D. (2012). Young Schema Questionnaire-Short Form: validación en Colombia. *Universitas Psychologica*, 11(1), 147-164.
- Olley, B. et al. (2003). Psychopathology and Coping in Recently Diagnosed HIV/AIDS Patients-the Role of Gender. *South African Medical Journal=Suid-Afrikaanse TydskrifVir Geneeskunde*, 93(12), 928-931.
- Martínez, E. N. y Gavidia, N. G. (2006). Enfermedad y significación: estigma y monstruosidad del VIH/SIDA. *Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 50, 9-28.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012*. Recuperado de [http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/2\\_abril2012\\_final\\_UNGASS\\_COLOMBIA.pdf](http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/2_abril2012_final_UNGASS_COLOMBIA.pdf)
- Montesano, A., Feixas, G. y Varlotta, N. (2009). Análisis de contenido de constructos personales en la depresión. *Salud Mental*, 32(5), 371-379. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v32n5/v32n5a3.pdf>
- Nightingale, V. R., Sher, T. G. y Hansen, N. B. (2010). The Impact of Receiving an HIV Diagnosis and Cognitive Processing on Psychological Distress and Posttraumatic Growth. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 452-460.
- ONUSIDA (2013). *El sida en cifras*. Recuperado de [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2571\\_AIDS\\_by\\_the\\_numbers\\_es\\_1.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2571_AIDS_by_the_numbers_es_1.pdf)
- Pozo, J. (2002). *Teorías cognitivas del aprendizaje* (7a. ed.). Madrid: Morata.
- Stein, D. J. y Young, J. E. (1992). *Cognitive Science and Clinical Disorders*. San Diego, CA: Academic Press.
- Stopa, L. y Waters, A. (2005). The Effect of Mood on Responses to the Young Schema Questionnaire: Short Form. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 45-57.
- Vázquez, C., Crespo, M. y Ring, J. (2000). Estrategias de afrontamiento. En A. Bulbena, G. Berrios y P. Fernández de Larrinoa (Eds.), *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (pp. 425-446). Barcelona: Masson.
- Varas, D., Serrano, G. y Toro, J. (2004). *Estigma y diferencia social: VIH/SIDA en Puerto Rico*. San Juan, PR: Ediciones Huracán.
- Varas-Díaz, N., Serrano-García, I. y Toro-Alfonso, J. (2005). AIDS-Related Stigma and Social Interaction: Puerto Ricans living with HIV/AIDS. *Qualitative Health Research*, 15(2), 169-187.
- Vargas, J. E., Cervantes, M. y Aguilar, J. E. (2009). Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos. *Psicología y Salud*, 19(2), 215-221.

- Villa, I. C. y Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-sida. *Psicología y Salud*, 16, 51-62.
- Vinaccia, A. S. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social funcional en pacientes diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia Psicológica*, 26(1).
- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C. y Osman (2000). Cognitive Content Among Bulimic Women: The Role of Core Beliefs. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 235-241.
- Young, J. E. (1998). *The Young Schema Questionnaire: Short Form*. Recuperado de <http://www.schema-therapy.com/id54.htm>
- Young, J. (1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema Focused Approach*. (3a. ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. E. y Klosko, J. S. (2001). *Reinventar tu vida: cómo superar las actitudes negativas y sentirse bien de nuevo*. Barcelona: Paidós.
- Zea, M. C., Reisen, C. A., Poppen, P. J. y Bianchi, F. T. (2013). *Prevalencia del VIH, comportamiento sexual, y circuncisión en hombres que tienen sexo con hombres en Bogotá*. Recuperado de <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/documentos/Resumen%20Ejecutivo%20final.pdf>