



**UNIVERSIDAD ARTURO MICHELENA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES**  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**DISTORSIONES COGNITIVAS Y RESPUESTA SEXUAL EN PACIENTES CON  
DIAGNÓSTICO DE VIH.**

**Caso Estudio: Centro de Atención Integral "Dr. Julio Carrasquel"  
(Maracay, Estado Aragua).**

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al Título de Licenciado en  
Psicología, mención Clínica

**Línea de Investigación:**  
Sexualidad y Salud Mental.

**Autor(es/as):** Br. León, Valeria

Telf: +58-414-185-6378

Correo: [218003318@uam.edu.ve](mailto:218003318@uam.edu.ve)

Br. Veloz, Maria

Telf: +58-414-434-2588

Correo: [218015758@uam.edu.ve](mailto:218015758@uam.edu.ve)

**Tutor(a):** Prof. Emperatriz Morgado

Telf: +58-424-384-1670

Correo: [Prof.emperatriz.morgado@uam.edu.ve](mailto:Prof.emperatriz.morgado@uam.edu.ve)

San Diego, Agosto 2022



UNIVERSIDAD ARTURO MICHELENA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Yo, **Emperatriz Morgado**, titular de la cédula de identidad N° 22.696.388. Por medio del presente dejo constancia de mi aceptación para ser el tutor del Proyecto y Trabajo de Grado titulado: **DISTORSIONES COGNITIVAS Y RESPUESTA SEXUAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH. Caso Estudio: Centro de Atención Integral "Dr. Julio Carrasquel" (Maracay, Estado Aragua).**

Mediante el cual los bachilleres Valeria León, portadora de la cédula de identidad N° 28.198.311 y María Veloz portadora de la cédula de identidad N° 30.172.068, optará(n) al grado de Licenciado en Psicología mención Clínica.

En San Diego, a los 31 días del mes de marzo del año dos mil veintidós.

Prof. Emperatriz Morgado

CI. 22.696.388.



**UNIVERSIDAD ARTURO MICHELENA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y SOCIALES  
ESCUELA DE PSICOLOGIA**

**SOLICITUD DE JURADO EVALUADOR**

Quien (es) suscribe (s) Bachiller (es):

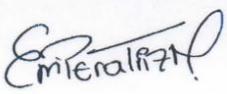
1 Valeria León CI 28.198.311

2 María Celeste Veloz CI 30.172.068

Estudiantes del X Semestre de la carrera de Psicología  
Solicitamos ante la Comisión de Trabajo de Grado la designación de Jurado  
Evaluador para el Trabajo de Grado titulado:

DISTORSIONES COGNITIVAS Y RESPUESTA SEXUAL EN PACIENTES CON  
DIAGNÓSTICO DE VIH. Caso Estudio: Centro de Atención Integral "Dr. Julio  
Carrasquel"

Nombre del Tutor: Lcda. Emperatriz Morgado CI. 22.696.388

Firma del Tutor: 

**PARA USO DE LA COMISION DE TRABAJO DE GRADO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

San Diego a los 26 días del mes de junio de 2022

## DEDICATORIAS

“Deprisa, pide un deseo.

Aprovecha la (segunda o tercera o cuarta) oportunidad.

Vuelve a crear el mundo”

**Jandy Nelson**

En este viaje de risas y lágrimas, tú mamá, fuiste mi compañía fiel. Este logro está hecho de todas las noches que hablábamos por teléfono cuando los kilómetros nos separaban, de tus palabras de apoyo y de tu amor incondicional. Tú me inspiraste cuando ya no quería seguir, tú me trajiste hasta aquí. Eres la razón por la que este trabajo fue hecho, eres la pieza más importante detrás de esto. Lo eres todo, quiero decirte el resto de mis días que te amo.

Papá, tú estuviste desde antes que la primera palabra fuera escrita, te regalo las miles que vinieron después, de igual forma, las pusiste tú. Te amo tanto, no sabes lo orgullosa que estoy de ti.

A mi familia, quienes celebran cada logro conmigo, mis tíos José Miguel, Marlene, Ilse, Adelly, Rafael y mis primos David y Jesús, así como mi hermano José Miguel, quiero compartirlo con ustedes.

Esta aventura me demostró que “el único secreto de la amistad es dar con personas que sean mejores que tú, no más listas, ni más populares, sino más buenas, más generosas y más compasivas, y valorarlas por lo que pueden enseñarte, escucharlas cuando te dicen algo sobre ti, por malo (o bueno) que sea y confiar en ellas, que es lo más difícil de todo, pero también lo mejor” Hanya Yanagihara. Por eso, a mis amigos, los que vienen de antes, los que conocí en el camino, los que siguieron conmigo y los que se quedaron atrás, están aquí, porque sin ellos estoy incompleta. Igualmente, a los dos corazoncitos que me acompañaron en cada traspasada y expandieron el concepto que tenía del amor. Ojalá me duren toda la vida.

**Valeria León.**

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres: Ivonne Materan y José León, pilares fundamentales de mi vida. Cuando el camino se tornaba oscuro ustedes me daban luz. No me alcanzará la vida para agradecerles y todo lo que hago es para retribuirles, no pude pedir unos mejores padres.

A mis familiares: mi tío José Miguel Materan, quien me dio un hogar lejos de casa, sin ti no lo hubiera logrado. A mis tías Marlene e Ilse, por su apoyo. A mi tía Adelly, quien siempre ha estado. A mi tío Rafael, quien me apoyó en este proyecto.

A las personas excepcionales que la vida me dio la oportunidad de conocer: Luis Zambrano, me encanta escuchar lo que tienes para decir, esta vez no fue la excepción, tu ayuda fue clave. A mi jefa, Luisa Rivas, por su comprensión. A Juan Montero por su apoyo. A mis amigos, por su complicidad y sus risas, por ser parte de mi camino, por secar mis lágrimas.

A los miembros del centro de atención Integral Dr. Julio Carrasquel: por su hospitalidad. En especial al Lcdo. Alan Rivero, cuyo apoyo fue indispensable, agradezco infinitamente todo lo que hiciste por este trabajo, de verdad ¡Gracias! Igualmente, agradezco a todos los pacientes que fueron partícipes de la investigación.

A la Universidad Arturo Michelena: aunque no pude llegar a disfrutar todo lo que tenías para ofrecerme, me enseñaste que el mundo era más grande de lo que creía, me incentivaste a querer descubrir más. A nuestra tutora Emperatriz Morgado, por su guía, por su paciencia y por sus palabras. Igualmente, al profesor Miguel Fernández, por colaborar en nuestra investigación. Al profesor Jhoussan Bello, por su ayuda.

A mi compañera María Celeste, qué alegría haber hecho esto contigo, hiciste mejor el camino, no cambiaría nada. Te deseo el mejor de los éxitos, profesional y personalmente, llegarás lejos. En fin, a todas las personas en mi vida que me han llevado a este momento, no podría agradecerles más.

**Valeria León.**

---

## DEDICATORIAS

Desde el inicio de este camino conté con el apoyo de varias personas especiales a las que me gustaría dedicarles este logro que tanto desearon para mí, y que al mismo tiempo sé que es un logro para ellos, que con tanta alegría y orgullo recordarán.

dedico este trabajo a mi madre, Samari, ya que es gracias a su paciencia, persistencia y ganas de verme surgir lo que me mantuvo motivada, gracias a su apoyo y esfuerzo he llegado a cumplir cada meta y superar cada dificultad que se presentara en el camino.

A mi novio quien día a día estuvo a mi lado para escucharme, entenderme y esforzarse con todo el cariño y amor del mundo, este trabajo no hubiera sido lo mismo sin ti, me transmitiste todo ese amor, dedicación y energía para realizar este trabajo de la mejor manera posible.

A mi abuela que falleció este mismo año, siempre quiero recordarte con esa sonrisa y esos abrazos tan largos que nos dábamos, me hubiera encantado compartir este logro contigo. A mi misma dedico este trabajo, que es fruto del esfuerzo y cariño con el que se hizo, demostrando además que puedo lograr cada una de las cosas que me propongo.

**Maria Celeste Veloz.**

## AGRADECIMIENTOS

Gracias a todos mis familiares por apoyarme en lo necesario, por creer en que puedo lograr muchas cosas, gracias a mi madre por que nunca me dejo a la deriva, siguió mostrándome su apoyo incondicional para poder superarme.

Gracias a la Universidad Arturo Michelena por ser un medio por el cual conocí a tantas personas, tantas amistades de las que aprendí un montón y que al mismo tiempo espero que se queden y podamos seguir aprendiendo juntos como profesionales. igualmente agradezco a la universidad y a la vida por permitirme conocer a mi novio, mi compañero de vida, siempre recordaremos esos espacios de la universidad en donde nos conocimos y compartimos.

Gracias a mi novio, has sido luz y aprendizaje en mi vida, contigo siempre sé que podemos encontrarle solución a cualquier dificultad o problema que se nos presente y volvernos aún más fuertes, nos motivamos el uno al otro para aprender y crecer tanto personalmente como profesionalmente, lo hemos hecho bastante bien hasta ahora y sé que nos espera un futuro aún mejor.

Gracias a mis hermanos y a mi cuñada con la que podía desahogarme e igualmente reir juntas, por escuchar mis experiencias en la universidad, y por compartir las tuyas conmigo. Gracias al Lcdo. Alan Rivero y a su equipó por recibirnos de la mejor manera en el hospital, por el apoyo continuo hacia este trabajo, por sus consejos y guías.

Gracias a mi compañera Valeria por su esfuerzo, aunque estuviéramos a distancia esto no fue razón o impedimento para realizar este trabajo de la mejor manera, ambas dimos lo mejor de nosotras. desde el principio estaba segura de que eres una persona especial y no iba a tener una mejor compañera que tu, estoy orgullosa de compartir este trabajo tan especial contigo, siempre tendremos ese vínculo tan importante y único en la vida.

**Maria Celeste Veloz.**

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

|  | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| <b>INTRODUCCIÓN</b> .....                      | 16          |
| <b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>                 |             |
| Planteamiento del Problema .....               | 18          |
| Formulación del Problema .....                 | 24          |
| Interrogante Principal .....                   | 24          |
| Interrogantes Secundarias .....                | 24          |
| Objetivos de la Investigación .....            | 25          |
| Objetivo General .....                         | 25          |
| Objetivos Específicos .....                    | 25          |
| Justificación y Delimitación del Estudio ..... | 25          |
| <b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL</b>  |             |
| Antecedentes de la Investigación .....         | 28          |
| Antecedentes Internacionales .....             | 28          |
| Antecedentes Nacionales .....                  | 30          |
| Bases Teóricas Referenciales .....             | 32          |
| Enfoque Cognitivo Conductual .....             | 32          |
| Teoría Cognitiva de Beck (1978) .....          | 34          |
| Distorsiones cognitivas .....                  | 35          |

|   |       |    |
|---|-------|----|
| Teoría de la Respuesta Sexual (Masters y Johnson, 1966) | ..... | 38 |
| Ciclo de la Respuesta Sexual                            | ..... | 39 |
| Ejes Temáticos  | ..... | 41 |
| Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH)                 | ..... | 41 |
| Consecuencias Psicológicas                              | ..... | 42 |
| Fundamentos Normativos                                  | ..... | 44 |
| Definición de Términos Básicos                          | ..... | 46 |
| Sistema de Variables                                    | ..... | 47 |
| Formulación de Hipótesis                                | ..... | 49 |
| Matriz de Variables                                     | ..... | 46 |
| <b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO</b>                 |       |    |
| Paradigma de la Investigación                           | ..... | 59 |
| Diseño y Tipo de Investigación                          | ..... | 59 |
| Fases Metodológicas de Investigación                    | ..... | 60 |
| Nivel y Modalidad de Investigación                      | ..... | 62 |
| Población y Muestra                                     | ..... | 62 |
| Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información   | ..... | 70 |
| Descripción de los Instrumentos                         | ..... | 70 |
| Validez y Confiabilidad                                 | ..... | 75 |
| Técnicas de Análisis                                    | ..... | 79 |



**CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE  
LOS RESULTADOS.**

|  |     |
|--|-----|
| Identificación de las Distorsiones Cognitivas en pacientes con diagnóstico de VIH Caso Estudio: Centro de Atención Integral "Dr. Julio Carrasquel" .....   | 80  |
| Descripción de la Respuesta Sexual en pacientes con diagnóstico de VIH. Caso estudio: Centro de atención integral Dr. Julio Carrasquel .....   | 88  |
| Establecimiento del tipo de relación existente entre las distorsiones cognitivas y la respuesta sexual en pacientes diagnosticados de VIH. Caso estudio: Centro de atención integral “Dr. Julio Carrasquel”. ..... | 91  |
| <b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES.</b> .....   | 99  |
| <b>RECOMENDACIONES</b> .....   | 104 |
| <b>REFERENCIAS CONSULTADAS</b> .....   | 105 |
| <b>ANEXOS</b> .....  | 111 |

## ÍNDICE DE TABLAS

|  | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| Tabla N° 1. Clasificación de las distorsiones cognitivas .....   | 37          |
| Tabla N° 2. Matriz de Variables .....  | 49          |
| Tabla N° 3. Características de la Muestra .....  | 64          |
| Tabla N° 4. Distribución de Frecuencias por las Variables Sociodemográficas en la Muestra .....  | 67          |
| Tabla N° 5. Puntos de corte Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991, adaptación de Kevin Narajo, 2020) .....  | 71          |
| Tabla N° 6. Puntos de corte del Cuestionario de Cambios en la Función Sexual (v. abreviada) CSFQ-14 (Keller, Mcgarvey y Clayton, 2006, adaptación de León y Veloz, 2022) ..... | 72          |
| Tabla N° 7. Descripción de la Muestra de la Prueba Piloto .....  | 73          |
| Tabla N° 8. Estadística descriptiva de la Prueba Piloto del CSQF-14 .....  | 74          |
| Tabla N° 9. Confiabilidad del CSFQ-14 .....  | 77          |
| Tabla N° 10. Estadística descriptiva de Distorsiones Cognitivas .....  | 81          |
| Tabla N° 11. Distribución de Frecuencias según Frecuencia de Distorsiones Cognitivas .....   | 82          |
| Tabla N° 12. Distribución de Frecuencias según Niveles de Funcionamiento Sexual .....  | 88          |



|   |       |    |
|---|-------|----|
| Tabla N° 13. Prueba de Bondad de Ajuste   | ..... | 92 |
| Tabla N° 14. Correlación entre Distorsiones Cognitivas y<br>Funcionamiento Sexual | ..... | 94 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|  | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| Figura N° 1. Distribución de Frecuencias por Rangos de Edad .....                          | 67          |
| Figura N° 2. Distribución de Frecuencias por Sexo en la Muestra .....                      | 68          |
| Figura N° 3. Distribución de Frecuencias por Fecha de Diagnóstico .....                    | 69          |
| Figura N° 4. Distribución de Frecuencias según Frecuencia de Distorsiones Cognitivas ..... | 84          |
| Figura N° 5. Distribución de Frecuencias según Niveles de Funcionamiento Sexual .....      | 90          |



## ÍNDICE DE ANEXOS

|   | <b>Pág.</b> |
|---|-------------|
| Anexo A: Consentimiento Informado ..... | 112         |
| Anexo B: Instrumentos de Medición ..... | 114         |
| Anexo C: Juicio de Expertos .....       | 117         |



**UNIVERSIDAD ARTURO MICHELENA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES**  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**DISTORSIONES COGNITIVAS Y RESPUESTA SEXUAL EN PACIENTES CON  
DIAGNÓSTICO DE VIH.**

**Caso Estudio: Centro de Atención Integral "Dr. Julio Carrasquel"  
(Maracay, Estado Aragua).**

**Autor(es/as):** Br. León, Valeria

Br. Veloz, Maria

**Tutor(a):** Prof. Emperatriz Morgado

**Fecha:** Junio, 2022

**RESUMEN**

La presente investigación tuvo como objetivo establecer la relación entre las distorsiones cognitivas y la respuesta sexual en pacientes con diagnóstico de VIH. Caso de estudio: Centro de Atención Integral “Dr. Julio Carrasquel”; para dicho estudio se implementó el Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991, adaptación de Kevin Naranjo, 2020) y el Cuestionario de Cambios en la Función Sexual (v. abreviada) CSFQ-14 (Keller, Mcgarvey y Clayton, 2006, adaptación de León y Veloz, 2022) a una población finita con muestra no probabilística intencional compuesta por 38 pacientes que participaron en la investigación. La indagación se desarrolló bajo un diseño no experimental ya que no se manipularon las variables, el nivel de investigación utilizado fue de tipo descriptivo y la modalidad empleada fue la correlacional con la finalidad de determinar la relación que tienen las variables entre sí. La técnica de análisis implementada fue el Coeficiente Rho de Spearman, la cual arrojó en varias dimensiones correlaciones que oscilan entre débil y media, lo cual es suficiente para aceptar la hipótesis de la investigación. Como conclusión, se determinó entonces que existe una correlación significativa entre las variables y, en efecto, las distorsiones cognitivas influyen significativamente en la respuesta sexual de los pacientes y por ende ellas se relacionan, es decir que, según los resultados obtenidos por medio del presente estudio, sí existe una vinculación significativa entre lo que tiene que ver con las distorsiones cognitivas y la respuesta sexual de los pacientes con diagnóstico de VIH.

Descriptores: Virus de Inmunodeficiencia Humana, distorsiones cognitivas, respuesta sexual, sexualidad, salud mental.

## INTRODUCCIÓN

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un retrovirus que ataca el sistema inmunitario de la persona infectada, atentando contra los linfocitos CD4, que son células que forman parte del sistema inmune y fabrican anticuerpos que combaten las infecciones causadas por agentes externos, dejando a la persona infectada vulnerable ante los microorganismos infecciosos, como las bacterias, virus y hongos capaces de invadir al organismo (InfoSIDA, 2017).

Asimismo, el VIH es una infección que no solo afecta la salud del individuo que la padece, sino que produce cambios significativos en la forma en la que se relaciona con su entorno social, ya que existe una estigmatización provocada por juicios negativos y desinformados. Siendo que las personas afectadas por el VIH son entonces sometidas no solo a la dura realidad sintomática de su infección, sino que también han de lidiar con posibles rechazos y conflictos psicológicos que se pueden generar ante el estigma social.

Al ser una infección que conlleva una serie de cambios a nivel psicológico, social, cognitivo y físico, acarrea miedos, interrogantes e incertidumbre y, por ende, ante esta situación las cogniciones del sujeto pueden verse afectadas de diversas maneras, llegando incluso a desarrollar distorsiones cognitivas, los cuales son errores en el procesamiento de la información que se presentan en la vida cotidiana y se desarrollan con base en las experiencias previas de los individuos, causando que se perciba el mundo de manera poco objetiva y, en muchas ocasiones, de forma disfuncional, generando sufrimientos innecesarios ante determinadas situaciones, conductas opuestas a los intereses o necesidades, dificultad para conseguir ciertos logros, auto imposición de demandas absolutistas, entre otras, desencadenando sentimientos, emociones, pensamientos y comportamientos negativos e incluso desadaptativos que afectan diferentes aspectos de vida de la persona. (Guano, 2020)

En relación a lo anterior, las emociones, sentimientos y pensamientos negativos pueden afectar la autopercepción del individuo, causando rechazo, baja autoestima, depresión, y ansiedad, lo que a su vez juega un papel importante en la función y respuesta sexual, ya que esta

contiene componentes psicológicos que llegan a afectar o cambiar los estímulos y la respuesta sexual orgánica. Es por este motivo que el presente trabajo busca medir y definir el tipo de relación entre las variables de distorsiones cognitivas y respuesta sexual, teniendo una modalidad de investigación cuantitativa de diseño no experimental, tipo de campo y correlacional. La dirección del trabajo estuvo enmarcada bajo la línea de investigación de sexualidad y salud mental.

Con respecto a la estructura del trabajo de investigación, está constituido por cuatro capítulos, donde en primer lugar, en el Capítulo I, se expone el planteamiento del problema, las interrogantes de la investigación, los objetivos generales y específicos, la justificación, importancia y delimitación de este estudio; posteriormente, en el Capítulo II se exploran los antecedentes nacionales e internacionales, las bases teóricas y legales, la formulación de hipótesis, el sistema de variables y su respectiva operacionalización.

En tercer lugar, en el Capítulo III se explica el tipo, diseño, nivel y modalidad de la investigación, el procedimiento seguido para alcanzar los objetivos planteados, la población y la muestra, así como las técnicas e instrumentos a utilizar, considerando su validez y confiabilidad, para finalmente indicar la técnica de análisis de datos utilizada. Más adelante, en el Capítulo IV se centra en el análisis descriptivo e interpretación de los resultados, expresando los datos obtenidos a través de cuadros, tablas y gráficos, en función de los instrumentos utilizados y la correlación entre las variables. Posteriormente se desarrollan las conclusiones y recomendaciones. Por último, se encuentran los anexos y referencias consultadas.

## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA

#### Planteamiento del Problema

El VIH o Virus de Inmunodeficiencia Humana, es una infección que ataca al sistema inmune y su transmisión puede ser por vía sexual, ya sea manera vaginal o anal, mediante el intercambio de fluidos vaginales o rectales, semen, por transfusiones de sangre o el uso de jeringas compartidas. Además, una madre infectada también puede transmitir el virus al niño durante el embarazo, a través de la placenta, durante el parto o la lactancia (Andagoya, Zambrano, Alcívar, y Patiño, 2019). Así mismo, Farago, Triantafilo, Martí, Perry, Quiñones, Di Silvestre (2017) explican que:

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) causa la infección de su mismo nombre, la cual ataca al sistema inmunológico del individuo, destruyendo sus linfocitos. En su fase más avanzada el VIH conlleva al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). Actualmente, el total de personas portadoras del virus a nivel mundial es de 37,7 millones (p.22).

El primer reporte de VIH en humanos se publicó en 1981 en Estados Unidos, donde se describió la aparición de una neumonía extraña y de un cáncer agresivo conocido como Sarcoma de Kaposi. Al ser los primeros infectados varones homosexuales, adquirió el pseudónimo de “cáncer gay”, asociándose la enfermedad únicamente a esta población (Bran, Palacios, Posada, y Bermúdez, 2017). Posteriormente, en 1996, aparece el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) que permitió que la infección por VIH dejará de considerarse una causa ineludible de muerte (Villar, 2012).

A pesar del surgimiento y desarrollo del tratamiento que permite que las personas infectadas con VIH puedan tener una mejor calidad de vida, Fernández (2020) explica que el virus ha causado la muerte de alrededor de 32 millones de personas desde que surgió en los años 80. Para el 2020, se considera que 37.9 millones de personas a nivel mundial se encuentran

infectadas, siendo que un 21% no conoce su estado serológico y que solo el 62% de la población infectada tiene acceso a la terapia antirretroviral (TAR).

Según la Organización Mundial de la Salud (2021), en el 2020 había en el mundo 27,5 millones de personas infectadas por el VIH en tratamiento con antirretrovíricos, esto equivale a una tasa mundial de cobertura del TAR del 73%, siendo que solo el 54% de los niños de 0 a 14 años de edad recibían TAR. A su vez, ONUSIDA (2021) estima que en el año 2019, 2.1 millones de personas vivían infectadas con el virus en América Latina y solamente 1.4 millones de estos individuos tuvieron acceso al tratamiento en ese año. Para el 2020, en Latinoamérica, 65% de la población general tenía acceso al tratamiento. Mientras tanto, en Venezuela según el informe global de monitoreo del SIDA 2021, se evidencia que para el año 2020, 104.204 personas vivían con VIH, igualmente se destaca que, en los últimos dos años, ha aumentado de forma significativa la cantidad de individuos en tratamiento, pasando de un 24% a un 54% para diciembre de 2020 (OCHA, 2021).

Castellanos (2021) afirma que históricamente los individuos del sexo masculino han presentado mayor incidencia en la enfermedad y son los más afectados a nivel mundial. La orientación sexual en aquellos que padecen VIH es una variable de discusión que ha sido constante desde las primeras apariciones de la enfermedad, siendo que es comúnmente asociada a personas homosexuales. Siguiendo este orden de ideas, Fernández (2020) expone lo siguiente:

Su asociación a la comunidad homosexual fue muy fuerte desde el inicio. El New York Times en 1981 publicó artículos como “Un extraño cáncer detectado en 41 homosexuales” o “Los homosexuales son propensos a un extraño cáncer”. Los primeros nombres que recibió fueron “cáncer rosa” debido a la sintomatología del sarcoma de Kaposi, “gay plague” o “GayRelated Immune Deficiency” (GRID). De esta manera, comenzó a estigmatizarse a los pacientes y a la comunidad gay, haciendo ver a la enfermedad como un “castigo”. De hecho, se creía que no afectaba a la comunidad heterosexual y que estaba ligado únicamente a las prácticas de la comunidad gay. (p.8)

De esta forma, Frutos, Aquino, Amado, Ferreira, y Díaz (2016) determinan que las consecuencias del SIDA trascienden la barrera física y se posiciona como un problema multifrontal “El VIH/SIDA es un grave problema de salud pública que impacta de manera negativa los aspectos biológico, económico, sociocultural y psicológico” (p.12). Asimismo, frente al diagnóstico, muchas personas generan emociones que abarcan la tristeza, culpa y temor a morir, agregándole que existe mucha desinformación a nivel social, donde se piensa erróneamente que un mínimo contacto con alguien infectado, como el compartir cubiertos, podría propagar la infección (Bran et al, 2017).

Igualmente, el estigma respecto al VIH se explica predominantemente en tres ámbitos: primero, en relación con el área de atención de salud, donde se tiende a clasificar a los pacientes con VIH en culpables y no culpables, siendo que los homosexuales y trabajadores sexuales son considerados responsables de su enfermedad y las personas heterosexuales son víctimas. Al mismo tiempo, alrededor de la esfera social, gira un miedo irracional al contagio y existen juicios negativos sobre la población que padece la infección. Por último, las personas que viven con VIH pueden experimentar auto estigmatización internalizada, donde la “vergüenza” por su condición deriva a comportamientos poco adaptativos como aislamiento, conductas adictivas y una calidad de vida disminuida (Farago et al, 2018).

De la misma forma, Macías, Isalgué, Loo, y Acosta (2018) profundizan en el hecho de que las personas diagnosticadas con VIH enfrentan rechazo social y familiar, dificultades para mantener relaciones personales, problemas de pareja y adaptación a las nuevas relaciones sexuales, miedo de la pareja a infectarse y sentimientos de culpabilidad. Esto se destaca en los resultados de la encuesta “ATLIS” proporcionados por la Organización Médica Colegial de España (OMC, 2008) donde se menciona que:

Más de la mitad (54 %) de los encuestados en todo el mundo se mostraron “muy” o “algo” preocupados por el hecho de que los demás supiesen que son seropositivos; el 83 % señaló que era debido sobre todo al miedo a la discriminación social y el estigma. También les preocupan efectos concretos, como la pérdida de familiares y amigos (41 %),

la repercusión en su capacidad de establecer relaciones en el futuro (37 %), el riesgo de perder su trabajo (36 %) y la repercusión en su reputación (36 %) (párr. 2).

En el mismo orden de ideas, la Fundación Huésped (2006) explica que “El estigma en el caso del VIH/SIDA refuerza ideas negativas hacia comportamientos anteriormente condenados por la sociedad, como el trabajo sexual, el consumo de drogas y las relaciones sexuales entre hombres” (p.57). Estas percepciones negativas asociadas a la infección, hacen que las personas tengan reparos en hacerse pruebas o llevar a cabo el tratamiento, lo cual puede acarrear consecuencias importantes en la salud de los pacientes.

Shapiro y Sunanda (2007) refieren que “catalogar a una persona de “infectada” afecta su sentido de identidad, haciéndola sentir a menudo que no tiene derecho a una relación satisfactoria ni a ser una persona normal” (p.36). Teniendo esto en consideración, el VIH influye considerablemente en la vida de la persona y ya sea por razones orgánicas o psicológicas, resultan en problemas sociales, laborales, de autoestima, familiar y de pareja, lo cual afecta de forma ineludible la sexualidad (Villar, 2012).

A su vez, Shapiro y Sunanda (2007) exploran acerca de los derechos sexuales de los pacientes con VIH, haciendo énfasis en su vulnerabilidad, y explican que en muchos contextos se espera que las personas portadoras del virus dejen de lado su vida sexual, sin considerar siquiera sus derechos sexuales, los cuales se entienden como el “derecho de todas las personas al disfrute del nivel más alto posible de salud sexual libres de coerción, discriminación y violencia, y al acceso a servicios de atención de salud sexual y reproductiva” (Shapiro y Sunanda, 2007, p.25).

Un aspecto vinculado es la percepción de la sexualidad; al respecto, Calero, Rodríguez, y Trumbull (2017) explican que la sexualidad constituye un pilar fundamental de la personalidad y se encuentra presente en la vida del ser humano desde el momento en el que nace hasta su fallecimiento. De igual manera, se entiende que abarca las identidades, los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad tiene su influencia por el conjunto de interacciones en factores biológicos, sociales, psicológicos, culturales, espirituales, éticos y religiosos. De la misma forma, se expresa a través de fantasías,

comportamientos, prácticas, deseos, creencias y valores. (Organización Mundial de la Salud, 2018). Por lo mismo, cada individuo la desarrolla de distinta manera según su género, sexo, edad, las interacciones sociales y familiares.

Lo expresado anteriormente permite destacar que la sexualidad abarca una extensa gama de componentes que se interrelacionan y que, a su vez, interactúan con el ambiente. No se puede encasillar a la sexualidad dentro de una única dimensión del ser humano ya que se encuentra presente en todos los ámbitos de la vida. Según la propuesta de Masters y Johnson, a nivel fisiológico se experimenta en la respuesta sexual humana cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Entender este proceso es necesario para identificar, profundizar y tratar posibles disfunciones (Boadas, 2016). De esta forma, es conveniente recalcar que la respuesta sexual humana abarca mucho más que las simples respuestas biológicas y físicas, sino que se trata de un camino de desarrollo y conocimiento interno que facilita el encuentro con el otro, involucrando todas aquellas dimensiones que permiten al ser humano ser quien es: sus emociones, sentimientos, motivaciones, conocimientos y vivencias previas permiten comparar, analizar y asimilar la experiencia (Massoni, 1997, como se citó en Carballo, 2002).

Además, Carballo (2002) refiere que las habilidades cognitivas y emocionales de cada individuo, junto con su organización y funcionamiento biológico, interaccionan con el ambiente sociocultural en el que se desenvuelve, lo que conlleva a construir patrones de comportamiento que le ayudarán a expresar su sexualidad de forma única en cada fase de su desarrollo y según sus circunstancias. La sexualidad es una dimensión de la personalidad que se ve afectada por aspectos biopsicosociales. Nace y se desarrolla con la persona y se expresa a través de aspectos como la respuesta sexual y los vínculos emocionales, los cuales se forman en función de la relación que el sujeto tenga consigo mismo y con otras personas. En otras palabras, la sexualidad se construye a través de la interacción con el mundo.

Beck, Rush, y Emery, (1978) al abordar este tema explican que las cogniciones, al igual que la sexualidad, se basan en los supuestos que se desarrollan a partir de la exploración del mundo y las experiencias que se derivan de ahí, haciendo hincapié en que las personas no se mueven emocionalmente por los hechos en sí, sino por la interpretación que hacen de ellos a

partir de sus experiencias. Por lo tanto, puede decirse que la conducta humana se determina por el modo que los individuos tienen de estructurar el mundo. De esta forma, se entiende que con base en la experiencia las personas pueden desarrollar errores sistemáticos en el pensamiento que refuerzan el mantenimiento de los conceptos y creencias negativas que puedan tener de sí mismas. Estos errores de percepción reciben el nombre de distorsiones cognitivas, las cuales resultan ser contenidos de pensamiento que probablemente son extremos, categóricos y absolutistas por lo que la respuesta emocional tiende a ser negativa (Beck et al, 1978).

Adicional a esto se pudo obtener un testimonio que guarda relación con lo que se ha venido mencionando, donde Miguel Subero, psicólogo clínico especializado en pacientes con VIH, expone que ellos pueden presentar algunas creencias comunes entre las cuales se encuentran que deben agradecerles a las personas, que todos deben amarlos o de lo contrario han fracasado, que no pueden tener una pareja o familia, que eso les pasó por ser gay y no escuchar lo que otros les decían, pensar que por ser promiscuos tiene VIH, que nadie querrá ser su pareja si se enteran que son VIH positivo, prometer que más nunca volverán a tener relaciones sexuales sin protección y presentan la creencia de que deben ser responsables y contar que tienen su diagnóstico cuando vayan a tener relaciones sexuales. (Comunicación Personal, 2 de febrero de 2022) (Consentimiento informado anexo A.1)

Igualmente, las distorsiones cognitivas al jugar un papel importante a la hora de percibirse a sí mismo y percibir al mundo, pueden ir en comorbilidad hacia afecciones más graves de la salud mental como lo son la ansiedad y la depresión y, por lo tanto, es necesario identificarlas para evitar mayores implicaciones negativas. En esa misma línea de pensamiento, se presenta el testimonio del Lic. Alan Rivero, psicólogo clínico del Centro de Atención Integral "Dr. Julio Carrasquel", a quien según lo sostenido se le realizó la siguiente pregunta para ahondar en el problema: ¿Según su experiencia cuál ha sido las afecciones psicológicas que más ha notado que se presentan en pacientes con VIH y considera que la sexualidad de estos pacientes se ve afectada por la presencia de la enfermedad? El cual respondió lo siguiente:

Partiendo de mi concepto de psicología como procesos psicológicos y conductas, una de las manifestaciones del paciente VIH/Sida es la negación de aceptar su

diagnóstico, con conductas como la de no cumplir con el proceso para ingresar al sistema, realizarse otras pruebas con la intención de que salga un resultado negativo. También hay expresiones de angustia por esa nueva condición de salud y también por el temor de que puede morir más rápido a causa del VIH. Y sí, la sexualidad se ve afectada. Varía el lapso en que el paciente manifiesta tener abstinencia (no tener más actividad sexual por temor o inseguridad de sí mismo) para otros grupos de pacientes aumentan su actividad sexual, inclusive sin protección. Y también hay un grupo donde mejora y se hace más responsable en su actividad sexual. (Comunicación Personal, 28 de enero de 2022) (Consentimiento informado anexo A.2)

Con esto en mente y tomando en consideración las comunicaciones personales, es adecuado investigar cómo las personas diagnosticadas con VIH interpretan los hechos que rodean su realidad y cómo influye esto en su sexualidad ya que estas variables afectan de forma importante e inevitable la vida, incluyendo las cogniciones, conductas y tanto la salud mental como física, siendo que incide en los contextos sociales, religiosos, morales y culturales de los individuos infectados.

## **Formulación del Problema**

### **Interrogante Principal**

¿Cuál es el tipo de relación que existe entre las distorsiones cognitivas y la respuesta sexual en pacientes con diagnóstico de VIH? Caso Estudio: Centro de Atención Integral Dr. Julio Carrasquel.

### **Interrogantes Secundarias**

1. ¿Qué tipo de distorsiones cognitivas se presentan en pacientes con diagnóstico de VIH. Caso Estudio: Centro de Atención Integral Dr. Julio Carrasquel?

2. ¿Cómo son las respuestas sexuales en los pacientes con diagnóstico de VIH? Caso Estudio: Centro de Atención Integral Dr. Julio Carrasquel?
3. ¿Qué relación se encuentra entre las distorsiones cognitivas y las respuestas sexuales en pacientes con diagnóstico de VIH? Caso Estudio: Centro de Atención Integral Dr. Julio Carrasquel?

### **Objetivos de la Investigación**

#### **Objetivo General**

Analizar el tipo de relación que existe entre las distorsiones cognitivas y la respuesta sexual en pacientes con diagnóstico de VIH. Caso Estudio: Centro de Atención Integral Dr. Julio Carrasquel.

#### **Objetivos Específicos**

1. Identificar las Distorsiones Cognitivas en pacientes con diagnóstico de VIH. Caso Estudio: Centro de Atención Integral Dr. Julio Carrasquel
2. Describir la Respuesta Sexual en pacientes con diagnóstico de VIH. Caso Estudio: Centro de Atención Integral Dr. Julio Carrasquel
3. Establecer el tipo de relación que existe entre las Distorsiones Cognitivas y la Respuesta Sexual en pacientes con diagnóstico VIH. Caso Estudio: Centro de Atención Integral Dr. Julio Carrasquel

### **Justificación y Delimitación del Estudio**

Por lo que se refiere al VIH, es aquel que interfiere con la capacidad del cuerpo de combatir infecciones, es decir, el virus ataca al sistema inmunitario por medio de los glóbulos blancos, siendo estos los encargados de combatir las infecciones en el cuerpo. Es por ello que un daño severo al sistema inmunitario pone en riesgo a la persona infectada con VIH de sufrir enfermedades graves e incluso algunos tipos de cáncer. Igualmente, puede presentarse tanto en el sexo masculino como en el femenino, en cualquier momento de la vida y por diferentes vías de

transmisión. A pesar de la existencia del tratamiento y sistemas de prevención del VIH, en la actualidad no deja de ser un problema de salud pública.

Desde la perspectiva general, la infección por VIH es un objeto de estudio multifocal, y es por esto, que el presente trabajo pretende estudiar los efectos o consecuencias psicológicas y emocionales de la población portadora del virus, ya que a nivel teórico, estadístico y científico, es un tema de interés, contemporáneo, controversial y que se encuentra en constante desarrollo y actualización, por lo que es propicio realizar esta investigación, para analizar, relacionar y verificar las variables de distorsiones cognitivas y respuesta sexual en los individuos portadores del virus debido al impacto social, cultural, médico, científico y personal que esto supone.

De esta forma, y al entenderse como vulnerable a la población infectada con VIH, esta investigación aporta bases teóricas, estadísticas y referenciales focalizadas en características psicológicas y las dimensiones de la sexualidad presentes en el caso de estudio, ampliando así la información referente a estos aspectos de las personas portadoras del virus. Igualmente, a nivel práctico, el trabajo contribuye con información que puede utilizarse en diversos campos de interés social, así como en el contexto psicológico o institucional, con el fin de sumar aportes en la creación de estrategias, acciones y programas de intervención, abrir nuevas interrogantes y apoyar al desarrollo de políticas o actividades que incluyan el abordaje de los aspectos vulnerables en las personas con VIH.

De la misma forma, la información recolectada en la presente investigación aporta al campo científico una estructura teórica referencial enmarcada en los ejes cognitivos y sexuales de las vivencias del sujeto portador del virus. Igualmente, en el área investigativa de la Universidad Arturo Michelena, los resultados obtenidos a través de la aplicación de instrumentos psicométricos resultan de utilidad como antecedente para posteriores investigaciones, especialmente aquellas encuadradas dentro de los estudios cuantitativos de tipo correlacional. Finalmente, para la escuela de psicología, este trabajo investigativo puede beneficiar a la cátedra de psicología cognitiva, psicología de la salud, psicología social y la electiva de educación sexual. Asimismo incrementa el material bibliográfico dentro de la línea de investigación: sexualidad y salud mental.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, a través de la investigación se quiere determinar si existe o no una relación entre las Distorsiones Cognitivas y la Respuesta Sexual en pacientes con VIH. Caso estudio: Centro de Atención Integral Dr. Julio Carrasquel. A su vez, se busca identificar las distorsiones cognitivas más comunes dentro de este grupo de estudio y si estas afectan la respuesta sexual. En última instancia, se espera que este trabajo sirva como material de apoyo y referenciación para aquellos estudiantes o profesionales que deseen realizar investigaciones relacionadas. En función de lo planteado, el presente trabajo parte de la línea de investigación Sexualidad y Salud Mental de la escuela de psicología. Su realización se llevó a cabo durante el periodo semestral 2021-3 hasta el periodo semestral 2022-1 y la investigación se delimitó en el Centro de Atención Integral Dr. Julio Carrasquel, en Maracay, estado Aragua.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

#### Antecedentes de la Investigación

##### Antecedentes Internacionales

Sullón (2018), en su investigación titulada: *Apoyo Social Percibido y Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en Pacientes Adultos con Virus de la Inmunodeficiencia Humana Atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo*, para optar al grado académico de Licenciatura en Psicología en la Universidad Nacional Federico Villarreal en Lima, Perú, tuvieron como objetivo principal determinar la relación existente entre el apoyo social percibido y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad, para lo cual emplearon una metodología cuantitativa no experimental de tipo descriptiva-correlacional, y una muestra de 122 pacientes adultos con VIH/sida de entre 18 y 65 años a los cuales les aplicaron el Cuestionario MOS de apoyo social percibido (MOS) y el Cuestionario CEAT para la evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH).

Los resultados de este estudio reflejaron una relación altamente significativa y positiva entre el apoyo social percibido y la adherencia al TARGA ( $r=0.309$ ,  $p<0.001$ ). De la misma forma, las dimensiones del apoyo social que contribuyen mayormente a explicar las conductas de adherencia al TARGA son el apoyo afectivo y emocional. Con respecto a los niveles de adherencia al TARGA según la edad de los pacientes, no se evidenciaron diferencias significativas entre las variables.

Esta investigación es un aporte para el presente trabajo debido a la similitud de la población y a diversos aspectos relevantes que amplían el contexto de los pacientes portadores de VIH, arrojando valores referenciales, comparativos y teóricos sustanciales con respecto a las implicaciones psicológicas, emocionales, sexuales, fisiológicas y sociales consecuentes de la enfermedad que surgen en gran medida debido a la estigmatización que rodea al VIH.

Igualmente, a nivel metodológico ambas investigaciones tienen como similitud ser de tipo correlacional.

Chiappe (2018), en su investigación denominada: *Correlación Entre Estigma y Sintomatología Ansioso-Depresiva en los Pacientes con Infección VIH con Adecuado e Inadecuado Control Viroológico*, para optar por el grado académico de Licenciatura en Psicología en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en Lima, Perú, tuvo como objetivo principal determinar la correlación entre el estigma y los síntomas ansiosos y depresivos en los pacientes con infección VIH con adecuado e inadecuado control virológico atendidos en la consulta ambulatoria del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo, para lo cual emplearon una metodología cuantitativa no experimental, de tipo descriptivo-correlacional, y una muestra de 247 pacientes VIH en TARVc a las cuales les aplicaron el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Test de Depresión de Hamilton y por último, la Escala de Estigma de Berger validada por Franke (2010).

Los resultados de este estudio reflejaron que en la población estudiada se observan porcentajes elevados de depresión y estigma. Asimismo, los resultados arrojaron correlaciones estadísticamente significativas entre el estigma-ansiedad, estigma-depresión y ansiedad-depresión independientemente del adecuado o inadecuado control virológico de la infección, por lo que existe evidencia que demuestra que la falta de respuesta virológica y la falta de adherencia al TARVc, se podría asociar al estigma, al igual que a la sintomatología ansiosa-depresiva existente en la población infectada con VIH.

La principal contribución de la investigación previamente mencionada recae en las similitudes en la población, en donde existen correlaciones estadísticamente significativas entre sus variables, las cuales influyen de forma importante en esferas sociales y psicológicas, aportando de esta forma datos de valor para el sustento teórico y práctico de la investigación, ya que desde la teoría cognitiva de Beck las distorsiones cognitivas mantienen y refuerzan la sintomatología depresiva, por lo que se puede extrapolar y comparar los resultados de ambas investigaciones.

## Antecedentes Nacionales

Arias y Hurtado (2018), en su investigación *Imagen Corporal y Respuesta Sexual en Estudiantes de la Asignatura Electiva Educación Sexual*, para optar al grado académico de licenciatura en Psicología mención clínica en la universidad Arturo Michelena en Valencia, Carabobo, tuvieron como objetivo principal investigar la relación que existe entre la Imagen Corporal y la Respuesta sexual en estudiantes de la asignatura electiva Educación Sexual, para lo cual emplearon una metodología cuantitativa de tipo descriptivo-correlacional, y una muestra de 40 alumnos pertenecientes a la asignatura electiva de Educación Sexual, a los cuales se le aplicaron el Cuestionario BSQ (Body Shape Questionnaire) de Cooper (1987) y el Cuestionario de Cambios en la Función Sexual (v. abreviada) CSFQ-14 de Bobes (2000).

Los resultados de este estudio reflejaron que en la correlación, comprobada por medio del estadístico de Pearson, entre las variables de Imagen Corporal y Respuesta Sexual la hipótesis fue nula, lo que quiere decir que no existe correlación alguna entre las variables. Esto tiene su explicación bajo el supuesto que, durante el acto sexual, para la mayoría de los individuos, tanto hombres como mujeres, tiene una mayor relevancia la satisfacción personal que el concepto sobre el propio aspecto físico y que no se ven influenciados por patrones anteriormente establecidos al momento de evaluar su apariencia física.

Este trabajo de investigación constituye un aporte de suma importancia ya que es la fuente a través de la cual se obtuvo el instrumento psicométrico que permitirá medir la variable de Respuesta Sexual, aportando datos sobre la validez y confiabilidad del mismo. De la misma forma, representa de forma sustancial un aspecto importante en el sentido referencial y comparativo para la construcción del cuerpo teórico y metodológico del presente trabajo investigativo.

Rivero y Sleiman (2018) en su investigación *Intervención Psicológica Basada en el Enfoque Psicodinámico para la Adecuación de Funciones del Yo en Paciente con Diagnóstico de VIH/SIDA*, para optar por el grado académico de licenciatura en Psicología mención Clínica en la universidad Arturo Michelena en Valencia, Carabobo, tuvieron como objetivo principal

desarrollar una intervención psicológica basada en el enfoque psicodinámico para la adecuación de funciones del Yo en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA del Centro de Atención Integral “Dr. Julio Carrasquel”, para lo cual emplearon una metodología cuasi experimental, y una muestra promedio de 4 pacientes con diagnóstico VIH/SIDA, a los cuales se les aplicó el Manual para la Evaluación de la Funciones del Yo (EFY) Bellak y Goldsmith.

Los puntajes para determinar los niveles de adecuación de funciones del YO consideradas, fue a través de rangos y signos de Wilcoxon, obteniendo una significancia bilateral mayor a 0,05, concluyendo que no existe diferencia estadísticamente significativa entre los rendimientos ofrecidos para éstas escalas entre antes y después de aplicar el programa de intervención en la muestra, es por ello que la Hipótesis es Nula ( $H_0$ ), es decir, la intervención psicológica no producirá un cambio en la adecuación de las funciones del yo en la muestra.

La presente investigación aporta datos altamente relevantes en cuanto a las características de la población ya que ambos trabajos se desarrollan en el mismo centro y, por lo tanto, tiene un alto valor referencial que permite ampliar el contexto en lo que refiere a los pacientes diagnosticados con VIH en el Centro de Atención Integral “Dr. Julio Carrasquel”, fundamentando así las bases teóricas y referenciales en lo que compete a la población seropositiva.

Jimenez (2020) en su investigación: *Esquemas Maladaptativos Tempranos y Distorsiones Cognitivas en Jóvenes LGBTIQ+ Estudiantes de Psicología* para optar al grado académico de licenciatura en Psicología mención clínica en la universidad Arturo Michelena en Valencia, Carabobo, se tuvo como objetivo estudiar la relación entre los esquemas maladaptativos tempranos y distorsiones cognitivas, empleando un diseño no experimental y transversal. La muestra seleccionada fueron 20 individuos pertenecientes al 9no y 10mo de la universidad Arturo Michelena, pertenecientes a la comunidad LGBTIQ+, a los cuales se les aplicó el cuestionario de esquemas de Young y el inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan.

Los resultados de la correlación del estudio de investigación fueron dados por la prueba de Shapiro-Wilk, y posteriormente se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, donde se arrojó que algunos esquemas maladaptativos tempranos y distorsiones cognitivas tenían correlación positiva, aceptándose así la hipótesis de la investigación  $H_1$ , pero también aceptando la hipótesis nula  $H_0$  en aquellos esquemas y distorsiones donde no se encontró ningún tipo de relación.

Dicha investigación aporta el instrumento psicométrico que permitirá medir la variable de distorsiones cognitivas en el presente trabajo, proporcionando datos sobre la validez y confiabilidad del instrumento que está basado en las distorsiones cognitivas que propuso Beck. Igualmente esta investigación tiene relevancia en la muestra del presente trabajo, entendiendo las variaciones en los aspectos de la diversidad sexual que puedan presentar la muestra, sobre todo en el contexto de la variable de respuesta sexual.

## **Bases Teóricas Referenciales**

### **Enfoque Cognitivo Conductual**

Surge en la década de los sesenta, siguiendo el planteamiento de que la conducta es determinada por los procesos cognitivos y no por el ambiente (Nuñez y Tobón, 2005). Ruíz, Díaz y Villalobos (2012) explican que el enfoque cognitivo conductual trabaja con las respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, que se han practicado durante tanto tiempo que se convierten en hábitos dentro del repertorio conductual del sujeto. Asimismo, la terapia cognitivo conductual se basa en el supuesto de que las respuestas emocionales y conductuales son en su mayoría resultado de las cogniciones (Díaz, Soto y Ortega, 2016). Por lo tanto, se puede afirmar que las cogniciones juegan un papel fundamental en la conducta (Nuñez y Tobón, 2005). De esta forma, este modelo integra aspectos del enfoque cognitivo y el conductual.

En función de lo planteado, la terapia conductista nace de la idea de que toda conducta es aprendida y puede ser modificada por los principios del aprendizaje, centrándose en lo

observable y el ambiente en el que se produce (Ruíz et al, 2012). De esta manera, este modelo se enfoca en la modificación de conductas, buscando así el aprendizaje de conductas más adaptativas (Nuñez y Tobón, 2005), ya que se considera que en su mayoría las conductas desadaptadas surgen a raíz de experiencias fallidas en el aprendizaje o de insuficiencia motivacional para modificarlas (Reynoso y Seligson, 2005).

Por otro lado, Neisser (1967), considerado el padre de la psicología cognitiva, determina el semblante principal entre el proceso de aprendizaje informático y el humano. Es a partir de dichas investigaciones que surge la teoría de los Sistemas de Procesamiento de Información (SPI), a partir de los cuales se desarrolla el conocimiento y se resuelven los problemas. “La programación informática y la solución de problemas por el ser humano son ambas especies pertenecientes al género SPI” (Newel y Simon, 1972, p. 870). El descubrimiento de estos semblantes desembocó en la reafirmación de las características empíricas del conocimiento, el procesamiento y resolución de problemas de manera sistemática en el proceso cognitivo humano. (Neisser, 1976)

De esta forma, se ha ido construyendo el modelo cognitivo como un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se basa en el supuesto teórico de que la conducta de un individuo está determinada en gran medida por el modo que tiene de estructurar el mundo, siendo que las actitudes de las personas se desarrollan a partir de experiencias anteriores (Beck; Rush; y Emery, 2012). Es por ello que se considera que “Las reacciones emocionales y las conductas ante un suceso están influenciadas por cogniciones. Esto es, nuestros pensamientos dan significado a nuestra realidad y nos predisponen hacia un sentimiento y/o acción determinada” (Dávila, 2014, p.59). Se trata de un modelo que va encaminado a identificar y modificar conceptualizaciones y creencias distorsionadas (Beck et al, 1978). Asimismo, se entiende que el enfoque cognitivo conductual se encauza en el aprendizaje de nuevas conductas a través de la reestructuración de las cogniciones distorsionadas. (Moreno y Utria, 2011) Con esto en mente, se puede afirmar que:

Se trata de dos modelos con una amplia trayectoria investigativa: el cognitivo y el conductual; el primero se focaliza en la identificación de los esquemas y procesos

mentales, con los que el paciente interpreta y da un significado acerca de sí mismo y del mundo; el segundo se fundamenta en la conducta externa, y en los procesos básicos del aprendizaje; la unión de estos dos enfoques, pretende modificar la forma en que piensan las personas, mediante estrategias investigadas anticipadamente con estudios de caso (Londoño, 2017, p. 142).

### **Teoría Cognitiva de Beck (1978)**

En su modelo cognitivo, Beck et al. (2012) proponen un sistema para explicar tanto el funcionamiento normal como el patológico y, de esta forma, expone en su teoría que los pensamientos y emociones de los individuos se sustentan en gran medida por la forma que tienen de estructurar el mundo. Por esta razón, se plantea que las influencias sobre las cogniciones pueden anteceder a un cambio en el estado de ánimo y, de igual manera, en cambios conductuales (Korman, 2011). Por lo tanto, se entiende que la percepción y la experiencia juegan papeles claves, ya que las cogniciones se sustentan de la valoración de los estímulos internos y externos y de ellas depende el modo en que los individuos evalúan las diversas situaciones. Las cogniciones constituyen la corriente conciencia y se traducen en la configuración que la persona construye acerca de sí misma, su contexto, su presente, futuro y pasado (Beck et al., 2012).

Por lo consiguiente, se afirma que la teoría cognitiva se fundamenta en la relación entre los pensamientos, emociones y sentimientos que la persona experimenta, donde las cogniciones se sustentan en esquemas desarrollados a partir de experiencias anteriores (Beck et al., 2012). De esta manera, los esquemas constituyen la plantilla a partir de la cual las personas evalúan las diversas situaciones y los cuales son responsables de la regularidad en las interpretaciones obtenidas en la vida cotidiana (Rivadeneira; Dahab y Minici, 2013). Por lo tanto, cuando una persona se expone a una circunstancia los esquemas son la base para codificar el estímulo al cual se enfrenta, siendo que el individuo evalúa sus experiencias con base en una matriz de esquemas (Beck et al, 2012).

En el mismo sentido, Beck et al (2012) ejemplifica lo mencionado anteriormente de la siguiente forma “si una persona interpreta todas sus experiencias en términos de si es competente

y está capacitada, su pensamiento puede verse dominado por el esquema” (p.13). Es decir, la persona puede pensar que si no hace todo a la perfección, entonces se percibe así misma como un fracaso. Es así como las personas pueden responder a las situaciones con base en el esquema que tienen formado mediante su experiencia.

Por lo tanto, se entiende que los esquemas en sí no son de carácter perjudicial, sino que derivan de un proceso de interacción con el mundo y son inevitables, sin embargo, pueden tornarse patológicos. De esta forma, los esquemas se presentan en la consciencia del sujeto mediante interpretaciones puntuales de las situaciones que atraviesa, es decir, a través de los pensamientos automáticos, los cuales consisten en mensajes específicos, breves y rápidos, que de forma patológica resultan en verbalizaciones negativas (Rivadeneira et al, 2013).

Asimismo, Rivadeneira et al (2013) explica que a través de la habilidad natural del ser humano para encauzar, combinar y relacionar la información se llega a ideas nuevas, sin embargo, también puede ser contraproducente, ya que la aparición de los esquemas en pensamientos automáticos depende en gran medida de errores sistemáticos en el procesamiento de la información. De esta forma, Beck et al., (2012) afirma que estos constructos en el pensamiento, conocidos como distorsiones cognitivas, pueden reforzar creencias negativas, incluso a pesar de la existencia de evidencia que demuestra lo contrario

### **Distorsiones Cognitivas**

Con respecto al desarrollo de las distorsiones cognitivas, Beck (1967) crea la primera definición de estas, delimitando a todos los “errores en el procesamiento de la información” dentro del espectro de las distorsiones del pensamiento. Posteriormente, Riso (2006) desarrolla la definición de la siguiente manera: “Son conclusiones o productos cognitivos ilógicos o equivocados, que surgen a partir de los pensamientos automáticos” (p.8). Estos errores en el procesamiento pueden ser la causa de distintos trastornos, incluso Beck et al (2012) menciona que las alteraciones emocionales graves como la depresión son creadas a raíz de las distorsiones cognitivas y dominados por los esquemas idiosincráticos, explicándolo de la siguiente forma:

Cuando los esquemas idiosincráticos prepotentes producen distorsiones de la realidad (...) se ve cada vez más incapacitado para considerar la idea de que sus interpretaciones negativas son erróneas. En los estados depresivos más graves, el pensamiento del paciente puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos. (p.22)

Continuamente se siguen reformulando y explicando con base en la teoría de Beck las diversas distorsiones que existen, es así como Riso (2006), extiende la idea de las distorsiones precisando diferentes tipos, caracterizados principalmente por la mala interpretación de mensajes sociales y las certezas falsas de ideas relacionadas con un estado emocional específico impidiendo discernir al individuo entre factores creados internamente o estímulos externos más acercados a la razón. En el mismo orden de ideas se explicarán los diferentes tipos de distorsiones cognitivas, catalogadas en 15 tipos:

**Tabla N° 1**

**Clasificación de las Distorsiones Cognitivas**

| <b>Distorsiones Cognitivas</b> | <b>Descripción</b>  |
|--------------------------------|---|
| Filtraje                       | Se perciben sólo ciertos aspectos del acontecimiento, teniendo así una visión de túnel, en donde las interpretaciones van sesgadas en el contexto.                                  |
| Pensamientos Polarizados       | Consiste en predecir conclusiones extremistas, donde las posibilidades son dicotómicas y van hacia el límite sin tener evidencia de ello.   |
| Sobregeneralización            | Se hacen conclusiones de un solo hecho en particular para luego desplazar estas conclusiones que surgieron como explicación hacia otras situaciones aisladas, sin evidencia alguna. |
| Interpretación del Pensamiento | Se hacen conclusiones acerca de los sentimientos e intenciones de los demás.  |
| Vision Catastrofica            | Consiste en la predisposición a sacar conclusiones catastróficas sin evidencia que lo apoye.  |

**Fuente:** León y Veloz (2022). Mckay et. al. (1988, citado por Álvarez, Ayala y Cisternas, 2019).

Tabla N° 1 (Continuación)

## Clasificación de las Distorsiones Cognitivas

| Distorsiones cognitivas      | Descripción  |
|------------------------------|--|
| Personalización              | Se refiere a culpabilizarse o atribuirse hechos ocurridos en el entorno sin evidencia suficiente.  |
| Falacia de Control           | Es el excesivo control que se ejerce sobre diversos acontecimientos, oscilando entre creencias de alto control o extremos de ningún control.       |
| Falacia de Justicia          | Es la percepción de injusticia a todos los hechos que no coincidan con las expectativas o que estén en contra de los deseos propios                |
| Razonamiento Emocional       | Es cuando los pensamientos están determinados por el estado afectivo intenso del momento.  |
| Falacia de Cambio            | Se refiere a cuando los cambios están sujetos a las acciones que ejecuten otros, ya que parece ser que esto satisface las necesidades propias.     |
| Etiquetas Globales           | Consiste en el etiquetamiento erróneo y generalizado tanto a hechos, así como a personas, manteniendo una visión inflexible del mundo.             |
| Culpabilidad                 | Surge al atribuirse responsabilidades o acontecimientos así mismo o/y a otros sin sustento o evidencia alguna.                                     |
| Los Debería                  | Son normas rígidas y autoexigentes de cómo deberían ser las cosas.   |
| Falacia de Razón             | Es la inclinación a probar y reafirmar convicciones propias en situaciones en la que se cree tener la razón, negando algún otro tipo de argumento. |
| Falacia de Recompensa Divina | Se trata de la búsqueda de recompensas a partir de comportamientos percibidos como correctos y merecedores de algún premio.                        |

**Fuente:** León y Veloz (2022). Mckay et. al. (1988, citado por Álvarez, Ayala y Cisternas, 2019).

Es importante señalar que las distorsiones cognitivas son comunes y se pueden presentar en cualquier momento de la vida, donde los esquemas cognitivos juegan un papel importante a la hora de ir formando una distinguida percepción sobre sí mismo y del mundo. En el caso de personas que presentan VIH, los errores en el pensamiento pueden afectar diversas áreas de la vida, por lo tanto se dará énfasis en el área de la sexualidad, específicamente a las respuestas sexuales y sus características.

### **Teoría de la Respuesta Sexual (Masters y Johnson, 1966)**

A través de la estimulación de las diferentes zonas erógenas del cuerpo se desencadena una compleja respuesta nervio-endocrina la cual, mediante el sistema sanguíneo, produce diversas respuestas sexuales en hombres y mujeres (Carballo, 2002). Se llegó a esta conclusión a través de una investigación realizada por Masters y Johnson (1978, citado en Carballo 2002), donde analizaron la anatomía y fisiología de la respuesta sexual humana en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington. Asimismo, en las décadas siguientes, se construyó la anatomía de la respuesta sexual humana y la reacción a los estímulos sexuales, donde se observaron variantes fisiológicas, como la intensidad y duración de las respuestas sexuales a nivel individual. Igualmente, Bianco (1991, citado en Fuentes 2013) amplía la conceptualización de la Respuesta Sexual Humana, definiéndose como:

Toda actividad caracterizada por presencia de activación cortical y/o medular a nivel del sistema nervioso, la cual se correlaciona con un fenómeno de tumescencia, de contractibilidad (lisa o estriada) y fenómeno de detumescencia tanto a nivel genital como extra genital, efecto de una Situación/ Estímulo sexual. (p. 50)

En función de lo planteado, la respuesta sexual humana se describe como una secuencia cíclica de etapas que se facilitan, refuerzan o inhiben entre sí (Fuentes, 2013). De esta forma, Masters y Johnson (1976, citado en Alcántara y Amuchástegui, 2009), construyen este ciclo con base en los cambio anatomofisiológicos que ocurren en el cuerpo durante una relación coital

vaginal, siendo que con el pasar del tiempo ha logrado solidificarse como una prueba científica que sustenta la existencia de un patrón único que permite el acceso al placer sexual.

De este modo, Fuentes (2013) expresa que el ciclo sexual constituye los cambios que se experimentan en el cuerpo según los distintos niveles de excitación. Tras un período inicial de deseo, las personas atraviesan cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Igualmente, en el año 1979, Kaplan introduce el deseo como predecesor de la excitación, siendo este el desencadenante del ciclo de respuesta (Molero, 2014). Con esto en mente, se considera que la respuesta sexual humana se alimenta de aspectos sensoriales, visuales, culturales y personales que se combinan y permiten que cada individuo experimente la respuesta sexual de un modo único a través de estímulos físicos y psicológicos que desencadenan la reacción. (Fuentes, 2013).

### ***Ciclo de la respuesta sexual***

#### a) El deseo

En esta fase, los factores psicológicos se constituyen como un aspecto relevante, ya que estos pueden influir en el cerebro y propiciar cambios favorables que orienten el inicio de la fase de excitación. De esta forma, se define el deseo sexual como impulsos y sensaciones que motivan al sujeto a buscar experiencias sexuales o presentar receptividad hacia ellas. Además, se trata de una ansiedad placentera de carácter erótico y es un estado anímico que desemboca en la propensión a la excitación y en un conjunto de sensaciones agradables (Guerra, 2017). Igualmente, el deseo tiene su inicio ante un estímulo adecuado previo al contacto genital, teniendo el aspecto mental una gran influencia en lo referente a la experiencia sexual, por lo que se considera que el cerebro es el principal órgano sexual y la excitación es el producto en parte de la fricción y en parte de la fantasía (Granero, 2014).

#### b) Excitación

Tiene su inicio a través de un conjunto de estímulos físicos y psicológicos, donde aumenta el ritmo cardiorrespiratorio y la presión arterial, produciéndose un incremento de la tensión muscular y de la vaso-congestión. Mediante estos signos fisiológicos los genitales cambian de forma, por un lado, en el hombre, el pene se endurece y se ensancha mientras los testículos se aproximan más al cuerpo. Por otro lado, en la mujer la vagina se lubrica, el clítoris se agranda y se hinchan los labios mayores y menores (Carballo, 2002). Al mismo tiempo, Sira (1977) afirma que la excitación tiene como particularidad el desencadenarse no solamente mediante el contacto físico directo, sino a través del olfato, la vista, el pensamiento o las emociones.

#### c) Meseta

Según Carballo (2002), en función de que la estimulación sexual haya sido efectiva se inicia la fase de meseta, donde los cambios fisiológicos se consolidan y los niveles de excitación se intensifican. En el caso de las mujeres, se abulta el tercio externo de la vagina y se estrecha su entrada, por lo que se fomenta la plataforma orgásmica, donde el útero se eleva y el clítoris se retrae debajo de su capuchón. De igual forma, en los hombres se mantiene la vaso-congestión, la tensión muscular aumenta y la respiración acelera su ritmo. De esta forma, se mantiene e intensifica la excitación sexual, lo cual prepara el terreno para el orgasmo (Sira, 1977).

#### d) Orgasmo

Posterior a la fase de meseta se continúa hacia el orgasmo siempre y cuando se mantenga la excitación sexual. El orgasmo constituye un tiempo escaso de varios segundos, mediante el cual la vaso-congestión y la miotonía desarrolladas durante el estímulo sexual se liberan. De esta forma, se considera que el orgasmo es una reacción fisiológica que se conecta con el clítoris, vagina y útero en el caso de las mujeres y con el pene, próstata y vesículas seminales en el hombre. Igualmente, las respuestas orgásmicas registradas en la población femenina tienden a ser

variadas mientras que en los hombres sigue modelos estándares de reacción eyaculatoria con escasas variaciones (Carballo, 2002). Igualmente, Sira (1977) considera que:

El orgasmo es una respuesta global de todo el organismo, no sólo de la pelvis. El patrón electroencefalográfico muestra cambios marcados durante el orgasmo, ocurren contracciones musculares en diversas regiones del cuerpo y el rubor sexual alcanza su máxima intensidad y extensión (p. 98)

e) Resolución.

En esta última fase, los órganos y tejidos vaso-congestionados vuelven a la normalidad. La actividad cardiorrespiratoria y la presión arterial se estabilizan paulatinamente y, además, existe una pérdida involuntaria de tensión y excitabilidad. En el caso de las mujeres, hay una posibilidad de regresar al cuadro del orgasmo si se realiza una estimulación eficaz. Por su parte, con los hombres en esta fase se incluye un espacio de tiempo refractorio, después del cual es posible la reestimulación (Carballo, 2002).

## **Ejes Temáticos**

### **Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH)**

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) progresivamente destruye ciertas células del sistema inmunitario como los glóbulos blancos (leucocitos) los cuales se encargan de proteger y combatir una variedad de infecciones. Las personas con VIH al no tener un sistema inmunológico funcional corren el riesgo a contraer infecciones que no afectan comúnmente a personas sanas, llamando a estas infecciones en la persona con VIH como infecciones oportunistas. Igualmente las personas con VIH tienen mayor riesgo de contraer diferentes tipos de cáncer como el linfoma, cáncer de cuello uterino y el sarcoma de Kaposi, siendo estas de gran peligro. (American Cancer Society, 2014).

Asimismo, el VIH puede transmitirse por vía sanguínea a través de intercambio de jeringas contaminadas con VIH, transfusiones de sangre y/o hemoderivados, a través de las relaciones sexuales desprotegidas tanto vaginal, bucogenital y anal de personas de cualquier orientación sexual y a su vez, una mujer portadora de VIH puede transmitir el virus durante el embarazo o mediante la lactancia. Continuamente después del contagio, el tiempo en presentarse la sintomatología es variable, desde algunos meses hasta 10 ó 15 años, o nunca desarrollar la enfermedad activa; la persona puede ser portador sano y aunque no presente sintomatología puede transmitir la infección. Los síntomas son diversos e inespecíficos (García, 2002).

Sin embargo, se observa que algunos síntomas de la infección por el VIH dependen de la etapa en la que se encuentra la enfermedad y aunque algunos infectados desconocen que son portadores hasta fases más avanzadas en otras ocasiones se pueden presentar cuadros pseudogripales, como la fiebre, cefalea, erupciones o dolores de garganta. Es a medida que la infección va avanzando y debilitando el sistema inmune donde más síntomas y signos pueden ir apareciendo, comúnmente se puede presentar fiebre, diarrea, tos, inflamación de ganglios linfáticos e incluso pérdida de peso. (OMS, s.f).

En relación al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) esta es una de las etapas más avanzadas de la infección por el VIH, una persona desarrolla SIDA cuando el recuento de células CD4 disminuyen, dejando al sistema inmune en su estado más vulnerable. A pesar de que esta enfermedad no tiene cura existen tratamientos que pueden ayudar a bajar la carga viral del VIH, es decir pueden reducir la cantidad de VIH en el cuerpo, permitiendo mantenerse más saludable e incluso pudiendo bajar o eliminar la posibilidad de transmitir la enfermedad. (Planned Parenthood, s.f).

### **Consecuencias psicológicas**

En relación a las afecciones psicológicas ONUSIDA (2018) señala que las personas que tienen una condición de salud como el VIH pueden padecer trastornos mentales que afecten su calidad de vida y bienestar psicológico. Dichas afecciones en la salud mental puede provocar que

estas personas lleguen a dejar de buscar la atención médica y tratamiento recomendado por los profesionales; es por eso que bajo esta misma idea ONUSIDA explica lo siguiente:

Estudios en más de 38 países señalan que el 15% de los adultos y el 25% de los adolescentes que viven con el VIH dicen sentirse deprimidos y abrumados, lo que podría ser una barrera para el cumplimiento del tratamiento antirretroviral. (Párr.6)

De la misma manera, a pesar de los avances que se han hecho en el área médica para facilitar la vida de las personas portadoras del virus, el proceso de adecuación y aceptación al diagnóstico del VIH también es un proceso complejo en la psique del individuo, como lo plantea el grupo de trabajo sobre tratamientos del VIH en España (2008) que detalló los posibles conflictos psicológicos que puede desarrollar una persona debido al diagnóstico de VIH, señalando que:

El conflicto emocional más común que le suele surgir a una persona que recibe un diagnóstico de VIH es la no aceptación de la enfermedad; ¿por qué me sucede esto a mí? Una vez superada, o al menos aceptada, esta primera fase, pueden aflorar sentimientos de ira contra uno mismo y contra los demás, culpa, vergüenza, tristeza y, posteriormente, un amplio abanico de miedos: miedo al rechazo, a no ser aceptado por el entorno personal, a no encontrar una pareja, a infectar a otra persona, a no poder continuar con el ritmo de vida que llevábamos, a perder el trabajo, enfermar, morir, a no poder mantener la adhesión al tratamiento antirretroviral. Asimismo, puede surgir el estrés y la tensión ante los resultados médicos y la evolución de la enfermedad, e incluso también alegría mezclada con culpa al verte mejor que otros compañeros que también viven con VIH. Además el tratamiento para el VIH puede causar diversos efectos secundarios en el sistema nervioso central, los cuales pueden provocar nerviosismo, euforia, alucinaciones o depresión

## Fundamento Normativo

### Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)

**Artículo 19.** El Estado garantizará a toda persona, conforme al principio de progresividad y sin discriminación alguna, el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos. Su respeto y garantía son obligatorios para los órganos del Poder Público de conformidad con esta Constitución, con los tratados sobre derechos humanos suscritos y ratificados por la República y con las leyes que los desarrollen. (p.4)

**Artículo 83.** La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República. (p.17)

En primer lugar, se presenta el artículo 19 resaltando que este decreto avala los derechos humanos fundamentales que tienen las personas, protegiéndolas así de cualquier tipo de discriminación y permitiendo el goce y ejercicio de los demás derechos humanos que poseen. En el mismo sentido, el artículo 83 promueve políticas relacionadas a los derechos de la salud como parte del derecho a la vida, al bienestar y protección tanto de sí mismo y en su efecto a los demás individuos.

### Ley para la promoción y protección del derecho a la igualdad de las personas con VIH/SIDA y sus familiares (2014)

**Artículo 1.** La presente Ley tiene por objeto promover y proteger el derecho a la igualdad de todas las personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de

Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como el de sus familiares, a los fines de asegurar que disfruten y ejerzan todos sus derechos, garantías, deberes y responsabilidades, sin discriminación alguna, entre ellas, las derivadas de condición de salud.

De esta forma, el artículo anteriormente citado hace referencia a la protección de los derechos de la población portadora del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) previendo una garantía a su favor y, en este sentido, guarda una estrecha relación con la población investigada, haciendo énfasis en la concientización de la problemática que enfrentan.

### **Código de Ética del Profesional de Psicología (1981)**

**Artículo 8:** Son deberes éticos esenciales de la profesión del Psicólogo, la probidad, la independencia, la generosidad, la objetividad y la imparcialidad. También lo son la fraternidad, la libertad, la justicia y la igualdad, más el respeto por los Derechos inherentes a la persona humana consagrados en la Carta de los Derechos Humanos y en la Declaración de Principios de los Colegios Profesionales Universitarios.

**Artículo 15:** El respeto a la integridad de la persona humana en los distintos ámbitos donde se desempeñe como profesional, constituye uno de los más sagrados deberes del Psicólogo, quien en todo momento debe velar por el bienestar individual y social en la prestación de sus servicios a personas naturales o a instituciones públicas o privadas, y en los campos de la investigación pura o aplicada.

**Artículo 26:** El Psicólogo debe prestar atención con igual grado de celo profesional a todos los consultantes, sea cual sea su nacionalidad, raza, sexo, edad, credo religioso, ideas políticas o posición social.

De esta forma, los artículos anteriormente mencionados clarifican la importancia de respetar, desde los distintos ámbitos donde el psicólogo se desempeñe como profesional, la

integridad humana y prestar atención libre de discriminación desde la imparcialidad, la objetividad, la generosidad, la ética, la justicia y la igualdad, con la finalidad de preservar y resguardar los derechos inherentes a la persona humana, promulgando el bienestar individual y social de todos los individuos.

**Artículo 54:** La investigación en Psicología debe inspirarse en los más elevados principios éticos y científicos

**Artículo 59:** Toda investigación deberá ser calificada en función de su necesidad real, de su alcance y de los riesgos que implica. El investigador deberá tener sumo cuidado de transmitir las verdaderas razones de su investigación.

**Artículo 60:** El investigador deberá garantizar el anonimato de las respuestas de los sujetos sometidos a investigaciones y evitar aminorar la posibilidad de cualquier daño moral a aquellos.

**Artículo 63:** Como científico, el Psicólogo debe, en lo posible, comunicar los resultados de su investigación a otros investigadores.

Con relación a lo anteriormente mencionado, los artículos hacen referencia a la importancia de un proceder ético y fundamentado en los principios científicos por parte del psicólogo para llevar a cabo un trabajo investigativo, actuando con total transparencia acerca de las finalidades del mismo y salvaguardando el anonimato de los participantes. Al mismo tiempo se debe, en medida de lo posible, compartir los resultados obtenidos de la investigación ampliando así los antecedentes teóricos, estadísticos y referenciales del tema.

### **Definición de Términos Básicos**

**Derechos Sexuales:** “Los derechos sexuales constituyen la aplicación de los derechos humanos existentes a la sexualidad y a la salud sexual. Protegen el derecho de todas las personas a satisfacer y expresar su sexualidad y a disfrutar de la salud sexual, con el debido respeto por los

derechos de los demás, dentro de un marco de protección frente a la discriminación” (Organización Mundial de la Salud, 2018, p. 3).

**Esquemas Cognitivos:** “Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El término “esquema” designa estos patrones cognitivos estables. Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia. El esquema es la base para transformar los datos en cogniciones (definidas como cualquier idea con un contenido verbal o gráfico). Así, un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas” (Beck et al, 2012, p. 21).

**Estigma:** “Es un estigma, en especial cuando él produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio, a veces recibe también el nombre de defecto, falla o desventaja” (Goffman, 1986, p. 12).

**Satisfacción sexual:** “Evaluación subjetiva de agrado o desagrado que una persona hace respecto de su vida sexual o el grado de bienestar y plenitud o la ausencia de los mismos, experimentados por una persona en relación con su actividad sexual” (Ahumada et al.,2014, p.279).

**Tratamiento Antirretroviral:** “El tratamiento antirretroviral, si bien no puede erradicar la infección por el VIH, mantiene suprimida la replicación viral, incrementa el número de linfocitos CD4, disminuye la morbilidad (tanto la relacionada con el sida como con otras comorbilidades que se asocian a ella), mejora la calidad de vida y previene la transmisión sexual del VIH” (Lozano y Domingo, 2011, p. 455).

## Sistema de Variables

### Variables Relacionadas

- Distorsiones Cognitivas

- Respuestas Sexuales

### **Variables de Control**

- Pacientes con diagnóstico de VIH.
- Pacientes pertenecientes del Centro de Atención Integral "Dr. Julio Carrasquel".
- Participación voluntaria.
- Mayores de edad.

### **Variables Intervinientes**

- Estigmas sociales.
- Sexualidad.
- Estado emocional.
- Estado civil.
- Posición socioeconómica.

## **Formulación de Hipótesis**

### **Hipótesis de Investigación ( $H_i$ )**

Existe una relación significativa entre las distorsiones cognitivas y la respuesta sexual en pacientes con VIH, pertenecientes al Centro de Atención Integral "Dr. Julio Carrasquel" (Maracay, Estado Aragua).

### **Hipótesis Nula ( $H_0$ )**

No existe relación significativa entre las distorsiones cognitivas y la respuesta sexual en pacientes con VIH, pertenecientes al Centro de Atención Integral "Dr. Julio Carrasquel" (Maracay, Estado Aragua).

**Matriz de Variables**
**Tabla N°2**
**Matriz de Variables**

| Objetivo Específico   | Variable                | Dimensión | Definición   | Indicadores                    | Técnicas     | Instrumento   | Ítems   |
|---|-------------------------|-----------|--|--------------------------------|--------------|---|---------|
| Identificar las Distorsiones Cognitivas en pacientes con diagnóstico de VIH. Caso Estudio: Centro de Atención Integral Dr. Julio Carrasquel | Distorsiones cognitivas |           | Son conclusiones o productos cognitivos ilógicos o equivocados, que surgen a partir de los pensamientos automáticos (Mckay et. al. 1988, citado en Álvarez, Ayala y Cisternas, 2019).  |                                | Cuestionario | Inventario de pensamientos automáticos (Ruiz y Rujan, 1991) | 1-45    |
|   |                         | Filtraje  | Tendencia a percibir sólo ciertos aspectos negativos del acontecimiento, teniendo así una visión de túnel, en donde las interpretaciones van sesgadas en el contexto (Mckay et. al. 1988, citado en Álvarez, Ayala y Cisternas, 2019). | Abstracción negativa/pesimismo |              |   | 1-16-31 |

*Nota.* Operacionalización de la variable medida en el objetivo específico 1 de la investigación. Fuente: León y Veloz (2022)

**Tabla N°2 (Continuación)**
**Matriz de Variables**

| Objetivo Específico | Variable | Dimensión                      | Definición  | Indicadores                          | Técnicas     | Instrumento   | Ítems   |
|---------------------|----------|--------------------------------|---|--------------------------------------|--------------|---|---------|
|                     |          | Sobregeneralización            | Es la producción de conclusiones sobre un solo hecho en particular para luego desplazar estas conclusiones que surgieron como explicación hacia otras situaciones aisladas, sin evidencia alguna. (Mckay et. al. 1988, citado en Álvarez, Ayala y Cisternas, 2019). | Generalización negativa/positiva     | Cuestionario | Inventario de pensamientos automáticos (Ruiz y Rujan, 1991) | 3-18-33 |
|                     |          | Interpretación del Pensamiento | Tendencia a realizar conclusiones acerca de los sentimientos e intenciones de los demás. (Mckay et. al. 1988, citado en Álvarez, Ayala y Cisternas, 2019).  | Expectativas cognitivas/conductuales |              |   | 4-19-34 |

*Nota.* Operacionalización de la variable medida en el objetivo específico 1 de la investigación. Fuente: León y Veloz (2022)

**Tabla N°2 (Continuación)**
**Matriz de Variables**

| Objetivo Específico | Variable | Dimensión           | Definición   | Indicadores                            | Técnicas     | Instrumento   | Ítems   |
|---------------------|----------|---------------------|--|--|--------------|---|---------|
| 1.....              | 1.....   | Visión Catastrófica | Es la predisposición a sacar conclusiones catastróficas sin evidencia que lo apoye. (Mckay et. al. 1988, citado en Álvarez, Ayala y Cisternas, 2019).  | Catastrofismo personal/externo         | Cuestionario | Inventario de pensamientos automáticos (Ruiz y Rujan, 1991) | 5-20-35 |
|                     |          | Personalización     | Tendencia a culpabilizarse o atribuirse hechos ocurridos en el entorno sin evidencia suficiente. (Mckay et. al. 1988, citado en Álvarez, Ayala y Cisternas, 2019).   | Comparación personal negativa/positiva |              |   | 6-21-36 |
|                     |          | Falacia de Control  | Es el excesivo control que se ejerce sobre diversas situaciones, oscilando entre creencias de alto control o extremos de ningún control. (Mckay et. al. 1988, citado en Álvarez, Ayala y Cisternas, 2019). | Catastrofismo personal/externo         |              |   | 7-22-37 |

*Nota.* Operacionalización de la variable medida en el objetivo específico 1 de la investigación. Fuente: León y Veloz (2022)

**Tabla N°2 (Continuación)**
**Matriz de Variables**

| Objetivo Específico | Variable | Dimensión              | Definición   | Indicadores   | Técnicas     | Instrumento   | Ítems    |
|---------------------|----------|------------------------|--|---|--------------|---|----------|
| 1.....              | 1.....   | Falacia de Justicia    | Es la percepción de injusticia a todos los hechos que no coincidan con las expectativas o deseos propios. (Mckay et. al. 1988, citado en Álvarez, Ayala y Cisternas, 2019).                            | Absolutismo de los derechos personales/enjuiciamiento                       | Cuestionario | Inventario de pensamientos automáticos (Ruiz y Rujan, 1991) | 8-23-38  |
|                     |          | Razonamiento Emocional | Es cuando los pensamientos están determinados por el estado afectivo intenso del momento. (Mckay et. al. 1988, citado en Álvarez, Ayala y Cisternas, 2019).  | Razonamiento de enfermedad/razonamiento de culpabilidad                     |              |   | 9-24-39  |
|                     |          | Falacia de Cambio      | Es cuando los cambios están sujetos a las acciones que ejecuten otros, ya que parece ser que esto satisface las necesidades propias. (Mckay et. al. 1988, citado en Álvarez, Ayala y Cisternas, 2019). | Responsabilización de las personas/responsabilización de las circunstancias |              |   | 10-25-40 |

*Nota.* Operacionalización de la variable medida en el objetivo específico 1 de la investigación. Fuente: León y Veloz (2022)

**Tabla N°2 (Continuación)**
**Matriz de Variables**

| Objetivo Específico | Variable | Dimensión          | Definición  | Indicadores                                 | Técnicas     | Instrumento   | Ítems    |
|---------------------|----------|--------------------|---|---|--------------|---|----------|
| 1.....              | 1.....   | Etiquetas Globales | Es el etiquetamiento erróneo y generalizado tanto a hechos, así como a personas, manteniendo una visión inflexible del mundo. (Mckay et. al. 1988, citado en Álvarez, Ayala y Cisternas, 2019). | Etiquetas personales/etiquetas de los demás | Cuestionario | Inventario de pensamientos automáticos (Ruiz y Rujan, 1991) | 11-26-41 |
|                     |          | Culpabilidad       | Proceso de atribuirse responsabilidades o acontecimientos así mismo o/y a otros sin sustento o evidencia alguna. (Mckay et. al. 1988, citado en Álvarez, Ayala y Cisternas, 2019).              | Culpabilización propia/ a otros             |              |   | 12-27-42 |
|                     |          | Los Debería        | Son normas rígidas y autoexigentes de cómo deberían ser las cosas. (Mckay et. al. 1988, citado en Álvarez, Ayala y Cisternas, 2019).  | Exigencias a sí mismo/al entorno            |              |   | 13-28-43 |

*Nota.* Operacionalización de la variable medida en el objetivo específico 1 de la investigación. Fuente: León y Veloz (2022)

**Tabla N°2 (Continuación)**
**Matriz de Variables**

| Objetivo Específico | Variable | Dimensión                    | Definición   | Indicadores   | Técnicas     | Instrumento   | Ítems    |
|---------------------|----------|------------------------------|--|---|--------------|---|----------|
| 1.....              | 1.....   | Falacia de Razón             | Es la inclinación a probar y reafirmar convicciones propias en situaciones en la que se cree tener la razón, negando algún otro tipo de argumento. (Mckay et. al. 1988, citado en Álvarez, Ayala y Cisternas, 2019). | Búsqueda de aprobación de la opinión propia/descartar opiniones | Cuestionario | Inventario de pensamientos automáticos (Ruiz y Rujan, 1991) | 14-29-44 |
|                     |          | Falacia de Recompensa Divina | Es la búsqueda de recompensas a partir de comportamientos percibidos como correctos y merecedores de un premio. (Mckay et. al. 1988, citado en Álvarez, Ayala y Cisternas, 2019).                                    | Retribución futura/esperanza pasiva                             |              |   | 15-30-45 |

*Nota.* Operacionalización de la variable medida en el objetivo específico 1 de la investigación. Fuente: León y Veloz (2022)

**Tabla N°2 (Continuación)**
**Matriz de Variables**

| Objetivo Específico  | Variable         | Dimensión | Definición   | Indicadores                        | Técnicas     | Instrumento  | Ítems |
|--|------------------|-----------|--|------------------------------------|--------------|--|-------|
| Describir las Respuestas Sexuales en pacientes con diagnóstico de VIH.<br>Caso Estudio: Centro de Atención Integral Dr. Julio Carrasquel | Respuesta Sexual |           | Se entiende como una secuencia cíclica de etapas o fases características que se facilitan, refuerzan o inhiben entre sí.<br>(Masters y Johnson 1978, citado en Fuente 2013). |                                    | Cuestionario | Cuestionario de cambios en la función sexual (CSQF-14, Keller, Mcgarvey y Clayton, 2006) | 1-14  |
|  |                  | Placer    | Es definido como el disfrute de la vida sexual. (Keller, Mcgarvey y Clayton, 2006).  | Satisfacción/Insatisfacción sexual |              |  | 1     |

*Nota.* Operacionalización de la variable medida en el objetivo específico 2 de la investigación. Fuente: León y Veloz (2022)

**Tabla N°2 (Continuación)**
**Matriz de Variables**

| Objetivo Específico | Variable | Dimensión        | Definición  | Indicadores               | Técnicas     | Instrumento  | Ítems |
|---------------------|----------|------------------|---|---------------------------|--------------|--|-------|
| 2.....              | 2.....   | Deseo/Frecuencia | Frecuencia de actos sexuales, incluyendo el encuentro sexual y la masturbación, y la frecuencia con la que existe el deseo de participar en la actividad sexual. (Keller, Mcgarvey y Clayton, 2006).                          | Sensaciones del individuo | Cuestionario | Cuestionario de cambios en la función sexual (CSQF-14, Keller, Mcgarvey y Clayton, 2006) | 2-3   |
|                     |          | Deseo/Interés    | Es el interés y deseo por experiencias sexuales expresadas mediante la frecuencia en que aparecen pensamientos sexuales o fantasías y sentimientos de disfrute producidos por el erotismo (Keller, Mcgarvey y Clayton, 2006). | Fantasías                 |              |  | 4-5-6 |

*Nota.* Operacionalización de la variable medida en el objetivo específico 2 de la investigación. Fuente: León y Veloz (2022)

**Tabla N°2 (Continuación)**
**Matriz de Variables**

| Objetivo Específico | Variable | Dimensión          | Definición  | Indicadores  | Técnicas     | Instrumento  | Ítems       |
|---------------------|----------|--------------------|---|--|--------------|--|-------------|
| 2.....              | 2.....   | Excitación         | Se trata de la frecuencia de excitación, facilidad de excitación y adecuada lubricación vaginal/erecciones durante la actividad sexual. (Keller, Mcgarvey y Clayton, 2006).                                     | Respuesta Fisiológica.   | Cuestionario | Cuestionario de cambios en la función sexual (CSQF-14, Keller, Mcgarvey y Clayton, 2006) | 7-8-9-10    |
|                     |          | Orgasmo/Resolución | Se define como una reacción fisiológica y subjetiva que se concentra de modo específico en el clítoris, vagina y útero en la mujer, y en el pene, próstata y vesículas seminales en el hombre. (Carballo, 2002) | -Frecuencia de orgasmos<br>-Habilidad para alcanzar el orgasmo<br>-Disfrute del orgasmo. |              |  | 11-12-13-14 |

*Nota.* Operacionalización de la variable medida en el objetivo específico 2 de la investigación. Fuente: León y Veloz (2022)

**Tabla N°2 (Continuación)**
**Matriz de Variables**

| Objetivo Específico   | Variable   | Dimensión   | Definición   | Indicadores  | Técnicas                                     | Instrumento                                 | Ítems |
|---|--|-------------|--|--|--|---|-------|
| Establecer el tipo de relación que existe entre las Distorsiones Cognitivas y la Respuesta Sexual en pacientes con diagnóstico de VIH. Caso Estudio: Centro de Atención Integral Dr. Julio Carrasquel | Correlación entre Distorsiones cognitivas y Respuesta Sexual | Estadística | El coeficiente de correlación de Spearman es una medida de asociación lineal que utiliza los rangos, números de orden, de cada grupo de sujetos y compara dichos rangos (Martínez, Tuya, Martínez, Pérez, y Cánovas, 2009) | El valor de la r puede variar de -1.00 (correlación negativa perfecta), 0 (no existe correlación alguna) y +1.00 (correlación positiva perfecta) | Coefficiente de correlación Rho de Spearman. | $r_s = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}$ |       |

*Nota.* Operacionalización de la variable medida en el objetivo específico 3 de la investigación. Fuente: León y Veloz (2022)

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### **Paradigma Cuantitativo de la Investigación**

La metodología de la presente investigación se desarrolla bajo el paradigma cuantitativo, puesto que requiere de la aplicación de instrumentos comparativos que suministren datos que permitan comprobar una hipótesis a través de mediciones numéricas y un análisis estadístico. Este paradigma, se basa en un pensamiento hipotético-deductivo, siendo este un enfoque objetivo, donde el conocimiento está basado en los hechos. Asimismo, confía en la medición y comparación que proporcionan datos cuyo estudio necesita la aplicación de modelos estadísticos (Palella y Martins 2012). De esta forma, Hernández, Fernández y Baptista (2006) afirman que dicho enfoque:

Es secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente y no podemos “brincar” o eludir pasos. El orden es riguroso, aunque desde luego, podemos redefinir alguna fase. Parte de una idea que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se traza un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, y se extrae una serie de conclusiones respecto de la o las hipótesis. (p. 4)

#### **Diseño y Tipo de Investigación**

El diseño de investigación se encuentra constituido por el plan y la estructura de la investigación, y se concibe de determinada manera para obtener respuestas a las preguntas planteadas en la investigación. El plan es el esquema o programa general de la investigación; incluye un bosquejo de lo que el investigador hará, desde formular las hipótesis y sus implicaciones operacionales hasta el análisis final de los datos. (Kerlinger, 2002).

En el caso de la presente investigación se empleó un diseño no experimental donde Kerlinger (1979) "La investigación no experimental o ex-post-facto es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones". (p.116). De hecho, no hay condiciones o estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio. Los sujetos son observados en su ambiente natural, en su realidad. En el mismo pensamiento Palella y Martins (2012) indican que en este diseño no se construye una situación específica, sino que se observan los hechos como tal, en su contexto real, ya que las variables independientes ya han ocurrido y no pueden ser manipuladas, sino tomadas para análisis. En este caso las variables de distorsiones cognitivas y respuesta sexual son variables que ya han ocurrido y que por ende serán medidas sin alterarlas.

De igual forma, la investigación corresponde a un diseño transversal, esto quiere decir que la recolección de los datos se da en un solo momento y tiempo único (Palella y Martins, 2012). Igualmente la presente investigación corresponde al diseño de campo, en donde Arias (2012) la define de la siguiente manera "la investigación de campo es aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos." (p.31)

### **Fases Metodológicas de la Investigación**

**Fase I:** Identificación de las distorsiones cognitivas en pacientes con diagnóstico de VIH.  
Caso estudio: Centro de atención integral Dr. Julio Carrasquel.

#### *Actividades:*

- Se seleccionó la muestra a partir de la población de pacientes con diagnóstico de VIH del centro de atención integral Dr Julio Carrasquel.
- Se aplicó el Inventario de pensamientos automáticos (Ruiz y Lujan, 1991) en pacientes con diagnóstico de VIH. Caso estudio: Centro de atención integral Dr. Julio Carrasquel.

- Se realizó la tabulación y el análisis de los resultados obtenidos tras la aplicación del Inventario de pensamientos automáticos (Ruiz y Lujan, 1991) en pacientes con diagnóstico de VIH. Caso estudio: Centro de atención integral Dr. julio carrasquel.

*Producto obtenido:* Las distorsiones cognitivas que presentan los pacientes con diagnóstico de VIH. Caso estudio: Centro de atención integral Dr. Julio Carrasquel.

**Fase II:** Descripción de la respuesta sexual en pacientes con diagnóstico de VIH. Caso estudio: Centro de atención integral Dr. Julio Carrasquel

*Actividades:*

- Se realizó la prueba piloto para la obtención de la validez y confiabilidad del cuestionario en la traducción y adaptación del instrumento al contexto venezolano.
- Se aplicó el cuestionario de cambios en la función sexual (Keller, Mcgarvey, Clayton) en pacientes con diagnóstico de VIH. Caso estudio: Centro de atención integral Dr. Julio Carrasquel.
- Se realizó la tabulación y el análisis de los resultados obtenidos tras la aplicación del cuestionario de cambios en la función sexual (Keller, Mcgarvey, Clayton) en pacientes con diagnóstico de VIH. Caso estudio: Centro de atención integral Dr. Julio Carrasquel.

*Producto obtenido:* Cambios en la respuesta sexual en pacientes con diagnóstico de VIH. Caso estudio: Centro de atención integral Dr. julio carrasquel.

**Fase III:** Establecimiento del tipo de relación existente entre las distorsiones cognitivas y la respuesta sexual en pacientes diagnosticados de VIH. Caso estudio: Centro de atención integral Dr. julio carrasquel

*Actividades:*

- Se enunciaron los análisis de los instrumentos psicológicos aplicados.
- Se aplicó el coeficiente de correlación Rho de Spearman para correlacionar los resultados obtenidos de los tests.
- Se analizó el tipo de relación entre las variables.

*Producto obtenido:* El tipo de relación entre las variables de distorsiones cognitivas y respuesta sexual en pacientes con diagnóstico de VIH. Caso estudio: Centro de atención integral Dr. julio carrasquel

### **Nivel y Modalidad de la Investigación**

El nivel de investigación según Arias, 2012 “se refiere al grado de profundidad con que se aborda un fenómeno u objeto de estudio” (p. 23). La presente investigación corresponde a un grado o nivel de investigación tipo descriptivo, el cual consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno o grupo con el fin de establecer su estructura o comportamiento (Arias 2012). Con respecto a la profundidad, este tipo de investigación se ubica en un nivel intermedio del conocimiento (Arias 2012).

Ahora bien, la modalidad de la investigación es de tipo correlacional, la cual Palella y Martins (2012) señalan que se basa en medir el grado de relación entre dos o más variables, con el fin de determinar si una variable efectúa o se encuentra en relación a la otra, sin embargo las correlaciones pueden ser tanto positivas como negativas, en el caso de haber una correlación positiva significa que el grupo presenta valores altos para las variables. En el caso de obtener una correlación negativa significa que el grupo puede tener valores altos en una variable pero en la otra pueden haber valores bajos. Lo que significa que la relación entre las variables es baja y por ende la correlación puede ser negativa.

### **Población y Muestra**

En lo que a la definición de población se refiere, Palella y Martins (2012) aportan que es una agrupación de unidades sobre las que se quiere extraer datos para obtener conclusiones.

Estas unidades pueden ser variadas (Individuos, países, empresas, urbanizaciones, etc.) y dependerá del tema de estudio y la finalidad de la investigación. De esta forma, se entiende que “La población puede ser definida como el conjunto infinito o finito de elementos, personas, o cosas pertinentes a una investigación y que generalmente suele ser inaccesible” (Palella y Martins, 2012, p.105)

En el caso de la presente investigación la población es finita, Arias (2012) la define de la siguiente manera “es la agrupación en la que se conoce la cantidad de unidades que la integran, además existe un registro documental de dichas unidades.” (p.82) Así mismo, esta población podría ser de pacientes hospitalizados en una clínica, huéspedes alojados en un hotel o incluso los cursantes de una asignatura. (Arias, 2012). Sobre la población del presente estudio, se trata de 78 pacientes con diagnóstico de VIH. Caso Estudio: Centro de Atención Integral Dr. Julio Carrasquel, siendo una población finita ya que se pueden obtener registro de las personas que presentan el diagnóstico.

En cuanto a la definición de muestra, esta no es más que la escogencia de una parte representativa de la población, la cual debe seguir de la manera más exacta posible las características o condiciones de dicha población. (Palella y Martins, 2012). Si bien el tipo de muestra de la presente investigación es no probabilístico, ya que se desconoce la probabilidad que tiene la población de integrar la muestra (Palella y Martins, 2012), es entonces que el muestreo es además intencional, ya que en este se establecen inicialmente los criterios para seleccionar las unidades de análisis. La muestra de esta investigación consta de 38 pacientes con diagnóstico de VIH que acuden a citas de seguimiento en el Centro de Atención Integral Dr. Julio Carrasquel.

### **Criterios de Inclusión de la Muestra**

- Pacientes con diagnóstico de VIH.
- Pacientes pertenecientes del Centro de Atención Integral "Dr. Julio Carrasquel".
- Participación voluntaria.
- Mayores de edad
- Tener 5 años o menos con el diagnóstico

**Descripción de la Muestra****Tabla N° 3****Características de la Muestra**

| Iniciales  | Sexo             | Edad      | Fecha de diagnóstico |
|------------|------------------|-----------|----------------------|
| <b>J.C</b> | <b>Masculino</b> | <b>41</b> | <b>2017</b>          |
| <b>J.P</b> | <b>Masculino</b> | <b>50</b> | <b>2017</b>          |
| <b>C.Z</b> | <b>Masculino</b> | <b>30</b> | <b>2018</b>          |
| <b>A.R</b> | <b>Masculino</b> | <b>29</b> | <b>2017</b>          |
| <b>J.T</b> | <b>Masculino</b> | <b>55</b> | <b>2017</b>          |
| <b>R.O</b> | <b>Masculino</b> | <b>38</b> | <b>2019</b>          |
| <b>J.M</b> | <b>Masculino</b> | <b>29</b> | <b>2018</b>          |
| <b>N.N</b> | <b>Masculino</b> | <b>44</b> | <b>2017</b>          |
| <b>L.P</b> | <b>Masculino</b> | <b>56</b> | <b>2017</b>          |
| <b>G.H</b> | <b>Masculino</b> | <b>76</b> | <b>2017</b>          |
| <b>J.R</b> | <b>Masculino</b> | <b>51</b> | <b>2019</b>          |
| <b>C.F</b> | <b>Masculino</b> | <b>32</b> | <b>2020</b>          |
| <b>B.P</b> | <b>Masculino</b> | <b>45</b> | <b>2017</b>          |

*Nota.* Datos recogidos de la muestra del estudio. Fuente: León y Veloz (2022)

**Tabla N° 3 (Continuación)****Características de la Muestra**

| Iniciales  | Sexo             | Edad      | Fecha de diagnóstico |
|------------|------------------|-----------|----------------------|
| <b>D.M</b> | <b>Masculino</b> | <b>31</b> | <b>2018</b>          |
| <b>E.D</b> | <b>Masculino</b> | <b>31</b> | <b>2018</b>          |
| <b>V.J</b> | <b>Masculino</b> | <b>41</b> | <b>2017</b>          |
| <b>G.T</b> | <b>Masculino</b> | <b>32</b> | <b>2019</b>          |
| <b>Y.C</b> | <b>Femenino</b>  | <b>39</b> | <b>2019</b>          |
| <b>J.B</b> | <b>Masculino</b> | <b>31</b> | <b>2018</b>          |
| <b>N.P</b> | <b>Masculino</b> | <b>32</b> | <b>2020</b>          |
| <b>M.H</b> | <b>Femenino</b>  | <b>45</b> | <b>2017</b>          |
| <b>A.R</b> | <b>Masculino</b> | <b>33</b> | <b>2021</b>          |
| <b>M.R</b> | <b>Femenino</b>  | <b>33</b> | <b>2017</b>          |
| <b>R.T</b> | <b>Masculino</b> | <b>32</b> | <b>2018</b>          |
| <b>R.R</b> | <b>Masculino</b> | <b>21</b> | <b>2018</b>          |
| <b>K.F</b> | <b>Femenino</b>  | <b>47</b> | <b>2021</b>          |

*Nota.* Datos recogidos de la muestra del estudio. Fuente: León y Veloz (2022)

**Tabla N° 3 (Continuación)****Características de la Muestra**

| Iniciales  | Sexo             | Edad      | Fecha de diagnóstico |
|------------|------------------|-----------|----------------------|
| <b>Y.R</b> | <b>Femenino</b>  | <b>22</b> | <b>2021</b>          |
| <b>R.D</b> | <b>Femenino</b>  | <b>19</b> | <b>2019</b>          |
| <b>E.E</b> | <b>Masculino</b> | <b>33</b> | <b>2017</b>          |
| <b>A.G</b> | <b>Masculino</b> | <b>32</b> | <b>2019</b>          |
| <b>D.G</b> | <b>Masculino</b> | <b>33</b> | <b>2020</b>          |
| <b>R.H</b> | <b>Masculino</b> | <b>56</b> | <b>2017</b>          |
| <b>O.L</b> | <b>Masculino</b> | <b>42</b> | <b>2017</b>          |
| <b>N.B</b> | <b>Masculino</b> | <b>54</b> | <b>2018</b>          |
| <b>J.L</b> | <b>Masculino</b> | <b>32</b> | <b>2019</b>          |
| <b>R.C</b> | <b>Masculino</b> | <b>32</b> | <b>2017</b>          |
| <b>E.J</b> | <b>Masculino</b> | <b>26</b> | <b>2017</b>          |
| <b>A.L</b> | <b>Femenino</b>  | <b>30</b> | <b>2018</b>          |

*Nota.* Datos recogidos de la muestra del estudio. Fuente: León y Veloz (2022)

La tabla N° 3 se encuentra compuesta por 4 columnas, que describen el número de participantes, los cuales fueron 38, sus edades y el género de cada uno de los pacientes que respondieron los instrumentos psicométricos, y finalmente la última columna refleja la fecha que tienen los sujetos con el diagnóstico. Estos datos son relevantes para la actual investigación ya

que brindan aportes en cuanto a la etapa que se encuentran los participantes objetos de este estudio.

**Tabla N°4**

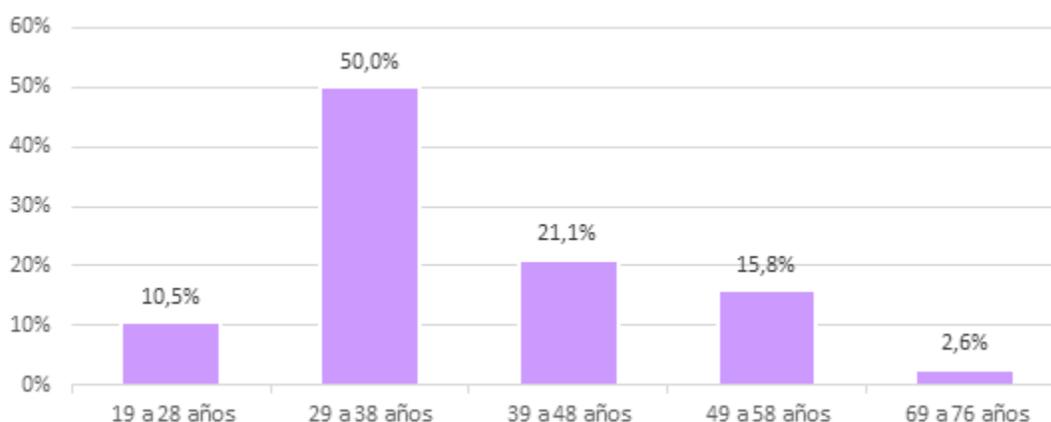
**Distribución de Frecuencias por las Variables Sociodemográficas en la Muestra**

| Variable                     | Valores      | Frecuencia | Porcentaje  |
|------------------------------|--------------|------------|-------------|
| <b>Edad</b>                  | 19 — 28      | 4          | 10,5%       |
|                              | 29 — 38      | 19         | 50,0%       |
|                              | 39 — 48      | 8          | 21,1%       |
|                              | 49 — 58      | 6          | 15,8%       |
|                              | 59 — 68      | —          | —           |
|                              | 69 — 76      | 1          | 2,6%        |
|                              | Media = 37,8 |            |             |
| <b>Sexo</b>                  | Femenino     | 7          | 18,4%       |
|                              | Masculino    | 31         | 81,6%       |
| <b>Fecha de diagnóstico.</b> | 2017         | 16         | 42,1%       |
|                              | 2018         | 9          | 23,7%       |
|                              | 2019         | 7          | 18,4%       |
|                              | 2020         | 3          | 7,9%        |
|                              | 2021         | 1          | 2,6%        |
|                              | 2022         | 2          | 5,3%        |
| <b>Total general</b>         |              | <b>38</b>  | <b>100%</b> |

*Nota.* Datos recogidos de la muestra del estudio. Fuente: León y Veloz (2022).

**Figura N°1**

**Distribución de Frecuencias por Rangos de Edad**



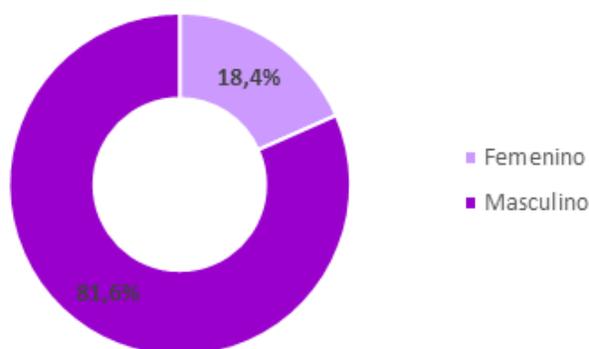
*Nota.* La figura muestra la distribución de la muestra del estudio según su edad. Fuente: León y Veloz (2022).

La muestra de estudio, conformada por 38 pacientes diagnosticados con VIH que asisten al centro de atención integral Dr. Julio Carrasquel en Maracay, comprendió edades entre 19 y 76 años de edad, en donde la media fue de 37,8 años. Distribuyendo a los participantes según su edad, como se observa en la Tabla N° 4 (p. 64), los grupos se distribuyen de la siguiente manera: el grupo más joven, constituido por participantes de 19 a 28 años, representó el 10,5% de la muestra; el 50% consistió en participantes de 29 a 38 años, siendo este el grupo más amplio en el estudio; mientras que las edades de 39 a 48 años fueron representadas por el 21,1% de la muestra, las edades de 49 a 58 años por un 15,8%, y por último el grupo con mayor madurez contempló un 2,6%, consistiendo en un solo participante.

A partir de estos datos se puede inferir que la mitad de la muestra del estudio se encuentra en la etapa evolutiva de la adultez intermedia, lo cual se caracteriza según Erickson (1993, citado por Schultz & Schultz, 2010) por la necesidad de generatividad, enfocándose en el cuidado y educación de las nuevas generaciones, es decir, sus hijos y los hijos de los otros. La persona que se encuentra en esta etapa trabaja en función del amor y la capacidad de amar a los otros, incluso extendiéndose fuera de su círculo familiar, esta es una etapa caracterizada por la solidaridad. Cuando no se puede encauzar la generatividad los individuos pueden sentirse en un estado de estancamiento o aburrimiento. Por lo tanto, se entiende que en un predominio de la muestra prevalece la importancia de poseer madurez emocional, solidaridad, respeto a los otros, capacidad de adaptación, capacidad para expresar y recibir afecto y caridad.

## Figura N°2

### Distribución de Frecuencias por Sexo en la Muestra

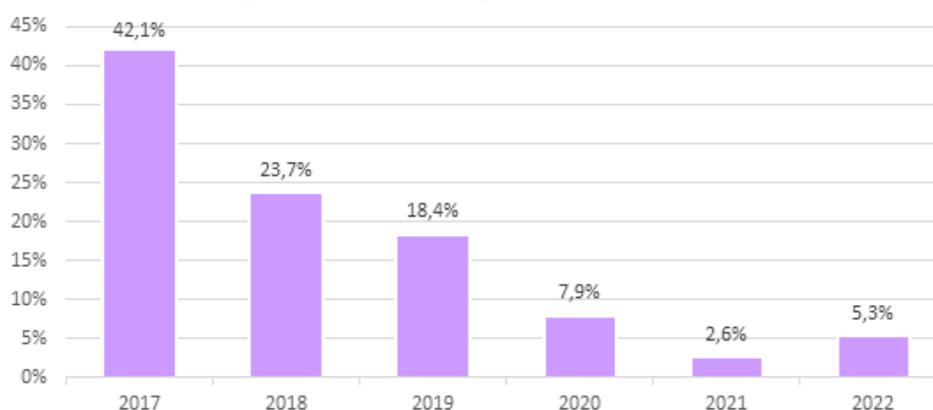


Nota. La figura muestra la distribución de la muestra del estudio según su sexo. Fuente: León y Veloz (2022).

En la Tabla N° 4 (p. 64) y la Figura N° 2 se resumen las frecuencias de los sexos de los participantes. Las participantes femeninas ocupan un 18,4% de la muestra, frente a un 81,6% de participantes masculinos, constituyendo una mayoría. Esto caracteriza la muestra como predominantemente masculina, incluso si la muestra consiste de ambos sexos, se evidencia una homogeneidad en pacientes hombres. Estos datos obtenidos van en concordancia con estudios que demuestran que históricamente y hasta la actualidad, ha habido una mayor incidencia de pacientes masculinos a nivel mundial que han sido afectados por la infección (Castellanos, 2021).

### Figura N°3

#### Distribución de Frecuencias por Fecha de Diagnóstico



*Nota.* La figura muestra la distribución de la muestra del estudio según fecha de diagnóstico. Fuente: León y Veloz (2022).

En la Tabla N° 3 y la Figura N° 3 se resumen las fechas de diagnóstico de los participantes. En donde un 42.10% de la muestra tuvo una fecha de diagnóstico para el año 2017, siendo este el grupo más amplio en el estudio; mientras que en el año 2018 la cantidad de diagnósticos fue representada por el 23,7% de la muestra, en el 2019 por el 18.4%, mientras que en el año 2020 el 7.9% de los participantes fue diagnosticada, siendo que para el 2021 hubo una disminución importante de diagnósticos, constituido solamente por el 2.6% de la muestra, hasta llegar finalmente al año 2022 donde este grupo contempló que 5.3% de los participantes recibieron su diagnóstico en este año.

La cantidad de diagnósticos ha sido especialmente resaltante en el año 2017, siendo el grupo que mayormente predomina, siguiéndole en porcentaje el año 2018. Posteriormente, se ve una disminución en los años 2019 y 2020 en los diagnósticos, años donde comenzó y tuvo su

repunte la pandemia por COVID-19, siendo que según la Organización Panamericana de Salud (2020) a nivel mundial se presentó una sobrecarga en los servicios de salud que pudo incidir en la atención médica y seguimiento de las personas que viven con la infección, así como entorpecer los servicios para realizarse las pruebas de VIH, lo que se refleja en los resultados. Para el año 2022, donde ya se han distribuido las vacunas y se han flexibilizado las medidas de bioseguridad, han aumentado la cantidad de diagnósticos, tomando en consideración que en el momento que se realizó la recolección de datos de la muestra corría la mitad del año 2022.

## **Técnicas e instrumentos de Recolección de Datos**

### **Descripción de los Instrumentos**

#### ***Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991, adaptación de Kevin Naranjo, 2020)***

Este instrumento fue modificado y utilizado por Kevin Naranjo, el cual aplicó el inventario de pensamientos automáticos (Ruiz y Lujan, 1991) en una muestra de Ecuador en estudiantes adolescentes de 14 a 17 años, para medir las distorsiones cognitivas. Así mismo el inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan (1991) que se utilizó está compuesto por 45 ítems que miden las distorsiones cognitivas, basándose en las distorsiones cognitivas que Beck (1979) propuso inicialmente. Es entonces que cada ítem del instrumento puede ser respondido con una de cuatro alternativas, las cuales son: 0= Nunca pienso eso, 1= Algunas veces lo pienso, 2= Bastantes veces lo pienso, 3= Con mucha frecuencia lo pienso.

En cuanto a la corrección del inventario, las respuestas de cada factor o tipo de distorsión deben ser sumadas, para obtener entonces la puntuación total por factor o tipo de distorsión, en este sentido si la persona puntúa de 1-3 en un factor se denomina un nivel bajo del tipo de distorsión, una puntuación de 4-6 se clasifica como un nivel medio de la distorsión y una puntuación de 7-9 se clasifica como un nivel alto de la distorsión. En una escala generalizada, una puntuación de 0-45 se califica como un bajo nivel de distorsiones, puntuaciones de 46-90 se considera un puntaje medio y puntuaciones que oscilan entre los 91-135 puntos se interpretan como una alta presencia de distorsiones cognitivas.

Tabla N° 5

**Puntos de corte Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991, adaptación de Kevin Naranjo, 2020)**

| Escala Centilar     |             |              |               |
|---------------------|-------------|--------------|---------------|
|                     | Bajo        | Medio        | Alto          |
| <b>Generalizada</b> | <b>0-45</b> | <b>46-90</b> | <b>91-135</b> |

*Nota.* Puntos de corte establecidos para el Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991, adaptación de Kevin Naranjo, 2020). Fuente: León y Veloz (2022)

***Cuestionario de Cambios en la Función Sexual (v. abreviada) CSFQ-14 (Keller, Mcgarvey y Clayton, 2006, Adaptación de León y Veloz, 2022)***

De igual forma se aplicó el cuestionario de cambios en la función sexual realizado por Bobes en el 2000, posteriormente adaptado por Keller, Mcgarvey y Clayton en el 2006. Sin embargo, al presente instrumento se le realizó una traducción y adaptación lingüística al contexto venezolano y contó con una prueba piloto aplicada en estudiantes de la Universidad Arturo Michelena para poder ser utilizado en la muestra del presente trabajo de investigación.

En cuanto al cuestionario este es constituido por 14 ítems puntuados en escala Likert con 5 alternativas de respuestas donde 1 significa lo peor (nunca) y 5 lo mejor (siempre) y se utiliza para medir la función sexual en hombres y mujeres. En 12 de 14 ítems, un puntaje elevado corresponde a una mayor frecuencia de disfrute y placer. Mientras que los ítems 10 y 14 se puntúan al revés, es decir, mientras mayor puntaje, existe un menor disfrute. Este instrumento provee una puntuación total que oscila entre los 14 y 70 puntos y se obtiene sumando las puntuaciones de los ítems, siendo que los ítems 10 y 14 son inversos y por lo tanto, deben sumarse al revés. Al mismo tiempo, el instrumento proporciona puntuaciones para cada subescala que se consiguen sumando todos los ítems que corresponden a cada una de ellas.

Asimismo, el instrumento fue construido utilizando dos diferentes esquemas, el primero se constituye por cinco dimensiones: Deseo/Frecuencia (ítems 2 y 3), Deseo/Interés (ítems 4, 5 y

6), Excitación (ítems 7, 8, 9 y 10), Orgasmo/Resolución (ítems 11, 12, 13, 14) y Placer (ítem 1). El segundo esquema se conforma por tres escalas que corresponden a las fases del ciclo de la respuesta sexual: Deseo (ítems 1, 2, 3, 4, 5 Y 6), Excitación (ítems 7, 8 y 9) y Orgasmo o Resolución (ítems 10, 11, 12, 13 y 14). Igualmente, el instrumento originalmente se construyó con base en los datos recolectados en un estudio interseccional de la prevalencia de la disfunción sexual entre pacientes, hombre y mujeres, diagnosticados con depresión en distintas clínicas de atención primaria alrededor de Estados Unidos.

### Tabla N° 6

**Puntos de corte del Cuestionario de Cambios en la Función Sexual (v. abreviada) CSFQ-14 (Keller, Mcgarvey y Clayton, 2006, adaptación de León y Veloz, 2022)**

| <b>Puntos de corte</b>   |                |                |                             |
|--|----------------|----------------|-----------------------------|
| Toda puntuación ubicada dentro o por debajo de los siguientes puntos de corte es un indicativo de disfunción sexual. |                |                |                             |
|  | <b>Mujeres</b> | <b>Hombres</b> | <b>Rangos de puntuación</b> |
| <b>Puntuación total</b>  | <b>41.0</b>    | <b>47.0</b>    | <b>14-70</b>                |
| <b>Deseo/Frecuencia</b>  | <b>6.0</b>     | <b>8.0</b>     | <b>2-10</b>                 |
| <b>Deseo/Interés</b>   | <b>9.0</b>     | <b>11.0</b>    | <b>3-15</b>                 |
| <b>Placer</b>  | <b>4.0</b>     | <b>4.0</b>     | <b>1-5</b>                  |
| <b>Excitación</b>  | <b>12.0</b>    | <b>13.0</b>    | <b>3-15</b>                 |
| <b>Orgasmo/Resolución</b>  | <b>11.0</b>    | <b>13.0</b>    | <b>3-15</b>                 |

*Nota.* Puntos de corte establecidos para el Cuestionario de Cambios en la Función Sexual (v. abreviada) CSFQ-14 (Keller, Mcgarvey y Clayton, 2006, adaptación de León y Veloz, 2022). Fuente: León y Veloz (2022)

A pesar que el instrumento contaba con una traducción y adaptación al español, no era totalmente acorde con el contexto sociocultural y lenguaje de la población, es por ello que se realizó una adaptación enmarcada en la población venezolana para lograr la plena comprensión del instrumento por parte de los pacientes con diagnóstico de VIH. Para llevar a cabo la

adaptación, se procedió a realizar una prueba piloto, con el fin de comparar hasta qué punto el instrumento es funcional y verificar si las preguntas provocaron la reacción esperada en los participantes (Palella y Martins, 2012).

**Tabla N°7**

**Descripción de la Muestra de la Prueba Piloto**

| <b>Variable</b>           | <b>Valores</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|---------------------------|----------------|-------------------|-------------------|
| <b>Sexo</b>               | Femenino       | 35                | 59,3%             |
|                           | Masculino      | 24                | 40,7%             |
| <b>Edad</b>               | 18 — 23        | 51                | 86,4%             |
|                           | 24 — 29        | 6                 | 10,2%             |
|                           | 30 — 35        | 1                 | 1,7%              |
|                           | >36            | 1                 | 1,7%              |
|                           | Media = 22,1   |                   |                   |
| <b>Semestre que cursa</b> | Primero        | —                 | —                 |
|                           | Segundo        | 2                 | 3,4%              |
|                           | Tercero        | 2                 | 3,4%              |
|                           | Cuarto         | 2                 | 3,4%              |
|                           | Quinto         | 10                | 16,9%             |
|                           | Sexo           | 3                 | 5,1%              |
|                           | Séptimo        | 8                 | 13,6%             |
|                           | Octavo         | 7                 | 11,9%             |
|                           | Noveno         | 12                | 20,3%             |
|                           | Décimo         | 13                | 22,0%             |
| <b>Total general</b>      |                | <b>59</b>         | <b>100%</b>       |

*Nota.* Datos recogidos de la muestra de la prueba piloto de la adaptación del CSQF-14. Fuente: León y Veloz (2022).

La muestra de estudio para la implementación de la prueba piloto fue conformada por 59 estudiantes de psicología de la Universidad Arturo Michelena, con una muestra heterogénea debido a que el 59.3% (35 estudiantes) fueron de sexo femenino, mientras que el 40.7% restante fueron de (24 estudiantes) de sexo masculino, donde un 86.4% (51 estudiantes) se encontraban entre los 18-23 años, continuando con un 10.2% (6 estudiantes) entre 24-29 años, siguiendo con 1.7% (1 estudiante) entre 30-35 años, para finalmente tener un 1.7% (1 estudiante) mayor de 36 años.

Con respecto a los semestres que cursaban los participantes para el momento de la prueba, se obtuvo que un 22.0% (13 estudiantes) eran cursantes del 10mo semestre, mientras que al menos un 20.3% (12 estudiantes) eran pertenecientes 9no semestre, seguido a ello un 11.9% (7 estudiantes) eran pertenecientes al 8vo semestre, luego un 13.6% (8 estudiantes) se encontraban en el 7mo semestre, continuando con 5.1% (3 estudiantes) pertenecientes al 6to semestre, seguidamente un 16.9% (10 estudiantes) se encontraban en el 5to semestre, continuamente un 3.4% (2 estudiantes) pertenecían al 4to semestre, seguido a ello un 3.4% (2 estudiantes) se encontraban en el 3er semestre, finalmente un 3.4% (2 estudiantes) eran pertenecientes al 2do semestre.

**Tabla N°8****Estadística descriptiva de la Prueba Piloto del CSQF-14**

| Escalas              | Mujeres |                     | Hombres |                     |
|----------------------|---------|---------------------|---------|---------------------|
|                      | Media   | Desviación estándar | Media   | Desviación estándar |
| Placer               | 3,0     | 1,224               | 3,2     | 0,932               |
| Deseo / Frecuencia   | 6,2     | 1,516               | 6,4     | 1,283               |
| Deseo / Interés      | 9,8     | 1,911               | 9,4     | 1,663               |
| Excitación           | 14,0    | 2,307               | 15,3    | 2,274               |
| Orgasmo / Resolución | 14,7    | 3,225               | 16,3    | 1,871               |
| Total CSQF-14        | 47,7    | 8,018               | 50,5    | 5,116               |

*Nota.* Datos recogidos de la muestra de la prueba piloto de la adaptación del CSQF-14. Fuente: León y Veloz (2022).

En el cuestionario para mujeres se puede apreciar que la dimensión encargada de medir el Placer se midió a través del ítem (1) , obteniendo una media de 3.0 con una desviación estándar de 1.224. Seguidamente la dimensión que mide Deseo/Frecuencia a través de los ítems (2, 3) arrojó una media de 6.2 y una desviación estándar de 1.516. En cuanto a la tercera dimensión que mide Deseo/Interés por medio de los ítems (4,5,6) se obtuvo una media de 9.8 junto a una desviación estándar de 1.911. continuamente la dimensión que mide Excitación mediante los ítems (7,8,9) obtuvo una media de 14.0 junto a una desviación estándar de 2.307. La siguiente dimensión encargada de medir Orgasmo/Resolución por medio de los ítems (10,11,12) obtuvo

una media de 14.7 con una desviación estándar de 3.225. Concluyendo en un resultado total de 47.7 en la media y una desviación estándar de 8.018 para el cuestionario de mujeres.

En el cuestionario para hombres se observa que la dimensión encargada de medir el Placer se midió a través de 1 ítem, obteniendo una media de 3.2 con una desviación estándar de 0.932. seguidamente la dimensión que mide Deseo/Frecuencia arrojó una media de 6.4 y una desviación estándar de 1.283. En cuanto a la tercera dimensión que mide Deseo/Interés se obtuvo una media de 9.4 junto a una desviación estándar de 1.663. continuamente la dimensión que mide Excitación obtuvo una media de 15.3 junto a una desviación estándar de 2.274. La siguiente dimensión encargada de medir Orgasmo/Resolución obtuvo una media de 16.3 con una desviación estándar de 1.871. Concluyendo en un resultado total de 50.5 en la media y una desviación estándar de 5.116 para el cuestionario de hombres.

### **Validez y Confiabilidad**

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014) la validez “se refiere al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir” (p. 200). Mientras que la confiabilidad hace referencia al “grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p.200). Es decir, la aplicación reiterada de un instrumento al mismo grupo o individuo debe arrojar resultados iguales para poder considerarse confiable.

### ***Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991, adaptación de Kevin Narajo, 2020)***

En cuanto a la confiabilidad, se calculó la consistencia interna de los ítems por medio de la correlación alfa de Cronbach, dando un resultado de 0.91, siendo esta una correlación muy alta, demostrando que si se mide de manera confiable los factores. Igualmente para la confiabilidad de la prueba se dividió en dos mitades la población piloto para la realización del análisis, dando como resultado 0,82, demostrando una fiabilidad en cuanto a la prueba y sus resultados. Ahora bien, para la validez se utilizó la técnica de correlación de Kuder-Richardson

21 con un resultado aceptable en la mayoría de factores, determinando que la prueba mide de manera confiable las distorsiones cognitivas.

***Cuestionario de Cambios en la Función Sexual (v. abreviada) CSFQ-14 (Keller, Mcgarvey y Clayton, 2006, adaptación de León y Veloz, 2022).***

Se calculó mediante el coeficiente alfa de Cronbach la confiabilidad de la muestra tanto en su totalidad como separada por sexo en cuatro de las cinco escalas originales (se excluye la escala de placer porque es un ítem único), y en las escalas de las tres fases del ciclo de respuesta sexual. El alfa de Cronbach arrojó un total de .90 para la versión femenina y .89 para la versión masculina. Únicamente la escala de Orgasmo/Resolución presenta un coeficiente de alfa de Cronbach de  $<.6$ .

Por otra parte, la validez arrojó tres componentes, siendo estos Deseo/Frecuencia-Excitación/Orgasmo, Deseo/Interés y pérdida de Interés/Dolor, donde el 46.6% de la varianza total se explica por la dimensión de Excitación/Orgasmo. Además, mediante las correlaciones entre ítems, se comprobó que no existen problemas de multicolinealidad. Posteriormente, se utilizó el método de componentes principales, con rotación Varimax, forzando a cinco factores, que es la estructura original construida por Bobes (2000). De cinco factores aislados, solamente tres superan un valor propio superior a uno, a pesar de esto, se mantendrá dicha factorización en concordancia a la factorización original. Estos cinco factores explican un 79,61% de la varianza total.

El presente instrumento tuvo una adaptación lingüística-cultural con la finalidad de facilitar la comprensión del cuestionario y sus reactivos al contexto venezolano. De tal forma que para obtener la validez y confiabilidad del mismo, se somete a una validez de constructo, la cual implica que los distintos indicadores para elaborar un instrumento son producto de una buena operacionalización, es decir, cuando reflejan la definición teórica de la variable que se pretende medir. (Palella y Martins, 2012, p.160). Junto a ello se realizó un juicio de 5 expertos con el objetivo de corroborar la traducción lingüística y adaptación al contexto venezolano, así como ratificar la relación entre los ítems con lo que se quiere evaluar.

De igual forma, la validez de contenido trata de determinar hasta dónde los ítems de un instrumento son representativos del dominio o universo de contenido de las propiedades que se desean medir. (Palella y Martins, 2012, p.160). Para ello se tomó el juicio de 5 expertos: Lcdo. Bello, Jhoussan (experto estadístico), Lcdo. Fernandez, Miguel (experto en pruebas psicológicas), Mag. Malavé, Aly (magíster en sexología), Lcda. Rodriguez, María José (psicóloga clínica) y la Lcda. Tovar, Stefani (lingüista bilingüe), los cuales se encargaron de evaluar el dominio y pertinencia de los reactivos modificados por las autoras. Tomando en cuenta las correcciones sugeridas por los jueces se procedió a la modificación de los ítems que debían ser adaptados para luego poder realizar la aplicación de la prueba piloto.

Para determinar la validez del constructo se hizo una correlación entre las cinco dimensiones del instrumento, así como también su total, con el fin de determinar si la estructura de las dimensiones del instrumento poseía homogeneidad. Se encontró que todas las dimensiones tenían una correlación directamente proporcional entre sí, oscilando entre valores de  $\rho = 0,310$  hasta valores de  $\rho = 0,760$ , que a su vez fueron todas estadísticamente significativas, siendo esto evidencia de que las correlaciones entre las dimensiones de los cambios en el funcionamiento sexual poseen una fuerza considerable, siendo el constructo congruente en su división estructural. Por otro lado, tras la aplicación de la prueba piloto se obtuvieron los siguientes resultados en cuanto a la confiabilidad de la adaptación del instrumento.

**Tabla N°9**

**Confiabilidad del CSFQ-14**

| Escala             | Alfa de Cronbach             |           |                           |           |
|--------------------|------------------------------|-----------|---------------------------|-----------|
|                    | Versión Keller et al. (2006) |           | Versión León-Veloz (2022) |           |
|                    | Femenino                     | Masculino | Femenino                  | Masculino |
| Deseo / Frecuencia | ,74                          | ,72       | ,54                       | ,46       |
| Deseo / Interés    | ,75                          | ,75       | ,48                       | ,29       |

*Nota.* Índices de consistencia interna calculados a partir de los resultados de la muestra de la prueba piloto de la adaptación del CSQF-14. Fue necesario excluir la dimensión de Placer debido a que se compone por un solo ítem, no siendo computable por el modelo psicométrico del Alfa de Cronbach. Los coeficientes resaltados indican un nivel de consistencia despreciable. Fuente: León y Veloz (2022).

**Tabla N°9 (Continuación)**  
**Confiabilidad del CSFQ-14**

| Escala               | Alfa de Cronbach             |           |                           |           |
|----------------------|------------------------------|-----------|---------------------------|-----------|
|                      | Versión Keller et al. (2006) |           | Versión León-Veloz (2022) |           |
|                      | Femenino                     | Masculino | Femenino                  | Masculino |
| Excitación           | ,74                          | ,64       | ,69                       | ,40       |
| Orgasmo / Resolución | ,68                          | ,80       | ,73                       | ,45       |
| Total CSQF-14        | ,89                          | ,90       | ,81                       | ,66       |

*Nota.* Índices de consistencia interna calculados a partir de los resultados de la muestra de la prueba piloto de la adaptación del CSQF-14. Fue necesario excluir la dimensión de Placer debido a que se compone por un solo ítem, no siendo computable por el modelo psicométrico del Alfa de Cronbach. Los coeficientes resaltados indican un nivel de consistencia despreciable. Fuente: León y Veloz (2022).

Como se observa en la tabla N°8, se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach a partir de la aplicación preliminar del instrumento a 59 participantes, donde el resultado para el cuestionario de mujeres fue de 0.81 en su escala global, un 0.54 en la dimensión de deseo/frecuencia, 0.48 en la dimensión de deseo/interés, 0.69 en la dimensión de Excitación y un 0.73 en la dimensión de Orgasmo/Resolución. En cuanto a los resultados del cuestionario para hombres, se obtuvo 0.66 en su escala global, un 0.46 en la dimensión de deseo/frecuencia, 0.29 en la dimensión de deseo/interés, 0.40 en la dimensión de Excitación y un 0.45 en la dimensión de Orgasmo/Resolución.

A partir de la prueba piloto, se obtuvieron los coeficientes Alfa de Cronbach de la prueba posterior a la adaptación lingüístico-cultural. Como se observa en la Tabla N° 8, la consistencia interna de los totales de la prueba, así como de las dimensiones de Excitación y Orgasmo/Resolución en muestras femeninas, mantuvieron niveles comparables con la versión de Keller et al. (2006), considerándose valores que denotan una confiabilidad alta (Corral, 2010). Por otro lado, las dimensiones de Deseo/Frecuencia y Deseo/Interés en ambos sexos, así como las dimensiones de Excitación y Orgasmo/Resolución en el sexo masculino observaron un decrecimiento en los niveles de consistencia interna, cayendo incluso por debajo de lo que se considera aceptable para la evaluación de datos. Esto puede ser resultado de que la prueba piloto del presente estudio no contó con suficiente participación como para considerarse una muestra representativa, lo cual impacta en la estadística de confiabilidad de forma negativa al no poder

reflejar cómo se manifiesta naturalmente la variable en la población, por lo que estos resultados no son concluyentes.

Esto es incluso evidente al observar la inconsistencia de los coeficientes entre sexo (por ejemplo, en la variable de Deseo/Interés, que fue tan simétrica en la versión de Keller et al. pero lo mismo no se observa en los coeficientes de la prueba piloto de la traducción, que se diferencian tanto), por lo que se sugiere que, debido a la limitación del tamaño muestral, los resultados del análisis de confiabilidad pueden encontrarse distorsionados, y por ello la interpretación de los resultados en cada dimensión que se obtendrán de la muestra de estudio serán flexibles, sin rigurosidad clínica.

### **Técnicas de Análisis**

Para el análisis estadístico de los resultados de la investigación se utilizará el coeficiente de correlación Rho de Spearman, el cual se define como “una medida de asociación lineal que utiliza los rangos, números de orden, de cada grupo de sujetos y compara dichos rangos” (Martínez, Tuya, Martínez, Pérez, y Cánovas, 2009, p. 6) El coeficiente de correlación de Spearman se adapta a las necesidades del presente trabajo debido a que tiene como finalidad correlacionar las variables de Distorsiones Cognitivas y Respuesta sexual. La fórmula del coeficiente de correlación es la siguiente:

$$r_s = 1 - \frac{6\sum_{i=1}^n d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

De esta forma, los resultados se ajustan a un coeficiente que adopta valores comprendidos entre  $-1.00$  y  $1.00$ , los cuales indican el grado de asociación y dirección entre las variables. Para tener una mayor facilidad al momento de interpretar, los autores proponen una serie de rangos en específico, donde:  $0 - 0.25$  (Escasa o nula),  $0.26 - 0.50$  (Débil),  $0.51 - 0.75$  (Entre moderada y fuerte) y  $0.76 - 1.00$  (Entre fuerte y perfecta). Estos mismos funcionan si los resultados son negativos. (Martínez et al, 2009)

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados estadísticos obtenidos del cumplimiento de las fases metodológicas de la investigación, a través de las puntuaciones en los instrumentos aplicados a la muestra de 38 adultos, de ambos sexos, pertenecientes al Centro de Atención Integral “Dr. Julio Carrasquel”, con edades comprendidas entre 19 y 76 años y que han sido diagnosticados, en los últimos 5 años o menos, con VIH. Esto para facilitar y entender el análisis e interpretación, las tablas de puntuaciones y los gráficos de distribución porcentuales en cada una de las variables, siendo las mismas distorsiones cognitivas y respuesta sexual, hasta llegar al resultado de la correlación estadística para la decisión de hipótesis de investigación.

Para dicho fin, se presentan los resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991, adaptación de Kevin Narajo, 2020) con sus respectivas gráficas y análisis. Seguidamente se muestran los resultados del Cuestionario de Cambios en la Función Sexual (v. abreviada) CSFQ-14 (Bobes, 2000, Adaptación de León y Veloz, 2022) debidamente graficados y analizados y finalmente se da a conocer la correlación entre las variables medidas.

#### **Identificación de las Distorsiones Cognitivas en pacientes con diagnóstico de VIH Caso Estudio: Centro de Atención Integral "Dr. Julio Carrasquel"**

Para llevar a cabo la primera fase del trabajo de investigación, se aplicó a los integrantes de la muestra el instrumento psicométrico “Inventario de Pensamientos Automáticos” (Ruiz y Lujan, 1991, adaptación de Kevin Narajo, 2020) para la identificación de Distorsiones Cognitivas en pacientes con diagnóstico de VIH que asistieron al Centro de Atención Integral “Dr. Julio Carrasquel”, en donde se arrojaron los siguientes resultados:

**Tabla N° 10**
**Estadística descriptiva de Distorsiones Cognitivas**

| Escalas                        | Mujeres |                     | Hombres |                     |
|--------------------------------|---------|---------------------|---------|---------------------|
|                                | Media   | Desviación estándar | Media   | Desviación estándar |
| Filtraje                       | 2,4     | 0,976               | 2,4     | 1,979               |
| Pensamiento polarizado         | 2,6     | 1,813               | 1,1     | 1,423               |
| Sobregeneralización            | 2,6     | 1,618               | 1,5     | 1,947               |
| Interpretación del pensamiento | 1,9     | 1,574               | 2,0     | 1,853               |
| Visión catastrófica            | 2,9     | 3,185               | 2,1     | 1,660               |
| Personalización                | 2,0     | 1,826               | 1,2     | 1,376               |
| Falacia de control             | 2,4     | 1,718               | 1,5     | 1,804               |
| Falacia de justicia            | 2,4     | 2,936               | 2,1     | 2,256               |
| Razonamiento emocional         | 2,0     | 1,915               | 1,3     | 1,442               |
| Falacia de cambio              | 2,1     | 2,795               | 2,3     | 2,116               |
| Etiquetas globales             | 1,3     | 1,113               | 1,6     | 1,858               |
| Culpabilidad                   | 1,6     | 1,272               | 1,6     | 1,762               |
| Los debería                    | 3,4     | 2,149               | 3,1     | 2,065               |
| Falacia de razón               | 3,6     | 3,047               | 2,1     | 1,700               |
| Falacia de recompensa divina   | 5,4     | 2,878               | 5,5     | 2,475               |

*Nota.* Datos recogidos de la muestra en el Inventario de Pensamientos Automáticos. Fuente: León y Veloz (2022).

En la Tabla N° 10 se pueden observar las puntuaciones promedio y la dispersión de la muestra en las dimensiones del Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Luján, 1991). Tomando en cuenta los criterios de interpretación del inventario, se evidencia que la presencia de varias distorsiones cognitivas como el pensamiento polarizado, sobregeneralización, visión catastrófica, personalización, falacia de control y razonamiento emocional, fueron más notorias en la muestra femenina. Sin embargo, ninguno de los dos sexos obtuvo puntuaciones significativas en las dimensiones de etiquetas globales ni culpabilidad. En el caso de los hombres, no hubo presencia relevante de distorsiones de pensamiento polarizado, sobregeneralización, personalización, falacia de control o razonamiento emocional. Ambos sexos obtuvieron magnitudes altas de presencia de falacias de recompensa divina.

A partir de esto, se puede interpretar que dentro la población femenina, a diferencia de la masculina, existe una tendencia intermedia, sin que represente una alteración mayor del pensamiento, a producir conclusiones extremistas sin valorar los aspectos intermedios. Igualmente, se presenta cierto énfasis en sacar conclusiones generales de un hecho particular, sin tomar en consideración las evidencias que puedan presentarse. En el mismo orden de ideas, a través del análisis de los datos, se infiere la inclinación a adelantar conclusiones de modo catastrofista, sin tener hechos que las respalde. De la misma forma, a pesar de que no determine de forma absoluta el comportamiento, existe una propensión a que las mujeres de la muestra lleguen a enlazar, sin base suficiente, hechos aislados del entorno consigo mismas. Por último, existe cierta tendencia dentro de la población femenina a creer que poseen un mayor grado de control del que en realidad tienen en las diversas circunstancias que puedan ocurrir en sus vidas.

A pesar de esto, ni los hombres ni las mujeres presentaron evidencias significativas de tener una visión estereotipada e inflexible del mundo que los rodea, así como tampoco de las demás personas, e igualmente, no hay datos de valor que demuestren que los pacientes pertenecientes a las muestra se atribuyen el peso total de los acontecimientos de la vida a sí mismos sin tomar en cuenta otros factores intervinientes. Igualmente, se denota que dentro de la muestra existe una tendencia significativa a interpretar la realidad bajo la suposición de que en el futuro existirá una recompensa que compensará los problemas y dificultades actuales sin buscar activamente una solución o alternativa a ellos.

**Tabla N° 11**

**Distribución de Frecuencias según Frecuencia de Distorsiones Cognitivas**

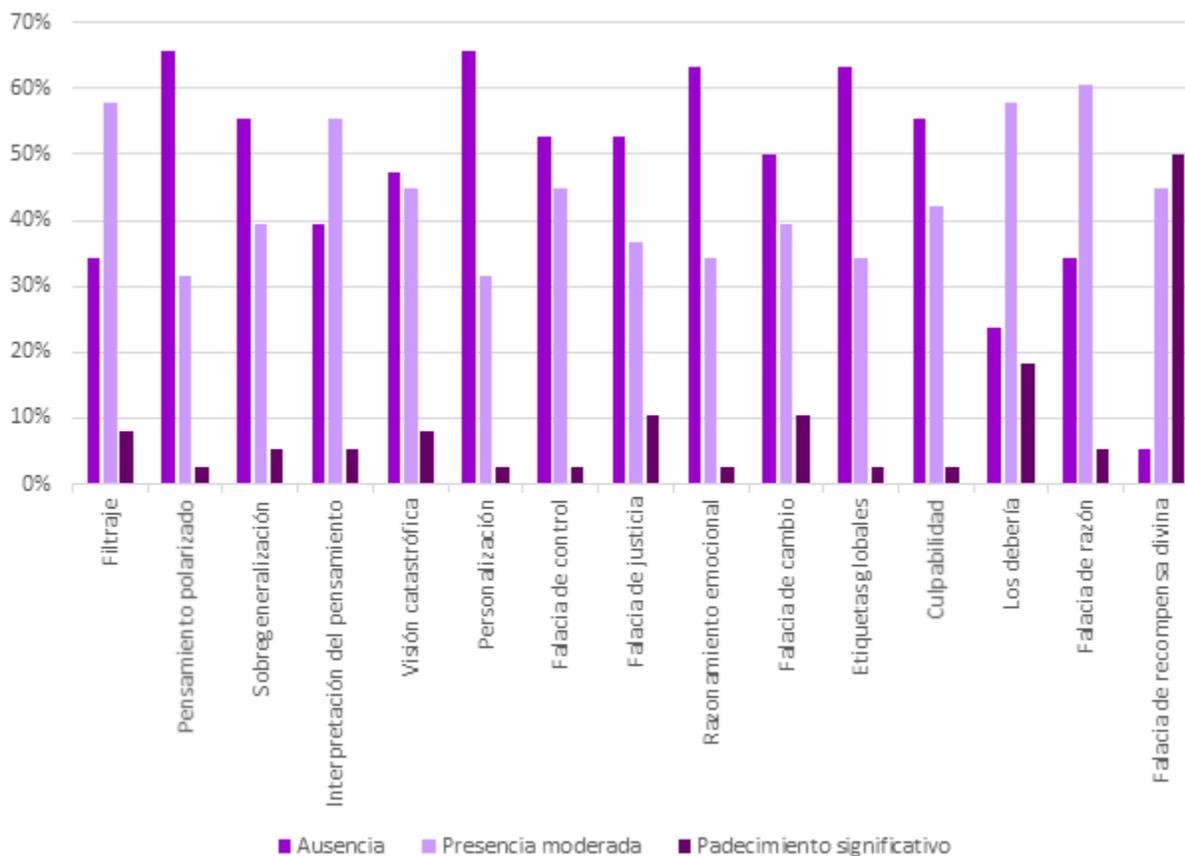
| Distorsión             | Nivel                      | Mujeres |       | Hombres |       | Total |       |
|------------------------|----------------------------|---------|-------|---------|-------|-------|-------|
|                        |                            | f       | %     | f       | %     | f     | %     |
| Filtraje               | Ausencia                   | 1       | 14,3% | 12      | 38,7% | 13    | 34,2% |
|                        | Presencia moderada         | 6       | 85,7% | 16      | 51,6% | 22    | 57,9% |
|                        | Padecimiento significativo | —       | 0,0%  | 3       | 9,7%  | 3     | 7,9%  |
| Pensamiento Polarizado | Ausencia                   | 1       | 14,3% | 24      | 77,4% | 25    | 65,8% |
|                        | Presencia moderada         | 5       | 71,4% | 7       | 22,6% | 12    | 31,6% |
|                        | Padecimiento significativo | 1       | 14,3% | —       | 0,0%  | 1     | 2,6%  |

*Nota.* Datos recogidos de la muestra del estudio por medio del Inventario de Pensamientos Automáticos. Fuente: León y Veloz (2022).

**Tabla N° 11 (Continuación)**
**Distribución de Frecuencias según Frecuencia de Distorsiones Cognitivas**

| Distorsión                     | Nivel                      | Mujeres |       | Hombres |       | Total |       |
|--------------------------------|----------------------------|---------|-------|---------|-------|-------|-------|
|                                |                            | f       | %     | f       | %     | f     | %     |
| Sobregeneralización            | Ausencia                   | 1       | 14,3% | 20      | 64,5% | 21    | 55,3% |
|                                | Presencia moderada         | 6       | 85,7% | 9       | 29,0% | 15    | 39,5% |
|                                | Padecimiento significativo | —       | 0,0%  | 2       | 6,5%  | 2     | 5,3%  |
| Interpretación del pensamiento | Ausencia                   | 3       | 42,9% | 12      | 38,7% | 15    | 39,5% |
|                                | Presencia moderada         | 4       | 57,1% | 17      | 54,8% | 21    | 55,3% |
|                                | Padecimiento significativo | —       | 0,0%  | 2       | 6,5%  | 2     | 5,3%  |
| Visión catastrófica            | Ausencia                   | 4       | 57,1% | 14      | 45,2% | 18    | 47,4% |
|                                | Presencia moderada         | 2       | 28,6% | 15      | 48,4% | 17    | 44,7% |
|                                | Padecimiento significativo | 1       | 14,3% | 2       | 6,5%  | 3     | 7,9%  |
| Personalización                | Ausencia                   | 4       | 57,1% | 21      | 67,7% | 25    | 65,8% |
|                                | Presencia moderada         | 3       | 42,9% | 9       | 29,0% | 12    | 31,6% |
|                                | Padecimiento significativo | —       | 0,0%  | 1       | 3,2%  | 1     | 2,6%  |
| Falacia de Control             | Ausencia                   | 2       | 28,6% | 18      | 58,1% | 20    | 52,6% |
|                                | Presencia moderada         | 5       | 71,4% | 12      | 38,7% | 17    | 44,7% |
|                                | Padecimiento significativo | —       | 0,0%  | 1       | 3,2%  | 1     | 2,6%  |
| Falacia de justicia            | Ausencia                   | 3       | 42,9% | 17      | 54,8% | 20    | 52,6% |
|                                | Presencia moderada         | 3       | 42,9% | 11      | 35,5% | 14    | 36,8% |
|                                | Padecimiento significativo | 1       | 14,3% | 3       | 9,7%  | 4     | 10,5% |
| Razonamiento emocional         | Ausencia                   | 3       | 42,9% | 21      | 67,7% | 24    | 63,2% |
|                                | Presencia moderada         | 4       | 57,1% | 9       | 29,0% | 13    | 34,2% |
|                                | Padecimiento significativo | —       | 0,0%  | 1       | 3,2%  | 1     | 2,6%  |
| Falacia de cambios             | Ausencia                   | 4       | 57,1% | 15      | 48,4% | 19    | 50,0% |
|                                | Presencia moderada         | 2       | 28,6% | 13      | 41,9% | 15    | 39,5% |
|                                | Padecimiento significativo | 1       | 14,3% | 3       | 9,7%  | 4     | 10,5% |
| Etiquetas globales             | Ausencia                   | 4       | 57,1% | 20      | 64,5% | 24    | 63,2% |
|                                | Presencia moderada         | 3       | 42,9% | 10      | 32,3% | 13    | 34,2% |
|                                | Padecimiento significativo | —       | 0,0%  | 1       | 3,2%  | 1     | 2,6%  |
| Culpabilidad                   | Ausencia                   | 3       | 42,9% | 18      | 58,1% | 21    | 55,3% |
|                                | Presencia moderada         | 4       | 57,1% | 12      | 38,7% | 16    | 42,1% |
|                                | Padecimiento significativo | —       | 0,0%  | 1       | 3,2%  | 1     | 2,6%  |
| Los debería                    | Ausencia                   | 2       | 28,6% | 7       | 22,6% | 9     | 23,7% |
|                                | Presencia moderada         | 4       | 57,1% | 18      | 58,1% | 22    | 57,9% |
|                                | Padecimiento significativo | 1       | 14,3% | 6       | 19,4% | 7     | 18,4% |
| Falacia de razón               | Ausencia                   | 2       | 28,6% | 11      | 35,5% | 13    | 34,2% |
|                                | Presencia moderada         | 4       | 57,1% | 19      | 61,3% | 23    | 60,5% |
|                                | Padecimiento significativo | 1       | 14,3% | 1       | 3,2%  | 2     | 5,3%  |
| Falacia de Recompensa divina   | Ausencia                   | —       | 0,0%  | 2       | 6,5%  | 2     | 5,3%  |
|                                | Presencia moderada         | 4       | 57,1% | 13      | 41,9% | 17    | 44,7% |
|                                | Padecimiento significativo | 3       | 42,9% | 16      | 51,6% | 19    | 50,0% |

*Nota.* Datos recogidos de la muestra del estudio por medio del Inventario de Pensamientos Automáticos. Fuente: León y Veloz (2022).

**Figura N° 4**
**Distribución de Frecuencias según Frecuencia de Distorsiones Cognitivas.**


*Nota.* Datos recogidos de la muestra del estudio por medio del Inventario de Pensamientos Automáticos. Fuente: León y Veloz (2022).

Tomando en consideración los datos arrojados en la tabla N° 11 (p. 81) y la figura N° 4, se observa la distribución de la muestra por frecuencias, donde según las dimensiones medidas en el Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991, adaptación de Kevin Narajo, 2020), hay 15 distorsiones cognitivas que se evalúan en tres niveles de valoración siendo que, a raíz de esto, se obtienen los siguientes resultados:

En primer lugar, en el 34,2% de la muestra, constituido por 13 pacientes, hay una ausencia de la distorsión cognitiva de Filtraje, mientras que un 57,9%, que es el equivalente a 22 participantes, tienen una presencia moderada de la distorsión y en último lugar, un 7,9% que representa a 2 personas, obtuvo en su puntaje un padecimiento significativo de la distorsión. A partir de estos datos se infiere que un poco más de la mitad de la muestra presenta, sin que este

hecho afecte de forma significativa su comportamiento, una visión de túnel, donde se selecciona aquellos detalles concretos de una situación, sin tener en consideración otros aspectos que pueden ser relevantes.

Siguiendo este orden de ideas, en la distorsión de Pensamiento Polarizado, un 65,8% de la muestra, representado por 25 personas, puntuó una ausencia en esta distorsión, siendo que un 31,6%, constituido por 12 pacientes, tiene una presencia moderada, mientras un 2,6%, conformado por un único individuo, presenta un padecimiento significativo de la distorsión. En este sentido, la mayor parte de la muestra, no se ve afectada por pensamientos extremistas ni estándares absolutistas.

De la misma forma, al hablar de la Sobregeneralización el 55,3% de los pacientes, es decir, 21 participantes, presentan una ausencia de la distorsión. Igualmente, en el 39,5% de la muestra, constituida por 15 personas, se evidencia la presencia moderada de esta forma de procesamiento de la información, mientras que únicamente el 5,3%, que se ve conformado por 2 individuos de la muestra, padecen significativamente la distorsión. Por lo tanto, la mitad de la muestra no presenta alteraciones en esta área, en otras palabras, no obtienen conclusiones generales de hechos particulares.

Asimismo, en lo referente a la Interpretación del Pensamiento el 39,5%, conformado por 15 participantes de la investigación, puntúan ausencia de la distorsión, mientras que el 55,3% de la muestra, es decir, 21 personas, tienen una presencia moderada, siendo que únicamente el 5,3%, constituido por 2 individuos, muestran un padecimiento significativo de la distorsión. De esta forma, se entiende que la mitad de los participantes, tiene cierta tendencia a sacar conclusiones sin fundamentos de las intenciones o pensamientos de los otros.

Por otro lado, el 47,4%, constituido por 18 participantes de la muestra, presenta ausencia de la distorsión de Visión catastrófica, mientras que el 44,7% conformado por 17 pacientes, evidencia una presencia moderada. De la misma forma, el 7,9%, es decir, 3 participantes del estudio, se ve afectado significativamente por la presencia de la distorsión cognitiva. De esta manera, se entiende que la muestra se ve afligida ligeramente por la tendencia a adelantarse de forma catastrofista a los hechos, esperando así lo peor de cada situación.

De la misma forma, en la distorsión de personalización en el 65,8% de la muestra, constituida por 25 participantes, hay una ausencia de este error en el procesamiento de la información, mientras que el 31,6%, representada por 12 personas, tiene una presencia moderada de la distorsión, siendo que únicamente el 2,6% de la muestra es decir, 1 individuo, padece significativamente la distorsión. Por lo tanto, la mayor parte de los participantes no se atribuyen la responsabilidad sobre fenómenos externos que probablemente no tienen nada que ver con ellos mismos.

Mientras tanto, en lo que se refiere a la Falacia de Control, 52,6% de la muestra, es decir, 20 participantes puntuaron ausencia de la distorsión, mientras que el 44,7%, representado por 17 personas, arrojó una presencia moderada. Igualmente, el 2,6%, conformado por 1 único individuo, demostró un padecimiento significativo de la distorsión. De esta forma, la muestra puede presentar, en un leve grado, la tendencia a considerar que tiene un control extremo sobre los sucesos de su vida.

Adicionalmente, en la distorsión de Falacia de Justicia se evidencia una ausencia de la misma en un 52,6% de los participantes, representado por 20 individuos. Al mismo tiempo, 36,8% de la muestra, 14 pacientes del Centro de Atención Integral “Dr. Julio Carrasquel”, tiene una presencia moderada de la distorsión, mientras que solamente el 10,5%, es decir, 4 individuos puntuaron un padecimiento significativo de Falacia de Justicia. Por lo tanto, se infiere que la mayor parte de la muestra puede presentar la distorsión en un grado en el que no hay una mayor alteración en el pensamiento, sin embargo, sí se encuentra presente. Esta distorsión consiste en tener pensamientos que giran en torno a evaluar las situaciones como injustas si no coinciden con los deseos propios.

Igualmente, en lo que se refiere al Razonamiento Emocional, el 63,2% de la muestra, constituida por 24 participantes, arrojó ausencia de la distorsión, mientras que en el 34,2%, representada por 13 personas, se evidencia una presencia moderada, siendo que solamente 2,6% de los participantes, es decir, 1 único individuo, padece significativamente la distorsión. Por lo tanto, se infiere que dentro de la muestra no se encuentra significativamente la propensión a que los pensamientos se determinen por el estado emocional intenso del momento.

En lo referente a la distorsión de Falacia de Cambios, el 50,0% de la muestra, representada por 19 pacientes, arrojó en sus resultados la ausencia de la distorsión. De la misma

manera, el 39,5% de los participantes, es decir, 15 individuos demuestran presencia moderada de Falacia de Cambios. Por último, el 10,5%, constituido por 4 personas, evidencia un padecimiento significativo de distorsión. A raíz de esto, solo una pequeña porción de la muestra presenta en cierta medida la creencia de que su propio bienestar depende exclusivamente de los actos de los otros, siendo que la mitad de la muestra no encaja dentro de esta descripción.

Siguiendo este orden de ideas, en los datos arrojados en el análisis estadístico de la distorsión de Etiquetas Globales se demuestra que está ausente en el 63,2% de la muestra, es decir, 24 personas. Al mismo tiempo, en el 34,2% de los participantes, representado por 13 individuos, se demuestra una presencia moderada. Asimismo, el 2,6%, es decir, 1 paciente del caso de estudio, puntuó que padece significativamente de la distorsión. Por lo tanto, más de la mitad de la muestra no presenta una visión del mundo globalizada e inflexible.

Por su parte, en lo referente a la distorsión de Culpabilidad, el 55,3% de los participantes, es decir, 21 pacientes que conforman la muestra, arrojaron ausencia de la distorsión, mientras que el 42,1%, conformado por 16 personas, evidenció una presencia moderada. Finalmente, el 2,6% que se constituye por un solo 1 individuo, padece significativamente la distorsión. De estos datos se infiere que menos de la mitad de la muestra presenta, no como una alteración grave, la tendencia a atribuirse a sí mismos o a otros, completamente la responsabilidad de los acontecimientos, sin tener en cuenta las evidencias y los otros factores intervinientes.

Al hablar sobre la distorsión de Los Debería, el 23,7%, es decir, 9 pacientes que conforman la muestra, puntuaron un bajo nivel en el cuestionario, lo que se entiende como ausencia de distorsiones, mientras que el 57,9%, que se constituye por 22 individuos, arrojó resultados que se entienden como una presencia moderada. Al mismo tiempo, el 18,4%, conformado por 7 personas, evidenció un padecimiento significativo de la distorsión. Con estos datos en mente, se entiende que entre la muestra que conforma el caso de estudio existe una tendencia significativa a interpretar la realidad en función del mantenimiento de reglas rígidas y que son exigentes sobre de cómo deben suceder las cosas. Cualquier desviación de esas reglas es considerado como intolerable y resulta en una alteración emocional.

Igualmente, en la distorsión cognitiva de Falacia de Razón, se encontraron resultados que indican su ausencia en un 34,2% de la muestra, conformado por 13 individuos, mientras que en

el 60,5%, representado por 23 sujetos tienen una presencia moderada. Asimismo, el 5,3%, conformado por 2 individuos, padecen significativamente la distorsión. De esta forma, se entiende que la mayor parte de la muestra presenta la tendencia a comprobar con frecuencia, ante los desacuerdos con otros individuos, que el punto de vista propio es correcto, sin considerar los argumentos de la otra persona.

Finalmente, en lo que a Falacia de Recompensa Divina se refiere, la muestra en sus resultados arrojó que el 5,3%, es decir, 2 personas, presentan ausencia de esta distorsión. De la misma forma, 44,7% de los participantes, conformado por 17 individuos, presentan moderadamente este error en el procesamiento de la información, siendo que el 50,0%, que representa a 19 pacientes, padecen significativamente la distorsión. De esta forma, se entiende que la mayoría de la muestra oscila entre tendencias medias y altas de interpretar la realidad basándose en la creencia de que los problemas mejorarán por sí mismos o que el malestar será retribuido si logran soportar la situación.

### **Descripción de la Respuesta Sexual en pacientes con diagnóstico de VIH. Caso estudio: Centro de atención integral Dr. Julio Carrasquel**

**Tabla N°12**

#### **Distribución de Frecuencias según Niveles de Funcionamiento Sexual**

| Escala             | Nivel             | Mujeres |        | Hombres |       | Total |       |
|--------------------|-------------------|---------|--------|---------|-------|-------|-------|
|                    |                   | f       | %      | f       | %     | f     | %     |
| Placer             | Rango normal      | 1       | 14,3%  | 17      | 54,8% | 18    | 47,4% |
|                    | Disfunción sexual | 6       | 85,7%  | 14      | 45,2% | 20    | 52,6% |
| Deseo/Frecuencia   | Rango normal      | 5       | 71,4%  | 14      | 45,2% | 19    | 50,0% |
|                    | Disfunción sexual | 2       | 28,6%  | 17      | 54,8% | 19    | 50,0% |
| Deseo/Interés      | Rango normal      | 2       | 28,6%  | 13      | 41,9% | 15    | 39,5% |
|                    | Disfunción sexual | 5       | 71,4%  | 18      | 58,1% | 23    | 60,5% |
| Excitación         | Rango normal      | 1       | 14,3%  | 12      | 38,7% | 13    | 34,2% |
|                    | Disfunción sexual | 6       | 85,7%  | 19      | 61,3% | 25    | 65,8% |
| Orgasmo/Resolución | Rango normal      | 6       | 85,71% | 28      | 90,3% | 34    | 89,5% |
|                    | Disfunción sexual | 1       | 14,29% | 3       | 9,7%  | 4     | 10,5% |
| Total CSFQ         | Rango normal      | 3       | 42,9%  | 24      | 77,4% | 27    | 71,1% |
|                    | Disfunción sexual | 4       | 57,1%  | 7       | 22,6% | 11    | 28,9% |

*Nota.* Datos recogidos de la muestra en el CSQF-14. Fuente: León y Veloz (2022).

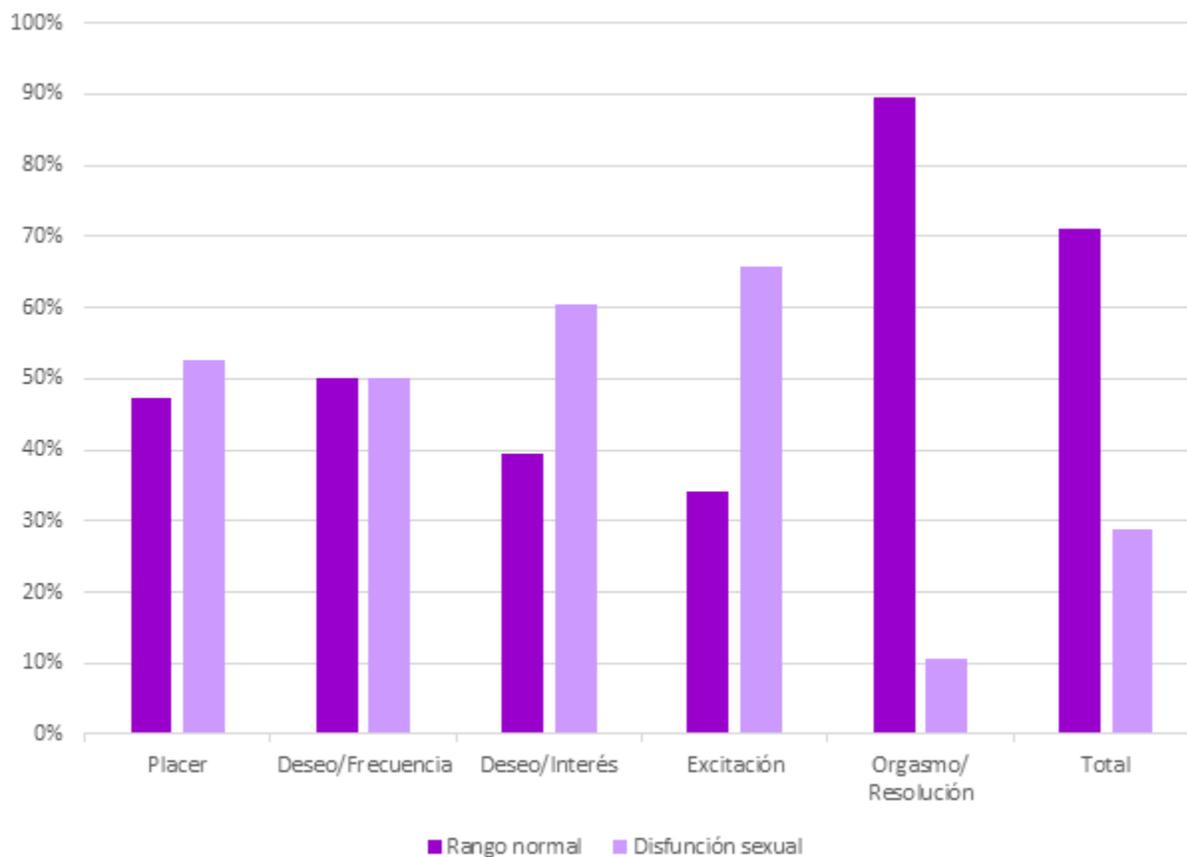
En la Tabla N° 12 se indican los niveles de funcionamiento sexual de la muestra por dimensión y según ambos sexos. En cuanto a los niveles del funcionamiento sexual, específicamente en la dimensión de Placer se obtuvo que un 14,3% de las mujeres están en un rango normal, sin embargo un 85,7% de las mujeres puntúan un nivel correspondiente a disfunción sexual. En la misma dimensión un 54,8% de los hombres se encuentran en un rango normal del Placer, mientras que el 45.2% de los hombres se encuentran en un nivel de disfunción sexual. En relación a la dimensión Deseo/Frecuencia un 71.4% de las mujeres se encuentran en un rango normal, el 28,6% siendo el resto de las mujeres se encuentran en un nivel de disfunción sexual. En la misma dimensión el 45.2% de los hombres se encuentran en un rango normal, sin embargo el 54.8%, siendo este la mayoría, se encuentran en un nivel de disfunción sexual.

Continuando con la dimensión de Deseo/Interés, un 28.6% de las mujeres encajan en un rango normal, mientras que el resto de las mujeres, siendo un 71.4% se encuentran en un nivel de disfunción sexual, en la misma dimensión el 41.9% de los hombres se encuentran en un rango normal, el resto constituye la mayoría con un 58.1% de los hombres encajando en un nivel de disfunción sexual. Siguiendo con la dimensión de Excitación, se encontró que un 14.3% de las mujeres se encuentran en un rango normal, mientras que el 85.7% se encuentra en un nivel de disfunción sexual. En la misma dimensión un 38.7% de los hombres se encuentran con un rango normal, el resto constituye una mayoría con un 61.3% encajando en un nivel de disfunción sexual.

Finalmente en la dimensión Orgasmo/Resolución el 85.71% de las mujeres se encuentran en un rango normal, mientras que el resto, siendo la minoría de un 14.29% que encajan en un nivel de disfunción sexual. Por otra parte, un 90.3% de los hombres se encuentran en un rango normal, mientras que el resto supone una minoría del 9.7%, la cual encaja con un nivel de disfunción sexual. En cuanto a las puntuaciones totales se indica que un 42.9% de las mujeres cuentan con un rango normal, el resto constituye una mayoría de 57.1% que corresponde a un nivel de disfunción sexual. En el caso de los hombres un 77.4% constituye la mayoría para un rango normal, mientras que el resto constituye una minoría de 22.6% con presencia de disfunción sexual.

**Figura N°5**

**Distribución de Frecuencias según Niveles de Funcionamiento Sexual**



*Nota.* Datos recogidos de la muestra en el CSQF-14. Fuente: León y Veloz (2022).

En la tabla N° 12 y figura N°5 se resume la frecuencia total de los niveles del funcionamiento sexual según las dimensiones, en donde un 47,4% de la muestra, es decir, 18 participantes, se encuentra en un rango normal en la dimensión de Placer, mientras que el resto, siendo este la mayoría con un 52.6% de la muestra, conformada por 20 pacientes, encaja dentro de un nivel de disfunción sexual, por lo que a raíz de estos resultados se puede inferir que una parte importante de la muestra no obtiene disfrute de su vida sexual.

Seguidamente un 50.0%, de la muestra, constituido por 19 pacientes, tiene un rango normal en la dimensión de Deseo/Frecuencia, y la otra mitad encaja en un nivel de disfunción sexual. Por lo tanto, se entiende que una parte de los participantes se encuentra dentro de un

rango normal en la frecuencia en la que realiza actos sexuales y muestra deseo por participar en ellos, mientras que la otra mitad de la muestra estudiada presenta una disfunción en esta área.

Continuamente un 39,5% de la muestra, entendido como 15 participantes, se encuentra en un rango normal de la dimensión de Deseo/Interés, sin embargo una mayoría del 60,5% , es decir, 23 pacientes de la muestra, se encuentra en un nivel de disfunción sexual, donde tienen poco interés y deseo por experiencias sexuales, constructo que se mide mediante la frecuencia en la que surgen fantasías sexuales y sentimientos de disfrute productos de las mismas.

En otro punto un 34,2% de la muestra, constituido por 13 pacientes del Centro de Atención Integral Dr. Julio Carrasquel siendo este grupo la minoría, se encuentra en un rango normal de la dimensión de Excitación, mientras que 25 participantes, entendidos como el 65,8% de la muestra, encajan en un nivel de disfunción sexual, donde experimentan una baja o nula frecuencia de adecuada lubricación vaginal o erecciones durante la actividad sexual.

Finalmente un 89,5% de la muestra, compuesta por 34 pacientes, se encuentra en un rango normal de la dimensión Orgasmo/Resolución, siendo esta la mayoría, mientras que el resto, un 10.5% de la muestra, es decir, 4 participantes, encaja en un nivel de disfunción sexual, por lo que se infiere que la mayoría de la muestra obtiene disfrute de sus orgasmos. En cuanto a la totalidad de los niveles de funcionamiento sexual, se encuentra que un 71.1%, entendida como 27 pacientes de la muestra, está en un rango normal, mientras que la minoría de 28.9%, constituida por 11 participantes, se ubica en un nivel de disfunción sexual, por lo que a grandes rasgos se puede afirmar que una parte significativa de los participantes cumple con un adecuado nivel de funcionamiento sexual y por lo tanto, obtienen disfrute de cada una de las fases del ciclo de respuesta sexual.

### **Establecimiento del tipo de relación existente entre las distorsiones cognitivas y la respuesta sexual en pacientes diagnosticados de VIH. Caso estudio: Centro de atención integral “Dr. Julio Carrasquel”.**

La presente investigación estuvo dirigida a establecer el nivel de relación entre las variables distorsiones cognitivas, con sus dimensiones: filtraje, pensamiento polarizado, sobregeneralización, interpretación del pensamiento, visión catastrófica, personalización, falacia de control, falacia de justicia, razonamiento emocional, falacia de cambio, etiquetas globales,

culpabilidad, los debería, falacia de razón y falacia de recompensa divina; y la respuesta sexual con sus dimensiones: Placer, Deseo/Frecuencia, Deseo/Interés, Excitación, Orgasmo/Resolución. En una muestra de 38 pacientes con diagnóstico de VIH que asisten al Centro de Atención Integral “Dr. Julio Carrasquel”. Para esto se llevó a cabo el siguiente procedimiento:

**Tabla N° 13**

**Prueba de Bondad de Ajuste**

| Variable                     | Escala                         | Estadístico | gl  | Sig. |
|------------------------------|--------------------------------|-------------|-----|------|
| Distorsiones cognitivas      | Filtraje                       | ,932        | 3   | ,02  |
|                              |                                |             | 8   | 2    |
|                              | Pensamiento polarizado         | ,820        | 3   | ,00  |
|                              |                                |             | 8   | 0    |
|                              | Sobregeneralización            | ,808        | 3   | ,00  |
|                              |                                |             | 8   | 0    |
|                              | Interpretación del pensamiento | ,883        | 3   | ,00  |
|                              |                                |             | 8   | 1    |
|                              | Visión catastrófica            | ,842        | 3   | ,00  |
|                              |                                |             | 8   | 0    |
|                              | Personalización                | ,823        | 3   | ,00  |
|                              |                                |             | 8   | 0    |
|                              | Falacia de control             | ,855        | 3   | ,00  |
|                              |                                |             | 8   | 0    |
|                              | Falacia de justicia            | ,835        | 3   | ,00  |
|                              |                                |             | 8   | 0    |
| Razonamiento emocional       | ,817                           | 3           | ,00 |      |
|                              |                                | 8           | 0   |      |
| Falacia de cambio            | ,863                           | 3           | ,00 |      |
|                              |                                | 8           | 0   |      |
| Etiquetas globales           | ,826                           | 3           | ,00 |      |
|                              |                                | 8           | 0   |      |
| Culpabilidad                 | ,821                           | 3           | ,00 |      |
|                              |                                | 8           | 0   |      |
| Los debería                  | ,931                           | 3           | ,02 |      |
|                              |                                | 8           | 2   |      |
| Falacia de razón             | ,900                           | 3           | ,00 |      |
|                              |                                | 8           | 2   |      |
| Falacia de recompensa divina | ,947                           | 3           | ,07 |      |
|                              |                                | 8           | 0   |      |

*Nota.* Datos calculados a partir de las respuestas de la muestra del estudio en los instrumentos psicométricos. Fuente: León y Veloz (2022).

**Tabla N° 13 (Continuación)**
**Prueba de Bondad de Ajuste**

| Variable              | Escala             | Estadístico | gl | Sig. |
|-----------------------|--------------------|-------------|----|------|
| Funcionamiento sexual | Placer             | ,882        | 3  | ,00  |
|                       |                    |             | 8  | 1    |
|                       | Deseo/Frecuencia   | ,921        | 3  | ,01  |
|                       |                    |             | 8  | 0    |
|                       | Deseo/Interés      | ,968        | 3  | ,33  |
|                       |                    |             | 8  | 9    |
|                       | Excitación         | ,922        | 3  | ,01  |
|                       |                    |             | 8  | 1    |
|                       | Orgasmo/Resolución | ,962        | 3  | ,21  |
|                       |                    |             | 8  | 9    |
|                       | Total              | ,961        | 3  | ,20  |
|                       |                    |             | 8  | 4    |

*Nota.* Datos calculados a partir de las respuestas de la muestra del estudio en los instrumentos psicométricos. Fuente: León y Veloz (2022).

Las distribuciones de las puntuaciones de la muestra en los instrumentos fueron sometidas a una prueba de bondad de ajuste para determinar la prueba estadística requerida para hacer el análisis de la correlación. Como se observa en la Tabla N° 13, la prueba de Shapiro-Wilk evidencia que solo las dimensiones de falacia de recompensa divina, deseo/interés, orgasmo/resolución y el total de la escala de funcionamiento sexual se han distribuido normalmente, mientras que en el resto no se puede asumir la normalidad, en donde no se supera una significancia del 5% al compararlas con una distribución normal. Por ello, las variables se sometieron a correlación por medio del coeficiente Rho de Spearman, al ser la estadística no paramétrica flexible para el análisis de datos a pesar de la normalidad de su distribución.

**Tabla N° 14**
**Correlación entre Distorsiones Cognitivas y Funcionamiento Sexual**

| Distorsiones cognitivas        |   | Funcionamiento Sexual |                      |                   |            |                        | Total         |
|--------------------------------|---|-----------------------|----------------------|-------------------|------------|------------------------|---------------|
|                                |   | Placer                | Deseo/<br>Frecuencia | Deseo/<br>Interés | Excitación | Orgasmo/<br>Resolución |               |
| Filtraje                       | R | -,128                 | -,170                | -,016             | -,045      | <b>-,361*</b>          | -,206         |
|                                | p | ,445                  | ,308                 | ,922              | ,786       | <b>,026</b>            | ,215          |
| Pensamiento polarizado         | R | -,083                 | -,051                | ,032              | ,042       | <b>-,398*</b>          | -,138         |
|                                | p | ,619                  | ,761                 | ,850              | ,801       | <b>,013</b>            | ,408          |
| Sobre-generalización           | R | -,092                 | -,089                | ,097              | ,158       | <b>-,389*</b>          | -,071         |
|                                | p | ,583                  | ,594                 | ,562              | ,343       | <b>,016</b>            | ,672          |
| Interpretación del pensamiento | R | ,131                  | ,050                 | ,071              | ,057       | -,261                  | -,024         |
|                                | p | ,431                  | ,767                 | ,672              | ,734       | ,113                   | ,888          |
| Visión catastrófica            | R | ,228                  | ,198                 | <b>,322*</b>      | ,282       | -,078                  | ,178          |
|                                | p | ,168                  | ,234                 | <b>,048</b>       | ,086       | ,641                   | ,285          |
| Personalización                | R | ,147                  | ,082                 | ,135              | ,135       | -,159                  | ,062          |
|                                | p | ,380                  | ,624                 | ,420              | ,419       | ,341                   | ,710          |
| Falacia de control             | R | -,060                 | <b>-,326*</b>        | -,185             | -,079      | <b>-,480**</b>         | <b>-,335*</b> |
|                                | p | ,722                  | <b>,046</b>          | ,266              | ,639       | <b>,002</b>            | <b>,040</b>   |
| Falacia de justicia            | R | ,123                  | -,032                | ,103              | ,047       | -,045                  | ,009          |
|                                | p | ,461                  | ,850                 | ,540              | ,781       | ,791                   | ,956          |
| Razonamiento emocional         | R | -,056                 | -,077                | ,033              | ,026       | <b>-,347*</b>          | -,154         |
|                                | p | ,738                  | ,646                 | ,844              | ,879       | <b>,033</b>            | ,355          |
| Falacia de cambios             | R | -,114                 | -,137                | ,032              | ,048       | -,192                  | -,051         |
|                                | p | ,494                  | ,411                 | ,850              | ,774       | ,247                   | ,759          |
| Etiquetas globales             | R | ,141                  | ,219                 | ,217              | ,273       | -,074                  | ,195          |
|                                | p | ,399                  | ,186                 | ,191              | ,097       | ,657                   | ,242          |

\*. La correlación es significativa en el nivel de 0,05

\*\*.. La correlación es significativa en el nivel de 0,01

Nota. Datos calculados a partir de las respuestas de la muestra del estudio en los instrumentos psicométricos. Fuente: León y Veloz (2022).

**Tabla N° 14 (Continuación)**
**Correlación entre Distorsiones Cognitivas y Funcionamiento Sexual**

| Distorsiones cognitivas      |   | Funcionamiento Sexual |                      |                   |            |                        | Total |
|------------------------------|---|-----------------------|----------------------|-------------------|------------|------------------------|-------|
|                              |   | Placer                | Deseo/<br>Frecuencia | Deseo/<br>Interés | Excitación | Orgasmo/<br>Resolución |       |
| Culpabilidad                 | R | ,006                  | -,136                | ,011              | ,097       | <b>-,332*</b>          | -,121 |
|                              | p | ,970                  | ,417                 | ,947              | ,563       | <b>,042</b>            | ,468  |
| Los debería                  | R | -,099                 | -,018                | -,055             | ,093       | -,200                  | -,092 |
|                              | p | ,554                  | ,917                 | ,741              | ,580       | ,228                   | ,582  |
| Falacia de razón             | R | -,127                 | -,007                | ,036              | ,034       | -,262                  | -,109 |
|                              | p | ,448                  | ,967                 | ,832              | ,841       | ,113                   | ,516  |
| Falacia de recompensa divina | R | ,088                  | -,019                | -,289             | -,282      | ,020                   | -,174 |
|                              | p | ,601                  | ,910                 | ,078              | ,086       | ,904                   | ,297  |

\*. La correlación es significativa en el nivel de 0,05

\*\*.. La correlación es significativa en el nivel de 0,01

*Nota.* Datos calculados a partir de las respuestas de la muestra del estudio en los instrumentos psicométricos. Fuente: León y Veloz (2022).

La Tabla N° 14 (p. 92) demuestra el cruce correlacional entre las dimensiones de distorsiones cognitivas y funcionamiento sexual, así como el total de esta última variable, en una muestra de pacientes diagnosticados con VIH. Si bien la mayoría de los cruces explorados en la correlación arrojaron niveles de relación que no alcanzan una relevancia estadística, se evidencian ciertas correlaciones significativas.

En primer lugar, la distorsión de filtraje posee correlación con la dimensión de orgasmo/resolución, la cual es significativa al nivel de 0,05, y que a su vez es inversamente proporcional y cuya magnitud oscila entre débil y media. De esta forma, se entiende que mientras mayor sea la tendencia del paciente a interpretar la realidad con base en una visión estricta, donde el foco de atención se dirige a un solo aspecto de la situación, sin tomar en consideración las otras circunstancias, menor va a ser la adecuación sexual en la fase de orgasmo/resolución durante el ciclo de respuesta sexual, ya que durante esta etapa, los

participantes pueden sacar de sus actos conclusiones erróneas y no son capaces de medir adecuadamente sus logros, siendo que no alcanzan a llenar sus expectativas de forma total.

En segundo lugar, se evidencia que la distorsión de pensamiento polarizado posee una correlación significativa con la dimensión de orgasmo/resolución, donde existe una significancia al nivel de 0,05, siendo que es inversamente proporcional y cuenta con una magnitud que va entre débil y media. A raíz de esto, se infiere que mientras más dicotómicos y extremistas sean las conclusiones e interpretaciones de los hechos, menor va a ser la satisfacción obtenida en la fase de orgasmo/resolución, ya que estos pacientes ven las circunstancias y sus resultados bajo un foco que trabaja en función de lo perfecto o imperfecto, bueno o malo, sin tomar en consideración la matices dentro de la actividad sexual.

Asimismo, la distorsión de sobregeneralización presenta una correlación significativa negativa, al nivel de 0,05 y cuya magnitud oscila entre débil y media, con la dimensión de orgasmo/resolución. En función de estos resultados, se puede interpretar que mientras mayor sea la tendencia a sacar conclusiones de un hecho particular y desplazarlas a situaciones aisladas, menor adecuación va a existir al momento del orgasmo/resolución, ya que se ve afectada esta fase al extrapolar las ideas negativas de situaciones particulares a la actividad sexual.

En el mismo orden de ideas, la distorsión de visión catastrófica presenta una correlación significativa con la dimensión de deseo/interés, la cual es directamente proporcional y es significativa al nivel de 0,05 y cuya magnitud fluctúa entre débil y media. Tomando esto en consideración se entiende que, dentro de la muestra, en medida que aparecen los pensamientos catastróficos, se produce la adecuación del deseo/interés o viceversa.

Igualmente, la distorsión cognitiva de falacia de control presenta una correlación significativa con la dimensión de deseo/frecuencia, de tipo inversamente proporcional, siendo significativa al nivel de 0,05 y cuya magnitud se balancea entre débil y media. Con esto en mente, se interpreta que en función de los niveles padecimiento de la distorsión, la dimensión de deseo/frecuencia se va a ver afectada de forma inversa, siendo que si el paciente mide el disfrute que puede obtener en esta fase basándose en cuánto control puede tener, va a existir una menor adecuación.

De la misma forma, dentro de la distorsión de falacia de control existe otra correlación significativa de tipo negativa con la dimensión de orgasmo/resolución, que es significativa al nivel de 0,01 y tiene una magnitud que oscila entre débil y media. Teniendo en consideración estos datos, mientras más altos o bajos sean los niveles de estas distorsiones en los participantes, la adecuación sexual va a fluctuar de forma contraria, es decir, los pacientes que evalúen la actividad sexual en función del control que tienen sobre ella van a obtener menor satisfacción de la fase de orgasmo/resolución.

De la misma forma, en la distorsión de falacia de control se presenta una correlación con los valores totales de la variable de respuesta sexual, de tipo inversamente proporcional, con una significancia al nivel de 0,05 y cuya magnitud fluctúa entre débil y media. A partir de esta información, se infiere que los pacientes al tener una alta presencia de la distorsión, menor va a ser su adecuación sexual, ya que necesitan sentir que tienen un grado de control inflexible para poder disfrutar la actividad sexual.

Al mismo tiempo, en la distorsión de razonamiento emocional se evidencia una correlación negativa con la dimensión de orgasmo/resolución, con una significancia al nivel de 0,05 y con una magnitud que oscila entre débil y media. Con esto en mente, se puede interpretar que al verse los pensamientos del paciente controlados por el estado emocional del momento, la calidad de la respuesta sexual en la dimensión del orgasmo/resolución presenta fluctuaciones, ya que no va a ser evaluada tomando en consideración los hechos, sino las emociones predominantes del momento.

Finalmente, la distorsión de culpabilidad también representó una correlación significativa con la dimensión de orgasmo/resolución, siendo de tipo inversamente proporcional, con una significancia al nivel de 0,05 y cuya magnitud oscila entre débil y media. Tomando esto en consideración, los pacientes de la muestra se acreditan la culpabilidad total de los aspectos negativos de su actividad sexual, lo cual afecta la adecuación sexual en la dimensión de orgasmo/resolución.

Tomando lo anteriormente expuesto en consideración, la distorsión de falacia de control fue la que presentó mayor correlación significativa en las distintas dimensiones de la variable de respuesta sexual, entendiéndose de esta forma, la necesidad extremista de controlar plenamente o

desentenderse completamente del control de la actividad sexual, lo cual disminuye la adecuación en la respuesta sexual en sus diversas fases.

De la misma forma, la dimensión más afectada por las correlaciones significativas con las distintas distorsiones cognitivas fue la de orgasmo/resolución, siendo que puede inferirse que un nivel alto de esos errores en el procesamiento de la información afectan negativamente el disfrute de la fase del orgasmo. Sin embargo, la distorsión de visión catastrófica sí influye positivamente en la dimensión de deseo/frecuencia. De esta manera, teniendo en consideración lo anteriormente mencionado y con base en el emparejamiento realizado entre las variables de distorsiones cognitivas y respuesta sexual se puede validar, en líneas generales, la hipótesis de investigación (H<sub>i</sub>) afirmando que existe una relación significativa entre las distorsiones cognitivas y la respuesta sexual en pacientes con diagnóstico de VIH, pertenecientes al Centro de Atención Integral "Dr. Julio Carrasquel" (Maracay, Estado Aragua).

## CONCLUSIONES

En respuesta al primer objetivo de la investigación, que consistió en identificar las distorsiones cognitivas en pacientes con diagnóstico de VIH. Caso estudio: Centro de atención integral “Dr. Julio Carrasquel”, mediante el Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991, adaptación de Kevin Naranjo, 2020), se determinó que las dimensiones predominantes son: Filtraje, ya que representa más de la mitad de la muestra con 22 pacientes. Igualmente Los Debería con 22 pacientes y La Falacia de Razón con 23 pacientes, todos estos encajaron con una presencia moderada de la distorsión.

En relación a esto, la presencia moderada de las distorsiones compromete en cierto nivel el área emocional e interpersonal de los pacientes, ya que en la distorsión de filtraje se presentan pensamientos sesgados y negativos que impiden al paciente tener una visión más amplia y clara de los hechos. Con respecto a Los debería el paciente piensa que las cosas deberían ser de otro modo, estos pensamientos llevan al paciente a la frustración y ansiedad. Por otra parte, la Falacia de Razón refiere que el paciente rechaza los diferentes puntos de vista, demostrando que él tiene la razón, lo cual lleva a una conducta distante, con muchas discusiones y afecciones en las relaciones interpersonales.

En función de estos resultados se denota que los pacientes con diagnóstico de VIH construyeron respuestas físicas, emocionales y cognitivas a partir de sus actitudes y experiencias, de manera que algunos de los comportamientos o formas de estructurar e interpretar la información llegaron a tornarse desadaptativos, dando lugar a una manera sesgada de ver al mundo, predisponiendo a estos pacientes hacia un sentimiento o comportamiento determinado, donde los mismos llegan a ser negativos y dañinos para el individuo.

En segundo lugar se obtuvieron los resultados correspondientes al segundo objetivo, el cual consistió en describir la Respuesta Sexual en pacientes con diagnóstico de VIH. Caso Estudio: Centro de Atención Integral Dr. Julio Carrasquel mediante el Cuestionario de Cambios en la Función Sexual (v. abreviada) CSFQ-14 (Bobes, 2000, Adaptación de Keller, Mcgarvey y Clayton, 2006).

En efecto, se determinó que la respuesta sexual en 3 mujeres de la muestra corresponden a un rango normal del funcionamiento sexual, mientras que 4 mujeres, siendo esta la mayoría, corresponden a un nivel de disfunción sexual.

En base a estos resultados se tiene que el 85.7% (6 pacientes) mujeres puntuaron en un nivel de disfunción sexual en la dimensión de Placer, esto significa que la mayoría de las mujeres de la muestra tiene dificultades y bajo disfrute de su vida sexual, deduciendo una insatisfacción sexual en la vida de las pacientes, mientras que 14.3% (1 paciente) si puntuó en un rango normal, significando que este paciente si llega a obtener disfrute de su vida sexual, deduciendo que hay satisfacción sexual presente en la vida de la paciente.

Otro de los resultados predominantes, con un 71.4% (5 pacientes) femeninos de la muestra obtienen un resultado de disfunción sexual en la dimensión de Deseo/Interés, lo que refiere que estos pacientes no tienen motivación, ni son participes hacia la búsqueda y receptividad de experiencias sexuales, por lo que tampoco se llega a propiciar la excitación y conjuntos de sensaciones agradables para el paciente, en cuanto al restante, un 28.6% (2 pacientes) sí se encontraron en un rango normal para el Deseo/Interés, por lo que estos pacientes son receptivas y se inclinan a las experiencia sexuales.

Por otro lado, un 85.7% (6 pacientes) de la muestra femenina presentan un rango de disfunción sexual en la dimensión de Excitación, teniendo en cuenta que esta se puede dar a través de la vista, contacto físico directo, pensamientos y emociones, a pesar de ello estos pacientes no tiene la facilidad para lograr la excitación en su vida sexual, en su efecto estos pacientes tampoco pueden obtener las respuestas físicas de la excitación, tal como la lubricación vaginal, agrandamiento del clítoris, e hinchazón de los labios vaginales. y por último, el resto de la muestra femenina se tuvo que un 14.3% (1 paciente) si tiene facilidad para hacer posible lograr la excitación y en consecuencia desarrollar las respuestas físicas de la excitación.

Continuamente se obtuvo que un 85.71% (6 pacientes) de la muestra femenina se encontraban en un rango normal para la dimensión de Orgasmo/Resolución, lo que demuestra que la mayoría de las pacientes cuando llegan a esta dimensión es por que anteriormente se tuvo una estimulación sexual efectiva y esta se mantuvo, llegando al orgasmo, siendo esta la etapa donde se libera la vaso-congestión y la miotonía desarrolladas durante el estímulo sexual para luego entrar en la fase de resolución, en donde tejidos vaso-congestionados vuelven a la

normalidad y la actividad cardiorrespiratoria así como la presión arterial se estabiliza, al ser esta la última fase de la respuesta sexual, se determina que tales pacientes cumplieron efectivamente con cada una de las fases del ciclo de la respuesta sexual, el resto de la muestra, un 14.29% (1 paciente) se encuentra bajo una disfunción sexual, por lo que se deduce que este paciente no es capaz de completar el ciclo de la respuesta sexual al no cumplir con la etapa de Orgasmo/Resolución.

En el caso de los hombres, un 71.1% (24 pacientes), siendo la mayoría de la muestra, corresponden a un rango normal del funcionamiento sexual, lo que supone una adecuación en las distintas fases de la respuesta sexual para tales pacientes, mientras que el resto, siendo una minoría de 22.6% (7 pacientes) masculinos corresponden a un nivel de disfunción sexual. En cuanto a los resultados más significativos se obtuvo que un 54.8% (17 pacientes) de la muestra masculina se encuentran con disfunción sexual en la dimensión de Deseo/Frecuencia, lo que se entiende que la mayoría de la muestra masculina no tienen gran frecuencia en los actos sexuales, tal como el encuentro sexual y la masturbación, incluso es baja la frecuencia con la que existe el deseo de participar en la actividad sexual, sin embargo un restante del 45.2% (14 pacientes) si se encuentran en un rango normal de la dimensión de Deseo/frecuencia, por lo que la frecuencia en cuanto a los actos sexuales o el mismo deseo para ello se encuentran en un nivel significativo de la adecuación en el funcionamiento sexual.

Otro de los resultados resaltantes en relación a la muestra masculina se obtuvo que un 58.1% (18 pacientes) están bajo una disfunción sexual en cuanto a la dimensión de Deseo/Interés lo que significa que poco más de la mitad de estos no tienen la motivación hacia la búsqueda y receptividad de experiencias sexuales, por lo que tampoco se llega a propiciar la excitación y conjuntos de sensaciones agradables para el paciente. Sin embargo un 41.9% (13 pacientes) se encontraron en un rango normal, de manera que si presentan motivación y receptividad para la búsqueda de experiencias sexuales, llegando a propiciar la siguiente fase, la cual es la excitación.

En relación a la dimensión de excitación, se obtuvieron resultados que caben destacar, se obtuvo que un 61.3% (19 pacientes), es decir, más de la mitad de la muestra masculina tiene una disfunción sexual para tal dimensión, lo cual significa que estos pacientes no logran con facilidad llegar a la excitación en su vida sexual, teniendo problemas relacionados a la frecuencia y dificultad para lograr la excitación, por lo que no se logran producir las respuestas fisiológicas de

ella, tal como el endurecimiento del pene, aumento del ritmo cardiorrespiratorio y la presión arterial.

Si bien el resto, un 38.7% (12 pacientes) se encuentran en un rango normal de la dimensión de excitación, por lo que se entiende que estos pacientes son capaces de lograr con facilidad la excitación en su vida sexual de diversas maneras, ya sea por el contacto físico directo, la vista, pensamientos o emociones, por ende estas personas logran producir las respuestas fisiológicas caracterizadas por la fase de excitación, es decir, el pene se endurece y se ensancha mientras los testículos se aproximan más al cuerpo, se aumenta el ritmo cardiorrespiratorio y la presión arterial, produciéndose un incremento de la tensión muscular y de la vaso-congestión.

Ahora bien, en respuesta al tercer objetivo que consistió en establecer el tipo de relación que existe entre las Distorsiones Cognitivas y la Respuesta Sexual en pacientes con diagnóstico de VIH. Caso Estudio: Centro de Atención Integral Dr. Julio Carrasquel, por medio del coeficiente Rho de Spearman ( $R_s$ ) se obtuvo que existe una correlación significativa de tipo inversamente proporcional entre las distorsiones de filtraje, pensamiento polarizado, falacia de control, razonamiento emocional y culpabilidad con la dimensión de orgasmo/resolución.

Lo anteriormente expuesto significa que a mayor manera de percibir aspectos negativos de una situación, tener opiniones extremistas, tener excesivo o bajo control sobre diversos acontecimientos, llevar los pensamientos determinados por el estado afectivo intenso del momento y atribuirse acontecimientos así mismo sin ningún sustento, menor será la respuesta sexual en cuanto a la dimensión de Orgasmo/Resolución, es decir, habrá menos facilidad para el cumplimiento de la fase de orgasmo, por lo que la frecuencia, habilidad y disfrute para alcanzar el orgasmo son menores, y por ende no se dará la fase de resolución, siendo esta misma una fase dependiente del orgasmo y la última fase en la que se cumple el ciclo de la respuesta sexual.

De la misma forma, la distorsión de falacia de control presentó una correlación significativa con las dimensiones de deseo/frecuencia y el total general de la respuesta sexual, lo que denota que la necesidad de tener un control excesivo y riguroso o, en caso contrario, de desligarse de él, afecta inversamente la respuesta sexual, es decir a mayor presencia de estas distorsiones, menor es la respuesta sexual total. Igualmente, la distorsión cognitiva de visión catastrófica tiene una correlación directamente proporcional con la dimensión de deseo/interés,

esto significa que a mayor visión catastrófica, mayor es el interés y deseo por experiencias sexuales, fantasías o sentimientos de disfrute por el erotismo.

Teniendo en consideración lo anteriormente expuesto, se puede afirmar que existieron correlaciones significativas en el cruce de las variables del trabajo investigativo y por lo tanto, se considera como válida la hipótesis de la investigación ( $H_1$ ) lo que permite corroborar que existe una relación significativa entre las distorsiones cognitivas y la respuesta sexual en pacientes con diagnóstico de VIH, pertenecientes al Centro de Atención Integral "Dr. Julio Carrasquel" (Maracay, Estado Aragua). Se entiende que las experiencias y situaciones vividas formaron y estructuraron la manera de pensar y de ver al mundo de los pacientes, encontrando predominancia en determinados pensamientos desadaptativos a los que se le denomina distorsiones cognitivas, las cuales a su vez influyen en los sentimientos y reacciones de los pacientes, en consecuencia la respuesta sexual también se ve afectada.

## RECOMENDACIONES

Luego de haber analizado los datos y establecer las conclusiones, surge la necesidad de brindar algunas recomendaciones, por lo que se sugiere lo siguiente:

**Para el Centro de Atención Integral "Dr. Julio Carrasquel" (Maracay, Estado Aragua).**

- Desarrollar un plan para informar acerca de la infección del VIH por medio de charlas, cursos, talleres que permitan desmentir los mitos e información sesgada creada por el desconocimiento y estigma hacia el tema.
- Diseñar un plan de estrategia comunitaria para la comprensión, manejo y aceptación del diagnóstico del VIH por medio de un plan terapéutico y psicoeducación.

**Para la escuela de psicología de la Universidad Arturo Michelena.**

- Promover activamente el desarrollo de investigaciones en las líneas de psicología que se fundamenten aún más en el conocimiento de procesos psicológicos relativos a la sexualidad, significando éste una base para generar posibles tratamientos de intervención.

**Para futuros investigadores**

- Continuar con el desarrollo de investigaciones relacionadas al tema de los procesos psicológicos en personas con diagnóstico de VIH.
- Desarrollar instrumentos para medir la respuesta sexual y todas sus dimensiones con una validez altamente significativa.

## REFERENCIAS CONSULTADAS

### Fuentes Bibliográficas

- Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación: introducción a la metodología científica* (6a edición). Caracas: Editorial Episteme.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2012). *Terapia cognitiva de la depresión* (19.a ed., Vol. 1978). Desclée de Brouwer.
- Clayton, A. (1998). *Changes in Sexual Functioning Questionnaire*. *University Of Virginia Health System*.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill Education.
- Keller, A., McGarvey, E. L., & Clayton, A. H. (2006). Reliability and Construct Validity of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14). *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32(1), 43–52.
- Kerlinger, F. (2002). *Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento*. (4.ª ed.).
- Molero, F. (2014). *Counseling en sexualidad femenina y masculina*. Ediciones Mayo.
- Parella, S y Martins, F. (2012). *Metodología de la investigación cuantitativa*. (1ª Reimpresión). Caracas: FEDUPEL.

### Fuentes Electrónicas

- Alcántara, E., & Amuchástegui, A. (2009). Terapia sexual y normalización: significados del malestar sexual en mujeres y hombres diagnosticados con disfunción sexual. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 591–615.  
<https://doi.org/10.1590/s0103-73312009000300003>

- Andagoya Murillo, J. M., Zambrano Vera, D. R., Alcívar Vera, C. I., & Patiño Zambrano, V. P. (2019). Perfil epidemiológico del VIH en Latinoamérica. *RECIMUNDO*, 3(1), 232–258. [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(1\).enero.2018.232-258](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(1).enero.2018.232-258)
- Bran Piedrahita, L., Palacios Moya, L., Posada Zapata, I. C., Bermúdez Román, V. (2017). Concepto sociocultural del VIH y su impacto en la recepción de campañas de promoción de la salud en Medellín. *Ciencias de la Salud*, 15(1). <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5378>
- Calero, E., Rodríguez, S., & Trumbull, A. (2017). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Humanidades Médicas*, 17(3), 577–592. <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v17n3/hmc10317.pdf>
- Carballo, S. (2002). EDUCACIÓN DE LA EXPRESIÓN DE LA SEXUALIDAD HUMANA. *Revista Educación*, 26(1), 29–46. <https://www.redalyc.org/pdf/440/44026104.pdf>
- Castellanos, Y. (2021). Caracterización de los pacientes infectados por VIH-SIDA en la provincia de Guantánamo. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 25(4), 1–11. <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v25n4/1561-3194-rpr-25-04-e5069.pdf>
- Dávila, W. (2017). Terapia cognitivo-conductual en el trastorno obsesivo-compulsivo. *Norte de Salud Mental*, 12(49), 59–64. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830460>
- Díaz, N., Soto, H., & Ortega, G. (2016). Terapias Cognitivas y Psicología Basada en la Evidencia. Su especificidad en el mundo infantil. *Wimb Lu*, 11(1), 19–38. <https://doi.org/10.15517/wl.v1i1.24074>
- Farago, D., Triantafilo, J., Martí, M., Perry, N., Quiñones, P., & Di Silvestre, C. (2018). VIH/SIDA: DEFINICIÓN, SIGNIFICADOS Y VIVENCIAS. *Revista Chilena Salud Pública* 2018, 22(1), 21–30. [10.5354/0719-5281.2018.51017](https://doi.org/10.5354/0719-5281.2018.51017)
- Fernández, P. (2020). La pandemia del VIH: pasado, presente y futuro. Herder Editorial, S.L. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/19932/FERNANDEZ%20ALONSO%2C%20PEDRO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Frutos, C., Aquino, N., Amado, D., Ferreira, M., & Díaz Reissner, C. (2016). Calidad de Vida en el Paciente con VIH en el Servicio de Clínica Médica, Hospital Central Instituto de Previsión Social Paraguay-2015. *Revista del Instituto de Medicina Tropical*, 11(1), 10–21. <https://doi.org/10.18004/imt/201611110-21>

- Fuentes, C. (2013). Fantasía sexual y su relación con la Respuesta Sexual en mujeres casadas de la unidad educativa nacional «José Domingo Morales». *Sexología*, 18(1), 47–60. <http://salutsexual.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb37468d177017763cab03f1341>
- Fundación Huésped. (2006). *Sexualidad, embarazo y VIH/SIDA*. Fundación Huésped. <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/11/Sexualidad-Embarazo-y-SIDA.pdf>
- Granero, M. (2014). Sexología basada en la evidencia: historia y actualización. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2), 179–197. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476747238002>
- Guano, M. (2020). Distorsiones cognitivas y su repercusión en la ansiedad en un estudiante universitario en tiempos de pandemia. Universidad Técnica de Babahoyo.
- Guerra, G. (2017). Factores relacionados al deseo sexual. *Psiquiatria.com*. <https://psiquiatria.com/trabajos/13CONF1PSICO2017.pdf>
- InfoSIDA (2017). ¿Qué es el VIH? Disponible en: <https://www.infosida.es/que-es-el-vih>
- Korman, G. (2011). Bases teóricas en la conformación de la terapia cognitiva en la Argentina. *Interamerican Journal of Psychology*, 45(2), 115–122. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28422741002>
- Londoño Salazar, M. (2017). La importancia de la psicoterapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos mentales. *Poiésis*, 1(33), 139–145. <https://doi.org/10.21501/16920945.2504>
- Lozano, F., & Domingo, P. (2011). Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(6), 455–465. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2011.02.009>
- Macías, C., Isalgué, M., Loo, N., & Acosta, J. (2018). Enfoque psicológico para el tratamiento de personas que viven con VIH/sida. *Revista información científica*, 97(3), 660–670. <http://www.revinfocientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1931/3761>

- Martínez, R., Tuya, L., Martínez M., Pérez, A. y Cánovas, A. (2009) El Coeficiente de correlación de los rangos de Spearman Caracterización. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1804/180414044017.pdf>
- Moreno, J., & Utria, E. (2011). Caracterización de los programas de tratamiento cognitivo-conductual para el manejo de problemas de comportamiento en niños y adolescentes realizados en Bogotá entre 2002 y 2008. *Psicología desde el caribe*, 28, 40–76.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-417X2011000200004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2011000200004)
- Naranjo, K. (2020). Cualidades esenciales de análisis psicométrico del inventario de pensamientos automáticos-distorsiones cognitivas de Ruiz y Lujan, en el pilotaje de los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Paul Dirac de la ciudad de Quito en el año lectivo 2019-2020. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/21782>
- Núñez, A., & Tobón, S. (2005). *Terapia cognitivo-conductual El Modelo Procesual de la Salud Mental como camino para la integración, la investigación y la clínica* (1.a ed.). Universidad de Manizales.  
[https://www.researchgate.net/profile/Cesar-Nunez-3/publication/293654257\\_Nunez\\_Tobon\\_2005\\_Terapia\\_cognitivo-ctual\\_y\\_MPSM/links/56ba636408ae0a6bc9556b28/Nunez-Tobon-2005-Terapia-cognitivo-ctual-y-MPSM.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Cesar-Nunez-3/publication/293654257_Nunez_Tobon_2005_Terapia_cognitivo-ctual_y_MPSM/links/56ba636408ae0a6bc9556b28/Nunez-Tobon-2005-Terapia-cognitivo-ctual-y-MPSM.pdf)
- OCHA. (2021, julio). *Venezuela JUNIO-JULIO 2021 informe de situación*. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Informe%20de%20situacio%CC%81n%20-%20Venezuela%20-%20Junio-Julio%202021%20-%202013%20sep.%202021.pdf>
- OMC (28 de enero de 2022). *Re: El 70% de las personas con VIH lo ocultan en el trabajo por miedo al rechazo*. <http://www.medicosypacientes.com/>
- ONUSIDA (S.f.). *Re: Últimas estadísticas sobre el estado de la pandemia del sida*. [Hoja informativa]. <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- Organización Mundial de la Salud. (2021, 30 noviembre). *VIH/sida*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado 17 de enero de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/sh-linkages-rh/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sh-linkages-rh/es/)
- Organización Panamericana de la Salud. (2020, 24 marzo). *Enfermedad por coronavirus (COVID-19) y VIH: Asuntos y acciones clave*. Recuperado 15 de julio de 2022, de <https://www.paho.org/es/noticias/24-3-2020-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-vih-asuntos-acciones-clave>
- Reynoso, L., & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual. Manual Moderno*. [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Te75iok5oAgC&oi=fnd&pg=PA72&dq=enfoque+conductual&ots=o8ddiw8fl\\_&sig=4cUu12BbfC6Jxs9wuJ04h-z5wPs#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Te75iok5oAgC&oi=fnd&pg=PA72&dq=enfoque+conductual&ots=o8ddiw8fl_&sig=4cUu12BbfC6Jxs9wuJ04h-z5wPs#v=onepage&q&f=false)
- Rivadeneira, C., Dahab, J., & Minici, A. (2013). El modelo cognitivo de la depresión. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 22, 1–6. <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/el-modelo-cognitivo-de-la-depresion.pdf>
- Ruiz, A., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer. [https://www.medicinaconductual-unam-fesi.org/uploads/1/0/3/4/103420148/ruiz\\_et\\_al-manual\\_de\\_t%C3%A9cnicas\\_de\\_intervenci%C3%B3n\\_cognitivo-conductuales\\_1.pdf](https://www.medicinaconductual-unam-fesi.org/uploads/1/0/3/4/103420148/ruiz_et_al-manual_de_t%C3%A9cnicas_de_intervenci%C3%B3n_cognitivo-conductuales_1.pdf)
- Schonhaut B, L., & Millán K, T. (2011). La educación sexual debe comenzar en el hogar y continuar en la escuela. *Revista chilena de pediatría*, 82(5), 454–460. <https://doi.org/10.4067/s0370-41062011000500012>
- Schultz, D., & Schultz, S. (2010). *Teorías de la personalidad* (9.<sup>a</sup> ed.). Cengage Learning. <https://www.guiadisc.com/wp-content/pdfs/teorias-personalidad.pdf>
- Shapiro, K., & Ray, S. (2007). Salud sexual para personas viviendo con VIH. *Reproductive Health Matters*, 25–52. [https://diassere.org/wp-content/uploads/2019/06/rhm6\\_4.pdf](https://diassere.org/wp-content/uploads/2019/06/rhm6_4.pdf)
- Villar, M. (2012). Vivencia de la sexualidad de las personas con VIH. Universidad de Almería. <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD16082.pdf>

## Fuentes Normativas

- Código de Ética del Psicólogo en Venezuela. (1981). Federación de Psicólogos de Venezuela. Art. 8-15-26-54-59-60. <http://fpv.org.ve/documentos/codigodeetica.pdf>



Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Art. 19-83. 30 de diciembre de 1999.

Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. (2014). *Ley para la promoción y protección del derecho a la igualdad de las personas con VIH o SIDA y sus familiares*.  
[https://oig.cepal.org/sites/default/files/2014\\_lppdipvih\\_ven.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/2014_lppdipvih_ven.pdf)



## ANEXOS

---

**ANEXO A.1**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Miguel Subero, titular de la Cédula de Identidad N° V 22.003.303, en mi condición de informante, por medio de la presente, **AUTORIZO** al Bachiller: Valeria León, titular de la Cédula de Identidad N° V-28.198.311, quien se encuentra en proceso de elaboración de su Trabajo de Grado para optar al título de Licenciado en Psicología de la Universidad Arturo Michelena, para que publique en el mencionado informe lo que he afirmado, con la finalidad de cumplir con el precepto de veracidad y confiabilidad de los datos obtenidos.

Constancia que se entrega a solicitud de parte interesada a los 02 días del mes de febrero de 2022

Nombre de la fuente: Miguel Subero

Firma



Cédula de Identidad N°: 22.003.303

---

---

**ANEXO A.2**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Alan Rivero, titular de la Cédula de Identidad N° V 21.272.197, en mi condición de informante, por medio de la presente, **AUTORIZO** al Bachiller: Valeria León, titular de la Cédula de Identidad N° V-28.198.311, quien se encuentra en proceso de elaboración de su Trabajo de Grado para optar al título de Licenciado en Psicología de la Universidad Arturo Michelena, para que publique en el mencionado informe lo que he afirmado, con la finalidad de cumplir con el precepto de veracidad y confiabilidad de los datos obtenidos.

Constancia que se entrega a solicitud de parte interesada a los 28 días del mes de enero de 2022

Nombre de la fuente: Alan Rivero

Firma



Cédula de Identidad N°: 21.272.197

---

**ANEXO B-1**
**INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991,  
ADAPTACIÓN DE KEVIN NARANJO, 2020)**
**INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)**
**Nombre y  
Apellido:** \_\_\_\_\_

**Edad** \_\_\_\_\_

Instrucciones: A continuación encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

0. Nunca pienso eso                      1. Algunas veces lo pienso                      2. Bastantes veces lo pienso                      3. Con mucha frecuencia lo pienso

|   | 0. Nunca pienso eso | 1. Algunas veces lo pienso | 2. Bastantes veces lo pienso | 3. Con mucha frecuencia lo pienso |
|---|---------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| 1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan.                    |                     |                            |                              |                                   |
| 2. Solamente me pasan cosas malas.                                  |                     |                            |                              |                                   |
| 3. Todo lo que hago me sale mal.                                    |                     |                            |                              |                                   |
| 4. Sé que piensan mal de mí.  |                     |                            |                              |                                   |
| 5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?                             |                     |                            |                              |                                   |
| 6. Soy inferior a la gente en casi todo                             |                     |                            |                              |                                   |
| 7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor               |                     |                            |                              |                                   |
| 8. ¿No hay derecho a que me traten así!                             |                     |                            |                              |                                   |
| 9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental.             |                     |                            |                              |                                   |
| 10. Mis problemas dependen de los que me rodean.                    |                     |                            |                              |                                   |
| 11. Soy un desastre como persona.                                   |                     |                            |                              |                                   |
| 12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa                        |                     |                            |                              |                                   |
| 13. Debería de estar bien y no tener estos problemas                |                     |                            |                              |                                   |
| 14. Sé que tengo la razón y no me entienden.                        |                     |                            |                              |                                   |
| 15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa              |                     |                            |                              |                                   |
| 16. Es horrible que me pase esto                                    |                     |                            |                              |                                   |
| 17. Mi vida es un continuo fracaso.                                 |                     |                            |                              |                                   |
| 18. Siempre tendré este problema                                    |                     |                            |                              |                                   |
| 19. Sé que me están mintiendo y engañando.                          |                     |                            |                              |                                   |
| 20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?                        |                     |                            |                              |                                   |
| 21. Soy superior a la gente en casi todo                            |                     |                            |                              |                                   |
| 22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean         |                     |                            |                              |                                   |
| 23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así.                  |                     |                            |                              |                                   |
| 24. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo.             |                     |                            |                              |                                   |
| 25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas.                |                     |                            |                              |                                   |
| 26. Alguien que conozco es un imbecil                               |                     |                            |                              |                                   |
| 27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa.                         |                     |                            |                              |                                   |
| 28. No debería de cometer estos errores                             |                     |                            |                              |                                   |
| 29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto                      |                     |                            |                              |                                   |
| 30. Ya vendrán mejores tiempos                                      |                     |                            |                              |                                   |
| 31. Es insoportable, no puedo aguantar más.                         |                     |                            |                              |                                   |
| 32. Soy incompetente e inútil.                                      |                     |                            |                              |                                   |
| 33. Nunca podré salir de esta situación                             |                     |                            |                              |                                   |
| 34. Quieren hacerme daño  |                     |                            |                              |                                   |
| 35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?       |                     |                            |                              |                                   |
| 36. La gente hace las cosas mejor que yo                            |                     |                            |                              |                                   |
| 37. Soy una víctima de mis circunstancias.                          |                     |                            |                              |                                   |
| 38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco                 |                     |                            |                              |                                   |
| 39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo                |                     |                            |                              |                                   |
| 40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas |                     |                            |                              |                                   |
| 41. Soy un neurótico.   |                     |                            |                              |                                   |
| 42. Lo que me pasa es un castigo que merezco                        |                     |                            |                              |                                   |
| 43. Debería recibir más atención y cariño de otros                  |                     |                            |                              |                                   |
| 44. Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana                 |                     |                            |                              |                                   |
| 45. Tarde o temprano me irán las cosas mejor                        |                     |                            |                              |                                   |

## ANEXO B-2

**CUESTIONARIO DE CAMBIOS EN LA FUNCIÓN SEXUAL PARA MUJERES (V. ABREVIADA) CSFQ-14-F (BOBES, 2000, ADAPTACIÓN DE KELLER, McGARVEY Y CLAYTON, 2006)****CUESTIONARIO SOBRE LOS CAMBIOS EN EL FUNCIONAMIENTO SEXUAL KELLER, McGARVEY Y CLAYTON, 2006 (ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL POR LEÓN Y VELOZ, 2022) (CSFQ-F-C)****CUESTIONARIO PARA MUJERES**

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**NOTA: Este cuestionario es sobre la actividad sexual y la función sexual. Por actividad sexual, nos referimos a coito, masturbación, fantasías sexuales y otras actividades**

1. ¿Comparado su mejor momento, cun disfrutable y placentera es tu vida sexual en la actualidad?
  1. Sin disfrute o placer
  2. Poco disfrute o placer
  3. Algo de disfrute o placer
  4. Mucho disfrute o placer
  5. Abundante disfrute o placer
2. ¿Con que frecuencia realizas actos sexuales (coito, masturbación, etc.) actualmente?
  1. Nunca
  2. Raramente (Una vez al mes o menos)
  3. Regularmente (Más de una vez al mes, hasta dos veces por semana)
  4. Frecuentemente (Más de dos veces por semana)
  5. Todos los días
3. ¿Qué tan frecuentes son tus deseos de tener relaciones sexuales?
  1. Nunca
  2. Raramente (Una vez al mes o menos)
  3. Regularmente (Más de una vez al mes, hasta dos veces por semana)
  4. Frecuentemente (Más de dos veces por semana)
  5. Todos los días
4. ¿Con que regularidad tienes pensamientos sexuales (Pensar en sexo, fantasías sexuales) actualmente?
  1. Nunca
  2. Raramente (Una vez al mes o menos)
  3. Regularmente (Más de una vez al mes, hasta dos veces por semana)
  4. Frecuentemente (Más de dos veces por semana)
  5. Todos los días
5. ¿Disfrutas de películas, música o arte con contenido sexual?
  1. Nunca
  2. Raramente (Una vez al mes o menos)
  3. Regularmente (Más de una vez al mes, hasta dos veces por semana)
  4. Frecuentemente (Más de dos veces por semana)
  5. Todos los días
6. ¿Cuánto placer o disfrute obtienes de pensar y fantasear sobre actos sexuales?
  1. Sin disfrute o placer
  2. Poco disfrute o placer
  3. Algo de disfrute o placer
  4. Mucho disfrute o placer
  5. Abundante disfrute o placer
7. ¿Con que frecuencia te excitas sexualmente?
  1. Nunca
  2. Raramente (Una vez al mes o menos)
  3. Regularmente (Más de una vez al mes, hasta dos veces por semana)
  4. Frecuentemente (Más de dos veces por semana)
  5. Todos los días
8. ¿Te excitas con facilidad?
  1. Nunca
  2. Raramente (Mucho menos de la mitad de las veces)
  3. Regularmente (La mitad de las veces)
  4. Frecuentemente (Mas de la mitad de las veces)
  5. Siempre
9. ¿Tienes lubricación vaginal adecuada durante el acto sexual?
  1. Nunca
  2. Raramente (Mucho menos de la mitad de las veces)
  3. Regularmente (La mitad de las veces)
  4. Frecuentemente (Mas de la mitad de las veces)
  5. Siempre
10. ¿Con que frecuencia te excitas sexualmente y después pierdes interés?
  1. Nunca
  2. Raramente (Mucho menos de la mitad de las veces)
  3. Regularmente (La mitad de las veces)
  4. Frecuentemente (Mas de la mitad de las veces)
  5. Siempre
11. ¿Qué tan seguido llegas al orgasmo?
  1. Nunca
  2. Raramente (Mucho menos de la mitad de las veces)
  3. Regularmente (La mitad de las veces)
  4. Frecuentemente (Mas de la mitad de las veces)
  5. Siempre
12. ¿Eres capaz de tener un orgasmo cuando lo deseas?
  1. Nunca
  2. Raramente (Mucho menos de la mitad de las veces)
  3. Regularmente (La mitad de las veces)
  4. Frecuentemente (Mas de la mitad de las veces)
  5. Siempre
13. ¿Qué tanto placer o disfrute obtienes del orgasmo?
  1. Sin disfrute o placer
  2. Poco disfrute o placer
  3. Algo de disfrute o placer
  4. Mucho disfrute o placer
  5. Abundante disfrute o placer
14. ¿Con que frecuencia tienes orgasmos dolorosos?
  1. Nunca
  2. Raramente (Una vez al mes o menos)
  3. Regularmente (Más de una vez al mes, hasta dos veces por semana)
  4. Frecuentemente (Más de dos veces por semana)
  5. Todos los días

## ANEXO B-3

**CUESTIONARIO DE CAMBIOS EN LA FUNCIÓN SEXUAL PARA HOMBRES (V. ABREVIADA) CSFQ-14-M (BOBES, 2000, ADAPTACIÓN DE KELLER, McGARVEY Y CLAYTON, 2006)**

CUESTIONARIO SOBRE LOS CAMBIOS EN EL FUNCIONAMIENTO SEXUAL KELLER, McGARVEY Y CLAYTON, 2006 (ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL POR LEÓN Y VELOZ, 2022)

(CSFQ-M-C)

**CUESTIONARIO PARA HOMBRES**

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**NOTA: Este cuestionario es sobre la actividad sexual y la función sexual. Por actividad sexual, nos referimos a coito, masturbación, fantasías sexuales y otras actividades**

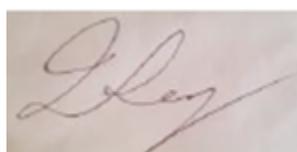
1. ¿Comparado su mejor momento, cuan disfrutable y placentera es tu vida sexual en la actualidad?
  1. Sin disfrute o placer
  2. Poco disfrute o placer
  3. Algo de disfrute o placer
  4. Mucho disfrute o placer
  5. Abundante disfrute o placer
2. ¿Con que frecuencia realizas actos sexuales (coito, masturbación, etc.) actualmente?
  1. Nunca
  2. Raramente (Una vez al mes o menos)
  3. Regularmente (Más de una vez al mes, hasta dos veces por semana)
  4. Frecuentemente (Más de dos veces por semana)
  5. Todos los días
3. ¿Qué tan frecuentes son tus deseos de tener relaciones sexuales?
  1. Nunca
  2. Raramente (Una vez al mes o menos)
  3. Regularmente (Más de una vez al mes, hasta dos veces por semana)
  4. Frecuentemente (Más de dos veces por semana)
  5. Todos los días
4. ¿Con que regularidad tienes pensamientos sexuales (Pensar en sexo, fantasías sexuales) actualmente?
  1. Nunca
  2. Raramente (Una vez al mes o menos)
  3. Regularmente (Más de una vez al mes, hasta dos veces por semana)
  4. Frecuentemente (Más de dos veces por semana)
  5. Todos los días
5. ¿Disfrutas de películas, música o arte con contenido sexual?
  1. Nunca
  2. Raramente (Una vez al mes o menos)
  3. Regularmente (Más de una vez al mes, hasta dos veces por semana)
  4. Frecuentemente (Más de dos veces por semana)
  5. Todos los días
6. ¿Cuánto placer o disfrute obtienes de pensar y fantasear sobre actos sexuales?
  1. Sin disfrute o placer
  2. Poco disfrute o placer
  3. Algo de disfrute o placer
  4. Mucho disfrute o placer
  5. Abundante disfrute o placer
7. ¿Con que frecuencia tienes erecciones relacionadas o no con el sexo?
  1. Nunca
  2. Raramente (Una vez al mes o menos)
  3. Regularmente (Más de una vez al mes, hasta dos veces por semana)
  4. Frecuentemente (Más de dos veces por semana)
  5. Todos los días
8. ¿Tienes erecciones fácilmente?
  1. Nunca
  2. Raramente (Mucho menos de la mitad de las veces)
  3. Regularmente (La mitad de las veces)
  4. Frecuentemente (Mas de la mitad de las veces)
  5. Siempre
9. ¿Eres capaz de mantener una erección?
  1. Nunca
  2. Raramente (Mucho menos de la mitad de las veces)
  3. Regularmente (La mitad de las veces)
  4. Frecuentemente (Mas de la mitad de las veces)
  5. Siempre
10. ¿Con qué frecuencia experimentas erecciones dolorosas y prolongadas?
  1. Nunca
  2. Raramente (Una vez al mes o menos)
  3. Regularmente (Más de una vez al mes, hasta dos veces por semana)
  4. Frecuentemente (Más de dos veces por semana)
  5. Todos los días
11. ¿Qué tan seguido eyaculas?
  1. Nunca
  2. Raramente (Una vez al mes o menos)
  3. Regularmente (Más de una vez al mes, hasta dos veces por semana)
  4. Frecuentemente (Más de dos veces por semana)
  5. Todos los días
12. ¿Eres capaz de eyacular cuando lo deseas?
  1. Nunca
  2. Raramente (Mucho menos de la mitad de las veces)
  3. Regularmente (La mitad de las veces)
  4. Frecuentemente (Mas de la mitad de las veces)
  5. Siempre
13. ¿Qué tanto placer o disfrute obtienes del orgasmo?
  1. Sin disfrute o placer
  2. Poco disfrute o placer
  3. Algo de disfrute o placer
  4. Mucho disfrute o placer
  5. Abundante disfrute o placer
14. ¿Con qué frecuencia tienes orgasmos dolorosos?
  1. Nunca
  2. Raramente (Una vez al mes o menos)
  3. Regularmente (Más de una vez al mes, hasta dos veces por semana)
  4. Frecuentemente (Más de dos veces por semana)
  5. Todos los días

---

**ANEXO C-1****VALIDEZ DE CONTENIDO DE INSTRUMENTO DE MEDICIÓN****JUICIO DE EXPERTOS**

Yo, Jhoussan Bello, portador de la Cédula de Identidad V – 25 069 425, de profesión psicólogo, actor y docente, y experto en cátedras psicometría I y II, revisé, analicé y evalué los instrumentos denominados: *CUESTIONARIO SOBRE LOS CAMBIOS EN EL FUNCIONAMIENTO SEXUAL KELLER, McGARVEY Y CLAYTON, 2006 (ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL POR LEÓN Y VELOZ, 2022) (CSFQ-F-C) CUESTIONARIO PARA MUJERES* y *CUESTIONARIO SOBRE LOS CAMBIOS EN EL FUNCIONAMIENTO SEXUAL KELLER, McGARVEY Y CLAYTON, 2006 (ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL POR LEÓN Y VELOZ, 2022) (CSFQ-F-C) CUESTIONARIO PARA HOMBRES*, que será empleado en el trabajo de grado titulado **“DISTORSIONES COGNITIVAS Y RESPUESTA SEXUAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH. Caso Estudio: Centro de Atención Integral "Dr. Julio Carrasquel" (Maracay, Estado Aragua)**, cuyas autoras son: Br. Valeria León y Br. María Veloz, portados de las Cédulas de Identidad V-28.198.311 y V – 30.172.068

Por medio de la presente valido el contenido del instrumento como apto para la investigación, cumpliendo éste con los requisitos necesarios para su aplicación a fin de responder con los objetivos planteados.



---

**FIRMA**

---

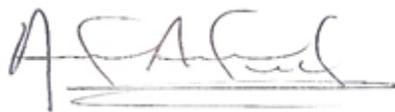
**FECHA: 18/04/2022**

---

**ANEXO C-2****VALIDEZ DE CONTENIDO DE INSTRUMENTO DE MEDICIÓN****JUICIO DE EXPERTOS**

Yo, Aly Malavé, portador de la Cédula de Identidad V –17.472.805, de profesión sexólogo, revisé, analicé y evalué los instrumentos denominados: *CUESTIONARIO SOBRE LOS CAMBIOS EN EL FUNCIONAMIENTO SEXUAL KELLER, McGARVEY Y CLAYTON, 2006 (ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL POR LEÓN Y VELOZ, 2022) (CSFQ-F-C) CUESTIONARIO PARA MUJERES* y *CUESTIONARIO SOBRE LOS CAMBIOS EN EL FUNCIONAMIENTO SEXUAL KELLER, McGARVEY Y CLAYTON, 2006 (ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL POR LEÓN Y VELOZ, 2022) (CSFQ-F-C) CUESTIONARIO PARA HOMBRES*, que será empleado en el trabajo de grado titulado **“DISTORSIONES COGNITIVAS Y RESPUESTA SEXUAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH. Caso Estudio: Centro de Atención Integral "Dr. Julio Carrasquel" (Maracay, Estado Aragua)**, cuyas autoras son: Br. Valeria León y Br. María Veloz, portados de las Cédulas de Identidad V-28.198.311 y V – 30.172.068

Por medio de la presente valido el contenido del instrumento como apto para la investigación, cumpliendo éste con los requisitos necesarios para su aplicación a fin de responder con los objetivos planteados.



---

**FIRMA**

---

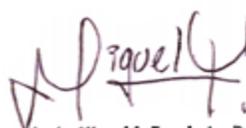
**FECHA: 02/05/2022**

---

**ANEXO C-3****VALIDEZ DE CONTENIDO DE INSTRUMENTO DE MEDICIÓN****JUICIO DE EXPERTOS**

Yo, Miguel Fernández, portador de la Cédula de Identidad V-25.110.016, de profesión psicólogo y docente, revisé, analicé y evalué los instrumentos denominados: *CUESTIONARIO SOBRE LOS CAMBIOS EN EL FUNCIONAMIENTO SEXUAL KELLER, McGARVEY Y CLAYTON, 2006 (ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL POR LEÓN Y VELOZ, 2022) (CSFQ-F-C) CUESTIONARIO PARA MUJERES* y *CUESTIONARIO SOBRE LOS CAMBIOS EN EL FUNCIONAMIENTO SEXUAL KELLER, McGARVEY Y CLAYTON, 2006 (ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL POR LEÓN Y VELOZ, 2022) (CSFQ-F-C) CUESTIONARIO PARA HOMBRES*, que será empleado en el trabajo de grado titulado **“DISTORSIONES COGNITIVAS Y RESPUESTA SEXUAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH. Caso Estudio: Centro de Atención Integral "Dr. Julio Carrasquel" (Maracay, Estado Aragua)**, cuyas autoras son: Br. Valeria León y Br. María Veloz, portados de las Cédulas de Identidad V-28.198.311 y V – 30.172.068

Por medio de la presente valido el contenido del instrumento como apto para la investigación, cumpliendo éste con los requisitos necesarios para su aplicación a fin de responder con los objetivos planteados.



Lcdo. Miguel A. Fernández B.  
PSICÓLOGO  
F.P.V. - 12.709  
C.E. V-25.110-016

---

FIRMA

---

FECHA: 21/04/2022

---

**ANEXO C-4****VALIDEZ DE CONTENIDO DE INSTRUMENTO DE MEDICIÓN****JUICIO DE EXPERTOS**

Yo, María José Rodríguez, portadora de la Cédula de Identidad V-23.408.365, de profesión psicóloga y docente, revisé, analicé y evalué los instrumentos denominados: *CUESTIONARIO SOBRE LOS CAMBIOS EN EL FUNCIONAMIENTO SEXUAL KELLER, McGARVEY Y CLAYTON, 2006 (ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL POR LEÓN Y VELOZ, 2022) (CSFQ-F-C) CUESTIONARIO PARA MUJERES* y *CUESTIONARIO SOBRE LOS CAMBIOS EN EL FUNCIONAMIENTO SEXUAL KELLER, McGARVEY Y CLAYTON, 2006 (ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL POR LEÓN Y VELOZ, 2022) (CSFQ-F-C) CUESTIONARIO PARA HOMBRES*, que será empleado en el trabajo de grado titulado **“DISTORSIONES COGNITIVAS Y RESPUESTA SEXUAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH. Caso Estudio: Centro de Atención Integral "Dr. Julio Carrasquel" (Maracay, Estado Aragua)**, cuyas autoras son: Br. Valeria León y Br. María Veloz, portados de las Cédulas de Identidad V-28.198.311 y V – 30.172.068

Por medio de la presente valido el contenido del instrumento como apto para la investigación, cumpliendo éste con los requisitos necesarios para su aplicación a fin de responder con los objetivos planteados.



---

**FIRMA**

---

**FECHA: 27/04/2022**

---

**ANEXO C-5****VALIDEZ DE CONTENIDO DE INSTRUMENTO DE MEDICIÓN****JUICIO DE EXPERTOS**

Yo, Stefani Alejandra Tovar Laín, portadora de la Cédula de Identidad V-25.590.530, de profesión Lingüista, revisé, analicé y evalué los instrumentos denominados: *CUESTIONARIO SOBRE LOS CAMBIOS EN EL FUNCIONAMIENTO SEXUAL KELLER, McGARVEY Y CLAYTON, 2006 (ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL POR LEÓN Y VELOZ, 2022) (CSFQ-F-C) CUESTIONARIO PARA MUJERES* y *CUESTIONARIO SOBRE LOS CAMBIOS EN EL FUNCIONAMIENTO SEXUAL KELLER, McGARVEY Y CLAYTON, 2006 (ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL POR LEÓN Y VELOZ, 2022) (CSFQ-F-C) CUESTIONARIO PARA HOMBRES*, que será empleado en el trabajo de grado titulado **“DISTORSIONES COGNITIVAS Y RESPUESTA SEXUAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH. Caso Estudio: Centro de Atención Integral "Dr. Julio Carrasquel" (Maracay, Estado Aragua)**, cuyas autoras son: Br. Valeria León y Br. María Veloz, portados de las Cédulas de Identidad V-28.198.311 y V – 30.172.068

Por medio de la presente valido el contenido del instrumento como apto para la investigación, cumpliendo éste con los requisitos necesarios para su aplicación a fin de responder con los objetivos planteados.



---

**FIRMA**

---

**FECHA: 25/04/2022**