

Como citar este artículo

Leiva Díaz, Viriam; Alfaro Castro, Jeilim; Soto Soto, Neva H. **Análisis del entrenamiento en técnicas de relajación para el manejo del estrés, impartido por Enfermería, en una población con VIH-SIDA: estudio de caso único.** *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica [en línea].*2008, No.14 [citado (fecha)]. Disponible World Wide Web: < <http://www.revenf.ucr.ac.cr/analisis%20del%20entrenamiento.pdf>> ISSN 1409-4568

ANÁLISIS DEL ENTRENAMIENTO EN TÉCNICAS DE RELAJACIÓN PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS, IMPARTIDO POR ENFERMERÍA, EN UNA POBLACIÓN CON VIH- SIDA: ESTUDIO DE CASO ÚNICO¹

Viriam Leiva Díaz²
Jeilim Alfaro Castro³
Neva Hannia Soto Soto³

Resumen

Este artículo presenta los resultados de un estudio que evaluó el efecto de la intervención de Enfermería respecto de su entrenamiento en técnicas de relajación para el manejo del estrés. Dicho estudio se centró en una población con VIH-SIDA.

Se definieron operacionalmente tres variables dependientes: frecuencia del estrés, magnitud del estrés y calidad de vida. Para su medición fue utilizada una escala hecha para tal fin, la cual se aplicó en las diferentes fases del estudio: línea base, intervención y seguimiento. La primera de esas fases duró seis semanas y las otras dos cuatro semanas cada una.

Se utilizó una metodología cuantitativa de caso único A-B, cuasi-experimental. Participaron 4 sujetos, portadores de VIH-SIDA, pertenecientes a la fundación “Hoy por Ti”, cuyas edades oscilan entre los 37 y los 52 años.

Los resultados demuestran cuán recomendable es la técnica para la población escogida. Los datos obtenidos sugieren que la relajación es un método efectivo pues reduce el estrés, los niveles de ansiedad y de depresión, con lo cual se mejora la integridad del sistema inmunológico y aumentan los aspectos positivos respecto de su calidad de vida. Finalmente, es necesario aclarar que la estrategia de relajación varía de acuerdo con las características de cada sujeto.

Palabras claves: entrenamiento en relajación, calidad de vida, VIH-SIDA, estrés, frecuencia del estrés y magnitud del estrés.

¹ **Fecha de recepción:** Noviembre del 2007

Fecha de Aceptación: Marzo del 2008

² Profesora Asociada. Universidad de Costa Rica. Escuela de Enfermería. Correo electrónico:

viriaml@yahoo.es

³ Enfermeras graduadas de la Universidad de Costa Rica. Correos electrónicos: jeiga@yahoo.es

nevahannia@yahoo.es

Study about the nursing attention in the training for the management of the stress in a population with (HIV-AIDS) AIDS: Study of the only case

Abstract

This article presents the results of a study that there evaluated the effect of the intervention of nursing respect of your training in skills of easing for the managing of the stress in a population with HIV-AIDS.

Three operational dependent variables were defined: frequency of the stress, magnitude of the stress and quality of life.

A scale was developed for the measurement of those variables. It was applied in different phases of the study: at baseline, during intervention and at follow-up; the first phase lasted six weeks and the other two lasted four weeks each one.

We used a quantitative methodology of the only case A-B, cuasi experimental design. Four persons with HIV-AIDS were included. They were residents of the "Hoy por tí" Foundation; their ages range is between the 37 and 52.

The results indicate that the intervention based on the utilization of the easing for the managing of the stress helps the persons who live with HIV-AIDS. The obtained information suggests that the easing is an effective method for the reduction of stress, the levels of anxiety and depression, which can result in an improvement in the integrity of the immunological system. It also has positive aspects relevant to an increase in the quality of life.

On the other hand, the most effective strategy depends on each person, since every being human beings is unique and individual.

Key word: Training in relaxation, quality of live, HIV-AIDS, stress, frequency of stress and magnitude of stress.

INTRODUCCIÓN

La Enfermería posee -entre sus estrategias de intervención- la educación en salud brindada a las personas con enfermedades crónicas, las cuales representan gran parte de los problemas de salud en la actualidad. Respecto de lo anterior, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)(OPS,1998), pertenece a la lista de enfermedades infectocontagiosas cuyo adecuado control ha incrementado las expectativas de vida de quienes la padecen (Bruner, I.;Suddarth, D. 2002).

La infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la enfermedad del SIDA, representan una amenaza preocupante en materia de salud pública, ya que son consideradas una pandemia pues no hay distinción entre países desarrollados y subdesarrollados. Esta información es constatada por los datos estadísticos que reflejan la incidencia del VIH-SIDA en el ámbito mundial: “La epidemia de SIDA cobró más de tres millones de vidas en el 2002, y se estima que cinco millones de personas contrajeron el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), lo que eleva a 42 millones el número de personas que viven con el virus en todo el mundo...” (ONUSIDA. 2002: 6).

Por la relevancia del tema, en el año 2006 se realizó una investigación de cohorte cuasi-experimental, de caso único, en personas con VIH-SIDA, los cuales viven en la Fundación Hoy por ti. El objetivo es analizar el efecto, producido en ellos, del entrenamiento en relajación para el manejo del estrés; la técnica representa una manera de promover el autocuidado y la aceptación de su enfermedad, (lo cual mejora su calidad de vida), ya que en muchas ocasiones el

malestar físico es el resultado de un desequilibrio en una de las partes que constituyen al ser humano (Matey, 1998). Por ejemplo, una alteración de lo psicológico o espiritual desencadena manifestaciones de índole física, conocidas como enfermedades psicosomáticas, causadas por el inadecuado manejo del estrés (López, 1996).

Es importante aclarar que el estrés, “no es forzosamente un fenómeno negativo, por el contrario en muchas ocasiones es un proceso normal de nuestro organismo...” (Conde, M. 2001: 2). Por esta razón, toda situación a la que se enfrenta el ser humano, tanto negativa como positiva, genera estrés, la variante depende de la capacidad personal para manejarlo y prevenirlo dado que puede desencadenar diferentes y varias enfermedades.

En el caso de las personas con VIH-SIDA, el inadecuado manejo del estrés puede ocasionar una disminución en la respuesta del sistema inmunológico (Lemaire, 1974) y desencadenar la presencia de enfermedades oportunistas.

...cuando el sistema inmune se halla comprometido (no sólo por la infección por el VIH, sino por otras causas como estrés extremo, mala alimentación, uso de medicación que produzca supresión inmunitaria), y a medida que el número de células cd4 baja, las defensas no pueden contener dichos microorganismos, y entonces sí son capaces de producir enfermedad... (Amer, A. 2004: 6).

Como corolario de ello, la importancia de esta investigación radica en proponer la relajación como método o estrategia para afrontarlo. Pretende lograr un adecuado manejo del estrés y, de esa manera, mejorar el debilitado sistema inmunológico de las personas con SIDA,

hacer frente a las enfermedades oportunistas y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

El tipo de investigación que se utilizó fue la cuasi-experimental de sujeto único A-B, también llamada de caso único. Una de las características de este tipo de diseño es que los sujetos llevan su propio control, por dicha razón es aplicado en el contexto habitual de las personas del estudio. Al respecto Rojas expresa: “...los diseños Cuasi- Experimentales rara vez acontecen en el marco de un laboratorio, sino en el contexto de la vida real...” (Rojas. 2004: 125). Por ende, el trabajo fue realizado en el lugar donde habitan los participantes, es decir, la Fundación Hoy por Ti.

En este estudio, se propuso como fase A o línea base, la etapa de la preintervención en la cual se aplicaron instrumentos diagnósticos para realizar mediciones y estabilizar las variables.

En la Fase B, constituida por la etapa de intervención o tratamiento, se aplicaron dos técnicas de relajación: la de Jacobson y la de Benson; luego, las variables dependientes (la *frecuencia del estrés*, de la *magnitud del estrés* y de la *calidad de vida*) fueron medidas en cada participante: esta etapa conlleva un análisis de los cambios o efectos provocados por la variable independiente en las variables dependientes. Es importante aclarar que -al ser un estudio de caso único A – B- la etapa B o de tratamiento estuvo seguida de la fase C de seguimiento.

La población objeto de estudio inicialmente fue de 6 personas: 1 de sexo femenino de 37 años de edad y 5 del sexo

masculino, con edades comprendidas entre los 28 y los 50 años. Dado que dos de los varones abandonaron la investigación, se trabajó con 4 personas, sus edades y género se especifican en la tabla 1.

Tabla 1
Distribución de la población seleccionada según género y edad 2006

Sexo	Edad
Femenino	37 años
Masculino	37 años
Masculino	38 años
Masculino	38 años

Fuente: Alfaro, J. y Soto, N.H., San José, Costa Rica. 2006

Cada individuo fue abordado individualmente, debido a que en los estudios de caso único cada persona es su propio control (Montero, I. León, O. 2002).

Para seleccionar a los participantes se tomaron en cuenta criterios –inclusivos y exclusivos-, tales como:

- Haber contraído el VIH-SIDA hace más de dos años; la carga viral debía ser menor o igual a 50 copias o indetectable.
- Residir en la Fundación Hoy por Ti por al menos dos años.
- Haber controlado los efectos secundarios de los antirretrovirales, o presentar sólo sus efectos mínimos, ya que éstos pueden confundirse con síntomas de estrés.
- Presentar signos o síntomas de estrés físico, emocional o una combinación de ambos.
- Recurrencia de los síntomas o signos.

- No tener menos de 25 años ni más de 55.
- Leer y escribir.

Con el fin de medir las variables independientes (*frecuencia, magnitud y calidad de vida*), fue aplicada una Escala, dos veces por semana, durante las fases de ***línea base, intervención y seguimiento***. Con este instrumento se utilizaron rangos o valores para cada variable los cuales son detallados a continuación:

- ❖ Para la variable de ***frecuencia del estrés*** se utilizó la categorización de:
 - a. ***poco frecuente*** (de 0 a 2 veces en un mes)
 - b. ***frecuente*** (mayor de 2 y hasta 3 veces en un mes)
 - c. ***muy frecuente*** (más de 3 veces en un mes).

- ❖ Para determinar la ***magnitud del estrés*** debían marcar con esta escala:
 - a. ***leve***: de 0 a 3.99, es decir el trastorno no afecta las actividades de la vida diaria, molestia pequeña
 - b. ***moderada***: de 4 a 6.99, si mostraba algún cambio en sus actividades
 - c. ***severa***: de 7 a 10, si el trastorno producto del estrés resultaba incapacitante, es decir, que le impedía realizar las tareas cotidianas.

- ❖ En el caso de la ***calidad de vida*** se utilizó una categorización subjetiva, denominada unidad subjetiva (US), en la cual el sujeto se ubica en una escala de 0 a 10: 10 es la mejor calidad de vida y 0 la peor. Esta calificación parte de la percepción del trastorno o las molestias que generan estrés; con dicha información se elaboró la escala que mostramos a continuación:

- a. ***mala calidad de vida***: la escala de razón era de 0 a 3.99, en la que el sujeto era completamente incapaz de manejar el estrés
- b. ***regular calidad de vida***: de 4 a 6.99, en esta categoría el sujeto se sentía a veces bien, pero otras se sentía estresado y no era capaz de controlarlo
- c. ***buena calidad de vida***: de 7 a 10 la persona se sentía bien y manejaba adecuadamente el estrés, se desempeñaba bien.

Para controlar la efectividad en el entrenamiento con las técnicas de relajación de Jacobson y Benson (Zemach, Reese, 1996), se utilizó una escala que medía el grado de relajación para evaluar cuan relajado se sentían los participantes antes y después de cada sesión. Los sujetos debían practicar la técnica dos veces al día y documentar sus resultados basándose en la siguiente escala:

- a. de 9- 10 si se encontraba ***sumamente relajado***
- b. de 6 a 8: si se sentía ***relajado***
- c. de 5 a 3 si se percibía ***deficientemente relajado***
- d. de 2 a 1 si una vez realizada la relajación se encontraba ***tenso***.
- e. Con esta escala se determinó la variable independiente o entrenamiento en

Para medir y graficar, este estudio se dividió en tres fases: La ***línea base*** abarcó seis semanas, dos más que la ***fase de intervención***, dado que no había regularidad en el comportamiento del trastorno, el período fue extendido por dos semanas más para dar constancia a la línea base. Lo anterior, porque se ha visto que una tendencia estable es la más deseada "...ya que permite un punto de partida inequívoco para analizar la

eficacia subsecuente de un tratamiento de intervención...” (Barlow y Hersen. 1988: 79).

Las fases de *intervención* y de *seguimiento* de los sujetos duraron cuatro semanas. Durante la fase de seguimiento no hubo intervención, sólo evaluaciones con el registro de las variables dependientes.

Una vez concluida, los participantes y las personas socialmente significativas para ellos fueron entrevistados, como una forma de indagar los efectos más notables que han observado. Una vez realizado lo anterior se puso fin a la investigación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Debido a la brevedad, presentaremos los resultados de la comparación intersujeto. El análisis de información sujeto por sujeto se detalla en el reporte completo de esta investigación (Alfaro y Soto. 2006).

Para iniciar el análisis se presenta la variable frecuencia del estrés durante la *línea base*. El sujeto 1 mostró una línea estable, con un promedio de 1.66 episodios clasificados como *poco frecuente* (el sujeto con menos episodios de estrés durante esta fase). Los sujetos 2 y 4 presentaron un promedio de 2.66 veces ubicados en una categoría de *frecuente*, y con un comportamiento estable. Por su parte, el sujeto 3 presentó el mayor promedio el respecto, pues contó con 5.16 episodios, lo cual lo ubica en la categoría de *muy frecuente*.

Tabla 2

Promedio de las puntuaciones reportadas en las diferentes Fases, según las variables Frecuencia, Magnitud y Calidad de Vida.

		Línea Base	Intervención	Seguimiento
Sujeto 1	Frecuencia	1.66	3	4
	Magnitud	4.33	4.25	4.5
	Calidad de vida	4.5 US	5.75 US	5.5 US
Sujeto 2	Frecuencia	2.66	1.75	0.75
	Magnitud	6.75	4.25	1
	Calidad de vida	3 US	5.5 US	8 US
Sujeto 3	Frecuencia	5.16	4.25	3.5
	Magnitud	8.58	6	5
	Calidad de vida	1.5 US	4 US	5 US
Sujeto 4	Frecuencia	2.66	2.25	1.75
	Magnitud	3.58	2	1.75
	Calidad de vida	6 US	8 US	8.75 US

Durante la *fase de intervención*, la menor frecuencia (poco frecuente) la presentó el Sujeto 2, con un comportamiento descendente que se mantuvo y continuó en la *fase de seguimiento*. La mayor frecuencia fue de 4.25, presentado por el Sujeto 3 (muy frecuente).

En la *fase de seguimiento*, los sujetos 1 y 3 presentaron el promedio más alto en esta variable (muy frecuente). El Sujeto 1 fue quien tuvo más episodios, para un total de cuatro episodios, este dato representa el doble del promedio de la *línea base* (*cuadro 2*), un comportamiento no esperado, ya que la frecuencia del estrés aumentó a pesar de la intervención. Esta excepción puede deberse a varios factores tales como la insuficiencia de los ensayos conductuales y la práctica incorrecta de las técnicas, ya sea por la frecuencia con que las aplicaba o por la incomprensión de las indicaciones que acompañan su ejecución. Esta situación pudo interferir directamente en los

resultados, según Caballo "... Puede ser necesario enseñar al individuo a relajarse, antes de que aborde determinadas situaciones problemáticas; la reducción de la ansiedad favorece con toda probabilidad la actuación adecuada del paciente y la adquisición de nuevas habilidades...". (Caballo.1991: 413).

Sumado a lo anterior, otros factores estresantes, no controlados por la investigación (tales como situaciones asociadas a su patología de fondo o a su entorno y su realidad psicosocial (Jaime, 2003), pudieron intervenir.

El sujeto 3, presentó una línea variable pero estable; este comportamiento puede relacionarse con variables intervinientes, ya que durante la *línea base* y la *fase de intervención*, este sujeto presentó problemas familiares (la enfermedad de su hermana -quien cuidaba a sus hijos- y el abandono de esta labor le generó mucho estrés; también, su madre enfermó, situación que se estabilizó durante la *fase de seguimiento*, dado que hubo una disminución en la variable *frecuencia del estrés*). Es notable que el uso de la relajación fue efectivo, pues no aumentó, en este caso, la *frecuencia* con la que se presentaron los episodios de estrés, por el contrario, disminuyó; aunque los resultados no fueron los esperados, pues su calificación pertenece al rubro *muy frecuente*, al menos no volvieron a los niveles de la *línea base* y de la *fase de intervención*. Es probable que si se extendiera la fase de seguimiento la *frecuencia del estrés* seguiría descendiendo hasta alcanzar los niveles bajos.

Los sujetos 2 y 4 presentaron una variable *poco frecuente*, el promedio mínimo cuantificado lo presentó el Sujeto 2 (0.75). En ambos la tendencia era

descender, por lo tanto, se puede afirmar que la aplicación de las técnicas de relajación para estos sujetos resultaron efectivas, puesto que la frecuencia con la que experimentaban episodios de estrés disminuyó considerablemente a lo largo de toda la investigación.

En cuanto a la variable *magnitud* del estrés, durante la *línea base* el menor promedio identificado (3.58) fue el del Sujeto 4 (cuadro 2), quien presentó una categoría de *leve*, es decir, el estrés no afectó las actividades de su vida diaria, por lo que las molestias padecidas no son un factor que lo incapacite. Los sujetos 1 y 2, en la *línea base*, presentaron una conducta estable de la variable con una *magnitud moderada* (4.33 y 6.75 respectivamente) razón que motiva a cambiar aspectos de sus actividades diarias para que no resulten incapacitantes. Finalmente, el sujeto 3 presentó una conducta estable en cuanto a *magnitud del estrés*: el promedio fue de 8.58 (cuadro 2), representa una categoría de la *magnitud severa* y, por lo tanto, incapacitante, ya que no podía realizar las actividades de la vida diaria.

Durante la *fase de intervención* el promedio mínimo correspondió al Sujeto 4, con una *magnitud leve* del estrés (cuadro 2). Esto demuestra un efecto positivo en la disminución de la *magnitud* del estrés mediante la práctica de la relajación, ya que los resultados son muy favorables. Los sujetos 1 y 2 presentaron una *magnitud moderada*, ambos con 4.25 en promedio. Para el sujeto 1, la *magnitud* tiene un comportamiento similar a la variable *frecuencia* ya que muestra una línea estable, con un comportamiento descendente gradual. Es claro que los resultados generados por el entrenamiento en relajación en él fueron efectivos, pese a las variables intervinientes mencionadas

anteriormente. En cuanto al sujeto 3 presenta una conducta estable respecto de la magnitud del estrés, su promedio es de 8.58 (cuadro 2), lo coloca en la categoría de la *magnitud severa*, por lo tanto incapacitante, ya que no puede realizar las actividades de la vida diaria.

Durante la *fase de seguimiento* los sujetos 2 y 4 presentaron una *magnitud leve*, es decir, no afectó las actividades diarias de estos sujetos (cuadro 2). El menor promedio identificado lo obtuvo el Sujeto 2 (1), con un comportamiento variable, sin llegar a la magnitud presentada durante la *línea base* y la *fase de intervención*, por ende, se lograron los resultados esperados, y eso corresponde a la constancia y disciplina mostradas durante el entrenamiento y las contingencias ambientales, es decir, la trampa conductual (Wincze, Leitenberg y Agras, 1972), a través del reforzamiento realizado por sus compañeros con los logros obtenidos. Los sujetos 1 y 3 presentaron durante este período una *magnitud moderada*, la máxima fue de 5; el comportamiento estable de la variable en las tres fases para el sujeto 1 (*magnitud moderada*) indica que la *intervención* no causó un impacto importante en el comportamiento de la *variable en estudio*.

Respecto de la *calidad de vida* durante la *línea base*, los sujetos 2 y 3 presentaron una *mala calidad de vida* con promedios de 3 US y 1.5 US, este último fue el promedio mínimo identificado durante esta fase. El promedio máximo durante esta fase fue de 6 US, obtenido por el Sujeto 4, dato que indica una calificación *regular* en su calidad de vida (cuadro 2).

En la *fase de intervención* tres de los sujetos mostraron una *regular calidad de vida* el sujeto 1, el sujeto 2 y el sujeto 3 (cuadro 2). El sujeto 1 (con un promedio

de 5.75 US), tiene un comportamiento descendente, no esperado para esta variable, pero que puede deberse al incremento de las otras variables durante esta fase (*frecuencia del estrés* y *magnitud del estrés*) analizadas previamente. El menor promedio lo obtuvo el Sujeto 3 con 4 US; es decir una regular calidad de vida. El mayor promedio fue de 8 US y lo obtuvo el sujeto 4, con una categoría de *buena calidad de vida*.

Se puede afirmar que al introducirse el entrenamiento en relajación en la fase de *intervención* hubo una mejora en la *línea base* de todos los sujetos.

Durante la fase de *seguimiento*, los sujetos 1 y 3 presentaron una *regular calidad de vida*, con promedios de 5.5 US y 5 US, respectivamente. Este último es el menor promedio identificado en esta fase; el sujeto 1 mantuvo a lo largo de toda la investigación una *regular calidad de vida* (cuadro 2). Tanto el Sujeto 2 como el Sujeto 4 presentaron durante la fase de *seguimiento* una *buena calidad de vida*. El máximo fue de 8.75 US por el sujeto 4 (cuadro 2), la línea fue variable y ascendente durante todo el proceso, es decir, se mantuvo una conducta positiva a lo largo de la investigación. El comportamiento del sujeto 2 fue ascendente continuo, éste persistió en toda la *fase de seguimiento* lo cual significa una mejoría en su *calidad de vida*, es decir, hubo una relación inversa entre las variables *magnitud del estrés* y *frecuencia del estrés* en relación con la *calidad de vida*. Esto coincide con los resultados obtenidos de la investigación de Leiva y Madriz que afirman que "...se puede hablar de una relación inversa entre calidad de vida y frecuencia de presentación del trastorno. Un mejoramiento en la calidad de vida tiene

un efecto en la disminución de la frecuencia de presentación, ya que favorece el manejo de los efectos de la crisis y el estrés en el nivel fisiológico...” (Leiva y Madriz, 1999: 167).

Durante la *fase de intervención* se utilizaron dos técnicas de relajación como tratamiento; las dos primeras semanas se trabajó con la de Jacobson y siguientes con la de Benson. Al comparar la efectividad de cada una de estas se puede decir que, respecto de la *frecuencia del estrés* para el Sujeto 1, durante las dos últimas semanas los episodios de estrés aumentaron en la *fase de seguimiento*. Según los datos recopilados su frecuencia aumentó hasta llegar a 6 episodios en la última semana, por lo tanto, la elección no se considera la más adecuada para la disminución de la *frecuencia* y la *magnitud del estrés*.

En relación con la *magnitud del estrés* se observa un comportamiento similar que en la variable anterior, pues ésta aumenta en las dos últimas semanas de intervención. No hubo grandes logros en la fase de seguimiento. En el caso de este sujeto al aumentar tanto la frecuencia como la magnitud, su *calidad de vida* disminuyó en las últimas semanas de la fase de intervención y en la fase de seguimiento. Es decir, fue más efectiva -durante la fase de intervención- la técnica de Jacobson. Hay que señalar que este sujeto optó por continuar en la *fase de seguimiento* con la práctica de relajación de Benson, aunque, según se dijo anteriormente, no lograra los resultados esperados. Por lo tanto, en su caso no se pudo comprobar – objetivamente- cuál técnica fue la más efectiva.

Es importante recalcar que al comparar los datos obtenidos durante la *línea base* se encuentran resultados positivos, ya que la percepción en unidades subjetivas de la *calidad de vida* fue la más baja en

comparación a las otras fases. Según Muñoz y Pérez. “...el entrenamiento en relajación para el control del Estrés ha demostrado cierta eficacia con solo algunos minutos de aplicación...”. (Muñoz y Pérez 1997:226).

Los demás sujetos obtuvieron mejores resultados con la utilización de la técnica de Benson, dado que sus episodios disminuyeron, en las dos últimas semanas de la *fase de intervención*, tanto de la *frecuencia del estrés*, como en la *magnitud del estrés*. Se observó que durante la *fase de seguimiento* ambas variables mostraron una franca tendencia descendente; el Sujeto 2 fue quien evidenció los mejores resultados. Por su parte, la *calidad de vida* presentó un comportamiento ascendente en las dos últimas semanas de la *fase de intervención* y en la *fase de seguimiento*, esto es esperado pues cuanto menores sean la *frecuencia* y *magnitud del estrés*, mayor será la percepción de la *calidad de vida*.

Con base en lo anterior se puede afirmar que la técnica más efectiva fue la de Benson, ya que los sujetos optaron por la práctica de ésta durante la *fase de seguimiento* y tres de ellos obtuvieron resultados positivos con su aplicación. Se demuestra que la relajación tuvo resultados positivos en los sujetos.

CONSIDERACIONES FINALES

A la luz de los resultados obtenidos a lo largo de todo el proceso de investigación se considera finalmente que:

1. La mayor parte de la población que vive con VIH- SIDA presenta problemas psicológicos, los cuales incrementan el nivel de estrés al que están sometidos. Además, se debe considerar el efecto colateral de los antiretrovirales que muchas veces

afectan el sistema nervioso, tal y como lo menciona Brunner y Suddarth: "...Además algunos agentes provocan náusea, vómito, enzimas hepáticas elevadas, neutropenia, confusión y cambios conductuales..." (Brunner y Suddarth, 2002: 1538). Estos factores interfirieron negativamente en cuanto a la selección y participación deseada de los sujetos en la investigación. No obstante, mientras se realizaban las sesiones, la demanda aumentó considerablemente al observar los beneficios obtenidos en los sujetos participantes dentro de la misma.

2. La valoración de los resultados por parte de los sujetos fue muy positiva, ya que todos sintieron un mejoramiento en su *calidad de vida* y una disminución de la *frecuencia del estrés* y de sus efectos secundarios. Al comparar las medianas de los puntajes, antes y después de la *intervención*, se puede apreciar que con ésta no sólo disminuyó significativamente el estrés de los sujetos, sino que también los situó por debajo del puntaje de diagnóstico. Estos datos coinciden con el reporte de efectividad de los estudios de revisión de Maag y Kotlash (1994) y Muñoz y Pérez (1997).
3. Las variables *frecuencia del estrés* y *magnitud del estrés* son inversamente proporcionales a la *calidad de vida* de los sujetos. Tiene mayor influencia la *magnitud del estrés* sobre la *calidad de vida*, pues la *magnitud* está directamente relacionada con el inadecuado manejo del estrés y su comportamiento.
4. Con base en los resultados se evidencia que la técnica más efectiva depende de cada persona, tal es el caso de este estudio, en el cual el Sujeto 1 logra

mejores resultados con la utilización de la técnica de Jacobson, mientras que para los demás la más efectiva fue la de Benson, resultados similares encontrados por Sevilla y Zúñiga (1993).

5. Respecto de la validez social del estudio, las personas significativas-socialmente importantes- para los sujetos participantes en la investigación (pares, compañeros, parejas sentimentales), consideraron efectiva la intervención y los resultados positivos para los sujetos de estudio.
6. La intervención con la técnica mencionada es aplicable a las personas que viven con VIH/ SIDA. Cómo pudo observarse, los datos obtenidos sugieren que la relajación es un método efectivo para la reducción del estrés, los niveles de ansiedad y de depresión, con lo cual se consigue un mejoramiento de la integridad del sistema inmunológico y se evidencian aspectos positivos en la persona a nivel integral pues mejora la *calidad de vida*.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro, J. y Soto, N. **Estudio sobre la atención de Enfermería en el entrenamiento en relajación para el manejo del estrés en una población con VIH-SIDA**. Tesis (Licenciatura en Enfermería), Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica.
- Amer, A. (Abril, 2004). **Enciclopedia 6 Dx Dossier**. [Sitio en Internet]. (Revisada el 25 de junio del 2006). Disponible en: www.nexo.org/salud/dossier100/pag04.htm.
- Barlow, D. y Hersen, M. (1988). **"Diseños experimentales de caso único"**. Barcelona: Ed: Martínez Roca. S.A.
- Bruner, I. y Suddarth, D. (2002). **Enfermería Medicoquirúrgica**. (S. Smeltzer, & B. Bare, Tr.). Novena edición, vol. 1 y 2. México: Editorial Mc Graw Hil.

- Caballo, V. (1991). **“Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta”**. España: Editores Siglo Veintiuno.
- Conde, M. (Octubre, 2001). **El estrés como respuesta emocional**. [Sitio en Internet]. (Revisada en diciembre del 2004). Disponible en: www.saludalia.com/docs/Salud/web/vivir.
- Jaime, R. (2002). **Modelos de Cuidado de Enfermería**. Bases para el cuidado del paciente Oncológico. Sitio en Internet (Revisado el 28 de febrero del 2006) disponible en www.enfermeria21.com/MODELOSDECUIDADOSDEENFERMERIA.
- Lazarus. R. (1966). **(Psychological stress and the copen process)**. Estados Unidos: McGraw-Hill.
- Leiva, V. y Madriz, M. (1999). **Efectos del Entrenamiento en relajación y Habilidades sociales para el manejo de las enfermedades psicosomáticas**. Tesis (Licenciatura en Psicología), Escuela de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica.
- Lemaire, G. (1974). **La relajación y reeducación psicotónica**. España: Ediciones STVDIVM.
- López, R. (1996). **La relajación como una de las estrategias psicológicas de intervención más utilizadas en la práctica clínica actual. Parte I**. Sitio en Internet (Revisado el 10 de octubre del 2005). Disponible en: www.sid.cu/revista/mgi/vol12.
- Maag, J.W. y Kotlash, J. (1994). **Review of stress inoculation training with children and adolescents**. Behavioral Modification, 18(4): 443-469.
- Matey, P. (1998). **Morir de Estrés**. El Mundo: Salud y Medicina (revista electrónica; sitio en internet. (Revisado el 13 de abril de 2006). Disponible en: <http://www.el-mundo.es/salud/278/29N0177.html>.
- Montero, I. y León, O. (2002). **Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología**: Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. Julio, 2Vol. 2, N° 3. [Sitio en Internet]. (Revisada el 02 de agosto del 2003) Disponible en: www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-53.pdf. pp. 503-508.
- Muñoz, M. y Pérez, E. (1997). Eficacia del entrenamiento en inoculación de estrés en el control de la ansiedad. *Ansiedad y Estrés*.
- ONUSIDA. (2002). Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA: diciembre de 2002. Suiza.
- Rojas, L. (2004). **Antología de investigación Cuantitativa**. (Volumen 1). Costa Rica: ASSEPROSA.
- Sevilla, A. y Zúñiga, C. (1993). **Programa de capacitación para el personal de Enfermería sobre el manejo del estrés en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera**. Practica dirigida (Licenciatura en Enfermería), Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica.
- Wincze JP, Leitenberg H, Agras WS. (1972). **Los efectos que produce el reforzamiento y la retroalimentación en la conducta verbal de crónicos esquizofrénicos paranoides**. Journal of Applied Analysis, 5,247-262.
- Zemach D, Reese M. (1996). **Ejercicios de relajación, una manera sencilla de mantener la salud y la forma física**. (1º Edición). España: Editorial PAIDOS.