



UNIVERSIDAD MICHUACANA
DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
Cuna de héroes, crisol de pensadores

**UNIVERSIDAD MICHUACANA
DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO**

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE
ENFERMERÍA**

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**“EFECTIVIDAD DE LA DANZATERAPIA COMO INTERVENCIÓN
DE ENFERMERÍA EN LA INCERTIDUMBRE DE PERSONAS QUE
VIVEN CON VIH”**

TESIS

QUE, PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**MAESTRO EN ENFERMERÍA CON TERMINAL EN SALUD
PÚBLICA**

PRESENTA:

L.E. GERARDO SAUCEDO PAHUA

TUTORA:

DRA. MAYRA ITZEL HUERTA BALTAZAR

CO- TUTORAS:

DRA. MA. DE JESÚS RUIZ RECÉNDIZ

DRA. MA. LILIA ALICIA ALCÁNTAR ZAVALA

MORELIA, MICHUACÁN

NOVIEMBRE DE 2018

DIRECTIVOS

ME. ANA CELIA ANGUIANO MORÁN

Directora de la Facultad de Enfermería

DRA. ELVA ROSA VALTIERRA OBA

Secretaria Académica

ME. BÁRBARA MÓNICA LEMUS LOEZA

Secretaria Administrativa

TESIS

“EFECTIVIDAD DE LA DANZATERAPIA COMO INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA INCERTIDUMBRE DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH”

Presenta:

L.E. Gerardo Saucedo Pahua

Tutora:

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Co- Tutoras:

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Mesa Sinodal

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar
Presidente

Firma

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala
Vocal

Firma

Dra. Elva Rosa Valtierra Oba
Vocal

Firma

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo
Vocal

Firma

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz
Vocal

Firma

Morelia, Michoacán, México

Noviembre de 2018

DEDICATORIA

La culminación de la presente investigación de grado está dedicado especialmente al Ser Supremo, quien me ha guiado por el camino correcto y ha cuidado de mí, quien ha cristalizado todos mis sueños durante este trayecto de mi vida.

A los seres que más amo en esta vida, mis padres: María Trinidad Pahuá Ortega y Marcelino Saucedo Zúñiga, los cuales me han impulsado a seguir adelante a pesar de mis defectos y preferencias de vida.

A mis hermanos Juan Carlos, María de los Dolores, Navidad Cristina y Alejandro quienes son un impulso para seguir adelante, demostrándoles lo que siempre me dicen con amor.

A mis sobrinos Luz Arely, José Armando, German, Jordy, Carol Alexandra, Marcelino, Alexis Mateo, por su amor y alegría que siempre me transmiten al convivir, quienes son mí orgullo.

A la familia Álvarez Avalos por la confianza, el amor y los buenos deseos, gracias por aceptarme como un miembro más de su hermosa familia.

A mis amigas, Hilda García, Karla Vargas, Guillermina Jiménez, Nallely Gómez y Lorena Ávila por el apoyo la confianza y su amor incondicional.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi asesora y amiga, Mayra Itzel Huerta Baltazar por todo el apoyo, por la confianza y paciencia en la culminación del presente trabajo de investigación.

Agradezco a mis amigos y compañeros de la Asociación Civil CONVIHVE de Morelia, por su valioso apoyo en esta investigación, pues ustedes han sido el eje importante en la ejecución de este proyecto, gracias por permitirme tocar cada una de sus esferas de vida, Dios bendiga su vida y sus familias, estoy eternamente agradecido.

Agradezco a mis maestros que me han formado durante estos dos años, en especial a la Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz, por sus aportaciones para con este trabajo, mi admiración, respeto y cariño por siempre.

Agradezco a toda la comunidad de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, por su apoyo brindado en este camino, en especial a mí gran amiga y coordinadora la Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga, por su apoyo incondicional en este sueño.

Agradezco a mis tíos: Sergio Saucedo Zuñiga y Santos H. Martínez Menbreno por su amor incondicional y apoyo, reflejado en el estímulo para seguir adelante.

RESUMEN

Introducción. La infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), genera en las personas alteraciones físicas, psicológicas, espirituales y sociales que se derivan en incertidumbre ante un futuro incierto relacionado a su cronicidad, entendida la incertidumbre como la falta de seguridad, de confianza o de certeza sobre algo. La danzaterapia (DT) es el uso psicoterapéutico del movimiento que genera integración en los procesos cognitivos, corporales, espirituales y emocionales en la persona que vive con VIH (PVVIH). **Objetivo.** Determinar la efectividad de la danzaterapia como intervención de enfermería en la incertidumbre de personas que viven con VIH. **Metodología.** Estudio cuantitativo, cuasiexperimental; universo Asociación Civil CONVIHVE de Morelia, Michoacán; muestra no probabilística: grupo experimental (GE) n=15 y grupo control (GC) n=15. La intervención de enfermería, fue taller de DT, 12 sesiones, duración cuatro horas, cuatro semanas. Instrumento “Escala de la Incertidumbre de Mishel (MUIS)”, con 23 ítems. Análisis con SPSS V.22, estadística descriptiva y *t* de *Student*. **Resultados.** Mayoría sexo masculino 80% en GE y 86.7% en GC; solteros en GC (73.3%) y 66.7% en GE; escolaridad, 53.3% licenciatura en ambos grupos; religión católica, 73.3% GE y 80% GC. Nivel de incertidumbre (NI) pre-intervención: GE 40% regular y 33.3% alto, en GC el NI fue bajo (73.3%). En post-intervención, el NI en GE 100% bajo, y GC 60% con NI regular. Se encontró significancia estadística $p=.000$ en GE ($x=35$, $DE=\pm 22.81$, $t=5.942$), no en GC $p=.162$ ($x=7.20$, $DE=\pm 18.86$, $t=1.478$). **Conclusiones.** La danzaterapia como intervención de enfermería es efectiva en la disminución al nivel de incertidumbre en las personas que viven con VIH.

Palabras Clave. VIH. PVVIH. Danzaterapia. Incertidumbre. Enfermería.

SUMMARY

Introduction. The infection of the human immunodeficiency virus (HIV), the physical, psychological, spiritual and social alterations that result in uncertainty in the face of an uncertain future related to its chronicity, we understand the uncertainty as the lack of security, trust or confidence certainty about something. Dance therapy (DT) is the psychotherapeutic use of the movement that generates the integration in the cognitive, corporal, spiritual and emotional processes in the person living with HIV (PLHIV). **Objective.** Determine the effectiveness of dance therapy as an intervention of nursing in the uncertainty of people living with HIV. **Methodology.** Quantitative, quasi-experimental study; Civil Association CONVIHVE of Morelia, Michoacán; non-probabilistic sample: experimental group (GE) n = 15 and control group (GC) n = 15. The nursing intervention was a DT workshop, 12 sessions, duration four hours, four weeks. Instrument "Mishel Uncertainty Scale (MUIS)", with 23 items. Analysis with SPSS V.22, descriptive statistics and Student's t. **Results.** Most male sex 80% in GE and 86.7% in GC; single in GC (73.3%) and 66.7% in GE; schooling, 53.3% undergraduate degree in both groups; Catholic religion, 73.3% GE and 80% GC. Level of uncertainty (NI) pre-intervention: GE 40% regular and 33.3% high, in GC the NI was low (73.3%). In post-intervention, NI in GE 100% low, and GC 60% with regular NI. Statistical significance was found $p = .000$ in GE ($x = 35$, $DE = \pm 22.81$, $t = 5.942$), not in GC $p = .162$ ($x = -7.20$, $DE = \pm 18.86$, $t = 1.478$). **Conclusions.** Dance therapy as a nursing intervention is effective in reducing the level of uncertainty in people living with HIV.

Keywords. HIV. PLHIV. Dance therapy. Uncertainty. Nursing.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
I. JUSTIFICACIÓN	7
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
III. OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo general	19
3.2 Objetivos específicos	19
IV. HIPÓTESIS	21
4.1 Hipótesis	21
4.2 Hipótesis nula	21
V. MARCO TEÓRICO	23
5.1 Merle H. Mishel Teoría “Incertidumbre Frente a la Enfermedad”	23
5.2 Intervención de enfermería: Danzaterapia	28
5.2.1 Danzaterapia (DT)	29
5.3 Incertidumbre frente a la enfermedad en la persona que vive con VIH (PVVIH).....	33
5.4 Intervención de Danzaterapia en la incertidumbre en la PVVIH	34
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	39
6.1 Tipo de estudio.	39
6.2 Universo de estudio.	39
6.3 Tamaño de la muestra.	39
6.4 Técnica de recolección de datos	40
6.5 Definición del grupo experimental y del grupo control.	41
6.5.1 Grupo experimental	41
6.5.2 Grupo control	41
6.6 Criterios de selección:	42
6.6.1 Grupo experimental	42

6.6.1.1 Criterios de inclusión.....	42
6.6.1.2 Criterios de exclusión.....	42
6.6.1.3 Criterios de eliminación.....	42
6.6.2 Grupo control.....	42
6.6.2.1 Criterios de inclusión.....	42
6.6.2.2 Criterios de exclusión.....	43
6.6.2.3 Criterios de eliminación.....	43
6.7 Variables.....	43
6.7.1 Variable independiente.....	43
6.7.2 Variable dependiente.....	43
6.7.3 Operacionalización de las variables.....	43
6.8 Procedimiento.....	43
6. 9 Análisis de los datos.....	46
6.10. Organización.....	47
6.10.1 Recursos humanos.....	47
6.10.2 Programa de trabajo.....	47
6.10.3 Presupuesto.....	47
6.10.4 Plan de difusión y presentación de resultados.....	47
VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	49
VIII. RESULTADOS.....	57
IX. DISCUSIÓN.....	70
X. CONCLUSIONES.....	78
XI. RECOMENDACIONES.....	80
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
XIII. ANEXOS.....	97
Anexo 1. Escala de la incertidumbre de <i>Mishel Uncertainty in illness Scale</i>	
“MUIS” (Versión Breve de 23 Ítems).....	97

XIV. APÉNDICE	100
Apéndice 1. Cedula de identificación del participante.....	100
Apéndice 2. Operacionalización de variables socio demográficas	101
Apéndice 3. Operacionalización de variables de estudio.....	102
Apéndice 4. Consentimiento informado	103
Apéndice 5. Programa de Intervención de Enfermería basado en la Danzaterapia para la persona que vive con VIH.....	107
Apéndice 6. Instructivo del encuestador	140
Apéndice 7. Programa de trabajo	142
Apéndice 8. Presupuesto.....	143

ÍNDICE DE ESQUEMAS

Esquema 1. Modelo de incertidumbre percibida frente a la enfermedad de Mishel, MH.....	26
Esquema 2. Modelo reconceptualizado de la incertidumbre en enfermedades crónicas.	27
Esquema 3. Integración de la Teoría frente a la incertidumbre con la Danzaterapia como intervención de Enfermería en PVVIH.	32
Esquema 4. Taller de Danzaterapia como intervención de Enfermería en PVVIH.....	37
Esquema 5. Diseño cuasiexperimental con mediciones previas y posteriores con grupo de comparación.	39
Esquema 6. Procedimiento.....	46
Esquema 7. Conclusión de la intervención de Danzaterapia.....	76

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Puntajes de la Escala de Incertidumbre frente a la Enfermedad	41
Tabla 2. Análisis de fiabilidad de la escala de la incertidumbre de Mishel Uncertainty in illness Scale “MUIS” en la escala total y por dimensiones en el grupo experimental y control.	57
Tabla 3. Pruebas de normalidad del grupo experimental y del grupo control.	58
Tabla 4. Descripción de las características sociodemográficas de los participantes del grupo experimental y grupo control de estudio, 2018. .	59
Tabla 5. Nivel de incertidumbre pre-intervención en los grupos de estudio.	61
Tabla 6. Nivel de incertidumbre post-intervención en los grupos de estudio.	61
Tabla 7. Media del nivel de incertidumbre pre-pos intervención en los grupos de estudio.....	62
Tabla 8. T de Student, correlación muestras relacionadas entre el nivel de incertidumbre pre-pos intervención en los grupos de estudio.	62
Tabla 9. Nivel incertidumbre relacionado al sexo de los participantes del grupo experimental.	63
Tabla 10. Nivel incertidumbre relacionado a la edad de los participantes del grupo experimental.	63
Tabla 11. Nivel incertidumbre relacionado con el estado civil de los participantes del grupo experimental.	64
Tabla 12. Nivel incertidumbre relacionado con la escolaridad de los participantes del grupo experimental.	64

Tabla 13. Nivel incertidumbre relacionado con la situación laboral de los participantes del grupo experimental.	65
Tabla 14. Nivel de incertidumbre relacionado con la religión de los participantes del grupo experimental.	65
Tabla 15. Nivel incertidumbre relacionado con los años de diagnóstico de los participantes del grupo experimental.....	66
Tabla 16. Nivel incertidumbre relacionado con los años en tratamiento de los participantes del grupo experimental.....	67
Tabla 17. T de Student muestras relacionadas entre el nivel de incertidumbre pre-pos intervención en los grupos de estudio.....	67

INTRODUCCIÓN

En ésta investigación se presenta la Danzaterapia como intervención de Enfermería en la persona que vive con el virus de inmunodeficiencia humana (PVVIH), frente a la incertidumbre de vivir con la enfermedad a través del procesamiento cognitivo en torno a la cronicidad. Esta intervención se realizó en un grupo de personas que viven con VIH (PVVIH) que asisten a la Asociación Civil CONVHIVE de la ciudad de Morelia, Michoacán, México.

Desde la identificación de la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en el año de 1983, se ha reconocido la permanencia y propagación del virus, y de otras infecciones de transmisión sexual graves (Vidal, 2016). Situación alarmante de salud pública en el mundo, debido al difícil control de la epidemia en todas las clases sociales (Días et al., 2016).

Cuando una persona es diagnosticada con VIH afronta cuestionamientos personales de crueldad, afectando su relación consigo mismo con el entorno familiar, laboral y social, por lo anterior le resulta difícil la aceptación al acceso a los servicios de salud; debido a toda una construcción sociocultural de estigma y discriminación en torno a la enfermedad, situación compleja de salud pública en pleno siglo XXI, que contribuye a que las personas eviten el tamizaje por temor a ser rechazados (Bermúdez et al., 2015).

Las intervenciones de enfermería son acciones integrales, dirigidas a fomentar hábitos de vida saludables, prevenir las enfermedades y mejorar la calidad de vida (CV), se consideran un pilar fundamental para la atención de la salud, con el propósito informar y motivar a la población para adoptar y mantener prácticas saludables, además de propiciar cambios y dirigir la formación de recursos humanos y la investigación (Menor et al., 2017).

Araya et al., en 2013, refieren que los profesionales del cuidado son identificados por las personas con VIH, como personas especializadas en dirigir

intervenciones de autocuidado, ya que son expertos en fortalecer dichas habilidades en personas que padecen alguna enfermedad crónica (Galvis et al., 2016).

Las PVVIH manifiestan interés en aprender temas relacionados con su salud como; en la adherencia al tratamiento, en el manejo del estrés y alimentación de forma que les permita hacer frente a la incertidumbre de vivir con VIH en el manejo de síntomas asociados a la enfermedad, entre otras enfermedades no relacionadas al virus (Araya et al., 2013).

De esta forma se considera la necesidad de intervenir en el tema, con la intención de disminuir la incertidumbre frente a la infección por el VIH, debido a que las intervenciones de enfermería aumentan la participación de los pacientes en su cuidado y tratamiento, esto favorece en la PVVIH el que tenga tranquilidad, satisfacción y seguridad y por consiguiente una disminución en complicaciones al estado de salud (Jiménez et al., 2013).

Dado que la tendencia actual en intervenciones en enfermería es realizar la integralidad en ellas, se eligió la danzaterapia. Para favorecer la tranquilidad en la PVVIH se realizó un taller de danzaterapia como intervención de enfermería con el propósito de observar el efecto de ésta en la incertidumbre de las PVVIH.

La Asociación Americana de Danza Terapia (ADTA) la define como “el uso psicoterapéutico del movimiento para promover la integración emocional, cognitiva, física y social de un individuo”, citado por (Serrano et al., 2016), el uso terapéutico y/o psicoterapéutico de la danza y el movimiento logra la integración de los procesos cognitivos, corporales y emocionales del sujeto, esto permite ser de utilidad a los profesionales del cuidado para crear comportamientos saludables en el aumento a la capacidad cognitiva y emocional durante la cronicidad de la persona seropositiva.

La danzaterapia es utilizada en su connotación terapéutica, actualmente existen dos modalidades. La primera, la danza como recurso que promueve la sensación de bienestar físico y psicológico, la cual es conocida como danza terapia, la segunda, se define como el uso psicoterapéutico de la danza y/o el movimiento para generar procesos de integración física, mental y social del individuo, la cual ha

sido conceptualizada como danza movimiento terapia. Ambas son clasificadas como terapias corporales (Córdoba y Vallejo., 2013).

La terapia corporal es una terapia holística alternativa que combina el trabajo unificado con el cuerpo y la emoción, que se centra especialmente en el movimiento, tomando en consideración que el cuerpo tiene memoria mediante la expresión de las emociones, la conciencia, en el alivio al sufrimiento, aumentando la gaudibilidad en las PVVIH (Huerta, 2017).

La danzaterapia, es una terapia-psicorporal, considerada una intervención al cuidado humanizado y holístico que no se practica comúnmente en centros de salud, hospitales o de forma independiente. Sin embargo, utilizar la danza como terapia resulta benéfico para pacientes con depresión y enfermedades crónicas como el cáncer y VIH, entre otras (Forte y Bueno, 2016).

El marco de referencia a esta intervención de enfermería fue la Teoría de la Incertidumbre Frente a la Enfermedad de la Doctora Merle H. Mishel, por su relación al describir cómo el paciente procesa cognitivamente los estímulos relacionados con la enfermedad, la teoría explica los factores estresantes asociados al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, mediante el proceso por el cual los individuos responden a una incertidumbre inherente ante la enfermedad, es aquí donde la capacidad cognitiva de la PVVIH permite a los profesionales del cuidado, proveer intervenciones innovadoras para hacer frente a la incertidumbre (Peñaloza, 2013).

Por lo anterior se propone la intervención de danzaterapia en PVVIH para lograr beneficios que favorezcan la integración de la incertidumbre como oportunidad ante la adaptación de su cronicidad, dicha intervención de enfermería se realizó en doce sesiones de aproximadamente 4 horas cada una, durante cuatro semanas, aplicando un test de medición antes y después de dicha intervención con el fin de determinar el efecto de la intervención ante la incertidumbre de la PVVIH.

La metodología que se utilizó en esta investigación fue un estudio cuantitativo con un diseño cuasi-experimental longitudinal y explicativo según (Grove et al, 2016; Hernández, Fernández y Bautista, 2014), dada la necesidad de realizar mediciones

previas y posteriores en el grupo experimental y grupo control con el objetivo determinar y explicar el efecto de la intervención de enfermería en las PVVIH que asisten a la Asociación Civil CONVHIVE y que participaron en dicha intervención.

El documento está estructurado por XIV capítulos, en el capítulo I presenta la justificación del trabajo, se inicia con algunos datos numéricos a nivel Mundial, Nacional y Regional referente a la morbilidad y mortalidad por VIH-SIDA, en este apartado se describen aspectos relevante entorno a la vivencia he impacto que viven las personas seropositivas, aunado a la relevancia que tiene para la ciencia de enfermería, se presentan algunos estudios que preceden al eje temático de esta investigación, concluyendo con la factibilidad del estudio, el capítulo II presenta el planteamiento del problema, la necesidad que originó el desarrollo de esta investigación; en el capítulo III se establecen los objetivos entorno a esta investigación, en seguida el capítulo IV presenta la estructura de la hipótesis del proyecto de investigación.

En el capítulo V se desarrolla el marco Teórico de referencia como sustento a este proyecto, en el subyace el sustento filosófico entre el cuidado y la danzaterapia como terapia holística en la adaptación frente a la incertidumbre vista como una oportunidad en la persona con enfermedad crónica y por consiguiente el aumento a la calidad de vida de la PVVIH, se presentan algunos esquemas que emergen del modelo de incertidumbre percibida frente a la enfermedad de Mishel, MH, adaptado a la intervención de Danzaterapia.

En el capítulo VI se expone lo referente a material y métodos aunado a los criterios establecidos por la casa mater, en este apartado se describe a detalle las características del instrumento entorno al eje temático de investigación, para su análisis he interpretación el cual será aplicado en un grupo experimental y en un grupo control; en el capítulo VII se presentan los códigos y normas que rigen la investigación en humanos, de tal forma se describe y se aplicara la normatividad que establece el territorio mexicano en materia de investigación, aunado a los

criterios que establece el Consejo de Derechos Humanos y la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en México.

El capítulo VIII presenta los resultados derivados del análisis estadístico de los datos mediante tablas., esta investigación, en el capítulo IX se muestra la contrastación de los datos cuantitativos obtenidos con los resultados de otros autores así como la exposición y explicación de la teoría a la luz de los resultados. El capítulo X se expresa la conclusión derivada de los dos capítulos anteriores; en el capítulo XI se expresan algunas recomendaciones derivadas del estudio.

El capítulo XII se dedica a las referencias bibliográficas contenidas a lo largo de este trabajo de investigación; en el capítulo XIII se colocan los anexos, aunado al capítulo XIV contiene los apéndices que integran este trabajo de investigación.

Capítulo I

I. JUSTIFICACIÓN

Cada 1º de Diciembre se celebra el “Día mundial del SIDA” organizado por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). El informe oficial de 2017 reportó que 36.7 millones de personas vivían con VIH en todo el mundo, situación alarmante debido al aumento de casos, ya que en 2015 reportaron 33.3 millones de personas con VIH (ONUSIDA, 2017).

Se estima que 1.8 millones de personas contrajeron la infección por el VIH en 2016, en el mismo año fallecieron 1 millón de personas en todo el mundo a causa de enfermedades relacionadas con el sida. Desde el comienzo de la epidemia se tiene un registro de 35 millones de defunciones en el mundo sin importar edad o género (ONUSIDA, 2017).

Cabe señalar que 34.5 millones de personas que viven con VIH son adultos, entre 2010 al 2016 se ha logrado un 11% en la reducción de nuevas infecciones por VIH y 2.1 millones lo conforman niños y niñas menores de 15 años, con una disminución sobresaliente del 47%. Lográndose en ambos grupos etarios un aumento en la esperanza de vida (UNUSIDA, 2017).

El aumento a la esperanza de vida en las PVVIH, se ha dado mediante la adherencia a fármacos especializados que reducen el virus del VIH en el cuerpo, y por consiguiente un aumento de células T CD4, estas células constituyen una parte esencial del sistema inmunitario (ONUSIDA, 2017), por esta razón el VIH-SIDA ya no figura desde hace 10 años entre las 10 primeras causas de muerte en el mundo, según la Organización Panamericana de salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS, OMS, ONUSIDA, 2016).

Los países en vías de desarrollo, que viven en condiciones precarias y tienen déficit de atención médica en materia de salud pública, son altamente vulnerables a contraer la infección del VIH, según la OMS y la ONUSIDA (Robles, 2016).

Los grupos vulnerables con mayor riesgo de contraer la infección por el VIH, son hombres que tienen sexo con hombres (HSH), seguida de los consumidores de drogas inyectables, los presos, los transexuales, las y los trabajadores sexuales y

sus clientes (OPS, OMS, ONUSIDA, 2016). Se calcula que en 2015, el 44% de los nuevos casos de infección afectaron a personas de estos grupos y a sus parejas, de las cuales solamente el 70% de las personas infectadas por el VIH conocen su estado serológico (OMS, 2017).

Cuando la población altamente vulnerable conoce su estado positivo de VIH, solicitan recibir tratamiento, el cual es gratuito en todo el mundo. A finales de noviembre de 2017 se tuvo un registro de 19.5 millones de personas con acceso al tratamiento antirretroviral, lo cual significa un aumento del 14% con respecto al 2015, con 17.1 millones de personas (ONUSIDA, 2017).

El VIH-SIDA es un problema de salud pública a nivel mundial (Compean et al., 2014). Dicho problema de salud abarca esferas psicológicas y emocionales a nivel personal y social. El estigma aparece como un atributo desacreditante en las personas seropositivas, situación que crea una barrera a no buscar tratamiento, generando incertidumbre, la cual se ve reflejada en preocupación, ansiedad y depresión, deteriorando su calidad de vida (CV) (Pantoja, 2014).

Durante el 2016 en América Latina 1,8 millones de personas vivían con el VIH, registrando en la región aproximadamente 97.000 nuevas infecciones en adultos y 1.800 en menores de 15 años. Cabe mencionar que 36.000 personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida. Entre 2010 al 2016 el número de muertes relacionadas con el sida en la región experimentó un descenso del 12% (ONUSIDA, 2017).

Con lo que respecta a México, el Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH y el sida (CENSIDA) reporto en 2016, 220 mil personas vivían con VIH, con una prevalencia de 15 a 49 años de edad; notificando 12 mil nuevas infecciones por VIH al año. Este análisis permitió observar una disminución del 15% entre el 2005 al 2016. Se estima que cada día, 33 personas adquieren el VIH en nuestro país. La tasa de mortalidad en 2016 por VIH fue de 3.8% por cada 100 mil habitantes, siendo para las mujeres 1.3 % y para los hombres 6.4% (CENSIDA, 2017).

De acuerdo con la tipología de ONUSIDA, México tiene una epidemia concentrada, en la que existen poblaciones que son clave en la respuesta a la epidemia. Las prevalencias de VIH en estas poblaciones clave son: hombres que tienen sexo con hombres (17.3%), personas que se inyectan de drogas (5.8%), mujeres trabajadoras sexuales (0.7%) y hombres trabajadores sexuales (24.1%), así como mujeres transgénero (15-20%). En este mismo país una de cada tres personas con VIH desconoce que tiene la infección y solo 141 mil personas que viven con VIH conocen su estado serológico (CENSIDA, 2017).

En 2016 Galvis et al., observaron que la estabilidad familiar se puede ver afectada si un miembro de la familia vive con VIH/SIDA, esto los lleva a redefinir decisiones de apoyo y acompañamiento durante el tiempo de cronicidad, siempre y cuando la persona lo solicite.

A nivel nacional los estados con mayor número de registros en VIH-SIDA son: Ciudad de México, Estado de México, Veracruz y Jalisco. Michoacán ocupa el lugar número 20 con un registro de 5,768 personas con VIH-SIDA, se han notificado 893 nuevos casos en los últimos tres años, predominando el género masculino entre los 20 y 39 años de edad en promedio (CENSIDA, 2016). Siendo Morelia, Apatzingán y Lázaro Cárdenas las entidades con mayor incidencia según la Secretaria de Salud de Michoacán (SSM, 2017). El estado de Michoacán en 2015 reportó 97 defunciones relacionadas al SIDA, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015).

Recibir la noticia y ocultar el diagnóstico de VIH, provoca desequilibrio en todas las esferas del ser humano. Una de las esferas que más moviliza la noticia del VIH es la esfera psicológica, ante la desesperanza, el miedo y la impotencia, así como la frustración, la culpa y el rechazo frente a la incertidumbre de vivir con VIH (Huerta, 2017).

Dávila et al (2015), argumentan que la incertidumbre frente al VIH crea barreras que impiden que las personas seropositivas acepten su estado de salud, enfermedad y tratamiento, ocasionando un potencial peligro para ellas, es por ello,

que los profesionales de la salud deben intervenir como una fuente de apoyo en la estructura de interpretación del marco de estímulos ante el proceso de cronicidad (Triviño et al, 2016).

Pinto et al., 2015 refiere que los profesionales del cuidado de la salud deben hacer frente a la incertidumbre que vive la persona con VIH, con el fin de orientar acerca de la evolución de la patología, además de brindar un soporte psicológico y social a este grupo de personas y minimizar los efectos negativos frente a la enfermedad a través de intervenciones holísticas e integrales.

La evidencia científica ha demostrado que las intervenciones integrales que ofrecen los profesionales del cuidado, han modificado favorablemente el sistema cognitivo durante el transcurso de la cronicidad en la persona seropositiva. De tal forma que, los profesionales de enfermería que atiende a las personas con VIH, son identificados como las personas más idóneas en brindar recomendaciones de cuidado (Araya et al, 2013).

Dávila et al (2015), argumentan que las intervenciones de enfermería, son el pilar fundamental en la promoción, prevención y cuidado, siendo de bajo costo pero altamente efectivas en la modificación a los estilos de vida, además de modificar el entorno que los rodea. Menor et al (2017) refieren que, los profesionales de enfermería puede orientar procesos de capacitación a fin de fortalecer habilidades de cuidado en las personas con alguna enfermedad crónica, esto permite realizar un autoanálisis y planear intervenciones holísticas frente al diagnóstico y su futuro.

Es fundamental que el cuidado de enfermería este inmerso en intervenciones integrales y holísticas en mejora a la calidad de vida de las personas con enfermedad crónica. La evidencia científica revela que estas intervenciones impactan en el bienestar físico, psicológico, espiritual y social, en las personas que viven con VIH (Huerta, 2017).

En la actualidad existe un creciente interés y se observa una mayor divulgación científica acerca de la efectividad que tiene la danzaterapia en personas que viven bajo una condición crónica-degenerativa.

Bajo la perspectiva psicoterapéutica del movimiento, se han encontrado diversos estudios enfocados a personas que viven bajo una condición crónica, como es el estudio titulado: “Uso de la danzaterapia en la adaptación psicológica a enfermedades crónicas. (Cáncer, Fibrosis y Sida)”, este estudio revela que la DT es un excelente complemento para aliviar los efectos colaterales de las terapias altamente agresivas, la DT permite reducir la fatiga, la ansiedad, depresión y percepción del dolor., aumentando el vigor, la energía vital, mejorando en la persona autoimagen y un estado interno (Sebianiel, 2005).

Aunado al estudio anterior, los investigadores Montero y Ramos en 2012 tuvieron como objetivo determinar el impacto social y cultural que dejará la implementación de un programa que promueva el arte a través de la danza, mejorando la calidad de vida de los niños infectados con VIH. El análisis de los resultados permitió determinar que el 88% de la muestra, mejoro el estado de ánimo relacionado al estrés y la depresión. Los investigadores a partir de este resultado refieren que la danza tiene beneficios en la salud de los niños con VIH/SIDA, ya que el 82% de los participantes incrementaron sus niveles de CD4.

En este mismo eje de investigación y consulta se encontró el trabajo titulado: “Efecto de la danza en los enfermos de parkinson”, el objetivo fue realizar una evaluación exhaustiva de estudios que investigaran acerca de si la danza favorece en la rehabilitación de los enfermos de parkinson. La metodología que se implementó fue una revisión sistemática en diversas bases de datos de revistas médicas internacionales, publicados en el idioma español e inglés a partir del año 1980 hasta enero del año 2012; el análisis de los resultados sugieren que la danza puede ayudar en la rehabilitación de alteraciones motoras, ya que se aprecia una disminución del riesgo de caída al mejorar el equilibrio y la marcha (Valverde et al., 2012).

El estudio anterior se relaciona al trabajo de investigación titulado: “Efectividad de la expresión corporal para la mejora de la capacidad expresiva en el trastorno mental grave”, en este trabajo el investigador refiere que la expresión

corporal podría utilizarse como una intervención de enfermería eficaz para mejorar la capacidad expresiva tanto verbal como no verbal en pacientes con trastorno mental grave (Sánchez, 2014).

En esta misma labor de investigación y consulta se encontró el trabajo titulado: “Efecto de la danzaterapia en el nivel de autoeficacia emocional de cinco adolescentes con trastorno depresivo, en programa residencial: aportes para una intervención psicoterapéutica alternativa”, en esta investigación se empleó un taller de dieciséis sesiones de danzaterapia, estructuradas a una frecuencia de dos veces por semana, por un periodo de dos meses. Este estudio con un diseño cuasi-experimental pudo demostrar al término del tratamiento, que el 86% de los participantes aumentaron su nivel de eficacia emocional y se pudo observar una disminución de síntomas depresivos. Los resultados cualitativos de mostraron que, el tratamiento de danzaterapia generó en el participante la reducción de emociones negativas de estrés, e incremento en la autoconfianza y espontaneidad (Ramos, 2017).

La investigación anterior permite resaltar la importancia que tiene el uso de la danzaterapia en pacientes psiquiátricos, es por ello que en México los investigadores Domínguez y Chávez en 2017, realizaron el estudio titulado: “Efectos de danzaterapia en atención, control instruccional, psicomotricidad e interacción social de internos psiquiátricos. En el cual se realizó un registro cualitativo con base en la observación del participante y en bitácoras se registraron las interacciones paciente-paciente y paciente-terapeuta; teniendo como principal objetivo la observación y la detección de indicadores relacionados con las interacciones sociales. La investigación arrojó resultados mediante los cuales se puede decir que la danzaterapia influyó de manera significativa en las habilidades sociales.

Teniendo en cuenta el concepto de cronicidad, subyace en este constructo la integración de las enfermedades oncológicas y su relación con la DT, se puede observar en el trabajo titulado: “Experiencias de danzaterapia de mujeres que han sufrido cáncer de mama. Un estudio fenomenológico”. Los autores afirman que la

danzaterapia resulta benéfica en la experiencia de integración y bienestar, mejorando la calidad de vida en personas con cáncer (Forte y Bueno, 2016).

Chica en 2017, en su tesis de doctorado tuvo como objetivo analizar los efectos de un programa normalizado de danza española de seis semanas, aplicado sesiones de una hora con una frecuencia de dos veces semanales, sobre las variables psicológicas (estado de ánimo, depresión, ansiedad, inteligencia emocional y autoconcepto), sobre el nivel sintomático, capacidad funcional, y sobre la composición corporal de mujeres con fibromialgia. Para analizar estadísticamente el efecto de la danza española entre los grupos se utilizó la técnica de t-student y Wilcoxon. Al final del estudio se concluyó que, el programa normalizado de danza tuvo efectos favorables en un 89% de los participantes con fibromialgia, estas personas pudieron mejorar aspectos como el estado de ánimo, la depresión y la ansiedad.

Los estudios anteriores conducen y orientan esta investigación porque hacen una invitación a profundizar y aplicar la danzaterapia a PVVIH, como una terapia holística e integrativa. Está psicoterapia-corporal a través del movimiento, podría ser una intervención de enfermería, que coadyuve a modificar el nivel de incertidumbre que vive la persona seropositiva ante un futuro incierto.

Este proyecto de investigación en enfermería fue factible porque los recursos económicos necesarios para su desarrollo fueron cubiertos en su totalidad por el investigador de la misma. Durante todo el taller el investigador otorgo el recurso material, detallado en el apartado de recursos humanos, materiales y económicos (Véase apéndice 7). Es factible porque conto con la aceptación y participación de personas que viven con VIH, integrantes de la Asociación Civil CONVIHVE. Cabe mencionar que el espacio físico utilizado fue la sala usos múltiples de dicha asociación. Dado a lo anterior el investigador fue capacitado por el “Instituto Internacional de Core Danzaterapia con el apoyo del Consejo Internacional de la Danza (CID) y la Comisión de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura”.

Aunado a lo anterior y garantizando la viabilidad a este proyecto, la evidencia científica ha demostrado que la danzaterapia permite promover la integración emocional, cognitiva, física y social del individuo, facilitando a la persona una conexión con su ser interior (ADTA, 2014). La PVVIH tomará conciencia de su yo corporal a través del movimiento, entendiendo por danza movimiento terapia cualquier expresión corporal, verbal y no verbal que realice la personas seropositiva (Álvarez y Fischman, 2014).

La cronicidad que vive la persona con VIH requiere una intervención holística dado a las características especiales, como son: la naturaleza de la enfermedad crónica, sentimientos de incertidumbre por la etiología y su futuro, tratamiento insuficiente y, por otro lado, el significado social de estigma y discriminación (Triviño et al., 2016)

Esta investigación contribuye a la problemática del estudio porque se propone el uso psicoterapéutico a través del movimiento corporal, que modifica el nivel de incertidumbre. La conexión interna que genera la DT permite experimentar y expresar sentimientos que pueden fortalecer a la persona, a tener nuevas oportunidades de adaptación frente a la incertidumbre de vivir con VIH, siendo éste el objetivo principal de esta investigación. Esta intervención contribuye al cuidado de enfermería porque es capaz de modificar el sistema cognitivo mediante un método no invasivo que puede garantizar el aumento a la calidad de vida a PVVIH.

Con la presente investigación se espera contribuir a la ciencia en enfermería, al fortalecer las habilidades de cuidado entorno al VIH, en base a los resultados, proponer la intervención de enfermería como momentos de cuidado durante la cronicidad de la persona seropositiva, a la vez fortalecer al cuerpo académico "Cuidado humanizado en condiciones crónicas" de la Facultad de Enfermería de la Benemérita y Centenaria Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, a la cual pertenece.

Capítulo II

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), es una enfermedad que genera impacto a nivel individual produciendo consecuencias biológicas, cognitivas y comportamentales que derivan en incertidumbre frente a la enfermedad, esta presenta alteraciones significativas en la vida de quienes la contraen (Pino, 2014).

El VIH produce alteraciones cognitivas reflejadas en la atención/memoria, velocidad de procesamiento de la información, memoria/aprendizaje, abstracción/función ejecutiva, lenguaje/verbal y habilidades motoras estas interfieren de forma significativa frente a la incertidumbre en la vida diaria y en su futuro de quien lo padece (García et al, 2015).

La incertidumbre que vive la persona con VIH se refleja en aislamiento social, laboral, depresión, miedo y preocupación ante lo desconocido y por el futuro de modo que esta se convierte en parte de su vida diaria (Fernández et al, 2015); un cambio en el estilo de vida implica una adaptación personal y familiar; la PVVIH experimenta periodos de salud plena, pero al mismo tiempo permanece alerta ante cualquier riesgo que pudiera resultar en discapacidad o muerte (Rubiano, 2013); situación que los lleva a una redefinición de su persona y de su vida, mediante un proceso de aprendizaje sobre sí mismos y sobre la enfermedad (Carrasco et al, 2013).

Noguera et al., en 2015, refieren que la población en México generalmente no busca el tamizaje por sí mismos o por motivación intrínseca, sino por indicación médica, debido a la incertidumbre de vivir con VIH/sida, siendo este el principal factor psicosocial asociado con el inicio tardío de la terapia antirretroviral.

Diversos estudios demuestran que el inicio tardío de los retrovirales en las PVVIH es complejo, debido a que la mayoría oculta su estado serológico (Cortés et al., 2014); las personas seropositivas menudo obtienen orientación sobre la salud y el cuidado, pero algunos no responden apropiadamente debido a la incertidumbre frente a las complicaciones por el SIDA (Vélez et al, 2015).

Conocer la incertidumbre frente a la enfermedad en las personas que viven con el VIH / SIDA es esencial, teniendo en cuenta a las personas que no poseen el mínimo necesario para supervivencia (Cunha et al., 2017). La cronicidad de la patología requiere un tipo de intervención integral al tener unas características especiales, como son: la naturaleza de la enfermedad crónica, sentimientos de incertidumbre por la etiología y su futuro y, por otro lado, el significado social (Triviño et al, 2016).

Las alteraciones del pensamiento provocadas por la incertidumbre frente a la infección es un factor pronóstico para la aparición de alteraciones cognitivas y emocionales en las PVVIH, aumentando la recurrencia a la atención médica especializada, generando un gasto en los servicios de salud (Pino y Martínez, 2014). Estas afectaciones psico-emocionales frente la incertidumbre de vivir una enfermedad crónica deben mitigarse y aliviarse por lo profesionales de la salud (Barrera et al, 2014).

Es aquí donde la intervención de enfermería debe responder a las necesidades reales de este grupo de personas, siendo un impulsor del dinamismo entre la PVVIH y los momentos de cuidado del profesional de enfermería, tomando en cuenta la incertidumbre que vive la persona seropositiva durante su cronicidad puede ser un peligro o una oportunidad ante la adaptación.

Por lo anteriormente indagado se hace el siguiente cuestionamiento.

¿Cuál es la efectividad de la danzaterapia como intervención de enfermería en la incertidumbre de personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana (PVVIH)?

Capítulo III

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar la efectividad de la danzaterapia como intervención de enfermería en la incertidumbre de personas que viven con VIH.

3.2 Objetivos específicos.

- 3.2.1 Describir las características sociodemográficas de los grupos experimental y control.
- 3.2.2 Identificar el nivel de incertidumbre pre y post intervención en el grupo experimental y en el grupo control.
- 3.2.3 Correlacionar los niveles de incertidumbre con las características sociodemográficas en el grupo experimental.

Capítulo IV

IV. HIPÓTESIS

4.1 Hipótesis

La Danzaterapia es efectiva en la disminución de la incertidumbre en la PVVIH.

4.2 Hipótesis nula

La Danzaterapia no es efectiva en la disminución de la incertidumbre en la PVVIH.

Capítulo V

V. MARCO TEÓRICO

En este apartado se describe el sustento teórico que fundamenta el proceso de esta investigación. En la primera parte se describe la Teoría de la “Incertidumbre Frente a la Enfermedad” de Merle H. Mishel, mediante la explicación del esquema cognitivo para la interpretación subjetiva de la incertidumbre ante la enfermedad. En la segunda parte se presenta la danzaterapia como intervención de enfermería. En la tercera parte se describe la vivencia frente a la incertidumbre de personas con VIH, y por último se indaga como la danzaterapia puede favorecer al bienestar, físico, social, espiritual, frente a la adaptación ante la incertidumbre de vivir con VIH.

5.1 Merle H. Mishel Teoría “Incertidumbre Frente a la Enfermedad”

En la actualidad existen Teóricas en Enfermería con diversas perspectivas para el abordaje a situaciones de enfermedad crónica, estas son una guía para el profesional de cuidado. Entre ellas se encuentra la teoría de rango medio de Merle H. Mishel la cual afirma que *“Su teoría puede explicar situaciones clínicas y diseñar intervenciones que llevan a la práctica basada en datos científicos”* (Mishel, 2008).

Desde la psicología la incertidumbre es un estado cognitivo que representa la inadecuación del esquema cognitivo existente, cuya función es la de ayudar a la interpretación de los hechos surgidos a raíz de la enfermedad. Merle H. Mishel en 1988 define a la incertidumbre como la incapacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad y aparece cuando la persona que toma la decisión no es capaz de otorgar valores definidos a los objetos o hechos, o no es capaz de predecir con precisión qué resultados se obtendrán (Donald, 2011).

Esta incertidumbre puede presentarse bajo la forma de: Ambigüedad, complejidad o falta de información, información nada consistente e imprevisibilidad (Abreu, 2016). Cuando la tipología, la familiaridad y la coherencia de las circunstancias aumentan, disminuye el grado de incertidumbre, además se corrobora que las fuentes de información estructurada (autoridad con credibilidad,

apoyo social y educación), disminuye la incertidumbre al fomentar la interpretación de los hechos de una forma directa (Trejo, 2012).

Elementos conceptuales del modelo:

1. Esquema cognitivo: es la interpretación subjetiva de la persona con respecto a su enfermedad, tratamiento y hospitalización.

2. Marco de los estímulos: constituye la forma, composición y estructura de los estímulos que percibe una persona y que se estructuran dentro de un esquema cognitivo.

Este marco incluye:

Tipología de los síntomas o grado en que los síntomas se presentan con la suficiente consistencia como para ser percibidos como un modelo o configuración.

Familiaridad de los hechos o el grado en que una situación se antoja habitual y repetitiva (el grado en que las claves son reconocibles).

Coherencia de los hechos o la coherencia existente entre lo esperado y lo experimentado en las situaciones que resultan de la enfermedad.

3. Las capacidades cognitivas: son las habilidades de la persona para procesar la información (reflejan tanto las capacidades innatas como las respuestas a la situación).

4. Fuentes de la estructura: son los recursos existentes para atender a la persona en la interpretación del marco de estímulos.

Estas incluyen:

- a) Autoridad con credibilidad o grado de confianza que la persona tiene en el personal sanitario que le atiende.
- b) Apoyo social o ayuda que recibe la persona en su interpretación del significado de los hechos

5. Autovaloración de la incertidumbre: En cuanto a ésta, se manifiesta por dos procesos definidos:

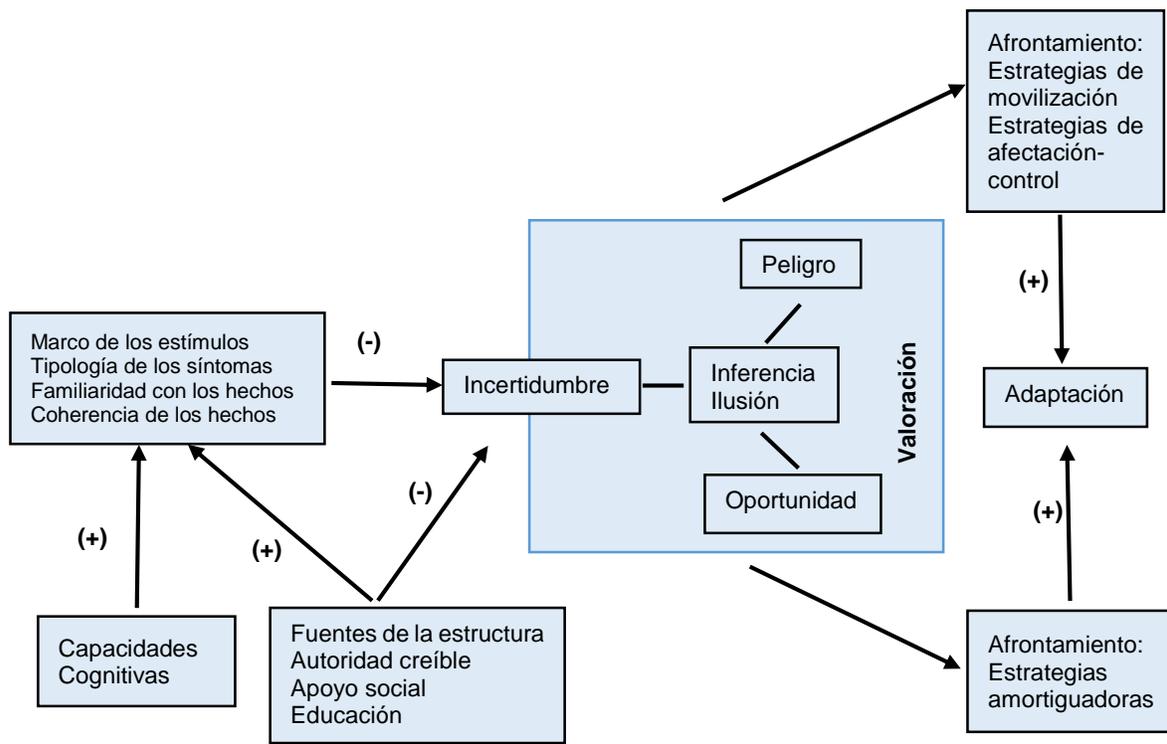
- a) Inferencia: evaluación de la incertidumbre utilizando el recuerdo de experiencias relacionadas.
- b) Ilusión: representa a las creencias que nacen de la incertidumbre.

6. Afrontamiento. Se define este como cualquier actividad que el paciente puede poner en marcha, (tanto cognitiva como conductual) con el fin de enfrentarse a una determinada situación, puede cursar con diversas perspectivas:

- a) La adaptación refleja el comportamiento biopsicosocial mostrado dentro de la variedad de comportamientos comunes de la persona, (redefinido de manera individual).
- b) La nueva perspectiva de la vida: representa la reformulación de un nuevo sentido del orden de las cosas, que resulta de la integración de una continua incertidumbre en la estructura de un mismo individuo, en la que se acepta la incertidumbre como si se tratase de un ritmo natural de la vida.
- c) El Pensamiento probabilístico: se refiere a la creencia en un modelo condicional, en el que se dejan de lado el deseo de un estado de continua certeza y la previsibilidad (Merle, 1988).

La incertidumbre valorada como un peligro provoca una serie de esfuerzos de afrontamiento dirigido a reducir la incertidumbre y a controlar la excitación emocional que ésta genera. Bajo esta afirmación se inicia la intervención de danzaterapia como un recurso holístico en la atención, esta tiene efectos psicológicos de afrontamiento dirigidas a disminuir la incertidumbre partiendo de que esta sea una oportunidad en las PVVIH.

Esquema 1. Modelo de incertidumbre percibida frente a la enfermedad de Mishel, MH



Fuente: Mishel, MH., 1988

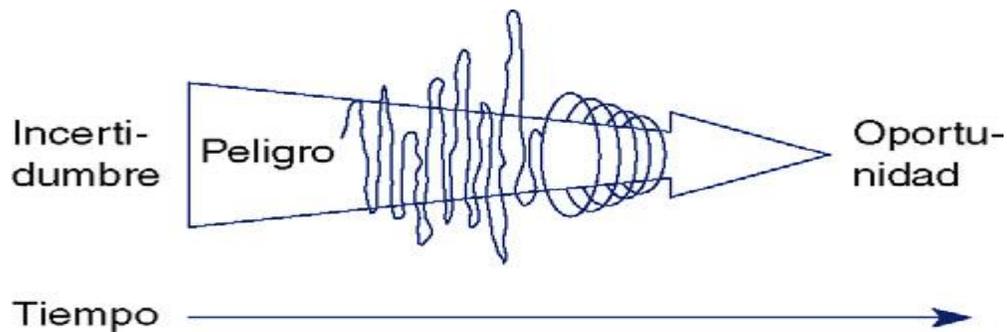
Mishel describió este proceso como una nueva manera de ver la vida en la que la incertidumbre pasa de ser un peligro a ser una oportunidad. En el caso de que el paciente quiera adoptar esta nueva visión de la vida, tiene que confiar en los recursos sociales y en el personal sanitario, y éste, a su vez, tiene que adoptar el pensamiento probabilístico (Donald et al., 2011).

Si la incertidumbre se acepta como una parte más de la vida, ésta puede convertirse en una fuerza positiva que ofrezca múltiples oportunidades para alcanzar el buen estado de ánimo de los enfermos (Gelatt y Mishel, 1989-1990) citado por Donald et al., 2011). Esto permite que los profesionales del cuidado puedan actuar con intervenciones integrales en beneficio del usuario, de tal forma que pueda enfrentar la incertidumbre de una forma positiva.

En la Teoría de Incertidumbre de Mishel Reconceptualizada (TIMR), ni los factores que anteceden a la incertidumbre ni el proceso de valoración cognitivo de

la misma se interpretan como un peligro o como una oportunidad de cambio, sin embargo la incertidumbre que se tiene con respecto al concepto de tiempo, y que se relaciona con enfermedades graves, sirve de catalizador de la fluctuación en el sistema al amenazar los sistemas cognitivos de vida ya existentes, que se presentan como predecibles y controlables.

Esquema 2. Modelo reconceptualizado de la incertidumbre en enfermedades crónicas.



Fuente: Mishel, MH., 1990

La incertidumbre invade casi cada aspecto en la vida de la persona; por tanto, sus efectos aparecen condensados y, por último, se enfrentan a la estabilidad del sistema. Como respuesta a la confusión y al desorden provocado por un estado de continua incertidumbre, el sistema no tiene otra opción que cambiar para sobrevivir.

Lo ideal sería que, en condiciones de incertidumbre crónica, la persona pasase gradualmente de una evaluación negativa de la incertidumbre a la adopción de un nuevo modo de ver la vida que acepte esta como parte de la realidad (Donald, 2011).

Los profesionales de cuidado ven la incertidumbre como un fenómeno natural, esto permite que las intervenciones de cuidado se enfoquen en ayudar al paciente a considerar múltiples formas de valorar lo que le pasa, o a considerar otras alternativas para adaptarse a la naturaleza cambiante de su enfermedad, animándolo a considerar alternativas y opciones y manejarlas como posibilidades (Torres y Peña., 2013).

Desde este punto de vista de la incertidumbre como un fenómeno natural se consideran la danzaterapia como herramienta natural de utilidad que todo mundo puede poseer, esta intervención puede incrementar notablemente un cambio en el estado cognitivo de las personas con VIH, en esta investigación se toma esta contribución al crear el taller de movimiento como terapia desde la enfermería creativa e innovadora, partiendo de un cúmulo de actividades sustanciales en la evidencia científica que favorecen el bienestar de la persona, familia y comunidad.

5.2 Intervención de enfermería: Danzaterapia

En este segmento se describe que es la intervención de enfermería desde el sustento filosófico como ciencia, posteriormente se abordan los antecedentes históricos de la danzaterapia, después se define danza seguida de terapia, para comprender el constructo de la palabra, después se indaga como subyace esta práctica, así como el aporte y sus beneficios en personas con alguna enfermedad crónica.

Según la *Nursing Interventions Classification* (N.I.C) define que la intervención de enfermería es *“todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”* (Bulechek et al., 2014).

Las intervenciones de enfermería son acciones o intervenciones concretas mediante la interacción con el (los) pacientes encaminadas a conseguir un objetivo de salud, de forma que los profesionales de enfermería deben seleccionar las intervenciones necesarias para alcanzar los resultados establecidos previamente ya que los mismos son usuarios de información y de conocimiento comprometidos en proporcionar intervenciones de enfermería de alta calidad (Bulechek et al., 2014).

Existen intervenciones de enfermería que incluyen cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, familia y la comunidad. La intervención de enfermería directa consiste en la aplicación de un tratamiento, mediante acciones de enfermería filosóficas, psicosociales, de apoyo y asesoramiento. Una intervención de enfermería indirecta consiste en un tratamiento realizado lejos del

paciente, pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes, de forma que las intervenciones de colaboración de los profesionales en enfermería tienen una eficacia en las intervenciones directas (*College of Nursing, 2014*)

Las intervenciones en la comunidad o de salud pública, están dirigidas a fomentar y a mantener la salud en la población, he incluyen estrategias de promoción, prevención, mediante un tratamiento puesto en marcha por el profesional de enfermería en respuesta a un diagnóstico de enfermería (Bulechek et al., 2014).

La autonomía profesional es la que posibilita la aplicación de conocimientos generados a través de la investigación, sido identificada la implementación de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), como eje fundamental en la aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica ya que esta posee un cuerpo de conocimientos propio para la prestación de cuidados de salud a la persona, familia y comunidad ampliando sus fundamentos científicos, permitiendo al profesional del cuidado realizar intervenciones que le permitan facilidad en la toma de decisiones en salud, esto aumentar la eficiencia de la atención y mejorar la calidad de los cuidados prestados por los profesionales en enfermería (Luengo y Paravic., 2016).

Partiendo de que la danzaterapia es una disciplina dentro de las terapias holísticas que permite promover la integración emocional, cognitiva, física, social y espiritual del individuo que vive con VIH, y aunado a que enfermería puede generar cambios significativos a partir de esta intervención, a través de ésta se enseña a la persona seropositiva a dirigir su procesamiento cognitivo a través del movimiento corporal como estrategia en la disminución de la incertidumbre, lo que posibila generar una adaptación ante la cronicidad de su enfermedad.

5.2.1 Danzaterapia (DT)

La danza-movimiento-terapia es conceptualmente el método más cercano a la danza terapéutica y es quizás el más citado (Marín, 2017). La danzaterapia (DT) surge en Estados Unidos, en los años 40, liderada por un grupo de bailarinas Marian

Chace, Trudy Schoop, Lilian Espenak y Mary Whitehouse (Rodríguez y Dueso, 2015); las creadoras de la DT parten de que todo movimiento corporal puede llevar, a cambios en la psique, promoviendo la salud y el crecimiento personal, clasificando la DT como una de las terapias creativas (Bartenieff., 1980 citado por Córdoba y Vallejo., 2013).

La DT es considerada por *White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy* (WHCCAMP), como una Intervención holística, esta terapia complementaria puede proporcionar una perspectiva de cuidado además de proporcionar múltiples beneficios de salud a las PVVIH (Alcántara y Casillas., 2017).

Definición conceptual.

Danza: o el baile es una práctica de tipo holístico que puede ser definida como actividad sensomotriz de carácter rítmico, que implica factores físicos, psíquicos, sociales y espirituales que permite a los individuos expresar necesidades y sentimientos a nivel verbal como no verbal (Padilla, 2013)

Terapia: es "el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficit invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico, social y espiritual" (OMS, 2013).

La facultad de curarse por medio de la danza es una práctica ancestral que funda sus raíces en las dimensiones de lo sagrado, por su relación entre cuerpo y mente, ya que el uso de la danza como un instrumento terapéutico es tan antiguo como la danza misma. En algunas sociedades la danza ha sido tan esencial como alimentarse o dormir, posibilitando la expresión, comunicación y conexión con la naturaleza (Córdoba et al., 2013); La DT surge como una práctica en el contexto de la danza contemporánea, con orientación expresionista, en áreas relacionadas con la salud (Forte y Bueno., 2016).

La DT es una técnica psicoterapéutica que interrelaciona arte y ciencia, esta práctica puede ayudar en la rehabilitación de alteraciones psicoemocionales; bailar es la forma más simple de expresar las emociones a través de movimientos corporales naturales y espontáneos del ser humano (Sánchez., 2014). El uso terapéutico del movimiento es un proceso que promueve la integración emocional, cognitiva, física, social y un tanto espiritual del individuo, realizar esta práctica permite al ser humano modificar sentimientos, conocimientos y comportamientos en las personas con alguna enfermedad crónica degenerativa como es en los pacientes con VIH (Valverde et al., 2012).

La DT, permite la recuperación del placer por el movimiento corporal, ofrece la oportunidad de trabajar sobre la propia imagen corporal que ha sufrido un trauma físico y psíquico, visibilizando una nueva oportunidad hacia el futuro por medio de la expresión corporal a través del baile que permiten una integración triangular de armonía (Álvarez y Fischman, 2014)

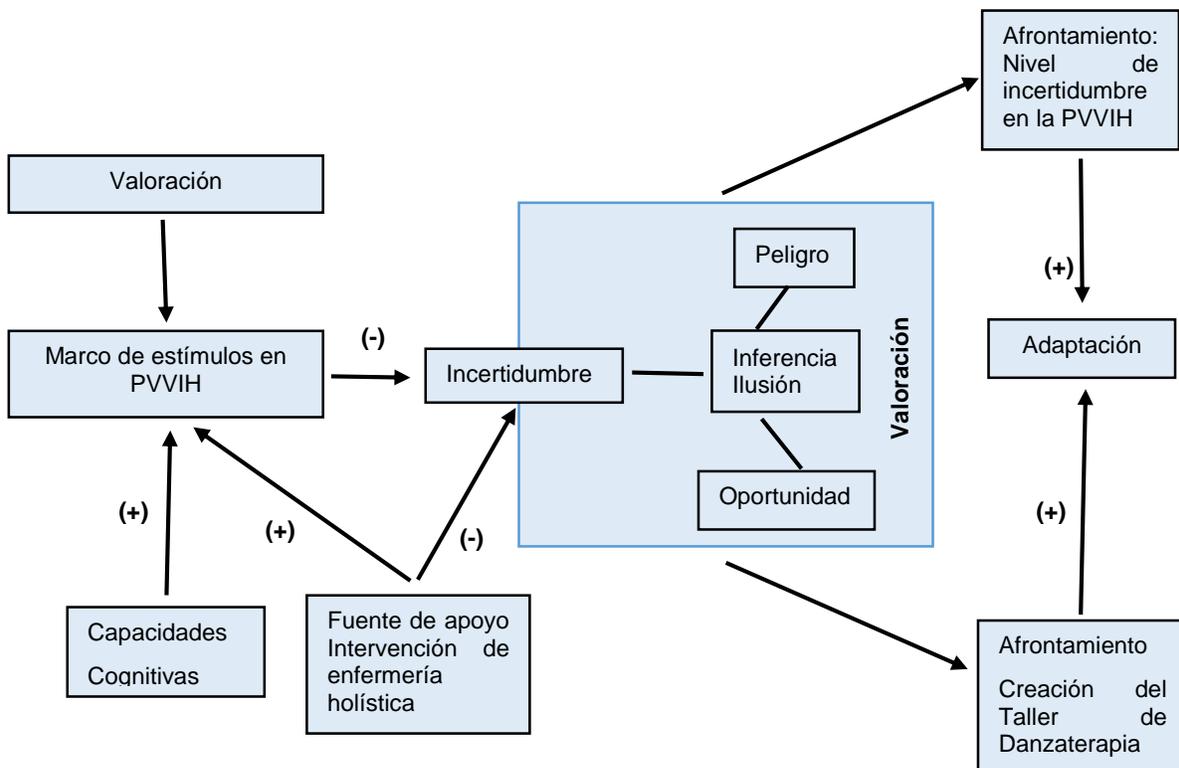
La integración triangular podría explicar los beneficios de la Danza sobre la salud de las PVVIH, ya que está se relaciona con la concentración de serotonina y dopamina como agentes en el aumento a los CD4 fortaleciendo el sistema inmunológico de las personas con VIH. Este aumento de CD4 se atribuye en gran parte a la terapia con antirretrovirales altamente activos (HAART), a través de inhibidores de la proteasa y de la transcriptasa (Bocchetti, 2017).

Las células CD4 son glóbulos blancos que ayudan a organizar la respuesta del sistema inmunitario frente a las infecciones, estos niveles de células CD4 de una persona no infectada por VIH puede estar en un valor cualquiera entre 500 y 1,600 cél/mL. Sin embargo, los recuentos de CD4 en las mujeres son más altos que en los hombres, estos linfocitos CD4 también varía y puede subir o bajar como consecuencia de estrés, el fumar, el ciclo menstrual., el aumento sea observado por la actividad física o durante el transcurso del día, o por circunstancias que generan placer en la persona. Estos pueden disminuir si hay una infección o enfermedad.

Se considera una adecuada respuesta a la terapia antirretroviral a un incremento en el conteo absoluto de células CD4 en un rango de 50 a 150 cel/mL por año, con una respuesta acelerada en los primeros 3 meses y después hasta alcanzar una estabilización (Noda et al, 2013).

La DT fortalece el sistema inmune a través de la acción muscular y de la activación de diversas respuestas fisiológicas, está a su vez puede eliminar la tensión, ansiedad, depresión, ira y la confusión-perplejidad ante el diagnóstico de vivir con VIH como una enfermedad crónica, permitiendo a la persona una adaptación frente a la enfermedad crónica (Blázquez et al., 2011).

Esquema 3. Integración de la teoría frente a la incertidumbre con la danzaterapia como intervención de Enfermería en PVVIH.



Fuente: Elaboración propia a partir del esquema del Modelo de incertidumbre percibida frente a la enfermedad de Mishel, MH, 1998.

5.3 Incertidumbre frente a la enfermedad en la persona que vive con VIH (PVVIH).

La Incertidumbre es la falta de seguridad e inquietud al futuro sobre la vivencia con una enfermedad crónica, esta genera en la PVVIH una actitud positiva o negativa según la edad, el género, la raza o el grupo étnico, permitiendo actuar selectivamente frente a diversas situaciones complejas de salud durante el proceso de cronicidad (Peñaloza, 2013).

Cuando la persona recibe el diagnóstico de vivir con VIH genera en él un impacto emocional, transformado en incertidumbre al sentir desorientación, ansiedad, depresión, miedo al sufrimiento y a la muerte, esto se relaciona a la percepción de control sobre la salud, a la esperanza de vida y los síntomas desagradables del tratamiento. Aunado a la inseguridad económica que impactan en la calidad de vida de las personas que viven con VIH y sus familias (Cardona et al., 2016).

La persona seropositiva que no cuentan con el apoyo de una pareja, familia o personas significativas durante el proceso de cronicidad, diversos estudios refieren que presentan un mayor nivel de incertidumbre al vivir con VIH, situación alarmante debido al desgaste psicoemocional, a lo que se suma el hecho de enfrentarse a estresores sociales de estigmatización, físicos y psicológicos (Johnson y Hurtado., 2017).

A lo largo de muchas décadas, la estigmatización ha sido reconocida como una conducta inmoral, descrito por Erving Goffman y Herek, atributo que desacredita al individuo y tiene un efecto indeseable en la condición humana, (Erving Goffman y Herek, citado por Pantoja et al., 2014).

Scher, en 2016 refiere que las personas con mayor índice de vulnerabilidad al estigma y discriminación son hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres transgénero, que viven con VIH, este hecho social se ve percibido en el ámbito escolar, familiar, laboral, siendo víctimas de violación a sus derechos humanos en la vida cotidiana.

Las PVVIH refieren ser víctimas de violación a sus derechos humanos según lo mencionado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), ante esta situación se ha creado un pliego de derechos humanos hacia las personas que viven con VIH o con SIDA, en el que se establece la igualdad de derecho a vivir sin discriminación o violación a las garantías individuales y colectivas hacia la persona o de quien dependa de ellos (CNDH, 2016).

5.4 Intervención de Danzaterapia en la incertidumbre en la PVVIH

La danzaterapia permite afrontar la incertidumbre a personas bajo una condición de enfermedad crónica, esta terapia holística e integral es un medio para explorar el propio cuerpo fuera de algunas concepciones culturales de la cotidianidad. La DT tiene un componente comunicativo que permite la exploración corporal, para transformar en un todo al ser vivo ante la adaptación ante cualquier circunstancia de la vida (Meléndez y Fonseca., 2013)

La danzaterapia, la música, el arte y otras terapias creativas son importantes para la salud y curación. El poder de la música puede calmar o, a veces, animar a las personas estableciendo una armonía integral. La musicoterapia es reconocida y aplicada en diversos grupos de personas con algún padecimiento crónico. A través de la música, podemos dramatizar, bailar, interiorizar entre otras actividades creativas para promover el bienestar, físico, social y espiritual en las PVVIH (Stanwell, 2018).

La música es un lenguaje universal creado para comunicarnos desde la emoción al pensamiento. La música sitúa la persona en un estado de sensibilidad y expresión a aquello que queremos transmitir, mediante; ideas, sentimientos y emociones, y por otra parte tiene la capacidad de evocar emociones sin importar edad o sexo de forma individual o colectiva a través del espacio que lo rodea (Mórelo y Valencia., 2018)

Al practicar la danzaterapia permite satisfacer necesidades físicas, cognitivas, sociales y espirituales. Los movimientos corporales a través de; la danza contemporánea, danza moderna, salsa, bachata, chachacha, merengue, tangos

entre otros ritmos), modifican las emociones de quien práctica estos ritmos. Crear memoria a través de los movimientos corporales desarrolla un potencial o restablece funciones para que este pueda emprender una mejor integración intrapersonal e interpersonal y, en consecuencia, alcanzar una mejor calidad de vida en las PVVIH (Denis y Casari., 2014).

Aunado a lo anterior los beneficios de la danzaterapia en las PVVIH se reflejan en:

- a) En el cerebro: mejora el balance químico segregado Beta- endorfinas, sustancias que protegen al sistema inmunológico, produciendo una sensación de paz y bienestar.
- b) En el corazón: incrementa los tejidos, la cual permite que las células del cuerpo estén abastecidas con mayor cantidad de oxígeno y sangre rica en nutrientes.
- c) En los pulmones: aumenta la capacidad de respiración.
- d) En las glándulas suprarrenales: aumenta la producción de anticuerpos y células que nos defienden de enfermedades.
- e) En los vasos sanguíneos: baja y estabiliza la presión arterial.
- f) En los músculos: los tonifica, reduce la tensión, principalmente en hombros, cuello y espalda. (Anderson, 1997 citado por Estrada y Lorenzo., 2017)

Además existen beneficios psicoemocionales que permite mejorar el estado de incertidumbre ante los síntomas desagradables de vivir con VIH, como argumenta Rivera y Mocha en 2017 que la DT mejora el auto-concepto, auto-estima e imagen corporal, aunado a que la DT disminuye los niveles de estrés, ansiedad, insomnio e incertidumbre., reafirma que la DT incrementa las funciones cognitivas y de socialización; a la vez la DT estimula la producción de endorfinas optimizando el funcionamiento del sistema nervioso central por el mejoramiento del balance químico, otorgando un grado mayor de bienestar y tranquilidad.

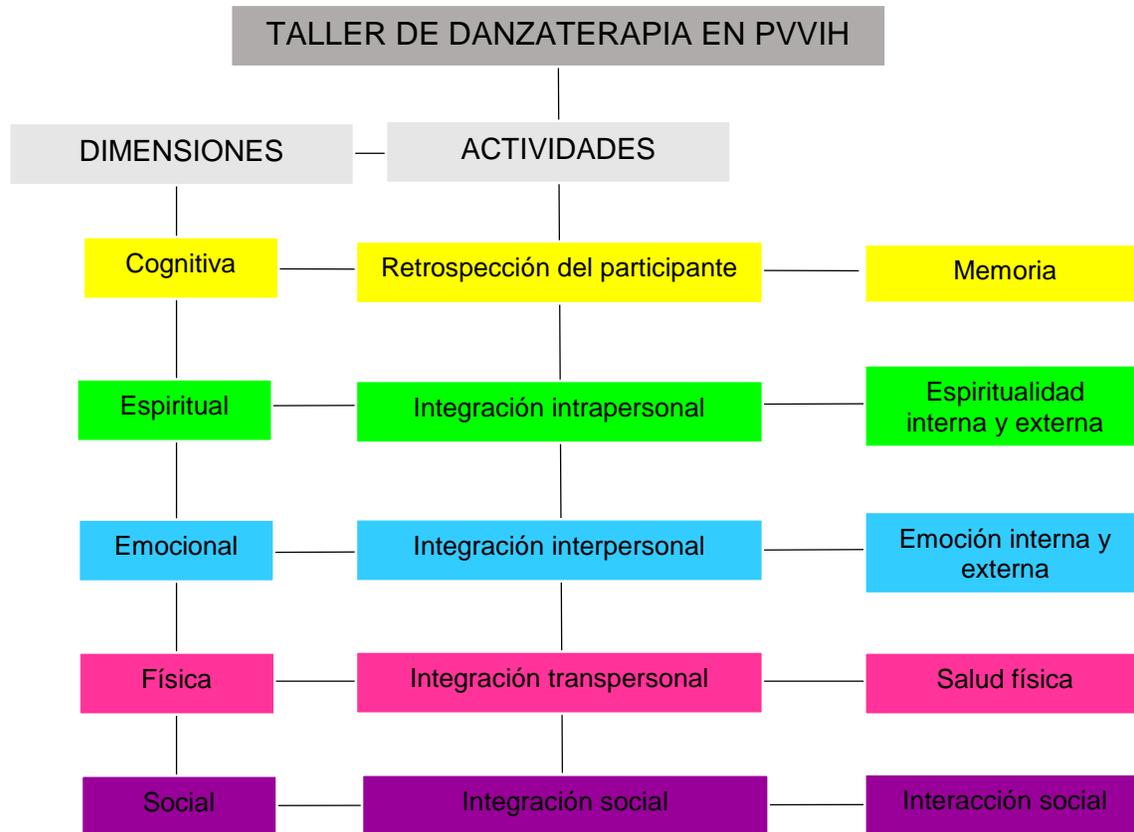
Practicar DT estimula las funciones cerebrales a través de la combinación de movimientos corporales sincronizados al mismo tiempo., la PVVIH fortalece sus niveles de concentración en la memoria, cuya respuesta normalmente empieza a debilitarse después de cierta edad, siendo este tipo de ejercicios una de las formas de extender el periodo de deterioro inevitable producido por el paso de los años aunado al VIH (Estrada, 2017).

La DT permite la adaptación a problemas físicos y psicológicos ya que trabaja desde la premisa de que el cuerpo refleja los estados psicológicos del sujeto (Ramos, 2017). Esta psicoterapia donde la vía principal es la creación, permite que la PVVIH exprese sus emociones dando al final de la terapia tranquilidad en su interior, aumentando la gaudibilidad por el acto consumado.

Dado a la creciente evidencia, se debe trabajar la danzaterapia como medio integral de salud cognitiva, en las PVVIH tomando este recurso idóneo en la disminución de la incertidumbre, esta herramienta psicoterapéutica permitirá adoptar la incertidumbre como una forma de vivir, disminuyendo el peligro en la vida de la persona a través del tiempo.

El taller de danzaterapia está integrado por cinco dimensiones y cinco sub-dimensiones en este se puede mostrar la integración de las esferas que componen al ser humano, visto desde su connotación integral para el cuidado de enfermería, en el esquema 4 se presenta a detalle la integración y el dinamismo de ambas dimensiones, en él se fundamenta la intervención que realizará el profesional del cuidado en un grupo de personas bajo una situación de enfermedad crónica.

Esquema 4. Taller de Danzaterapia como intervención de Enfermería en PVVIH.



Fuente: Elaboración propia.

Capítulo VI

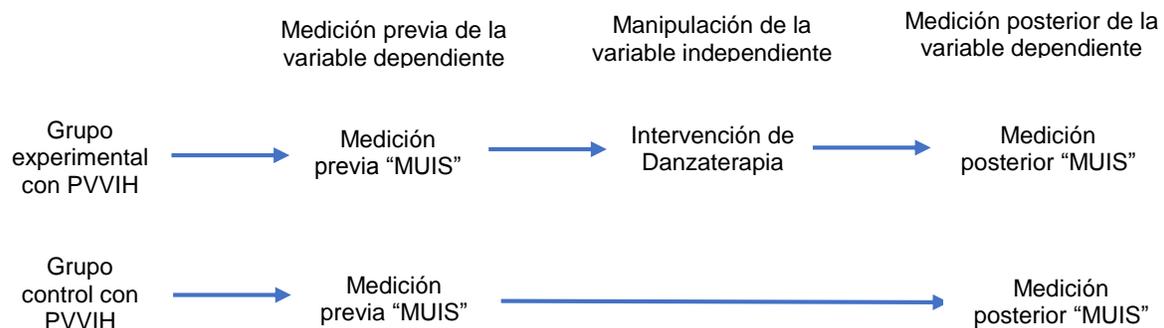
VI. MATERIAL Y MÉTODOS

En este apartado se presenta la metodología empleada a ésta investigación, a continuación se describe el proceso que garantizó la calidad y validez de éste proceso sistemático.

6.1 Tipo de estudio.

Se trata de un estudio cuantitativo, cuasiexperimental, longitudinal y explicativo (Grove et al, 2016; Hernández, Fernández y Bautista, 2014).

Esquema 5. Diseño cuasiexperimental con mediciones previas y posteriores con grupo de comparación.



Con tratamiento: grupo experimental (GE).

Sin tratamiento: grupo control (GC).

Fuente: elaboración propia, adaptada a partir del modelo presentado por Grove et al., 2016.

6.2 Universo de estudio.

Personas que viven con VIH, integrantes de la Asociación CONVIHVE A. C. de la Ciudad de Morelia, Michoacán.

6.3 Tamaño de la muestra.

Se realizó la elección de los participantes mediante el método de muestreo no probabilístico por conveniencia, de acuerdo al interés y disponibilidad tras la invitación para asistir al taller de danzaterapia. El tamaño de la muestra fue de 30 participantes de los cuales 15 pertenecen al grupo experimental y 15 pertenecen al grupo control.

6.4 Técnica de recolección de datos

Se realizó en dos momentos (véase el esquema 6).

6.4.1 Primera recolección: en la sesión número uno se llenó la cédula de identificación (véase el apéndice 1). Para medir el nivel de Incertidumbre se utilizó la “Escala de la Incertidumbre de *Mishel Uncertainty in illness Scale (MUIS)*” versión breve de 23 ítems traducida al español por Torres en 2015 citada por Abreu y Castañeda en 2016 (véase el Anexo 1), la cual tiene un Alfa de Cronbach de 0.89.

Esta escala mide el grado de incertidumbre de los pacientes con respecto a las siguientes cuatro dimensiones:

1. Diagnóstico.

Son señales sobre el estado de la enfermedad que son; vagas, confusas, tienden a desdibujarse y se superponen, ítems 1,3,4,6,13,21 y 22.

2. Tratamiento.

Son indicaciones sobre el tratamiento y el sistema de atención son múltiples y variadas, ítems 6,7,10,11,17 y 20.

3. Relación con los proveedores de cuidado.

Es la información que cambia con frecuencia o no está de acuerdo con la información recibida previamente, ítems 2,3,5,9,14,16 y 23.

4. Planificación del futuro.

Es la falta de casualidad entre las señales de enfermedad, tratamiento y pronóstico, ítems 12,15 y 18.

La escala es de tipo Likert con puntajes del 1 al 5, en donde 1 es “totalmente en desacuerdo” y 5 es “totalmente de acuerdo”, en la cual se mide el nivel de acuerdo con las afirmaciones. El resultado total de la escala se obtiene sumando el puntaje de cada uno de los ítems, por lo que a mayor puntaje se tendrá un mayor nivel de incertidumbre (NI).

Descripción analítica del puntaje e interpretación.

Si en todas las respuestas se obtiene un puntaje 1 la suma total es 23, si el puntaje es 2 el total es 46, si el puntaje es 3 el total es de 69, si es 4 el total es 92 y finalmente si la respuesta es 5 el puntaje máximo es de 115.

Para fines de este estudio se utilizaron los puntos de corte establecidos por Abreu y Castañeda (2016), donde indica que la categorización del puntaje en las preguntas es la siguiente: puntaje 1 y 2 tiene relación con un nivel de incertidumbre bajo, puntaje 3 y 4 tiene relación con el nivel de incertidumbre regular y el puntaje 4 y 5 con el nivel de incertidumbre alto (véase la tabla 1).

Tabla 1
Puntajes de la Escala de Incertidumbre frente a la Enfermedad

Nivel	Nivel de Incertidumbre	Categoría
Nivel 1 y 2	NI < 69	Bajo
Nivel 3 y 4	NI 69- 92	Regular
Nivel 4 y 5	NI 93- 115	Alto

Fuente: Elaboración propia a partir de los puntajes de la versión breve de Abreu y Castañeda 2016.

La escala puede ser auto administrado o heteroadministrada por el entrevistador.

6.4.2 Segunda recolección: en la sesión número doce donde se pidió llenar la "Escala de la Incertidumbre de *Mishel Uncertainty in illness Scale* (MUIS)" versión breve de 23 reactivos en español descrita anterior mente.

6.5 Definición del grupo experimental y del grupo control.

6.5.1 Grupo experimental

Grupo de personas que reciben intervención de danzaterapia con mediciones previas y posteriores.

6.5.2 Grupo control

Grupo de comparación, personas que recibe una intervención estándar (grupo de autoayuda) con mediciones previas y posteriores.

6.6 Criterios de selección:

6.6.1 Grupo experimental

6.6.1.1 Criterios de inclusión.

Hombres y mujeres mayores de 18 años, que vivan con VIH que asistan al grupo CONVIHVE, que residan en la ciudad de Morelia, Michoacán, que acepten participar en el estudio firmando el consentimiento informado, independientemente de su estado civil, escolaridad, religión y años de diagnóstico.

6.6.1.2 Criterios de exclusión.

Hombres y mujeres menores de 18 años, que vivan con VIH, persona seropositiva que no forme parte del grupo CONVIHVE, o personas que cumplieron con los requisitos y no aceptaron participar o que participen en otras terapias.

6.6.1.3 Criterios de eliminación.

Hombres y mujeres que no desearon participar, como sujetos de estudio, así como los formularios del instrumento MUIS incompletos y personas que no concluyeron el taller, o que reciben terapia psicológica o alguna terapia de otro tipo.

6.6.2 Grupo control

6.6.2.1 Criterios de inclusión.

Hombres y mujeres mayores de 18 años, que vivan con VIH que asistan al grupo CONVIHVE, que residan en la ciudad de Morelia, Michoacán, que acepten participar en el estudio firmando el consentimiento informado y personas que no participen en otra terapia de cualquier tipo, independientemente de su estado civil, escolaridad, religión y años de diagnóstico.

6.6.2.2 Criterios de exclusión.

Hombres y mujeres menores de 18 años, que vivan con VIH, persona seropositiva que no forme parte del grupo CONVIHVE, o personas que cumplieron con los requisitos y no aceptaron participar o que participen en otras terapias.

6.6.2.3 Criterios de eliminación.

Hombres y mujeres que no desearon participar, como sujetos de estudio, así como los formularios del instrumento MUIS incompletos y personas que no concluyeron el taller, o que reciben terapia psicológica o alguna terapia de otro tipo.

6.7 Variables

6.7.1 Variable independiente

Danzaterapia.

6.7.2 Variable dependiente

Incertidumbre.

6.7.3 Operacionalización de las variables

Véanse los apéndices 2 y 3.

6.8 Procedimiento

Este proceso estuvo conformado por 7 momentos (véase el esquema 6).

1. El protocolo de investigación fue sometido a evaluación por el Comité de Bioética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Benemérita y Centenaria Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, quien dictaminó aprobar la ejecución del presente trabajo (véase el apéndice 4).
2. El investigador fue capacitado a través de un diplomado-taller de Danzaterapia, aunado a la experiencia del mismo que ha practicado y desarrollado de manera no formal durante 3 años.

Momento y escenario.

3. Se entregó una solicitud formal al presidente de la asociación CONVIHVE, el cual aceptó el taller de danzaterapia para los miembros; aunado a lo

anterior se realizó la invitación formal a los integrantes tres sesiones antes de iniciar la intervención.

Para garantizar la calidad de la investigación y mantener la validez interna del estudio, se realizaron las siguientes estrategias.

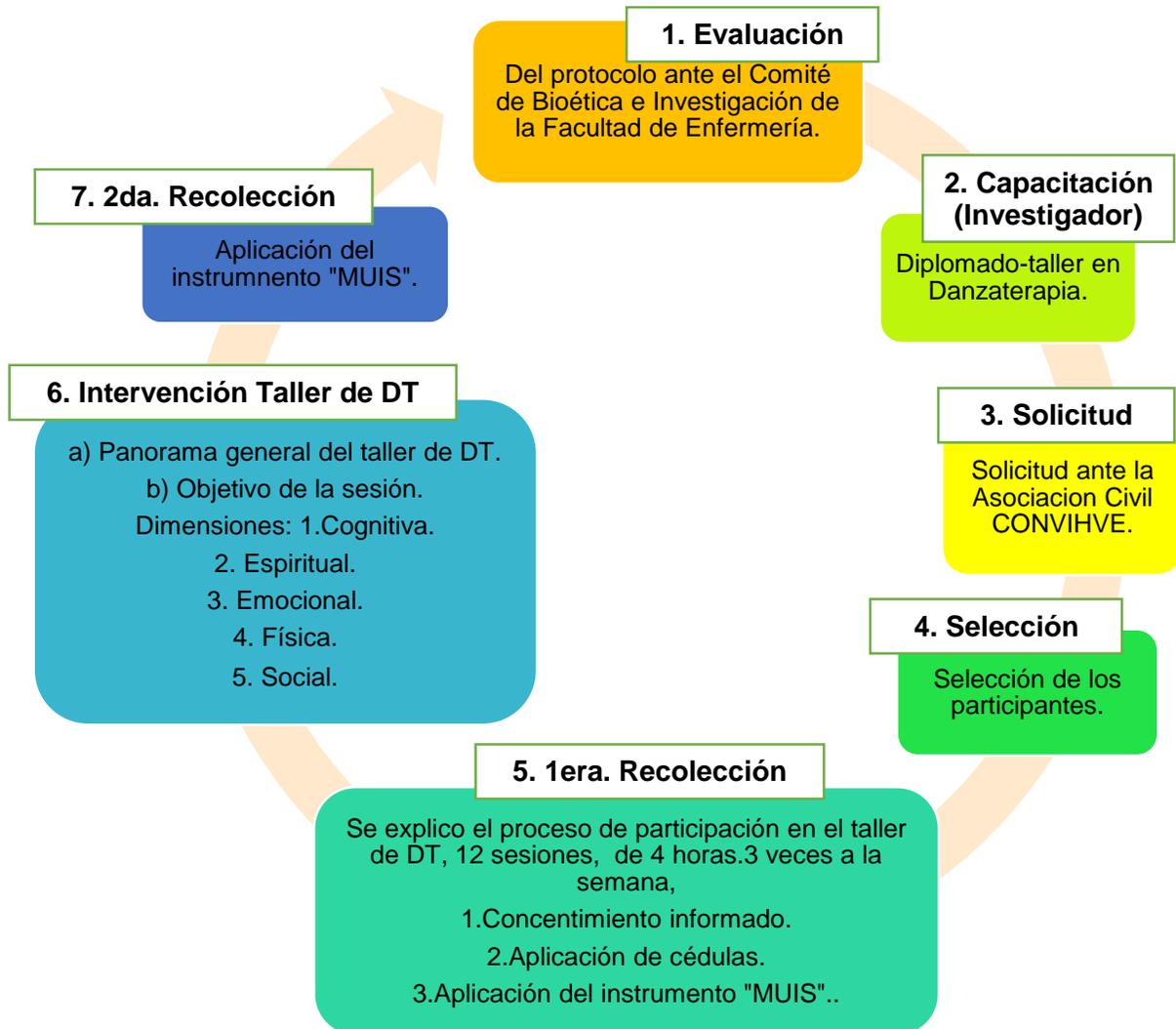
4. Se realizó la selección de los participantes mediante los criterios de inclusión anterior mente descritos en este mismo capítulo, mediante un muestreo no probabilístico y por conveniencia. La asignación al grupo experimental y grupo control fue mediante la disposición e interés de cada participante, (grupos heterogéneos) se mantuvo un control interno de asistencia en ambos grupos.
 - 4.1 Se aumentó el 10% al tamaño de muestra, con el propósito de evitar el sesgo de reducción de sujetos.
 - 4.2 Se trabajó la motivación interna con el propósito de que el participante no abandonará el taller.
 - 4.3 Se cumplió el 100% la programación del taller afín de evitar prolongar el taller de danzaterapia.
 - 4.4 Para evitar el efecto *Rosenthal* al inicio y al final de la recolección de los datos, el investigador realizó las siguientes estrategias: 1) otorgó la escala “MUIS” la cual fue auto aplicada por el participante, 2) en algunos casos dada la escolaridad del participante la escala fue heteroadministrada por el entrevistador, 3) durante la recolecta y aclaración de los ítems se cuidó la dicción, el tono de voz y gesticulación facial, 4) para evitar el sesgo en la recolecta de datos tanto para las variables socio demográficas como para los ítems, el investigador elaboró y se basó en el instructivo. (véase el apéndice 6).
5. La primera recolección: fue en la sesión número uno; se realizó una actividad de integración grupal y enseguida, se dio a conocer el objetivo del estudio, beneficios y los posibles riesgos, aclarando dudas y verificando que las personas comprendieran todo entorno a su participación, tras la aceptación

se solicitó a los participantes firmar el consentimiento informado (véase el apéndice 4), se llenó una cédula de identificación con datos de los participantes (véase el apéndice 1), en seguida se procedió a aplicar el instrumentó “MUIS”.

Valides externa y fidelidad de la intervención

6. Después de la recolección de datos, se procedió a dar inició al taller de danzaterapia en el cual se otorgaron 12 sesiones durante un mes, tres veces a la semana con una duración de 4 horas (véase el programa de danzaterapia en el apéndice 5). Para garantizar la calidad de integridad y consistencia durante la aplicación del taller se realizó lo siguiente: a) se mantuvo la sala de usos múltiples en orden y limpieza, b) se controlaron los siguientes aspectos durante la intervención: luz, ruido externo e interno mediante los decibeles de sonido durante el taller, c) se proporcionó el 100% de material didáctico a los participantes, d) la manipulación de la intervención fue controlada y guidad por el investigador, el cual se apegó al contenido del programa, se mantuvo un flujo de información claro y preciso, durante la intervención se expresó confianza y entusiasmo, al final de cada intervención el participante expresó la vivencia desde la emoción, e) al final del taller se ofrecieron líquidos hidratantes a los participantes.
7. En la segunda recolección: Se realizó en la sesión número doce al concluir el taller de danzaterapia, se pidió a los participantes contestar el mismo cuestionario titulado “MUIS” antes descrito.

Esquema 6. Procedimiento



Fuente: Elaboración propia.

6. 9 Análisis de los datos.

6.9.1 Se realizó una matriz de datos para el análisis mediante el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V.22*, como primer paso se procedió a verificar la normalidad de los datos con la prueba estadística *Shapiro-Wilk*, dado que la $n < 50$.

6.9.2 Para el análisis de las variables sociodemográficas se utilizó estadística descriptiva, mediante frecuencias de: media, mediana, moda, desviación estándar, uso de porcentajes y frecuencias.

6.9.3 Para el cumplimiento del objetivo general y específicos dado el propósito de aceptar la hipótesis de estudio se utilizó estadística inferencial, mediante pruebas paramétricas de comparación en dos grupos independientes mediante una *T de Student* muestras relacionadas; aunado a pruebas no paramétricas de comparación mediante *Chi-cuadrado de Pearson*.

6.10. Organización

6.10.1 Recursos humanos.

Titular de la presente investigación, directora de tesis, dos co-asesores de tesis y personas que vivan con VIH y acepten ser participantes.

6.10.2 Programa de trabajo

Algunos de los aspectos detallados en el cronograma se han llevado acabo, los programados se pretenden llevar en tiempo y forma (véase el apéndice 7).

6.10.3 Presupuesto

Los montos económicos consecuentes a esta investigación fueron cubiertos por parte del investigador (véase el apéndice 8), algunos de los recursos materiales que se utilizaron son: computadora, bocina marca Kaiser, memoria USB, carpetas, impresora, lapiceros, agua embotellada de 600ml y material didáctico para el taller, manual del encuestador, cuaderno del programa de danzaterapia.

6.10.4 Plan de difusión y presentación de resultados

La presente investigación se dará a conocer en los diferentes foros y Congresos en los que sea aceptado para publicarse. Se tomará en cuenta el Congreso Internacional Panamericano que se programa cada dos años en algún país de Latinoamérica. Se buscará la difusión en alguna revista indexada dentro del catálogo de CONACYT. Así como también se participara en Foros y Congresos locales y nacionales.

Capítulo VII

VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el sustento del presente trabajo de investigación se apegará a las normas internacionales y nacionales de bioética en investigación y en enfermería, así como de las normas y reglamentos en investigación en salud que marca la secretaria de salud en México, aunado a las norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual y NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, tomando en cuenta las recomendaciones de la Declaración Universal de Derechos Humanos y la comisión nacional de los derechos humanos en México, aunado a los derechos humanos para las minorías sexuales.

En 1948, Helsinki se creó la Asociación Médica Mundial (*WMA*) por sus siglas en inglés. En 1949 se crea el código Internacional de ética médica en el que se destaca la importancia del paciente sobre cualquier otra cosa para el médico. Aceptada hasta 1964 y revisada por última vez en 2008 por dicha asociación, insta a los investigadores en seres humanos a adoptar principios éticos y de bioética de tal forma que siempre se vele por la salud del paciente (Declaración de Helsinki, 2013).

La ciencias filosóficas dan por hecho de que la bioética es considerada como ciencia ya que se apoya en varias disciplinas, estos inicios otorgan fundamento a la elaboración del código de Núremberg Alemania en (1947), por médicos científicos que redactaron diez preceptos para realizar investigaciones médicas en humanos, de los cuales se destaca primordialmente el consentimiento voluntario del paciente que es esencial para ejecutar cualquier tipo de investigación, volviendo este el eje primordial en el desarrollo de la bioética moderna al implementar la necesidad de respetar la libertad de las personas y la autonomía en la toma de decisiones con respecto a su participación en ensayos o experimentos médicos científicos (Grove et al., 2016).

El cuidado es el objeto de estudio de la enfermería, pero desde un enfoque holístico, engloba cuerpo, mente, espíritu, en un todo integrado, para que el cuidado sea brindado desde esta óptica.

Los principios básicos de la ética como la autonomía, el de la no maleficencia, beneficencia y el de justicia, constituyen el pilar donde asienta la ética de los cuidados de enfermería, sin exclusiones o preponderancias limitadas al medio asistencial, lo que viene a significar que en el ámbito de las urgencias/ emergencias la toma de decisiones puede ser crucial para el paciente.

La toma de decisiones durante la atención de enfermería está inmersa en todas y cada una de las acciones en las que la enfermera participa de manera directa, continua y profesional y que son la valoración del riesgo-beneficio, la interacción y la comunicación acertada con el equipo de salud.

El código de ética norma la conducta de la enfermera con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales., del cual surge el decálogo de ética en enfermería, en términos generales podemos englobar que la conducta del profesional en enfermería con el paciente siempre debe ser con respeto salvaguardando la integridad y la vida humana de una forma holística durante el cuidado, asumir y pugnar por el crecimiento de la profesión (Morales et al, 2011).

Los decretos de Ley en materia de investigación médica en humanos, tienen por objetivo que el investigador no pueda ejercer ningún tipo de presión, física o mental, amenaza, promesa o engaño para que el individuo ingrese a la investigación, al igual que la persona pueda interrumpir al momento de identificar alguna razón para creer que ésta puede traer algún daño de cualquier índole.

La comisión Nacional de Bioética en México, es el órgano rector en salvaguardar la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de los actuales o potenciales participantes en las investigaciones, así como de las comunidades involucradas, tomando en consideración su vigilancia y cumplimiento mediante el

consentimiento informado, siendo este el medio de expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en cuando a investigación se refiere (Comisión Nacional de Bioética, 2016).

El reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en México en 1984 publica por primera vez el Reglamento bajo el párrafo tercero del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el cual se establecen los lineamientos y principios generales a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, correspondiendo a la Secretaría de Salud orientar su desarrollo; con el propósito de proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general.

La investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación; si estas conllevan un riesgo, es preciso sujetarse a los principios científicos, éticos y a las normas de seguridad generalmente aceptadas.

Este reglamento en su artículo 1º ordena promover el cumplimiento de la Ley General de Salud en los tres sectores de salud de todo el país. La investigación debe contribuir al desarrollo de acciones que permitan el conocimiento de procesos biológicos y psicológicos, así como de su conocimiento a los vínculos entre las causas, su prevención, curación y control de los problemas de salud como lo especifica el artículo 3º.

El órgano rector de dicha a la misma corresponde a la Secretaria de Salud, emitir las normas éticas alas que se sujetara, todo el territorio nacional, así como su cumplimiento, de la misma.

Los aspectos éticos de investigación en seres humanos deben estar sujetos al criterio de respeto, dignidad y protección de sus derechos y bienestar. El artículo 13,14 y 114 establecen qué a investigación debe ser realizada por profesionales de la salud siempre y cuando tengan a favor un dictamen por los comités de investigación, y que estos tengas experiencia para cuidar la integridad del ser humano.

El artículo 15 y 16 expresa que se protegerá la privacidad del individuo de los todos los grupos, usando métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial para evitar cualquier tipo de riesgo o daño (Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, 2014).

El código de conducta ética de los servidores públicos del gobierno federal, tiene el objetivo regular un comportamiento a partir de los criterios éticos de los servidores públicos, frente a la sociedad, en un marco de transparencia y profesionalismo mediante el respeto a los derechos humanos, mediante una total imparcialidad con todos los ciudadanos de una manera objetiva, demostrando siempre la eficiencia que caracteriza a todos los servidores públicos, evitando realizar distinción, exclusión por su origen étnico o nacional, color de piel, cultura, género, edad o discapacidad, todos deben ser tratados por igualdad y evitar en lo posible la discriminación en los grupos vulnerables (Código de Conducta de la Secretaría de Salud, 2016).

La Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, en el apartado número nueve refieren que el Consejo Nacional para Prevención y Control del Sida promoverá el desarrollo de la investigación de las ITS, mediante la investigación básica, clínica, epidemiológica y operativa, con atención particular a los factores, condiciones de riesgo y población con prácticas de riesgo. En el punto 9.3 señala que los resultados de dichas investigaciones deben ser discutidos por las instancias que las generaron en coordinación con el CENSIDA, con el objeto de analizar y evaluar dichos resultados, a efecto de promover propuestas que mejoren la calidad de los servicios relacionados con las ITS.

Bajo estos mismos lineamientos en el apartado 9.4 establece que los estudios e investigaciones se deben efectuar con base en los principios éticos, científicos y conforme a las disposiciones jurídicas aplicables en México y en el estado (NOM-039, 2014).

Aunado a la norma anterior se indaga acerca de las consideraciones que dicta la NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, la cual tiene como objetivo establecer y actualizar los métodos, principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, respecto de las actividades relacionadas con la prevención y control, que abarcan la detección, el diagnóstico oportuno, la atención y tratamiento médico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), ya que constituye, por su magnitud y trascendencia, un grave problema de salud pública en México.

En cuanto a investigación refiere en el apartado 7 que el CENSIDA y el CONASIDA deben estimular el desarrollo de la investigación en todas las áreas relacionadas con la pandemia del SIDA conforme a principios bioéticos y respeto a los derechos humanos. Aunado al apartado 7.2 donde las instituciones de Salud deben apoyar la investigación encaminada a prevenir y controlar el VIH/SIDA conforme a principios éticos, a la Ley General de Salud y a la normatividad internacional de buenas prácticas clínicas.

En su apartado 7.5 dicta que la atención médica de las PVVIH de ninguna manera deberá ser condicionada a la participación de ellas en protocolos de investigación, sin violentar sus derechos humanos (NOM-010, 2010).

La Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948, fue proclamada y aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En ella se expresa claramente los derechos y las libertades que todo ser humano debe tener, en todo momento y en todo lugar, en todas las razas y etnias, discapacitados o no, ciudadanos o migrantes, sin importar su sexo, clase social y económica, creencia religiosa, edad u orientación sexual. En su artículo 27 proclama que toda persona tiene derecho a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten (ONU, 2015).

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), en conjunto con otras organizaciones en 1992, elaboraron la primera Cartilla de Derechos Humanos de las personas que viven con VIH/SIDA, la cual tiene los siguientes beneficios:

- a) Como cualquier otra persona en México y el mundo, las personas que viven con VIH o SIDA deben gozar de los derechos humanos fundamentales.
- b) Vivir con VIH o SIDA no debe ser motivo de discriminación de ningún tipo.
- c) Nadie está obligado a someterse a la prueba de detección de VIH, ni a declarar que vive con VIH o con SIDA. La prueba de anticuerpos es voluntaria.
- d) No deben informarse resultados positivos o negativos en listado de manejo público ni comunicar el resultado a otras personas sin la autorización expresa de quien se sometió a la prueba.
- e) Si el resultado de tu prueba fue positivo, tienes derecho a recibir servicio de consejería o apoyo emocional para favorecer tu adaptación a la nueva situación.

Los derechos mencionados deben ser atendidos de forma integral por los prestadores de servicios médicos, aunado a un consentimiento informado, tanto para su detección como para el seguimiento médico si se requiere, (CNDH, 2016).

Aunado a lo anterior la Organización de las Naciones Unidas establece y promueve los derechos humanos de las minorías sexuales, debido a que ha documentado las violaciones de derechos humanos basadas en la orientación sexual o la identidad de género a nivel mundial, ya que en 2015 refiere que las personas gay, lesbianas, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTTTI), se ven estigmatizadas por este hecho, aunado a que esta exclusión tiene un alto costo social y financiero para los estados (ONU, 2015).

Es por ello, que el estado tiene la obligación de respetar, proteger y cumplir los derechos en salud sexual y reproductiva (SSR) y los derechos sexuales y reproductivos (DSR) de las minorías ya que estos grupos que son marginados

debido a su condición legal o falta de protección en materia de derechos humanos son más vulnerables de contraer infecciones de transmisión sexual (CNDH, 2017).

La defensa del género como construcción social y cultural permite a los movimientos LGBTTTTI defender su identidad y reconocimiento, con el propósito de vivir en una inclusión de derecho y bienestar social para su libre desarrollo, respetando sus garantías individuales.

El interés de diversos grupos han sido un factor fundamental para la exigencia del reconocimiento y respeto efectivo de los derechos., el reconocimiento de la diversidad sexual y la no discriminación se ha visto fracturada por comunidades religiosas, estas han movilizado a gran parte de sus filiales para incidir en los procesos políticos nacionales, en resistir a las transformaciones a favor de los derechos de este grupo de personas (Mosquera, 2015).

Los movimientos LGBTTTTI han apelado al litigio estratégico para impulsar sus causas en los diversos países de América Latina, basados en el marco normativo de los derechos humanos, ya que éstos les han permitido traducir sus reivindicaciones en torno a la identidad de género y la diversidad sexual en demandas por igualdad y no discriminación ante la ley (López, 2018).

Capítulo VIII

VIII. RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados de la investigación titulada: "Efectividad de la danzaterapia como intervención de enfermería en la incertidumbre de personas que viven con VIH". Estos resultados subyacen a partir de la base de datos obtenida de la escala "MUIS" y de la cédula de identificación de los grupos experimental y control.

Se inicia con resultados de fiabilidad y la distribución de los datos en la curva normal. A continuación se abordan las características sociodemográficas de los participantes; posteriormente se presenta el nivel de incertidumbre que presentaron los investigados antes y después de la intervención de danzaterapia; en seguida se determina si existe relación entre el nivel de incertidumbre con las características sociodemográficas en el grupo experimental; se continúa con los resultados que dieron respuesta al objetivo general y se finaliza con la comprobación de la hipótesis.

Para la presente investigación se consideró el nivel de significancia estadística de $p < 0.05$.

Para determinar la confiabilidad del instrumento "MUIS", se realizó una prueba piloto, y obtuvo una consistencia con la prueba Alfa de *Cronbach* de .904 en la escala total del grupo experimental y .896 en el grupo control (véase la tabla 2).

Tabla 2

Análisis de fiabilidad de la escala de la incertidumbre de Mishel Uncertainty in illness Scale "MUIS" en la escala total y por dimensiones en el grupo experimental y control.

Análisis de fiabilidad	Alfa de Cronbach	
	Grupo experimental	Grupo control
Dimensión		
Diagnóstico	.799	.702
Tratamiento	.741	.664
Relación con los proveedores de cuidado.	.693	.736
Planificación del futuro	.753	.848
Escala total	.904	.896

Nota: Elaboración propia a partir de los resultados estadísticos de fiabilidad del instrumento "MUIS" Abreu y Castañeda 2016 versión breve 2018.

Para observar la normalidad de los datos se realizó la prueba *Shapiro-Wilk*, en la cual se obtuvo una significancia estadística de .000 a .006 entre el pre y post intervención, resultando significativo tanto para el grupo experimental y grupo control (véase la tabla 3).

Tabla 3

Pruebas de normalidad del grupo experimental y del grupo control.

Grupo	Shapiro-Wilk					
	Pre			Post		
	E	gl.	Sig.	E	gl.	<i>p</i>
Experimental	.817	15	.006	.597	15	.000
Control	.596	15	.000	.790	15	.003

Nota: Elaboración propia a partir de los resultados estadísticos de normalidad, del instrumento "MUIS" 2018.
E= estadístico, gl. = grados de libertad, *p* = significancia estadística.

Para dar respuesta al objetivo específico número uno, que a la letra dice: describir las características sociodemográficas de los grupos experimental y control, a continuación se detallan los resultados en la tabla 4.

El total de participantes fue de 30, de los cuales, 15 correspondieron al grupo experimental y el mismo número al grupo control. Con respecto al sexo de los participantes, el 80% (12) del grupo experimental y el 86.7% (13) del grupo control corresponde al masculino. Los rangos de edad se obtuvieron con la regla de *Sturges* en ambos grupos. En los rangos de edad del grupo experimental de 24-30 y 31-38 se ubica el 66.8 (10) de los participantes, en tanto que en estos mismos rangos del grupo control se localiza el 60.1% (9). En relación al estado civil de las PVVIH el 73.3% (11) y el 66.7% (10) fueron solteros en los grupos experimental y control respectivamente.

En cuanto a escolaridad de las personas que participaron en el estudio, el grupo experimental y el grupo control presentaron los mismos porcentajes del 53.3% (8) de nivel licenciatura. Para la variable situación laboral, el mayor porcentaje lo ocupó el ser empleados (grupo experimental con 73.3% (11) y grupo control el 46.7% (7)). En relación con la variable religión se observó que la doctrina católica

fue la de mayor incidencia con 73.3% (11) en el grupo experimental, en tanto que para el grupo control se observó el 80% (12).

En cuanto al tiempo de diagnóstico, el 40% (6) del grupo experimental fueron diagnosticados entre 1-3 años; este mismo porcentaje correspondió al grupo control, solamente que esta condición se obtuvo desde más de 10 años.

Referente al tratamiento, el 100% de los participantes de ambos grupos reciben fármacos especializados para el control de VIH. En relación con los años de tratamiento retroviral, los grupo experimental y control obtuvieron el mayor porcentaje entre 0-5 años (60% [9] y 46.7% [7] comparativamente).

Tabla 4

Descripción de las características sociodemográficas de los participantes del grupo experimental y grupo control de estudio, 2018.

Variable	f	Grupo		
		Experimental (n=15) %	Control (n=15) f %	
Sexo				
Masculino	12	80	13	86.7
Femenino	3	20	2	13.3
Total	15	100	15	100
Rango de edad				
24-30	5	33.4	3	20
31-38	5	33.4	6	40.1
39-46	1	6.6	2	13.3
47-54	3	20	1	6.6
55-62	1	6.6	3	20
Total	15	100	15	100
Estado Civil				
Casado	4	26.7	2	13.3
Soltero	11	73.3	10	66.7
Unión libre	0	0	2	13.3
Viudo	0	0	1	6.7
Total	15	100	15	100
Escolaridad				
Sin estudios	1	6.7	0	0
Primaria	0	0	1	6.7
Secundaria	1	6.7	2	13.3
Bachillerato	3	20	2	13.3

Licenciatura	8	53.3	8	53.3
Especialidad	0	0	1	6.7
Otro	2	13.3	1	6.7
Total	15	100	100	100
Situación laboral				
Empleado	11	73.3	7	46.7
Desempleado	4	26.7	5	33.3
Jubilado	0	0	3	20
Total	15	100	15	100
Religión				
Católico	11	73.3	12	80
Testigo de Jehová	4	26.7	1	6.7
Ninguna	0	0	2	13.3
Total	15	100	15	100
Años de Diagnóstico				
Menos de 1 año	1	6.7	3	20
1-3 años	6	40	1	6.7
4-6 años	4	26.7	4	26.7
7-10 años	1	6.7	1	6.7
Más de 10 años	3	20	6	40
Total	15	100	15	100
En tratamiento				
Si	15	100%	15	100%
No	0	0	0	0
Total	15	100	15	100
Años en tratamiento				
0-5	9	60	7	46.7
6-11	3	20	4	26.7
12-17	1	6.7	2	13.3
18-23	2	13.3	2	13.3
Total	15	100	15	100

Nota: Cédula de identificación de las personas que viven con VIH participantes en el estudio de la AC. CONVIHVE de Morelia, Michoacán 2018.

f = frecuencia, % = porcentaje.

El objetivo número dos fue identificar el nivel de incertidumbre pre y post intervención en el grupo experimental y grupo control; a continuación se muestran los resultados obtenidos.

En relación al nivel de incertidumbre pre-intervención en el grupo experimental, se observa en la tabla 5 que 40% (6) de los participantes presentó un nivel de incertidumbre regular, a diferencia del grupo control en donde se observa que el 73.3% (11) presentó nivel de incertidumbre bajo.

Tabla 5

Nivel de incertidumbre pre-intervención en los grupos de estudio.

Nivel de Incertidumbre	Grupo experimental (n=15)		Grupo control (n=15)	
	f	%	f	%
Bajo	4	26.7	11	73.3
Regular	6	40.0	2	13.3
Alto	5	33.3	2	13.3
Total	15	100	15	100

Nota: Resultados a partir de los cortes establecidos del instrumento "MUIS" versión breve aplicada a personas que viven con VIH participantes en el estudio de la AC. CONVIHVE de Morelia, Michoacán, 2018.

f = frecuencia, % = porcentaje.

La tabla 6 muestra los niveles de incertidumbre que presentaron los participantes del grupo experimental y grupo control después de la intervención de danzaterapia, resaltando que el 100% (15) de los participantes del grupo experimental presentaron un nivel de incertidumbre bajo, a diferencia del grupo control, en donde se pudo observar que el 60% (9) presentó un nivel de incertidumbre regular. Cabe mencionar que en éste grupo no se aplicó el taller de danzaterapia, sin embargo, desde el punto de vista de la ética se ofreció un curso que les fuera de utilidad diferente al otorgado al grupo experimental, dicho curso fue la meditación trascendental.

Tabla 6

Nivel de incertidumbre post-intervención en los grupos de estudio.

Nivel de Incertidumbre	Grupo experimental (n=15)		Grupo control (n=15)	
	f	%	f	%
Bajo	15	100	4	26.7
Regular	0	0	9	60.0
Alto	0	0	2	13.3
Total	15	100	15	100

Nota: Resultados a partir de los cortes establecidos del instrumento "MUIS" versión breve aplicada a personas que viven con VIH participantes en el estudio de la AC. CONVIHVE de Morelia, Michoacán, 2018.

f = frecuencia, % = porcentaje.

En las tablas 7 y 8 se observa que la media del nivel de incertidumbre del grupo experimental fue de 81.60 pre-intervención y 46.60 en la post-intervención, con una significancia estadística de .016. En lo referente al grupo control se observa

una la media de 66.8 pre-intervención y 74.0 con una significancia estadística de .429.

Tabla 7

Media del nivel de incertidumbre pre-pos intervención en los grupos de estudio.

Nivel del incertidumbre	Media	DE
Grupo experimental (n=15)		
Pre-intervención	81.60	±16.67
Post-intervención	46.6	± 8.43
Grupo control (n=15)		
Pre-intervención	66.8	±17.15
Post-intervención	74.0	±12.50

Nota: n = muestra, DE = desviación estándar. Instrumento "MUIS" versión breve aplicada a personas que viven con VIH participantes en el estudio de la AC. CONVIHVE de Morelia, Michoacán, 2018.

Tabla 8

T de Student, correlación muestras relacionadas entre el nivel de incertidumbre pre-pos intervención en los grupos de estudio.

Correlaciones de muestras relacionadas	n	Correlación	p
Grupo experimental			
Pre-post intervención	15	- .609	.016
Grupo control			
Pre-post intervención	15	- .221	.429

Nota: n = muestra, p = significancia estadística. Instrumento "MUIS" versión breve aplicada a personas que viven con VIH participantes en el estudio de la AC. CONVIHVE de Morelia, Michoacán, 2018.

Para dar respuesta al objetivo número tres: Correlacionar los niveles de incertidumbre con las características sociodemográficas en el grupo experimental, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson que se describe en las tabla 10 y 11 a continuación se muestran los resultados.

Tabla 9

Nivel incertidumbre relacionado al sexo de los participantes del grupo experimental.

Nivel de incertidumbre del grupo de estudio (n=15)	Bajo		Regular		Alto		x ²	
	f	%	f	%	f	%	gl	p
Sexo								
Hombre	4	26.7	5	33.3	3	20	2	.381
Mujer	0	0	1	6.7	2	13.3		
Total	4	26.7	6	40	5	33.3		

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = Chi-cuadrado de Pearson, gl= grados de libertad, p = significancia estadística. Instrumento "MUIS" versión breve aplicada a personas que viven con VIH participantes en el estudio de la AC. CONVIHVE de Morelia, Michoacán, 2018.

En la tabla 9 se puede apreciar que en cuanto al sexo de los participantes, el 33.3% (5) corresponde al masculino y estos presentaron un nivel de incertidumbre regular; en relación a las mujeres, solo el 13.3% (2) presentaron un nivel de incertidumbre alto; con una significancia estadística de .381 dada por Chi-cuadrado.

Tabla 10

Nivel incertidumbre relacionado a la edad de los participantes del grupo experimental.

Nivel de incertidumbre del grupo de estudio (n=15)		Bajo		Regular		Alto		x ²	
Edad		f	%	f	%	f	%	gl	p
	25-30	1	6.7	3	20	1	6.7	22	.397
	31-46	1	6.7	2	13.3	3	20		
	47-56	2	13.3	1	6.7	1	6.7		
Total		4	26.7	6	40	5	33.3		

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = Chi-cuadrado de Pearson, gl= grados de libertad, p = significancia estadística. Instrumento "MUIS" versión breve aplicada a personas que viven con VIH participantes en el estudio de la AC. CONVIHVE de Morelia, Michoacán, 2018.

En la tabla 10 se muestra los resultados del nivel de incertidumbre y la relación con la edad de los participantes de ésta investigación. En el rango de 25 a 30 años de edad los participantes presentaron un nivel de incertidumbre regular 20% (3); en el rango de 31-46 años de edad, presentaron un nivel de incertidumbre alto 20% (3); con un Chi-cuadrado de. 397 y 22 grados de libertad.

Tabla 11

Nivel incertidumbre relacionado con el estado civil de los participantes del grupo experimental.

Nivel de incertidumbre del grupo de estudio (n=15)								
	Bajo		Regular		Alto		x ²	
Estado civil	f	%	f	%	f	%	gl	p
Casado	1	6.7	1	6.7	2	13.3	2	.681
Soltero	3	20	5	33.3	3	20		
Total	4	26.7	6	40	5	33.3		

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = Chi-cuadrado de Pearson, gl= grados de libertad, p = significancia estadística. Instrumento "MUIS" versión breve aplicada a personas que viven con VIH participantes en el estudio de la AC. CONVIHVE de Morelia, Michoacán, 2018.

En la tabla 11 se puede apreciar que las personas solteras presentaron mayor porcentaje en el nivel de incertidumbre regular con 33.3% (5). Chi-cuadrado muestra la significancia estadística que fue de .681.

Tabla 12

Nivel incertidumbre relacionado con la escolaridad de los participantes del grupo experimental.

Nivel de incertidumbre del grupo de estudio (n=15)								
	Bajo		Regular		Alto		x ²	
Escolaridad	f	%	f	%	f	%	gl	p
Sin estudios	0	0	0	0	1	6.7	8	.154
Secundaria	0	0	0	0	1	6.7		
Bachillerato	1	6.7	2	13.3	0	0		
Licenciatura	1	6.7	4	26.7	3	20		
Otro	2	13.3	0	0	0	0		
Total	4	26.7	6	40	5	33.3		

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = Chi-cuadrado de Pearson, gl= grados de libertad, p = significancia estadística. Instrumento "MUIS" versión breve aplicada a personas que viven con VIH participantes en el estudio de la AC. CONVIHVE de Morelia, Michoacán, 2018.

En la tabla número 12 se puede observar que los participantes de nivel licenciatura presentaron un nivel de incertidumbre regular 26.7% (4). Chi-cuadrado muestra el nivel de significancia estadística que es de .154.

Tabla 13

Nivel incertidumbre relacionado con la situación laboral de los participantes del grupo experimental.

Nivel de incertidumbre del grupo de estudio (n=15)								
Situación laboral	Bajo		Regular		Alto		x ²	
	f	%	f	%	f	%	gl	p
Empleado	3	20	5	33.3	3	20	2	.681
Desempleado	1	6.7	1	6.7	2	13.3		
Total	4	26.7	6	40	5	33.3		

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = Chi-cuadrado de Pearson, gl= grados de libertad, p = significancia estadística. Instrumento "MUIS" versión breve aplicada a personas que viven con VIH participantes en el estudio de la AC. CONVIHVE de Morelia, Michoacán, 2018

En la tabla 13 se puede observar que de acuerdo a la ocupación, las empleadas presentaron un nivel de incertidumbre regular con 33.3% (5); la significancia estadística que arrojó Chi-cuadrado fue de .681.

Tabla 14

Nivel de incertidumbre relacionado con la religión de los participantes del grupo experimental.

Nivel de incertidumbre del grupo de estudio (n=15)								
Religión	Bajo		Regular		Alto		x ²	
	f	%	f	%	f	%	gl	p
Católico	4	26.7	3	20	4	26.7	2	.198
Ninguna	0	0	3	20	1	6.7		
Total	4	26.7	6	40	5	33.3		

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = Chi-cuadrado de Pearson, gl= grados de libertad, p = significancia estadística. Instrumento "MUIS" versión breve aplicada a personas que viven con VIH participantes en el estudio de la AC. CONVIHVE de Morelia, Michoacán, 2018.

En la tabla número 14 se puede observar la relación que existe entre el nivel de incertidumbre y religión; en los participantes cuya religión fue católica, el 26.7 % (4) presentaron un nivel de incertidumbre bajo, este mismo porcentaje se encontró en este mismo rubro cuyo nivel de incertidumbre fue alto. Chi cuadrado muestra la significancia estadística (.198).

Tabla 15

Nivel incertidumbre relacionado con los años de diagnóstico de los participantes del grupo experimental.

Nivel de incertidumbre del grupo de estudio (n=15)								
Años de diagnóstico	Bajo		Regula		Alto		x ²	
	f	%	f	%	f	%	gl	p
Menos de 1 año	0	0	0	0	1	6.7		
1-3 años	2	13.3	2	13.3	2	13.3		
4-6 años	1	6.7	1	6.7	2	13.3	8	.668
7-10 años	0	0	1	6.7	0	0		
Más de 10 años	1	6.7	2	13.3	0	0		
Total	4	26.7	6	40	5	33.3		

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = Chi-cuadrado de Pearson, gl= grados de libertad, p = significancia estadística. Instrumento "MUIS" versión breve aplicada a personas que viven con VIH participantes en el estudio de la AC. CONVIHVE de Morelia, Michoacán, 2018.

En la tabla 15 se presenta el nivel de incertidumbre relacionado con los años de diagnóstico, el rango de 1 - 3 presentó 13.3% (2) en cada uno de los niveles de incertidumbre: bajo, regular y alto. En el rango de 4 - 6 el 13.3% (2) presentó un nivel alto de incertidumbre. En el rango de más de 10 años de diagnóstico presentaron los participantes un nivel de incertidumbre regular con 13.3% (2). La significancia estadística fue de .668 (Chi-cuadrado).

Tabla 16

Nivel incertidumbre relacionado con los años en tratamiento de los participantes del grupo experimental.

Nivel de incertidumbre del grupo de estudio (n=15)									
Años en tratamiento	Bajo		Regular		Alto		gl	x ²	p
	f	%	f	%	f	%			
0-5	3	20	2	13.3	4	26.7	6	.524	
6-11	0	0	2	13.3	1	6.7			
12-17	0	0	1	6.7	0	0			
18-23	1	6.7	1	6.7	0	0			
Total	4	26.7	6	40	5	33.3			

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = Chi-cuadrado de Pearson, gl= grados de libertad, p = significancia estadística. Instrumento "MUIS" versión breve aplicada a personas que viven con VIH participantes en el estudio de la AC. CONVIHVE de Morelia, Michoacán, 2018.

En la tabla 16 se puede observar el nivel de incertidumbre relacionado con los años en tratamiento; las personas de 0 - 5 años de tratamiento mostraron un nivel de incertidumbre alto con 26.7% (4), estos resultados tuvieron una significancia estadística por Chi-cuadrado de .524.

En relación al cumplimiento del objetivo general que a la letra indica: "determinar la efectividad de la danzaterapia como intervención de enfermería en la incertidumbre de personas que viven con VIH", se realizó la prueba estadística *T de Student* de muestras relacionadas; a continuación se presentan los resultados.

Tabla 17

T de Student de muestras relacionadas entre el nivel de incertidumbre pre-pos intervención en los grupos de estudio.

Nivel de incertidumbre						
Grupo experimental	M	DE	t	gl	p	
Pre-pos intervención	35.00	±22.81	5.942	14	.000	
Grupo control						
Pre-pos intervención	-7.20	±18.86	-1.478	14	.162	

Nota: M = media, DE= desviación estándar, t = *T de Student*, gl= grados de libertad, p = significancia estadística. Instrumento "MUIS" versión breve aplicada a personas que viven con VIH participantes en el estudio de la AC. CONVIHVE de Morelia, Michoacán, 2018.

Al comparar el grupo experimental con el grupo control en los dos momentos de evaluación: pre y después de la intervención de enfermería, se encontró una significativa estadística mediante la *T de Student* relacionada de $p=.000$; la media

fue de 35, mostrando una desviación estándar de ± 22.81 , obteniendo una t de 5.942; en el grupo control se encontró una $p=.162$, la media fue de -7.20, con una desviación estándar de ± 18.86 y una t -1.478.

Como se describe en el marco introductorio de éste capítulo en relación a la aceptación y comprobación de la hipótesis, se redactan los siguientes resultados.

Dado el resultado de la prueba estadística *T de Student*, la $p=.000$, representa que se acepta la hipótesis de investigación: "la danzaterapia es efectiva en la disminución de la incertidumbre en la persona que vive con VIH".

Capítulo IX

IX. DISCUSIÓN

Ante el objetivo de establecer la efectividad de la danzaterapia como intervención de enfermería en la incertidumbre de personas que viven con VIH, en este capítulo se muestra el análisis de los resultados encontrados en éste estudio; presentado el contraste con otras investigaciones, desde el referente teórico de Merle H. Mishel en el que se aplicaron de una forma empírica los conceptos teóricos. A continuación se discuten los resultados a partir del propósito de la investigación.

Iniciando con las variables socio demográficas, se encontró que el género masculino fue mayoría en la muestra, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), estos resultados son iguales a los datos estadísticos que presenta el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2017) y a los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015); tal como sucedió en el estudio de Pino et al en 2015. En relación a la edad el mayor número de personas corresponde al rango de 24 a 46 años de edad, estos datos coinciden con lo señalado por Chianca et al, 2018 en su estudio “El conocimiento de las personas que viven con el VIH/SIDA acerca de la terapia antirretroviral”.

En relaciona a la variable estado civil se reportó que la mayor parte de los participantes son solteros para ambos grupos respectivamente, debido a que la mayoría no se encuentra con pareja estable, esto al igual que en el estudio de Vélez et al (2015).

Un dato interesante se pudo observar respecto al nivel educativo, que en ambos grupos de estudio refieren tener un nivel educativo de licenciatura, este resultado es similar a lo reportado por da Fonte et al, en 2017 en su población de estudio; en la actualidad no hay un dato oficial a nivel Mundial, Nacional o Estatal que refieran el nivel educativo que predomina en las personas que viven con VIH.

En relación a la situación laboral de las personas del grupo experimental, más de la tercera parte refiere estar empleado a diferencia del grupo control, menos de la mitad refiere estar empleado, los datos son semejantes a lo reportado por da Fonte et al, en 2017, esto tiene una explicación lógica debido a que las personas se

encuentras en una edad productiva, de acuerdo al censo nacional económico 2014 el INEGI refiere que, Michoacán tienen una participación económica de 55.4% en los hombres y 44.6 % en mujeres (INEGI, 2015). La variable religión reveló que el mayor porcentaje de los participantes refieren ser católicos, este resultado es similar al presentado por la Encuesta Nacional sobre Creencias y Prácticas Religiosas en México (RIFREM, 2016), a pesar de que el panorama religioso en el país se ha modificado, se puede señalar que en Michoacán la religión católica aun predomina (INEGI, 2011).

Parte importante en la prevención del VIH, es el diagnóstico oportuno y dar inicio al tratamiento retroviral, dado esto el grupo experimental refiere tener de 1 a 5 años de diagnóstico y de haber iniciado la ingesta de fármacos especializados en el control del virus. En América Latina y en el Mundo la infección por VIH es una enfermedad crónica, desde la aparición de la terapia antirretroviral (TARV) como lo refiere la ONUSIDA y el CENSIDA en 2017; el acceso universal al TAR es gratuito y en México no es la excepción, ya que la secretaria de salud, es el órgano rector de garantizar a través del sistema fragmentado, el control y distribución eficaz del TAR, evitando en las personas que viven con VIH la aparición de infecciones oportunistas y neoplasias asociadas (SSM, 2017).

Al aplicar la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de la enfermera Michel M. (1988), en los grupos de estudio permite observar el nivel de incertidumbre ante un futuro incierto en la PVVIH; en el caso de los resultado del grupo control se puede observar que una tercera parte presentó un nivel de incertidumbre bajo, estos niveles quizás no son significativos, pudieran ser por la edad y los años de diagnóstico ya que tienen más de 10 años de diagnóstico entre el rango de 31 a 62 años de edad.

A diferencia en el grupo experimental se puede observar que un cuarto de población de PVVIH presentaban un nivel de incertidumbre regular, seguida de un nivel alto. Cuando se comparan estos resultados con los obtenidos por Johnson y Hurtado en 2017, en adultos mayores con diagnóstico de cáncer, resultaron

semejantes ya que más de la mitad de su población de los adultos mayores presentan un nivel de incertidumbre alto mientras que el resto presentaba un nivel regular.

Dado a lo anterior las PVVIH experimentan procesos complejos de transformación personal al ser diagnosticadas y vivir con una enfermedad crónica Carrasco et al (2013), conocer el nivel de incertidumbre en las personas que viven con VIH, vinculado a la dificultad para hacer frente a los síntomas de incertidumbre ante la evolución de la enfermedad y la complejidad del tratamiento, permite a los profesionales del cuidado ser una fuente de apoyo en la interpretación de los hechos surgidos a raíz de la enfermedad (Mishel, 1988).

Resulta preocupante que las PVVHI tengan dificultad en la interpretación subjetiva con respecto a su enfermedad, tratamiento y a una posible hospitalización; Mishel, 1988, promueve que los profesionales del cuidado sean una fuente de apoyo para las personas que viven bajo una enfermedad crónico degenerativa, de forma que, éstos influyan en el nivel de incertidumbre cuando la incertidumbre sea valorada como un peligro.

El nivel de incertidumbre regular y alto en la actualidad es valorado como un peligro, ante este hecho se puede emplear la danzaterapia como estrategias de afrontamiento para controlar las respuestas emocionales en el marco de los estímulos; esto permite establecer la terapia psicocorporal como fuente de apoyo, ante la composición holística de la misma, ésta permite estructurar el marco de los estímulos que percibe una persona que vive con VIH; estímulos que, por tanto, se estructuran dentro de un esquema cognitivo (Mishel, 1988).

Dado a lo anterior y por referencia de Mishel, se desarrolla la presente investigación al promover una nueva alternativa en el cuidado y al establecimiento de la efectividad de la Danzaterapia como intervención de enfermería, en donde a la luz de los resultados obtenidos en la escala de incertidumbre "MUIS" se observó una diferencia significativa en los resultados estadísticos entre los dos grupos de estudio, en la preintervención y postintervención del grupo experimental, dado a

éste resultado el grupo se posicionó en un parámetro superior al final del estudio comparando con lo obtenido al inicio del mismo, lo que valida la efectividad de la danzaterapia como intervención de enfermería en los niveles de incertidumbre.

Dichos resultados son similares a los que reporta Chica et al en 2017 en su estudio titulado "efectos moduladores sobre la salud de un programa normalizado de danza en pacientes con fibromialgia"; en sus estudios, mencionaron que la danzaterapia es una terapia psicorporal efectiva, que puede ser utilizada para brindar una atención integral durante la vivencia de una enfermedad crónica.

La reconceptualización de la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad se ha visto respaldada sobre todo por (Baier, 1995), la cual refiere que la interpretación de la incertidumbre debe ser una oportunidad en la redefinición del concepto de normalidad y el planteamiento de nuevos sueños a través de intervenciones holísticas dirigidas por los profesionales del cuidado a personas con alguna enfermedad crónica como lo es en personas con VIH (Mishel, 1988).

Al practicar y hacer uso de la danzaterapia la persona logra una adaptación, en la que representa la continuidad de la conducta biopsicosocial normal del individuo y constituye el deseado resultado de los esfuerzos de afrontamiento, en este estudio se pudo observar que la implementación del taller de danzaterapia logró una adaptación, visto este proceso como una oportunidad, ya que está no desaparece en la persona con VIH, contexto similar al que presenta Crespo y del Villar en 2017 quien señala en su investigación titulada "efectividad de la danza, como tratamiento fisioterápico, en el síndrome de Parkinson: revisión crítica narrativa" que las personas pueden utilizar la danzaterapia como forma holística en su tratamiento divertido y dinámico capaz de lograr una adaptación y abordar muchas de las manifestaciones clínicas de incertidumbre ante la cronicidad de Parkinson.

En ésta terapia psicorporal la persona fue vista como un sistema biopsicosocial, en las que a través del uso de la danzaterapia el estado en la persona con VIH logró un equilibrio, dado a esto permitió aumentar la receptividad

del sistema para que cambie, lo que a la luz de la teoría en el modelo reconceptualizado de Mishel, es aceptado.

Se observó en este estudio que las personas del grupo experimental mostraron emociones de tristeza, ira, frustración, inseguridad, en alguna de las dimensiones del taller, en respuesta al cumplimiento del objetivo en la intervención planeada, de forma que el trabajo interpersonal y grupal se fue fortaleciendo con el paso de las intervenciones; durante la terapia las personas pudieron expresar la risa, la espontaneidad, la creatividad e ingenio a través del baile, donde al finalizar cada intervención las personas expresaron la paz interior, el confort físico después de la actividad física durante el movimiento activo.

Al final del taller se pudo observar que los participantes mostraron un comportamiento más seguro, menos temor hacia el futuro, ya que se trabajó con la conciencia de la experiencia corporal donde esta emerge, o donde se recrea y repite, con algo tan sencillo como un suspiro, un pequeño gesto con la mano o una inclinación de la cabeza; al momento de la evaluación las PVVIH proyectaron mayor habilidad para la resiliencia cognitiva, espiritual, emocional, física y social ante la incertidumbre, según la experiencia vivida durante el taller de danzaterapia.

Una parte de estos procesos vivenciados por el grupo experimental se relacionan al grupo de estudio de Panhofer y Mac Donald en 2015 en su estudio titulado “Moviéndonos hasta el final de nuestros días. Cuidados paliativos a través de la Danza Movimiento Terapia” que a la luz de sus resultados refieren que la danzaterapia ofrece una posibilidad de participación activa y constructiva hacia la resiliencia, trabajando a través de la memoria corporal de la persona que vive bajo cronicidad.

Trabajar desde la memoria corporal generó en el grupo experimental un descenso en la media de incertidumbre, este descenso notable repercute favorablemente en la puntuación general del nivel de incertidumbre en las PVVIH, donde en su totalidad de la población refirió un nivel de incertidumbre bajo, después de haber recibido la intervención de danzaterapia en dicha escala.

A lo largo del taller se trabajó el poder interno del participante, para que éste creará una nueva perspectiva de la vida, a través del pensamiento y el placer por el movimiento natural, como una forma natural de expresar las emociones de tal forma que la PVVIH acepte la incertidumbre como si se tratase de un ritmo natural de la vida, como lo describe Merle. Durante el trascurso se pudo observar el crecimiento en las habilidades de disfrute y de expresión corporal en los participantes del grupo experimental. Estas últimas evidencias del presente estudio, no fue posible documentarlas debido al enfoque del estudio planteado, esto nos permite indicar que la terapia psicocorporal a través de la danza se puede hacer un diseño cuali-cuantitativo es decir un estudio mixto.

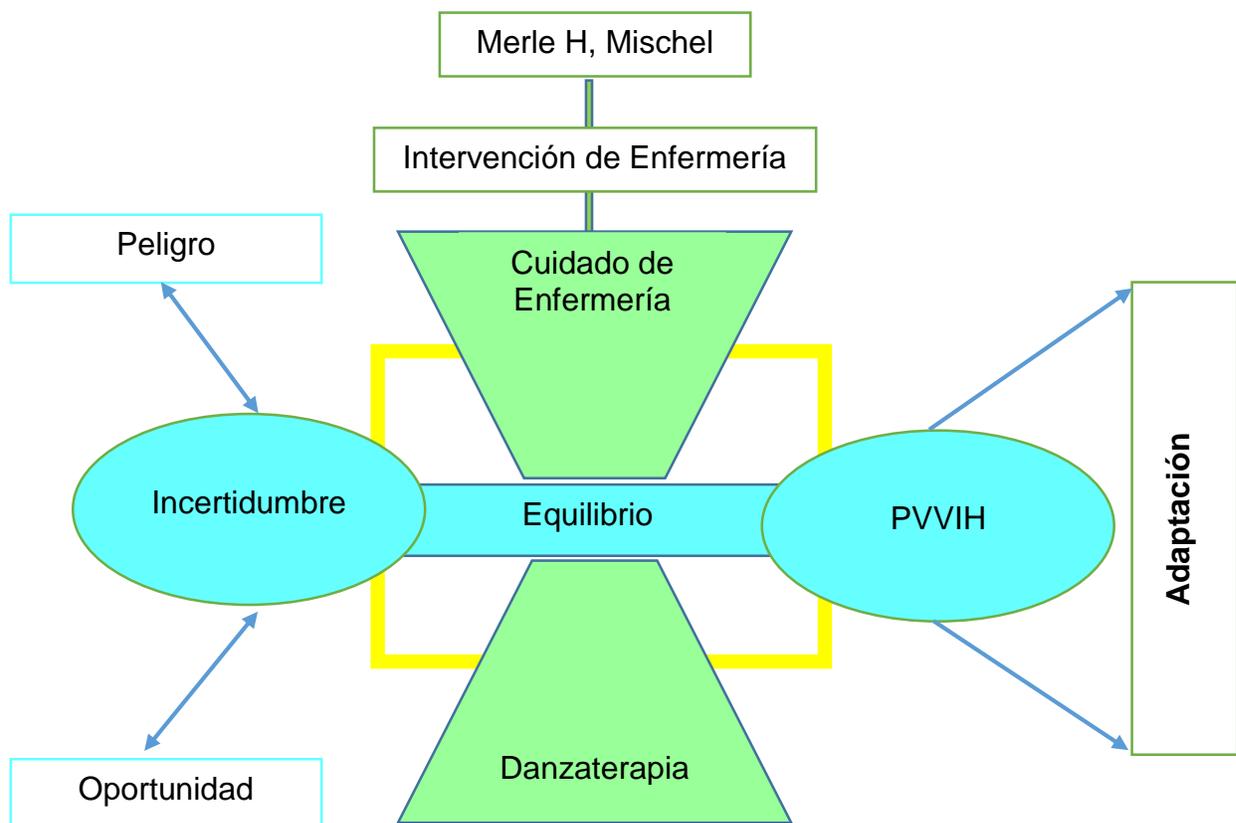
Acudiendo y atendiendo al llamado de Mishel en el que los profesionales del cuidado debemos ser agentes de apoyo ante el afrontamiento, y que a la luz de la teoría la define como cualquier actividad que el paciente puede poner en marcha, “tanto cognitiva como conductual”, ésta investigación cumple con ello al proponer una alternativa en el cuidado de enfermería, ya que la incertidumbre puede ser diagnosticada y tratada de una forma holística independientemente del estado físico de salud de la PVVIH, ya que la danzaterapia favorece la disminución del nivel de incertidumbre y genera un aumento en los niveles de CD4 y por consiguiente una disminución en la carga viral, aunque estos dos datos no se contemplaron en la investigación, a la luz de otras investigaciones se puede garantizar un aumento de CD4 y disminución CV significativo tal y como lo refiere Montero et al en 2012 en su estudio titulado “Proyecto social para la creación de un programa que promueva el arte de la Danza en la Fundación Agustín Tomalá de Guayaquil que atiende a niños infectados por VIH en el periodo 2011 – 2012”.

Se confirma la efectividad de la danzaterapia en la incertidumbre de PVVIH, sustentando a través de la adaptación de los hechos, lo que permite tranquilidad y serenidad ante un futuro pleno y seguro, en el que la cronicidad se ve controlada, logrando proyectos de vida, situación que genera un equilibrio personal mayor al resto de la población. Dado a lo anterior se sustenta el uso de la danzaterapia como

intervención de enfermería y se recomienda su uso en próximos estudios para fomentar las terapias alternativas en el cuidado en enfermería.

En el esquema 7 mostramos la triangulación de los supuestos teóricos de Michel en su teoría de la incertidumbre, a la luz de los resultados obtenidos de la terapia psicocorporal de Danzaterapia.

Esquema 7. Conclusión de la intervención de Danzaterapia



Fuente: elaboración propia.

Capítulo X

X. CONCLUSIONES

A la luz de los resultados la Danzaterapia es efectiva en la disminución en el nivel de incertidumbre en las personas que viven con VIH, al ser ésta una actividad dentro de las terapias complementarias holísticas.

Basada en los conceptos de Michel la presente investigación siguió su objetivo de enfermería, al ser la intervención una fuente de apoyo, se pudo influir en el nivel de incertidumbre donde la adaptación ante incertidumbre se pudo ver reflejada en el comportamiento de la persona; la PVVIH expresó una nueva perspectiva de vida, dando un nuevo sentido a la vida.

La Danzaterapia como intervención de enfermería pudo afrontar y controlar las respuestas emocionales derivadas de la incertidumbre, dado a esto y en el cumplimiento del mismo se contribuyó al cuidado de enfermería porque es capaz de modificar el sistema cognitivo conductual mediante un método no invasivo, garantizando aumento al bienestar y calidad de vida de la PVVIH.

A través de la Danzaterapia se contribuye a la ciencia en enfermería, al fortalecer las habilidades de cuidado entorno al VIH y con ello se fortalece al cuerpo académico “Cuidado humanizado en condiciones crónicas” de la Facultad de Enfermería de la Benemérita y Centenaria Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, a la cual pertenece; lo que justificó la presente investigación, además se recomienda el uso de la danzaterapia como intervención de enfermería en futuros trabajos, así como en la intervención diaria de su práctica para favorecer la incertidumbre en las personas a su cuidado al ser esta una intervención holística.

Capítulo XI

XI. RECOMENDACIONES

1. Promover la utilización de la Danzaterapia como intervención de enfermería en el cuidado de personas con otras condiciones crónico degenerativas.
2. Continuar en la generación de evidencias que permitan sustentar ésta intervención para ser incluida en la clasificación del NIC como intervención.
3. Dar seguimiento a la población de estudio para garantizar el impacto de la intervención.
4. Se sugiere que esta intervención pueda ser replicada en la familia de la PVVIH al ser ellos una fuente de apoyo directa.
5. Recomendar que dentro del plan de estudios de la facultad de enfermería en la unidad de aprendizaje de proceso de enfermería, se implemente el conocimiento de otras intervenciones alternativas a la práctica del cuidado que favorezcan el bienestar integral en las personas.

Capítulo XII

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, O.A y Castañeda, J. (2016). Valoración del nivel de incertidumbre en usuarios del servicio de urgencias del hospital universitario de canarias. (Tesis de grado). Universidad de La Laguna. España. Recuperado de: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3662/Nivel%20de%20Incertidumbre%20en%20usuarios%20del%20Servicio%20de%20Urgencias%20del%20Hospital%20Universitario%20de%20Canarias.pdf?sequence=1>
- ADTA. (2014). *About dance/movement therap*. Recuperado de: <http://www.adta.org>
- Alcántara, J.C y Casillas, M.L. (2017). Terapias complementarias en cuidados paliativos. "Revisión narrativa". (Tesis de grado). Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. Recuperado de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680337/alcantara_suxe_Juan%20Carlostfg.pdf?sequence=1
- Álvarez, I. Fischman, D (2014). La imagen corporal en danza/movimiento terapia. Un estudio con mujeres operadas de cáncer de mama. (Tesis de Maestría). Universidad Autónoma de Barcelona. España. Recuperado de: https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2014/hdl_2072_247524/TFM_Isabel_Alvarez.pdf
- Araya, A., Carrasco, P., Loayza, C y et al. (2013). Necesidades educativas de un grupo de personas viviendo con VIH: diagnóstico basado en la perspectiva de los usuarios y de los profesionales que los atienden. *Rev Med Chile*. 141, 582-588. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000500005
- Barrera, L., Carrillo, G.M., Chaparro, L y Sánchez, B. (2014). Cuidado de Enfermería en situaciones de enfermedad crónica. Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. Facultad de Enfermería. 17-252. Recuperado de: <http://www.uneditorial.net/uflip/Cuidado-de-Enfermeria-en-situaciones-de->

[enfermedad-cronica/pubData/source/Cuidado-Enfermeria-en-situaciones-de-enfermedad-cronica-uflip.pdf](#)

Bermúdez, V., Bran, L., Palacios, L y Posada, I.C. (2015). Relación médico-paciente: impacto en las campañas de promoción y prevención para personas con VIH en Medellín. *Rev. Salud pública México*. 18(4), 543-553. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42247581004>

Blázquez, A., Nierga, J y Javierre, C. (2011). Terapia a través de la danza y el movimiento en mujeres con cáncer de mama: el impacto psicofísico del proceso empático. *PSICOONCOLOGÍA*, 8 (1), 31-43. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1111120031A>

Bocaletti, M.A. (2017). Tratamiento de la Úlcera Anal Específica en Pacientes Inmunocomprometidos. Estudio Prospectivo. *Rev Guatem Cir*, 23, 48-55. Recuperado de: <http://pp.centramerica.com/pp/bancofotos/1519-34216.pdf>

Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M y Wagner, C.M. (2014). Nursing Interventions Classification (N.I.C) 6, a ed. *Elselvier*, España. Revisión impresa.

Cardona, D.V., Medina, Ó.A., Herrera, S.M y Orozco, P.A. (2016) Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/Sida en Quindío, Colombia, 2015. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(6) ,941-954 Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v15n6/rhcm10616.pdf>

Carrasco, P., Araya, A., Loayza, C., Ferrer, L., et al. (2013). Cómo entender la experiencia de personas que viven con VIH: implicaciones para la clínica y la investigación. *Aquichan*. 13(3), 387-395. Recuperado de: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2430/html>

CENSIDA, (2016). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Recuperado de: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_DIA_MUNDIAL_2016a.pdf

- CENSIDA, (2017). Día Mundial del sida México, 2017. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/275582/Boletin_D_aMundial_2017.pdf
- Chianca, D. de Oliveira, RC. Vitorino, A. Da Rocha, J y Barbosa, MM. (2018). El conocimiento de las personas que viven con el VIH/SIDA acerca de la terapia antirretroviral. *Enfermería Global*, 29, 96-110. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.1.274001>
- Chica, Á. (2017). Efectos Moduladores Sobre la Salud de un Programa Normalizado de Danza en Pacientes con Fibromialgia. (Tesis de Doctorado). Universidad de Málaga. España. Recuperado de: <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/15005>
- CNDH (2017). Derechos sexuales y reproductivos: un asunto de derechos humanos. Recuperado de: <http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/Derechos-Sexuales-Reproductivos.pdf>
- CNDH. (2016). Derechos humanos de las personas que viven con VIH o con sida. México. Recuperado de: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/1_Cartilla_VIH_sida.pdf
- CNHD (2016). Derechos humanos de las personas que viven con VIH o con sida. Recuperado de: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/1_Cartilla_VIH_sida.pdf
- Código de conducta de la secretaria de salud. (2016). Recuperado de: http://www.comeri.salud.gob.mx/descargas/Vigente/2016/Codigo_Conducta.pdf
- College of Nursing. (2014). CNC - NIC Publications. Nursing Interventions Classification. The University of Iowa. Recuperado de: <https://nursing.uiowa.edu/cncce/nic-publications>

- Comisión Nacional de Bioética. (2016). Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación. Recuperado de: http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CEI_paginada_con_forros.pdf
- Compean, M.S., Pérez, D., Staines, M.G., y Ortiz, L., (2014). Factores sociodemográficos asociados a la satisfacción con los servicios públicos de salud entre personas con vih/sida. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 13(26) ,127-143. Recuperado de: doi:10.11144/Javeriana.RGYPS13-26.fsas
- Córdoba, M.I y Vallejo, A.R. (2013). Violencia sexual y empatía: la danza en contextos terapéuticos. *Pensamiento Psicológico*, 11(2) ,177-190. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80131178011>
- Cortés, A., García, R., Lazo, Z., Bolaños, J.C., Ochoa, R y Pérez, D. (2014). Intervención en el conocimiento, creencias y percepción de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual y el vih/sida. *Medicent Electrón*, 18(1),11-18. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000100003
- Crespo, L. y del Villar D.V.(2017). "Efectividad de la danza, como tratamiento fisioterápico, en el síndrome de Parkinson: revisión crítica narrativa". (Tesis pregrado). Universidad Nacional de Valladolid. España. Recuperado de: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/26655/1/TFG-O%20986.pdf>
- Cunha, G.H., Galvao, M.T.G., Pinheiro, P.N.C y Vieira, N.F.C. (2017). Health literacy for people living with HIV/Aids: an integrative review. *Rev Bras Enferm* 7(1) ,169-77. Recuperado de: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0052>
- Dávila, M.E., Gil, M.A y Tagliaferro, Z.A. (2015). Conocimiento de las personas que viven con el virus del VIH/SIDA sobre la enfermedad. *Rev. Salud pública*, 17 (4), 541-551. Recuperado de: DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n4.41378>

- Declaración de Helsinki. (2013). Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Corea. Recuperado de: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>
- Denis, E.J y Casari, L. (2014). La Musicoterapia y las Emociones en el Adulto Mayor. *Revista diálogos*, 4(2), 75-82. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/264860799_La_musicoterapia_y_las_emociones_en_el_adulto_mayor
- Dias, R., Anzures, S., Dorantes, H y Viniegra, A. (2016).Cambios de las características clínicas de pacientes que requieren evaluación por el grupo experto en resistencia a los antirretrovirales (GERA). México. Guía de practica clinica.1-57. Recuperado de: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-099-08/ER.pdf>
- Domínguez, M y Chávez, S. (2017). Efectos de Danzaterapia en Atención, Control Instruccional, Psicomotricidad e Interacción Social de Internos Psiquiátricos. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 7(2),1-18. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/62348/54863>
- Donald, E., Bailey, J.R y Stewart, J.L. (2011). Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. *Teorías y modelos en enfermería*. 28: 599-619. Elsevier España, S.L.
- Estrada, L.E y Lorenzo, E. (2017). "La bailoterapia en las capacidades coordinativas y la resistencia en los estudiantes con discapacidad auditiva de la unidad educativa especializada sordos de Chimborazo de la ciudad de Riobamba en junio-noviembre del 2016." (Tesis pregrado). Universidad Nacional de Chimborazo. Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/3764/1/UNACH-EC-FCS-CULT-FISI-2017-0019.pdf>

- Fernández, M., Ligeró, M.C y Robau, M. (2015). Consulta de enfermería del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínic de Barcelona.1-31. Recuperado de: http://gtt-vih.org/files/active/0/Guia_queremos_ayudarte.pdf
- Forte, V y Bueno, C. (2016). Experiencias de danzaterapia de mujeres que han sufrido cáncer de mama. Un estudio fenomenológico. *Psicosociología*, 13(1), 151-163. Recuperado de: DOI: 10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52494
- Galvis, C., Aponte, L y Pinzón, M. (2016). Percepción de la calidad de vida de cuidadores de pacientes asistentes a un programa de crónicos, Villavicencio, Colombia. *Aquichan*, 16(1), 104-115. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165759972016000100011&script=sci_abstract&tlng=es
- García, A., Vergara, E., Piñón, A y Pérez, M. (2015). Alteraciones neuropsicológicas en pacientes con VIH e historia previa de consumo de sustancias. Un estudio preliminar. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47, 213-221, Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rlp.2015.06.001>
- Grove, Gray y Burns. (2016). Análisis de la ética en investigación en enfermería. (pp.93-128). *Elsevier*. Barcelona, España.
- Grove, S. Gray, J. y Burns, N. (2016). Aclaración de los diseños de la investigación cuantitativa. (pp. 209-246). *Elsevier*. Barcelona, España.
- Hernández, Fernández y Bautista. (2014). Definición del alcance de la investigación que se realizará: exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo. (pp.89-101). *McGRAW-HILL*. México.
- Huerta, M.I., Álvarez, A., Rivera, M.E., Ruiz, M.L., Alcántar, M.L.A y Ruiz, M.J. (2017). La terapia psicocorporal para favorecer el bienestar psicológico de personas que viven con vih: una intervención de Enfermería. *Index, Paraninfo digital*. XI (27), 1988-3439. Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n27/224.php>

- INEGI, (2015). Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
- INEGI. (2011). Panorama de las religiones en México 2010. Recuperado de: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora_religion/religiones_2010.pdf
- INEGI. (2015). Los hombres y las mujeres en las actividades económicas 2014. Recuperado de: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/CE_2014/702825077938.pdf
- Jiménez, G.À., López, F.E y Restrepo, D.M. (2013). La experiencia educativa del profesional de enfermería en el ámbito clínico. *Investig. Enferm. Imagen Desarr*, 15 (2), 9-29. Recuperado de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/7066/5614>
- Johnson, M.I y Hurtado, P. (2017). La incertidumbre frente a la enfermedad en adultos mayores con diagnóstico de cáncer. *CIENCIA Y ENFERMERIA XXIII* (1), 57- 65. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v23n1/0717-9553-cienf-23-01-00057.pdf>
- López (2018). Movilización y contra movilización frente a los derechos LGBTI. Respuestas conservadoras al reconocimiento de los derechos humanos. *Estudios Sociológicos*, XXXVI (106) ,161-187. Recuperado de: DOI: 10.24201/es.2018v36n106.1576
- Luengo, C y Paravic, T. (2016). Autonomía profesional factor clave para el ejercicio de la enfermería basada en la evidencia. *Índex de Enfermería*, 25 (1-2), 42-46. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v25n1-2/teorizaciones2.pdf>

Marín, F. (2017). Impacto de la danza terapéutica y del ejercicio físico sobre la sintomatología y la capacidad cardiorrespiratoria de mujeres con fibromialgia. (Tesis de Maestría). Universidad autónoma de Manizales. Jaén España. Disponible desde: <http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/1174/1/IMPACTO%20DE%20DT%20Y%20EF%20EN%20MUJERES%20CON%20FM%20Fabiana%20Mar%C3%ADn%20Mej%C3%ADa.pdf>

Meléndez, C y Fonseca, S.R. (2013). Una propuesta para la sistematización de procesos de transformación social a partir de la comunicación corporal (Tesis de grado) Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Recuperado de: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/11202>

Menor, M.J., Aguilar, M.J., Mur, N y Mur, C.S. (2017). Efectividad de las intervenciones educativas para la atención de la salud. Revisión sistemática. *Revista de Ciencias Médicas de Cienfuegos*. 15(1), 71-84. Recuperado de: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3424/2263>

Merle H. Mishel. (1988). Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. Raile, M y Marriner, A. *Teorías y modelos en enfermería 6ed*. Cap. 28: 599-618.

Montero, T.L y Ramos, P.A. (2012). Proyecto social para la creación de un programa que promueva el arte de la Danza en la Fundación Agustín Tomalá de Guayaquil que atiende a niños infectados por VIH en el periodo 2011 – 2012. (Tesis de grado). Universidad Laica Vicente Rocafuerte de Guayaquil. Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.ulvr.edu.ec/bitstream/44000/1806/1/T-ULVR-1622.pdf>

Morales et al. (2011). Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Recuperado de: https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4821/libro_principios_de_etica.pdf

Mórelo, E y Valencia, G.F. (2018). Desarrollo del pensamiento espacial a través de la danza para potenciar competencias euclidianas empleando el modelo de

Van Hiele. (Tesis de maestría). Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín.
Disponible

desde: <https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/3572/DESARROLLO%20DEL%20PENSAMIENTO%20ESPACIAL%20A%20TRAV%C3%89S%20DE%20LA%20DANZA%20PARA...pdf?sequence=1>

Mosquera (2015). Derechos de las minorías sexuales: retos contemporáneos de la resocialización. *En Justicia*, 28, 121-138. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.17081/just.20.28.1044>

Noda, A.L., Vidal, L.A., Pérez, J.E y Cañete, R. (2013). Interpretación clínica del conteo de linfocitos T CD4 positivos en la infección por VIH. *Revista Cubana de Medicina*, 52(2), 118-127. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232013000200005

Noguera, M.J, Caro, Y., Crabtree, B., Vázquez, F y Sierra, J.G. (2015). Factores psicosociales asociados con el inicio tardío de tratamiento antirretroviral en pacientes mexicanos con VIH. *Rev. Salud Pública México*. 57(2) ,135-141. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00363634201500800007

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2- 2010. (2010). Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Recuperado de: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/drhumanos/NOM-010-SSA2-2010.pdf>

Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014. (2014). Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/227625/NORMA_Oficial_Mexicana_039_DOF_01-05-17.pdf

- OMS. (2013). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Recuperado de: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>
- OMS. (2017). VIH-sida, Datos y cifras. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
- ONU (2015). Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado de: http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
- ONU (2015). La exclusión de las minorías sexuales tiene un alto costo social y financiero, advierte la ONU. Recuperado de: <https://news.un.org/es/story/2015/12/1346671>
- ONUSIDA, (2017). Se inclinó la balanza: Comunicado de prensa. Recuperado de: http://www.unaids.org/sites/default/files/20170720_PR_UNAIDS_Report_es.pdf
- ONUSIDA. (2017). Hoja informativa. Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. Recuperado de: <http://www.unaids.org/es/resources/factsheet>
- OPS., OMS., ONUSIDA. (2016). Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34380>
- Padilla, C y López, C. (2013). ¿Podemos mejorar nuestra salud mental a través de la Danza?: una revisión sistemática Retos. *Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 24, 194-197. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345732290038>
- Panhofer, H y Mac Donald, J. (2015). Moviéndonos hasta el final de nuestros días. Cuidados paliativos a través de la Danza Movimiento Terapia. *Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*. 10; 51-64. ISSN: 1886-6190. Recuperado de: http://dx.doi.org/10.5209/rev_ARTE.2015.v10.51683

- Pantoja, A.L y Estrada, J.H. (2014). Discriminación y estigmatización de las personas viviendo con VIH/ SIDA: revisión de la literatura. *Acta Odontológica Colombiana* 4(1), 57-80. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>
- Peñaloza, M., Mora, M., Jaimes, A y Quintero, A.I. (2013). Percepción de la muerte en personas portadoras del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en situación de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). *Revista ciencia y cuidado*, 10 (1), 11-18. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4454576>
- Pino, M y Martínez, E.O. (2014). Cognición y VIH. Algunas consideraciones. Santiago. 135, 664-674. Recuperado de: <https://revistas.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/view/55/51>
- Pinto, M.F., Gosuen, G.C., Vancini, C.R., Souza, D., Assayag, R.E y Silva, A.G. (2015). Calidad de vida, perfil socioeconómico, conocimiento y actitud sobre sexualidad de "personas que viven" con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 23(2),192-199. Recuperado de: DOI: 10.1590/0104-1169.3424.2542
- Ramos, F.E. (2017). Efecto de la Danzaterapia en el Nivel de Autoeficacia Emocional de Cinco Adolescentes con Trastorno Depresivo; En Programa Residencial: Aportes Para Una Intervención Psicoterapéutica Alternativa. (Tesis de Doctorado). Universidad del Turabo. Puerto Rico. Recuperado de: <https://search.proquest.com/openview/8605fab8b045bf66a2ddfc5866ac2a4c/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. (2014). Recuperado de: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/Provectima/1LEGISLACI%C3%93N/1Federal/Reglamento_Ley_General_Salud_Prestacion_Atencion_Medica.pdf

- RIFREM. (2016). Encuesta Nacional sobre Creencias y Prácticas Religiosas en México. Recuperado de: http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Encuesta-Nacional-sobre-Creencias-y-Practicas-Religiosas-en-Me%CCxico_d....pdf
- Rivera, P.D y Mocha, J.A. (2017). "La bailoterapia y los indicadores de salud de los participantes del proyecto ecuador ejercítate de la ciudad de Riobamba". (Tesis de maestría). Universidad Técnica de Ambato. Recuperado de: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/25435/1/0603610080-Pa%c3%bal%20David%20Rivera%20Moreano..pdf>
- Robles, B.A. (2016). La construcción y resigificación social del VIH. Un estudio antropológico. *Medicina Social*, 11(1), 18-22. Recuperado de: <http://www.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb35964dafc0159ef267a6a0284>
- Rodríguez, R.M y Dueso, E. (2015). Consideraciones alrededor de la Danza MovimientoTerapia y sus aplicaciones en el ámbito social. *Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*.10: 127-137. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/viewFile/51687/47930>
- Rubiano, Y.L y Ruiz, A. (2013). Sentimientos morales en la relación de cuidado enfermeras(os) – personas que viven con VIH/SIDA. *Enfermería Global*. 29, 288-296. Recuperado de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/147971>
- Sánchez, L. (2014). Efectividad de la expresión corporal para la mejora de la capacidad expresiva en el Trastorno Mental Grave. *Nure Investigación*. 73, 1-21. Recuperado de: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/78/69>
- Scher, A. (2016). Estigma y discriminación hacia hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y mujeres trans: el impacto en la vulnerabilidad y riesgo frente al VIH/ SIDA. Study Project (ISP) Collection. 2461. Disponible desde: http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2461

- Sebiani, L. (2005). Uso de la danza-terapia en la adaptación psicológica a enfermedades crónicas. (*CÁNCER, FIBROSIS, SIDA*). *Rev. Reflexiones*, 84 (1), 49-56. Recuperado de: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/11412/10761>
- Serrano, M., Valenza, C.M., Serrano, C., Aguilar, E., Olmedo, M y Villaverde, C. (2016). Efectos de un programa de danzaterapia en la composición corporal y calidad de vida de mujeres mayores españolas con sobrepeso. *Nutr Hosp*, 33(6) ,1330-1335. Recuperado de: DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.791>
- SSM, (2017). SSM detecta y trata oportunamente a pacientes con VIH-Sida. Recuperado de: <http://salud.michoacan.gob.mx/noticias/ssm-detecta-y-trata-oportunamente-a-pacientes-con-vih-sida/>
- Stanwell, R. (2018). The art of healing. *Perspectives in Public Health*, 138(1), 1-2. Recuperado de: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1757913917744155>
- Torres, C.M y Peña, M.D.P. (2013). Adaptación transcultural de la escala de incertidumbre de M. Mishel, en personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis. (Tesis Doctoral). Universidad de Jaén. España. Disponible desde: <http://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/533/1/9788484397991.pdf>
- Trejo, F. (2012). Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Enf Neurol (Mex)*. 11(1), 34-38. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene121g.pdf>
- Triviño, A. Solano, M.C y González, J.S. (2016). Aplicación del modelo de incertidumbre a la fibromialgia. *Aten Primaria*, 48(4), 219-225. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.04.007>
- Valverde, E y Flórez, M.T. (2012). Efecto de la danza en los enfermos de Parkinson. *Fisioterapia*, 34(5), 216-224. Recuperado de: doi:10.1016/j.ft.2012.03.006

Vélez, P., Rojas, Y y Mogollón, A.M. (2015). Actitudes y prácticas frente a la sexualidad de los homosexuales. *Rev. Cienc. Cuidad*, 12(1), 40-52. Recuperado de:

<http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/321>

Vidal, E., Páez, M y Fiallo, J. (2016). Conocimientos sobre prevención de la transmisión sexual del Virus de Inmunodeficiencia Humana en la comunidad La Silsa. *Rev. Habanera de Ciencias Médicas*, 15(3) ,377-387. Recuperado de:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2016000300007

Capítulo XIII

XIII. ANEXOS

Anexo 1. Escala de la incertidumbre de *Mishel Uncertainty in illness Scale* "MUIS" (Versión Breve de 23 Ítems)

Instrucciones: Esta escala está diseñada para conocer el nivel de incertidumbre que pudiera tener, en relación, al diagnóstico, al tratamiento, relación con los proveedores de cuidado y la planificación del futuro. En las siguientes preguntas se exponen varias situaciones relacionadas con las dudas que se producen en usted en relación a su enfermedad. Usted contestará marcando con una (x) la respuesta bajo los siguientes criterios que otorgamos, sin dejar ninguna.

Muy de acuerdo =5, De acuerdo =4, Indiferente =3, En desacuerdo =2, Muy en desacuerdo =1

No. ítem	Descripción de la pregunta	Respuesta				
1.	No sé lo que me pasa.	5	4	3	2	1
2.	Tengo muchas preguntas sin respuestas.	5	4	3	2	1
3.	Desconozco si mi enfermedad va a mejor o a peor.	5	4	3	2	1
4.	Me preocupa tener dolores o síntomas desagradables.	5	4	3	2	1
5.	Las explicaciones que me dan sobre mi enfermedad me parecen confusas.	5	4	3	2	1
6.	Entiendo para qué y por qué estoy recibiendo este tratamiento.	5	4	3	2	1
7.	Mis síntomas cambian de un día para otro.	5	4	3	2	1
8.	Entiendo todo lo que me explican.	5	4	3	2	1
9.	Los médicos me dicen cosas que se pueden interpretar de diferentes maneras.	5	4	3	2	1
10.	Mi tratamiento es demasiado complicado para entenderlo.	5	4	3	2	1
11.	Es difícil saber si este tratamiento mejora mi enfermedad.	5	4	3	2	1
12.	No puedo hacer planes para el futuro porque no sé cómo evolucionara mi enfermedad.	5	4	3	2	1
13.	Mi enfermedad cambia por momentos, tengo días buenos y días malos.	5	4	3	2	1
14.	Me han dado opiniones diferentes sobre mi enfermedad.	5	4	3	2	1
15.	Desde que tengo esta enfermedad, no sé lo que me va a ocurrir.	5	4	3	2	1
16.	Los resultados de las pruebas se contradicen.	5	4	3	2	1
17.	La efectividad del tratamiento no es segura.	5	4	3	2	1
18.	Debido a mi tratamiento no sé cómo estaré mañana, ni lo que podré hacer.	5	4	3	2	1

19.	Estoy seguro de que no me encontraran ningún problema más.	5	4	3	2	1
20.	El tratamiento que recibo está demostrando que funciona.	5	4	3	2	1
21.	No me han dicho exactamente la enfermedad que tengo.	5	4	3	2	1
22.	Entiendo todo lo que me explican.	5	4	3	2	1
23.	Los médicos me dicen cosas que se pueden interpretar de diferentes maneras.	5	4	3	2	1

Nota: Escala de la Incertidumbre versión breve de 23 ítems en español con un Alfa de Cronbach de 0.89

Capítulo XIV

XIV. APÉNDICE

Apéndice 1. Cedula de identificación del participante

Instrucciones: En los apartados con numeración marce con una (x) los criterios de lección de acuerdo a su condición, en los otros apartados coloque con letra de molde lo que corresponde a su persona.

Cédula de identificación

Nombre:	
Edad.	
Sexo.	1.Hombre 2. Mujer
Escolaridad	1.Sin estudios 2.Primaria 3.Secundaria 4.Bachillerato 5.Licenciatura 6.Especialidad 8.Otro
Situación laboral	1. Empleado 2.Desempleado 3. Jubilado
Lugar de residencia Años de diagnóstico	1. Menos de 1 año 2. 1 a 3 años 3. 4 a 6 años 4. 7 a 10 5. Más de 10 años

Elaboración propia.

Apéndice 2. Operacionalización de variables socio demográficas

Variables socio demográficas

Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Indicador
Edad	Cuantitativa	Tiempo que ha vivido una persona (RAE)	Abierta
Sexo	Cuantitativa	Valores y conductas que se atribuyen de acuerdo al sexo (RAE).	1. Hombre 2. Mujer
Escolaridad	Cuantitativa	Culminación años y grado obtenido (RAE)	1.Sin estudios 2.Primaria 3.Secundaria 4.Bachillerato 5.Licenciatura 6.Especialidad 8.Otro
Situación laboral	Cuantitativa	Perteneciente a la acción de trabajo en su aspecto económico, jurídico y social (RAE)	1. Empleado 2.Desempleado 3. Jubilado
Lugar de residencia	Cuantitativa	Lugar que se reside (RAE)	Abierta
Años de diagnóstico	Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde que recibió el diagnóstico positivo a VIH	1. Menos de 1 año 2. 1 a 3 años 3. 4 a 6 años 4. 7 a 10 5. Más de 10 años

Fuente: Elaboración propia.

Apéndice 3. Operacionalización de variables de estudio

Variables de estudio.

Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
Danzaterapia	Independiente	Es el uso psicoterapéutico del movimiento para promover la integración emocional, cognitiva, física y social de un individuo (Marín, 2017).	Taller de Danzaterapia que se brinda a personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana (PVVIH) con el objetivo de disminuir el nivel de incertidumbre.	
Incertidumbre	Dependiente	Es un estado cognitivo que representa la inadecuación del esquema cognitivo existente, cuya función es la de ayudar a la interpretación de los hechos surgidos a raíz de la enfermedad (Merle H. Mishel, 1988).	Escala que medie nivel de incertidumbre en español versión breve: de cuatro dimensiones. Diagnóstico, tratamiento, relación con los proveedores de cuidado y la planificación del futuro (Torres citado por Abreu y Castañeda, 2016)	NI Bajo. >69 NI Regular. 69-92 NI Alto. 93-115

Fuente: Elaboración propia.

Apéndice 4. Consentimiento informado



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Facultad de Enfermería



Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación

Título del protocolo: Efectividad de la Danzaterapia como Intervención de Enfermería en la Incertidumbre de personas que viven con VIH.

Investigador principal: Gerardo Saucedo Pahua.

Sede donde se realizará la investigación: La asociación civil CONVIHVE con dirección, Manuela Medina # 567 Col. Jacarandas en la ciudad de Morelia, Michoacán.

Antes de seguir le informamos que los datos personales de identidad proporcionados a esta intervención, serán regidos por el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en México, bajo lo estipulado en el artículo 15 y 16 en el que se redacta lo siguiente "*se protegerá la privacidad del individuo en todo momento, siempre y cuando este autorice lo contrario*". Pedimos a usted llenar la información que a continuación se pide.

Nombre del participante: _____

Permítame infórmale que usted está cordialmente invitado a participar en este estudio de investigación, este proceso se conoce como consentimiento informado en el cual a usted se le proporcionara información adecuada acerca de los objetivos, beneficios y los posibles riesgos previsibles e incomodidades derivadas a esta investigación, si usted en algunos de los apartados a explicar no comprende los términos o el procedimiento puede pedir al investigador le sea más claro y explicitó para que usted comprenda, ya que es su derecho como lo marca las declaratorias internacionales de bioética.

Una vez que usted haya comprendido los alcances del estudio y si usted desea participar, le pedimos firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregara una copia firmada y fechada.

Procederemos a describir los alcances de la investigación y los efectos que tendrá en su persona como lo marca el artículo 21 y 22 del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud.

1. **Justificación del estudio.** Disminuir el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad en personas seropositivas en un periodo corto a través de la Danzaterapia como intervención holística que ofrecen los profesionales del cuidado.
2. **Objetivo del estudio.** Determinar la efectividad de la danzaterapia como intervención de enfermería en la incertidumbre de personas que viven con VIH.
3. **Beneficios del estudio.** Le permitirá a usted tener seguridad y confianza a través del movimiento corporal, generando bienestar en su interior, aumentando habilidades de coordinación y capacidad del pensamiento. Bioquímicamente se generaran neurotransmisores que favorecerán el aumento de células T CD4. A nivel emocional disminuirá el estrés, ansiedad y depresión por mencionar algunas., esto permitirá a usted tener una mejor actitud frente a su enfermedad.

Aclaraciones

1. Desea participar en el estudio de una forma voluntaria sin que nada ni nadie le presione de una forma física o psicológica.
2. No habrá ninguna represaría desfavorable para usted, en caso de que no acepte la invitación.
3. Si acepta participar en el estudio le agradecemos la confianza y el compromiso con la misma, de antemano le hacemos de su conocimiento que si usted ve o presiente que esta intervención le está causando algún daño físico o psicológico puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, usted puede informar o no de su determinación, la cual se le respetara en la toma de la misma.
4. En esta investigación usted No recibirá pago por su participación.

5. Se entregará un cuestionario antes de la intervención y otro al final de la misma para ser analizados e interpretados por los investigadores y resguardados en un archivo en el que solo los investigadores tendrán acceso a los mismos en el domicilio: Calle Huizala #268 Col. San Isidro Itzicuaru en Morelia, Michoacán.
6. La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación personal de cada participante serán mantenida con estricta confidencialidad y resguardado en un archivo por el grupo de investigadores en el domicilio: Calle Huizala #268 Col. San Isidro Itzicuaru en Morelia, Michoacán.
7. Si usted considera puede acudir a la comisión de Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo en caso de que tenga dudas sobre sus derechos o que se estén violentando los mismos a través de la:
Dra. María Cristina Martha Reyes
Presidenta de la Comisión de Bioética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
8. Este proyecto es financiado por el investigador, los datos obtenidos se utilizarán solo para fines académicos y de divulgación científica, dando un resumen de los resultados a la asociación CONVIHVE, AC de la Ciudad de Morelia.

Si usted considera que ha comprendido lo anterior, y si no tiene preguntas acerca de su participación, puede firmar este escrito que forma parte de las consideraciones éticas de la presente investigación, cabe mencionar que CONVIHVE está enterado y apoya el proyecto.

Nota: se llevarán a cabo los principios éticos para la protección de los derechos humanos en investigación, mediante la aplicación del código de ética en enfermería y el apego estricto al código de conducta profesional de la secretaria de salud en México.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Acepto participar en este estudio en el entendido que si observo que puedo ser afectado de forma física, psicológica o social puedo retirarme del estudio. De este manuscrito recibiré una copia con fecha en la que se asentaron las firmas de conformidad.

Firma del participante

Fecha

Testigo

Fecha

He explicado al Sr (a). _____ el objetivo, beneficios y lo posibles riesgos de la investigación. Del cual he respondido las preguntas, con una respuesta lo más claro posible de la cual he constatado que ha entendido todos los alcances del proyecto. Acepto que he leído la normativa internacional y nacional correspondiente para realizar investigación con seres humanos a la que se tiene apego a la misma.

Una vez aceptada la propuesta con el participante, se procedió a firmar el presente documento por ambas partes.

Firma del investigador

Fecha

Usted puede comunicarse o buscar el investigador bajo la descripción siguiente.

L.E. Gerardo Saucedo Pahua.

Dirección: Huizala No. 268 Col. San Isidro Itzicuaro Morelia Michoacán.

Teléfono particular. 44322684677

Correo electrónico. ge_ra_sol@hotmail.com

Apéndice 5. Programa de Intervención de Enfermería basado en la Danzaterapia para la persona que vive con VIH.

La Danzaterapia, es una terapia-psicorporal, considerada una intervención al cuidado humanizado y holístico (Forte y Bueno., 2016), permite promover la integración cognitiva, espiritual, emocional, física y social del individuo que vive con VIH (Córdoba y Vallejo., 2013)., aunado a que enfermería puede generar cambios significativos a partir de esta intervención, este programa será aplicado por el investigador, el plan de trabajo está integrado por 12 sesiones, durante tres días a la semana con duración de 4 horas cada taller. El contenido de cada sesión se describe en las siguientes líneas.

Procedimiento: previa cita se expondrán el objetivo, los beneficios, y los posibles riesgos de dicha investigación, aclarando el compromiso por ambas partes, de tal forma se pedirá firmar el consentimiento informado, seguida de dicho acuerdo se pedirá llenar la "Escala de la Incertidumbre de Mishel (MUIS)".

DANZATERAPIA EN PVIH			
Sesión 1. Dimensión Cognitiva			
Sub-dimensión: Retrospección del participante.			
	1. Objetivo: Incluir y hacer sentir a los participantes pertenecientes al grupo de Danzaterapia.	Material: Computadora, bocina, hojas de papel bond, plumones, cinta adhesiva. Espacio: Sala de sesiones del grupo de auto ayuda CONVIHVE.	
Horario	Actividad	Descripción	Meta
5:00 a 5:20 pm.	Presentación	Se realizará usando la dinámica el aviso clasificado	Integración al grupo.
Evidencia: Escribir en la hoja de papel una descripción de sí mismo como si se ofrecieran para "algo" en un aviso clasificado del diario. Recordar el tema de cantidad de palabras, lo que cuesta la línea, para agilizar la creatividad y la espontaneidad.			
	2. Objetivo: Recordar el movimiento a través de la memoria corporal, desarrollada desde la concepción.	Material: Computadora, bocina y paños de tela. Espacio: Sala de sesiones del grupo de auto ayuda CONVIHVE.	

<p>5:20 a 5:30 pm</p>	<p>Introducción</p>	<p>Se explicará el objetivo y los alcances de la intervención, el compromiso investigador VS grupo, se describe de manera detallada los 12 talleres a realizar.</p> <p>Se confirmará que se haya entendido la dinámica del taller.</p> <p>Después se darán indicaciones detalladas para la realización del taller.</p>	<p>El participante comprende la dinámica del taller, evaluará los beneficios que tendrá de dicha intervención.</p>
<p>5:30 a 5:40 pm</p>	<p>Antecedentes de la Danzaterapia (DT).</p>	<p>En plenaria se expone el origen, antecedentes, uso y beneficios de la DT.</p>	<p>El participante deberá conocer cómo actúa la DT.</p>
<p>5:40 a 5:55 pm</p>	<p>Ejercidos de relajación muscular.</p>	<p>Se realizará mediante una postura llamada "Loto", en la cual el participante deberá iniciar con respiraciones profundas, seguida de movimientos finos y lentos de manera céfalocaudal, para disminuir la tensión y la rigidez muscular.</p>	<p>Relajación y disminución de la tensión, relacionada a la jornada del día.</p>
<p>5:55 a 6:45 pm</p>	<p>Memoria durante la concepción.</p>	<p>Se colocará a la persona en el piso en una dimensión de 2 metros cuadrados para su desenvolvimiento, se colocará un paño en los ojos, enseguida se figuran movimientos fetales, de forma que el participante logre realizar de manera espontánea los movimientos de un feto dentro del vientre.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p> <p>El acompañamiento será a través de una pieza musical relajante.</p>	<p>Reconocer que desde la concepción existe el movimiento corporal y forma parte de nuestro ser.</p>

<p>6:45 a 7:00 pm</p>	<p>Fase Relajación</p>	<p>Se realizará mediante una postura llamada "Loto", en la cual el participante deberá iniciar con respiraciones profundas, seguida de movimientos finos y lentos de manera céfalocaudal, para relajar a la persona.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p> <p>El acompañamiento será a través de una pieza musical relajante.</p>	<p>Relajación y disminución de la frecuencia cardiaca, respiratoria, disminución de la temperatura corporal.</p>
<p>Evaluación: Lista de asistencia de los participantes, con el propósito de llevar un control para el control de los criterios de control. (Se realizará el pase de lista en todas las sesiones del taller).</p>			

<p align="center">Sesión 2. Dimensión Cognitiva Sub-dimensión: Retrospección del participante.</p>			
<p>Objetivo: Recordar el movimiento a través de la memoria corporal, desarrollada durante la Infancia.</p>	<p>Material: Computadora, bocina. Pelotas, Listones y bastones de madera.</p> <p>Espacio: Sala de sesiones del grupo de auto ayuda CONVIHVE.</p>		
Horario	Actividad	Descripción	Meta
<p>5:00 a 5:15 pm</p>	<p>Fase de relajación muscular.</p>	<p>Se realizará mediante una postura llamada "Loto compartida", en la cual el participante deberá iniciar con respiraciones profundas, seguida de movimientos finos y lentos de manera céfalocaudal, para disminuir la tensión y la rigidez muscular.</p>	<p>Relajación y disminución de la tensión, relacionada a la jornada del día.</p>

<p>5:15 a 5:20 pm</p>	<p>Introducción</p>	<p>Se explicará el objetivo y los alcances de la intervención, confirmando que se haya entendido la dinámica del taller.</p> <p>Después se darán indicaciones detalladas para la realización del taller.</p>	<p>El participante comprende la dinámica del taller.</p>
<p>5:20 a 5:30 pm</p>	<p>Calentamiento.</p>	<p>Se realizarán movimientos cefalocaudales, mediante, rotaciones y estiramientos de todas las partes del cuerpo.</p>	<p>1. Preparar al individuo físicamente para un esfuerzo de mayor intensidad. 2. Preparar al individuo psicológicamente para el esfuerzo. 3.-Evitar y prevenir el riesgo de lesiones fundamentalmente a nivel muscular y articular que se producen por esfuerzos bruscos y violentos sin que el músculo haya alcanzado la temperatura óptima para su funcionamiento.</p>
<p>5:30 a 6:00 pm</p>	<p>El arte de consolar</p>	<p>Se otorgará a los participantes en vinas, se colocarán recargados en la pared, uno jugara el papel de madre o padre, con los brazos expuestos en forma de "arrullo" para poder mecer a su compañero.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p>	<p>Reconocer que durante la etapa de la infancia a través del arrullo, la persona se mantuvo en movimiento, de forma que se le consolaba por el llanto ante un mundo nuevo e incierto.</p>

		El acompañamiento será a través de una pieza musical.	
6:00 a 6:45 pm	El movimiento corporal a través del espacio de colores.	<p>Se otorgará a los participantes una cinta rítmica, con la cual realizarán movimientos libres en el espacio, expresando su creatividad e ingenio mediante la espontaneidad.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guía por el mismo.</p> <p>El acompañamiento será a través de una pieza musical.</p>	Lograr que el participante a través de la cinta rítmica sienta armonía, placer y conexión con el entorno.
6:45 a 7:00 pm	Fase Relajación	<p>Se realizará mediante una postura llamada "Loto compartida", en la cual el participante deberá iniciar con respiraciones profundas, seguida de movimientos finos y lentos de manera céfalocaudal, para relajar a la persona.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p> <p>El acompañamiento será a través de una pieza musical relajante.</p>	Relajación y disminución de la frecuencia cardiaca, respiratoria, disminución de la temperatura corporal.

Sesión 3. Dimensión Cognitiva

Sub- dimensión: Retrospección del participante.			
Objetivo: Recordar el movimiento a través de la memoria corporal, desarrollada durante la adolescencia.		Material: Computadora, bocina, aros de plástico y una cuerda de colores. Espacio: Sala de sesiones del grupo de auto ayuda CONVIHVE.	
Horario	Actividad	Descripción	Meta
5:00 a 5:15 pm	Fase de relajación muscular.	Se realizará mediante una postura llamada "Bharadujasana", en la cual el participante deberá iniciar con respiraciones profundas, seguida de movimientos finos y lentos de manera céfalocaudal, para disminuir la tensión y la rigidez muscular.	Relajación y disminución de la tensión, relacionada a la jornada del día.
5:15 a 5:20 pm	Introducción	Se explicará el objetivo y los alcances de la intervención, confirmando que se haya entendido la dinámica del taller. Después se darán indicaciones detalladas para la realización del taller.	El participante comprende la dinámica del taller.
5:20 a 5:30 pm	Calentamiento.	Se realizarán movimientos céfalocaudales, mediante, rotaciones y estiramientos de todas las partes del cuerpo.	1. Preparar al individuo físicamente para un esfuerzo de mayor intensidad. 2. Preparar al individuo psicológicamente para el esfuerzo. 3.-Evitar y prevenir el riesgo de lesiones fundamentalmente a nivel muscular y articular que se producen por esfuerzos bruscos y violentos sin

			que el músculo haya alcanzado la temperatura óptima para su funcionamiento.
5:30 a 6:00 pm	El movimiento corporal a través de la expresión no verbal.	<p>Se otorgará a los participantes un aro de color, el cual deberán usar en todo el espacio mediante el baile, rítmico y lento realizando movimientos finos y coordinados de forma libre y compartida, mediante rotaciones constantes entre los participantes, mediante la expresión no verbal, colocados en círculo.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p> <p>El acompañamiento será a través de una pieza musical relajante.</p>	Lograr que los participantes logren una comunicación a través del movimiento corporal de forma no verbal, expresando entre el grupo su vivencia de vida durante la adolescencia, enfocados en esta etapa.
6:00 a 6:45 pm	El movimiento corporal a través de la cuerda de colores.	<p>Se otorgará a los participantes una cuerda elástica de colores, con la cual realizarán movimientos libres en el espacio, todos tomados de la misma cuerda expresando el movimiento corporal mediante su creatividad e ingenio y espontaneidad.</p> <p>La forma geométrica a realizar será un círculo, en la misma figura se hará una rutina rítmica grupal, donde se</p>	Lograr que el participante a través de la cuerda de colores, sienta la inclusión grupal, afecto y armonía dentro de un núcleo familiar y social.

		<p>realizarán rotaciones circulares entre los participantes.</p> <p>El participante contará con una numeración al cual será el eje de indicación para ser guiado por el investigador.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p> <p>El acompañamiento será a través de una pieza musical para la intervención.</p>	
6:45 a 7:00 pm	Fase Relajación	<p>Se realizará mediante una postura llamada "Bharadujasana", en la cual el participante deberá iniciar con respiraciones profundas, seguida de movimientos finos y lentos de manera céfalocaudal, para relajar a la persona.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p> <p>El acompañamiento será a través de una pieza musical relajante.</p>	Relajación y disminución de la frecuencia cardíaca, respiratoria, disminución de la temperatura corporal.

Sesión 4. Dimensión Espiritual
Sub-dimensión Integración intrapersonal

Objetivo: Proyectar a través del movimiento corporal, la espiritualidad que forma parte de la persona		Material: Computadora, bocina, carpetas de papel crepe, tijeras, cinta adhesiva, pinturas en base de agua, cartulinas y pinceles. Espacio: Sala de sesiones del grupo de auto ayuda CONVIHVE.	
Horario	Actividad	Descripción	Meta
5:00 a 5:15 pm	Fase de relajación muscular.	Se realizará mediante una postura llamada "Vajrasana", en la cual el participante deberá iniciar con respiraciones profundas, seguida de movimientos finos y lentos de manera céfalocaudal, para disminuir la tensión y la rigidez muscular.	Relajación y disminución de la tensión, relacionada a la jornada del día.
5:15 a 5:20 pm	Introducción	Se explicará el objetivo y los alcances de la intervención, confirmando que se haya entendido la dinámica del taller. Después se darán indicaciones detalladas para la realización del taller.	El participante comprende la dinámica del taller.
5:20 a 5:30 pm	Calentamiento.	Se realizarán movimientos céfalocaudales, mediante, rotaciones y estiramientos de todas las partes del cuerpo.	1. Preparar al individuo físicamente para un esfuerzo de mayor intensidad. 2. Preparar al individuo psicológicamente para el esfuerzo. 3.-Evitar y prevenir el riesgo de lesiones fundamentalmente a nivel muscular y articular que se producen por esfuerzos bruscos y violentos sin que el músculo haya

			alcanzado la temperatura óptima para su funcionamiento.
5:30 a 6:00 pm	Búsqueda espiritual interna.	<p>Al inicio de cada intervención se pedirá al participante realice un momento de encuentro con el sistema de creencia, que el practique.</p> <p>Se colocará a los participantes alrededor del espacio, el participante expresara su espiritualidad interna a través de la expresión del arte. Realizara una pintura expresando como vive de forma interna su espiritualidad.</p> <p>En seguida se colocará a los participantes en círculo para expresar como represento a través del arte su espiritualidad interna. Uno de otro. Se buscará que haya una conexión entre el participante y el grupo, aceptando la realidad de la vida como una oportunidad de disfrutar nuestro entorno, duración de quince minutos.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p>	<p>Se Busca que a través del movimiento y el arte la persona tenga una conexión interna con su espiritualidad, y que a través de esta la persona sane heridas existenciales, en búsqueda del sentido de la vida e ir hacia la unión interna con lo divino, según el sistema de creencia de cada participante.</p>

		<p>El acompañamiento será a través de una pieza musical para la intervención.</p>	
<p>6:00 a 6:45 pm</p>	<p>Danza psicoespiritual.</p>	<p>Al inicio el participante dejara volar su imaginación en la creación de su indumentaria para poder bailar.</p> <p>Se colocará a los participantes en círculo, siendo una forma ancestral de encuentro, celebración, expresión devocional o vínculo con lo trascendente.</p> <p>Se bailará en círculo tratando de reproducir el movimiento, la variedad de emociones será a través de la expresión no verbal en diversas variedades.</p> <p>Al bailar se permitirá que el participante se conecte consigo mismo y con el que le acompaña en ambos lados.</p> <p>Bailar permitirá que el grupo tenga una conexión entre la tierra y el universo representado por el grupo.</p> <p>La técnica será realizada por el</p>	<p>Lograr que el participante a través del movimiento corporal confronte viejos miedos y culpas, facilitando que el individuo se abra hacia sí mismo de una forma clara y arraigada.</p>

		investigador y guiada por el mismo. El acompañamiento será a través de una pieza musical para la intervención.	
6:45 a 7:00 pm	Fase Relajación	Se realizará mediante una postura llamada "Vajrasana", en la cual el participante deberá iniciar con respiraciones profundas, seguida de movimientos finos y lentos de manera céfalocaudal, para relajar a la persona. La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo. El acompañamiento será a través de una pieza musical relajante.	Relajación y disminución de la frecuencia cardiaca, respiratoria, disminución de la temperatura corporal.

Sesión 5. Dimensión Espiritual			
Sub- dimensión: Integración intrapersonal			
Objetivo: Proyectar a través del movimiento corporal, la motivación espiritual en la vida del participante.		Material: Computadora, bocina, abanicos, telas de colores. Espacio: Sala de sesiones del grupo de auto ayuda CONVIHVE.	
Horario	Actividad	Descripción	Meta
5:00 a 5:15 pm	Fase de relajación muscular.	Se realizará mediante una postura llamada "Tadasana", en la cual el participante deberá iniciar con respiraciones profundas, seguida de	Relajación y disminución de la tensión, relacionada a la jornada del día.

		movimientos finos y lentos de manera céfalocaudal, para disminuir la tensión y la rigidez muscular.	
5:15 a 5:20 pm	Introducción	Se explicará el objetivo y los alcances de la intervención, confirmando que se haya entendido la dinámica del taller. Después se darán indicaciones detalladas para la realización del taller.	El participante comprende la dinámica del taller.
5:20 a 5:30 pm	Calentamiento.	Se realizarán movimientos céfalocaudales, mediante, rotaciones y estiramientos de todas las partes del cuerpo.	1. Preparar al individuo físicamente para un esfuerzo de mayor intensidad. 2. Preparar al individuo psicológicamente para el esfuerzo. 3.-Evitar y prevenir el riesgo de lesiones fundamentalmente a nivel muscular y articular que se producen por esfuerzos bruscos y violentos sin que el músculo haya alcanzado la temperatura óptima para su funcionamiento.
5:30 a 6:00 pm	Motivación espiritual.	Se colocará a los participantes en dos triángulos, se realizarán movimientos finos, mediante la expresión máxima del cuerpo acompañado de abanicos de colores. Se realizará una coreografía a través del espacio, uniendo ambas	Se Busca que a través del movimiento corporal la persona tenga una motivación espiritual, el abanico representará la vida interpretando que esta se puede abrir y cerrar con nuevas oportunidades en la vida.

		<p>triangulaciones en una sola, utilizando los abanicos en diferentes posiciones durante el traslado de la persona.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p> <p>El acompañamiento será a través de una pieza musical relajante.</p>	
<p>6:00 a 6:45 pm</p>	<p>Liberación de la conciencia espiritual.</p>	<p>Se formarán tres equipos de 10 personas, estos se colocarán en tres líneas verticales, se realizarán movimientos finos con extensión máxima de las extremidades, acompañado con telas de colores expresando en el espacio liberación de la conciencia espiritual. Se planeará una secuencia, seguida de esto el participante podrá seguir danzando de forma libre, de manera espontánea con la tela.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p> <p>El acompañamiento será a través de una pieza musical para la intervención.</p>	<p>Lograr que el participante a través del movimiento corporal libere una comunicación, no verbal de forma espontánea y amorosa hacia sí mismo, mediante un espacio de colores.</p>

<p>6:45 a 7:00 pm</p>	<p>Fase Relajación</p>	<p>Se realizará mediante una postura llamada "Tadasana", en la cual el participante deberá iniciar con respiraciones profundas, seguida de movimientos finos y lentos de manera céfalocaudal, para relajar a la persona.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p> <p>El acompañamiento será a través de una pieza musical relajante.</p>	<p>Relajación y disminución de la frecuencia cardiaca, respiratoria, disminución de la temperatura corporal.</p>
------------------------------	-------------------------------	---	--

<p align="center">Sesión 6. Dimensión Espiritual Sub- dimensión: Integración intrapersonal</p>			
<p>Objetivo: Proyectar a través del movimiento corporal, la espiritualidad que forma parte de la persona trasformada en amor.</p>	<p>Material: Computadora, bocina.</p> <p>Espacio: Sala de sesiones del grupo de auto ayuda CONVIHVE.</p>		
<p>Horario</p>	<p>Actividad</p>	<p>Descripción</p>	<p>Meta</p>
<p>5:00 a 5:15 pm</p>	<p>Fase de relajación muscular.</p>	<p>Se realizará mediante una postura llamada "Niño", en la cual el participante deberá iniciar con respiraciones profundas, seguida de movimientos finos y lentos de manera céfalocaudal, para disminuir la tensión y la rigidez muscular.</p>	<p>Relajación y disminución de la tensión, relacionada a la jornada del día.</p>

<p>5:15 a 5:20 pm</p>	<p>Introducción</p>	<p>Se explicará el objetivo y los alcances de la intervención, confirmando que se haya entendido la dinámica del taller.</p> <p>Después se darán indicaciones detalladas para la realización del taller.</p>	<p>El participante comprende la dinámica del taller.</p>
<p>5:20 a 5:30 pm</p>	<p>Calentamiento.</p>	<p>Se realizarán movimientos cefalocaudales, mediante, rotaciones y estiramientos de todas las partes del cuerpo.</p>	<p>1. Preparar al individuo físicamente para un esfuerzo de mayor intensidad. 2. Preparar al individuo psicológicamente para el esfuerzo. 3.-Evitar y prevenir el riesgo de lesiones fundamentalmente a nivel muscular y articular que se producen por esfuerzos bruscos y violentos sin que el músculo haya alcanzado la temperatura óptima para su funcionamiento.</p>
<p>5:30 a 6:45 pm</p>	<p>Biodanza.</p>	<p>Se realizará dos grupos de 10 personas, estos deberán bailar expresando lo que genere en ellos el sonido, se hará la combinación entre persona a persona hasta generar dos grupos, hasta llegar a un solo grupo.</p> <p>Se realizará el taller bajo tres criterios. 1. Las personas deberán bailar a</p>	<p>Se Busca que a través del movimiento corporal la persona exprese el amor por la vida, y que este sea la fuente de energía curativa.</p>

		<p>través del espacio, donde deberán utilizar el piso como fuente de expresión.</p> <p>2. Deberán utilizar de dos a tres personas para expresar el baile.</p> <p>3. Las personas deberán seguir el ritmo que indique un integrante del grupo para que pueda ser reproducido de persona a persona.</p> <p>En la fase dos, donde se unirán a dos grupos, las personas danzarán al estilo de quien quiera tomar el control del grupo estos deberán seguir y reproducir el movimiento.</p> <p>En la fase tres un solo grupo deberán danzar de una forma libre y espontánea, expresando el amor por la vida, iniciando por sí mismos., estos, si desean podrán expresar el sentimiento solo o compartido con algún integrante del equipo.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p>	
--	--	--	--

		El acompañamiento será a través de una pieza musical relajante.	
6:45 a 7:00 pm	Fase Relajación	<p>Se realizará mediante una postura llamada "Niño", en la cual el participante deberá iniciar con respiraciones profundas, seguida de movimientos finos y lentos de manera céfalocaudal, para relajar a la persona.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p> <p>El acompañamiento será a través de una pieza musical relajante.</p>	Relajación y disminución de la frecuencia cardiaca, respiratoria, disminución de la temperatura corporal.

Sesión 7. Dimensión Emocional			
Sub- dimensión: Integración interpersonal			
Objetivo: Utilizar la danza como recurso para expresar nuestra emoción interna.		Material: Computadora, bocina. Espacio: Sala de sesiones del grupo de auto ayuda CONVIHVE.	
Horario	Actividad	Descripción	Meta
5:00 a 5:15 pm	Fase de relajación muscular.	Se realizará mediante una postura llamada "Niño alto", en la cual el participante deberá iniciar con respiraciones profundas, seguida de movimientos finos y lentos de manera céfalocaudal, para disminuir la tensión y la rigidez muscular.	Relajación y disminución de la tensión, relacionada a la jornada del día.

<p>5:15 a 5:20 pm</p>	<p>Introducción</p>	<p>Se explicará el objetivo y los alcances de la intervención, confirmando que se haya entendido la dinámica del taller.</p> <p>Después se darán indicaciones detalladas para la realización del taller.</p>	<p>El participante comprende la dinámica del taller.</p>
<p>5:20 a 5:30 pm</p>	<p>Calentamiento.</p>	<p>Se realizarán movimientos cefalocaudales, mediante, rotaciones y estiramientos de todas las partes del cuerpo.</p>	<p>1. Preparar al individuo físicamente para un esfuerzo de mayor intensidad. 2. Preparar al individuo psicológicamente para el esfuerzo. 3.-Evitar y prevenir el riesgo de lesiones fundamentalmente a nivel muscular y articular que se producen por esfuerzos bruscos y violentos sin que el músculo haya alcanzado la temperatura óptima para su funcionamiento.</p>
<p>5:30 a 6:00 pm</p>	<p>Danzalegría.</p>	<p>Se colocará a los participantes en un losango, se realizarán movimientos finos, mediante la expresión máxima del cuerpo, de una forma libre y espontánea.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p> <p>El acompañamiento será a través de una pieza musical relajante.</p>	<p>Se Busca que a través del movimiento corporal la persona exprese la alegría por la vida.</p>

<p>6:00 a 6:45 pm</p>	<p>Psicotrama.</p>	<p>Los participantes deberán de realizar movimientos libres a través de la partitura musical, guiados, a sacar los miedos internos, y a hacer frente a los mismo como una herramienta de poder interno ante la adversidad.</p> <p>La incertidumbre hacia el futuro será eliminada en grupo, mediante la ayuda compartida, se pedirá al grupo hacer un circulo en el cual las personas, deberán tomarse de la mano, trabajarán una secuencia de pasos que permitirán una conexión de apoyo ante la adversidad entre el grupo.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p> <p>El acompañamiento será a través de una pieza musical para la intervención.</p>	<p>Lograr que los participantes a través del movimiento corporal dramaticen sus miedos, al fin de hacer conciencia de que la incertidumbre siempre estará presente y hay que tomarla como una oportunidad.</p>
<p>6:45 a 7:00 pm</p>	<p>Fase Relajación</p>	<p>Se realizará mediante una postura llamada "Niño alto", en la cual el participante deberá iniciar con respiraciones profundas, seguida de movimientos finos y lentos de manera céfalocaudal, para relajar a la persona.</p>	<p>Relajación y disminución de la frecuencia cardiaca, respiratoria, disminución de la temperatura corporal.</p>

		<p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p> <p>El acompañamiento será a través de una pieza musical relajante.</p>	
--	--	--	--

Sesión 8. Dimensión Emocional Sub- dimensión: Integración interpersonal			
Objetivo: Utilizar la danza como recurso para expresar nuestra emoción externa.		Material: Computadora, bocina. Espacio: Sala de sesiones del grupo de auto ayuda CONVIHVE.	
Horario	Actividad	Descripción	Meta
5:00 a 5:15 pm	Fase de relajación muscular.	Se realizará mediante una postura llamada "Balasana", en la cual el participante deberá iniciar con respiraciones profundas, seguida de movimientos finos y lentos de manera céfalocaudal, para disminuir la tensión y la rigidez muscular.	Relajación y disminución de la tensión, relacionada a la jornada del día.
5:15 a 5:20 pm	Introducción	Se explicará el objetivo y los alcances de la intervención, confirmando que se haya entendido la dinámica del taller. Después se darán indicaciones detalladas para la realización del taller.	El participante comprende la dinámica del taller.
5:20 a 5:30 pm	Calentamiento.	Se realizarán movimientos céfalocaudales,	1. Preparar al individuo físicamente para un

		<p>mediante, rotaciones y estiramientos de todas las partes del cuerpo.</p>	<p>esfuerzo de mayor intensidad. 2. Preparar al individuo psicológicamente para el esfuerzo. 3.-Evitar y prevenir el riesgo de lesiones fundamentalmente a nivel muscular y articular que se producen por esfuerzos bruscos y violentos sin que el músculo haya alcanzado la temperatura óptima para su funcionamiento.</p>
<p>5:30 a 6:00 pm</p>	<p>Espejos.</p>	<p>Se colocará a los participantes en binas estos bailaran de forma espontánea, expresaran movimientos libres, el cual ambos deberán ser el espejo del otro imitando dichos movimientos a través de una partitura musical.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p> <p>El acompañamiento será a través de una pieza musical relajante.</p>	<p>Se Busca que a través del movimiento corporal la persona exprese la emoción uno del otro de una forma natural.</p>
<p>6:00 a 6:45 pm</p>	<p>Danzaemoción.</p>	<p>Los participantes deberán de realizar movimientos libres a través de la partitura musical.</p> <p>Ellos dejaran fluir la emoción siendo esta la</p>	<p>Lograr que los participantes a través del movimiento corporal se den cuenta de que la emoción puede ser expresada.</p>

		<p>forma más libre de expresar los sentimientos del alma.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p> <p>El acompañamiento será a través de una pieza musical para la intervención.</p>	
6:45 a 7:00 pm	Fase Relajación	<p>Se realizará mediante una postura llamada "Balasana", en la cual el participante deberá iniciar con respiraciones profundas, seguida de movimientos finos y lentos de manera céfalocaudal, para relajar a la persona.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p> <p>El acompañamiento será a través de una pieza musical relajante.</p>	Relajación y disminución de la frecuencia cardiaca, respiratoria, disminución de la temperatura corporal.

Sesión 9. Dimensión Física			
Sub- dimensión: Integración transpersonal			
Objetivo: Utilizar la danza como recurso para mejorar nuestra condición física.		<p>Material: Computadora, bocina.</p> <p>Espacio: Sala de sesiones del grupo de auto ayuda CONVIHVE.</p>	
Horario	Actividad	Descripción	Meta

5:00 a 5:15 pm	Fase de relajación muscular.	Se realizará mediante una postura llamada "Uttanasana", en la cual el participante deberá iniciar con respiraciones profundas, seguida de movimientos finos y lentos de manera céfalocaudal, para disminuir la tensión y la rigidez muscular.	Relajación y disminución de la tensión, relacionada a la jornada del día.
5:15 a 5:20 pm	Introducción	Se explicará el objetivo y los alcances de la intervención, confirmando que se haya entendido la dinámica del taller. Después se darán indicaciones detalladas para la realización del taller.	El participante comprende la dinámica del taller.
5:20 a 5:30 pm	Calentamiento.	Se realizarán movimientos céfalocaudales, mediante, rotaciones y estiramientos de todas las partes del cuerpo.	1. Preparar al individuo físicamente para un esfuerzo de mayor intensidad. 2. Preparar al individuo psicológicamente para el esfuerzo. 3.-Evitar y prevenir el riesgo de lesiones fundamentalmente a nivel muscular y articular que se producen por esfuerzos bruscos y violentos sin que el músculo haya alcanzado la temperatura óptima para su funcionamiento.
5:30 a 6:45 pm	La incertidumbre compartida	Se colocará a los participantes en binas, ambos deberán colocarse uno detrás del	Se Busca que a través del movimiento corporal la persona exprese la emoción uno del otro de

		<p>otro, danzarán por tuno, expresaran uno del otro la incertidumbre, con el propósito de liberar los signos y síntomas, de una forma compartida.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p> <p>El acompañamiento será a través de una pieza musical relajante.</p>	<p>forma que los signos y síntomas derivados en incertidumbre, puedan ser compartidos y eliminados durante la danza.</p>
6:45 a 7:00 pm	Fase Relajación	<p>Se realizará mediante una postura llamada "Uttanasana", en la cual el participante deberá iniciar con respiraciones profundas, seguida de movimientos finos y lentos de manera céfalocaudal, para relajar a la persona.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p> <p>El acompañamiento será a través de una pieza musical relajante.</p>	<p>Relajación y disminución de la frecuencia cardiaca, respiratoria, disminución de la temperatura corporal.</p>

Sesión 10. Dimensión Física			
Sub-dimensión: Integración transpersonal			
Objetivo: Utilizar la danza como recurso para mejorar la condición física.		Material: Computadora, bocina. Espacio: Sala de sesiones del grupo de auto ayuda CONVIHVE.	
Horario	Actividad	Descripción	Meta

5:00 a 5:15 pm	Fase de relajación muscular.	Se realizará mediante una postura llamada "Pose de puente", en la cual el participante deberá iniciar con respiraciones profundas, seguida de movimientos finos y lentos de manera céfalocaudal, para disminuir la tensión y la rigidez muscular.	Relajación y disminución de la tensión, relacionada a la jornada del día.
5:15 a 5:20 pm	Introducción	Se explicará el objetivo y los alcances de la intervención, confirmando que se haya entendido la dinámica del taller. Después se darán indicaciones detalladas para la realización del taller.	El participante comprende la dinámica del taller.
5:20 a 5:30 pm	Calentamiento.	Se realizarán movimientos céfalocaudales, mediante, rotaciones y estiramientos de todas las partes del cuerpo.	1. Preparar al individuo físicamente para un esfuerzo de mayor intensidad. 2. Preparar al individuo psicológicamente para el esfuerzo. 3.-Evitar y prevenir el riesgo de lesiones fundamentalmente a nivel muscular y articular que se producen por esfuerzos bruscos y violentos sin que el músculo haya alcanzado la temperatura óptima para su funcionamiento.
6:30 a 6:45 pm	El movimiento auténtico.	Los participantes deberán desarrollar una serie de ejercicios, a través del baile como	Lograr que el participante a través del movimiento corporal pueda modificar el

		<p>fuelle para modificar las condiciones de salud.</p> <p>La creatividad del grupo podrá fortalecer las herramientas dadas por los talleres ya cursados, de tal forma que la experiencia del movimiento sea el recurso necesario y este sea el sustento para modificar el estado de salud.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p> <p>El acompañamiento será a través de una pieza musical para la intervención.</p>	<p>estado de salud en sí mismo.</p>
<p>6:45 a 7:00 pm</p>	<p>Fase Relajación</p>	<p>Se realizará mediante una postura llamada "Pose de puente", en la cual el participante deberá iniciar con respiraciones profundas, seguida de movimientos finos y lentos de manera céfalocaudal, para relajar a la persona.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p> <p>El acompañamiento será a través de una pieza musical relajante.</p>	<p>Relajación y disminución de la frecuencia cardíaca, respiratoria, disminución de la temperatura corporal.</p>



Sesión 11. Dimensión Social			
Sub-dimensión: Integración social			
Objetivo: Utilizar la danza como recurso para la interacción social.		Material: Computadora, bocina. Espacio: Sala de sesiones del grupo de auto ayuda CONVIHVE.	
Horario	Actividad	Descripción	Meta
5:00 a 5:15 pm	Fase de relajación muscular.	Se realizará mediante una postura llamada "Pose de águila", en la cual el participante deberá iniciar con respiraciones profundas, seguida de movimientos finos y lentos de manera céfalocaudal, para disminuir la tensión y la rigidez muscular.	Relajación y disminución de la tensión, relacionada a la jornada del día.
5:15 a 5:20 pm	Introducción	Se explicará el objetivo y los alcances de la intervención, confirmando que se haya entendido la dinámica del taller. Después se darán indicaciones detalladas para la realización del taller.	El participante comprende la dinámica del taller.
5:20 a 5:30 pm	Calentamiento.	Se realizarán movimientos céfalocaudales, mediante, rotaciones y estiramientos de todas las partes del cuerpo.	1. Preparar al individuo físicamente para un esfuerzo de mayor intensidad. 2. Preparar al individuo psicológicamente para el esfuerzo. 3.-Evitar y prevenir el riesgo de lesiones fundamentalmente a nivel muscular y

			<p>articular que se producen por esfuerzos bruscos y violentos sin que el músculo haya alcanzado la temperatura óptima para su funcionamiento.</p>
<p>5:30 a 6:00 pm</p>	<p>Danza bachata.</p>	<p>- Se distribuye a los participantes a través del espacio, se iniciará con la explicación de paso básico de bachata Se realizará una secuencia de pasos libres de bachata con rotaciones y giros en el lugar asignado.</p> <p>Se realizará una secuencia coreográfica incluyendo los pasos básicos, giros, vueltas, de tal forma que, se integre todo lo aprendido, durante las secuencias anteriores.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p> <p>El acompañamiento será a través de una pieza musical de bachata.</p>	<p>Se Busca que a través del movimiento corporal la persona pueda incluirse dentro de la sociedad mediante el baile popular de bachata, generando en el disfrute y placer por el acto consumado.</p>
<p>6:00 a 6:45 pm</p>	<p>Danza-salsa</p>	<p>Se distribuye a los participantes a través del espacio, se iniciará con la explicación de paso básico de la salsa.</p> <p>Se realizará una secuencia de pasos libres de salsa con rotaciones y giros en el lugar asignado.</p>	<p>Se Busca que a través del movimiento corporal la persona pueda incluirse dentro de la sociedad mediante el baile popular de salsa, generando en el disfrute y placer por el acto consumado.</p>

		<p>Se realizará una secuencia coreográfica incluyendo los pasos básicos, giros, vueltas, de tal forma que, se integre todo lo aprendido, durante las secuencias anteriores.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p> <p>El acompañamiento será a través de una pieza musical de salsa.</p>	
6:45 a 7:00 pm	Fase Relajación	<p>Se realizará mediante una postura llamada "Pose de águila", en la cual el participante deberá iniciar con respiraciones profundas, seguida de movimientos finos y lentos de manera céfalocaudal, para relajar a la persona.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p> <p>El acompañamiento será a través de una pieza musical relajante.</p>	Relajación y disminución de la frecuencia cardiaca, respiratoria, disminución de la temperatura corporal.

Sesión 12. Dimensión Social	
Sub- dimensión: Integración social	
Objetivo: Utilizar la danza como recurso para la interacción social.	<p>Material: Computadora, bocina.</p> <p>Espacio: Sala de sesiones del grupo de auto ayuda CONVIHVE.</p>

Horario	Actividad	Descripción	Meta
5:00 a 5:15 pm	Fase de relajación muscular.	Se realizará mediante una postura llamada "Asana recontotuyentes", en la cual el participante deberá iniciar con respiraciones profundas, seguida de movimientos finos y lentos de manera céfalocaudal, para disminuir la tensión y la rigidez muscular.	Relajación y disminución de la tensión, relacionada a la jornada del día.
5:15 a 5:20 pm	Introducción	Se explicará el objetivo y los alcances de la intervención, confirmando que se haya entendido la dinámica del taller. Después se darán indicaciones detalladas para la realización del taller.	El participante comprende la dinámica del taller.
5:20 a 5:30 pm	Calentamiento.	Se realizarán movimientos céfalocaudales, mediante, rotaciones y estiramientos de todas las partes del cuerpo.	1. Preparar al individuo físicamente para un esfuerzo de mayor intensidad. 2. Preparar al individuo psicológicamente para el esfuerzo. 3.-Evitar y prevenir el riesgo de lesiones fundamentalmente a nivel muscular y articular que se producen por esfuerzos bruscos y violentos sin que el músculo haya alcanzado la temperatura óptima para su funcionamiento.
5:30 a 6:00 pm	Danza-cumbia.	Se distribuye a los participantes a través	Se Busca que a través del movimiento corporal

		<p>del espacio, se iniciará con la explicación del paso básico de la cumbia.</p> <p>Se realizará una secuencia de pasos libres de cumbia con rotaciones y giros en el lugar asignado.</p> <p>Se realizará una secuencia coreográfica incluyendo los pasos básicos, giros, vueltas, de tal forma que, se integre todo lo aprendido, durante las secuencias anteriores.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p> <p>El acompañamiento será a través de una pieza musical de cumbia.</p>	<p>la persona pueda incluirse dentro de la sociedad mediante el baile popular de cumbia, generando en el disfrute y placer por el acto consumado.</p>
<p>6:00 a 6:45 pm</p>	<p>Danza-rocanrol</p>	<p>Se distribuye a los participantes a través del espacio, se iniciará con la explicación del paso básico de rocanrol.</p> <p>Se realizará una secuencia de pasos libres de rocanrol con rotaciones y giros en el lugar asignado.</p> <p>Se realizará una secuencia coreográfica incluyendo los pasos básicos, giros, vueltas,</p>	<p>Se Busca que a través del movimiento corporal la persona pueda incluirse dentro de la sociedad mediante el baile popular derocanrol, generando en el disfrute y placer por el acto consumado.</p>

		<p>de tal forma que, se integre todo lo aprendido, durante las secuencias anteriores.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p> <p>El acompañamiento será a través de una pieza musical de rocanrol</p>	
6:45 a 7:00 pm	Fase Relajación	<p>Se realizará mediante una postura llamada "Asana recontotuyentes", en la cual el participante deberá iniciar con respiraciones profundas, seguida de movimientos finos y lentos de manera céfalocaudal, para relajar a la persona.</p> <p>La técnica será realizada por el investigador y guiada por el mismo.</p> <p>El acompañamiento será a través de una pieza musical relajante.</p>	Relajación y disminución de la frecuencia cardíaca, respiratoria, disminución de la temperatura corporal.

Nota: elaboración propia.

Apéndice 6. Instructivo del encuestador

En este instructivo se detallan los puntos específicos para la recolección de datos socio demográficos como la especificación de los ítems que pudieran causar duda o confusión durante dicho proceso.

Instructivo para la recolección de datos.

Variables sociodemográficas		
Variable	Descripción	Eje de lección y especificación
Edad	Dato numérico.	Años cumplidos a si falte un día para el cambio de edad.
Sexo	1. Hombre 2. Mujer	Sin estimar preferencia sexual, o ser travesti o transexual.
Escolaridad	1.Sin estudios 2.Primaria 3.Secundaria 4.Bachillerato 5.Licenciatura 6.Especialidad 8.Otro	Años de escolaridad cursados, con o sin haber obtenido el certificado o grado.
Situación laboral	1. Empleado 2.Desempleado 3. Jubilado	En los casos de auto empleo, o trabajo informal, trabajos por temporada, trabajos domésticos o no profesionales entran el en rubro de empleado.
Lugar de residencia	Abierta	Lugar donde vive o radica.
Años de diagnóstico	1. Menos de 1 año 2. 1 a 3 años 3. 4 a 6 años 4. 7 a 10 5. Más de 10 años	Años de haber sido diagnosticado mediante pruebas confirmatorias e inicio del TAR.

Continuidad del instructivo.

Ítems con fusores de la escala "MUIS".		
Ítems	Descripción	Eje de lección y especificación
2. Tengo muchas preguntas sin respuesta.	En relación a vivir con VIH.	Muy de acuerdo =5 De acuerdo =4 Indiferente =3 En desacuerdo =2 Muy en desacuerdo =1
4. Las explicaciones que me dan sobre mi enfermedad me parecen confusas.	Diferencia entre vivir con VIH a vivir con SIDA.	Muy de acuerdo =5 De acuerdo =4 Indiferente =3 En desacuerdo =2 Muy en desacuerdo =1

9. Los médicos me dicen cosas que se pueden interpretar de diferentes maneras.	En relación al aumento o descenso de linfocitos CD4 relacionados a la carga viral.	Muy de acuerdo =5 De acuerdo =4 Indiferente =3 En desacuerdo =2 Muy en desacuerdo =1
12. No puedo hacer planes para el futuro porque no sé cómo evolucionara mi enfermedad.	Considera que su enfermedad le causara limitaciones físicas para poder hacer realidad sus planes a futuro.	Muy de acuerdo =5 De acuerdo =4 Indiferente =3 En desacuerdo =2 Muy en desacuerdo =1
15. Desde que tengo esta enfermedad, no sé lo que me va a ocurrir.	Sabe si vivir con VIH le causará más problemas de salud que implique a usted ser hospitalizado.	Muy de acuerdo =5 De acuerdo =4 Indiferente =3 En desacuerdo =2 Muy en desacuerdo =1
16. Los resultados de las pruebas se contradicen.	Que en las pruebas indiquen que usted tiene los niveles de CD4 en un rango de normalidad en conjunto con la carga viral y usted se sienta físicamente se sienta mal. VS.	Muy de acuerdo =5 De acuerdo =4 Indiferente =3 En desacuerdo =2 Muy en desacuerdo =1
18. Debido a mi tratamiento no sé cómo estaré mañana, ni lo que podré hacer.	Cree que los síntomas asociados a la medicación le causarán limitaciones de tipo físicos, que impida ser día normal.	Muy de acuerdo =5 De acuerdo =4 Indiferente =3 En desacuerdo =2 Muy en desacuerdo =1
19. Estoy seguro que no se me encontrará ningún problema más.	Problemas relacionados con, pérdida de la visión, diabetes, hipertensión, cáncer, entre otras.	Muy de acuerdo =5 De acuerdo =4 Indiferente =3 En desacuerdo =2 Muy en desacuerdo =1

Nota: elaboración propia.

Apéndice 7. Programa de trabajo

Cronograma de actividades

De Noviembre 2017 a Noviembre de 2018													
Actividad	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.
Elección del tema.	X												
Búsqueda de artículos.	X	X											
Elaboración del protocolo.		X	X	X									
Revisión por la asesora de tesis.				X	X								
Presentación ante el comité de bioética.						X							
Establecer el taller de Danzaterapia.							X	X					
Recolección de datos para su análisis e interpretación.								X	X				
Revisión por la asesora de tesis.								X	X	X	X		
Pre defensa.												X	
Obtención del grado.													X

Nota: elaboración propia.

Apéndice 8. Presupuesto

Presupuesto de la investigación.

Material	Costo	Cantidad	Total
Hojas.	.50 ¢	500 pza.	250 pesos.
Lapiceros.	5 pesos.	45 pza.	225 pesos.
USB.	100 pesos.	1 pza.	100 pesos.
Carpetas.	5 pesos.	45 pza.	225 pesos.
Bocina Marca Kaiser.	2.500 pesos.	1 pza.	2.500 pesos.
Agua embotellada.	6 pesos.	360 pza.	2.160 pesos.
Luz.	1500 pesos.	2 años de consumo.	3000 pesos.
Internet.	2000 pesos.	2 años de consumo.	4000 pesos.
Transporte.	8 pesos.	15 visitas.	720 pesos.
Manual del encuestador	20 pesos.	1 pza.	20 pesos.
Programa de trabajo.	67 pesos.	1 pza.	57 pesos.
Aros de plástico.	15 pesos.	30 pza.	450 pesos.
Tela.	30 pesos.	30 metros	900 pesos.
Abanicos.	18 pesos.	30 pza.	540 pesos.
Pelotas.	12 pesos.	30 pza.	360 pesos.
Cuerda elástica.	15 pesos.	10 pza.	150 pesos.
Listón.	5 pesos.	30 pza.	150 pesos.
Bastones de madera.	3 pesos.	30 pza.	90 pesos.
Cinta rafia.	10 pesos.	2 pza.	20 pesos.
Hojas de papel bond.	5 pesos.	10 pza.	50 pesos.
Plumones.	15 pesos.	20 pza.	300 pesos.
Paños de tela.	8 pesos.	20 pza.	160 pesos.
Cinta adhesiva.	15 pesos.	2 pza.	30 pesos.
Cartulinas.	8 pesos.	30 pza.	240 pesos.
Pintura del agua.	35 pesos.	16 pza.	560 pesos.
Pinceles.	18 pesos.	30 pza.	540 pesos.
Silicón líquido.	12 pesos.	30 pza.	360 pesos.
Veladora.	25 pesos.	1 pza.	25 pesos.
Toallas húmedas.	45 pesos.	2 pza.	90 pesos.
Empastado	1000 pesos.	2 pza.	2000 pesos.
Displayer publicidad.	400 pesos.	1 pza.	400 pesos.
Presentación del programa en cartel.	120 pesos.	1 pza.	120 pesos.
Diplomado-taller de danzaterapia.	8 000 pesos	1 curso.	8 000 pesos.
			Total. 27,792 MXN

Nota: ¢= Centavos. Pza. = pieza o piezas. MXN - Peso mexicano.
Elaboración propi

