

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

INSTITUTO SUPERIOR DE POSTGRADO

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

“Programa de asesoramiento e intervención para pacientes con diagnóstico reciente de VIH/SIDA y que presentan resistencia al tratamiento antirretroviral desde el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad”

TRABAJO DE GRADO ACADÉMICO DE MAESTRÍA PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MAGÍSTER EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

Autora: Grace Valdivieso Meza

Directora: Dra. Silvia S Mancheno Durán

Promoción 2008-2010

Quito-2013

Agradecimientos

Una etapa se cierra, un paso importante dentro de mi vida académica y profesional. Un logro que me llena de alegría y mediante el cual puedo continuar en el trayecto por la psicología con más conocimientos que compartir, con la motivación de continuar formándome, de continuar aportando en la vida de quienes acuden buscando un soporte emocional y por supuesto con la motivación de continuar creciendo como ser humano.

Agradezco el apoyo de mi familia, la paciencia, el sentir la cercanía aun en la distancia, les agradezco el compartir conmigo este momento y en sí el estar juntos en cualquier situación en la que nos encontremos. Gracias mami por el amor incondicional.

A todos los profesores de la Maestría que además de los conocimientos académicos, nos proporcionaron conocimientos de vida. En especial a la Dra. Sylvia Mancheno, quien ha sido un ejemplo para mí con su profesionalismo y calidad humana.

Dedicatoria

A Delia Santillán, abuelita y madre, gracias por todo lo que nos has dado y aunque no estés en conciencia plena con nosotros quiero dedicarte este paso tan importante en mi vida.

DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD

Yo **Grace Elizabeth Valdivieso Meza** autora, con cédula de ciudadanía No. 1718544412 libre y voluntariamente DECLARO, que el Trabajo de Grado Académico de Maestría titulado:

“Programa de asesoramiento e intervención para pacientes con diagnóstico reciente de VIH/SIDA y que presentan resistencia al tratamiento antirretroviral desde el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad”

Es original y no constituye plagio o copia alguna, de ser comprobado lo contrario me someto a las disposiciones legales pertinentes.

Atentamente,

Grace Elizabeth Valdivieso Meza

AUTORA

CC 1718544412

Quito, de julio del 2013

AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL

Yo, **GRACE ELIZABETH VALDIVIESO MEZA**, con cédula de identidad No. 1718544412 manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad CENTRAL DEL ECUADOR, FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4,5,6,8 y 19 en calidad de autor del trabajo de grado académico de maestría denominado:

“Programa de asesoramiento e intervención para pacientes con diagnóstico reciente de VIH/SIDA y que presentan resistencia al tratamiento antirretroviral desde el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad”

Que ha sido desarrollado para optar por el título de: Magíster en Psicoterapia Integrativa en la Universidad Central del Ecuador, quedando facultada la Institución, para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente, con fines estrictamente académicos y de investigación.

En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada.

En concordancia suscribo este documento, en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Central del Ecuador.

Psic. Clínica Grace Elizabeth Valdivieso Meza

AUTORA

Cédula: 1718544412

Quito, a los días del mes de julio del 2013

CALIFICACIÓN

El Trabajo de Grado de Maestría:

“Programa de asesoramiento e intervención para pacientes con diagnóstico reciente de VIH/SIDA y que presentan resistencia al tratamiento antirretroviral desde el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad”

Para optar el título de Magíster en Psicoterapia Integrativa

Ha sido defendido por la Psicóloga Clínica *Grace Elizabeth Valdivieso Meza* y calificado por los miembros del Tribunal con la nota de ____/10

Atentamente,
EL TRIBUNAL

PRIMER VOCAL

SEGUNDO VOCAL

PRESIDENTE

Dra. Sylvia Mancheno Durán

DIRECTORA

Observaciones

.....
.....

DM de Quito, del 2013

(fecha de defensa)

RESUMEN DOCUMENTAL

Tesis sobre Psicoterapia, específicamente de la Personalidad. El objetivo es: analizar los rasgos de personalidad que influyen sea favoreciendo u obstaculizando el proceso de adaptación a la infección por VIH/SIDA, por medio de la aplicación del programa de asesoramiento e intervención desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad.

Las hipótesis son: El asesoramiento e intervención desde el modelo integrativo mejora la adaptación del paciente con diagnóstico de VIH-SIDA y/o su adherencia al tratamiento clínico y/o antirretroviral dependiendo de su personalidad. Los pacientes con características predominantemente cognitivas tendrán una mejor adherencia al tratamiento antirretroviral.

Los antecedentes teóricos sobre los rasgos de personalidad y su influencia en el proceso de adaptación a la infección por VIH/SIDA se los realizó en base al modelo integrativo focalizado en la personalidad. Con respecto al VIH/SIDA los antecedentes teóricos se los realizó en base a los distintos estudios y documentos provenientes de organizaciones especializadas en el contexto de la salud.

La metodología contempla la aplicación de la entrevista semiestructurada, el test de adherencia y de personalidad y posteriormente el análisis correlacional por medio del coeficiente de correlación de Pearson.

La conclusión general es que el tipo de personalidad no es determinante en el proceso de adaptación a la infección por VIH/SIDA ni a la adherencia a los antirretrovirales, existen otros factores que influyen en las resistencias del sujeto a la consulta médica y a la ingesta de la medicación aunque eso implique el detrimento físico-emocional del paciente, por ejemplo, el apoyo o rechazo de su familia conformada y de origen, de su red social, el temor a perder su actividad laboral, a perder la vida que ha intentado estructurar.

La recomendación que se plantea al respecto es la siguiente: realizar investigaciones con una muestra mayor para obtener datos más amplios con respecto a la personalidad, enfocar las intervenciones en las distintas variables influyentes en el diagnóstico, y la realización de sensibilizaciones dirigidas a la población en general debido a la visión socio-cultural dirigida hacia el vih/sida.

CATEGORÍAS TEMÁTICAS

PRIMARIA: PSICOTERAPIA

SECUNDARIA: RASGOS DE PERSONALIDAD – ADAPTACIÓN AL DIAGNÓSTICO Y
ADHERENCIA A LOS ANTIRRETROVIRALES

DESCRIPTORES

PERSONALIDADES COGNITIVAS – MEJOR ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL

CATEGORÍAS GEOGRÁFICAS

SIERRA, PICHINCHA, QUITO

DOCUMENT SUMMARY

Thesis about psychotherapy specifically about personality. The aim of this project is analyzing the traits personalities which affect favoring or hampering the adaptation's process to aids infection with the Program application of advising and intervention from integrative model focused in personality.

The hypothesis are: The advising and intervention from the integrative model improve the patient's adaptation with AID's diagnostic and his adherence to clinical treatment and antiretroviral depending on his personality. The patients with characteristics predominantly cognitive would have a better adherence to antiretroviral treatment.

The theoretical antecedents about traits personalities and their influence in the adaptation's process and the AID's infection were made based on the integrative model focused in personality. Regarding to AID's theoretical antecedents were made based on different studios and documents from specialized organizations in the context of health.

The methodology contemplates the application of semi-structured surveys, the adherence's and personalities' application test and the correlational analysis through Pearson's coefficient of correlation.

The general conclusion is: the kind of personality is not determinant in the adaptation's process of AID's infection neither to the antiretroviral's adherence, there are other factors which influence in the subject resistances to the medical consultation and the medication taking, even if it means the patient's physical-emotional deteriorative, for example the support of rejection of his family, his social environment, the fair to lose his work activity and lose his structured life.

The recommendation about that is the following: The investigations should be done with a major sample for the purpose of getting broader data in regard the traits personalities besides focus the interventions in the different influential variables in the diagnostic, besides focus in the realization of sensitization aimed at the population due to the sociocultural vision of AID's.

THEMATIC CATEGORIES:

PRIMARY: PSYCHOTHERAPY

SECONDARY: TYPE OF PERSONALITIES-ADAPTATION TO DIAGNOSTIC AND ADHERENCE

DESCRIPTORS:

COGNITIVES PERSONALITIES-BETTER ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL TREATMENT.

GEOGRAPHICAL CATEGORIES:

SIERRA-PICHINCHA-QUITO

Tabla de Contenido

AGRADECIMIENTOS	ii
DEDICATORIA	iii
DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD	iv
AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL	v
CALIFICACIÓN.....	vi
RESUMEN DOCUMENTAL	vii
DOCUMENT SUMMARY.....	ix
TABLA DE CONTENIDO	xi
TABLA DE CUADROS	xvi
TABLA DE ILUSTRACIONES	xviii
MARCO INTRODUCTORIO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	2
OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN:	3
GENERAL:	3
ESPECÍFICOS:	3
JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA:	3
MARCO TEÓRICO	5
CAPÍTULO I.....	5
EL MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO	5

1.1 Antecedentes	5
1.1.1 El Modelo Integrativo Ecuatoriano	5
1.2 Bases filosóficas del Modelo Integrativo Ecuatoriano.-	6
1.3 Bases epistemológicas del Modelo Integrativo Ecuatoriano.....	7
1.4 Bases teóricas del Modelo Integrativo Ecuatoriano	8
La Personalidad:.....	8
1.4.1 Tipología de la Personalidad	9
□ Grupos con características de predominio Afectivo.....	9
□ Grupos con características de predominio cognitivo.....	9
1.5 Bases Metodológicas.....	10
1.5.2 Segunda etapa:.....	11
1.5.3 Tercera etapa:	11
1.5.4 Cuarta etapa:.....	12
1.5.5 Quinta etapa:	12
CAPÍTULO II	14
EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y EL SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).....	14
2.1 Definiciones.-	14
2.1.1 Según la OMS/2010	14
2.1.2 Según la “Guía de producción para responder al VIH-SIDA” (2009):	14
2.2 Diferencia entre infección por VIH y el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida)	15
2.3 Conductas de riesgo, vías de transmisión, epidemiología	16

2.4 Epidemiología	18
2.5 Estadios o Fases de la infección.....	19
2.5.1 La fase de infección aguda (primo infección)	19
2.5.2 La fase crónica o intermedia	19
2.5.3 La fase final.....	20
2.6 Aspectos Biológicos, psicológicos y sociales	20
2.7 Pre y Post consejería en infección por VIH - Sida	25
2.7.1 Consejería.....	25
2.8 El impacto del VIH en el estilo de vida.....	28
2.9 Respuestas emocionales ante la infección por VIH-SIDA.....	30
CAPÍTULO III.....	33
VIH, EL PACIENTE Y SU FAMILIA.....	33
3.1 Tipología psicosocial de la enfermedad crónica	33
3.2 Estructuras familiares	35
3.3 Neoparejas.....	36
3.4 La familia como parte del abordaje.....	37
CAPÍTULO IV	39
ESTUDIOS PREVIOS SOBRE ABORDAJES PSICOTERAPÉUTICOS CON PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA (PVVS)	39
4.1 Estudio preliminar de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH-SIDA en Mendoza-Argentina.	39
4.2 Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en pacientes diagnosticados con vih-sida	42
4.3 Distorsiones cognitivas en personas que viven con VIH	43

4.4 Terapia Familiar con personas afectadas por el VIH/SIDA como parte de un modelo multidisciplinario.	45
CAPÍTULO V.....	47
PROGRAMA DE ASESORAMIENTO E INTERVENCIÓN DESDE EL MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD. (MIEFP)	47
Desarrollo.-.....	48
5.1 Análisis de las demandas personales, profesionales, aplicación del test de adherencia y de personalidad.-	48
5.2. Intervención en crisis, psicoeducación sobre la adherencia y/o sobre la patología.....	50
5.3 Análisis y asesoramiento de las distorsiones cognitivas relacionadas con el diagnóstico	51
5.4 Abordaje familiar o de pareja.....	52
5.5 Refuerzo de adherencia y cierre del asesoramiento	52
5.6. Intervención en los casos pertinentes	53
5.7. Seguimiento y cierre del proceso	55
HIPÓTESIS	56
Hipótesis 1:.....	56
Hipótesis 2:.....	56
MARCO METODOLÓGICO.....	58
TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	58
Contexto de la investigación	58
Población y grupos de estudio.....	58
Procedimiento	59
Métodos:.....	60

Técnicas.....	60
Instrumentos (validez y confiabilidad):.....	60
ANÁLISIS DE RESULTADOS	62
Hospitalización:.....	62
Datos de pacientes atendidos en Consulta Externa	78
COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.....	97
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	103
Conclusiones	103
Recomendaciones.....	107
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
Tangibles:	108
Virtuales:	110
ANEXOS	112
A. Plan aprobado.....	112
B. Instrumentos.	126
C. Escala de medición de adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con vih-sida.....	128
D. Cuestionario de personalidad seapsi	130
GLOSARIO	134

TABLA DE CUADROS

Tabla 1. Edad de los pacientes	62
Tabla 2. Género	64
Tabla 3. Estado Civil	65
Tabla 4. Residencia	66
Tabla 5. Orientación Sexual	67
Tabla 6. Hijos	68
Tabla 7. Personalidad	69
Tabla 8. Motivo de ingreso	71
Tabla 9. Fase de la enfermedad	73
Tabla 10. Nivel de Adherencia	74
Tabla 11. Tipo de Intervención	75
Tabla 12. Intervención familiar	76
Tabla 13. Resultados posteriores a la hospitalización	77
Tabla 14. Edad	78
Tabla 15. Género	80
Tabla 16. Estado Civil	81
Tabla 17. Lugar de Residencia	82
Tabla 18. Orientación Sexual	84
Tabla 19. Hijos	85
Tabla 20. Personalidad	86
Tabla 21. Motivo de atención	87

Tabla 22. Fase de la enfermedad.....	88
Tabla 23. Nivel de Adherencia.....	89
Tabla 24. Tipo de intervención	90
Tabla 25. Intervención Familiar	91
Tabla 26. Resultados posteriores a la intervención	92
Tabla 27. Personalidad (hospitalización y consulta externa)	93
Tabla 28. Nivel de Adherencia.....	95
Tabla 29. Resultados finales.....	96
Tabla 30. Estadísticos descriptivos	97
Tabla 31. Correlaciones Personalidad-Nivel de adherencia.....	98
Tabla 32. Correlación de Pearson Nivel de adherencia-tipo de personalidad.....	98
Tabla 33. Resumen del modelo	99
Tabla 34. Variable dependiente y variables predictoras.....	100
Tabla 35. Regresión lineal tipo de personalidad-nivel de adherencia	100
Tabla 36. Correlación de Pearson tipo de personalidad-resultados posteriores	100
Tabla 37. Causalidad entre personalidad y resultados posteriores	101
Tabla 38. Cálculo de variable dependiente: resultados posteriores y variables predictoras: tipo de personalidad	101
Tabla 39. Coeficientes tipo de personalidad-resultados posteriores	101

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Esquema del virus del VIH	21
Ilustración 2. Imagen que asocia SIDA=MUERTE	23
Ilustración 3. Edad	63
Ilustración 4. Género	64
Ilustración 5. Estado Civil.....	65
Ilustración 6. Residencia	66
Ilustración 7. Orientación Sexual	67
Ilustración 8. Hijos	68
Ilustración 9. Personalidad	69
Ilustración 10. Motivo de ingreso	71
Ilustración 11. Fase de la enfermedad.....	73
Ilustración 12. Nivel de Adherencia.....	74
Ilustración 13. Tipo de Intervención	75
Ilustración 14. Intervención familiar	76
Ilustración 15. Resultados posteriores a la hospitalización.....	77
Ilustración 16. Edad	79
Ilustración 17. Género.....	80
Ilustración 18. Estado Civil.....	81
Ilustración 19. Lugar de Residencia.....	82
Ilustración 20. Orientación Sexual	84

Ilustración 21. Hijos	85
Ilustración 22. Personalidad	86
Ilustración 23. Motivo de atención.....	87
Ilustración 24. Fase de la enfermedad	88
Ilustración 25. Nivel de Adherencia.....	89
Ilustración 26. Tipo de intervención	90
Ilustración 27. Intervención Familiar	91
Ilustración 28. Resultados posteriores a la intervención	92
Ilustración 29. Personalidad (hospitalización y consulta externa)	93
Ilustración 30. Nivel de Adherencia.....	95
Ilustración 31. Resultados finales.....	96
Ilustración 32. Correlación al nivel de adherencia	99
Ilustración 33. Correlación Tipo de personalidad-resultados posteriores	102

MARCO INTRODUCTORIO

La presente investigación es relevante ya que contribuye al diseño de estrategias a través de las cuales el paciente con diagnóstico vih/sida pueda mejorar su adaptación a la enfermedad y además mejore en cuanto a la adherencia a antirretrovirales (TARV). En base al modelo integrativo focalizado en la personalidad se busca incidir tanto en lo individual como familiar y concomitantemente de pareja, influyendo así en una mejor calidad de vida.

Ante cualquier diagnóstico de una enfermedad crónica surge el temor a la muerte, sin embargo en el diagnóstico de vih/sida se incluyen aspectos como la discriminación, el rechazo, aislamiento social y en varios casos incluso familiar; situaciones que dan lugar a construcciones disfuncionales con respecto a uno mismo, a invalidarse, a dejar de lado el proyecto de vida. El Modelo Integrativo da lugar a un proceso psicoterapéutico en el cual se respeta la individualidad de cada paciente; permitiendo así comprender y entender al sujeto y las distintas construcciones que pueden existir ante una misma realidad con el objetivo de contribuir al alivio del sufrimiento y lograr una proyección al futuro.

La presente investigación se realizó con los pacientes con diagnóstico reciente de vih/sida y que presentan resistencia al tratamiento antirretroviral que asistieron a la Clínica del VIH/SIDA del Hospital Enrique Garcés con el objetivo de analizar los rasgos de personalidad que influyen favoreciendo u obstaculizando el proceso de adaptación a la infección por VIH/SIDA, por medio de la aplicación del programa de asesoramiento e intervención desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad, considerando además la importancia de conocer los conflictos intra e inter personales que surgen posterior al diagnóstico de VIH-SIDA y que influyen también en la predisposición al tratamiento clínico y/o antirretroviral (ARV).

Mediante la aplicación del programa se logrará además identificar rasgos de las distintas personalidades que promueven o interfieren la adherencia al tratamiento clínico y/o antirretroviral, así como qué personalidad tiene mayor capacidad de adherencia.

En el primer Capítulo del marco teórico se aborda la descripción de la personalidad desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad tomando en cuenta sus bases epistemológicas, teóricas y metodológicas.

En el segundo capítulo se aborda el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) desde distintos enfoques: biológico, psicológico, social.

El tercer capítulo se centra en el paciente y la familia de la persona que vive con vih/sida, así como las distintas formas de afrontamiento ante el diagnóstico, también se aborda brevemente las

neoparejas, refiriéndose a gays, bisexuales, personas trans y hombres que tienen sexo con otros hombres (GBTH).

En el cuarto capítulo constan algunos estudios previos realizados en otros países con respecto al vih/sida.

En el quinto capítulo se realiza la correspondiente explicación con respecto al Programa de Asesoramiento e intervención desde el modelo integrativo ecuatoriano focalizado en la personalidad aplicado a los pacientes que acudieron a la Clínica del vih/sida del Hospital Enrique Garcés.

En el sexto capítulo se aborda el marco metodológico y se hace una explicación sobre aspectos relacionados a los métodos utilizados en la investigación, técnicas e instrumentos aplicados. A continuación se presenta el análisis e interpretación de los resultados obtenidos y se da una explicación de los mismos.

En la parte final se presenta las conclusiones y recomendaciones obtenidas del presente trabajo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007), y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2007): “14 mil personas se infectan por día en el mundo, 580 personas se infectan por hora, 10 personas se infectan por minuto. El Sida es una de las 5 causas de defunción en América Latina”.

El vivir con el vih/sida requiere de un replanteamiento en todas las áreas, no solo por el hecho de haber contraído una enfermedad crónica, sino porque definitivamente este diagnóstico implica un cambio radical en la vida del sujeto, que dependiendo de su construcción y resiliencia, puede replantearse a sí mismo y modificar en muchos sentidos su estilo de vida o manifestar su ira por medio de conductas disfuncionales dirigidas a dañar a otros. Motivos por los que, al influir en una adecuada adaptación, se incide por un lado en incrementar el tiempo antes de pasar a fase SIDA y con esto la prescripción de antirretrovirales (ATRV) ante la influencia del aspecto psicológico en el sistema inmune y por otro en la toma de conciencia con respecto a una correcta ingesta de la medicación así como evitar la transmisión a otras personas.

Los distintos tipos de personalidad presentan características que actúan como factores favorecedores y otros rasgos que actúan como factores obstaculizantes de la adaptación y adherencia. Por lo que en la investigación se pudo analizar además algunas técnicas que facilitan este proceso.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿La personalidad influye o no para una mejor adherencia al tratamiento clínico y antirretroviral (ARV) de los pacientes con VIH sida ?
- ¿Existe deterioro en las relaciones de pareja y/o familiares después del diagnóstico?

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN:

General:

Analizar los rasgos de personalidad que influyen favoreciendo u obstaculizando el proceso de adaptación a la infección por VIH/SIDA, por medio de la aplicación del programa de asesoramiento e intervención desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad .

Específicos:

- Conocer los conflictos intra e inter personales que surgen luego del diagnóstico de VIH-SIDA para mejorar la predisposición al tratamiento clínico y/o antirretroviral (ATRV)
- Determinar cómo los rasgos de personalidad, influyen en el proceso de adaptación como persona viviendo con VIH-SIDA (PVVS), así como en la adherencia o falta de la misma al tratamiento ARV.

JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA:

El individuo que recibe el diagnóstico de VIH-SIDA atraviesa por distintas etapas en su proceso de adaptación, equivalentes al duelo, siendo de vital importancia superar cada una de estas logrando una reconstrucción del significado que han otorgado a la enfermedad y del sujeto viviendo con la enfermedad. Además es de vital importancia la red de apoyo con que cuenten en este proceso, pues en muchas ocasiones la falta de información ocasiona el rechazo de los seres más cercanos, aumentando los sentimientos de minusvalía de los pacientes, situación que se ve incrementada por la culpabilización que experimentan si por ejemplo se ha producido el contagio del virus a otro miembro de la familia (pareja-hijos); estas situaciones a su vez disminuyen la perspectiva del futuro, de su proyecto de vida y con esto la motivación con respecto a los cuidados que deben asumir, así como al tratamiento clínico y antirretroviral (TARV); perjudicando su salud física y por ende psicológica al darse cuenta del deterioro que experimentan.

El asesoramiento e intervención desde el Modelo Integrativo focalizado en la personalidad permitirá diseñar estrategias para lograr una mejor calidad de vida en l@s pacientes, incidir tanto en lo individual como familiar y concomitantemente de pareja (dependiendo de las particularidades de cada caso), además incluir las implicaciones socio-culturales desde un abordaje integral del ser humano, reconocer la construcción que el paciente mantiene con respecto al VIH-SIDA, así como referentes a su condición como persona viviendo con VIH-SIDA (PVVS), resultando importante además el trabajo en las estructuras de significado de cada uno, mismas que inciden en el proceso de adaptación. Valorar la adherencia al tratamiento además en base al análisis de los distintos rasgos de personalidad o aquellos que es necesario fortalecer o flexibilizar para lograr este objetivo

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

EL MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO

1.1 Antecedentes

Existen varios modelos integrativos en América Latina (Argentina, Chile, Ecuador y Uruguay), mismos que cuentan con bases tanto en lo filosófico, como en lo epistemológico y lo teórico; bases que sostienen el quehacer psicoterapéutico de los mencionados modelos e impiden que nos mantengamos en el eclecticismo técnico que nos deja “sin pauta guiadora” que nos ayude a organizar el proceso.

Cada uno de los modelos que propenden a la integración, han coadyuvado en su desarrollo, así:

En Argentina Fernández-Álvarez, considerado el pionero del movimiento de integración latinoamericana, en 1992 expone su teoría en “*Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*”. El chileno Roberto Opazo en 1992 publica “*Fuerza de cambio en psicoterapia: un modelo integrativo*”, y en el 2001 “*Psicoterapia integrativa: delimitación clínica*”. Es así, que cada uno de estos modelos está abierto a una “búsqueda interminable de conocimientos... ya que mediante un buen enmarque epistemológico, metodológico y paradigmático, permite partir en la búsqueda del conocimiento sobre bases más sólidas y mejor fundamentadas” (Opazo, 2001).

A partir del año 2002 se desarrolla en el Ecuador el modelo integrativo focalizado en la personalidad y en estos últimos años se incorpora el movimiento integrativo de la PNIE impulsado por Dubourdieu en Uruguay

1.1.1 El Modelo Integrativo Ecuatoriano

“Lo integrativo concierne a una totalidad dinámicamente articulada de partes y cuyo resultado final es diferente y más completo, complejo y útil que sus elementos aislados” (Balarezo, 2010)

Cada uno de nosotros tenemos particularidades y generalidades con respecto a los demás, así mismo, con respecto a otros países o continentes tenemos aspectos que nos diferencian. Por lo que es importante conocer y mencionar las características de la idiosincrasia ecuatoriana: escasa cultura psicológica, apego al modelo médico, prevalencia del pensamiento mágico, predominio de locus de control externo, además el habitante ecuatoriano es afectivo, expresivo, con marcados sentimientos de solidaridad, arraigo y dependencia familiar; por estos motivos, lo teórico y metodológico que

han sido desarrollados por otros modelos o el mismo modelo integrativo en los países mencionados anteriormente requieren ciertas variantes que puedan ajustarse a nuestro país.

Así, el modelo integrativo ecuatoriano busca mantener en el terapeuta la flexibilidad suficiente como para entender al ser humano (paciente) desde su totalidad, considerando como eje la personalidad, desde un enfoque ideográfico y nomotético, así como también las influencias biológicas y socioculturales en su desarrollo; considerando como bases filosóficas y metodológicas las siguientes:

1.2 Bases filosóficas del Modelo Integrativo Ecuatoriano.-

El Humanismo

La Psicología humanista es, además de una corriente de la Psicología, una filosofía de la vida que sitúa al hombre, la humanidad, la naturaleza y el universo como un TODO armónico, coherente y perfecto.

Carl Rogers y Abraham Maslow

La Psicología Humanista surge como “un rechazo de las dos psicologías dominantes, conductismo y psicoanálisis, por ofrecer una visión del ser humano deshumanizada, reduccionista, mecanicista y determinista... (Martínez M., 1976).

Al adoptar el Humanismo como nuestra base filosófica, estamos reconociendo al sujeto como ser humano, con potencial de desarrollo, con características individuales, con capacidad de decisión, como ser social.

Como psicoterapeutas integrativos no adoptamos una posición “vertical” con respecto al paciente, sino una posición “horizontal”, que nos permite reconocer las capacidades de este, y así lograr conjuntamente el empoderamiento de su situación.

Bugenthal (1964), propuso estos cinco postulados básicos de la psicología humanista:

- 1) En su condición de ser humano, el hombre es más que la suma de sus componentes, es decir, a pesar de la importancia que tiene el saber constituido por el conocimiento de las funciones parciales del ser humano, Bugenthal subraya la peculiaridad y el ser persona del hombre.
- 2) La existencia del ser humano se consume en el seno de las relaciones humanas, es decir la peculiaridad del ser humano se expresa , por ejemplo, a través del hecho de que su existencia está siempre ligada a relaciones interhumanas.

- 3) El hombre vive de forma consciente, es decir, independientemente de cuánta conciencia sea asequible al hombre, aquélla de la que dispone representa una característica esencial del ser humano y es la base para la comprensión de la experiencia humana.
- 4) El ser humano está en situación de elegir y decidir, es decir, este postulado sigue de algún modo al anterior, puesto que cuando un ser humano vive conscientemente no tiene por qué permanecer en el papel pasivo del espectador, sino que mediante sus decisiones activas puede variar su situación vital.
- 5) El ser humano vive orientado hacia una meta, es decir, la persona vive orientada hacia un objetivo o unos valores que forman la base de su identidad, por lo cual se diferencia de otros seres vivientes. Este estar orientado tiene un doble carácter, esto es, el ser humano tiende en igual medida, por ejemplo, a la tranquilidad y a la excitación.

La Asociación Americana de Psicología Humanista propone cuatro postulados:

- Centración en la persona humana y su experiencia interior, así como en su significado para ella y en la autopresencia que esto le supone.
- Enfatización de las características distintivas y específicamente humanas: decisión, creatividad, autorrealización...
- Mantenimiento del criterio de significación intrínseca, en la selección de problemas a investigar en contra de un valor inspirado únicamente en el valor de la objetividad.
- Compromiso con el valor de la dignidad humana e interés en el desarrollo pleno del potencial inherente a cada persona consigo misma y con los demás.

1.3 Bases epistemológicas del Modelo Integrativo Ecuatoriano

El Constructivismo Moderado o Relativo:

Según el constructivismo radical, la realidad que el sujeto percibe está mediada por aspectos fisiológicos y cognitivos, por lo tanto no podemos acceder a un conocimiento exacto de la realidad. Siendo así una perspectiva reduccionista, pues no admite al sujeto en su totalidad, considerando la realidad incluso como una invención, ya que se encuentra exclusivamente en la mente del sujeto.

El Constructivismo Relativo, nos permite considerar al sujeto en su ambiente, con la influencia de elementos fisiológicos, cognitivos, ambientales, sociales, pero perteneciente a una realidad, es decir hay un equilibrio entre el sujeto (y sus percepciones y construcciones), y el objeto del conocimiento (el mundo que el sujeto percibe). En psicoterapia integrativa se considera como base epistemológica el constructivismo relativo, que nos permite comprender y entender al sujeto y las distintas construcciones que pueden existir ante una misma realidad, con el objetivo de contribuir al alivio del sufrimiento del paciente sin vulnerar su identidad y estimulando a la vez sus recursos para poder reconstruir con significados que estimulen su proyecto de vida.

1.4 Bases teóricas del Modelo Integrativo Ecuatoriano

La Personalidad:

El Modelo Integrativo Ecuatoriano adopta como base teórica a la personalidad, elemento que coadyuva, o para ser exactos es céntrico con respecto a los aspectos enunciados anteriormente.

El permitirnos considerar a la personalidad como eje central en el proceso, nos provee de una perspectiva más amplia de la realidad del paciente así como de los distintos significados otorgados a sus experiencias disfuncionales. No dejamos de lado la influencia de los distintos factores en el desarrollo de la misma (biológicos, psicológicos y sociales) que se interrelacionan dando lugar a un ser único pero que a la vez se encuentra en contacto con el medio, siendo además influenciado por este.

Tomamos en cuenta dos enfoques propuestos por Allport (1986):

- Enfoque Ideográfico: pone el énfasis en la experiencia individual. Esta perspectiva resalta la individualidad, la complejidad y la singularidad de cada persona. El objetivo de este modelo es llegar al entendimiento total de la unicidad del individuo.

Al parecer, desde esta orientación, Duncan, Hubble y Miller (1997), en su libro Psicoterapia con casos “imposibles”, proponen que “el terapeuta acomode intencionalmente la terapia al marco de referencia del cliente para conseguir un propósito explícito: un resultado satisfactorio”. El marco de referencia a su vez se caracteriza por:

1. Sus recursos y habilidades para resolver el problema que se le presenta dentro y fuera de la terapia.
2. Sus percepciones y experiencias de la relación terapéutica.
3. Sus percepciones y experiencias de la demanda que presenta, sus causas y cómo la terapia puede dirigirse de la mejor manera posible para conseguir su objetivo.

Acomodarse a los recursos del cliente significa destacar sus fuerzas y habilidades por encima de sus déficits y debilidades.

Como podemos ver, mediante esta orientación podemos dar prioridad a la experiencia del paciente, la manera en que fue estructurando sus rasgos de personalidad y significados adoptados, es decir, respetamos su individualidad y el proceso psicoterapéutico es enmarcado en base a estos aspectos; sin olvidar la siguiente orientación mediante la cual podemos establecer generalidades que nos permitan sustentar con bases científicas nuestro trabajo:

- Enfoque Nomotético: interesado por abstracciones estadísticas tales como medias o desviaciones estadísticas en búsqueda de una credibilidad científica. (Allport, 1986)

La integración de estas dos tradiciones, para lograr un nivel óptimo de precisión y alcance, le lleva al modelo de psicoterapia integrativa a considerar que en el estudio de la personalidad no solo se debe perseguir un conocimiento exhaustivo de cada variable individual, sino también un conocimiento profundo del universo de mecanismos transaccionales a través de los cuales las personalidades individuales se transforman en referentes grupales durante su desarrollo. En el modelo integrativo, la investigación de la personalidad requiere criterios comparativos y las técnicas se emplean de acuerdo a la idiosincrasia del individuo. Resaltando la importancia de los abordajes individuales, no se desestiman los puntos y rasgos de referencia personales compartidos que aportan y permiten establecer puntos de comparación entre casos. (Balarezo, 2010:80)

1.4.1 Tipología de la Personalidad

La tipología de la personalidad hace referencia al predominio en uno de los distintos componentes que dan lugar a la personalidad (cognición, afectividad, conducta y relaciones interpersonales). De esta manera la clasificación de acuerdo al modelo integrativo ecuatoriano focalizado en la personalidad se la delimita en los siguientes grupos:

- Grupos con características de predominio Afectivo
- Ciclotímicas
- Histriónicas

Las personalidades con predominio afectivo tienen como características fundamentales, expresión fácil de las emociones, acercamiento social cómodo, cogniciones y conductas invadidas por el afecto, extroversión con búsqueda permanente de estimulación externa, desinhibición y rápida movilización de sus sentimientos y comportamientos. Mientras las histriónicas esperan mayormente la aprobación social, las ciclotímicas mantienen una tendencia más interna.

- Grupos con características de predominio cognitivo
- Anancásticas
- Paranoides

En los cognitivos prevalecen los juicios, razonamientos y la lógica en su conducta y en la expresión afectiva. Igualmente los contactos sociales se enmarcan en estas características. La actitud de control suele ser más externa en las personalidades paranoides, contrariamente a las anancásticas que ejercen un autocontrol interno.

- Grupo con características de Déficit Relacional

- Esquizoides
- Dependientes
- Evitativas
- Trastorno esquizotípico de la personalidad

En este grupo se observa una tendencia a la intimidad personal y al retraimiento social con dificultad de expresión afectiva externa. La conducta suele ser meditada y escasa. La cognición se desvincula del otro y se retrae hacia sí mismo. Las esquizoides denotan desinterés en el contacto, los dependientes requieren del otro, los evitativos no logran sentirse cómodos en su participación social y las esquizotípicas se apartan de los demás mediante sus extravagancias.

1.5 Bases Metodológicas

Etapas del proceso:

En cuanto a la técnica, el modelo integrativo ecuatoriano, especifica las “etapas del proceso” de la siguiente manera:

1.5.1 Primera etapa:

- Determinación de la demanda, expectativas, motivaciones e inicio del proceso:
“Concerniente a la evaluación de la demanda y expectativas del paciente, terapeuta y el entorno como producto de las experiencias previas de ayuda y psicoterapéuticas para determinar su influencia en el primer contacto”.

Mediante las estrategias de la primera entrevista podemos conocer el marco de referencia del cliente, su motivación, recursos emocionales que posee, el tipo y origen de la misma; la cual puede ser de dos tipos : explícita o implícita. Así mismo, desde el primer momento es importante tener cierta claridad con respecto a las expectativas de quienes acuden a consulta y las habilidades con que cuenta el terapeuta, ya que, por cuestiones éticas, en algunos casos va a ser importante la remisión a un profesional con otro tipo de especialidad.

- Tipos de demanda:
 - Explícita (manifiesta)
 - Implícita (latente)

“La demanda explícita la tomamos como el tradicional motivo de consulta que se relaciona generalmente con una dolencia psíquica o problema de ajuste”, es lo que el paciente refiere sin complicación acerca del motivo de consulta, sin embargo en su relato se hace visible “motivos más

profundos que explican las causas reales de las quejas que en ocasiones suele ser el asunto más importante a resolverse”,La demanda implícita, en varios casos, el mismo paciente las oculta conscientemente, en otras oportunidades están conformando su paquete defensivo yoico y en otras oportunidades son totalmente inconscientes.”

1.5.2 Segunda etapa:

- Investigación del problema o trastorno, la personalidad y el entorno.- “El estudio transversal y longitudinal del individuo y su problemática mediante la observación, la entrevista y los reactivos psicológicos, se orienta hacia el diagnóstico de la demanda, el problema, la patología, el entorno del paciente y las características de premorbilidad de la personalidad como precursora del trastorno....Utilizamos como instrumento básico de recolección de información la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPs), con adecuaciones inherentes a las características del paciente, su problemática, su patología, las condiciones familiares, de trabajo y las sociales. Aunque aceptamos las clasificaciones de los trastornos planteadas por el CIE 10 o el DSM IV-TR, no mantenemos una actitud rígida en cuanto a sus criterios y pautas diagnósticas.

1.5.3 Tercera etapa:

- Planificación del proceso.- Los objetivos y técnicas del plan, y en sí las características básicas del modelo que el terapeuta efectúa se discutirán con el paciente como una manera de incentivar el rapport, la empatía y sobre todo acercarnos a sus motivaciones y expectativas.

“Los criterios diagnósticos obtenidos en la etapa anterior movilizan un plan terapéutico, cuyos componentes son:

- a) Formulación dinámica del problema o trastorno: Constituye la interrelación del cuadro del paciente con los factores desencadenantes, determinantes, predisponentes y mantenedores de la patología.
- b) Formulación dinámica de la personalidad: Requiere una descripción de la personalidad y sus rasgos. Es una síntesis tanto de las áreas problemáticas como de aquellas que guardan adecuación en el sujeto; siendo importante además el análisis de sus funciones cognitivas, su nivel de integración, el grado de flexibilidad, la capacidad para reaccionar afectivamente ante el contacto, la motivación al tratamiento.
- c) Señalamiento de objetivos: La estructura del plan concierne a dos niveles, uno relacionado con el problema o el trastorno en el que los objetivos terapéuticos se orientan a la resolución del problema o alivio sintomático y el segundo vinculado con la personalidad subyacente, en el cual se induce al autoconocimiento, flexibilización o modificación

positiva de su estructura. Las metas y objetivos conviene discutirlos con el paciente, a objeto de establecer las posibilidades reales que el terapeuta y la psicoterapia les ofrecen y adecuar las expectativas del paciente y de las personas que le rodean.

En el modelo integrativo ecuatoriano se establecen 3 tipos de objetivos:

- Objetivos de asesoramiento
- Objetivos sintomáticos
- Objetivos orientados a la personalidad

Una vez se ha establecido los objetivos a cumplir en el proceso psicoterapéutico, se procede a la planificación de las técnicas a utilizarse.

- Señalamiento de técnicas: Las técnicas se adecúan a las necesidades específicas del demandante. Así, si trabajamos en asesoramiento se dirigen a la resolución de conflictos intrapersonales, familiares, interpersonales o al desarrollo personal; si actuamos sobre el síntoma, los recursos técnicos empleados son procedimientos conductuales, sistémicos o provenientes de otras corrientes que se orienten en este sentido. Cuando operamos sobre la personalidad utilizamos procedimientos cognitivos, interpretativos, de interrelación entre su historia temprana y la conducta actual o cualquier otro recurso que promueva el insight. Las técnicas se aplican de acuerdo a los objetivos y considerando los siguientes factores: paciente, terapeuta, cuadro clínico, facilidades tecnológicas, experiencia anterior, condiciones socio-culturales.

1.5.4 Cuarta etapa:

- Ejecución y aplicación técnica.- Una vez que se ha realizado la planificación correspondiente, podemos iniciarlo y aplicar las estrategias y técnicas; sin embargo durante el proceso es importante mantener **flexibilidad técnica**, ya que surgen imprevistos que nos exigen modificar por ejemplo la planificación de la sesión o tal vez las técnicas o incluso los objetivos. Esta condición de **flexibilidad técnica** la practicamos tanto en los recursos sintomáticos como en los relacionados con la personalidad.

“La estructura y dinamismo de la personalidad del demandante tienen un alto valor, tanto en la conducción de los fenómenos afectivos durante el proceso, como en la aplicación de las técnicas comunicacionales o comportamentales. Adviene entonces una práctica de ayuda sistematizada y sujeta a delineamientos claros y precisos que son reseñados en la hoja de evolución. Todo el proceso se somete, en forma permanente, a evaluación crítica del terapeuta mediante las guías correspondientes”.

1.5.5 Quinta etapa:

- Evaluación del diagnóstico, el proceso y los resultados.- La eficacia del trabajo terapéutico debe ser juzgada mediante algunos recursos para conseguir la mayor objetividad posible, empleando las siguientes fuentes:

Criterio del terapeuta

Criterio del paciente

Apreciación de los familiares y otras personas

Utilización de reactivos y registros psicológicos

Mediciones fisiológicas

El terapeuta evalúa la mejoría del paciente acudiendo a las referencias verbales y no verbales de aquél, quien a su vez, subjetivamente manifiesta lo que considera superación de los problemas o disminución de sus síntomas, el criterio de familiares y allegados es mayormente aceptado, aunque existe el riesgo que se evalúe el comportamiento del paciente en los términos que son de su conveniencia y no del interesado.

Los reactivos psicológicos constituyen una alternativa de evaluación con mejores beneficios por ser instrumentos categorizados y estandarizados. Su aplicación, previa al tratamiento, en el período de investigación y posterior a la terapia, marcará una movilización positiva en los puntajes correspondientes.

CAPÍTULO II

EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y EL SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

El presente capítulo tiene como objetivo mostrar aspectos generales con respecto a esta infección, así como aspectos que permitan lograr un mayor entendimiento y comprensión hacia quienes día a día luchan para tener una mejor calidad de vida aun con la discriminación que prevalece en la sociedad hacia ellos.

2.1 Definiciones.-

2.1.1 Según la OMS/2010

- “El virus de inmunodeficiencia humana (VIH):

Infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades”.

- El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA):

Es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH”.

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo (transmisión vertical) durante el embarazo, el parto y la lactancia.

2.1.2 Según la “Guía de producción para responder al VIH-SIDA” (2009):

- “Virus de Inmunodeficiencia Humana, este es un tipo de virus que al ingresar al cuerpo humano daña el sistema de defensas que tiene el organismo para combatir las infecciones.

- Mientras el virus avanza, silenciosamente, la persona puede vivir sin síntomas por muchos años y sin saberlo puede infectar a otras personas”.
- “El SIDA es : Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; cuando el VIH llega a causar serios daños al sistema de defensa, la persona viviendo con él es más vulnerable a cualquier tipo de infecciones y enfermedades, ya que éstas deterioran el cuerpo y se manifiestan como un Síndrome, es decir, un conjunto de signos y síntomas, los que no son siempre iguales”.

Síndrome: Conjunto de síntomas y signos, que caracterizan una enfermedad.

Inmuno: relativo al Sistema Defensivo (Sistema Inmunológico) del organismo humano.

Deficiencia: pérdida, disminución.

Adquirida: Aparece en el curso de la vida, es decir, no es congénita ni hereditaria.

2.2 Diferencia entre infección por VIH y el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida)

Cabe destacar la diferencia entre: estar infectado por el VIH y padecer de sida. Según la OMS (2010) “una persona infectada por el VIH es seropositiva y pasa a desarrollar un cuadro de sida cuando su nivel de linfocitos T CD4, células que ataca el virus, desciende por debajo de 200 células por mililitro de sangre”, que es cuando el paciente requiere indudablemente del uso de antirretrovirales (ARV), sin embargo en el país se considera el uso de ARV a partir de 350 células CD4 para evitar enfermedades oportunistas y prevenir la siguiente fase.

“Desde el año de 1987 inicia el uso de drogas antirretrovirales (ARV) para la lucha contra el virus, buscando prevenir el sida y brindar calidad de vida a quienes padecen de este. La evolución en cuanto a los ARV y su uso fue evolucionando, sobre todo en la década de los 90, pero es a partir del año 2000 en que se realizan convenios para que esta medicación poco asequible hasta entonces, pueda ser gratuita para todas las personas viviendo con VIH-SIDA que se encuentren en algún programa o clínica del vih-sida, en varios de los hospitales públicos del país”. (OMS/2010)

Para quienes se encuentran con la infección del vih es difícil lograr diferenciar entre estas dos fases, pues ante los prejuicios existentes, la mayoría de la población desconoce la diferencia y realiza esta asociación **vih/sida= muerte**, sin importar la fase en la que se encuentren al momento del diagnóstico.

De la misma manera el uso de antirretrovirales no es conocido por la población ecuatoriana en general. En este sentido, existen profesionales en el tema que mencionan que “no es buena idea el dar a conocer acerca de los antirretrovirales a toda la población ya que al disminuir el temor hacia

el vih/sida al saber que no es mortal, esto incidiría en menor prevención hacia la transmisión del virus y verlo así como algo normal”.

Sin embargo, es menester considerar y recalcar que a pesar de los avances científicos, el vih/sida es aun incurable, considerado actualmente como un diagnóstico crónico y que así como todos los padecimientos crónicos requiere de cuidados indispensables, como por ejemplo en el estilo de vida, el cual en muchos casos debe modificarse drásticamente.

Además, a pesar del uso y adherencia a los ARV puede producirse recaídas que ameriten aumento de dosis e incluso hospitalizaciones ya que son personas inmunodeprimidas y con sintomatología que tiende a complicaciones dada la dificultad del organismo para mantener el número necesario de células CD4.

La implicación biológica-psicológica-inmunológica (presente en el vih/sida) es abordada en el modelo de psiconeuroinmunoendocrinología propuesto por Dubourdieu (2008): “la evaluación cognitiva-emocional que cada persona realice de un determinado estímulo, llevará a que implemente determinados mecanismos de afrontamiento y defensas según lo considere amenazante o no de su integridad.....ante estímulos que perturban el funcionamiento homeopático de un sujeto, se produce una activación del hipotálamo, con dos ramas fundamentalmente de respuestas en cascada. La rama neurovegetativa a partir del Locus Coeruleus y liberación de catecolaminas relacionadas con inhibición del sistema inmune y el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, que a través del cortisol también produce inhibición inmunitaria” (pp 58).

De lo que se extrae la importancia de una información oportuna y adecuada con respecto al virus, las fases, los cuidados en la vida diaria del paciente, como hábitos de vida, alimentación, toxicidad y efectos secundarios de los medicamentos (para lo que se requiere además trabajo interdisciplinario), e indudablemente el cuidado psico-emocional que el paciente necesita para poder implementar en su vida todo lo mencionado y construir un significado de la infección que además de fortalecer sus “estrategias de afrontamiento” concomitantemente fortalezca su sistema inmune.

2.3 Conductas de riesgo, vías de transmisión, epidemiología

El pensamiento mágico que prevalece en el habitante ecuatoriano como característica idiosincrásica, en el tema en específico se presenta con ideas de inmunidad ante la infección lo que puede dar lugar a conductas de riesgo que lleven al sujeto a incidir en una de las vías de transmisión del VIH (que se mencionarán posteriormente). Este tipo de pensamiento distorsionado junto con la negación (primera etapa del duelo) a su vez dificulta el proceso de asimilación e

incluso puede dar lugar a reinfecciones o conductas que pongan en riesgo de transmitir el vih a otra persona.

“Yo nunca pensé que algo así me podría pasar...esta enfermedad para mí era de otro mundo, de otra gente, de los “homos”, de las “prostis”, pero mío no...entonces no creí, y seguí haciendo mi vida como me gustaba, no cambié nada hasta después de bastante tiempo que me enfermaba de una cosa, de otra, me medicaban, me pasaba y luego otra vez, y yo no decía a nadie de lo que tenía.....me empecé a enflacar y a enflacar, hasta que ya no tenía fuerza, entonces ya no me quedó de otra, me hicieron otras pruebas del vih y resulta que ya tenía bien pocas defensas, ya tenía sida... no me quedó más que creer”..... “No sé con cuántas estuve en este tiempo...fueron muchas”.....(NN 32 años testimonio real/2010, heterosexual, dg VIH hace 4 años)

Según la “Guía de producción para responder al VIH-SIDA”(UNDP/2009:16):

El VIH tiene sólo 3 vías de transmisión que son:

- a) La transmisión sexual.- La única protección para evitar el Vih es el condón de preferencia de látex. El virus está presente en alta cantidad en el semen y en los fluidos vaginales. Esta vía es la causante de casi el 98% de los casos reportados en el Ecuador.
 - Por lo que las conductas de riesgo tanto en personas con preferencias heterosexuales como homosexuales son las relaciones sexuales sin protección. La probabilidad de transmisión hombre-mujer podría ser hasta 20 veces mayor que la de transmisión mujer-hombre.
 - El riesgo se incrementa cuando se padece alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS).
 - Consumo de sustancias psicoactivas.- Es importante tomar en cuenta que ante el efecto de sustancias psicoactivas (alcohol, drogas ilegales), el individuo no se encuentra en pleno uso de su consciencia, siendo más propenso a incidir en “contactos sexuales no seguros”.
- b) La transmisión sanguínea.- El VIH puede transmitirse también a través de sangre infectada, esto es por el uso de jeringuillas que contengan sangre infectada. También puede haber peligro de transmisión de VIH en casos de transfusiones de sangre no garantizadas o derivados sanguíneos como por ejemplo: el plasma. No hay riesgo al donar sangre. La conducta de riesgo en esta forma de transmisión es el uso compartido de jeringas; dentro de la forma de transmisión por vía sanguínea, la forma más común de contagio es el hábito de compartir jeringas entre los individuos drogadictos intravenosos.

- c) La transmisión vertical /perinatal.- Una madre que vive con VIH puede transmitirle a su hijo/a a través de la placenta durante el embarazo, en el momento del parto a través de la sangre o durante la lactancia a través de la leche materna. Si el virus es detectado a tiempo se puede prevenir la transmisión, para ello las madres son “tamizadas” para saber si viven con VIH y de ser el caso son medicadas durante su embarazo; el parto será por cesárea; y la leche materna reemplazada.

2.4 Epidemiología

Según el “Programa Nacional de Control y Prevención de VIH/SIDA”/2008: En 1984 afloran en el Ecuador los 6 primeros casos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y 2 casos de infección por el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Hasta septiembre del 2007 se registra un número acumulado de 11654 casos de VIH/SIDA, la incidencia ha ascendido de 0,07 por 100000hab. En 1984 a 1.9 en 1994, a 9.5 en el 2004 y a 15.6 por 100000hab en el 2007.

En el “Segundo taller de sensibilización en calidad de atención a personas con VIH/SIDA y con identidades diversas” impartido el 20-IV-2012, se socializan datos epidemiológicos correspondientes al año 2010:

De acuerdo con el reporte mundial sobre la epidemia elaborado por ONUSIDA a finales del año 2010 existían 34 millones de personas viviendo con VIH en el mundo.

En el Ecuador los subgrupos de población con mayor prevalencia son los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) con un 19%, las trabajadoras sexuales con 3.2% y las personas privadas de la libertad con 1.4%. La segunda concentración es geográfica: existen 45 cantones de alto y mediano prioridad cubriendo 11 provincias, que constituyen el 54% de toda la población del país, y que están situados en su mayor parte en la costa del Ecuador: Guayas, Esmeraldas, El Oro, Los Ríos, Santo Domingo, Sucumbíos, Pichincha, Santa Elena y Manabí; las demás provincias tienen tasas por debajo del 10 por 100000 habitantes.

Desde el primer reporte de sida en nuestro país, la epidemia se ha concentrado en estas comunidades, prevalencias entre el 20% en travestis y 10% en gays según el estudio de la Universidad San Francisco de Quito. Es decir, de cada mil travestis ecuatorianas, 200 vivirían con VIH, mientras de cada mil gays, 100 habrían sido impactados por el virus. De acuerdo a los datos obtenidos por medio del sistema de vigilancia epidemiológica del PNS en el año 2010, se observa que la frecuencia acumulada de casos notificados desde 1984 al 2010 es de 18524 personas viviendo con VIH, así como 8338 personas en fase SIDA.

El total de defunciones en este período al 2010 es de 7031 y además se registran 6765 personas viviendo con el VIH en tratamiento antirretroviral.

2.5 Estadios o Fases de la infección

Según el Programa Nacional de Control y prevención de VIH/SIDA / 2008: El HIV-1 prolifera en forma continua desde el momento que infecta al paciente, en ausencia de tratamiento antirretroviral, el VIH se replica de forma continua y muy intensa desde el momento de la inoculación hasta la muerte del paciente.

Podemos distinguir 3 etapas, una fase precoz o aguda de varias semanas de duración. Luego una fase intermedia o crónica, en la cual el virus se replica activamente y no hay manifestaciones clínicas, puede durar años. Una fase final de crisis que corresponde a la etapa sida.

2.5.1 La fase de infección aguda (primo infección)

En la cual se produce la transmisión del virus. El paciente infectado permanece sin síntomas o presenta un síndrome mononucleósico. A partir de las primeras horas de la infección del VIH este invade el tejido linfático. En esta fase aguda el virus puede aparecer a grandes concentraciones en la sangre: el organismo suele tener una reacción violenta ante la presencia y diseminación del VIH, estas reacciones pueden ser: fiebre, cansancio, inflamación de ganglios; sobrevienen a unas 4 semanas de la entrada del VIH y duran entre 1 y 4 semanas. Sin embargo el cuadro puede no producirse. También sucede que pase desapercibido o se lo confunda con un estado gripal fuerte. En esta fase el VIH evoluciona lentamente y el organismo no produce reacciones visibles. Este período también es conocido como "período de seroconversión" o "período ventana".

Erróneamente, a estas personas se las llamó "portadores sanos", lo cual resulta equivocado pues, como hemos visto, están infectadas por el VIH. Tras la infección, debían transcurrir entre uno y tres meses en desarrollar anticuerpos en cantidad suficiente como para que los detecte un análisis, en la actualidad el tiempo es extraordinariamente menor. Posteriormente el cuerpo comienza sus mecanismos de defensa inmune con lo que aparecen los diferentes tipos de anti - cuerpos en uno o tres meses, lo que reduce la concentración del virus. (Programa Nacional de Control y prevención de VIH/SIDA/ 2008)

2.5.2 La fase crónica o intermedia

Puede durar años, es la fase en la cual el virus mantiene su capacidad de replicarse, es contrarrestada por la impresionante capacidad de regeneración de los linfocitos CD4. La concentración del virus en sangre alcanza un equilibrio que tiene valor para predecir el

comportamiento de la enfermedad. Los pacientes en esta etapa suelen no presentar síntomas, sin embargo desde el punto de vista inmunológico se produce una intensa batalla entre el virus y el sistema inmune razón por lo que muchos autores indican que no se debe llamar a esta fase como de latencia. La probabilidad de que se pase a una fase más avanzada es 50-80 % de los 8 a 10 años. Programa Nacional de Control y prevención de VIH/SIDA (2008)

2.5.3 La fase final

Se caracteriza por el aumento de la replicación del VIH. Es probable que el sistema inmunológico sea ya incapaz de reponer los linfocitos CD4 destruidos, y por lo tanto su capacidad para limitar la multiplicación del VIH se ve reducida progresivamente. Se asiste a una marcada depleción de linfocitos CD4, al aumento de la tasa de replicación viral y al descenso importante de la actividad citotóxica anti-VIH. Coincide clínicamente con una profunda alteración del estado general del paciente (síndrome de desgaste), aparición de graves infecciones oportunistas, ciertas neoplasias y alteraciones neurológicas, es a partir de este momento cuando se considera que el individuo tiene Sida. La evolución natural de los pacientes cuando alcanzan esta etapa desfavorable, tienen una supervivencia del 30-50% a los 2 años y menor del 10-20% a los 4 años. (Programa Nacional de Control y prevención de VIH/SIDA / 2008)

2.6 Aspectos Biológicos, psicológicos y sociales

- Aspectos Biológicos

Según Leguizamón M., (2010), el VIH “es un virus complejo, de forma esquemática, es una estructura esférica que tiene 3 capas: la interna o nucleóide que contiene ARN, una capa media constituida por una cápsula y una externa formada por una envoltura (bicapa lipídica) derivada de la célula huésped.

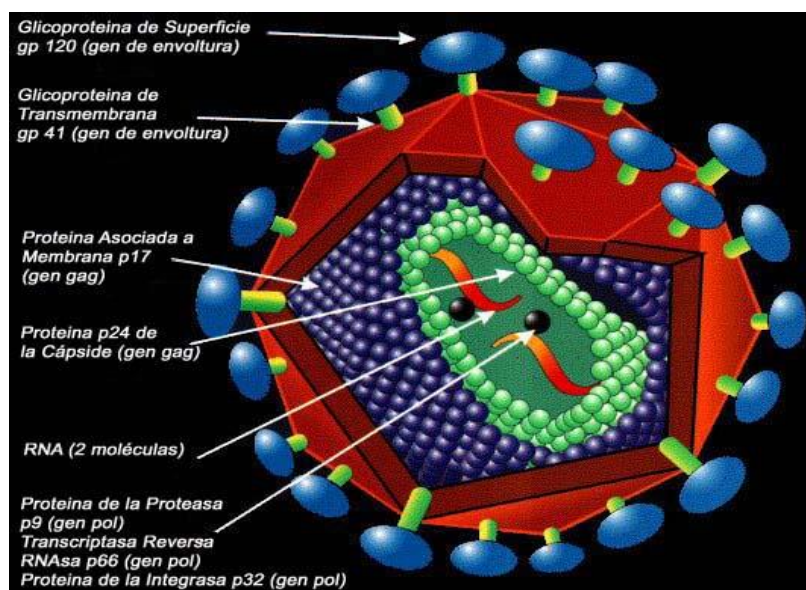


Ilustración 1. Esquema del virus del VIH

Fuente: (Boletín epidemiológico 2010)

Cuando ingresa al organismo el virus realiza una diseminación en sangre para posteriormente acantonarse en unos santuarios o reservorios entre los que se destacan el Sistema Nervioso Central, los Ganglios Linfáticos y el Semen. De una manera silenciosa para la persona infectada (asintomática), va invadiendo y destruyendo las células que coloniza. Tiene preferencia por unas células defensivas llamadas linfocitos CD4, mismas que se hallan presentes sobre todo en la sangre y en los ganglios linfáticos.

Una vez que se une a una de estas células (etapa1 del ciclo replicativo) el virus ingresa su material genético, o genoma, de tipo ARN, al citoplasma de la misma. A continuación, y a través de una enzima llamada transcriptasa reversa, dicho material es copiado de su versión ARN en una versión ADN, que es la forma en que está codificado el material genético en el ser humano (etapa 2 del ciclo replicativo). Por esta característica de autocopiado de su genoma de la forma ARN al ADN, es que se designa a este virus como "retrovirus". La versión ADN del VIH ingresa luego al núcleo de la célula invadida y se incorpora al ADN celular, desde donde va a comandar la replicación del virus (etapa 3). En la etapa final de este ciclo replicativo, el virus es "recortado" hasta su formato original por otra enzima llamada proteasa (etapa4). El nuevo virus generado en la célula brota entonces hacia el exterior de la misma, entra en la circulación sanguínea y linfática e infecta a otras células.

Las dos enzimas nombradas, transcriptasa reversa y proteasa, son estructuras muy estudiadas y sobre ellas actúan, inhibiéndolas, las medicaciones antiretrovirales conocidas como "cócteles". Los

linfocitos infectados por el VIH sufren progresivos deterioros en su funcionamiento, que los llevan a la muerte celular.

El linfocito CD4, es una molécula que existe en los linfocitos ayudadores del Sistema Inmune, estos linfocitos son los que regulan y estimulan la respuesta defensiva del organismo. A estos receptores es a los que se une el VIH, para poder ingresar al linfocito y luego destruirlo. Las personas no infectadas por el virus o aquellas en las que recién ingresa el VIH, tienen aproximadamente 1000 linfocitos CD4/por cc de sangre. La mayoría de las enfermedades oportunistas ocurren cuando los linfocitos descienden por debajo de 200 CD4/cc.

Para conocer la cantidad de linfocitos en la sangre hay exámenes que detectan la carga viral, es un estudio que permite conocer la cantidad de virus presente en la sangre. Cuanto más alta sea la carga viral, es más probable que las defensas bajen y puedan aparecer complicaciones del VIH. La cantidad se expresa en copias por mililitro de sangre (copias/ml). Una persona con un cierto control de la enfermedad tendrá entre 5.000 y 10.000 copias/ml; en los estadios avanzados pueden existir cargas virales mayores de 500.000 copias/ml.

Los tratamientos antirretrovirales suelen llevar la carga viral a niveles "indetectables", llamados así porque la técnica de laboratorio no los puede detectar. Al momento actual este límite es de 200 o 50 copias/ml. Siendo importante aclarar que esto no significa que retornaron a la fase VIH, sino que la cantidad de carga viral disminuyó como efecto de la ingesta de ARV.

- Aspectos psicológicos.-

Con respecto a las secuelas psicológicas que puede atravesar una persona originalmente sana que se infecta con el virus de inmunodeficiencia humana, están involucrados además de los recursos internos que posea como por ejemplo su autoestima, capacidad de resiliencia; tanto el núcleo familiar, con sus características, su respuesta ante la problemática; la respuesta que los profesionales le brindan a estos pacientes, y por supuesto la respuesta de la sociedad ante la construcción también social de esta enfermedad.

Como respuesta el individuo afectado sufre reajustes y adaptaciones en su vida cotidiana lo cual le genera un estado de tensión.

El sentimiento de muerte inminente y el miedo al dolor, son otros de los problemas psicológicos. Pero se añaden otros: las formas de transmisión del vih (específicamente por transmisión sexual) que influye por ejemplo en el temor a iniciar relaciones sentimentales para evitar el rechazo, discriminación y aislamiento social por la construcción preexistente en cuanto al vih, además pensamientos distorsionados, entre otros: falacia de justicia, visión catastrófica, falacia

de control, falacia de recompensa divina (lo que dificulta la adherencia al tratamiento antirretroviral), culpabilidad.

“Me empecé a involucrar con hombres por temor a que las mujeres me rechacen por mi enfermedad, además eso me ayudó a estar lejos de mi familia y que no se enteren que tengo esto (vih)..... imagínese ¡cómo voy a acabar!, yo no quiero que me vean así” (NN, 32 años, testimonio real 2010, hombre homosexual, U.Libre, 5 años viviendo con vih/sida).

Visión catastrófica y culpabilización ante el concepto de la infección relacionado directamente con la opinión familiar y social; pensamientos recurrentes con respecto a imagen completamente deteriorada de persona con vih sida que los medios de comunicación difundían en los años 80 aproximadamente, cuando se inicia el trabajo de prevención (esto ocurre a una gran cantidad de PVVS, con la misma imagen proyectada en esta fase de prevención de los medios).



Ilustración 2. Imagen que asocia SIDA=MUERTE

Fuente: Campaña de MTV

“Esto es un castigo de Dios, yo he sido muy mala” (NN, mujer 42 años, testimonio real/2010, heterosexual, casada hace 20 años, se entera que vive con el vih hace 7 años).

Falacia de justicia por considerar que no ha cuidado a su marido lo suficiente, lo cual promueve en ella conductas que la invalidan en la relación con su cónyuge, estimulan síntomas ansioso-depresivos y afectan a su vez la adherencia al TARV

“Mi familia sufre por mi culpa, por eso mejor no regreso, salí a los 8-9 años más o menos porque mi padrastro me violó, desde ahí he estado con uno y con otro por eso me contagié, ya no regresé ni pienso regresar porque siempre les estoy haciendo daño” (NN hombre de 19 años, testimonio real/2010, homosexual, se entera en fase sida, además recibe diagnóstico de hepatitis)

Culpabilización, desde que su madre justifica la acción de su esposo, padrastro de paciente, y lo persuade para abandonar el hogar con este pensamiento que se ha convertido en esquema para él, dando el control de su vida al diagnóstico de VIH o a cualquier situación que conlleve castigarse a

sí mismo por “hacer daño a su familia”, adoptando por ejemplo conductas autodestructivas, mismas que en el proceso debía modificar para evitar la re-infección y nuevos portadores del virus.

Al tomar en cuenta la relación existente entre los distintos sistemas que conforman al ser humano (PNIE) podemos deducir la relación entre el estado emocional del sujeto y su sistema inmune, aumentando así la vulnerabilidad del organismo a cualquier enfermedad “el estrés implica una sobrecarga de los sistemas, que se alteran si se ejerce sobre ellos tensión suficiente” Dubourdieu, (2008).

Y si a todo esto se le suma el deterioro psicoorgánico propio del SIDA que lleva a una alteración en el pensamiento, atención, memoria, concentración, abstracción; el enfrentamiento del afectado a la pérdida de la imagen de sí mismo, su identidad, sus expectativas: intelectuales, laborales, de pareja, sexualidad y del ámbito social frente al deterioro referido que sufre el paciente, aún se puede sumar la posible conducta suicida, considerada como la única salida.

Por todas las razones mencionadas, es indispensable una intervención interdisciplinaria (médica, psicológica, social) para garantizar el bienestar del paciente. Es importante recalcar la diferencia entre la labor multidisciplinaria e interdisciplinaria, ya que el trabajo con PVVS requiere de una comunicación e interrelación entre los profesionales que permita conocer las debilidades y fortalezas del paciente para de esta manera poder intervenir terapéuticamente.

- Aspectos socio-culturales:

UNICEF en el año 2008 plantea “en América Latina hay en torno al VIH/SIDA múltiples imaginarios culturales que deben ser redefinidos para luchar en contra de esta gran pandemia. Imaginarios que establecen prácticas sexuales determinadas, que a su vez aumentan la pandemia y sus efectos”

La sociedad ha generado con respecto al vih/sida, nexos entre la homosexualidad y el trabajo sexual, o en general a conductas que dan lugar a “juzgar” socialmente la moralidad del sujeto en cuestión. Por lo que ser PVVS se convierte en un estigma, y el motivo por el que muchos de ellos no acceden a los recursos externos que poseen (familia, amig@s, grupos de apoyo) al no desear que “su secreto” sea difundido, por lo que se desplazan a otros lugares para ser atendidos.

Esto se aprecia a través de varios testimonios así:

“ Yo vine solo; sé que tengo esto del sida hace 1 año, saben todos los adultos de mi familia, pero mi papá cree que soy gay, entonces me botó de la casa, y sé que no va a venir a verme ahora que estoy aquí; se avergüenza de mí, eso me dijo cuando se enteró de lo que tengo.....a nadie le

importa cómo estoy, por eso vine solo, y le apuesto lo que quiera que solo mi tía ha de venir a verme alguna vez, nadie más”

(NN, 20 años testimonio real/2010, hombre, heterosexual, un año viviendo con vih/sida, abandona TARV a los dos meses de iniciarlo por lo que genera resistencia al mismo, fallece dos meses después de que es hospitalizado, recibió una visita de su tía antes de fallecer, y fue la única que acudió posterior al fallecimiento. Mientras vivía, su familia fue renuente a acudir a la clínica del vih).

La falta de tolerancia de la sociedad da lugar a distorsiones como la que consta en el testimonio anterior, aun con los avances de la ciencia si las construcciones sociales no evolucionan también, esto incide en la dificultad de cada paciente a asumir su realidad.

Ante lo analizado, el Ministerio de Salud Pública a través del Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/SIDA/ITS, 2007, ha desarrollado una serie de estrategias para disminuir el impacto psicosocial del diagnóstico de VIH/SIDA, sobre todo por medio de la consejería, realizando las siguientes definiciones:

2.7 Pre y Post consejería en infección por VIH - Sida.

2.7.1 Consejería

Es una relación dinámica entre el/la consejera/o y el usuario/a mediante el cual el usuario/a pueda explorar sus sentimientos, expresar sus inquietudes y además conocer a qué se va a enfrentar y qué situaciones difíciles deberá superar; para lo cual, recibirá información correcta y clara de manera que sea él/ella quien escoja las posibles soluciones relacionadas con su comportamiento.

2.1.1.1 Consejería para VIH/SIDA

Es una importante modalidad e intervención para disminuir el impacto psicosocial del diagnóstico de VIH/SIDA en la población así como brindar educación para la salud y fomentar comportamientos saludables y de menor riesgo para la transmisión del VIH/SIDA. Puede darse en dos momentos antes de la prueba (pre test) y después de la prueba (post test)

- **Consejería Pre-Test.-** Es la información y proceso educativo que se brinda antes que l@s usuari@s decidan hacerse las pruebas diagnósticas para VIH/SIDA.

A través de la consejería pre-test, el consejero buscará los siguientes objetivos:

- Identificar de forma clara el motivo de consulta (demanda del usuari@).
- Realizar conjunta y respetuosamente una evaluación de riesgo de exposición al VIH.
- Informar sobre el VIH/SIDA y la prueba.

- Acompañar en la toma de decisiones relacionada a la realización de la prueba.
 - Brindar recomendaciones preventivas y trabajar en las barreras para superar prácticas de riesgo.
 - Evaluar si el/la usuari@ está emocionalmente preparad@ para recibir un resultado positivo.
- **Consejería Post-Test.**- Es la información y el proceso educativo que se brinda una vez que l@s usuari@s han decidido hacerse las pruebas diagnósticas y se tiene los resultados del examen. Es el momento y el espacio donde el/la consejer@ tiene la oportunidad no solo de brindar educación sino también apoyo y soporte emocional. Existen tres modalidades de consejería post test: con resultado negativo, con resultado positivo y con resultado indeterminado.

En la consejería post-test resultado negativo, el/la consejer@ entregará los resultados de la prueba y priorizará los siguientes objetivos:

- Explicará el significado de un resultado negativo.
- Reforzar información preventiva sobre prácticas de riesgo.
- Reforzar medidas preventivas como la adopción de prácticas sexuales seguras (uso de condón)
- Es importante indagar conductas de riesgo e incitar a la fomentación de “normas de oro del comportamiento” o “comportamientos meta”.(que se explicará en el siguiente ítem)
- Reforzar información sobre VIH/SIDA
- Evaluar la posibilidad de que el/la usuari@ se encuentre en “período de ventana”, debiendo indicar que se debe repetir la prueba a los 3 y 6 meses respectivamente.

En la consejería post test resultado indeterminado, el/la consejer@ entregará los resultados de la prueba y priorizará los siguientes objetivos:

- Explicará el significado de un resultado indeterminado.
- Reforzará la información sobre prevención y autocuidado
- Informará sobre la importancia de volver a realizar la prueba cada tres meses a fin de evaluar la posibilidad de seroconversión.
- Planificar la realización de otra prueba
- Brindar apoyo emocional.

En la consejería post test resultado positivo, el/la consejer@ entregará los resultados de la prueba y priorizará los siguientes objetivos:

- Brindar apoyo emocional.
- Entregar y explicar el significado del resultado positivo

- Reforzar la información sobre prevención y autocuidado
- Analizar la importancia de comunicar el resultado a la(s) pareja(s) sexual(es).
- Derivar a control médico, asistencia terapéutica, salud mental.
- Derivar a los grupos de autoayuda y/o consejería de pares.
- Reforzar la información sobre cómo evitar transmitir el VIH a otras personas.
- Orientar a la familia
- Realizar referencia adecuada.
- Brindar seguimiento.

2.7.1.2 Consejería de Soporte

Es el proceso educativo e informativo que se brinda al usuari@ una vez que ha recibido su resultado positivo y tiene la finalidad básica de continuar brindando su apoyo y soporte socio-emocional. Este proceso puede darse durante todas las fases de la infección del VIH hasta la fase SIDA y tiene como objetivo fortalecer los recursos de la persona que vive con el VIH (PVVS) para lograr su bienestar y calidad de vida.

El/la consejer@ prioriza los siguientes objetivos:

- Brindar apoyo emocional
- Brindar educación en VIH/SIDA
- Atención en crisis
- Seguimiento del caso
- Derivación oportuna a los diferentes servicios para brindar atención integral.
- Evaluar la respuesta de adherencia al tratamiento.
- Evaluar la respuesta de adherencia al tratamiento ARV (si ya lo requiriese)

2.7.1.3 Consejería Familiar

El/la consejer@ apoyará y facilitará la decisión del usuari@ para compartir el diagnóstico de seropositividad con algún integrante de su entorno familiar (o con cuantos desee), se respetará ante todo la confidencialidad y a través de la consejería se priorizarán los siguientes objetivos:

- Establecer una relación de confianza y calidez.
- Mantener la integridad de la familia.
- Evaluar el nivel de conocimiento de la familia sobre temas relacionados con VIH/SIDA y brindar información que les hace falta aún.
- Evaluar el impacto de la situación en la realidad familiar y facilitar la expresión de sus sentimientos y emociones.
- Trabajar en el manejo de las conductas negativas y de estigmatización dentro de la familia.

- Se brindará información y educación sobre VIH/SIDA sobre todo en lo referente al autocuidado y al tratamiento integral.
- Informar sobre grupos e instituciones de apoyo presentes localmente.
- Se buscará fomentar la esperanza de vida y maximizar el bienestar personal.
- La familia apoyará la adherencia al tratamiento ARV.
- Se buscará integrar a la familia en el proceso terapéutico del/la usuari@, siempre y cuando él/ella lo permita.

2.8 El impacto del VIH en el estilo de vida

Cuando una persona conoce de este diagnóstico la primera reacción es la negación, puede optar por continuar con las conductas de riesgo que posiblemente mantenía como por ejemplo no usar preservativo en las relaciones sexuales, consumo de alcohol, drogas, etc. Como parte de esta fase buscan realizarse varias pruebas de detección para descartar este diagnóstico, en estos casos es menester el apoyo interdisciplinario desde el inicio conjuntamente con las personas representativas en la vida del paciente para poder apoyar su proceso de adaptación y evitar estas conductas que acarrearán riesgo de re-infección coadyuvantemente con el hecho de transmisión a otras personas.

Con la existencia de los antirretrovirales, y más aun en el año 2000 cuando se realizan convenios para que esta medicación, poco asequible hasta entonces, pueda ser gratuita para todos los PVVS, el VIH/SIDA pasa a ser considerada como crónica, situación que prolonga la expectativa de vida, estableciendo una mejoría en la calidad de vida para PVVS. Sin embargo, para lograr este objetivo es necesario asumir cuidados hacia uno mismo, que en muchos de los casos con anterioridad no eran considerados en el estilo de vida.

En la Guía de orientaciones básicas de la Fundación Ecuatoriana Equidad (2008), se propone realizar una evaluación de comportamientos considerados de riesgo, así: comportamiento sexual, uso de preservativos, historia de infecciones de transmisión sexual (ITS), consumo de alcohol, drogas.

Es pertinente el establecimiento de las normas de oro del comportamiento y los comportamientos meta. Las primeras permiten la reducción del riesgo, mientras que los comportamientos meta aportan en la reducción de daños, son como “el primer paso” en el continuo de cambio del comportamiento. Así:

- Las normas de oro del comportamiento son las que permiten la reducción del riesgo, manteniendo o adoptando comportamientos que definitivamente coadyuven en la adherencia del paciente al tratamiento clínico y antirretroviral, estos son por ejemplo:

- Mantener un relación mutuamente monógama
- Usar de manera adecuada y consistente el condón en todas las relaciones sexuales.
- Dejar el consumo de alcohol y el uso de drogas.
- Si amerita ingresar a un programa para desintoxicación y rehabilitación de sustancias psicoactivas.
- Permanecer en un grupo de apoyo tanto ante el consumo de sustancias como para PPVS.

Ante la gran cantidad de sustancias químicas ingeridas a través de los ATRV es menester además una alimentación balanceada que permita que el organismo procese adecuadamente la medicación; además establecer una rutina de ejercicios con el mismo objetivo y así fortalecer el sistema inmune.

Para muchas personas, estos comportamientos serían “habituales” sin embargo, para quienes han llevado un estilo de vida diferente al mencionado, esto implica aspectos como: modificar sus hábitos diarios, alejamiento social pues para ellos “es sospechoso de un día al otro dejar de beber (consumo de alcohol), o dejar las drogas” prefiriendo el distanciamiento de sus amistades, lo que no siempre implica el renunciar a conductas de consumo.

Es en este momento en que se debe analizar los recursos internos y externos que el sujeto posee y fortalecerlos para que se sienta motivado a mantener los cambios que se intentan implementar en su vida. Es indispensable además que los cambios sean propuestos por el paciente y que se los pueda compartir con las personas más cercanas, pues necesita del apoyo de su red social (familia, amig@s) para mantenerlos.

- Los comportamientos meta incluyen cualquier actividad sexual, uso de sustancias y solicitud de servicios de salud que contribuyan a reducir la posibilidad de que el usuari@ contraiga o transmita una ITS o el VIH. Así:
- Usar condones consistentemente en relaciones sexuales fuera de su relación de pareja.
- Reducir el número de parejas sexuales.
- Aumentar el uso del condón en las relaciones sexuales con penetración.
- No tener penetración en las relaciones sexuales.
- Evitar los encuentros sexuales donde prevalezca un alto uso de alcohol y drogas.
- Evitar usar drogas que conduzcan a comportamientos de alto riesgo.
- No tener relaciones sexuales después de consumir drogas psicotrópicas.
- Para los usuarios de drogas inyectables, usar formas de consumo menos nocivas: por ejemplo, drogas para inhalar en vez de inyectables.
- Cualquier “primer paso” que el usuari@ esté dispuesto a dar.

Se puede creer como insuficientes los puntos mencionados, si no comprendemos la realidad de muchos de los paciente con los que nos encontramos y su gran dificultad de adherencia al tratamiento, y al mantenemos rígidamente en “las normas de oro del comportamiento” es muy probable que el paciente se sienta juzgado y rechazado; por lo que se debe realizar un seguimiento de los comportamientos meta acordados en las sesiones psicoterapéuticas y tomando en cuenta además que se trata de un proceso, pero que sin embargo no podemos arriesgar a otras personas.

Se debe recalcar desde el inicio que el impacto del comportamiento del usuari@ sobre sí mismo (re-infección) y sobre los demás (transmisión) y si fuese necesario incluso acudir al artículo 264 del “Código Penal” en el que especifica que *“se impondrá prisión de 3 a 16 años a quien conociendo que esté infectado con alguna enfermedad infecto-contagiosa que implica grave riesgo para la vida, integridad física o salud, infecte a otra persona”*.

2.9 Respuestas emocionales ante la infección por VIH-SIDA.

Luego de la confirmación médica de estar afectad@ por el VIH que despierta pensamientos y emociones relacionados con “el miedo al deterioro físico, la preocupación por la continuidad de su trabajo, la incertidumbre sobre el futuro de las personas con las que convive y ama, las exigencias materiales de un tratamiento que se imagina prolongado y complejo, así como la amenaza que comienza a cernirse sobre la continuidad de sus propósitos y objetivos en la vida (pareja, hijos, proyectos, etc) aparecen conformando en esta primera etapa una suerte de aplanadora existencial de una masividad inmanejable. Asimismo esos temores suelen aparecer amalgamados con los temores e incertidumbres de su entorno microsocial de inserción y pertenencia” (Fernández, J. 2010).

Se desarrolla una crisis de ansiedad y depresión de magnitud y duración variable de acuerdo a distintos aspectos como por ejemplo: conocimiento que posea acerca de la infección, la explicación que recibió en la pre-consejería así como la empatía que pueda demostrar el profesional posterior al resultado positivo (consejería post-test resultado positivo, ya que no debemos olvidar la vulnerabilidad y a la vez sugestionabilidad que el paciente posee ante situaciones de vida como esta.), la red de apoyo con la que cuente, rasgos de personalidad, recursos internos y externos que posea el sujeto.

Muy frecuentemente los pacientes suelen referirse al estado de shock inicial generado por el diagnóstico como situaciones de *“terror, pánico, espanto y horror”*.

En tales momentos, la consejería y contención psicológica se tornan de vital importancia para una adecuada elaboración, procurando evitar que el miedo dé lugar al pánico, es decir “a esa respuesta espontánea y desorganizada que se puede traducir en reacciones poco meditadas en relación con su vida familiar y social” (Fernández, J. 2010).

Asimismo, mientras se procesa “ese *shock*” inicial antes mencionado, no sólo importan los riesgos derivados de actitudes y comportamientos poco meditados sino también los derivados de la crisis emocional.

Como ha señalado la investigadora venezolana Lore Aresti (2001) al respecto: “Sabemos de la compleja relación existente entre el Sistema Inmune y el cerebro y los contenidos ideomocionales; sabemos también que la reacción espontánea y desorganizada de la ansiedad convertida en miedo, y del miedo derivando en pánico, llegará a causar una desorganización de las funciones y secreciones fisiológicas de los sistemas en cuestión. Nos estamos refiriendo a los Sistemas Nervioso, Inmune y Endocrino” de acuerdo a la vulnerabilidad del sujeto”.

Por otro lado, ...”los estresores psicológicos -como el duelo, divorcio, las situaciones traumáticas y los estados depresivos- alteran el funcionamiento del sistema inmunológico. Entre otras pruebas que existen al respecto, vale subrayar que se han encontrado disminuciones en las cantidades de linfocitos en las personas infectadas por el VIH y que padecen depresión. Las implicaciones de la depresión en los pacientes infectados por el VIH/Sida son importantes. Se ha demostrado que los pacientes VIH positivos con síntomas depresivos tienen mayores probabilidades de no cumplir las pautas del tratamiento con fármacos antirretrovirales y de no seguir los consejos médicos”. (Teva, I. y col, 2005)

“La enfermedad obliga a la honestidad” Dahlke, Desthlefsen (1983). El individuo, ahora PVVS, por lo general se acerca a su nueva situación de vida, expuesto, vulnerable emocionalmente, con fuertes sentimientos de culpa, si la infección se produjo por asumir conductas consideradas de riesgo y sobre todo ante la posibilidad de haber transmitido el vih por ejemplo a la madre o padre de sus hij@s, o considerarse responsable por la transmisión de tipo vertical (de madre a hij@).

Por otro lado, también se producen casos en que predomina el locus de control externo, dando lugar a resentimientos e incluso agresividad hacia quienes considera responsables de su situación como PVVS, que podría ser desde su pareja hasta sus padres por asumir que “si no fuera por la despreocupación de ell@s”, no habría asumido las conductas de riesgo que dan lugar a la situación actual; pensamientos distorsionados que refuerzan el sufrimiento que atraviesa.

La negación inicial que en ocasiones se prolonga tornándose disfuncional y patológica para la persona afectada por el VIH, para sus seres queridos y en el peor de los casos para quienes “se cruzan en su camino”, pues en medio de la frustración experimentada, pueden buscar perjudicar a otr@s, al considerar como “injusto” el diagnóstico en cuestión.

Sin embargo, la mayoría de PVVS con quienes pude trabajar, a partir del diagnóstico de VIH, en medio del “sentido de vida” y paradójicamente podríamos hablar también de un “sentido de muerte” (pues a partir del diagnóstico, “la muerte” es algo que experimentan como una sensación cercana a ellos, “que camina junto a mí” (NN, aporte real/2010)), necesitan de un soporte emocional constante y permanente, pero a la vez refuerzan su capacidad de resiliencia, mantienen el deseo de continuar con los proyectos que tenían incluso con más convicción, al aumentar su grado de conciencia en cuanto a sí mismos y su alrededor consideran importante por ejemplo el buscar momentos cerca de sus seres queridos, considerando además el cambio en el estilo de vida que a su vez conlleva un crecimiento personal que antes no lo habían experimentado.

En muchos casos apenas en estos momentos es cuando realmente valoran lo que poseen, incluso tuve la oportunidad de escuchar en varias ocasiones frases como: “ *Aunque al principio fue bien duro, a partir de esto, pude saber lo que es vivir*”. “ *La vida me puso una prueba bien difícil....pero ahora entiendo que el VIH es parte de mi vida, hasta es parte de mí, ya no lo rechazo porque ahora soy mejor ser humano y quien no me quiere con mi enfermedad, entonces no me quiere* *a* *mí*”.

CAPÍTULO III

VIH, EL PACIENTE Y SU FAMILIA

Uno de los primeros pensamientos que el sujeto tiene al conocer sobre su diagnóstico está vinculado con la reacción sobre todo de su pareja (s), y de tenerlos, la reacción de sus hijos, el temor se centra en el abandono y rechazo de ellos y en sí de su red social.

Puede incluso conocer que el vih/sida es considerado como crónico, que ya no es considerado mortal cuando se asumen los cuidados recomendados por especialistas; pero es inevitable que en este primer momento consideren todas las implicaciones socio-culturales (a las que se hace referencia en el capítulo anterior), el temor a perder a su familia, el temor a perder su actividad laboral, a perder la vida que ha intentado estructurar; todos estos pensamientos inciden en las resistencias del sujeto a la consulta médica, a la ingesta de la medicación pues si se encuentra renuente a que los demás conozcan de su diagnóstico intentará evitarlo de todas las maneras posibles, aunque eso implique su detrimento físico-emocional.

Psicoterapéuticamente el proceso se centra en buscar la o las personas que puedan apoyar al paciente incondicionalmente, recibiendo la información necesaria para evitar cualquier tipo de discriminación, lo que se debe realizar con consentimiento de la persona que se encuentra viviendo con vih/sida (PVVS). La situación es más complicada cuando se trata de informar a la pareja del paciente, siendo la mejor opción abordar las distintas formas de contagio como probabilidades, así como las fases de la infección con el tiempo que el virus puede tomar en reproducirse.

3.1 Tipología psicosocial de la enfermedad crónica

Siguiendo a Rolland (1987), quien ha realizado estudios acerca de la tipología psicosocial de las enfermedades crónicas, realiza la siguiente clasificación:

- **Comienzo: Enfermedades agudas o de comienzo gradual.**

El proceso se instaura de forma repentina (p. ej., infarto agudo de miocardio) y en otros casos lo hace de una manera más lenta y gradual (p. ej., artritis reumatoide). En el caso del vih/sida, a pesar de haber atravesado por las fases ya conocidas desde el ingreso del virus al organismo hasta el momento del diagnóstico (habiendo transcurrido en el mejor de los casos de 4-6 meses), el sujeto no se encuentra preparado para asumir la infección, por lo que en este caso el proceso se instaura también de forma repentina.

Rolland (1987), además distingue cómo se desarrolla la situación dentro de la familia: “el período de crisis transcurre desde que aparecen los primeros síntomas, se elabora un diagnóstico y se inicia el primer período de ajuste.

En esta fase la familia y el enfermo deben aprender una serie de tareas, entre ellas aprender a vivir con la enfermedad y con la incapacitación, aprender a tratar con los hospitales y los procedimientos de tratamiento. La familia necesita crear una comprensión de la enfermedad, adaptarse a los nuevos cambios conservando el sentido de continuidad entre el pasado y el futuro, poder reorganizar entre todas las fases de crisis, y ante la incertidumbre desarrollar un sistema de flexibilidad”

- En algunos casos, en cuanto a PVVS, es el paciente quien padece el sufrimiento sin apoyo, sea por voluntad propia o por discriminación de la familia a causa del desconocimiento o distorsiones acerca de la infección y por lo tanto temor a la misma.
- El Curso: constante, progresivo y recurrente de la enfermedad crónica

El curso que atraviesa la enfermedad crónica y con el que la familia aprende y se encuentra en constantes re-adaptaciones, es el siguiente:

- Constante: es la enfermedad en que el proceso clínico se estabiliza tras su inicio (p. ej., accidente cerebrovascular [ACV]).
- Progresivo: la enfermedad es continua, se modifica con el tiempo, presenta manifestaciones clínicas en todo el curso del proceso y tiene un carácter progresivo en cuanto a su gravedad (p. ej., enfermedad de Alzheimer).
- Recurrente: la enfermedad cursa con períodos asintomáticos o con escasas manifestaciones clínicas seguidos de otros sintomáticos o con exacerbaciones de los síntomas (p. ej., asma bronquial).

En este periodo se dan constantes cambios, es el vivir "día a día la enfermedad crónica". La habilidad de la familia para mantener una apariencia normal ante la enfermedad crónica es una de las tareas claves durante este período. Es importante que la familia mantenga al máximo su independencia. Rolland (1987).

Las personas que viven con VIH/sida atraviesan las tres características de enfermedad crónica, tomando en cuenta desde su diagnóstico. Cuando se producen recaídas en los pacientes se suele observar el temor de los miembros de la familia a que “más personas se enteren que tiene VIH/sida”, esto con el objetivo de proteger tanto a su familiar como a sí mismos de la discriminación implícita.

- Pronóstico: puede ser fatal, acorta drásticamente las expectativas de vida (p. ej., cáncer metastásico), posiblemente fatal (p. ej., enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC]) impredecible y que acorta el tiempo de vida, o no fatal, cuando no afecta a las expectativas de vida (p. ej., artrosis). En la fase terminal se incluye un estado preterminal donde la apariencia de la muerte está constantemente en la vida familiar. En esta fase se distingue el proceso de separación, muerte, asumir la muerte y volver a un periodo de normalidad.

Ya se ha mencionado la relación pre-establecida socialmente entre vih/sida y la muerte, desde el momento mismo en que la familia del PVVS conoce del diagnóstico asume también esta construcción y dependiendo de la fase en la que se encuentre el paciente, sus familiares podrán ir asumiendo el contexto real de la infección o prepararse para la pérdida.

En el proceso con la familia, dependiendo si se trata de una intervención en crisis o inicio de proceso, es importante conocer por ejemplo, formas de afrontamiento, patrones de adaptación a partir de tabúes, mitos familiares, sistemas de creencia, etc. Si se dispone de tiempo se puede estudiar el genograma y cartografía emocional.

3.2 Estructuras familiares

Luis Cibanal en su artículo “Introducción a la Sistémica y Terapia Familiar” describe a la estructura familiar como “la totalidad de las relaciones existentes entre los elementos de un sistema dinámico. La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. O dicho de otro modo: el conjunto de demandas funcionales que indica a los miembros cómo deben funcionar. En respuesta a las demandas habituales, la familia activará preferentemente algunas pautas transaccionales alternativas cuando las condiciones internas o externas de la familia exijan su reestructuración.

De este modo, la familia se adaptará al "stress" de modo que mantenga su continuidad a la vez que posibilite su reestructuración.

La etiqueta de patología debe reservarse a las familias que frente a las tensiones incrementan la rigidez de sus pautas límites transaccionales y evitan o resisten toda exploración de variantes. Sin embargo, un gran número de familias que se incorporan a la terapia deberían ser consideradas y tratadas como familias corrientes en situaciones transaccionales, que enfrentan las dificultades de acomodación a nuevas circunstancias.

De esta manera, la familia puede actuar como un factor favorecedor u obstaculizante en el proceso de adaptación del PVVS, desde el proceso psicoterapéutico por lo tanto es importante analizar lo mencionado al final del sub-capítulo anterior con respecto a formas de afrontamiento, patrones de adaptación a partir de tabúes, mitos familiares, sistemas de creencias, e incluso la

posibilidad de secretos familiares que podrían estar afectando la aceptación de quien ha contraído el VIH; esto promueve comprensión por parte del PVVS a su sistema familiar y hacia sí mismo.

3.3 Neoparejas

Al hablar de gays, bisexuales, personas trans y hombres que tienen sexo con hombres (GBTH) no se está haciendo referencia a una situación desconocida socialmente. En la actualidad es una población que ha adquirido mayor fortaleza y reconocimiento incluso legalmente hablando; sin embargo, es importante hacer referencia a las orientaciones sexuales mencionadas para promover sensibilización y comprensión al respecto, buscando mantener una actitud abierta, flexible que permita el comunicarnos terapéuticamente con los pacientes GBTH evitando que experimenten algún tipo de discriminación en el proceso que a su vez dificulte su adherencia a los distintos tratamientos.

En primera instancia es importante la consideración mencionada en cuanto a la actitud del terapeuta, posteriormente es importante el encontrarnos informados en cuanto a algunas particularidades de la población mencionada, por ejemplo lo referente a la orientación sexual, que según la Fundación Ecuatoriana Equidad/2008 refiere:

“La orientación sexual es un concepto complejo cuyas formas cambian con el tiempo y difieren a través de las diferentes culturas. Actualmente se dice que existen tres dimensiones relativas a la orientación sexual:

- a) Atracción.- Hace referencia a la atracción sexual y emocional que uno siente hacia otros. La atracción se suele considerar en extremos, es decir, exclusivamente heterosexual u homosexual, pero algunas personas están en medio y sienten igual intensidad de atracción por los hombres que por las mujeres.
- b) Identidad sexual.- Es lo que expresa cómo la persona se define, clasifica y se etiqueta a sí misma, su autodenominación. Es independiente de su atracción y de su comportamiento (gays, bisexuales, heterosexuales).
- c) Comportamiento sexual.- Hace referencia a los actos de las personas, por ejemplo, la frase “hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH)” implica que lo que unifica a estos individuos en un grupo es tener relaciones sexuales con personas de su mismo sexo, muchos de ellos también tienen relaciones sexuales con mujeres o con personas trans y se pueden identificar de distintas maneras.

Determinar por ejemplo el comportamiento sexual permite conocer también riesgos asociados a estos; al relacionar con la identidad nos permite además de promover el cuidado de su salud, profundizar en sus construcciones y contexto de vida.

Al abordar tanto a la población GBTH como a heterosexuales que se encuentran atravesando el diagnóstico de la infección por vih, es importante el entender que pueden estar o no estar involucrados emocionalmente con sus parejas sexuales; que quienes tienen pareja estable pueden o no ser monógamos o a su vez pueden mantener relaciones de “pareja abierta” (ambos pueden tener parejas sexuales adicionales a la relación de pareja), etc.

En la presente investigación se pudo detectar las serias dificultades con respecto a la identidad sexual adoptada, el temor que prevalece en ellos ante el rechazo de su familia, amig@s.

Cuando definen su identidad sexual ya han afrontado el rechazo de un sinnúmero de personas, hasta que toman la decisión de informar a sus allegados acerca de su elección, enfrentándose a la discriminación por la falta de tolerancia, la que se intensifica cuando además han contraído la infección por vih, discriminación que se produce incluso por la misma población GLBT.

Hay que tomar en cuenta que la población mencionada al estar constantemente expuesta a la discriminación puede generar problemas de salud mental y física como baja autoestima, aislamiento social, culpa, relaciones inestables, comportamientos autodestructivos, suicidios; la ira acumulada por el rechazo de los demás e incluso de sí mismos puede dar lugar además a conductas de riesgo en las que se exponga a sí mismo y a los demás, por ejemplo transmitiendo el virus a otras personas o reinfecciones. También se debe mencionar que pasan de la discriminación que han experimentado, a la aceptación y demuestran su capacidad de resiliencia.

A continuación se menciona un relato de un paciente: *Ya me han hecho a un lado tantas veces que ya no me sorprende, yo no me avergüenzo de lo que soy.....y de nuevo voy a demostrarles a todos que voy a salir adelante y a seguir viva*” (NN, 37 años, testimonio real 2010, transgénero, 2 años viviendo con vih).

3.4 La familia como parte del abordaje

Posterior al diagnóstico cero positivo surgen un sinnúmero de conflictos en esta área, por un lado está el paciente a quien es importante asesorar; ya que después del apoyo emocional es necesario informar de los riesgos de transmisión para que su pareja (s) puedan recibir un diagnóstico oportuno.

El paciente inicia un proceso de duelo ante el diagnóstico de una enfermedad crónica y más aun con la connotación del vih; sin embargo, ante la gravedad de la situación es importante concientizar para que su pareja (s) y de haberlos también hij@s conozcan su diagnóstico y puedan así realizarse los correspondientes exámenes de detección, aunque esto pueda implicar un doble duelo para el paciente.

Surge el temor a las pérdidas, el temor a que la pareja, o hij@s pequeñ@s estén infectados con el vih o el temor a que se conozca de la presencia de parejas sexuales paralelas o de comportamientos sexuales que no desean se rebele (HSH: hombres que tienen sexo con otros hombres, por ejemplo), ya que en muchos casos esto significa el abandono de su pareja y rechazo de otros seres cercanos.

Con respecto a la familia de origen el temor se centra en la presencia de patrones culturales disfuncionales y discriminatorios sobre el VIH. Por todos estos aspectos el abordaje con la familia o personas cercanas al paciente que vive con vih-sida es indispensable.

CAPÍTULO IV

ESTUDIOS PREVIOS SOBRE ABORDAJES PSICOTERAPÉUTICOS CON PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA (PVVS)

A continuación se resumen estudios e investigaciones realizadas con respecto al VIH/SIDA desde la salud mental.

4.1 Estudio preliminar de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH-SIDA en Mendoza-Argentina.

Ahumanada (2011) Según varios estudios, un importante porcentaje de pacientes no cumplen con el tratamiento prescrito. De allí, la importancia de identificar las estrategias de afrontamiento y apoyo social percibido.

En esta investigación realizada en Argentina, se trabajó con 11 personas (tanto hombres como mujeres) que concurrieron a una Organización de la Sociedad Civil.

Para ello, se administraron las técnicas entrevista semiestructurada (se administra el cuestionario SMAQ -Simplified Medication Adherence Questionnaire-que mide adherencia, CRI (Coping Responses Inventory de Moos, R.), que mide estrategias de afrontamiento y el Cuestionario de Apoyo Social Percibido Duke-UNC-11, que mide apoyo social confidencial y afectivo.

De esta investigación, se han encontrado algunas asociaciones entre los niveles de adherencia al tratamiento terapéutico y las respuestas de afrontamiento y apoyo social.

Al considerar al VIH/SIDA como un proceso multifactorial, se la entiende como un modelo biopsicosocial.

Las PVVS (personas viviendo con vih/sida) deben enfrentar un entorno social, muchas veces perjudicial para su salud física y mental. Por ello, se han desarrollado varias investigaciones para generar estrategias de afrontamiento, apoyo social, rasgos de personalidad y su asociación con la adherencia al tratamiento.

Desde 1996, con el desarrollo de los Inhibidores de la Proteasa y su combinación en lo que se denomina Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) ha permitido comenzar a tratar el

sida como una enfermedad no necesariamente fatal. La introducción de este tipo de tratamiento ha disminuido la morbilidad y mortalidad asociadas con el VIH, transformándose en una enfermedad crónica. El objetivo del tratamiento es bajar la carga viral en la sangre, hasta los considerados no detectables, según las técnicas utilizadas, y así preservar la función del sistema inmunológico.

Se pueden encontrar cinco factores para explorar la adherencia terapéutica: (Meichenbaum y Tucker, 1991, Villa y Vinaccia, 2006):

En primer lugar, en función de la personalidad de los pacientes, por la presencia o no de trastornos psicológicos, creencias personales y socioculturales, historia previa, apoyo social y familiar, etc.

En segundo lugar, se encuentran los factores relacionados con la enfermedad, si es crónica, aguda, con o sin presencia de síntomas, tiempo de infección, proceso de la enfermedad, etc.

En tercer lugar, están los factores relacionados con el tratamiento de la enfermedad, complejidad del régimen terapéutico, cantidad de medicaciones, horarios de administración, efectos secundarios, etc.

El cuarto aspecto, se refiere a las características de la institución que presta el servicio de salud, continuidad o no del cuidado médico, tiempo de espera, trato del personal, etc.

El quinto aspecto, son los relacionados con la interacción y relación del personal de salud, comunicación, actitudes, conductas verbales y no verbales, satisfacción del paciente con la atención recibida, etc.

Varios investigadores consideran que factores psicológicos y conductuales influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral. Asimismo, entre los factores sociodemográficos y las variables clínicas, solo la escolaridad se encontró asociada con la adherencia.

Otros autores (Power, R.; Koopman, C.; Volk, J.; Israelski, D.; Stone, L.; Chesney, M.; Spiegel, D. 2003) examinaron la relación de la adherencia al tratamiento antirretroviral con tres tipos de apoyo social (pareja, amigos y familia) y el uso de dos estrategias de afrontamiento (negación y uso de sustancias).

La satisfacción percibida del apoyo de la pareja se asoció con el seguimiento del tratamiento prescrito, siendo no asociados significativamente el apoyo de amigos y familiares con la adherencia.

También, se identificó que personas que usaban drogas y alcohol tenían mayor predisposición de ser no adherentes al tratamiento.

Según esta investigación, problemas emocionales, estrés y la depresión fueron considerados como un factor que influye con la no adherencia.

Varios expertos, se basan en dos enfoques conceptuales para clasificar las respuestas de afrontamiento: uno enfatiza en la orientación de afrontamiento enfocado al problema o enfocado a la emoción, mientras que el otro enfatiza sobre el método de afrontamiento cognitivo o conductual. Lazarus, (2000).

Para esta investigación, se consideró la conceptualización realizada por Rudolf H. Moos en 1993, que combina ambos enfoques.

Al relacionar el afrontamiento, el apoyo social y distrés emocional en PVVS, se encontró que las estrategias de afrontamiento de evitación-pasivas, la poca implicación activa-positiva, y la falta de apoyo percibido del entorno afectivo son mejores predictores de distrés emocional.

El apoyo social, es considerado como una variable psicológica que influye inevitablemente en la salud mental del paciente y su actitud frente a su padecimiento.

Según esta investigación, el entorno social se lo considera desde tres perspectivas: estructural, funcional y contextual.

En la estructural, se considera el apoyo social como provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos. La importancia de esta perspectiva radica en la información que ofrece acerca de la disponibilidad potencial del apoyo.

En lo funcional, se considera al apoyo social como una transacción interpersonal que engloba uno o más de los siguientes aspectos: emocional, instrumental, información y valoración. Tiene tres funciones básicas: apoyo emocional, material e instrumental.

El enfoque contextual, hace referencia a los aspectos situacionales en los que el apoyo es percibido, movilizado, aportado o recibido, todo ello, con el fin de relacionar con un carácter predictivo, el apoyo social con el bienestar de las personas.

El apoyo social es una variable importante en la comprensión del bienestar y calidad de vida de los PVVs. Por ello, quienes tenían bajo apoyo social presentaron una deficiente salud física y

mental, más dolor, mayor dificultad en las actividades diarias, mayor distrés relacionado con la salud y un mínimo funcionamiento cognitivo

4.2 Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en pacientes diagnosticados con VIH-SIDA

Para Gaviria (2009), el VIH/SIDA es considerado una enfermedad crónica porque genera trastornos en el funcionamiento fisiológico y la salud emocional y mental de quienes lo padecen. Sus pacientes se enfrentan a un contexto que muchas veces no tolera su enfermedad.

Desde la perspectiva cognitiva, el autoconcepto que el paciente construye de sí mismo depende del entorno social, su nivel educativo, su percepción de la vida, su personalidad, y otras variables.

Con el objetivo de lograr una calidad de vida a pesar de la enfermedad, se desarrollan diversas estrategias. Varios expertos han propuesto tres tipos de evaluación cognitiva: evaluación primaria, evaluación secundaria y reevaluación.

En la evaluación primaria, se consideran las situaciones estresantes, las que generan algún cambio en la vida del paciente. Pueden ser: daño o pérdida (la posibilidad de perder a un ser querido o la presencia de una enfermedad crónica), amenaza (se espera daños por causa de la enfermedad) y desafío (la conciencia de un posible daño futuro).

La evaluación secundaria se refiere al análisis de conductas, recursos, y aptitudes del paciente para afrontar su enfermedad. Si como resultado de esta evaluación, se considera que el paciente carece de estas características o son insuficientes, se genera la respuesta de estrés psicológico y emocional. En este contexto, es oportuno considerar otras categorías:

La percepción de anticipación, es decir, prepararse para un suceso futuro, con recursos emocionales adecuados. Y la percepción de control de la situación, es decir, que el paciente sea consciente que la situación depende de él y la puede manejar con los recursos que dispone.

El estado de ánimo de una persona influye en su evaluación de su estado de salud, el reconocimiento o interpretación de síntomas físicos están directamente relacionados con una emoción. Según varios expertos, si una persona tiene un estado de ánimo negativo tiene mayor predisposición a interpretar un indicio fisiológico como un posible problema de salud, o es más vulnerable a la infección.

Al contrario, una enfermedad puede ser mejor afrontada en personas con una personalidad caracterizada por una afectividad positiva. Múltiples investigaciones realizadas en la última década, demuestran como el estrés, el afrontamiento y los estados emocionales influyen en el curso del SIDA.

Al respecto, Tobón y Vinaccia, (2003) refieren que la depresión y el estrés producen cambios en el sistema nervioso, inmunológico y endocrino, lo que influye en el desencadenamiento y evolución de la enfermedad

Además, los pacientes con VIH muestran un perfil psicológico con mayor grado de ansiedad, características depresivas y la necesidad de un importante y permanente apoyo de su entorno social.

En este contexto, se expone la presente investigación realizada en Medellín, Colombia a 92 pacientes con VIH/Sida en tratamiento antirretroviral.

El objetivo de este estudio fue evaluar las estrategias afrontamiento y la ansiedad-depresión. Los resultados evidenciaron muy bajos niveles de ansiedad y depresión, y alto uso de estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo (focalizadas en el problema), de búsqueda de apoyo en la religión y profesionales de la salud, alto empleo de la estrategia de control emocional y muy bajo uso de la estrategia de reacción agresiva.

En conclusión, las estrategias focalizadas en la cognición como búsqueda de alternativas, refrenar afrontamiento, reevaluación positiva e incluso la religión y búsqueda de apoyo profesional, son fundamentales para encontrar soluciones a nivel cognitivo ante los síntomas físicos y reacciones emocionales, por ello, tuvieron más relevancia en los pacientes con VIH/Sida.

4.3 Distorsiones cognitivas en personas que viven con VIH

Canario, (2005), en su estudio analiza la prevalencia de de las percepciones cognitivas en el VIH en personas que viven con el VIH (PVVS) de ambos sexos que fueron a consultarse por primera vez o en consultas de seguimiento al Centro Sanitario de Santo Domingo durante el mes de abril del 2003. Se busca, además, observar las relaciones existentes entre las distorsiones cognitivas y el sexo, el tiempo de haber recibido el diagnóstico, la atención psicológica recibida, la percepción del apoyo familiar después del diagnóstico VIH positivo, así como analizar el efecto de las distorsiones cognitivas en la depresión.

La investigación se realiza en 70 personas (45 mujeres y 25 hombres) que viven con VIH (PVVS) con edades comprendidas entre 20 y 63 años, se aplicó el Inventario de Pensamientos Automáticos y Escala de Depresión de Beck. Los datos fueron analizados a través de las pruebas de Kruskal – Wallis, Mann – Whitney, correlación de Pearson, regresión múltiple y análisis factorial.

Los resultados muestran que las PVVS que percibieron sus relaciones familiares “iguales” después del diagnóstico VIH positivo tendían a distorsiones cognitivas más severas, incluso con respecto a quienes sintieron rechazo. Esta situación podría deberse al fenómeno descrito por Young (1999) como “Evitación Cognitiva o Evitación Afectiva”, mecanismo por el cual los pensamientos

y sentimientos a menudo son evitados o bloqueados porque son dolorosos. Es una forma de autoengañarse, de postergación de conflictos. Al parecer estas familias no tocan el tema, el problema no existe, por lo que podríamos estar en medio de un “tabú familiar”.

Las distorsiones que más efecto tuvieron en la depresión fueron la **“Falacia de Cambio”** y la **“Falacia de Justicia”**. Esto significa que la depresión de las personas que viven con el VIH podría corresponderse con la imposibilidad e impotencia de poder revertir su situación al percibirla como irreversible, un reclamo hacia sí mismos, hacia la vida.

En las distorsiones se encontró la presencia de tres factores: **Catastrofismo, Perfeccionismo y Externalidad**. Aglutina claramente un grupo de distorsiones referentes al deber, al derecho, la razón, a lo justo, a concepciones predeterminadas de cómo debería funcionar el mundo y a lo injusto que resulta cuando estas reglas no se cumplen. Pensamientos como: “No debió pasarme esto a mí”, “Debería estar bien y no tener estos problemas” pueden suscitar este tipo de distorsiones en las PVVS. Está relacionado con la idea de que el presente y el destino están dominados por factores externos. Algunas de estas personas posiblemente han creído que están a merced del virus, que es inútil esperar algo distinto a la muerte.

En la depresión se identificaron los Factores: **Vacío Existencial**, predominan los síntomas afectivos; un estado de desesperanza, frustración, pesimismo, desilusión, cólera, rabia, ira, enojo, enfado. **Auto- destructividad**, están relacionados con hechos que supuestamente merecen ser castigados por haber roto con algunas reglas o normas morales; sentimientos que resultan en una dificultad de la persona para tomar decisiones por temor al rechazo, a la crítica.

Desgaste Psicofisiológico, los síntomas fisiológicos de la depresión están ampliamente descritos por Beck, y aquí se evidencia la fuerza de estos síntomas de la depresión

Las distorsiones de Razonamiento Emocional, Falacia de Control y Culpabilidad son significativamente más severas en los hombres que en las mujeres. Los hombres con VIH tienden a tener mayor grado de distorsiones cognitivas que las mujeres.

Los psicólogos pueden contribuir a aliviar el sufrimiento de las PVVS y de sus familiares ofreciendo un espacio que promueva la auto-aceptación y enseñándoles a no ocultar sus sentimientos sino a expresarlos adecuadamente. La importancia de la atención psicológica a las PVVS radica en poder brindarles el apoyo emocional auténtico, disponible y confiable que ha sido descrito como un arma de guerra en contra de la infección.

4.4 Terapia Familiar con personas afectadas por el VIH/SIDA como parte de un modelo multidisciplinario.

Para Díaz (2003), la terapia consiste en crear un espacio intencional para tener una conversación abierta y facilitar que las personas interactúen entre ellos de manera diferente o de formas que no lo habían hecho antes. Convirtiéndose en un entorno de apoyo, donde se valoran sus sentimientos y se consideran distintas posibilidades para afrontar su enfermedad.

A pesar de que el enfoque multidisciplinario propuesto se centra en la familia, es relevante, considerar la valoración cultural de la enfermedad. Es una variable que genera perspectivas importantes en la cosmovisión del paciente. El acceso a sistemas de salud, oportunidades, la posibilidad de llevar una vida normal, etc.

Por ello, es necesario considerar el enfoque biopsicosocial, en el que se involucran todos los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales, que garantizan una perspectiva amplia y enriquecedora del paciente y por consecuencia una ayuda más valiosa.

Desde esta perspectiva, el trabajo terapéutico con las personas que viven con VIH/SIDA y sus familias se realiza considerando el modelo de Miller (1995), que abarca tres niveles:

- a. Nivel biológico: se refiere a los aspectos fisiológicos y patógenos de la enfermedad.
- b. Nivel psicológico: son los aspectos individuales, emocionales y relacionales que se encuentran acompañando cualquier padecimiento crónico.
- c. Nivel social: se consideran los efectos de la afección en las esferas sociales y culturales.

Según Miller (1995) existe una integración entre los tres niveles mencionados, en el manejo, el proceso de adaptación y la forma de sobrellevar la enfermedad por parte del individuo y su familia.

Con el objetivo de identificar los efectos que tiene la terapia multidisciplinaria en el paciente con VIH/SIDA, se ha propuesto un modelo conocido como “El proceso de ajuste al VIH/SIDA”.

Este modelo considera cuatro etapas:

- a. Fase de crisis: se produce como consecuencia de la revelación del diagnóstico de VIH/SIDA, se caracteriza por un choque emocional, la negación y ansiedad.
- b. Fase de transición: con el transcurso del tiempo, las emociones y los sentimientos de la fase inicial, son reemplazados por el miedo a lo impredecible, y preocupaciones vinculadas a la sexualidad.

c. Fase de aceptación: el paciente y su familia aprenden a aceptar y a vivir con las limitaciones que la enfermedad conlleva.

d. Fase de duelo anticipatorio: para muchos autores, la fase de duelo se inicia desde el momento del diagnóstico, se acentúa cuando la persona enferma y muere.

Al ser una enfermedad terminal, genera malestar físico, psicológico y emocional a quienes lo padecen, por ello, para afrontarlo es imprescindible el apoyo familiar, que permite nuevas posibilidades para sobrellevarlo.

CAPÍTULO V

PROGRAMA DE ASESORAMIENTO E INTERVENCIÓN DESDE EL MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD. (MIEFP)

El modelo MIEFP permite una evaluación integral del ser humano, considerando no sólo el diagnóstico de la personalidad sino también, el entorno donde vive, su biografía personal, sus condiciones socio económicas, el apoyo social del cual dispone, su estado emocional, construcciones con respecto a su diagnóstico, la posible tenencia de trastornos psicopatológicos.

Mediante el programa de asesoramiento e intervención desde el modelo integrativo se pretende lograr una mejor adaptación de quienes reciben el diagnóstico de vih/sida, así como también mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral de quienes hayan presentado problemas en el mismo.

El modelo integrativo ecuatoriano, especifica cinco etapas del proceso:

- Primera etapa: Determinación de la demanda, expectativas, motivaciones e inicio del proceso:
- Segunda etapa: Investigación del problema o trastorno, la personalidad y el entorno.-
- Tercera etapa: Planificación del proceso.-
- Cuarta etapa: Ejecución y aplicación técnica.-
- Quinta etapa.- Evaluación del diagnóstico, el proceso y los resultados.

En el vih sida se establece diferencia en el abordaje, esto depende si se trata de pacientes con diagnóstico reciente o si se trata de pacientes con problemas en la adherencia al tratamiento. En el primer caso, ante la carga emocional que conlleva se requiere de intervención en crisis; en el segundo caso, si bien no requieren intervención en crisis se debe realizar un estudio más profundo de pensamientos distorsionados y psicoanamnesis para conocer posibles esquemas de pensamientos o eventos psicotraumáticos que inciden en los problemas de adaptación

Por lo cual se organizó el proceso de la siguiente manera:

- Análisis de las demandas personales, profesionales, aplicación del test de adherencia y de personalidad.
- Intervención en crisis, psicoeducación sobre la adherencia y/o sobre la patología

- Análisis y asesoramiento de las distorsiones cognitivas relacionadas con el diagnóstico
- Abordaje familiar o de pareja.
- Refuerzo de adherencia y cierre del asesoramiento
- Intervención en los casos pertinentes
- El seguimiento y cierre del proceso

Desarrollo.-

5.1 Análisis de las demandas personales, profesionales, aplicación del test de adherencia y de personalidad.-

Se debe analizar el momento en el que se encuentra el paciente, si se trata de alguien que recibe su diagnóstico recientemente, si además debe iniciar la ingesta de antirretrovirales o si presenta problemas en la adherencia a la medicación.

En los dos primeros casos se trata de una demanda explícita que precisa centrarse en el diagnóstico y dado el impacto emocional de la noticia requiere intervención en crisis; en el segundo caso por lo general, se encuentra demandas implícitas debido a las cuales el paciente no ha logrado ser buen adherente al tratamiento y por ende aceptar su condición como PVVS.

En este contexto se requiere conocer el nivel de adherencia del paciente mediante la aplicación del respectivo test, que analiza sus condiciones físicas, psicológicas y sociales, para de esta manera conocer los aspectos en los que el sujeto requiere abordaje y además para evitar el iniciar un proceso medicamentoso que si no se cumple de la manera indicada, provocarían resistencias a la medicación, que en algunos casos con dosis sumamente fuertes podrían sobrevivir.

En base a los resultados los médicos proporcionan la orden de entrega de la medicina o de lo contrario precisan que los pacientes asistan al menos a tres sesiones, posterior a lo cual reciben un informe de psicología para iniciar o no el tratamiento medicamentoso.

Desde que el paciente ingresa es importante que experimente rapport y empatía con el terapeuta; dependiendo de la situación podemos iniciar el diálogo con temas neutros, o con frases que promuevan los fenómenos de la relación afectiva mencionados. Mediante el acercamiento del paciente y en general con su comunicación, podemos elaborar un diagnóstico presuntivo de su personalidad, e incluso sospechar de psicopatologías.

La aplicación del test SEAPSI de personalidad, nos ayuda a reafirmar el criterio clínico, además nos permite continuar el proceso y la realización de micro y macro técnicas con más fiabilidad, por ejemplo:

- Grupo con características de predominio:
 - **Afectivo:** Con los sujetos con predominio de rasgos afectivos se puede enfatizar por ejemplo en la sugestión con imágenes, por un lado aquella que los medios publicitaron en los años 90 instando al cuidado por medio de la adherencia a los distintos procesos y por otro con documentales informativos para preservar su integridad física. Son individuos que buscan ocultar su situación de salud ante los demás, y por lo tanto buscan mantenerse estables y suelen cumplir con lo planteado si recibieron una orientación adecuada desde su diagnóstico, otro aspecto que favorece su adherencia es por ejemplo el diálogo que puedan entablar con otros PVVS. Sin embargo, son sujetos sugestionables que distintas situaciones pueden disuadirlos en su adherencia, por ejemplo documentales de tipo amarillista que apuntan a la tragedia de PVVS.
 - **Cognitivo:** En los sujetos que predominan rasgos cognitivos en su personalidad se dificulta las intervenciones por las ideas irracionales instauradas desde edades tempranas en aspectos vinculados sobre todo a la sexualidad, los valores, locus de control; por los que pueden autocastigarse y no asumir cuidados indispensables. Sin embargo una vez se ha logrado la elaboración de su situación de salud son personas muy cumplidas en cuanto a horarios, citas, etc. Suelen ser evasivos en cuanto a reuniones grupales, sin embargo la psicoeducación, la erradicación de mitos, el trabajo interdisciplinario, son acciones con las que se suele lograr su adherencia.
 - **Déficit Relacional:** De este grupo con características de déficit relacional, se encontró a sujetos con predominio de rasgos dependientes y evasivos, al respecto puedo decir que suelen asumir el vih/sida sobre todo desde pensamientos distorsionados como lectura de pensamiento, personalización, locus de control interno, lo que promueve también autocastigos, entre ellos el no asumir los cuidados indispensables para evitar el avance de la carga viral. Necesitan del apoyo de sus seres queridos y constantes reafirmaciones con respecto a su valía personal, proyecto de vida, quienes lo apoyan, etc.
 - **Comportamental :** Al contrario del estilo de personalidad anterior, tienden al locus de control externo considerando la dificultad o carencia de empatía. Es importante profundizar en aspectos como el uso de condón enfatizando en la evitación de la re-

infección y la manera en que les afectaría a sí mismos; y en general con LOS COMPORTAMIENTOS DE ORO, para lograr la reducción de los riesgos de transmisión del VIH e ITS por ejemplo la disminución en el consumo de sustancias psicoactivas. Otro aspecto importante a tener en cuenta con personalidades impulsivas es la contención emocional en los episodios depresivos que presenten.

En base a este análisis se procede a la planificación del asesoramiento.

5.2. Intervención en crisis, psicoeducación sobre la adherencia y/o sobre la patología

Facilitamos la desinhibición emocional con atención en los temores del paciente, en su construcción de la infección. Como parte de la intervención en crisis se indaga la implicación del diagnóstico en su vida, alternativas de acción, redes de apoyo y los recursos tanto internos como externos con los que cuenta el paciente.

Cuando ha disminuido la angustia, proseguimos con la psicoeducación:

- Formas de transmisión de la infección por vih/sida
- Reproducción del virus
- La manera en que afecta a las células CD4
- Fases del vih/sida
- La presencia de mitos con respecto al vih y sobre todo referentes a las formas de transmisión.
- La existencia de medicina para mantener al vih como una enfermedad crónica, efectos secundarios de la medicación, así como la importancia de la adherencia en la ingesta de la misma, cumplimiento de horarios y alternativa en los mismos de acuerdo a su estilo de vida
- Importancia de asumir estilos de vida saludables para evitar transmitir el vih o la reinfección del mismo.
- Evaluar los comportamientos de riesgo para poder establecer comportamientos meta o comportamientos de oro (recomendados en la guía de orientaciones básicas de la Fundación Equidad)

Además debemos consultar qué personas desean que conozcan su diagnóstico, e instando y persuadiendo a que este sea comunicado a la pareja o parejas que ha tenido al menos en el último año, así como la necesidad de que si tiene hijos pequeños se les realice la prueba de reactividad.

En el caso de quienes presentan problemas de adaptación o adherencia, se indaga cómo ha afectado el diagnóstico en las distintas áreas de la vida del paciente, factores de estrés, modos de afrontamiento ante situaciones que en el pasado hayan significado un evento psicotraumático.

Si el familiar o familiares que el paciente desea que conozcan su diagnóstico se encuentran presentes se prosigue a la entrevista y psicoeducación, de lo contrario se busca una manera de localizarlos o se los cita para la siguiente sesión.

5.3 Análisis y asesoramiento de las distorsiones cognitivas relacionadas con el diagnóstico

La mayoría de PVVS mantienen pensamientos distorsionados con respecto a su diagnóstico, por lo que así como a los mitos referentes al tema, es importante identificarlos y abordarlos para promover reestructuraciones cognitivas y coadyuvar positivamente en su proceso de adaptación. Entre los pensamientos distorsionados más frecuentes en PVVS la autora pudo observar mayor incidencia en los siguientes:

- Visión catastrófica.- “Moriré pronto” “estoy condenado a muerte”, sobre todo se puede identificar este pensamiento cuando el individuo recibe la noticia de encontrarse afectado por el VIH.
- Pensamiento polarizado y sobregeneralización.- “Nada tiene sentido”; “todos me van a rechazar”; el problema sobreviene si nos encontramos con esquemas disfuncionales que validan estos pensamientos, dando lugar por ejemplo, a cambio de orientación sexual, intentos de suicidio, suicidio.
- Lectura del Pensamiento y personalización: “La gente me mira juzgándome”; “se dan cuenta por mi apariencia y se burlan”.
- Falacia de control: “Todo lo que me pasa es culpa de quien me contagió”; “la culpa la tienen mis padres”; no existe empoderamiento de su situación como PVVS, sienten que el diagnóstico lo controla todo, a sí mismos y todo a su alrededor.
- Falacia de justicia: “No es justo, esto no me puede pasar a mí, eso le pasa a la gente inmoral”; criterio basado en una visión de vida con normas y criterios estrictos.
- Razonamiento emocional: “Tengo VIH y voy a ser rechazado”, se sienten excluidos ante ideas previas con respecto a su diagnóstico, sin embargo no existen bases objetivas de esta afirmación en sus seres cercanos.

- Culpabilización: “Por mi culpa mi familia sufre”; es muy probable que existan situaciones previas ante las que la familia ya presentaba dificultades en la relación, las cuales no son consideradas.
- Falacia de recompensa divina: “Dios me va a curar”, favorece al tratamiento si con esta distorsión logramos que el paciente considere los cuidados necesarios bajo la premisa “ayúdame que te ayudaré”, lo que da lugar a una profecía autocumplida. Por otra parte, existen religiones que profesan la única ayuda de un ser divino incluso al encontrarse afectados por el VIH-sida, lo que da lugar a la renuencia a tratamientos, incluso al existir un embarazo de por medio.

5.4 Abordaje familiar o de pareja

Se realizaron entrevistas vinculares en distintos momentos del proceso del paciente.

- La intervención en la crisis inicial, al igual que con el paciente, también conlleva apoyo emocional y psicoeducación: aspectos como cambios en el estilo de vida, reestructuración de creencias irracionales y erradicación de mitos, promover una sexualidad segura y responsable. Es importante que los compromisos realizados con anterioridad con el paciente respecto a los cambios para mejorar su estilo de vida (comportamientos meta y de oro) se refuercen con la familia (los que sea posible compartir).

En el caso de pareja el informar de la situación es aun más complicado por todo lo que conlleva, se enfatizó en las distintas formas de transmisión, sin mencionar, en el caso de saberlo, la forma particular de infección; dependiendo de cada caso, se puede iniciar terapia de pareja.

- En cuanto a **problemas de adherencia**, las entrevistas vinculares buscan comprometer activamente al paciente y a la familia con el cumplimiento de las citas médicas, el tratamiento con antirretrovirales, conductas de autocuidado y cambios en el estilo de vida.

5.5 Refuerzo de adherencia y cierre del asesoramiento

Se buscó reforzar la información adquirida antes de cerrar el proceso de asesoramiento, de manera individual y de ser posible también con la familia. El cierre de proceso se produjo posterior al análisis en cuanto a la evolución y cumplimiento de citas médicas, en ese momento se socializaba con el paciente los conflictos encontrados y su relación con la adherencia, de cada uno dependía considerar abordarlos o no.

En los casos de diagnóstico reciente, en su mayoría no continuaban el proceso por psicología posterior al proceso de asesoramiento, sin embargo se realizó el seguimiento interdisciplinario para conocer su adherencia al tratamiento clínico.

En esta parte del proceso se utilizó sobre todo los siguientes tipos de comunicaciones y técnicas.

- Frases de apoyo emocional
- Reflejo de sentimientos
- Intervención en crisis.
- Apoyo emocional
- Sugestión verbal indirecta
- Psicoeducación
- Técnicas derivadas de la psicoterapia breve
- Resolución de conflictos interpersonales.- Como una medida para aprender a controlar la angustia y poder vislumbrar las distintas opciones ante un conflicto en su medio.
- Entrevistas vinculares.- con la familia y pareja

5.6. Intervención en los casos pertinentes

Con quienes consideraron importante continuar el proceso, se realizó la biografía psicológica personal y familiar (genograma) de manera más detallada, lo que ayuda a identificar por ejemplo comportamientos de riesgo que han sido repetidos por las distintas generaciones enfocándonos aun en el vih.

En base a los datos obtenidos se procede a una nueva planificación en cuanto al abordaje a realizarse; los objetivos y técnicas se buscan analizar con el paciente.

- Intervenciones:

En su mayoría se aplicó técnicas constructivistas con tareas intersesión, las que permitían reforzar lo abordado en la terapia.

Para la aplicación de las micro y macro técnicas se consideraron además capacidades cognitivas y socio-educativas. Las siguientes son un resumen de lo aplicado:

Comunicaciones y Técnicas:

- Frases de apoyo emocional
- Reflejo de sentimientos
- Resolución de conflictos intrapersonales.- No es sencillo aceptar el hecho de ser PVVS, genera conflicto consigo mismo, sintiéndose impotentes y como consecuencia con una perspectiva sombría del futuro, sentimientos de minusvalía, motivos por los que pueden recurrir a intentos de suicidio.
- Entrevistas vinculares.- con la familia y pareja
- Desarrollo y fortalecimiento de la autoestima, resiliencia: Capacidades por medio de las cuales el sujeto puede proteger su integridad y además fortalecerse
- Procedimientos cognitivo conductuales.- Con técnicas como proporción de información, análisis y elaboración de distorsiones cognitivas, técnicas de autocontrol. Además en lo conductual, reducción de conductas operantes por medio de la extinción (esto sobre todo en el trabajo con la familia ante conductas de riesgo del paciente), reforzamiento de conductas adaptativas.
- Procedimientos constructivistas.- Técnicas que faciliten catarsis, por medio de dibujos, en este caso de la imagen que han construido con respecto al vih-sida, para facilitar la elaboración de su diagnóstico, o de manera escrita, de acuerdo a la preferencia del paciente. También por medio de la narrativa, para conectar su reacción actual con respecto a construcciones que se hizo ante vivencias que contemplen una reacción similar con anterioridad. Terapia de inclusión para reforzar lo aprendido.
- Grupos de apoyo: Se intentó formar un grupo de apoyo para PVVS, sin embargo se presentaron dificultades al respecto. Entre ellas, temor a que asistan personas que los conocen, horarios de trabajo, no poder pedir más permisos en sus lugares de empleo, etc.

Ante estas dificultades, después del segundo encuentro al que asistieron escasas personas se decidió otro tipo de actividad grupal, diferente al grupo de apoyo: Cada miércoles a las 8 de la mañana se difundió un video de asesoramiento con respecto al vih/sida en la sala de espera de consulta externa con las respectivas aclaraciones, preguntas-respuestas; en esta actividad se observaba a personas que llevaban varios años viviendo con vih/sida, que no presentaban problemas de adherencia y que sin embargo tenían mitos que perturbaban su salud mental.

5.7. Seguimiento y cierre del proceso

Con quienes presentaron problemas de adherencia y se precisaba reiniciar la ingesta de antirretrovirales, se realizaron aproximadamente 5 o más intervenciones psicoterapéuticas. En estos casos en cada sesión analizábamos los avances que pueden percibir en su vida diaria, en sus relaciones de pareja, familiares, sociales, consigo mism@s. En base a lo cual, el paciente solicitaba culminar el proceso, o si aún no se sentía preparado para abordar determinados temas, solicitaba abordar otros temas o continuar el proceso en lo posterior.

El seguimiento se efectuó con la investigación documental de las historias clínicas y su asistencia a las citas médicas.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS 1:

El asesoramiento e intervención desde el modelo integrativo mejora la adaptación del paciente con diagnóstico de VIH-SIDA y/o su adherencia al tratamiento clínico y/o ARV dependiendo de su personalidad.

Definición de variable independiente:

- **El asesoramiento e intervención desde el modelo integrativo**

Definición conceptual: El modelo integrativo focalizado en la personalidad se desenvuelve en dos terrenos. El asesoramiento, cuyo objetivo es ayudar al paciente a comprender y resolver sus problemas de adaptación empleando recursos psicológicos. Mientras que el objetivo de la intervención psicoterapéutica es trabajar en desajustes emocionales y problemas psíquicos.

Definición operacional: Programa de asesoramiento e intervención

Definición de variable dependiente:

- **Adaptación y adherencia al vih/sida**

Definición conceptual: Proceso a través del cual el sujeto asume su nueva condición de vida. El diagnóstico de vih/sida, el inicio en la ingesta de antirretrovirales (ARV), son situaciones intensamente estresantes que provocan numerosas alteraciones emocionales, actuando directamente sobre el sistema inmune.

Definición operacional: Escala de adherencia

- **Personalidad :**

Definición conceptual: Estructura interna formada por factores biológicos, psicológicos y sociales que se encuentran en continua interacción.

Definición operacional: Test SEAPSI de personalidad

HIPÓTESIS 2:

Los pacientes con características de personalidad predominantemente cognitivas tendrán una mejor adherencia al tratamiento ARV.

Definición de variable independiente

➤ **Personalidad Cognitiva**

Definición conceptual: Este grupo se caracteriza por el predominio de los mecanismos de introversión, apertura a la experiencia, consciencialismo. Afectivamente son individuos fríos, egocéntricos y rígidos. Los de personalidad cognitiva paranoide presentan reticencia a confiar en los demás y los de personalidad cognitiva anancástica manifiestan preocupación por los detalles, orden y reglas, predominio del súper yo.

Definición operacional: Cuestionario SEAPSI de personalidad

Definición de variable dependiente:

➤ **Adherencia al tratamiento**

Definición conceptual: Proceso a través del cual el sujeto asume su nueva condición de vida. El diagnóstico de vih/sida, el inicio en la ingesta de antirretrovirales (ARV), son situaciones intensamente estresantes que provocan numerosas alteraciones emocionales, actuando directamente sobre el sistema inmune.

Definición operacional: Escala de adherencia

MARCO METODOLÓGICO

TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación es descriptiva y correlacional ya que se busca analizar la relación entre los distintos estilos de personalidad y la respectiva adaptación o dificultad al proceso de adherencia.

Las magnitudes a analizarse en el proceso de investigación son similares por lo que se usará el Coeficiente de Correlación de Pearson mismo que recoge datos experimentales correspondientes a individuos con información de dos variables.

Para calcular el coeficiente de correlación r de Pearson entre estas dos variables se necesita calcular previamente la covarianza entre las dos variables y las desviaciones típicas muestrales.

Contexto de la investigación

Esta investigación se desarrolló en el Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito, en la clínica del VIH/SIDA (Servicio de Infectología). En el año 2011 se recolectaron datos por tres meses y por 5 meses más se comprobó la adherencia o deserciones a los controles médicos e ingesta de ARV. Durante el año 2012-2013 se realizó el informe de investigación.

Población y grupos de estudio

Participaron todos los pacientes con diagnóstico reciente y resistencia al tratamiento antirretroviral (ARV), por lo tanto no existe un diseño muestral, ya que el estudio se realizó con todos los casos que se presentaron en el período de tiempo mencionado.

La población es de 67 pacientes:

- 32 atendidos en hospitalización por padecer una enfermedad oportunista (fase sida) en algunos casos no era conocido su diagnóstico, en otros se trataba de una recaída necesitando un reajuste en la medicación en cuya situación también ameritaba una evaluación pues podía tratarse de un rechazo inconsciente a la misma, en otros casos debido a descuido en la ingesta de antirretrovirales.
- 35 pacientes atendidos por consulta externa, algunos se enteraron recientemente de su diagnóstico, otros necesitaban iniciar o reiniciar la ingesta de medicación requiriendo de evaluación y proceso para lograr adaptación funcional al diagnóstico o a su vez por presentar problemas de adaptación a la medicación en cuanto a efectos secundarios.

Procedimiento

- En primera instancia, se solicitó un tiempo para conocer a la población con la que se realizaría la presente investigación.
- Posteriormente, se estableció la población con la que trabajaría y tanto los médicos tratantes como trabajadora social y líder de enfermería del Servicio de Infectología remitirían los pacientes de acuerdo a lo acordado.
- Los pacientes que formaron parte de la investigación firmaron el consentimiento informado y se procedió a la aplicación del programa de asesoramiento e intervención de acuerdo a la situación en la que se encontraban.
- Si procedían de hospitalización, en varios casos no se podía entrevistar inmediatamente al paciente por el estado físico en que ingresaba, pero se iniciaba con la entrevista a la familia con respecto a datos psicoanamnésicos de su familiar hospitalizado, en base a estos datos se lograba también llenar datos del test de adherencia que posteriormente eran reivindicados.
- En consulta externa, se lograba realizar la entrevista completa y de ser necesario la aplicación de los reactivos. Contrario a hospitalización, se dificultó la entrevista a familiares.
- El presente programa fue acogido por el personal del Servicio, sin embargo se dificultó por situaciones como la falta de un espacio físico apropiado, el requerimiento de la intervención psicológica para distintos casos que se presentaban, la necesidad de aplicación de reactivo de adherencia en la primera sesión, una vez consideraban los médicos tratantes que el paciente se encontraba en un estado emocional adecuado para la adherencia no instaban a la continuación del proceso psicológico, a pesar de los diálogos establecidos.
- Ante la demanda por el servicio de psicología, la poca cantidad de tiempo que se disponía para atender a los pacientes, la necesidad de los médicos de priorizar a los pacientes nuevos con problemas de adherencia, poco apoyo médico para la continuación del proceso psicoterapéutico una vez vislumbraban un estado emocional adecuado para la adherencia, no se logró aplicar el retest y el seguimiento posterior a la aplicación del programa se lo realizó por medio de la historia clínica.

Métodos:

- **Clínico.-** Se lo utilizó durante toda la investigación para recabar, organizar los datos personales de la vida del individuo, con el fin de evaluar la sintomatología y personalidad, llegando a un diagnóstico y además realizar el seguimiento correspondiente.
- **Psicométrico.-** Como elemento coadyuvante para realizar la evaluación de adherencia y de personalidad. Además a través del Coeficiente de Correlación de Pearson, mismo que se utiliza para investigaciones correlaciones y la estadística descriptiva.
- **Estadístico de tipo descriptivo.-** Aplicado en el proceso de recolección y análisis de datos.

Técnicas

- Entrevista individual, familiar, y/ o de pareja, dependiendo de la situación y necesidades del paciente, en base a la cual se tomaron los datos sociodemográficos de la muestra y se realizaron las intervenciones correspondientes; conocer el estado físico, psicológico, social, en el que se encontraba el paciente al iniciar el programa de asesoramiento e intervención, a través del test de adherencia y ratificar los rasgos de personalidad predominantes en cada paciente para viabilizar de mejor manera las micro y macro técnicas a través del test de personalidad de la SEAPSI.

Instrumentos (validez y confiabilidad):

Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPs).- En el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad se considera el uso de esta entrevista cuyo propósito fundamental es la evaluación psicológica del paciente para hacer criterios diagnósticos y pronósticos. Las distintas fichas que la conforman sirven para obtener información de aspectos relacionados con características personales, historia familiar, patología, aspectos laborales y sociales de las personas evaluadas.

Escala de Medición de Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas VIH-SIDA.-

Escala creada en septiembre de 1998 en la clínica de atención de pacientes VIH/SIDA del Hospital San Juan de Dios de Costa Rica, diseñaron un instrumento de valoración psicosocial, predictivo de la adherencia al medicamento antiviral, el cual consta de 20 ítems. Cada uno de éstos tiene asignado una puntuación, donde el cinco es la calificación más alta, hasta llegar en orden descendente al uno. En cada fila se consigna la importancia conferida para realizar la valoración respectiva.

Con base en la sumatoria de la puntuación se obtienen niveles de adherencia, estableciéndose los siguientes rangos:

PUNTAJE	NIVEL DE ADHERENCIA	RIESGO PSICOSOCIAL
100-90	ALTA	BAJO
89-71	MEDIANA	MEDIANO
70 o menos	BAJA	BAJO

Test SEAPSI de Personalidad.- Instrumento de evaluación realizado por la SEAPSI, se basa en los tipos de personalidad de acuerdo a su característica nuclear: cognitiva, afectiva, relacional y comportamental. El paciente responde de acuerdo a las características con las que se sienta identificado. Donde conste la mayor cantidad de respuestas afirmativas, significa que prevalecen en la persona los rasgos de ese tipo de personalidad.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Hospitalización:

En hospitalización se evaluaron a 32 personas viviendo con vih/sida (PVVS), todos en fase sida ingresados por alguna de las enfermedades oportunistas. En algunos casos no era conocido su diagnóstico, en otros se trataba de abandono de la medicación sobre todo por los efectos secundarios.

Tabla 1. Edad de los pacientes

Media	37,16
Mediana	34,00
Moda	23

	Frecuencia	Porcentaje
20	1	3,1
23	6	18,8
24	1	3,1
26	2	6,3
27	2	6,3
30	2	6,3
31	1	3,1
33	1	3,1
35	1	3,1
38	1	3,1
43	2	6,3
45	3	9,4
46	2	6,3
47	1	3,1
48	1	3,1
53	2	6,3
59	1	3,1
65	1	3,1
66	1	3,1
Total	32	100,0

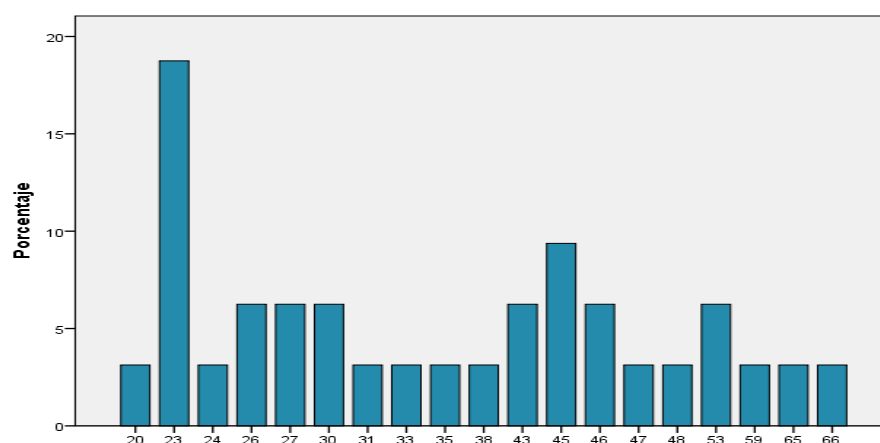


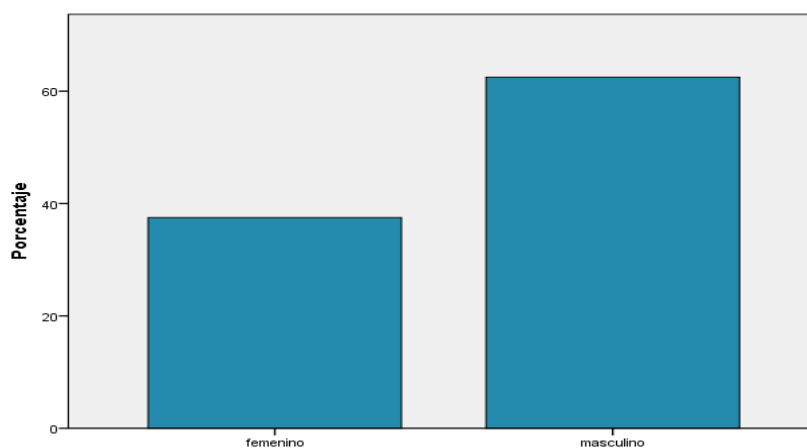
Ilustración 3. Edad

Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

Entre los pacientes atendidos en hospitalización la edad comprendida se encuentra de los 20-66 años. El porcentaje más alto (18%) de 23 años de edad. Muchas de las personas hospitalizadas desconocían su diagnóstico, el cual pudo ser contraído varios años antes, la media en la edad es de 37 años.

Tabla 2. Género

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	12	37,5
Masculino	20	62,5
Total	32	100,0

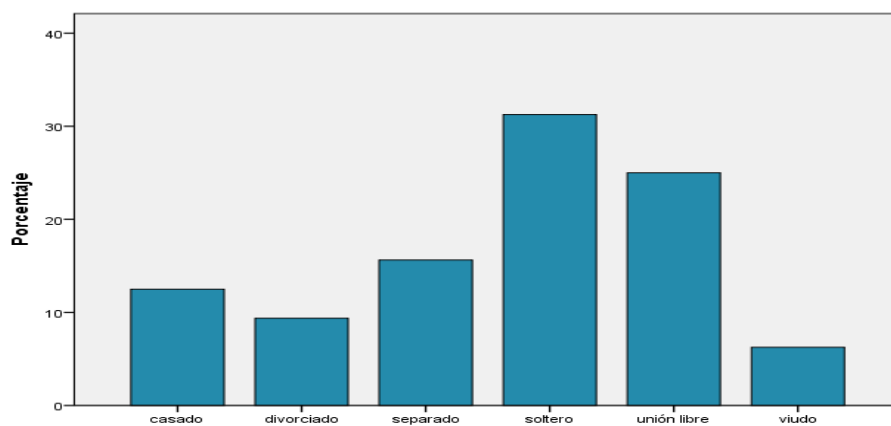
**Ilustración 4. Género**

Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

De los 32 pacientes atendidos en hospitalización más de la mitad de pacientes (63%) pertenecieron al género masculino. El 38% pertenecieron al género femenino, la mayoría de mujeres atendidas tenían una relación monógama y se dedicaban a los quehaceres domésticos, en unos casos se realizaron exámenes de reactividad posterior al fallecimiento de su pareja y/o después de no encontrar un diagnóstico ante continuas recaídas de su estado de salud

Tabla 3. Estado Civil

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
casado	4	12,5
divorciado	3	9,4
separado	5	15,6
soltero	10	31,3
unión libre	8	25,0
viudo	2	6,3
Total	32	100,0

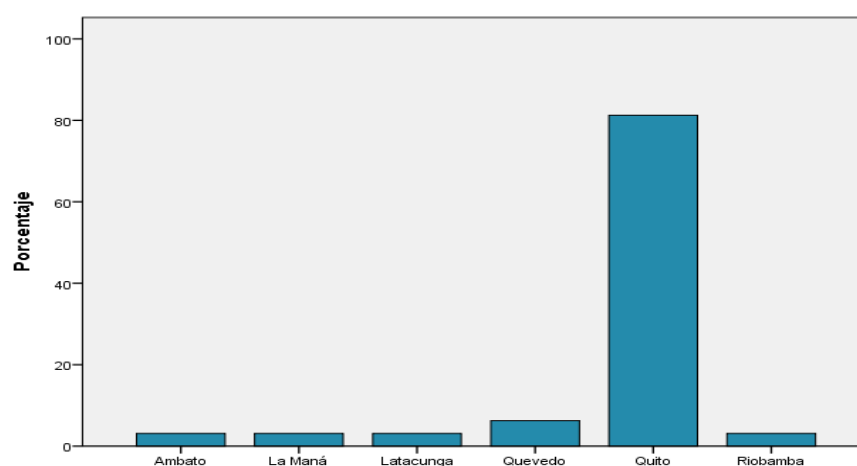
**Ilustración 5. Estado Civil**

Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

El mayor porcentaje de los pacientes hospitalizados 31% son solteros, el estado civil del 25% es unión libre. El menor porcentaje pertenece a personas viudas, cuyas parejas fallecieron como consecuencia de una enfermedad oportunista.

Tabla 4. Residencia

Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Ambato	1	3,1
La Maná	1	3,1
Latacunga	1	3,1
Válidos Quevedo	2	6,3
Quito	26	81,3
Riobamba	1	3,1
Total	32	100,0

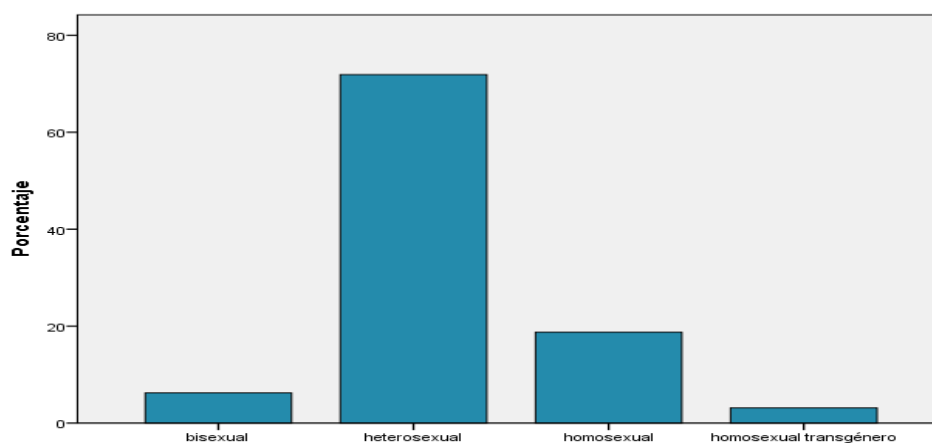
**Ilustración 6. Residencia**

Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

De 32 pacientes atendidos en hospitalización el 81,3% provienen de la ciudad de Quito, sin embargo también se observa personas que acudieron de otros lugares del país que en lo posterior continuaron las consultas en Quito, sobre todo por el temor a que en sus lugares de residencia se enteren de su diagnóstico y tener que enfrentarse al rechazo.

Tabla 5. Orientación Sexual

Orientación Sexual	Frecuencia	Porcentaje
Bisexual	2	6,3
Heterosexual	23	71,9
Homosexual	6	18,8
homosexual transgénero	1	3,1
Total	32	100,0

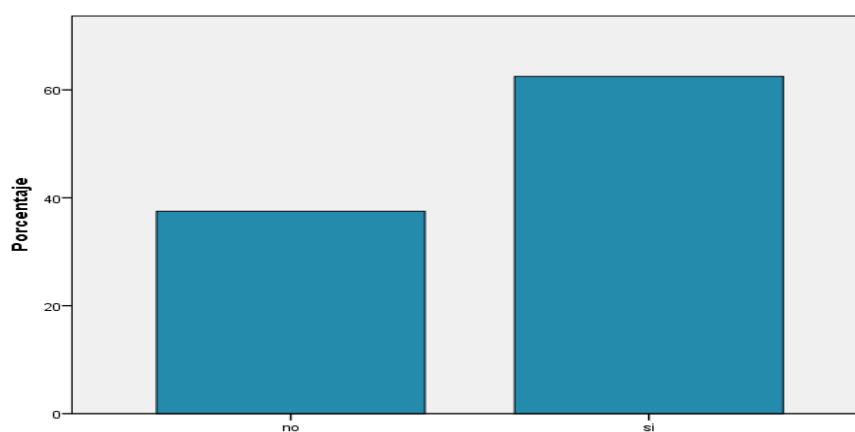
**Ilustración 7. Orientación Sexual**

Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

De los treinta y dos pacientes hospitalizados el 72% (23) se identifica como heterosexual, el 19% se identifica como homosexual y el porcentaje restante como bisexual y transgénero.

Tabla 6. Hijos

Hijos	Frecuencia	Porcentaje
No	12	37,5
Si	20	62,5
Total	32	100,0

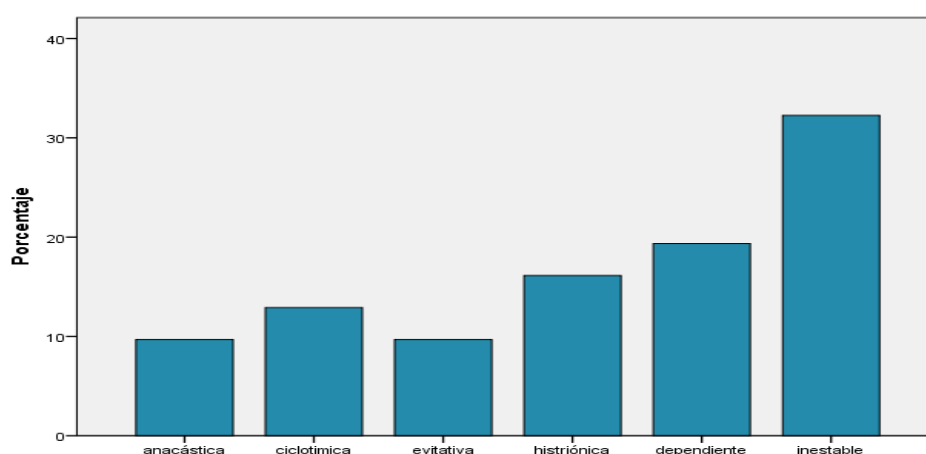
**Ilustración 8. Hijos**

Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

De los treinta y dos pacientes hospitalizados el 63% tiene hij@s, lo que conlleva además de los temores implícitos ante este tipo de diagnóstico con respecto a uno mismo, el temor a que los hijos también se encuentren infectados con el vih.

Tabla 7. Personalidad

Personalidad	Frecuencia	Porcentaje
Anancástica	3	9,4
Ciclotímica	5	15,6
Dependiente	6	18,8
Evitativa	3	9,4
Histriónica	5	15,6
Inestable	8	25,0
inestable con conductas antisociales)	2	6,3
Total	32	100,0

**Ilustración 9. Personalidad**

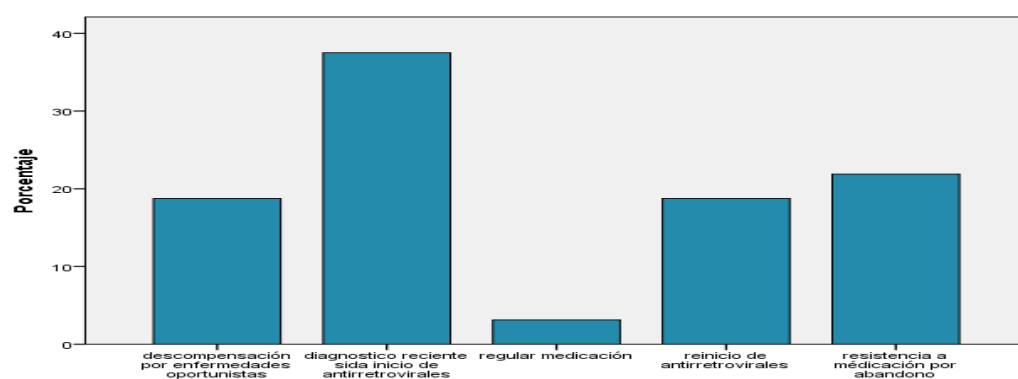
Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

De los 32 pacientes atendidos, en el 25% se encontró rasgos pertenecientes a una personalidad inestable, en el 6,3% se encontró características predominantes de personalidad inestable que presentaron además conductas antisociales como por ejemplo consumo de drogas, venta de drogas, utilización de sus hijos para realizar este tipo de actividades, sufrimiento al respecto tanto de su familia como de ellas mismas, además de un sinnúmero de eventos en su psicoanamnesis que detallaban la falta de control de impulsos y alta exposición de sí mismas. El 19% obtuvo un mayor número de rasgos en la personalidad de tipo dependiente, en varios de estos casos se observó la

tendencia a presentar locus de control interno lo que da lugar por ejemplo a no asumir cuidados indispensables para evitar el avance de la carga viral. El 31,2% se encuentra repartido (15,6% en cada una) entre la personalidad ciclotímica e histriónica ambas personalidades de tipo afectivo. El menor porcentaje pertenece a la personalidad de tipo anancástica 9,4% y evitativa 9,4%. No se evaluó ninguna personalidad de tipo paranoide, tampoco esquizoide ni esquizotípica.

Tabla 8. Motivo de ingreso

Motivo de ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Descompensación por enfermedades oportunistas	6	18,8
Diagnostico reciente sida inicio de antirretrovirales	12	37,5
Regular medicación	1	3,1
Reinicio de antirretrovirales	6	18,8
Resistencia a medicación por abandono	7	21,9
Total	32	100,0

**Ilustración 10. Motivo de ingreso**

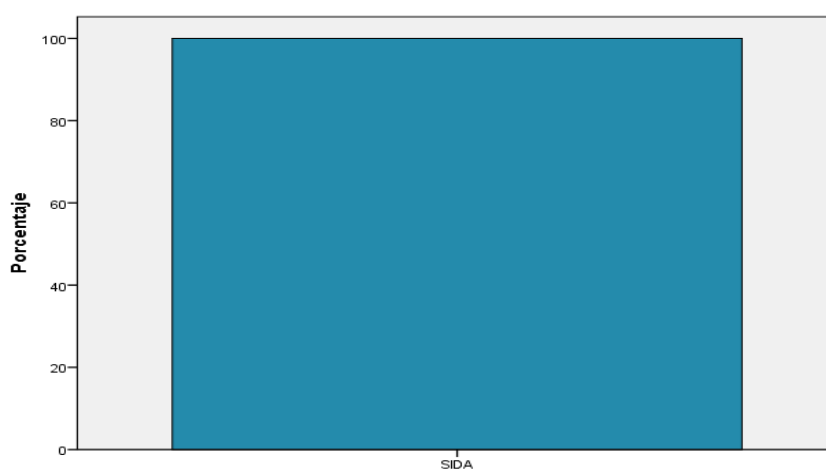
Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

De los 32 pacientes atendidos en hospitalización el 38% se enteraban recientemente de su diagnóstico, la mayoría ya presentaba recaídas frecuentes en su estado de salud, pero no encontraban un diagnóstico preciso. El 22% presentaron resistencia a la medicación re-

administrada posterior al abandono de la misma; situación en la que precisaban una dosis mayor y cambio a medicación de espectro más alto. El 19% necesitaba reiniciar la ingesta de antirretrovirales requiriendo evaluación por psicología para reanudar la administración de la medicación y además la mayor cantidad de intervenciones para reforzar la adherencia. El 19% se descompensaron ante enfermedades oportunistas al no asistir a las citas de control médico y requerían el inicio de antirretrovirales. El 3% presentó descompensación aun con la medicación, por lo que se requería regularla.

Tabla 9. Fase de la enfermedad

Fase de la enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
SIDA	32	100,0

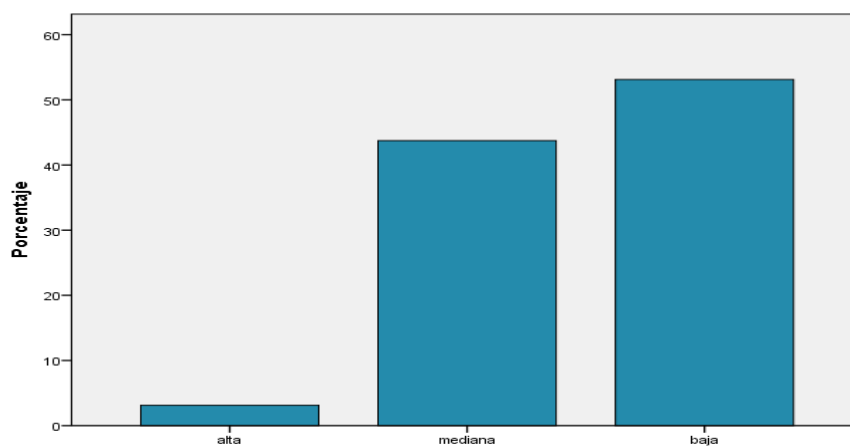
**Ilustración 11. Fase de la enfermedad**

Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

Todos los pacientes hospitalizados que fueron atendidos se encontraban en fase SIDA.

Tabla 10. Nivel de Adherencia

Nivel de Adherencia	Frecuencia	Porcentaje
alta	1	3,1
mediana	14	43,8
baja	17	53,1
Total	32	100,0

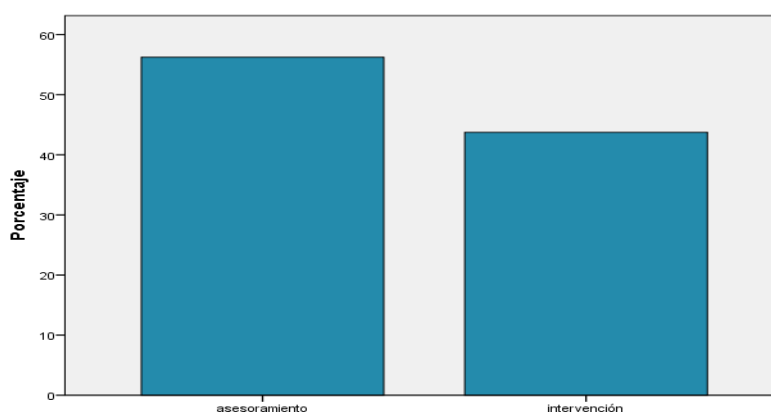
**Ilustración 12. Nivel de Adherencia**

Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

Se aplicó el test de adherencia a los 32 pacientes atendidos en hospitalización (en el caso de 4 pacientes se lo realizó a algún familiar), el 53% obtuvo un puntaje de adherencia baja, el 44% nivel de adherencia mediana y el 3% nivel de adherencia alta.

Tabla 11. Tipo de Intervención

Tipo de Intervención	Frecuencia	Porcentaje
asesoramiento	17	53,1
Válidos intervención	15	46,9
Total	32	100,0

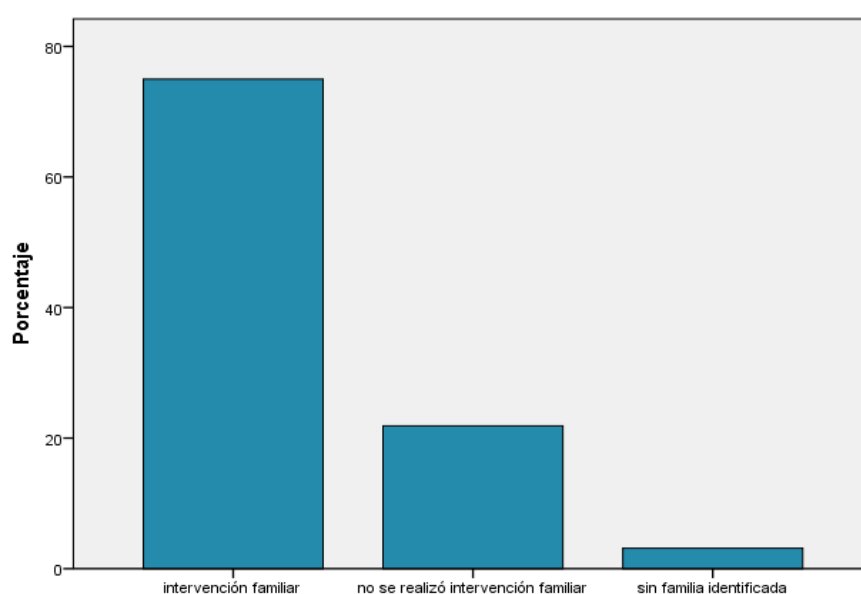
**Ilustración 13. Tipo de Intervención**

Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

De los 32 pacientes atendidos en hospitalización se realizó el proceso de asesoramiento con el 53% y se logró realizar proceso de intervención psicoterapéutica con el 47% de pacientes, con la mayoría de los cuales se realizó el proceso en hospitalización, otros continuaron por consulta externa con psicología. Cuatro de los asesoramientos mencionados se los realiza exclusivamente con familiares por la condición terminal del paciente.

Tabla 12. Intervención familiar

Intervención Familiar	Frecuencia	Porcentaje
intervención familiar	24	75,0
no se realizó intervención familiar	7	21,9
sin familia identificada	1	3,1
Total	32	100,0

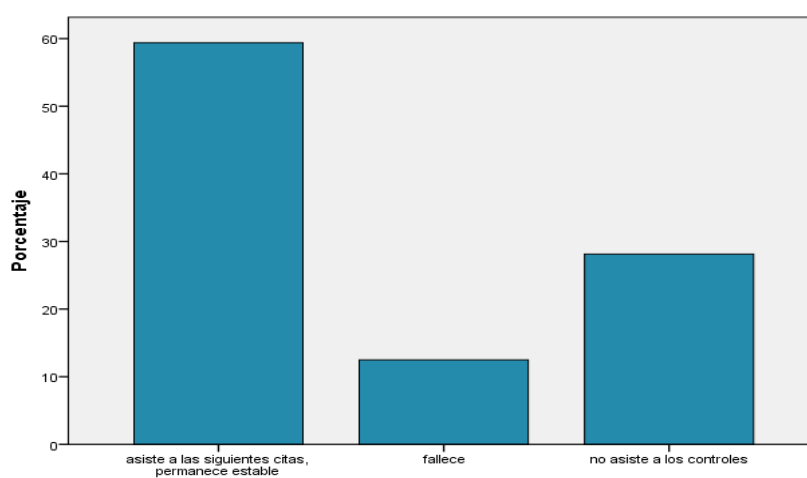
**Ilustración 14. Intervención familiar**

Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

De los 32 pacientes atendidos en hospitalización se pudo realizar la intervención familiar con el 75%, algunos familiares no conocían el diagnóstico, otros mantenían mitos con respecto al vih/sida, sobre todo el temor a la transmisión por la saliva, motivo por el cual los pacientes comían en su hogar con vajilla específica para ellos o desechable, sin embargo se logró mediante el proceso con la familia que acepten y apoyen al paciente hospitalizado . A los familiares del 22% no fue posible localizarlos, en unos casos por rechazo al paciente y su condición, en otros porque residían en lugares distantes; el 3% no tiene ningún contacto con su familia, tampoco cómo localizarlos.

Tabla 13. Resultados posteriores a la hospitalización

Resultados posteriores a la hospitalización	Frecuencia	Porcentaje
asiste a las siguientes citas médicas y psicológicas, permanece estable.	19	59,4
fallece	4	12,5
No asiste a los controles	9	28,1
Total	32	100,0

**Ilustración 15. Resultados posteriores a la hospitalización**

Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

De los 32 pacientes atendidos en hospitalización el 59% continúan asistiendo a las citas médicas en lo posterior, permaneciendo estables durante el proceso de la investigación, el 28% no asiste a los controles y el 13% fallecen en el tiempo de hospitalización o en un reingreso.

Datos de pacientes atendidos en Consulta Externa

Por Consulta Externa se intervino con 35 personas viviendo con vih/sida (PVVS), las circunstancias fueron distintas a hospitalización ya que no todos los pacientes se encontraron en fase sida.

Estadísticos

Tabla 14. Edad

Media	29,91
Mediana	28,00
Moda	19 ^a

Edad	Frecuencia	Porcentaje
19	4	11,4
21	2	5,7
22	3	8,6
26	4	11,4
27	4	11,4
28	1	2,9
29	2	5,7
30	3	8,6
32	2	5,7
33	1	2,9
34	1	2,9
35	1	2,9

36	1	2,9
37	1	2,9
39	1	2,9
40	1	2,9
41	1	2,9
48	1	2,9
68	1	2,9
Total	35	100,0

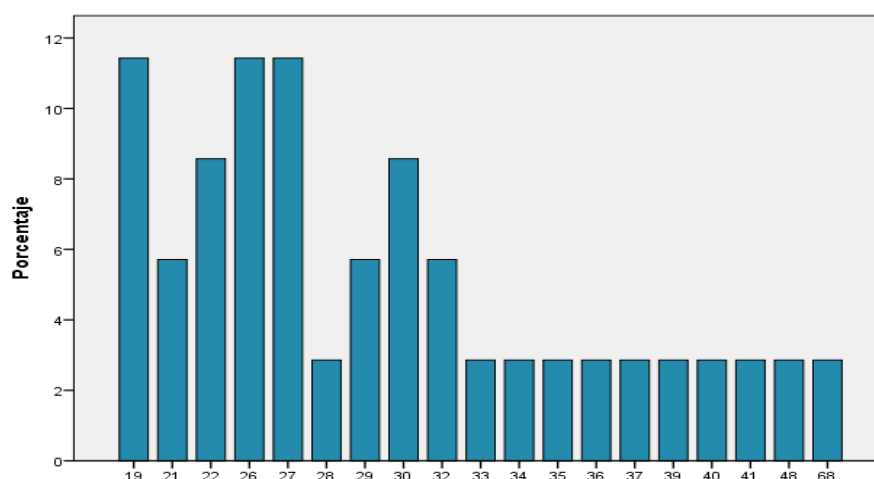


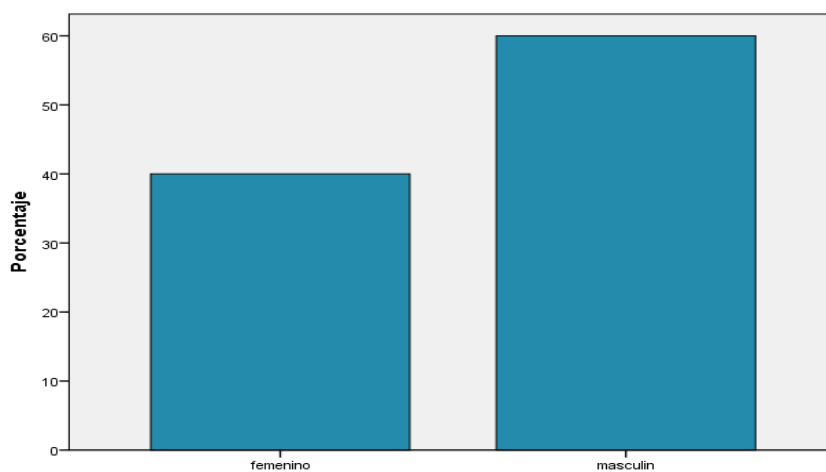
Ilustración 16. Edad

Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

Se atendieron en total 35 pacientes por Consulta Externa con edades comprendidas entre los 19-68 años de edad. Las edades donde se encuentra mayor cantidad de pacientes están en los 19, 26 y 27 años de edad cada una con el 11%. El 9% con 22 y 30 años de edad respectivamente. El 6% con 21, 29 y 32 años de edad respectivamente. El porcentaje restante, cada uno con el 3% se encuentran en los 28, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 48, 68 años de edad. Es decir que la mayor concentración de pacientes atendidos por consulta externa se encontró entre los 19 – 32 años de edad (71,4%). La media en la edad es de 30 años.

Tabla 15. Género

Género	Frecuencia	Porcentaje
femenino	14	40,0
masculino	21	60,0
Total	35	100,0

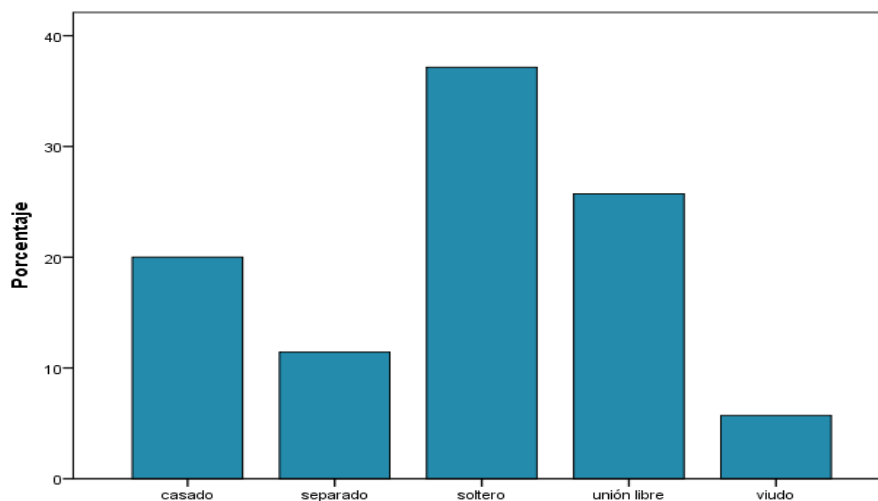
**Ilustración 17. Género**

Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

De los 35 pacientes atendidos por consulta externa el 60% pertenecieron al género masculino y el 40% al género femenino. El porcentaje mencionado es similar al obtenido en hospitalización.

Tabla 16. Estado Civil

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
casado	7	20,0
separado	4	11,4
soltero	13	37,1
unión libre	9	25,7
viudo	2	5,7
Total	35	100,0

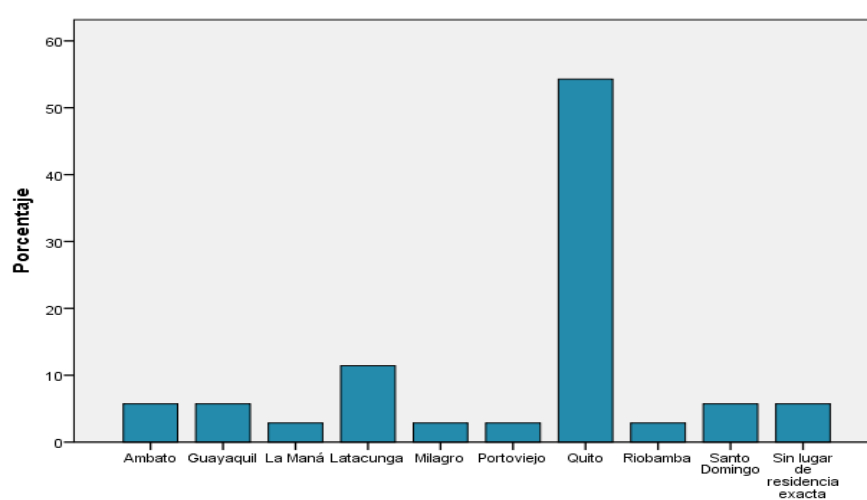
**Ilustración 18. Estado Civil**

Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

De los 35 pacientes atendidos por Consulta Externa, el 37% de los pacientes es soltero, el 26% se encuentran en unión libre, el 20% son casados, el 11% separados y el 6% viudos.

Tabla 17. Lugar de Residencia

Lugar de Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Ambato	2	5,7
Guayaquil	2	5,7
Sin lugar de residencia exacto	2	5,7
La Maná	1	2,9
Latacunga	4	11,4
Milagro	1	2,9
Portoviejo	1	2,9
Quito	19	54,3
Riobamba	1	2,9
Santo Domingo	2	5,7
Total	35	100,0

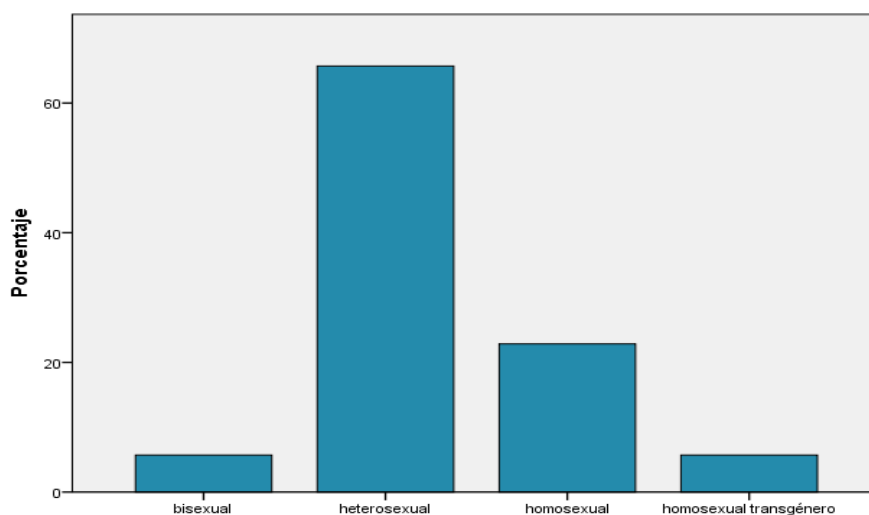
**Ilustración 19. Lugar de Residencia**

Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

De los 35 pacientes atendidos por consulta externa la mayor cantidad reside en Quito (54%), el 11% en Latacunga, el 6% en Ambato, Guayaquil, Santo Domingo respectivamente y el mismo porcentaje de personas sin lugar de residencia. El porcentaje restante (12%) residen en La Maná, Milagro, Portoviejo, Riobamba repartidos equitativamente (2,9%).

Tabla 18. Orientación Sexual

Orientación Sexual	Frecuencia	Porcentaje
bisexual	2	5,7
heterosexual	23	65,7
homosexual	8	22,9
homosexual transgénero	2	5,7
Total	35	100,0

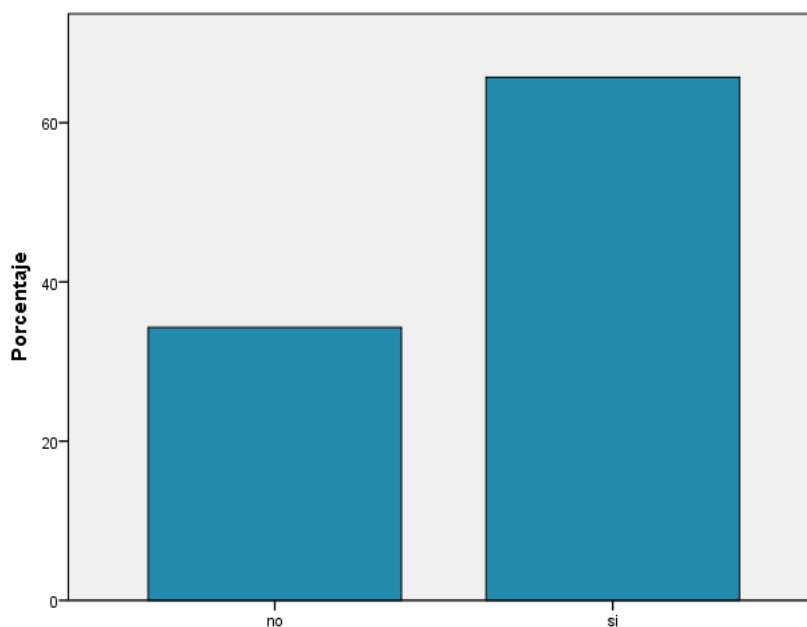
**Ilustración 20. Orientación Sexual**

Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

De los 35 pacientes atendidos por Consulta Externa la mayoría el 66% se identificaron como heterosexuales, el 23% se identificaron como homosexuales, el 6% se identificaron como bisexuales y transgénero respectivamente.

Tabla 19. Hijos

Hijos	Frecuencia	Porcentaje
no	12	34,3
si	23	65,7
Total	35	100,0

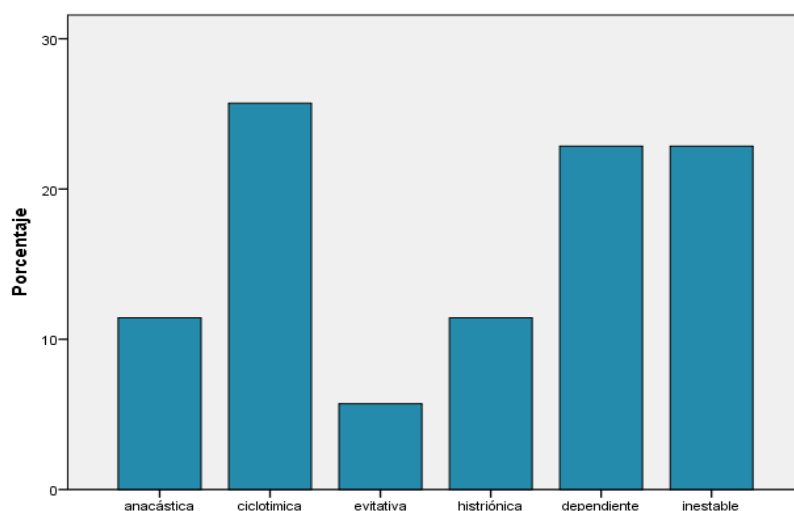
**Ilustración 21. Hijos**

Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

De los 35 pacientes atendidos por Consulta Externa 23 es decir el 66% sí tiene hij@s, el 34% no tiene hij@s.

Tabla 20. Personalidad

Personalidad	Frecuencia	Porcentaje
anancástica	4	11,4
ciclotímica	9	25,7
dependiente	8	22,9
Evasiva	2	5,7
histriónica	4	11,4
inestable	8	22,9
Total	35	100,0

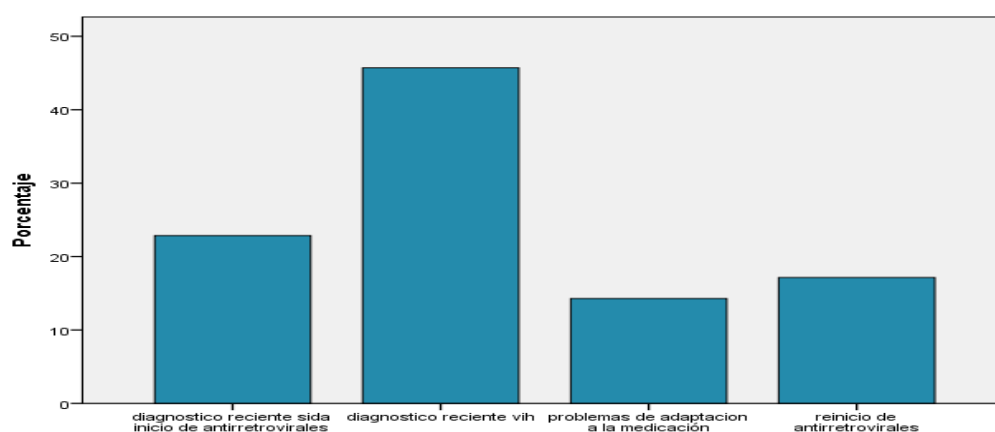
**Ilustración 22. Personalidad**

Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

De los 35 pacientes atendidos, en el 26% se evaluaron rasgos de personalidad ciclotímica, en el 23% rasgos de personalidad inestable y dependiente, 11% con rasgos de personalidad anancástica e histriónica y el menor porcentaje 6% con rasgos de personalidad evasiva. En los datos obtenidos no se evaluó ninguna personalidad de tipo paranoide, tampoco esquizoide ni esquizotípica.

Tabla 21. Motivo de atención

Motivo de atención	Frecuencia	Porcentaje
diagnóstico reciente sida inicio de antirretrovirales	8	22,9
diagnóstico reciente vih	16	45,7
problemas de adaptación a la medicación	5	14,3
reinicio de antirretrovirales	6	17,1
Total	35	100,0

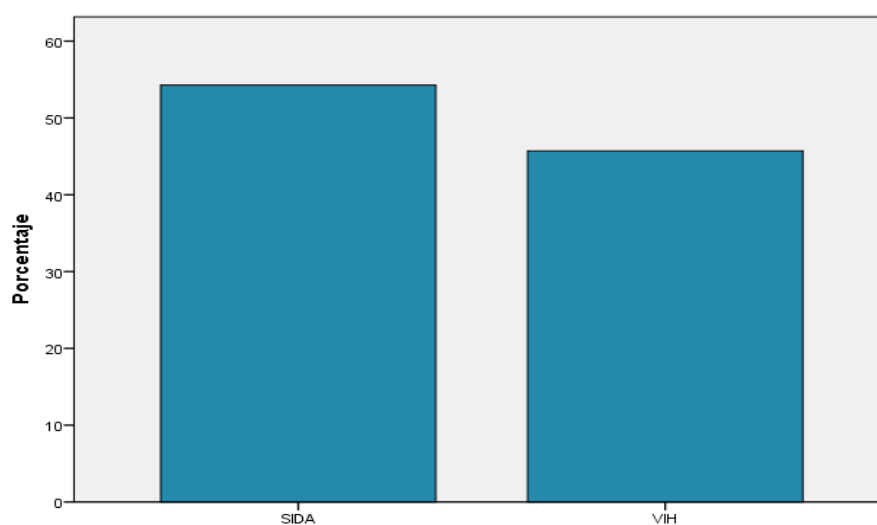
**Ilustración 23. Motivo de atención**

Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

De los 35 pacientes atendidos por consulta externa, el 46% se enteraron recientemente de su diagnóstico y se encontraban en fase vih, se evaluó a 12 de ellos con el test de adherencia por la posibilidad de pronto inicio de antirretrovirales y también para objetivizar áreas de tipo psico-social en las que se requería abordaje. El 54% presentaron diagnóstico de sida, repartidos de la siguiente manera: 23% se enteraban recientemente de su diagnóstico como persona que vive con vih/sida y necesitaban además iniciar la ingesta de medicación requiriendo de evaluación y proceso para lograr adaptación funcional al diagnóstico; 17% para evaluación y proceso por necesitar reiniciar la medicación por abandono, 14% por problemas de adaptación a la medicación en cuanto a efectos secundarios.

Tabla 22. Fase de la enfermedad

Fase de la enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
SIDA	19	54,3
VIH	16	45,7
Total	35	100,0

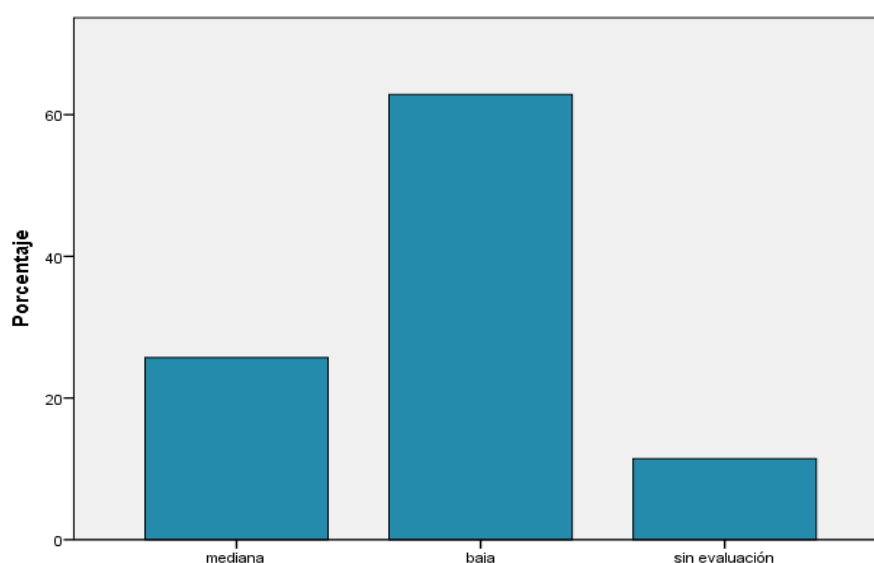
**Ilustración 24. Fase de la enfermedad**

Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

De los 35 pacientes atendidos el 54% se encontraban en fase sida y el 46% se encontraban afectados por el vih y su diagnóstico fue reciente

Tabla 23. Nivel de Adherencia

Nivel de Adherencia	Frecuencia	Porcentaje
baja	22	62,9
mediana	9	25,7
sin evaluación	4	11,4
Total	35	100,0

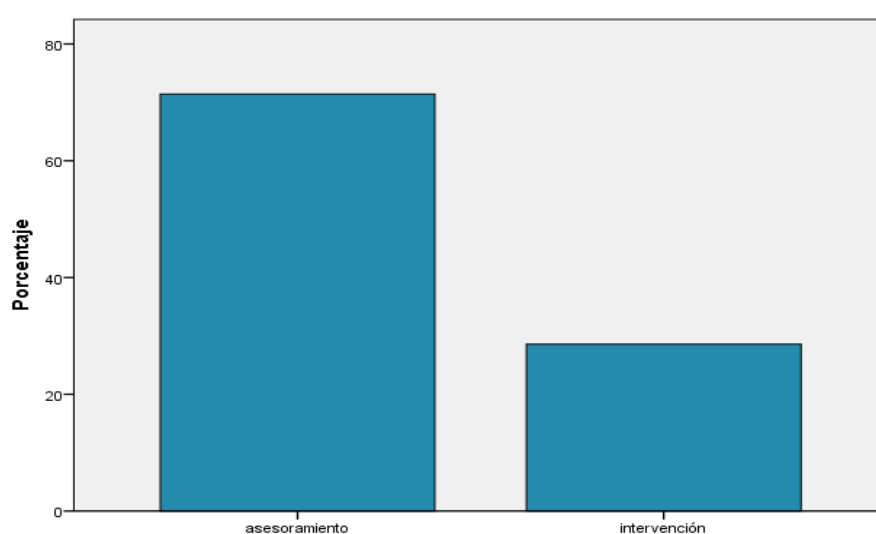
**Ilustración 25. Nivel de Adherencia**

Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

De los 35 pacientes atendidos por Consulta Externa, se obtuvieron los siguientes datos en el test de adherencia: adherencia baja el 63%. Nivel de adherencia mediana el 26%. No se evaluó al 11% de los pacientes ya que se encontraban en fase vih y no requerían evaluación, además no presentaron resistencia para abordar aspectos importantes. Ninguno de los pacientes a los que se les aplicó el test obtuvo nivel alto de adherencia, lo cual puede deberse a que, en comparación con los pacientes de hospitalización, el tiempo de conocer su diagnóstico es considerablemente menor, encontrándose aún en proceso de adaptación.

Tabla 24. Tipo de intervención

Tipo de intervención	Frecuencia	Porcentaje
asesoramiento	24	68,6
intervención	11	31,4
Total	35	100,0

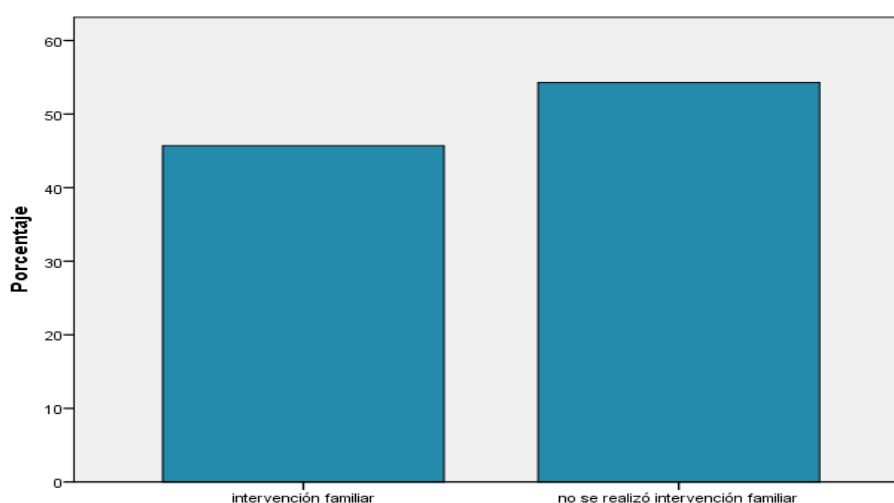
**Ilustración 26. Tipo de intervención**

Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

De los 35 pacientes atendidos por consulta externa se realizó el proceso de asesoramiento con el 69% y el proceso de intervención con el 31%.

Tabla 25. Intervención Familiar

Intervención Familiar	Frecuencia	Porcentaje
intervención familiar	16	45,7
no se realizó intervención familiar	19	54,3
Total	35	100,0

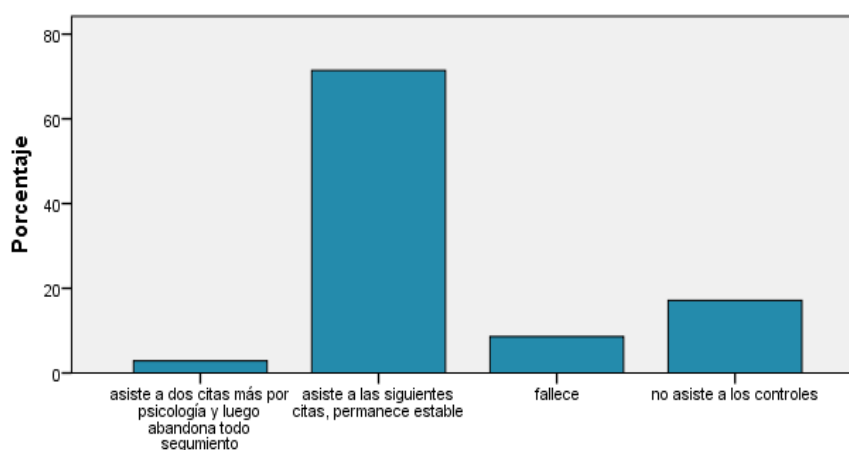
**Ilustración 27. Intervención Familiar**

Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

Las entrevistas vinculares con la familia y/o pareja se logra realizarlas en un inicio con 7 de los casos mencionados, esto se debe a que en la mayoría de los casos acuden solos, no desean que sus familiares conozcan aun su diagnóstico o ya han recibido rechazo por parte de sus seres cercanos. Posteriormente se logró realizar intervenciones con 9 familias más. En total se logra realizar este tipo de intervención tan solo con el 46% de la población de consulta externa.

Tabla 26. Resultados posteriores a la intervención

Resultados posteriores a la intervención	Frecuencia	Porcentaje
asiste a dos citas más por psicología y luego abandona todo seguimiento	1	2,85
asiste a las siguientes citas, permanece estable	25	71,42
fallece	3	8,57
no asiste a los controles	6	17,14
Total	35	100,0

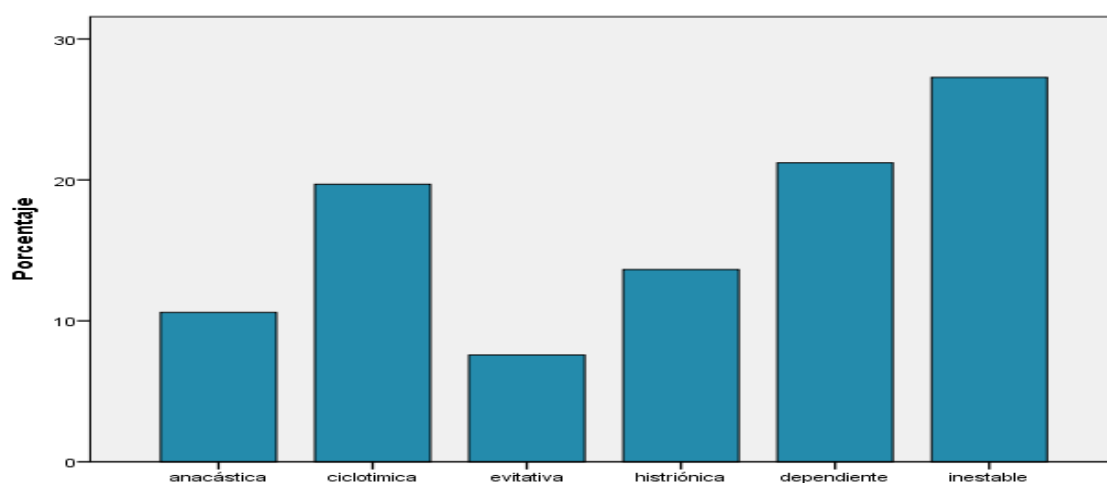
**Ilustración 28. Resultados posteriores a la intervención**

Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

De los 35 pacientes atendidos por consulta externa, el 71% continuó asistiendo a las citas médicas y permanecieron estables posterior al proceso realizado y durante el tiempo en que se llevó a cabo la investigación (3 meses), el 17% asistió a los controles posteriores pero desertaron sin lograr contactarlos, el 9% fueron evaluados por consulta externa, posteriormente hospitalizados y fallecen; el 3% asisten solo a dos citas más por psicología y luego abandonan todo seguimiento.

Tabla 27. Personalidad (hospitalización y consulta externa)

Personalidad	Frecuencia	Porcentaje
anacástica	7	10,4
ciclotímica	14	20,9
evitativa	5	7,5
histriónica	9	13,4
dependiente	14	20,9
inestable	16	23,9
inestable con conductas antisociales)	2	3
Total	67	100,0

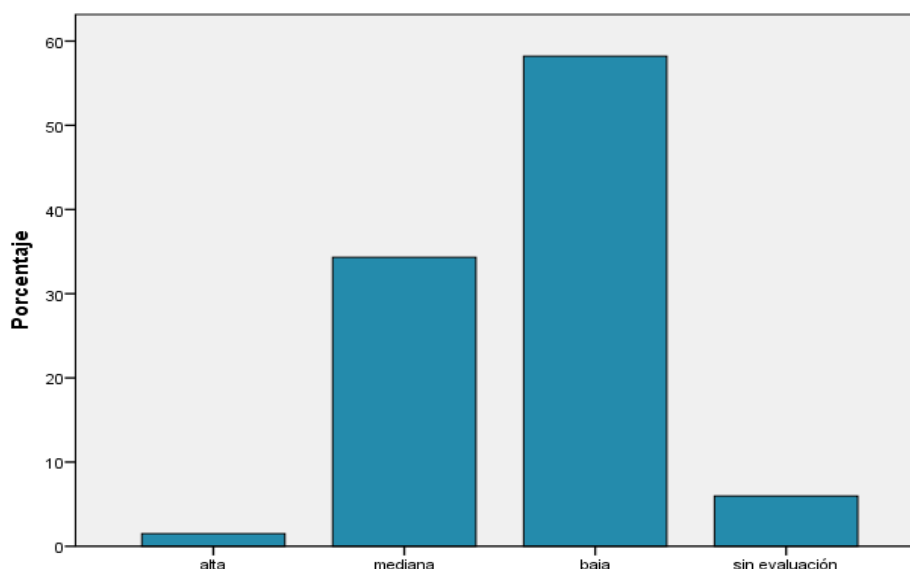
**Ilustración 29. Personalidad (hospitalización y consulta externa)**

Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

De los 67 pacientes atendidos por hospitalización (32) y por consulta externa (35), el mayor porcentaje (24%) tiene personalidad inestable, a este porcentaje se agrega el 3% que además presentó conductas antisociales. En el 21% predominan rasgos de personalidad ciclotímica, el mismo porcentaje para la personalidad dependiente; en el 13% predominaron rasgos de personalidad histriónica; el 10% presentó rasgos de personalidad anancástica, y el 8% rasgos de personalidad evitativa. Ni en hospitalización, ni en consulta externa se encontraron personalidades paranoides, esquizoides ni esquizotípicas.

Tabla 28. Nivel de Adherencia

Nivel de Adherencia	Frecuencia	Porcentaje
alta	1	1,5
mediana	23	34,3
baja	39	58,2
Sin evaluación	4	6,0
Total	67	100,0

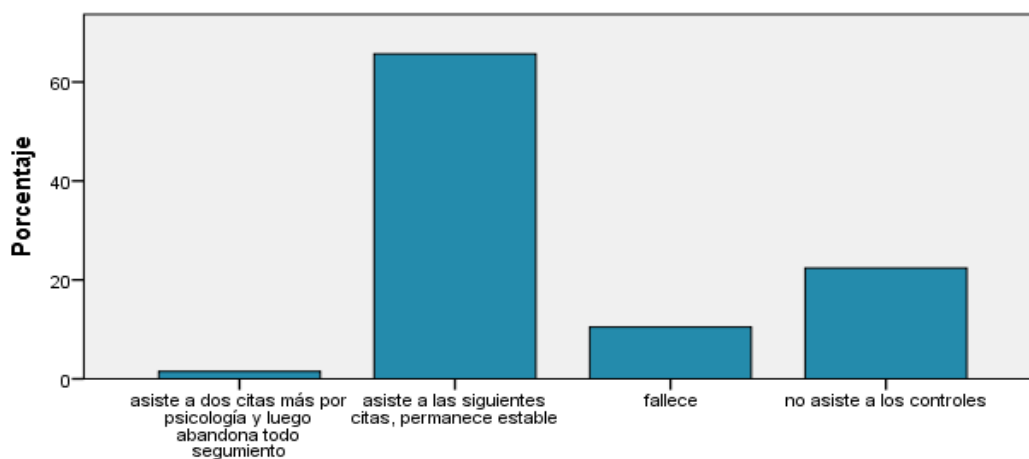
**Ilustración 30. Nivel de Adherencia**

Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

De los 67 pacientes atendidos por hospitalización (32) y por consulta externa (35), solo el 2% obtuvo nivel de adherencia alto en el test realizado, la mayor cantidad 58% obtuvo como resultado del test : nivel de adherencia bajo. Al 6% no se lo evaluó porque el diagnóstico fue reciente y no era necesaria aun la aplicación del test, por lo que se priorizó el asesoramiento para la aceptación de su condición como PVVS.

Tabla 29. Resultados finales

Resultados finales	Frecuencia	Porcentaje
asiste a dos citas más con psicología y luego abandona todo seguimiento.	1	1,5
asiste a las siguientes citas, permanece estable.	44	65,6
fallece	7	10,4
no asiste a los controles	15	22,4
Total	67	100,0

**Ilustración 31. Resultados finales**

Elaborado por: Valdivieso, Grace, 2013

En total se atendieron a 67 pacientes que acudieron por hospitalización (32) y por consulta externa (35). De los cuales el 66% continuaron acudiendo a los respectivos controles posterior al proceso de asesoramiento e intervención. El 22% desertaron, varios aspectos pueden influir para este resultado por ejemplo, en unos casos el estilo de vida que adoptaron ante las carencias y eventos psicotraumáticos que experimentaron en el transcurso de sus vidas y que no se encontraban preparados para abandonar; en otros la dificultad en la adherencia estaba relacionada directamente con la falta de apoyo familiar que en varias ocasiones estuvo relacionada con la reinfección a otros miembros de la familia y relaciones intrafamiliares disfuncionales.

COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

H 1: El asesoramiento e intervención desde el modelo integrativo mejora la adaptación del paciente con diagnóstico de VIH-SIDA y/o su adherencia al tratamiento clínico y/o ARV dependiendo de su personalidad.

H 2: Los pacientes con características predominantemente cognitivas tendrán una mejor adherencia al tratamiento antirretroviral (ATRV)

Calculo del Coeficiente de correlación de Person de la personalidad y nivel de adherencia al tratamiento clínico y/o antirretrovirales.

- **Nivel de significación y fórmula**

$$r = \frac{S_{XY}}{S_X S_Y}$$

COMPROBACIÓN DE HIPOTESIS

1. HIPOTESIS

Ho hipótesis nula

Ha hipótesis alternativa

2. FORMULA ESTADISTICA

Coeficiente de Pearson

Correlaciones

Tabla 30. Estadísticos descriptivos

	Media	Desviación típica	N
TIPO_DE_PERSONALIDAD	3,97	1,780	66
NIVEL_DE_ADHERENCIA	2,60	,525	63

Tabla 31. Correlaciones Personalidad-Nivel de adherencia

		TIPO_DE_PERS ONALIDAD	NIVEL_DE_AD HERENCIA
TIPO_DE_PERSONALIDAD	Correlación de Pearson	1	,220
	Sig. (bilateral)		,086
	Suma de cuadrados y productos cruzados	205,939	12,387
	Covarianza	3,168	,203
	N	66	62
NIVEL_DE_ADHERENCIA	Correlación de Pearson	,220	1
	Sig. (bilateral)	,086	
	Suma de cuadrados y productos cruzados	12,387	17,079
	Covarianza	,203	,275
	N	62	63

Al aplicar en los datos el coeficiente de Pearson, se obtiene la correlación del tipo de personalidad con el nivel de adherencia, está entre 1 y 0,22 lo que indica una correlación positiva perfecta.

Tabla 32. Correlación de Pearson Nivel de adherencia-tipo de personalidad

		NIVEL_DE_AD HERENCIA	TIPO_DE_PERS ONALIDAD
Correlación de Pearson	NIVEL_DE_ADHERENCIA	1,000	,220
	TIPO_DE_PERSONALIDAD	,220	1,000
Sig. (unilateral)	NIVEL_DE_ADHERENCIA	.	,043
	TIPO_DE_PERSONALIDAD	,043	.
N	NIVEL_DE_ADHERENCIA	62	62
	TIPO_DE_PERSONALIDAD	62	62

Al aplicar en los datos el coeficiente de Pearson, se obtiene 1 en la correlación del tipo de personalidad con el nivel de adherencia, lo que indica una correlación positiva perfecta.

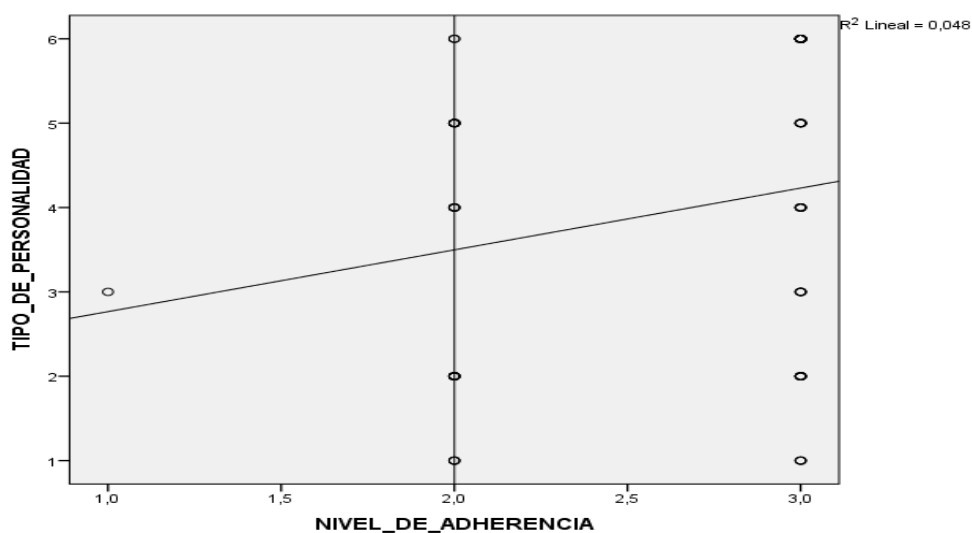


Ilustración 32. Correlación al nivel de adherencia

En el gráfico podemos observar la correlación positiva perfecta, que se determina en una recta, que unifica los valores de nivel de adherencia media y baja con el tipo de personalidad anancástica, ciclotímica, histriónica, dependiente y una adherencia alta con la evitativa. Por lo que no se comprueba que las personalidades cognitivas tengan mejor nivel de adherencia.

Tabla 33. Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregido	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio				
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F
1	,220 ^a	,048	,032	,518	,048	3,045	1	60	,086

La regresión es de 0,22 lo que equivale a un porcentaje de 22 por ciento de nivel de causalidad entre el tipo de personalidad y el nivel de adherencia

Tabla 34. Variable dependiente y variables predictoras

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	,817	1	,817	3,045	,086 ^b
Residual	16,102	60	,268		
Total	16,919	61			

a. Variable dependiente: NIVEL_DE_ADHERENCIA

b. Variables predictoras: (Constante), TIPO_DE_PERSONALIDAD

Tabla 35. Regresión lineal tipo de personalidad-nivel de adherencia**Coeficientes^a**

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (Constante)	2,337	,163		14,365	,000
TIPO_DE_PERSONALIDAD	,066	,038	,220	1,745	,086

a. Variable dependiente: NIVEL DE ADHERENCIA

La regresión lineal nos permite medir el nivel de relación causal entre dos variables.

Nivel de decisión: La hipótesis se comprueba en la existencia de correlación pero en la causalidad existen otros factores que influyen en el nivel de adherencia además de la personalidad.

Tabla 36. Correlación de Pearson tipo de personalidad-resultados posteriores

		TIPO_DE_PERSONALIDAD	RESULTADOS
TIPO_DE_PERSONALIDAD	Correlación de Pearson	1	,234
	Sig. (bilateral)		,058
	N	66	66
RESULTADOS	Correlación de Pearson	,234	1
	Sig. (bilateral)	,058	
	N	66	67

El coeficiente de correlación se encuentra en 1 y 0,234 lo que indica una relación positiva perfecta entre el tipo de personalidad y los resultados médicos.

Tabla 37. Causalidad entre personalidad y resultados posteriores

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,234 ^a	,055	,040	,648

a. Variables predictoras: (Constante), TIPO_DE_PERSONALIDAD

La regresión es de 0,23 lo que equivale a un porcentaje de 23 por ciento del nivel de causalidad entre la personalidad y resultados posteriores.

Tabla 38. Cálculo de variable dependiente: resultados posteriores y variables predictoras: tipo de personalidad

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1 Regresión	1,563	1	1,563	3,721	,058 ^b
1 Residual	26,877	64	,420		
Total	28,439	65			

a. Variable dependiente: RESULTADOS

b. Variables predictoras: (Constante), TIPO_DE_PERSONALIDAD

Tabla 39. Coeficientes tipo de personalidad-resultados posteriores

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	1,124	,196		5,728	,000
TIPO_DE_PERSONALIDAD	,087	,045	,234	1,929	,058

a. Variable dependiente: RESULTADOS

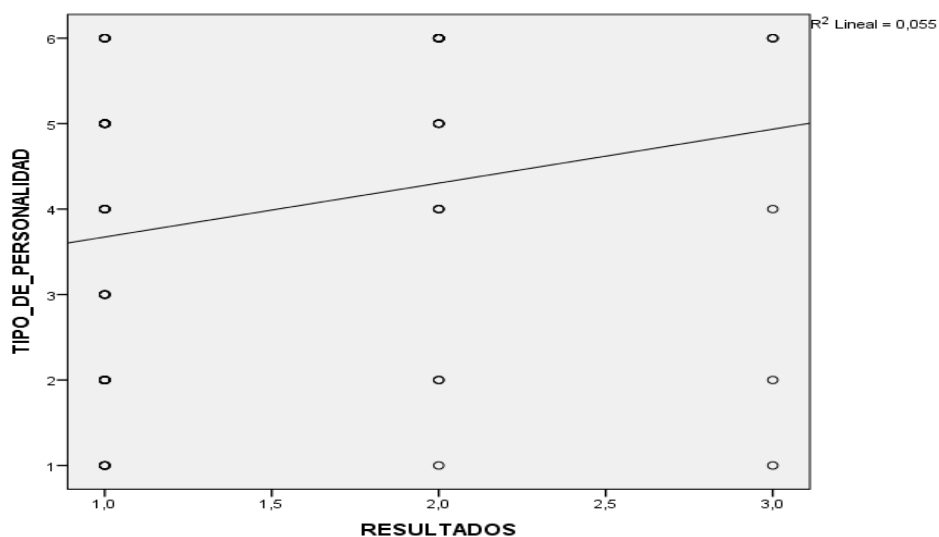


Ilustración 33. . Correlación Tipo de personalidad-resultados posteriores

Nivel de decisión: Existe relación entre los 6 tipos de personalidad evaluados con los resultados posteriores al asesoramiento e intervención desde el modelo integrativo ecuatoriano, sin embargo en la personalidad evitativa no hay pacientes que fallezcan, ni que no asistan a los controles posteriores, en cuanto a las demás personalidades, los resultados varían.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Una vez terminada la investigación y de acuerdo a los objetivos planteados se puede concluir lo siguiente:

- El objetivo general de la investigación fue analizar los rasgos de personalidad que influyen favoreciendo u obstaculizando el proceso de adaptación a la infección por VIH/SIDA, por medio de la aplicación del programa de asesoramiento e intervención desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad ; esta correlación se comprobó a través del cálculo del coeficiente de correlación de Pearson, que es de 1. Es pertinente analizar que la causalidad no es alta, lo que refleja que existen otros factores que influyen en el nivel de adherencia además de la personalidad, por ejemplo, según Ahumanada (2011) “el apoyo social es una variable importante en la comprensión del bienestar y calidad de vida de los PVVS”, conclusión a la que llegó después de observar en su estudio que quienes tenían bajo apoyo social presentaron una deficiente salud física y mental, más dolor, mayor dificultad en las actividades diarias, mayor distrés relacionado con la salud y un mínimo en cuanto al funcionamiento cognitivo. En el programa MIEFP se toma en cuenta la participación de la familia, coincidiendo con Ahumanada.
- Además mediante el programa se buscó determinar cómo los rasgos de personalidad influyen en el proceso de adaptación como persona viviendo con VIH-SIDA (PVVS), así como en la adherencia o falta de la misma al tratamiento ARV, pudiendo observar que:
 - En los pacientes atendidos con personalidad anancástica (10%), la rectitud, el predominio del superyó y por ende la necesidad de cumplimiento, da lugar a que aun con resistencias a la adaptación al diagnóstico, asistan a las citas establecidas y tomen adecuadamente los antirretrovirales. Entre los aspectos que más les motiva se encuentran el temor a perder autonomía en cuanto a la actividad laboral, valerse por sí mismos en la vida diaria. Sin embargo se observó resistencia a participar en actividades grupales por temor a que se difunda su diagnóstico. Por otro lado, su tendencia a la rigidez de criterios, la preocupación por el cumplimiento de normas, da lugar al autojuzgamiento que afecta la aceptación emocional de su condición como PVVS y puede generar rechazo de su organismo hacia los antirretrovirales aunque el cumplimiento de horarios, cantidad, sea estricto.
 - Con los pacientes en los que predominan rasgos de personalidades afectivas (34,3), la tendencia a la sugestionabilidad que poseen facilita intervenciones con estímulos visuales como por ejemplo imágenes, documentales o el diálogo con otros PVVS. Sin

embargo esta misma característica puede dificultar su adherencia ante documentales de tipo amarillista, comentarios distintos a los recibidos por parte de profesionales, etc. Uno de sus mayores temores es el detrimento físico y que de esta manera se enteren de su diagnóstico su entorno social, por otro lado ante este mismo temor surgen dificultades por ejemplo con la ingesta de la medicación a las horas convenidas, ya que temen que los demás relacionen esta situación con su enfermedad. La variabilidad del estado de ánimo puede ser un factor de riesgo en la adaptación y adherencia, tendiendo a descuidar estos procesos.

- Las personalidades con déficit relacional (28%) que se atendió durante el proceso de evaluación (evasivas, dependientes) presentaron conductas que por un lado podrían interpretarse como autocastigo y por otro justificación para mantener un estado de indefensión aprendida, como por ejemplo mantener una relación afectiva con una persona maltratante, mantener una preferencia sexual como por ejemplo la homosexualidad por temor a relacionarse con las mujeres al ser portador del vih. Necesitan sentirse seguros del apoyo externo, cuando esto ocurre su adherencia tiene buena predictibilidad. La vinculación con el terapeuta es muy importante para lograr avances en su proceso, ya que esto los puede estimular a la colaboración y disciplina en el mismo. En la correlación
- Las personalidades comportamentales (27%) suelen experimentar arrepentimiento cuando conocen su diagnóstico o cuando se dan cuenta de la gravedad del mismo (como consecuencia de su falta de cuidado consigo mismos), en este momento el buscar límites con los llamados comportamientos meta suele ser de gran utilidad al no sentirse juzgados en cuanto a sus acciones, todo esto relacionándolo con su emocionalidad y consecuencias actuales sobre todo con seres queridos.
- Durante el período de recolección de datos no se obtuvo personalidades del tipo paranoide, esquizoide ni esquizotípica, si bien no se trata de una muestra en un período largo de tiempo ni en las distintas clínicas del vih, pero se podría hipotetizar que las personalidades en las que hay una mayor incidencia pueden propender a conductas de riesgo como por ejemplo el consumo de alcohol o sustancias psicoactivas, relaciones sexuales sin protección. En el caso de personalidades con déficit relacional como forma de socializar o posible temor al rechazo, en el caso de predominio comportamental por su impulsividad y dificultad para medir las consecuencias de sus actos, personalidades afectivas por la tendencia a magnificar sus relaciones sentimentales y considerarlas más profundas e íntimas de lo que en realidad son, esto ante la emocionalidad predominante.

- Luego de tres meses de asesoramiento asistieron aproximadamente el 97% (tomando en cuanto a quienes posteriormente dejan de acudir y a los pacientes que aún no fallecían). A los seis meses el 66% de los pacientes atendidos continuaron acudiendo a los respectivos controles posterior al proceso de asesoramiento e intervención, el 22% no asiste (es importante tomar que el 31% residían en las distintas provincias del país y en varios casos fueron remitidos), el 10% fallece. En estos tres porcentajes se encuentran las distintas personalidades evaluadas con excepción de la personalidad evasiva. No se comprueba un mejor nivel de adherencia de las personalidades cognitivas, sin embargo las personalidades evasivas presentan una mejor adherencia desde el inicio del proceso, lo que podría estar relacionado a su hipersensibilidad y temor al rechazo externo que coadyuva a asumir los cuidados indispensables consigo mismos.

- Uno de los primeros pensamientos que el sujeto tiene al conocer sobre su diagnóstico está vinculado con la reacción sobre todo de su pareja (s), y de tenerlos, la reacción de sus hijos, el temor se centra en el abandono y rechazo de ellos y en sí de su red social, además el temor a perder su actividad laboral, a perder la vida que ha intentado estructurar; todos estos pensamientos inciden en las resistencias del sujeto a la consulta médica, a la ingesta de la medicación pues si se encuentra renuente a que los demás conozcan de su diagnóstico intentará evitarlo de todas las maneras posibles, aunque eso implique su detrimento físico-emocional. No se pudo realizar la intervención familiar con el 40% de los pacientes atendidos, por los siguientes motivos: el paciente aún no deseaban que sus seres queridos conozcan su diagnóstico, ya recibieron rechazo por parte de su familia, su lugar de residencia era distante.

- Otro de los objetivos específicos planteados fue conocer los conflictos intra e inter personales que surgen luego del diagnóstico de VIH-SIDA para mejorar la predisposición al tratamiento clínico y/o antirretroviral (ATRV). Se pudo observar la relación que existe entre el apoyo de los seres cercanos y la adaptación a su condición como PVVS. En el porcentaje en el que no se logró que continúen en el tratamiento (22%) pudieron influir varios aspectos además del lugar de residencia:
 - Los relacionados con los conflictos interpersonales: la falta de apoyo de su familia; en muchos casos este era el momento que consideraban como decisivo para la separación, esto posterior a múltiples conflictos de pareja como violencia física, psicológica, infidelidades, etc.
 - Con respecto a los conflictos intrapersonales, la psicoanamnesis rebelaba eventos psicotraumáticos cuya consecuencia influyó en esquemas cognitivos que

posteriormente afectaron el grado de confianza y aceptación de sí mismo que se refleja en las distintas situaciones que inestabilizan al sujeto, en este caso en la manera de afrontar su diagnóstico como PVVS y la falta de resiliencia, dando lugar por el contrario a reforzar conductas de riesgo. Además en la manera de explicar y atribuir los acontecimientos a determinadas causas (por ejemplo pensamientos distorsionados como locus de control externo con respecto a la infección del vih, culpabilización que impide su adherencia, etc).

- Los pacientes que fueron intervenidos por diagnóstico reciente (54%) requerían de intervención en crisis, dada la implicación emocional de la noticia. Por otro lado en los casos de evaluación de adherencia (46%), se requerían resultados el mismo día de la primera entrevista con psicología, por lo que el abordaje fue diferente en cuanto a las etapas del proceso establecidas por el modelo integrativo ecuatoriano.
- Al trabajar con el modelo MIEFP, que aprecia a la enfermedad crónica de manera integral (cuerpo, mente, entorno), nos permite analizar al sujeto en toda su dimensión y entender las distintas maneras en las que el diagnóstico puede afectarle. Si se analiza desde lo cognitivo se aprecia que:
 - El pensamiento mágico que prevalece en el habitante ecuatoriano como característica idiosincrásica, en el tema en específico se presenta con ideas de inmunidad ante la infección lo que puede dar lugar a conductas de riesgo que lleven al sujeto a incidir en una de las vías de transmisión del VIH. Este tipo de pensamiento distorsionado junto con la negación (primera etapa del duelo) a su vez dificulta el proceso de asimilación e incluso puede dar lugar a reinfecciones o conductas que pongan en riesgo de transmitir el vih a otra persona
 - El sentimiento de muerte inminente y el miedo al dolor, son algunos de los temores que atraviesan las personas que viven con vih/sida, pero se añaden otros: las formas de transmisión del vih (específicamente por transmisión sexual) que influye por ejemplo en el temor a iniciar relaciones sentimentales para evitar el rechazo, discriminación y aislamiento social por la construcción preexistente en cuanto al vih, además pensamientos distorsionados, entre los más frecuentes se encuentran : falacia de justicia, visión catastrófica, falacia de control, falacia de recompensa divina (lo que dificulta la adherencia al tratamiento antirretroviral), culpabilidad.

- Los pacientes que lograron la aceptación de su condición como PVVS (66%), refuerzan su capacidad de resiliencia, mantienen el deseo de continuar con los proyectos que tenían incluso con más convicción. Al aumentar su grado de conciencia en cuanto a sí mismos y su entorno, consideran importante buscar momentos cerca de sus seres queridos, cambiar su estilo de vida, que a su vez conlleva un crecimiento personal que antes no lo habían experimentado.

Recomendaciones

- El estudio realizado con personas que viven con vih/sida con diagnóstico reciente y problemas en la adherencia a antirretrovirales, refleja la necesidad de realizar investigaciones con una mayor población para obtener datos más amplios en cuanto a los tipos de personalidad.
- Las intervenciones con personas que viven con vih/sida (PVVS) es importante realizarlas basándose en las distintas variables influyentes en el diagnóstico es decir un proceso que incluya a su familia, de manera más permanente
- La psicoeducación es un instrumento muy valioso en enfermedades crónicas. En el caso del vih/sida promueve disminución de la angustia al conocerla como una enfermedad crónica, por lo que es importante realizar sensibilizaciones dirigidas a la población en general
- El paciente inicia un proceso de duelo ante el diagnóstico de una enfermedad crónica y más aun con la connotación del vih; sin embargo, ante la gravedad de la situación es importante concientizar para que su pareja (s) y de haberlos también hij@s conozcan su diagnóstico y puedan así realizarse los correspondientes exámenes de detección, aunque esto pueda implicar un doble duelo para el paciente.
- Como terapeutas, al trabajar con PVVS es importante mantener una actitud abierta, libre de prejuicios o valoración, por ejemplo al hablar sobre la sexualidad. Se puede lograr un compromiso por parte del paciente cuando se respeta la creencia y sus puntos de vista, por lo tanto podemos negociar la reducción de actividades de riesgo por medio de los comportamientos meta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Tangibles:

- ✓ Allport, G. (1986). *La personalidad, su configuración y desarrollo*. Barcelona: Editorial Herder
- ✓ Aresti L. (2001). *¿VIH=SIDA=Muerte? La construcción social de una condena*. México. Fondo Cultural de Albergues de México.
- ✓ Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*. Quito-Ecuador: UNIGRAF
- ✓ Barry, L.,Hubble M., Miller S. (1997). *Psychotherapy with "Impossible cases"*. New York-Estados Unidos: W.W. Norton y Company. (Trad.Cast: Psicoterapia con casos imposibles: Paidós, 2003)
- ✓ Bugenthal, J. (1964). *The third force in psychology*. Nueva York - Estados Unidos : McGraw--Hill.
- ✓ Dahlke R, Desthlefon T. (1983) *La enfermedad como camino*. Buenos Aires – Argentina: Editorial Sudamericana S.A.
- ✓ Dubourdieu M. (2008). *Psicoterapia Integrativa PNIE Psiconeuroinmunoendocrinología. Integración Cuerpo-Mente-Entorno*. Montevideo-Uruguay: Edit. Psicolibros
- ✓ Fernández, H. (2000). *Fundamentos de un Modelo Integrativo en Psicoterapia*. Buenos Aires-Argentina: Paidós
- ✓ Fundación Ecuatoriana EQUIDAD (2008). *Guía de orientaciones básicas para la atención clínica de hombres gays, bisexuales, personas trans y hombres que tienen sexo con hombres (GBTH) en los servicios de salud*. Quito-Ecuador. Impreso en Ecuador
- ✓ Martínez M. (1976). *Hacia un paradigma científico-humanista en psicología*. Caracas-Venezuela: Atlántida: Univ. Simón Bolívar.
- ✓ Ministerio de Salud Pública (1996). *Guía de counselling para formadores*. Madrid – España: MSP

- ✓ Ministerio de Salud Pública (2004). *Manejo Sindrómico de ITS. Para la atención en APS*. Quito-Ecuador: MSP
- ✓ Ministerio de Salud Pública (2007). *Guía de prevención y control de la transmisión vertical del VIH y de manejo de niños/as expuestos perinatales y viviendo con el VIH/SIDA*. Quito-Ecuador: MSP
- ✓ Ministerio de Salud Pública (2007). *Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/SIDA/ITS*, Quito-Ecuador: revisión 2007 MSP
- ✓ Ministerio De Salud Pública (2008). *Programa Nacional De Control y Prevención del VIH/SIDA e ITS. “Situación De La Epidemia De VIH/SIDA En El Ecuador. Periodo 2002-2008”*.
- ✓ Organización Mundial de la Salud. OMS (2010). *Folleto de información de la Organización Mundial de la Salud*
- ✓ Onusida. (2007). *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/Sida*
- ✓ Opazo R. (2001) *Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica*. Santiago de Chile - Chile: ICPSI
- ✓ Proyecto de las Naciones Unidas para el Desarrollo (1998). *Proyecto de grupos autoapoyo para personas viviendo con VIH/SIDA*. San Pedro Sula – Honduras: Fraternidad Sampedrana de lucha contra el SIDA
- ✓ Speck, R.(2000). *Redes Familiares*. Nueva York-Estados Unidos: Amorrortu
- ✓ UNICEF (2008). *Informe Anual 2008*. Publicación 1 de Diciembre – 2008; UNICEP
- ✓ UNDP (2009) *Guía de producción para responder al VIH-Sida desde la Comunicación Social*. Quito-Ecuador. ISBN 1º edición.

Virtuales:

- ✓ Ahumada M. (2011). Estudio preliminar de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH-SIDA en Mendoza-Argentina. Art. EN: **Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos**. Vol. 15, Nº 1, 2011. Págs. 55-70
<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=148>
 Recuperado el 4- IX-2011}

- ✓ Canario J.A. (2005) Distorsiones cognitivas en personas que viven con VIH Psicología Clínica y Psicoterapia. Art. EN: **Revista Psicología Científica.com**.
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28441301>
 Recuperado el 4- IX-2011

- ✓ Cibanal L . **Introducción a la Sistémica y Terapia Familiar**
http://www.aniorte-nic.net/apunt_terap_famil_13.htm
 Recuperado el 20-V-2012

- ✓ Díaz, I. (2005) . Terapia Familiar con personas afectadas por el VIH/SIDA como parte de un modelo multidisciplinario. Art. EN: **Revista Internacional de Psicología Vol.4 No.1 (México)**
<http://www.revistapsicologia.org> Instituto de la Familia Guatemala.
 Recuperado el 4- IX-2011

- ✓ Fernández, J. (2010). Abordaje psicológico de personas que viven con VIH,
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1088471>
 recuperado el 4-XI- 2011 .

- ✓ Gaviria A. (2009). Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en pacientes diagnosticados con VIH-SIDA. Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia.
http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_1218.pdf.
 Recuperado el 4- IX-2011

- ✓ Leguizamón M., (2010). La Infección por VIH y el Sida.
<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=148>
 Recuperado el 3 de mayo del 2012

- ✓ Rolland JS. (1987). A psychosocial typology of chronic and lifethrea-tenning conceptual framework.
<http://F:/cap%C3%ACtulo%20de%20familia/impacto-enfermedad-cronica.htm> 2:245-62.
Recuperado el 17-V-2012

- ✓ Teva, I. et al. (2005). Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. Salud Mental, 28:40-49.
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58252806.pdf>
Recuperado 10.01.2010

ANEXOS

A. PLAN APROBADO

PROYECTO DE INVESTGACIÓN APROBADO

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA: El asesoramiento e intervención desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad permitirá diseñar estrategias para lograr una mejor calidad de vida en l@s pacientes, incidir tanto en lo individual como familiar y concomitantemente de pareja (dependiendo del caso), con el objetivo de lograr un adecuado proceso de adaptación a la infección, así como una adecuada adherencia en los pacientes que requerirían terapia antirretroviral (TARV) o presentan dificultades para adaptarse a la misma.

Al mismo tiempo, al influir en una adecuada adaptación al diagnóstico de VIH-SIDA se incide por un lado en incrementar el tiempo antes de pasar a fase SIDA y con esto la prescripción de antirretrovirales (ATRV) ante la influencia del aspecto psicológico en el sistema inmune y por otro en la toma de conciencia con respecto a una correcta ingesta de la medicación así como evitar el contagio a otras personas.

En este sentido, Mario Fernández Cadena (2007), en el estudio realizado sobre el “Impacto Económico del VIH-SIDA en el Ecuador”, refiere:

“La cadena de eventos económicos que se puede derivar debido al crecimiento de la epidemia es la siguiente:

- Un individuo con VIH/SIDA, deberá dedicar recursos a su cuidado no sólo físico sino también psicológico en previsión al desarrollo de enfermedades oportunistas. Los gastos consisten en hospitalización, terapia antirretroviral (para detener el avance del virus) medicamentos para el tratamiento de las enfermedades oportunistas (principalmente tuberculosis y toxoplasmosis), exámenes para comprobar el daño al sistema inmunológico, exámenes de detección del virus, entre otros más. Con todo, **se estima que el costo por paciente está en 10 mil dólares al año**, sin tomar en cuenta otros rubros como el tiempo requerido para acudir a los tratamientos médicos y las externalidades debido a la discriminación y las limitaciones impuestas por la enfermedad
- A nivel macro, si el número de personas viviendo con VIH/SIDA aumenta, lo que se menciona en el anterior apartado se acelerará de tal forma que el Estado estaría obligado a dedicar más recursos a su cuidado, utilizando fondos de ahorros que en otras circunstancias se dirigirían a la inversión en otros sectores.

- Una vez que el individuo se entera que es portador del VIH/SIDA, y dependiendo de la gravedad de los síntomas, es inmediata la pérdida de productividad. Más aún, en el Ecuador buena parte de los casos se detectan cuando la enfermedad está en una etapa avanzada, por tanto, el tiempo dedicado a actividades laborales se restringe severamente debido a las fuertes limitaciones en salud. Provocando la reducción de la mano de obra efectiva.

Si asumimos que la mano de obra y la inversión en capital son los mayores determinantes de la formación del producto interno bruto (PIB), no es difícil concluir cuál será el efecto final que el VIH/SIDA tendría sobre la economía”.

“Por cada persona que recibe terapia, otras seis se contagian. Es decir, estamos perdiendo la batalla de los números” parafraseando a Anthony Fauci, Director e investigador del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas Estados Unidos.

Preguntas de Investigación:

- ¿La personalidad influye o no para una mejor adherencia al tratamiento clínico y antirretroviral (ARV) de los pacientes con VIH sida ?
- ¿Existe deterioro en las relaciones de pareja y/o familiares después del diagnóstico?

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN:

Objetivo General:

Analizar los rasgos de personalidad que influyen favoreciendo u obstaculizando el proceso de adaptación a la infección por VIH/SIDA, por medio de la aplicación del programa de asesoramiento e intervención desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad.

Objetivos Específicos:

- Conocer los conflictos intra e inter personales que surgen luego del diagnóstico de VIH-SIDA para mejorar la predisposición al tratamiento clínico y/o antirretroviral (ATRV)
- Determinar cómo los rasgos de personalidad, influyen en el proceso de adaptación como persona viviendo con VIH-SIDA (PVVS), así como en la adherencia o falta de la misma al tratamiento ARV.

JUSTIFICACIÓN:

El individuo que recibe el diagnóstico de VIH-SIDA atraviesa por distintas etapas en su proceso de adaptación, equivalentes al duelo, siendo de vital importancia superar cada una de estas logrando una reconstrucción del significado que han otorgado a la enfermedad y del sujeto

viviendo con la enfermedad. Además es de vital importancia la red de apoyo con que cuenten en este proceso, pues en muchas ocasiones la falta de información ocasiona el rechazo de los seres más cercanos, aumentando los sentimientos de minusvalía de los pacientes, situación que se ve incrementada por la culpabilización que experimentan si por ejemplo se ha producido el contagio del virus a otro miembro de la familia (pareja-hijos); estas situaciones a su vez disminuyen la perspectiva del futuro, de su proyecto de vida y con esto la motivación con respecto a los cuidados que deben asumir, así como al tratamiento clínico y antirretroviral (TARV); perjudicando su salud física y por ende psicológica al darse cuenta del deterioro que experimentan.

El asesoramiento e intervención desde el Modelo Integrativo focalizado en la personalidad permitirá diseñar estrategias para lograr una mejor calidad de vida en l@s pacientes, incidir tanto en lo individual como familiar y concomitantemente de pareja (dependiendo de las particularidades de cada caso), además incluir las implicaciones socio-culturales desde un abordaje integral del ser humano, reconocer la construcción que el paciente mantiene con respecto al VIH-SIDA, así como referentes a su condición como persona viviendo con VIH-SIDA (PVVS), resultando importante además el trabajo en las estructuras de significado de cada uno, mismas que inciden en el proceso de adaptación. Valorar la adherencia al tratamiento además en base al análisis de los distintos rasgos de personalidad o aquellos que es necesario fortalecer o flexibilizar para lograr este objetivo.

FACTIBILIDAD:

La presente investigación es factible debido a que en el Hospital “Enrique Garcés” (HEG) está conformada una de las Clínicas de VIH-SIDA del país, a la que acuden personas por con distinta identidad sexual, requiriendo para la atención psicoterapéutica un enfoque que permita mantener una actitud abierta, flexible, libre de condena o valoración.

Así también, con respecto a los aspectos bioéticos, en el Servicio de Infectología del HEG cada uno de los profesionales respeta la integridad de PVVS, por ejemplo, con respecto a la confidencialidad de cada caso, el respeto a las distintas orientaciones sexuales, etc.; buscando de esta manera el bienestar del paciente.

La presente investigación coadyuvará para lograr una mejor adherencia al tratamiento de PVVS respetando individualidades, personalizando los abordajes por medio del análisis de los distintos rasgos de personalidad y construcciones elaboradas por el pcte y además por la integración de las personas que el paciente considere pertinente conozcan su diagnóstico.

MARCO TEÓRICO:

Fundamentación teórica:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007), y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2007): “14 mil personas se infectan por día en el mundo, 580 personas se infectan por hora. 10 personas se infectan por minuto”. “El Sida es una de las 5 causas de defunción en América Latina”.

En el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública en su guía del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA ITS, del 2007, manifiesta con respecto a la epidemia del VIH-SIDA nos dice que: “Desde su aparición en el mundo a principios del año ochenta, la epidemia de VIH/SIDA, ha sido la causa de más de 25 millones de muertes, tres millones de ellas en el último año. Se estima que hasta el 2007, última estadística, existen 41 millones de personas que viven con VIH/SIDA; en el año 2005 cerca de 5 millones de personas contrajeron la infección, 700.000 de ellas eran menores de 15 años”.

Con respecto a la epidemia en el Ecuador, el MSP (2007): “El comportamiento epidemiológico del SIDA en el Ecuador, a partir del primer caso detectado en el año 1984, la epidemia ha evolucionado en forma ascendente, hasta septiembre del año 2007 se registra un número acumulado de 11654 casos de VIH/SIDA”.

Según Walter Moya Pachecho (2010): “Después del 2015 habría por lo menos un miembro de cada familia infectado con el VIH.” En el Ecuador, cifras que son alarmantes.

En la presente investigación, sobre la Adherencia de los pacientes al tratamiento ARV, situación muy importante evitar la propagación de la patología, está planteada desde el manejo de personalidad, situación nuclear del Modelo Integrativo Ecuatoriano, propulsado en el Ecuador por un equipo encabezado por el Dr. Lucio Balarezo (2010:52), mismo que, considera como base filosófica al humanismo, como base epistemológica al constructivismo moderado, como base teórica a la personalidad (considerando además una visión ideográfica y nomotética) y como base práctica la flexibilidad.

De esta manera el Modelo Integrativo focalizado en la personalidad da lugar a un proceso psicoterapéutico en el cual se respeta la individualidad de cada paciente; permitiendo así comprender y entender al sujeto y las distintas construcciones que pueden existir ante una misma realidad con el objetivo de contribuir al alivio de su sufrimiento y lograr una proyección al futuro por medio del análisis y trabajo, por ejemplo en el proyecto de vida del paciente, mismo que se ve

perturbado por el diagnóstico de una enfermedad que hasta el momento es motivo de estigmatización, así también reconstruyendo significados disfuncionales al respecto.

Se incluirá además aportes por ejemplo provenientes del Modelo Cognitivo Conductual (Beck, 1983), en lo referente a pensamientos distorsionados que interfieren en el proceso de adaptación a la enfermedad, mismos que se pueden relacionar con la personalidad del paciente en cuestión, así como también en los mecanismos de afrontamiento.

La asociación de personas que conviven con el VIH-SIDA (ADHARA), en su publicación electrónica “Psicología y VIH-SIDA” refiere: “En la adaptación psicológica a cualquier enfermedad grave entran en juego múltiples factores relacionados con las características de la enfermedad y el tratamiento, aspectos relacionados con la personalidad y la capacidad de afrontamiento, el soporte familiar y las redes de apoyo, y los aspectos socioculturales vinculados a la enfermedad. Estos factores van a determinar el proceso de elaboración del duelo por la pérdida de la salud.

En el caso del VIH/SIDA esta adaptación se hace más compleja por las características específicas de esta infección frente a la sociedad, el estigma y la discriminación asociados al vih llevan a vivirlo en secreto, lo que implica un gran coste emocional y escaso soporte social. Las reacciones familiares, la amenaza laboral, el nivel de interferencia de los síntomas con las rutinas y actividades cotidianas, la interacción con profesionales de la salud y con el medio hospitalario, también supone una importante fuente de estrés añadida. A esta situación hay que sumar que el vih es una infección crónica de evolución incierta: toxicidad de los medicamentos, efectos secundarios indeseados, nuevas resistencias, es un marco donde prima la incertidumbre, la desesperanza, el miedo y la impotencia. Todo ello explica la alta prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en personas seropositivas. Así pues, los problemas de salud mental relacionados con la infección por el VIH son muy frecuentes y una proporción importante puede presentar problemas psicológicos y alteraciones patológicas persistentes. En ocasiones estas patologías están desatendidas, principalmente por infradiagnóstico y por un servicio público de Salud Mental con claras deficiencias”.

Es importante mencionar que las alteraciones emocionales no tratadas a tiempo pueden implicar por lo menos alguna de las siguientes características:

- Menor adherencia al tratamiento.
- Mayor probabilidad de conductas de riesgo
- Mayor inmunosupresión; relación entre sistema inmunológico y estados emocionales (Dubourdieu, 2008)

- Abandono de los autocuidados,
- Baja autoestima, aislamiento
- Vivencia mayor del estigma

Motivos por los cuales es importante intentar incluir en el proceso psicoterapéutico a las personas significativas en la vida del sujeto (familiares, pareja, etc) por medio de entrevistas vinculares mismas que según Dubourdieu M (2008 : 97), no es equivalente a terapia familiar o de pareja, pero, posibilitan intermediar en la comprensión y modificación de aspectos vinculares entre el paciente y su familia u otras figuras significativas. Tomando en cuenta que no se puede considerar al individuo aislado y descontextualizado de su entorno ni de su vida cotidiana en general.

Al incluir los elementos teóricos antes mencionados, se puede analizar integralmente al paciente, tanto en lo individual como con respecto a su entorno, coadyuvando así a una mejor adherencia al tratamiento clínico y por ende a mejorar su calidad de vida.

PLAN ANALÍTICO:

CAPÍTULO UNO

EL MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO

- 1.1 Bases filosóficas del Modelo Integrativo Ecuatoriano
- 1.2 Bases epistemológicas del Modelo Integrativo Ecuatoriano
- 1.3 Bases teóricas del Modelo Integrativo Ecuatoriano
 - 1.3.1 Tipología de la Personalidad
- 1.4 La relación psicoterapéutica

CAPÍTULO DOS

EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y EL SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

- 2.1 VIH-SIDA: Conductas de riesgo, vías de transmisión, epidemiología
- 2.2 Estadios o Fases de la infección
- 2.3 Aspectos Biológicos, psicológicos y sociales
- 2.4 El impacto del VIH en el estilo de vida
- 2.5 Pre y Post consejería en infección por VIH - Sida.
- 2.6 Respuestas emocionales ante la infección por VIH-SIDA.

CAPÍTULO TRES

VIH, EL PACIENTE Y SU FAMILIA

- 3.1 Tipología psicosocial de la enfermedad crónica,
- 3.2 Estructuras familiares

3.3 Neoparejas

3.4 Conflictos de pareja, conyugales y familiares ante el diagnóstico de VIH-SIDA

3.5 La familia como parte del abordaje

3.6 Factores que influyen en el afrontamiento de la enfermedad

CAPÍTULO CUATRO

ESTUDIOS PREVIOS SOBRE ABORDAJES PSICOTERAPÉUTICOS CON PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA (PVVS)

4.1 Distorsiones cognitivas en personas que viven con VIH

4.2 Terapia Familiar con personas afectadas por el VIH/SIDA como parte de un modelo multidisciplinario.

4.3 Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en pacientes diagnosticados con VIH-SIDA

4.4 Subjetividad y Procesos Cognitivos: “Estudio preliminar de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH-SIDA en Mendoza-Argentina”

CAPÍTULO CINCO

PROGRAMA DE ASESORAMIENTO E INTERVENCIÓN DESDE EL MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD.

5.1 Apoyo emocional a personas viviendo con VIH-SIDA (PVVS)

5.2 Vinculación psicoterapéutica

5.3 Asesoramiento a PVVS, familiares y/o allegados

5.4 La experiencia del sufrimiento

5.5 Fases del duelo

5.6 Factores causales de la no adherencia a los tratamientos

5.7 Tipología de la personalidad e influencia en los procesos de adaptación y adherencia al tratamiento clínico y antirretroviral.

5.8 Distorsiones cognitivas en personas que viven con VIH-SIDA no adherentes a los tratamientos.

5.9 Aportes de otras corrientes

CAPÍTULO SEIS

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

CAPÍTULO SIETE

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS:

- H 1 El asesoramiento e intervención desde el modelo integrativo mejora la adaptación del paciente con diagnóstico de VIH-SIDA y/o su adherencia al tratamiento clínico y/o ARV dependiendo de su personalidad.

- H 2 Los pacientes con características predominantemente cognitivas tendrán una mejor adherencia al tratamiento antirretroviral (ATRV).
- **VARIABLES E INDICADORES.-**

• H1: El asesoramiento e intervención desde el modelo integrativo mejora la adaptación del paciente con diagnóstico de VIH-SIDA y/o su adherencia al tratamiento clínico y/o ARV dependiendo de su personalidad.			
VARIABLES	INDICADORES	MEDIDAS	INSTRUMENTOS
VI: El asesoramiento e intervención desde el modelo integrativo permite la adherencia al tratamiento de los ptes con VIH -SIDA	Asesoramiento - Individual - De pareja - Familiar	Cualitativa	- Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPS) - Programa de asesoramiento E intervención
	Número de sesiones - Una - Dos - Tres		
VD: Adaptación	Intervención - Individual - De pareja - Familiar	Cualitativa	• Historia Clínica • Escala de medición de adherencia al tratamiento antirretroviral en personas VIH-SIDA • Informes Psicológicos.
	Número de sesiones - 1-3 - 4-6 - 7-10		
	- Muy buena - Buena - Mala	Cualitativa	
	Personalidad: - Paranoide - Anancástica - Histriónico - Ciclotímico		

- Personalidad del paciente con VIH-SIDA	- Evasivo - Dependiente - Esquizoide - Inestable - Disocial	Cualitativa	• Cuestionario SEAPSI de Personalidad. Confrontado con la clínica
---	---	-------------	---

H2: Los pacientes con características de personalidad predominantemente cognitivas tendrán una mejor adherencia al tratamiento ARV.

VARIABLES	VARIABLES INTERMEDIAS	INDICADORES	MEDIDAS	INSTRUMENTOS
VI: Los pacientes con características de personalidad predominantemente cognitivas.	-Falta de decisión, dudas y precauciones que reflejan una profunda inseguridad personal.	alto medio escaso	Cualitativa	• Cuestionario SEAPSI de Personalidad. • confrontado con la clínica
	-Preocupación por detalles, reglas, listas, orden, organización y horarios.	alto medio escaso	Cualitativa	
	-Perfeccionistas.	sí no	Cualitativa	
	-Capacidad limitada para expresar emociones.	sí no	Cualitativa	
	-Insistencia en que los demás se sometan a su manera de hacer las	excesiva media baja	Cualitativa	

VD: adherencia al tratamiento	cosas.	alta	Cualitativa	Escala de medición de adherencia al tratamiento antirretroviral en personas VIH-SIDA Cuadro de evolución psicoterapéutica
	-Sensibilidad a los contratiempos y desaires.	media escasa	Cualitativa	
	- Predisposición a rencores persistentes.	sí no		
	-Susplicacia y tendencia generalizada a distorsionar las experiencias propias interpretando las manifestaciones neutrales o amistosas de los demás como hostiles o despectivas.	siempre a veces nunca	Cualitativa	
	-Desconfianza	Sí No	Cualitativa	
	-Predisposición a sentirse excesivamente importante, puesta de manifestado por una actitud autorreferencial constante.			
		siempre a veces nunca		
		Muy buena Buena Mala		

DISEÑO DE INVESTIGACION.- Descriptiva y correlacional ya que se analizará la relación entre los distintos estilos de personalidad y la respectiva adaptación o dificultad al proceso.

- Las magnitudes a analizarse en el proceso de investigación son similares por lo que se usará el Coeficiente de Correlación de Pearson.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

POBLACIÓN: Se tomarán en cuenta a todos los pacientes con diagnóstico reciente de VIH-SIDA, y personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) que presentan resistencia al tratamiento clínico o antirretroviral que acuden al Hospital “Enrique Garcés” desde el inicio de la aplicación del presente programa por el lapso de tres meses.

RECOLECCIÓN DE DATOS: El proceso de recolección de datos se centra sobre todo en la entrevista y seguimiento psicoterapéutico.

FASES DE LA INVESTIGACIÓN:

- Elaboración del plan
- Selección de instrumentos
- Entrevistas psicológicas a los pacientes y obtención del consentimiento informado.
- Entrevistas vinculares a los familiares de los pacientes.
- Realización de la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPS)
- Aplicación inicial de reactivos psicológicos
- Planificación del proceso psicoterapéutico.
- Aplicación de asesoramiento o intervención psicoterapéutica (dependiendo si se trata de un paciente con diagnóstico reciente o a su vez de un paciente con resistencia al tratamiento antirretroviral).
- Retest de adherencia
- Evaluación final del proceso psicoterapéutico individual y con personas significativas que formaron parte del mismo.
- Análisis y procesamiento de datos

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN A UTILIZARSE EN EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN:

Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPS)

Ficha de pareja y familiar

Cuestionario SEAPSI de Personalidad, contrastado con la entrevista clínica

Cuadro de evolución

MÉTODOS:

- **Clínico.**- Para recabar, organizar y comparar datos personales de la vida del individuo, con el fin de evaluar la sintomatología y personalidad, llegando a un diagnóstico correspondiente.
- **Psicométrico.**- Como elemento coadyuvante para realizar la evaluación clínica y de personalidad
- **Estadístico de tipo descriptivo.**- Aplicado en el proceso de recolección y análisis de datos.

ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS**COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS****CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES****GLOSARIO**

ESTRUCTURA DEL CRONOGRAMA

Actividades	1er mes	2do mes	3er mes	4to mes	5to mes	6to mes
Elaboración del Plan	x	X				
Aprobación del Plan		X	X	X		
Investigación Bibliográfica		X	X	X	X	X
Desarrollo del Marco Teórico			X	X	X	
Aplicación de la Investigación		X	X	X	X	X
Elaboración de conclusiones						X
Elaboración del informe final						X

RECURSOS:▪ **Humanos:**

- Directora de la Clínica de VIH-SIDA HEG. Dra Rosa Terán
- Jefe del Servicio de Salud Mental: Dr. Ángel Neira
- Médicos Internistas del Servicio de Medicina Interna: Dra. Terán, Dr. Cevallos
- Investigadora: Grace Valdivieso M.
- Supervisora del Trabajo de investigación: Dra. Sylvia Mancheno
- Pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA (con diagnóstico reciente y/o escasa adherencia al TARV) de hospitalización y Consulta Externa que acuden al Hospital “Enrique Garcés”

▪ **Materiales:**

Espacio físico (consultorio para realizar las entrevistas, aplicación de reactivos psicológicos y seguimiento psicoterapéutico)

Material de escritorio

Computador para levantamiento y procesamiento de la información

▪ **Económicos:****Presupuesto:**

Transporte	\$50,00
Copias	\$30,00
Impresiones	\$30,00
Empastado	\$55,00
Presentación del informe final	\$80,00
 Total	 \$245,00

Financiamiento: Autofinanciado

B. INSTRUMENTOS.**B.1 FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA (FIEPs)**

No. _____

Fecha: _____ Psicólogo/a: _____

Nombre: _____

Edad: años Estado Civil: _____ Religión: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Residencia: _____ Dirección: _____ Telf: _____

Instrucción: _____ Ocupación: _____

Informante: _____

Tipo de consulta:

Ambulatorio		Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	
Otros ¿Cuál?			

DEMANDA

ORIGEN		
Paciente	Familiar (s)	

Profesional	Otros Profesora	
-------------	--------------------	--

- EXPLÍCITA
 - IMLÍCITA
 - ANTECEDENTES DISFUNCIONALES
- ☐ BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL
 - ☐ HISTORIA PSICOLÓGICA FAMILIAR Y/O GENOGRAMA
 - ☐ RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS
 - ☐ DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA
 - ☐ DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA O TRASTORNO
 - ☐ DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD
 - ☐ CRITERIOS PRONÓSTICOS
 - ☐ RECOMENDACIONES

C. ESCALA DE MEDICIÓN DE ADHERENCIA AI TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PERSONAS CON VIH-SIDA

Indicadores	Exc	M.B.	B	R	M
	5	4	3	2	1
1. Estado de salud mental (S.C.O., <u>Depresión</u> ., psicosis u otras enfermedades mentales severas)*****					
2. Percepción del tratamiento antiviral***					
3. Actitud de la persona frente a su enfermedad (Castigo, culpa, autodestrucción)*****					
4. Autoconcepto***					
5. Disposición y motivación para tomar la terapia antirretroviral***					
6. Participación de la familia u otras redes de apoyo que favorezca la adherencia y cumplimiento al tratamiento *****					
7. Disposición para realizar cambios en el estilo de vida que favorezca la adherencia al tratamiento antirretroviral***					
8. Actitud de la persona ante las crisis sociales asociadas a su enfermedad o en general***					
9. Posible tolerancia ante los efectos secundarios que puede provocar el tratamiento antiviral***					
10. Ingesta ética/***					
11. Consumo de drogas ilícitas ***					
12. Cumplimiento de citas médicas **					
13. Cumplimiento de tratamiento social**					
14. Estado de salud física (Presencia de enf. oport., peso, cd4)**					
15. Conocimiento del tratamiento antirretroviral y sus efectos adversos*					
16. Perspectiva de la persona VIH frente a la vida (Metas, proyectos a corto y mediano plazo, sentido de esperanza enmarcado dentro de su realidad.***					
17. Posibilidad de satisfacer necesidades básicas y axiológicas de la persona VIH**					
18. Relaciones familiares**					
19. Capacidad de incorporar el tx. a su vida cotidiana**					

20. Compañero(a), familiares o amigos cercanos con historia de abandono de tratamiento **					
TOTAL GENERAL					
OBSERVACIONES					
*****=criterio fundamental especialmente en depresión					
****= criterio muy importante					
***= criterio importante					
**= criterio medianamente importante					
*= criterio poco importante					

D. CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPSi

Nombre _____ Fecha _____

Señale las frases con las que más se identifique:

a	Al realizar alguna actividad o tarea me gusta que las cosas salgan perfectas		
	Programo mis actividades y salirme del esquema me genera ansiedad		
	Me resulta difícil expresar mis emociones y mis sentimientos a los demás		
	Soy rígido en temas vinculados con la moral y los valores		
	Me preocupa la posibilidad de tener alguna falla cuando realizo una actividad		
	Me siento preocupado cuando escucho críticas en mi contra		
	Cuando realizo alguna actividad me agrada que las personas se adapten a mi forma de hacer las cosas		
	En mis actividades soy muy organizado y me preocupo de todos los detalles		
	En las tareas laborales o domésticas, busco que todo tenga un orden ideal		
	Tengo ideas o pensamientos que no logro quitarlos fácilmente		
p	Cuando veo a un grupo de amigos reunidos tengo la sospecha de que pueden estar hablando de mi		
	Para que yo confíe en los demás deben demostrarme lealtad		
	Me molesta mucho cuando me interrumpen el trabajo que estoy realizando		
	Al ver a mi pareja en compañía de otra persona siento ira		
	Soy una persona que denota una cierta autoridad natural		
	Prefiero conocer los antecedentes de una situación a la que me voy a enfrentar para no ser sorprendido		
	Generalmente impongo mi punto de vista		
	En mis labores me gusta generalmente superar a las demás personas		
	Prefiero mantener mi vida privada en reserva		
	Cuando las personas en las que confío me fallan me resulta difícil perdonar		
c	Mi estado de ánimo es muy variable		
	Hay días en que me siento muy alegre y otros en los que sin causa estoy triste		
	A veces miro el futuro con gran optimismo y en ocasiones lo veo negro		
	Cuando estoy en buen estado emocional me torno excesivamente generoso		

	Por las mañanas siento triste y parecería que todo me saldrá mal		
	Me impresiono fácilmente ante las situaciones de sufrimiento humano		
	Soy sensible ante las circunstancias de malestar ajeno		
	En mi vida diaria repentinamente aparecen períodos de tristeza sin motivo		
	Sobredimensiono las expresiones de amistad y afecto		
	Soy bromista, agradable y expresivo con las personas que conozco		
h	En la mayoría de ocasiones me gusta salirme con la mía		
	Me gusta ayudar a la gente sin importar el grado de cercanía que tenga con ella		
	Reacciono con gran emotividad ante las circunstancias que ocurren a mi alrededor		
	Para salir de casa mi aspecto físico debe ser impecable		
	Cuando me propongo conseguir algo a veces exagero y dramatizo		
	Mi vida social es muy amplia, tengo facilidad para conseguir amigos		
	En una reunión social soy muy alegre y extrovertido me convierto en el alma de la fiesta		
	Creo fácilmente lo que me dicen o lo que leo, llegando a sugestionarme		
	Me gusta ser reconocido por lo que hago		
	Me agrada que los demás me vean atractivo		
ev	Prefiero evitar actividades que involucren contacto con los demás		
	Me preocupa la crítica, desaprobación o rechazo de las personas que conozco		
	En una reunión social prefiero estar alejado del griterío		
	Para poder relacionarme debo estar seguro de agrandar a los demás		
	Me cuesta simpatizar con los demás porque tengo miedo a ser ridiculizado o avergonzado		
	Mi vida social es reducida		
	Cuando conozco a gente nueva temo no poder iniciar una conversación		
	Me gustaría mejorar mis relaciones interpersonales		
	Tengo dificultades para hablar de mi mismo ante los demás		
	Me siento ofendido si alguien se muestra crítico frente a mí durante una conversación		
d	Cuando encuentro dificultades en el camino me resigno a no llegar al objetivo planteado		
	Cuando he terminado una relación afectiva busco que alguien me proporcione cuidado y apoyo		
	Cuando tengo problemas busco a otras personas para que me aconsejen		
	Me cuesta expresar mi desacuerdo a las demás personas		

	Prefiero acoger ideas y pensamientos cuando ya han sido aprobados		
	Soy obediente ante mis superiores y jefes		
	Generalmente intento evitar las discusiones con otros		
	Cuando observo dificultades tiendo a mantener una actitud pasiva y distante		
	Me siento incómodo y desamparado cuando estoy solo		
	En situaciones difíciles es mejor que los otros tomen decisiones		
e	Me resulta difícil disfrutar de las relaciones familiares y sociales		
	Prefiero hacer las cosas solo		
	Disfruto más realizando pocas actividades que demasiadas		
	Tengo pocos amigos íntimos o de confianza		
	Siempre me ha costado enamorarme profundamente		
	Soy insensible ante los hechos o circunstancias adversas que sucedan		
	No experimento intensamente emociones como la ira y la alegría		
	Prefiero las actividades abstractas o misteriosas		
	Soy indiferente ante los halagos o críticas de los demás		
	En las reuniones sociales prefiero mantenerme distanciado de las personas que me rodean		
ez	Me agradan las cosas excéntricas y fuera de lo común		
	Tengo un poder especial para saber qué es lo que sucederá en el futuro		
	Mi apariencia es peculiar y rara para los demás		
	No confío mucho en mis amigos íntimos o de confianza		
	Me agradan las supersticiones y los fenómenos paranormales		
	Con los demás soy inflexible, me cuesta ceder a sus peticiones		
	Siento que soy diferente y que no encajo con los demás		
	Me siento muy ansioso ante personas desconocidas		
	Temo que los demás quieran hacerme daño		
	Creo ver, oír o sentir algo que no es real		
ds	Reniego de las normas sociales y legales		
	A veces hago trampa para obtener beneficios personales		
	Si encuentro una solución que es favorable para mí, avanzo, sin fijarme si las consecuencias son negativas para otras personas		
	En la niñez solía causar daños a los animales		

	Suelo ser incapaz e impulsivo al planificar el futuro		
	Cuando estoy con iras expreso mi agresividad sin importarme las consecuencias		
	No me preocupa mi seguridad ni la de las demás personas		
	Soy inestable en mis trabajos aún cuando tenga obligaciones económicas		
	No tengo remordimientos cuando ofendo a los demás		
i	Me cuesta esfuerzos controlar mi ira		
	Soy impulsivo en la realización de mis actividades		
	Mis relaciones interpersonales son muy inestables e intensas		
	Me gusta engañar a las personas para que estén conmigo		
	Generalmente no mido las consecuencias de mis actos, aunque luego reacciono con arrepentimiento		
	Elaboro imágenes idealizadas de las personas que están conmigo		
	La rutina me molesta por eso siempre busco algo diferente que hacer		
	A pesar de tener un carácter fuerte temo ser abandonado		
	Me gasto el dinero de manera imprudente por ejemplo en apuestas, en compras innecesarias		
	Cambio bruscamente de opinión con respecto al futuro, las amistades o las ocupaciones		
APRECIACIÓN			

GLOSARIO

AFRONTAMIENTO.- Estrategia mediante la cual una persona resuelve una situación estresante.

ADAPTACIÓN.- Ajuste de la conducta a los requerimientos del medio ambiente

ANTICUERPOS.- Proteínas producidas por el sistema inmunológico para neutralizar infecciones o células malignas.

ANTIRRETROVIRALES.- Medicamentos para el tratamiento de la infección por el retrovirus VIH, causante del SIDA, usados para eliminar o inhibir la multiplicación del VIH.

ASINTOMÁTICO.- Se refiere a la ausencia de síntomas.

DEMANDA EXPLÍCITA.- Se refiere al motivo de consulta que es descrito por el paciente.

DEMANDA IMPLÍCITA.- El relato del paciente en relación al motivo de consulta puede ocultar motivos más profundos y que pueden permanecer así de forma consciente o inconsciente, incluso puede ser un mecanismo de defensa del paciente.

DISCRIMINACIÓN.- Todo acto que, directa o indirectamente, conlleve una distinción, exclusión, restricción o preferencia hacia una persona.

ENFOQUE IDEOGRÁFICO.- Una de las posiciones desde la cual Allport considera que la psicología debe distinguirse. Estudia y entiende al individuo como único, pone el énfasis en la experiencia individual. Esta perspectiva resalta la individualidad, la complejidad y la singularidad de cada persona. El objetivo de este modelo es llegar al entendimiento total de la unicidad del individuo.

ENFOQUE NOMOTÉTICO.- Busca principios generales que se pueden aplicar a grupos de personas diferentes.

IDENTIDAD SEXUAL.- Es lo que expresa cómo la persona se define, clasifica y se etiqueta a sí misma, su autodenominación. Es independiente de su atracción y de su comportamiento (gays, bisexuales, heterosexuales).

SUGESTIONABILIDAD.- Capacidad de ser sugestionado, depende de la personalidad del sujeto y de aspectos como la edad, sexo y estado emocional de la persona.

TERAPIA ANTIRRETROVIRAL.- Nombre dado a los regímenes de tratamiento recomendados por expertos en VIH para suprimir la reproducción vírica y demorar la progresión de enfermedades causadas por el VIH. Combina tres o más medicamentos diferentes. Estos tratamientos han demostrado que reducen la carga de virus de manera que resulta indetectable en la sangre de un paciente.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD.- Conjunto de trastornos caracterizados por un patrón de conducta generalizado e inflexible que no permite una correcta adaptación del sujeto a las demandas ambientales, provocando malestar en la persona o en su entorno

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ARV. Antirretrovirales

GBTH. Gays, bisexuales, personas trans y hombres que tienen sexo con otros hombres

ITS. Infecciones de transmisión sexual

MIEFP . Programa de Asesoramiento e Intervención desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano Focalizado en la Personalidad.

PVVS. Persona que vive con VIH/SIDA

SIDA. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

VIH. Virus de Inmunodeficiencia Humana