



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
INSTITUTO SUPERIOR DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIDADES Y MAESTRIAS
UNIVERSIDAD DEL AZUAY

“INFLUENCIA DE UN PROGRAMA DE PSICOEDUCACION DESDE EL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD EN LOS NIVELES DE ADHERENCIA AL TAR EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA (PVVS)”

Trabajo de Grado Académico de Maestría, previo a la obtención del título de
Magíster en Psicoterapia Integrativa

AUTORA: Dra. Glenda Alexandra Arriciaga Vaca
DIRECTOR: Dr. Lucio Balarezo Chiriboga

Quito D.M. – 2013

AGRADECIMIENTO

Una meta más se añade a las ya logradas, un paso más adelante en mi quehacer académico, un logro que me llena de orgullo por las dificultades encontradas en el camino que amenazaban con evitar que éste se cumpla.

A mi esposo e hijos, por la paciencia y la constancia de estar siempre a mi lado.

A Anellys, por haber llegado a mi vida y darme nuevas fuerzas para seguir adelante.

A mis alumnos, gracias por impulsarme a ser mejor cada día e impartir mis conocimientos adquiridos con ustedes

A todos los docentes de la Maestría que además de brindarnos sus conocimientos, nos proporcionaron su experiencia profesional. En especial al Dr. Lucio Balarezo Ch, tutor, y amigo, de quien me enorgullece llamarlo: MENTOR

DEDICATORIA

A Leonardo:

*Gracias por inspirarme a trabajar por los que necesitan consuelo
en los momentos más difíciles de su vida.*

¡Siempre estarás en mi corazón!

DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD

Yo, Glenda Alexandra Arriciaga Vaca, autora, con cédula de ciudadanía No. 1203063969 libre y voluntariamente DECLARO, que el Trabajo de Grado Académico de Maestría titulado:

“Influencia de un Programa de Psicoeducación desde el Modelo Integrativo focalizado en la personalidad en los niveles de adherencia al TAR en personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS)”

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

Atentamente,

Glenda Arriciaga Vaca

AUTORA

CC 1203063969

Quito, de julio del 2013

AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL

Yo, GLENDA ALEXANDRA ARRICIAGA VACA, con cédula de identidad No. 1203063969, en calidad de autora del trabajo de grado académico de maestría denominado:

“INFLUENCIA DE UN PROGRAMA DE PSICOEDUCACION DESDE EL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD EN LOS NIVELES DE ADHERENCIA AL TAR EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA (PVVS)”

Manifiesto mi autorización a la Universidad CENTRAL DEL ECUADOR, FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS a hacer uso de los contenidos del presente trabajo con fines académicos e investigativos.

Los derechos que como autora me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6, 8 y 19 y demás pertinentes a la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento

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.

Dra. Glenda Alexandra Arriciaga Vaca
AUTORA

Cédula: 1203063969

RESUMEN DOCUMENTAL

El objetivo es influir en los niveles de adherencia al TAR en personas que viven con el VIH/SIDA, a través de la implementación del programa de psicoeducación desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad. El problema identificado es la baja adherencia al tratamiento retroviral que desemboca en un incremento de los casos de SIDA en la zona. Se pretende despejar la interrogante: ¿el programa de psicoeducación desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad incrementa el nivel de adherencia clínica al TAR en PVVS?

La sustentación teórica de la personalidad y su influencia en la adherencia a la terapia antirretroviral se ha basado en el modelo de integrativo focalizado en la personalidad. El aspecto metodológico ha contemplado la aplicación de la ficha integrativa de evaluación psicológica, cuestionarios para medir la adherencia y pruebas para la detección de rasgos de la personalidad y el subsecuente análisis a través de pruebas de correlación para demostrar las diferencias estadísticamente significativas.

La conclusión general es que el tipo de personalidad afectiva mantiene bajos niveles de adherencia a la terapia antirretroviral, antes de la aplicación del programa de psicoeducación, pero después de esta aplicación, este tipo de personalidad fue el que mostró un mayor incremento en el nivel de adherencia, en comparación con los otros tipos de personalidad, aunque deben tenerse en cuenta otros aspectos tales como la aceptación que los familiares dan al diagnóstico y el adecuado conocimiento del estado de salud de los pacientes. La recomendación es implementar un programa de psicoeducación para aumentar el nivel de adherencia a la terapia antirretroviral y sugerir a los medios reorientar la radiodifusión en el que se incluya la necesidad de la detección temprana del virus y la difusión de estilos de vida saludables en PVVS.

CATEGORÍAS TEMÁTICAS

PRIMARIA: PSICOTERAPIA

SECUNDARIOS: Tipos de Personalidad - y Adherencia a ARV

DESCRIPTORES

Personalidades Afectivas - Baja Adherencia a la Terapia Antirretroviral

Programa Psicoeducación - Aumento de los niveles de Adherencia

CATEGORÍAS GEOGRÁFICAS

Región Costa, Los Ríos, Quevedo

ABSTRACT

Thesis on Psychotherapy, specifically on Psychoeducation and HIV. The aim is to influence the levels of adherence ART in people living with HIV/AIDS, through psycho-education program implementation from the integrative model focused on the personality. The problem identified is the low adherence to Retroviral Treatment leading to an increase in AIDS cases in area. It is intended to clear up the question: Does the program of psycho-education from the integrative model focused on personality increase the level of clinical adherence to ART in PLWHA?

The theoretical framework support of personality and its influence on adherence to ART has been based on integrative model focused on the personality. The methodological aspect has contemplated the application of integrative index card psychological assessment, the application of questionnaires to measure the adhesion and tests for the detection of personality traits and the subsequent analysis by correlation tests to reveal statistically significant differences.

The general conclusion is that affective personality type maintains low levels of adherence to antiretroviral therapy, before the application of psycho-education program, but after this application, this personality type was which presented a higher increase of the level of adherence in comparison with the other personality traits, although the other aspects should be taken into account such as the acceptance that patients' relatives give to diagnosis and the adequate knowledge of patients medical condition. The recommendation is to implement a psycho-education program to increase the level of adherence to antiretroviral therapy and suggest to the media to refocus the broadcasting in which the need for early detection of the virus and the dissemination of healthy lifestyles in PLWHA be included.

SUBJECT CATEGORIES

PRIMARY: PSYCHOTHERAPY

**SECONDARY: PERSONALITY TYPES - AND ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL
DESCRIPTORS**

Affective Personalities - Low Adherence to Antiretroviral Therapy

Psycho-Education Program – Increase of levels of adherence

GEOGRAPHICAL CATEGORIES

COASTAL REGION, LOS RIOS, QUEVEDO

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	ii
DEDICATORIA	iii
DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD	iv
AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL.....	v
RESUMEN DOCUMENTAL.....	vi
ABSTRACT.....	vii
TABLA DE CONTENIDO.....	8
TABLA DE CUADROS	11
TABLA DE GRAFICOS	13
INFORME FINAL DEL TRABAJO DE TITULACION.....	14
MARCO INTRODUCTORIO	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	16
OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN:.....	16
General:.....	16
Específicos:.....	16
JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA:	16
MARCO TEÓRICO	18
I CAPÍTULO	18
MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN PERSONALIDAD	18
1. ANTECEDENTES	18
<i>DEFINICIONES</i>	19
2 EL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD ...	21
2.1 BASES FILOSÓFICAS Y EPISTEMOLÓGICAS.-.....	22
2.1.1 Bases filosóficas.....	22
2.1.2 Bases epistemológicas.....	23
2.2 BASES TEÓRICAS.-	24
2.2.1 La personalidad como eje fundamental.....	24
2.2.2 Tipología de la Personalidad.....	27
Grupos con características de predominio Afectivo	28
Grupos con características de predominio Cognitivo	28
Grupos con características de predominio Comportamental.....	28
Grupo con características de Déficit Relacional	29
2.3 BASES METODOLÓGICAS.....	29

2.3.1 Primera etapa:	29
2.3.2 Segunda etapa:	30
2.3.3 Tercera etapa:	30
2.3.4 Cuarta etapa:	32
2.3.5 Quinta etapa:	32
II CAPITULO	34
EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y EL SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)	34
2.1 DEFINICIONES.-.....	34
2.2 TRANSMISIÓN DEL VIH	35
<i>EFICACIA</i>	35
<i>VIAS DE TRANSMISION</i>	36
<i>FACTORES DE RIESGO</i>	37
2.3 DETECCIÓN DEL VIH.....	38
Métodos de detección	38
<i>MÉTODOS INDIRECTOS:</i>	39
<i>MÉTODOS DIRECTOS.</i>	39
<i>INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:</i>	40
2.4 DIFERENCIA ENTRE PACIENTE SEROPOSITIVO Y PACIENTE CON SIDA... 41	
2.5 TRATAMIENTO RETROVIRAL.	41
<i>ESQUEMAS ANTIRETROVIRALES</i>	43
<i>ADHERENCIA</i>	43
<i>Factores influyentes en la adherencia</i>	44
<i>EVALUACIÓN DE ADHERENCIA</i>	46
<i>Métodos directos</i>	46
<i>Métodos indirectos</i>	46
III CAPÍTULO	49
PSICOEDUCACIÓN	49
INTRODUCCIÓN	49
CONCEPTO DE PSICOEDUCACIÓN	49
OBJETIVO	50
ELEMENTOS IMPORTANTES EN LA PSICOEDUCACIÓN	51
HIPÓTESIS.....	54
HIPÓTESIS 1.....	54
HIPÓTESIS 2.....	55
MARCO METODOLÓGICO	56

Tipo y diseño de la investigación.....	56
Población y Sujetos de estudio.....	56
Contexto de la investigación.....	56
Técnicas	57
Instrumentos.....	57
Análisis de validez y confiabilidad de los instrumentos.....	58
Pruebas para evaluar el nivel de adherencia al TAR	59
RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.....	61
Fase de Evaluación:	61
Fase de Ejecución:	61
PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN.....	61
ANÁLISIS DE RESULTADOS	65
Datos generales de las muestras del grupo de control y grupo de estudio.....	65
COMPROBACION DE HIPÓTESIS	84
HIPÓTESIS ESTADISTICA 1.....	84
HIPÓTESIS ESTADISTICA 2.....	86
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	88
Conclusiones.....	88
Recomendaciones	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
Tangibles:	91
Virtuales:.....	91
ANEXOS	94
A. PLAN APROBADO	94
B. INSTRUMENTOS	104
<i>B.1 FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA (FIEPs)</i>	104
<i>B.3 INVENTARIO MULTIAXIAL DE MILLON</i>	109
<i>B. 4 CUESTIONARIO PARA MEDIR ADHERENCIA</i>	116
C. GLOSARIO TECNICO	117

TABLA DE CUADROS

Cuadro 1. Clasificación de los antirretrovirales existentes en el Ecuador	43
Cuadro 2. Datos del Grupo de Estudio	65
Cuadro 3. Datos del Grupo de Control	66
Cuadro 4. Sexo de los Evaluados Que conforman los Grupos de Estudio.....	67
Cuadro 5. Edad de los Evaluados que Conforman los Grupos de Control de Estudio	68
Cuadro 6. Tipo de personalidad de los evaluados que conforman.....	69
Cuadro 7. Sexo y Porcentaje de Adherencia de los Evaluados del Grupo de Estudio y Control	70
Cuadro 8. Edad y Porcentaje de Adherencia de los Evaluados del Grupo de Estudio y Control	71
Cuadro 9. Personalidad y Porcentaje de Adherencia de los Evaluados del Grupo de Estudio y Control	72
Cuadro 10. Sexo y Porcentaje Antes y Después de la Ejecución del Programa de Psicoeducación.....	73
Cuadro 11. Sexo y Porcentaje de Adherencia en el Grupo de Control en las Evaluaciones Realizadas	74
Cuadro 12. Edad y Porcentaje de Adherencia Antes y Después de la Ejecución del Programa de Psicoeducación.....	75
Cuadro 13. Edad y Porcentaje de Adherencia en el Grupo de Control en las Evaluaciones Realizadas	76
Cuadro 14. Personalidad y Porcentaje de Adherencia Antes y Después de la Ejecución del Programa de Psicoeducación	77
Cuadro 15. Personalidad y Porcentaje de Adherencia en el Grupo de Control en las Evaluaciones Realizadas	78
Cuadro 16. Variación de los Porcentajes de Adherencia según el Sexo de los Grupos de Estudio y de Control en las dos Evaluaciones Realizadas	79

Cuadro 17. Variación de los Porcentajes de Adherencia Según la Edad de los Grupos de Estudio y de Control en las dos Evaluaciones Realizadas	80
Cuadro 18. Variación de los Porcentajes de Adherencia Según la Personalidad de los Grupos de Estudio y de Control en las Evaluaciones Realizadas	82
Cuadro 19. Personalidad y Porcentaje de Adherencia para Hipótesis 1	84
Cuadro 20. Prueba Tukey para Hipótesis 2.....	87

TABLA DE GRAFICOS

Gráfico N° 1. Sexo (Grupo de Control y Estudio).....	67
Gráfico N° 2. Rango de Edades (Grupo de Control y Estudio).....	68
Gráfico N° 3. Tipo de Personalidad (Grupo de Control y Estudio).....	69
Gráfico N° 4. Sexo y porcentaje de adherencia.....	70
Gráfico N° 5. Edades y porcentaje de adherencia.....	71
Gráfico N° 6. Personalidad y porcentaje de adherencia.....	72
Gráfico N° 7. Sexo y porcentaje de adherencia (Grupo de estudio).....	73
Gráfico N° 8. Sexo y porcentaje de adherencia (Grupo de control).....	74
Gráfico N° 9. Edades y porcentaje de adherencia (Grupo de estudio).....	75
Gráfico N° 10. Edades y porcentaje de adherencia (Grupo de control).....	76
Gráfico N° 11. Personalidad y porcentaje de adherencia (Grupo de estudio).....	77
Gráfico N° 12. Personalidad y porcentaje de adherencia (Grupo de control).....	78
Gráfico N° 13. Sexo y variación del porcentaje de adherencia.....	79
Gráfico N° 14. Edad y variación del porcentaje de adherencia.....	80
Gráfico N° 15. Personalidad y variación del porcentaje de adherencia.....	82
Gráfico N° 16. Coeficiente de correlación de Pearson.....	85

INFORME FINAL DEL TRABAJO DE TITULACION

MARCO INTRODUCTORIO

La presente investigación es de gran relevancia ya que contribuye de manera significativa a la aplicación de estrategias por medio de las cuales la persona viviendo con VIH/SIDA mejora su condición médica a través de su adherencia clínica al Tratamiento Retroviral, mejorar su calidad e incrementando su cantidad de vida.

Esta investigación fue realizada con pacientes que presentan baja adherencia al tratamiento antirretroviral que asistieron a la Unidad de Atención Integral al VIH/SIDA del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo, con el objetivo de identificar las dificultades en la adherencia al ARV según los rasgos de personalidad, e incrementar los niveles bajos de adherencia por medio de la aplicación del programa de psicoeducación desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad.

Mediante la aplicación del programa se logró 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.

En el tercer capítulo se aborda el tema de la Psicoeducación con sus componentes que es la teoría en la que se basó la ejecución del programa aplicado.

En el cuarto 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 para las evaluaciones tanto del grupo de estudio como al grupo de control. 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. Con todo lo anterior se buscó influenciar positivamente en la mejoría de la adherencia al TAR en los PVVS evaluados a través del programa de psicoeducación desde el modelo integrativo con su base teórica focalizada en la personalidad para evitar enfermedades oportunistas, aumentar la sobrevida y mejorar la calidad de ésta.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad del SIDA ha sido preocupación constante de las autoridades de Salud del país, desde el año 1984 en que se declaró la presencia del primer caso en el Ecuador. La curva de crecimiento es ascendente en los últimos años y a pesar de mantenerse en poblaciones concentradas (HSH, Bisexuales y Trabajadoras Sexuales), las consecuencias económicas, sociales, emocionales superaron las barreras de lo esperado.

El 83,15% de los casos VIH pertenece al grupo etario de 15-54 años y el 82,86% de los casos Sida está en el grupo de 20-49 años. Al final de 2010, 6765 personas que vivían con VIH estaban recibiendo tratamiento ARV

La provincia de Los Ríos es la tercera a nivel nacional con el mayor número de personas infectadas confirmadas. En la provincia actualmente existen cinco Unidades de Atención Integral al VIH/SIDA con personal capacitado de las que forman parte: médicos clínicos, ginecólogos, neonatólogos y personal de apoyo como trabajo social y psicología.

En las mencionadas Unidades se entregan Tratamiento Retroviral a los pacientes que lo necesitan, previo a la evaluación de los factores sociales, laborales, familiares e individuales que lo realiza el Servicio de Psicología. Esta evaluación se la realiza a posterior cada tres meses con cada paciente que tiene acceso al ARV.

En la UIA del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo se brinda el Tratamiento Antirretroviral actualmente a 185 pacientes actualmente, la mayor parte de la población a la que se brinda la medicación, está comprendida entre edades desde los 15 hasta los 49 años².

La combinación de los tratamientos antirretrovirales en la actualidad ha cambiado significativamente la historia natural de la enfermedad por VIH. El uso adecuado de las

combinaciones de antirretrovirales y la adherencia al tratamiento, son esenciales para optimizar su eficacia.

Actualmente se la trata como cualquier enfermedad crónica como la diabetes e hipertensión, pero a diferencia de éstas, el VIH requiere un cambio radical en áreas de la vida del paciente que pocos se plantean hacerlo por cuanto han sido “tabúes” como son: las relaciones familiares, conyugales y sexuales.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Qué rasgos de personalidad presentan los PVVS que tienen dificultades de adherencia al TAR?
- ¿Cuáles son los niveles de adherencia de los PVVS que han realizado el programa de psicoeducación desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad?

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN:

General:

- Influir en los niveles de adherencia al TAR a través de un programa de psicoeducación desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad.

Específicos:

- Identificar las dificultades de adherencia según el tipo de personalidad
- Diseñar el programa de psicoeducación desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad.
- Medir la eficacia del programa de psicoeducación desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad en la adherencia al TAR de PVVS.

JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA:

La adherencia al TAR es uno de los aspectos fundamentales para su eficacia, pero la existencia de factores sociales, económicos, individuales y sanitarios como son: comorbilidad con otros padecimientos, efectos colaterales del TARGA, combinaciones complejas de Retroviral, falta de acceso a los Servicios de Salud, temor a la discriminación, entre otros, ocasionan que el sujeto no cumpla con el tratamiento, lo que desemboca en consecuencias como: resistencia a los diferentes esquemas de TAR, ocurrencia de enfermedades oportunistas y muerte de los pacientes.

Por ello es de suma importancia la implementación de un Programa de Psicoeducación a la población afectada y tomando en cuenta que es la población económicamente activa la más afectada por esta enfermedad en nuestro medio, los costos económicos se reducirían al prolongar la vida de los usuarios y que ésta sea de calidad.

Se considera que los objetivos planteados en este estudio son alcanzables por contar con el número suficiente de casos para investigar, los recursos para el diagnóstico y evaluación, además la bibliografía es asequible y existe la apertura institucional para su desarrollo.

Dada la nula aplicabilidad de programas de Psicoeducación en este ámbito se expresa en términos logísticos la originalidad de la investigación, sin embargo, hay un punto de unión, que es la enorme vulnerabilidad de aquellas personas que sufren esta enfermedad, en las que, la presentación del padecimiento, toma la forma de una enfermedad definida, encontrando toda una serie de formas del sufrimiento subjetivo, en constante relación de inclusión y exclusión con el contexto social.

En base a lo expuesto se afianza la factibilidad del proyecto por los logros alcanzados en el ensayo, garantizando que este programa se convierta en un ítem más para medir la calidad en la prestación de los servicios de Salud Pública en el país.

MARCO TEÓRICO

I CAPÍTULO

MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN PERSONALIDAD

1. ANTECEDENTES

En el quehacer psicoterapéutico de la Psicología Clínica, han existido aportes de las diferentes corrientes, en donde se ha brindado una importancia fundamental al sectarismo que se ha alimentado en base a la diversidad. A pesar de aquello, desde los años '80, numerosos psicoterapeutas se han mostrado receptivos a otros enfoques y empezó a emerger "la era de la integración". (Rosado, 2007) y que deriva de la confluencia de diversos factores (Norcross, 1986):

1° La excesiva proliferación de nuevos enfoques psicoterapéuticos (más de 400 formas de psicoterapia).

2° La imposibilidad de que un enfoque determinado sea el más adecuado para todos los casos y la búsqueda de la adecuación tipo de paciente-tipo de problema-tipo de terapia.

3° Ausencia de una eficacia diferencial entre los distintos enfoques psicoterapéuticos (psicoanalítico, cognitivo, conductual, etc).

4° Reconocimiento creciente de factores comunes a las distintas psicoterapias que parecen explicar sus resultados similares.

5° Énfasis en la relación terapéutica y en las características de personalidad del paciente.

6° Factores sociopolíticos y económicos que presionan a los niveles asistenciales para reducir los costos eficacia/tiempo.

Los anteriores hechos han motivado a los autores a plantearse diversos enfoques de modelos integradores en psicoterapia: **A) La Integración Técnica:** Su máximo representante es R.

Lazarus (1984). Para este enfoque hay que reducir la importancia de las teorías y emplear cualquier procedimiento con una efectividad contrastada en determinados casos. Otro autor destacado es L. Beutler (1983,1990) que al anterior criterio de eficacia añade la selección del tipo de terapia en función de las características de personalidad del paciente (estilo de afrontamiento, estrés motivacional, gravedad del problema y nivel de reactividad o resistencia). Este autor remarca además lo irrelevante del diagnóstico psiquiátrico para seleccionar los enfoques terapéuticos.

B) La Integración Teórica: Desde este enfoque se propone bien integrar procedimientos de dos o más enfoques de modo "híbrido" y los que proponen una integración desde la psicología cognitiva y las teorías que en un determinado metanivel epistemológico puede explicar la diversidad de fenómenos de cada terapia.

C) Los Factores Comunes: Centrado en los procesos y factores comunes a las distintas psicoterapias y que explicarían su efecto general similar. Los autores más destacados son los clásicos Alexander y French (1946) y su concepto de "experiencia emocional correctiva" y J. Frank (1961) centrada en la psicoterapia como medio de reducir la "desmoralización" a través de determinados "mitos" (teorías) y "rituales" (procedimientos) institucionalizados.

De este modo al nivel más general existirían actualmente dos grandes corrientes a su vez con sus orientaciones particulares: aquellos que propugnan un enfoque particular ("escolásticos") y aquellos que propugnan un enfoque "integrador".

DEFINICIONES

El modelo integrativo es un planteamiento que viene gestándose desde hace aproximadamente la tercera década del siglo anterior, tiempo en el que connotados autores intentaban identificar acercamientos o similitudes entre sus corrientes psicoterapéuticas, en diferentes niveles.

A nivel de varios países de Latinoamérica (Argentina, Chile, Ecuador y Uruguay), han aparecido varios modelos integrativos, los mismos que cuentan con bases filosóficas, epistemológicas y teóricas que sostienen el quehacer psicoterapéutico de los mencionados modelos e impiden que aparezca el eclecticismo técnico ayudando a organizar el proceso.

Se considera a Fernández-Álvarez (Argentina) como el pionero del movimiento de integración latinoamericana, en 1992 expuso su teoría en "*Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*".

Para este autor los modelos integrativos se basan en el principio de que las aportaciones de los diversos enfoques terapéuticos pueden combinarse no por yuxtaposición armónica de diferentes procedimientos en un mismo nivel de organización teórico y técnico sino que pueden integrarse en un nivel superior de elaboración conceptual en el que pueden basarse. (p.41).

El chileno Roberto Opazo en 1992 publica "*Fuerza de cambio en psicoterapia: un modelo integrativo*", y en el 2001 "*Psicoterapia integrativa: delimitación clínica*".

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

La psicoterapia integrativa se diferencia de los enfoques tradicionales ya que posee una visión amplia que se evidencia al unificar diversos modelos y corrientes y al utilizar diversas formas de tratamiento basados en los objetivos planteados en el proceso terapéutico y las técnicas que se aplican. Se habla entonces de razones teóricas y clínicas que intervienen en su formación operando como factores interdependientes.

Para Millon y Davis, (1999) (cp. Balarezo 2010 p.48): "A diferencia del eclecticismo, la integración insiste en la primacía de una Gestalt que da coherencia, proporciona un esquema interactivo y crea un orden orgánico entre las diferentes unidades o elementos".

Para Opazo, (1992), (cp. Balarezo 2010 p.48) el integrar "involucra construir una totalidad a partir de partes diferentes".

Para Balarezo, (2003), (cp. Balarezo 2010 p.48) "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".

Este sustrato del desarrollo y evolución de los modelos integrativos, es un antecedente que argumenta la confiabilidad de las construcciones teóricas que se han desplegado para la elaboración de cada uno de los modelos, rompiendo así, el mero eclecticismo y asumiendo una madurez producto de 100 años de psicoterapia que ayuda a reconocer que una sola postura teórica, no tienen la verdad absoluta y que el conocimiento se construye con piezas diversas. El enfoque integrativo proporciona diferentes elementos para una comprensión más completa de "lo humano".

En el año 2006, se crea una agrupación bajo el nombre de Asociación Latinoamericana de Psicoterapias Integrativas, ALAPsI, cuyos integrantes pertenecen a Argentina, que tiene como máximo representante a Héctor Fernández-Álvarez, Chile está representado por

Roberto Opazo Castro, Uruguay por Margarita Doubourdieu, y Ecuador con el liderato de Lucio Balarezo Chiriboga, cada uno de ellos ha construido y plasmado su modelo de psicoterapia integrativa, conservando su individualidad teórica y metodológica; y, compartiendo a la vez, las bases filosóficas, epistemológicas y de intervención a través de la flexibilidad técnica.

2 EL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD

Este modelo surge ante una realidad cultural diferente a la de otros países como Argentina, Chile y Uruguay, en la cual la psicoterapia está prácticamente abriéndose camino para promover la conciencia social, acerca de la importancia y el valor de la misma para aliviar el padecimiento y sufrimiento del ser humano.

Las características de la cultura ecuatoriana que marcan la adquisición de una postura terapéutica integrativa focalizada en la personalidad son las siguientes según Balarezo, 2010:

- a. El paciente posee escasa cultura psicológica y psicoterapéutica, con un apego importante al modelo médico en su demanda.
- b. El paciente tiene tendencia a la urgencia e inmediatez, busca resultados breves y sintomáticos. Esta es la razón principal para que opte por tratamientos alternativos. Esta característica además no guarda relación con el estrato social al que pertenezca el paciente.
- c. Predominio del pensamiento mágico, imaginario y asociativo, lo cual genera que el paciente no se comprometa con el tratamiento sino que espera mejores resultados debido a fuerzas externas o sobrenaturales.
- d. Prevalencia del locus de control externo en términos de atribución de su patología y su curación. Esto impide que el paciente se responsabilice por sus acciones y busque alivio por mediación externa.
- e. Afectividad, expresividad, marcados sentimientos de solidaridad, arraigo y dependencia familiar son características propias del habitante ecuatoriano.

El enfoque integrativo focalizado en la personalidad tiene en común con los otros enfoques citados los aspectos epistemológicos, pero adquiere su propia identidad en las bases teóricas, metodológicas y técnicas.

2.1 BASES FILOSÓFICAS Y EPISTEMOLÓGICAS.-

2.1.1 Bases filosóficas

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 corrientes dominantes, conductismo y psicoanálisis, por ofrecer una visión del ser humano deshumanizada, reduccionista, mecanicista y determinista... (Martínez M., 1976).

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, aquella 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.

Al adoptar el Humanismo como base filosófica, se reconoce al sujeto como ser humano, con potencial de desarrollo, con características individuales, con capacidad de decisión, como ser social y con capacidad para lograr el empoderamiento de su situación necesario para la motivación para el proceso psicoterapéutico.

2.1.2 Bases epistemológicas

En cuanto a lo epistemológico el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad se basa en el constructivismo moderado.

El constructivismo a través de la historia ha recibido el aporte disciplinar de diferentes ciencias como la filosofía, la biología, la física, la cibernética, lo que ha permitido tener una visión amplia del conocimiento. En este sentido Feixas y Villegas 2000 (c.p. en Balarezo, 2010) han realizado un análisis a las bases meta-teóricas del constructivismo.

Para el constructivismo el conocimiento es el resultado de un proceso dinámico e interactivo, donde la realidad (objeto) es interpretada y hasta reinterpretada por la mente (sujeto); es decir conocemos la realidad a través de los modelos que construimos para explicarla, pero éstos modelos pueden ser modificables y perfectibles Balarezo (2010).

En el constructivismo existen dos posiciones, el constructivismo radical y el moderado o relativo.

Para el constructivismo radical la realidad es una simple construcción de nuestra mente, en otras palabras lo que no está en la mente no existe.

Para el constructivismo moderado o relativo, posición epistemológica que han adoptado los modelos integrativos latinoamericanos, no es posible acceder a la realidad de un modo independiente al observador, “la realidad es más que un simple reflejo de la mente, la verdad es construida y también descubierta” Sarran J., Murran C. (2000) (c.p. en Balarezo 2010).

Respecto al constructivismo moderado como base epistemológica del Modelo Integrativo, Opazo (2001, pag 53) manifiesta “...somos parcialmente constructores de nuestras percepciones, en otras palabras puesto que no podemos “escapar” de nosotros mismos en nuestra percepción, en cada percepción nos percibimos parcialmente a nosotros”

A continuación los planteamientos básicos del Constructivismo Moderado. Opazo (2001:

- Existe la realidad más allá del pensamiento o del lenguaje del sujeto cognoscente.

- La realidad no es plenamente accesible al conocimiento, ni es una mera construcción de nuestra mente.
- El sujeto cognoscente es activo en la percepción y parcialmente construye lo percibido.
- El conocimiento de la realidad no es posible vía “inmaculada percepción”. Siempre está “contaminada” por nuestras modalidades biológicas para percibir y por nuestras modalidades de lenguaje para concebir.
- La epistemología evolutiva contribuye a validar nuestro acceso a la realidad.
- Nuestro acceso a la realidad se valida también por el progreso científico, tecnológico y de la medicina.
- En términos generales el valor del conocimiento en psicoterapia se valida por el aporte predictivo de nuestras teorías y por el aporte al cambio de nuestras estrategias clínicas.
- Nuestra forma de acceder al conocimiento de la realidad es a través de “unidades cognitivas biológico/ambientales” que nunca nos permite acceder a una objetividad plena.

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.

2.2 BASES TEÓRICAS.-

2.2.1 La personalidad como eje fundamental

El Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad adopta como base teórica a la misma como eje fundamental para entender la vida psíquica, sus trastornos y orientar el proceso psicoterapéutico.

Existen muchos criterios y conceptos sobre la personalidad, algunos autores ponen énfasis en la herencia, en el medio ambiente, en las experiencias de los primeros años de vida, otros hacen referencia a todo lo que se sabe de una persona o lo que es típico de ella.

Para Millon y Davis (2004) la personalidad va más allá de lo físicamente observable, y más bien se centra en lo interno y menos visible del individuo y la definen así:

“Patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes, y en última instancia comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo” p. 4.

Para Allport (1986) (c.p. en Balarezo 2010 p.71), la personalidad es una estructura dinámica, influida por la interrelación de los sistemas psíquicos (mente) y físicos (cuerpo o soma) de la persona, lo cual va a determinar su forma de pensar, actuar y sentir tomando en cuenta la influencia del ambiente en esa estructura, definiéndola como: “la organización dinámica, dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente”.

El Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad reconoce a la personalidad como “Estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen en el ser humano, un modo de percibir, pensar, sentir y actuar singular e individual” Balarezo (2008) (c.p. en Balarezo 2010 p. 72).

A la personalidad se la concibe en una forma holística donde interactúan dinámicamente factores biológicos, psicológicos y socioculturales que van a influir en la forma como cada ser humano siente, piensa y actúa, haciéndolo único e irrepetible.

En todo caso cualquiera que sea el concepto de personalidad que se asuma, lo importante es entender que la misma es algo único de cada ser humano y que lo caracteriza como ser único e irrepetible.

Dentro del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, se reconocen los siguientes aspectos esenciales de la estructura y dinamismo de la personalidad:

- Estructura integradora de las funciones psíquicas y las condiciones biopsicosociales que determinan un comportamiento peculiar del individuo.
- La influencia de los componentes genéticos y biológicos en el comportamiento, así como en el proceso psicoterapéutico, pero sin ignorar el influjo que ejercen el ambiente, la cultura y los aspectos sociales.
- La existencia de lo consciente e inconsciente, desde una perspectiva biopsicosocial integradora para entender su dinamismo.

- La importancia del pasado como influyente en la formación de la personalidad y en el origen de los trastornos y terapéuticamente se trabaja sobre el presente cuando se trata de síntomas y se recurre al pasado para entender la estructura de la personalidad desde sus inicios a fin de lograr una proyección hacia el futuro, en su resolución.
- El significado de las motivaciones y la vida afectiva en la construcción y expresión de la personalidad.
- El valor de lo cognitivo en la estructuración de la personalidad ajustada y patológica y prioriza la acción psicoterapéutica sobre éste.
- La estimación del aprendizaje en la noción de lo normal y lo patológico y el entender los resultados del proceso psicoterapéutico como la expresión de nuevos estilos de aprendizaje.
- El valor de lo sistémico y ecológico en la situación del individuo como parte de un grupo social.

El considerar a la personalidad como eje central en el proceso, provee de una perspectiva más amplia de la realidad del paciente así como de los distintos significados otorgados a sus experiencias disfuncionales. Se toma en cuenta 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.

Son esenciales los aportes de las diferentes teorías y autores para la explicación de la de la estructura de la personalidad de cada uno de los individuos, entre éstas tenemos las Teorías de Rasgos con las propuestas de Eysenck y Catell, las Teorías Tipológicas con Sheldon y Kretschmer como sus principales referentes, las Teorías del Desarrollo con los aportes de Freud y Erikson.

- *Teorías de Rasgos:* Describen la personalidad usando atribuciones descriptivas relacionadas a conductas o comportamientos observables objetivamente por otros.
- *Teorías Tipológicas:* Agrupan rasgos comportamentales con etiquetas que permiten identificar una forma prevalente de actuar que tiende a ser más o menos constante y descriptiva de las personas. Estas teorías han permitido de alguna manera relacionar diferentes tipologías con factores causales y determinar el por qué las personas son como son.

- *Teorías del Desarrollo:* Su interés principal está en la estructuración de la personalidad en relación a los eventos que han sucedido a lo largo del ciclo vital que marcarán o determinarán de alguna manera la estructura y dinamismo de la personalidad.

Desde el modelo integrativo estas tres teorías pueden ser usadas de acuerdo al requerimiento de la terapia y del individuo, ya que se trabaja en los rasgos cuando se necesita modificarlo; sobre un tipo de personalidad para lograr reconocimiento o flexibilización; y estudiar las circunstancias históricas del paciente ayudan a entender cómo influyen en la conducta ajustada o patológica del mismo.

La perspectiva integradora del modelo de psicoterapia focalizado en la personalidad considera además la importancia de dos amplias perspectivas para lograr un nivel óptimo de precisión y alcance en el estudio de la personalidad: la perspectiva ideográfica y la perspectiva nomotética.

Se toma en cuenta los 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; y
- 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. (Balarezo, 2010 p. 80)

2.2.2 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 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.

En las personalidades de tipo afectivo la estrategia básica durante el proceso terapéutico es evitar que el paciente vea al terapeuta como omnipotente y salvador, hay que obtener cooperación activa y nuevas formas de llamar su atención.

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.

En las personalidades de tipo cognitivo la estrategia básica durante el proceso terapéutico es demostrar que el terapeuta es una persona en quien se puede confiar y el psicólogo emplea juicios y razonamientos.

Grupos con características de predominio Comportamental

- Impulsivas
- Trastorno Disocial de personalidad

Esta tendencia se expresa por la activación conductual inmediata, sin reparo suficiente en los componentes cognitivos y afectivos. La acción enérgica y primaria es su característica la misma que aprehende las relaciones interpersonales, los afectos y las cogniciones. En los

impulsivos existe control sobre sus acciones, en tanto que los Disociales carecen de ley y autocontrol.

En las personalidades comportamentales, la estrategia básica durante el proceso terapéutico es lograr la cooperación dejando a un lado rechazos y disgustos por los aspectos disciplinarios y metodológicos que emplea el terapeuta a través de propuestas concretas y directas.

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.

En este grupo será la estrategia básica será el manejo tolerante, distante y amistoso empleando confianza social, apoyo emocional y control de la directividad.

2.3 BASES METODOLÓGICAS

En el modelo integrativo focalizado en la personalidad se define a la Psicoterapia como *el método de tratamiento de enfermedades mentales, desajustes emocionales y problemas psíquicos, por medio de recursos psicológicos, sobre todo la palabra, en un marco de interacción personal positiva entre paciente y terapeuta* (Balarezo, 2008) (cp. Balarezo 2010 p.46)

El modelo especifica cinco etapas en el proceso psicoterapéutico, pero entendiendo que éste es irregular, discontinuo y sujeto a variaciones. Estas etapas en ocasiones pueden superponerse y entremezclarse entre sí, son:

2.3.1 Primera etapa:

- Determinación de la demanda, expectativas, motivaciones e inicio del proceso:

Mediante las estrategias de la primera entrevista podemos conocer el marco de referencia del cliente, su motivación, recursos emocionales que posee, el tipo de demanda y origen de la misma; la cual puede ser de dos tipos: explícita o implícita.

“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 y en otras oportunidades son totalmente inconscientes.”

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

2.3.2 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 premorbididad de la personalidad como precursora del trastorno....”

Se utiliza 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 se reconoce las clasificaciones de los trastornos planteadas por el CIE 10 o el DSM IV-TR, no se mantiene una actitud rígida en cuanto a sus criterios y pautas diagnósticas.

2.3.3 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 acercarse a sus motivaciones y expectativas.

“Los criterios diagnósticos obtenidos en la etapa anterior movilizan un plan terapéutico”

El plan terapéutico está conformado por los siguientes componentes:

- 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 cognoscitivas, su nivel de integración, el grado de flexibilidad, la capacidad para reaccionar afectivamente ante el contacto y 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, usando objetivos de asesoramiento o sintomáticos 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 focalizado en la personalidad 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 se trabaja en asesoramiento se dirigen a la resolución de conflictos intrapersonales, familiares, interpersonales o al desarrollo personal; si se actúa sobre el síntoma, los recursos técnicos empleados son procedimientos conductuales, sistémicos o provenientes de otras corrientes que se orienten en este sentido. Cuando se opera sobre la personalidad se utilizan 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.

2.3.4 Cuarta etapa:

- Ejecución y aplicación técnica.- Una vez que se ha realizado la planificación correspondiente, se puede iniciar esta etapa 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 **flexibilidad técnica** se la practica 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”.

2.3.5 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.

2.4 LA RELACIÓN PSICOTERAPÉUTICA

El tema de la relación terapéutica ha ido evolucionando a lo largo de los años gracias al aporte de algunos autores. Todas las corrientes psicológicas, coinciden que la misma es muy importante dentro del trabajo clínico, sin importar el recurso técnico que se utilice. Diversos estudios así como corrientes demuestran y coinciden sobre la importancia de la relación en el proceso psicoterapéutico, demostrando la supremacía de la relación sobre las técnicas en los resultados del proceso, dando un porcentaje del 15% a la aplicación de las diferentes técnicas.

Freud (1912), reconocía la importancia de fenómenos que llevan el establecimiento de una transferencia positiva entre terapeuta y paciente resaltando que el analista demuestra entendimiento y empatía para lograrla. (Balarezo, 2010)

Más adelante con los aportes de Hartley (1985) y Luborsky (1988), se reconoció el aporte del paciente en los fenómenos de relación, esto desde una visión psicodinámica. (cp. Balarezo, 2010 pág.171)

Para Fernández (2011) p. 48, la relación psicoterapéutica consiste en el entendimiento, la compatibilidad y el encaje que se da entre cliente y terapeuta, con un componente no solo relacional sino emocional.

Se desprende de los conceptos descritos que la relación en psicoterapia se basa en el principio de interés, comprensión, respeto y confianza que se verá reflejado en la buena relación paciente-terapeuta, lo cual mejorará la eficiencia y eficacia del proceso. En la relación psicoterapéutica se involucran también aspectos emocionales y actitudinales tanto del terapeuta como del paciente, el cómo éstos se interrelacionan en el proceso de la psicoterapia, serán los aspectos centrales de la relación.

En el modelo se deja a un lado la dicotomía entre relación y técnica, y la influencia predominante de cualquiera de las dos en el éxito de la terapia. No se puede negar que la presencia de fenómenos afectivos en el contacto terapéutico es necesaria en términos de manejo, control y mejoramiento; así como ciertas condiciones del terapeuta que tienen que ver con competencias cognitivas, emocionales, actitudinales, técnicas y éticas que rebasan la simple aplicación de una determinada técnica.

II CAPITULO

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

El capítulo actual tiene como objetivo mostrar aspectos generales con respecto a esta infección, como vías de transmisión, importancia del Tratamiento retroviral y la importancia de la adherencia del paciente para llevar una vida funcional y autónoma.

2.1 DEFINICIONES.-

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.
- “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”.

Según la Organización Mundial de la Salud (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 virus que causa el SIDA es el Virus de la Inmunodeficiencia Humana que se conoce con las siglas de VIH o HIV.

El VIH tarda varios años en provocar manifestaciones médico clínicas y ataca las células del sistema de defensa de los seres humanos exclusivamente, actualmente no existe ninguna duda de que sea el agente causal del SIDA.

Las etapas por las que transita una persona que ha sido infectada por el VIH varían si es una persona adulta o un menor de 13 años. Las principales etapas de esta infección son: infección aguda, período asintomático o latencia clínica y SIDA.

La etapa asintomática o también llamada de latencia clínica dura en promedio 10 años, en la cual existe actividad viral constante y no se evidencian manifestaciones clínicas de la infección; por lo que la gran mayoría de las personas no conocen que se encuentran portando el virus. A quienes se encuentran en esta etapa se les conoce como portadores asintomáticos o seropositivos, que pueden transmitir el virus aunque no existan manifestaciones de la enfermedad.

El término de Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), se refiere al estado donde se presentan diversas complicaciones relacionadas con la inmunosupresión grave causada por el VIH, presentándose signos y síntomas que son causados por diferentes enfermedades como algunas formas de neoplasias e infecciones.

2.2 TRANSMISIÓN DEL VIH

EFICACIA

El VIH no es un virus muy eficaz para transmitirse, por lo que se requieren reunir diversos factores para lograr la infección.

Por ejemplo, en una relación sexual si una persona tiene gonorrea o hepatitis B se tienen un 25 al 27% de posibilidades de infectarse con un solo contacto heterosexual; en cambio en el VIH la posibilidad es del 0.1%, o sea 250 veces menos que en gonorrea o hepatitis B. La eficacia de la transmisión, depende si se trata de coito anal, vaginal u oral.

En transmisión sanguínea es más eficiente, pero comparado con el virus de la hepatitis B es poco eficiente.

En un accidente ocupacional, por pinchazo con aguja hueca, se tiene una posibilidad promedio de adquirir el VIH del 0.5% y en cambio en hepatitis B es del 6 al 30%, 12 a 60 veces más que el VIH. Una forma particular de contagio mediante el uso de materiales

punzocortantes es el que se observa en trabajadores de la salud que han sufrido una punción accidental con una aguja hueca (de inyección) contaminada. Si bien el riesgo es bajo se estima que la posibilidad de contagio es de 3 por cada 1000 punciones accidentales.

La manera más eficiente de transmisión del VIH es mediante la transfusión de sangre (o hemoderivados) y de órganos infectados trasplantados (riñón, hígado, corazón y médula ósea). Más del 95 por ciento de las personas que se han expuesto al VIH por alguno de estos mecanismos han adquirido la infección.

Muchos países han implantado medidas de salud pública que han logrado disminuir considerablemente el riesgo de adquirir hoy en día la infección por VIH mediante transfusión sanguínea, hemoderivados o trasplantes; algunas de esas medidas son:

- Realizar la prueba de detección de anticuerpos al VIH a toda unidad de sangre, hemoderivado o posible donador de un órgano a trasplantar;
- La autoexclusión de potenciales donadores con base a prácticas de riesgo
- Y el tratamiento mediante calor de concentrados de factores de la coagulación.

Siguiendo estas normas hoy en día, la posibilidad de que la infección se transmita mediante una transfusión es muy baja y se calcula en 1 por cada 150,000 a 200,000 unidades de sangre transfundidas.

El riesgo de contagio para el hijo de una madre infectada por transmisión perinatal se calcula que es de un 25 a un 30 por ciento y una vez que el niño ha nacido, es posible que ocurra contagio mediante la lactancia materna.

VIAS DE TRANSMISION

El VIH ha sido aislado en diversos tejidos y líquidos corporales, sin embargo, se puede afirmar que son solo tres las posibles vías de transmisión del VIH:

La transmisión sexual.- Mediante contacto sexual o con las secreciones genitales de una persona infectada Esta vía es la causante de casi el 98% de los casos reportados en el Ecuador. Este fenómeno se atribuye a las conductas de riesgo tanto en personas con preferencias heterosexuales como homosexuales, por 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).

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”.

La transmisión sanguínea.- El VIH puede transmitirse también a través de sangre infectada, componentes sanguíneos o trasplante de tejidos infectados, como es el caso de transfusiones de sangre no garantizadas o derivados sanguíneos como por ejemplo: el plasma.

El riesgo al donar sangre, es el uso compartido de jeringas, lo que incluye el hábito de compartir jeringas entre los individuos que usan drogas intravenosas.

La transmisión vertical/perinatal.- Una madre que vive con VIH puede transmitirle a su hijo/a por medio 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.

FACTORES DE RIESGO

Hay cuando menos dos elementos que condicionan que una persona se infecte:

- El riesgo relativo a la exposición con el virus.
- La susceptibilidad individual.

Todo tipo de relación sexual sin utilización de una barrera protectora como un condón de látex conlleva cierto riesgo de infección. Sin embargo, existe una gran variabilidad en los sistemas de transmisión del virus son las relaciones sexuales coitales (orales, anales o vaginales), tanto heterosexuales como homosexuales, y el uso compartido de agujas y jeringuillas contaminadas; pero también es posible la infección mediante transfusión sanguínea y a través de la madre infectada a su feto.

De todos los tipos de coito el anal receptivo es el que resulta de mayor riesgo. Tanto el anal insertivo como el coito vaginal tienen un menor riesgo; pero sólo se trata de probabilidades de contagio. Existe la posibilidad de que éste ocurra en el primer contacto sexual aunque sea de «relativo bajo riesgo». Al igual que en otras enfermedades de transmisión sexual la eficiencia de transmisión es mayor del hombre a la mujer y la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual, en particular úlceras genitales, aumenta significativamente el riesgo de contagio.

Ha existido algo de discusión sobre si el sexo oral es capaz de transmitir el VIH; sin embargo, hoy en día se acepta que esta es una posible, si bien poco frecuente, forma de contagio.

Por lo que se concluye que existen prácticas de riesgo de contagio del virus y no grupos de riesgo.

Existe evidencia contundente de que no ocurre transmisión del VIH por contacto casual. Esta se deriva de un gran número de estudios epidemiológicos que en conjunto incluyen a miles de personas. Por ello se afirma que el VIH no se transmite por saliva o lágrimas (a pesar de que se ha podido aislar el virus de estas secreciones) ni por el contacto de la convivencia no sexual que ocurre al compartir utensilios de comida, baños, rasadoras y máquinas de afeitar o a través de besos y caricias mutuas.

2.3 DETECCIÓN DEL VIH

El número cada vez más creciente de casos de SIDA en el mundo, el conocimiento que es una enfermedad que no tiene cura y los esquemas de tratamiento más eficaces que ofertan una mayor sobrevida con mejor calidad, obligan al personal de Salud a detectar en etapas más tempranas la infección, con el objetivo de poder brindar una atención oportuna, e iniciar terapias en fases tempranas.

Métodos de detección

La preferencia de los métodos a utilizar para la detección del VIH, dependen básicamente de la sensibilidad y especificidad del método, de su seguridad, de la facilidad del proceso y su costo, otro factor que es considerado es la facilidad de la toma de la muestra. En la mayoría de las pruebas de laboratorio para detectar la presencia del VIH, generalmente se utiliza sangre, sin embargo existen otros métodos de detección que utilizan otros líquidos corporales (ejem. saliva, semen).

Los métodos utilizados para detectar al VIH se dividen en:

- **Métodos Indirectos.** Estos métodos detectan anticuerpos contra el VIH formados por el sistema inmune.
- **Métodos Directos.** Estos métodos detectan la presencia del virus o alguno de sus componentes.

MÉTODOS INDIRECTOS:

Son los diferentes métodos de laboratorio que detectan anticuerpos contra el VIH.

El método más utilizado en Ecuador, es el denominado método de ELISA. Este método se comenzó a usar en 1985 y desde entonces se ha mejorado su sensibilidad y especificidad para la detección de anticuerpos específicos.

Esta prueba es utilizada como la prueba inicial, y requiere de extracción de sangre para su análisis.

El método de ELISA, puede arrojar los siguientes resultados:

1. POSITIVO cuando se encuentran anticuerpos contra el VIH,
2. NEGATIVO cuando no se detectan anticuerpos contra el VIH en la muestra, sin descartar la presencia del período ventana.
3. INDETERMINADO cuando no se puede determinarla o descartar existencia de anticuerpos contra el VIH.

Existen condiciones médicas en algunas personas que pueden alterar el resultado de la prueba de ELISA, obteniéndose falsos positivos o falsos negativos. Estas condiciones son las siguientes: personas que han sido politransfundidas, personas con daño renal crónico, algunas enfermedades reumáticas, personas portadoras de hepatitis tipo B y C, personas con agamaglobulinemias, por lo que es necesario para un resultado más confiable, la prueba sea repetida 3 meses después de la primera, o dar paso a una Prueba de mayor especificidad como es Western Blot.

El método denominado como Western Blot o también llamada Prueba Confirmatoria, detecta también anticuerpos pero a diferencia del método ELISA, se reconocen anticuerpos específicos contra las diferentes estructuras del virus.

La técnica utiliza sangre, tiene un costo alto, es compleja, y se la realiza una sola vez.

MÉTODOS DIRECTOS.

Los métodos directos reconocen directamente al virus en una muestra, estos métodos son los siguientes:

Cultivo del virus: Para realizar esta técnica, se “siembra” la muestra en diferentes líneas celulares, con el propósito de aislar al virus.

Esta técnica tiene como inconveniente su alto costo. La técnica se utiliza cuando con las pruebas anteriores no ha podido llegar a establecer el diagnóstico.

Búsqueda de antígenos vírales: Los antígenos vírales desaparecen cuando empiezan a circularlos anticuerpos específicos, esta técnica está indicada en las etapas de la enfermedad donde aún no se producen anticuerpos.

Método de PCR (reacción en cadena de la polimerasa): Esta técnica es la más reciente, con esta técnica se logra amplificar la señal del material genético del virus, aun cuando sean pequeñas cantidades, es una técnica muy sensible y específica, pero su costo es alto.

Estas técnicas por su alto costo son realizadas una sola vez y en países en vías de desarrollo es usado en casos muy puntuales, como niños expuestos perinatales o parejas serodiscordantes

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

Para poder interpretar correctamente los resultados de la prueba más comúnmente usada, es necesario cumplir algunos requisitos:

- a) La persona se debe someter a una prueba de tamizaje inicial en dos ocasiones (dos pruebas de ELISA) con un intervalo de tiempo entre cada una de 3 meses en promedio, y de acuerdo a los resultados de cada una de ellas se deberá realizar la prueba de Western Blot.
- b) Dos resultados negativos de ELISA se interpretan como que el sujeto no ha sido infectado por el VIH (SERONEGATIVO).
- c) La presencia de un resultado positivo o indeterminado de cualquiera de las dos ELISAs, obliga a realizar la prueba de Western Blot para confirmar o descartar la infección por VIH.
- d) Un resultado Western Blot positivo, confirma el diagnóstico de infección por VIH (SEROPOSITIVO).

En Ecuador, la mayoría de las pruebas de laboratorio para detectar la presencia del VIH, usan sangre, sin embargo existen otros métodos de detección que utilizan otros líquidos corporales (ejem. saliva, semen).

Actualmente la prueba de VIH se realiza previa consejería, la misma que abarca aspectos como el proceso de pruebas a realizarse, el período ventana, detección y disminución de conductas de riesgo y consentimiento informado.

En cualquier caso se debe de tener presente que estas pruebas son: *confidenciales, voluntarias y gratuitas*.

2.4 DIFERENCIA ENTRE PACIENTE SEROPOSITIVO Y PACIENTE CON SIDA

El término SEROPOSITIVO al VIH, se refiere a una persona que en su sangre se ha detectado la presencia de anticuerpos contra el VIH por medio de las pruebas específicas para ello, aunque no haya manifestado algún síndrome clínico y que la cuenta de linfocitos T CD4 es mayor a 200 células/ml.

Por definición de acuerdo a la clasificación del Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) en 1993 una persona con menos de 200 células CD4 debe considerarse con SIDA, aunque clínicamente se encuentre asintomática. Esta fase es cuando el paciente requiere indudablemente del uso de antirretrovirales (ARV), porque su conteo de células CD4 ha disminuido que lo pone en riesgo de cualquier enfermedad oportunista.

En el país actualmente se considera el uso de ARV a partir de 350 células CD4 para evitar y prevenir el apareamiento de la fase SIDA.

2.5 TRATAMIENTO RETROVIRAL.

A lo largo de los años en lo que respecta al tratamiento por Virus de Inmunodeficiencia Humana, ha habido una gran fluctuación en las percepciones del público en general, los médicos y los investigadores que tienen acerca de la eficacia de los tratamientos antirretrovirales.

Hasta antes de 1987, el tratamiento se concentraba en las enfermedades oportunistas que aparecían en las etapas avanzadas de la enfermedad. A partir de 1987 cuando la Zidovudina (AZT) estuvo disponible, hubo una gran oleada de optimismo y entusiasmo.

Cuando se realizaron estudios de largo plazo, se evidenció que el tratamiento con monoterapia a base de AZT tenía muchas limitaciones. Algunos estudios demostraron que el AZT como único fármaco no prolongaba la sobrevivida a largo plazo, unido al apareamiento de efectos colaterales tóxicos en algunos casos de gran magnitud, llevaron hacia el escepticismo del tratamiento.

A principios y mediados de los años 90, se realizaron varios avances en relación a la investigación sobre el VIH/SIDA. Algunos de ellos fueron:

1) El desarrollo de pruebas que son capaces de medir la cantidad de RNA de VIH (carga viral), con el fin de determinar el pronóstico de la enfermedad, de determinar la eficacia de los nuevos tratamientos y de investigar la dinámica viral de la enfermedad por VIH.

2) El desarrollo de combinaciones de tratamiento, primero con dos medicamentos y después con tres medicamentos antirretrovirales, y la validación de estas combinaciones en estudios clínicos.

En la actualidad algunos antirretrovirales, que inhiben enzimas esenciales, la transcriptasa reversa, retrotranscriptasa o la proteasa, reducen la replicación del VIH. De esta manera se frena el progreso de la enfermedad y la aparición de infecciones oportunistas, así que aunque el SIDA no puede propiamente curarse, sí puede convertirse, con el uso continuado de esos fármacos en una enfermedad crónica compatible con una vida larga y casi normal.

En el año 2007 la Agencia Europea de Medicamentos (EMA por sus siglas en inglés) autoriza el fármaco Atripla que combina tres de los antirretrovirales más usuales en una única pastilla, disponible en Ecuador, siendo el tratamiento de primera elección en adultos. Los principios activos son el efavirenz, la emtricitabina y el disoproxilo de tenofovir,

Las diferentes drogas tienden a impedir la multiplicación del virus y, hacen más lento el proceso de deterioro del sistema inmunitario. Al inhibir diferentes enzimas, las drogas intervienen en diferentes momentos del proceso de multiplicación del virus, impidiendo que dicho proceso llegue a su término. La ventaja de la combinación reside, justamente, en que no se ataca al virus en un solo lugar, sino que se le dan "simultáneos y diferentes golpes".

Los inhibidores de la transcriptasa inversa introducen una información genética "equivocada" o "incompleta" que hace imposible la multiplicación del virus y determina su muerte. Los inhibidores de las proteasas actúan en las células ya infectadas impidiendo el «ensamblaje» de las proteínas necesarias para la formación de nuevas partículas virales.

En el año 2010 se comprobó la eliminación del virus de un paciente con leucemia al recibir un trasplante de médula ósea de un donante que no presentaba el receptor CCR5, lo que impidió que el virus ingrese a las células de CD4 y se siga multiplicando.

Actualmente se ha detectado que cierta población europea no posee el receptor CCR5 que el virus necesita reconocer para entrar a la célula.

Siendo una operación con altos riesgos, la posibilidad de que esto se vuelva una solución práctica es casi inexistente de momento. A pesar de los resultados, las operaciones de este tipo exigen dosis de inmunosupresores para toda la vida.

ESQUEMAS ANTIRETROVIRALES

Para la elección del tratamiento más adecuada, se tomará en cuenta la eficacia, toxicidad y tolerancia de los ARV.

El Cuadro N° 1 se presenta los medicamentos antirretrovirales disponibles para su uso en el Ecuador.

Cuadro 1. Clasificación de los antirretrovirales existentes en el Ecuador

Inhibidor de Transcriptasa Reversa nucleósido (ITRN)	Inhibidor de Transcriptasa Reversa No nucleósido (ITRNN)	Inhibidor de Proteasa (IP)	Inhibidor de Integrasa (II)
Zidovudina (AZT)	Efavirenz (EFV)	Lopinavir + Ritonavir (LPV/RTV)	Raltegravir (RLV)
Lamivudina (3TC)	Nevirapina (NVP)	Saquinavir (SQV)	
Didanosina (ddI)	Etravirina (ETV)	Atazanavir (ATZ)	
Abacavir (ABC)		Darunavir (DRV)	
Tenofovir (TDF)			
Emtricitabina (FTC)			

Fuente: Guía VIH Adultos - MSP

El esquema de inicio en nuestro país es un régimen combinado de tres fármacos en un comprimido de una toma diaria, representando la forma más simple de optimizar la TARGA.

Estos regímenes combinados se asocian a una mejor adherencia, calidad de vida y también a una mejor tasa de supresión virológica. En el Ecuador están disponibles las siguientes ARV en dosis fija combinada: AZT+ 3TC, ABC+ 3TC, TDF+ FTC y TDF+FTC+EFV.

ADHERENCIA

“Adherencia al ARV significa respetar fielmente el horario de la toma de píldoras y todas las dosis de medicamentos prescritos, más específicamente es cuando una persona que vive con VIH/Sida cumple con exactitud la toma de sus medicamentos antirretrovirales, de acuerdo a las indicaciones de su médico tratante, incluyendo horarios y los cambios alimenticios a seguir”

Importancia de la adherencia.- Es necesario que la persona reconozca el valor de cumplir con la toma de su terapia antirretroviral, ya que se controlará la progresión o multiplicación del VIH en el organismo, aumentarán las células CD4 del sistema inmunológico, disminuirá la carga viral, reducirá los efectos secundarios y por ende, incrementará la calidad de vida,

evitará la creación de resistencia viral, no aparecerán enfermedades oportunistas e incluso la etapa SIDA.

En tal sentido, es indispensable que la PVVS, haga todo lo que esté a su alcance, siendo entre ellos asumir su compromiso y responsabilidad consigo mismo, a través de la elaboración de una rutina que le ayude a adaptarse a ese nuevo hábito o estilo de vida diario. Lo anterior significa cumplir con la toma de los medicamentos a su justa hora, tomar en cuenta las consideraciones dietéticas dependiendo del tipo de antirretroviral que toma para así, lograr el incremento de la efectividad del tratamiento. Se debe tomar en cuenta que existen algunos antirretrovirales que se deben ingerir sin comidas y otros con comidas.

El cumplimiento del ARV en un principio suele ser difícil, ya que la persona deberá tomar un número de pastillas que no estaba acostumbrada a tomar anteriormente. En algunos casos, la persona puede necesitar de apoyo externo, tales como uso de alarmas electrónicas, recordatorios escritos y verbales por parte de amigos/as y familiares, entre otros.

Factores influyentes en la adherencia

Los factores están asociados a la persona, condición de salud, al esquema de tratamiento y al equipo médico asistencial.

➤ *Factores asociados a la Persona:* características como la edad, sexo, raza, ocupación, nivel educativo, entre otros son factores que influyen en la adherencia en una persona. El poseer un domicilio fijo, tener una familia, pareja o amigos/as es un factor que facilita la adherencia. Algunos adultos/as presentan mayor y mejor adherencia al tratamiento, que aquellos adultos mayores de 75 años o menores de edad en quienes se ha observado que su adherencia es muy baja. De igual modo, sucede con consumidores de drogas recreativas (marihuana, cocaína, piedra, crack, y muchas más), por presentar una situación compleja, que incluye en la mayoría de los casos trastornos psiquiátricos y sociales significativos.

La ansiedad y la depresión son enemigos poderosos al cumplimiento del tratamiento. Estudios realizados en personas con VIH que tomaban zidovudina/AZT y que presentaban depresión o marcada ansiedad, el nivel de adherencia era muy poca. Mientras aquellos que no presentaban ninguna de las emociones citadas, su nivel de cumplimiento de adherencia era mayor del 81%. El abuso del alcohol (alcoholismo) se ha identificado como un factor asociado al mal cumplimiento en la toma de los medicamentos. Muchas personas con VIH que consumen alcohol habitualmente tienden a no tomar o saltar sus dosis de antirretrovirales, debido al olvido que causa el alcohol. En este caso, se hace necesario considerar la asistencia psicológica o psiquiátrica. Las creencias, actitudes y valores que las

personas con VIH tienen con respecto a los medicamentos antirretrovirales, a los problemas de salud y al equipo asistencial (médicos, enfermeras, farmacéuticos) son factores determinantes a la hora de empezar el tratamiento prescrito por el/la médico/a.

Es importante que la persona con VIH visualice o perciba el beneficio potencial que trae el tomar sus medicamentos antirretrovirales y el hacerlo de la manera correcta en su vida. En definitiva, la persona constituye un complejo sistema de conductas, en la que intervienen numerosos factores que inciden en el cumplimiento efectivo del tratamiento.

➤ *Factores asociados a la condición de salud:* El proceso de adherencia o cumplimiento del tratamiento es diferente en cada una de las personas, ya bien sea cuando está en la fase sintomática (presenta síntomas asociados al VIH) o cuando es asintomática (no presenta ningún síntoma). El mayor deseo de una persona portadora del VIH es mantenerse saludable, mantenerse activa y productiva, alcanzar los valores normales de los CD4 y reducir los valores de carga viral hasta niveles indetectables, es decir menores a 50 copias de ARN del VIH.

➤ *Factores asociados a los esquemas de tratamientos:* Antes que las personas con VIH/Sida inicien sus esquemas de tratamientos, necesitan manejar información en cuanto a su dosificación, efectos secundarios, medicamentos contraindicados, alimentos que se deben o no consumirse cuando se toman los antirretrovirales. Esto con la finalidad de decidir el mejor esquema de tratamiento que se adecue a su nueva rutina para lograr la mejor eficacia y absorción de su organismo a los diversos tipos de medicamentos.

Asimismo, también se requiere previamente analizar su estilo de vida para lograr la mejor adaptación posible al tratamiento y evitar alguna interferencia con las comidas, horas de sueño, horario del trabajo y de los estudios, como demás asuntos relacionados con su vida social. Existen personas a las que les resulta incómodo tomar sus antirretrovirales en los sitios de trabajo, estudios y lugares públicos.

➤ *Factores asociados al equipo médico asistencial:* La relación que se establece entre el equipo de salud y la persona que vive con VIH es de suma importancia. Muchas personas que viven con VIH/SIDA señalan que debe existir como una especie de magia entre ambas partes, ya que de lo contrario, apunta a que se establezca un rechazo a la aceptación de los medicamentos antirretrovirales y por ende, a la incorrecta ingesta de los mismos. Se ha determinado en varios estudios que establecer relaciones donde no existe confianza, ni comunicación adecuada entre otras, dificultan notablemente la adherencia. Por lo tanto, entre el equipo de salud y la persona con VIH debe existir buen trato, respeto y seguridad, ya que

este valioso equipo de profesionales de la salud es un verdadero aliado en la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA.

EVALUACIÓN DE ADHERENCIA

A lo largo de los años, debido a la elevada importancia del grado de adherencia al tratamiento antirretroviral, se han desarrollado diversos métodos para medirla.

Todos ellos presentan limitaciones, por ello, se recomienda utilizar combinaciones de los mismos a fin de compensar sus carencias. Los métodos para la valoración de la adherencia se clasifican en directos e indirectos.

Métodos directos

Están basados en parámetros bioquímicos cuantificables. La determinación de concentraciones plasmáticas de antirretrovirales es la única medida objetiva y específica de adherencia al tratamiento antirretroviral, pero su elevado coste limita su aplicación en la práctica clínica diaria (García Díaz, 2005).

Métodos indirectos

Son los más utilizados por su sencillez, aunque no son totalmente objetivos y por tanto, son menos fiables.

1. Recuentos de medicación:

Este método consiste en calcular la adherencia mediante la siguiente fórmula:

$$\% \text{ de adherencia} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de unidades dispensadas} - \text{N}^\circ \text{ de unidades devueltas}}{\text{N}^\circ \text{ de unidades prescritas}} \times 100$$

Se ha utilizado con éxito en otras enfermedades crónicas debido a su bajo coste y sofisticación, pero presenta importantes limitaciones cuando se aplica al cálculo de la adherencia al TAR, porque devolver la medicación sobrante es molesto y aparatoso para el paciente, y recontarla resulta complejo para los profesionales sanitarios. Además es una medida fácilmente manipulable por parte del paciente. Actualmente se considera un método aceptable, pero en combinación con otros (Escobar et al., 2008).

2. Recuento de la medicación sobrante:

Consiste en contar el número de pastillas o unidades del medicamento antirretroviral que quedan en el envase. Si se conoce la fecha en que se ha iniciado el tratamiento y la fecha

de recepción del antirretroviral, se puede establecer una medida para determinar si hay una buena adherencia o no.

3. Registros de dispensación:

Se basan en la asunción de que un paciente no puede tomar la medicación que no le es dispensada y de que toma de forma adecuada aquella que se le dispensa. Así, un paciente no será adherente si no recoge a los intervalos adecuados la medicación necesaria para cubrir el periodo de tratamiento para el que se dispensa la misma, que habitualmente suele ser de 1 ó 2 meses.

Este método suele ser empleado de forma rutinaria por los farmacéuticos implicados en la atención farmacéutica a los pacientes VIH, porque el sistema de dispensación de medicación establecido en el país permite aplicarlo fácilmente y, además, se ha visto que presenta una buena correlación con los resultados virológicos y aceptable especificidad y sensibilidad. Se debe tomar en cuenta que la dispensación de la medicación no es sinónimo de cumplimiento correcto, o la subestimación de la adherencia cuando el paciente está hospitalizado, puesto que no recoge la medicación durante el ingreso. (Escobar et al., 2008).

4. *Cuestionarios*

En la actualidad son unos de los métodos más utilizados, tanto por su sencillez como por su economía (Ortega Valin, 2002). El procedimiento consiste en solicitar al paciente que conteste unas preguntas previamente definidas para, en función de sus respuestas, poder valorar el grado de adherencia. Es un sistema que requiere pocos recursos, asequible y adaptable a las características de cada centro (Escobar et al., 2008).

Existe una escasa homogeneidad entre ellos y son muy subjetivos, aunque se ha demostrado una correlación entre la adherencia auto-referida y la eficacia antirretroviral (Haubrich et al., 1999; Nieuwkerk & Oort, 2005).

Se trata de un cuestionario tipo Morinsky denominado Cuestionario Simplificado de Adherencia a la Medicación (siglas en inglés SMAQ) que incluye seis puntos. Integra el carácter multidimensional de la adherencia al tratamiento y la medida de las dosis olvidadas, aunque tiene como limitaciones la predisposición del paciente a omitir aquellos aspectos negativos de su cumplimiento, así como su carácter retrospectivo, lo que hace que dependa del recuerdo.

En resumen, en el país se aplican los cuestionarios, los recuentos de medicación y los registros de dispensación del Servicio de Farmacia, aunque se corra el riesgo de sobreestimar los valores de adherencia.

La evolución clínica y el resultado virológico e inmunológico no deberían considerarse métodos de estimación de la adherencia, sino más bien la consecuencia de esta. En ese sentido, los estudios de adherencia deberían considerar sistemáticamente la relación entre sus resultados y los resultados virológicos de forma prospectiva (Escobar et al., 2008).

III CAPÍTULO

PSICOEDUCACIÓN

INTRODUCCIÓN

El término Psicoeducación convoca la idea de dos ámbitos (salud-educación) que están relacionados estrechamente. La salud tanto en su concepción individual como colectiva es producto de complejas interacciones entre procesos biológicos, culturales, ecológicos y económicos-sociales que se dan en el seno de la sociedad.

La salud se constituye también como un producto social en la medida en que es un resultante y depende de esas acciones que realizan a favor o en contra los diversos actores sociales y políticos que intervienen sobre las condiciones de vida de las poblaciones.

Para la OMS (1946): “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la mera ausencia de enfermedad”.

“Se la considera estrechamente ligada a la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder en forma positiva al reto del ambiente” (OMS – 1985)

“La salud, tanto individual como colectiva, es resultado de las complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económicos-sociales que se dan en la sociedad, o sea es el producto de las interrelaciones que se establecen entre el hombre y el ambiente social y natural en el que vive” (OPS – 1992)

“La salud ha sido concebida como un estado de bienestar físico, psíquico y social, que implica un “normal” funcionamiento orgánico y una adaptación biológica del individuo a su ambiente, todo lo cual le permite realizar su trabajo habitual” (OPS – 1993)

Es necesario concebir la salud como un proceso, esencialmente dinámico, en el cual la condición de “sano” y “enfermo” son dos momentos de un mismo proceso.

CONCEPTO DE PSICOEDUCACIÓN

Es un proceso didáctico que permite a las personas la posibilidad de desarrollar y fortalecer sus capacidades para afrontar sus diversos problemas de salud un modo más adaptativo. Se refuerzan las fortalezas, recursos y habilidades propias del paciente para hacer frente a la enfermedad, evitar recaídas y contribuir con su propia salud y bienestar.

De un modo más amplio podemos agregar, que la psicoeducación es un proceso que puede orientarse a la psicopatología o a las personas en general, tengan o no una afección clínica. Por lo tanto, puede ser impartido en modo específico por los profesionales de la salud mental o bien, en modo indirecto por los profesionales de los distintos ámbitos de salud.

En el marco del tratamiento individual debe impartirse desde la primera entrevista y probablemente por un largo tiempo, ya que deberá ser dosificada según los tiempos disponibles, las etapas del tratamiento y el interés específico del paciente.

Debe adecuarse al nivel sociocultural de éste, a su personalidad, su patología y su información previa.

Educación implica proporcionar información, explicar una determinada situación de modo coherente, precisa, sencilla, presentando al educando los elementos necesarios para la comprensión de un tema singular, estimulando conductas adecuadas a la misma.

Los contenidos psicoeducacionales deben centrarse en:

- 1) El diagnóstico y sus implicancias.
- 2) La necesidad de realizar un tratamiento integral.
- 3) El fundamento del tratamiento psicofarmacológico.
- 4) El fundamento de la psicoterapia recomendada (individual, familiar, grupal).
- 5) La importancia “per se” de la psicoeducación.
- 6) La importancia de desarrollar la creatividad en su propia vida y en el tratamiento mismo.
- 7) La definición del objetivo final del tratamiento en relación con la calidad de vida.

OBJETIVO

La psicoeducación tiene por objeto orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar su resolución o tratamiento y favorecer, por ende una mejora en la calidad de vida, reforzando las fortalezas, los recursos y las

habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, ayuda a proteger a las personas implicadas en la situación, moderando la ansiedad generada a partir del desconocimiento y/o desinformación, posibilitando el acceso a conductas más adaptadas, con menor ansiedad y de este modo elevar la calidad de vida de las personas.

La teoría es: **“cuanto mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición”**.

La tarea psicoeducativa promueve que el problema sea afrontado, que la situación sea aceptada, y por ende sea asumida, que la persona pueda posicionarse críticamente frente al problema, para comenzar a pensar en un nuevo proyecto de vida.

El profesional de la salud que imparte psicoeducación tiene por objeto orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende una mejora en la Calidad de Vida.

Se infiere que la Psicoeducación es un instrumento que se ubica tanto en la prevención, asistencia y rehabilitación de la salud, se considera muy importante que este instrumento terapéutico sea valorado en la prevención porque:

Prevención: es todo recurso que permite reducir, disminuir, interrumpir o aminorar la progresión de una afección o enfermedad. Prevención es anticiparse, actuar antes de...

Siguiendo el modelo médico, la prevención es vacuna pero también es tratamiento. Por una parte se evita la enfermedad, antes de que suceda y por otra se cura una vez aparecida. Se trata pues, no solo de evitar, sino, que una vez instalada la enfermedad, detener su curso hasta conseguir la curación o en caso de no ser posible, retrasar su progresión el máximo tiempo que se pueda (Maldonado, 2006)

ELEMENTOS IMPORTANTES EN LA PSICOEDUCACIÓN

Los cuatro pilares básicos de la educación son la piedra angular de la psicoeducación:

1- Saber Conceptual: Aprender a conocer:

- Es aprender a aprender, aprender a reaprender.
- Comprender para cambiar-se.
- Actitud receptiva y proactiva.
- Cultura especializada y generalista.
- Actitud aprendiz y formación permanente.

- Estimular el pensamiento crítico.

2- Saber procedimental: Aprender a hacer

- Poner en acto las ideas y los conocimientos.
- Educarse es conducirse para la acción transformadora.
- Promoción de la iniciativa.
- Actitud es poner en acto para cambiar lo que se puede.
- Hacer uso activo del conocimiento.

3 - Saber actitudinal: Aprender a ser

- Aprender a ser persona.
- Motivarse para la educación integral.
- Desarrollo de todas las potencialidades específicamente humanas.
- Formación ética en valores: solidaridad, justicia.
- Educación humanizadora.
- Humanística y espiritual.

4 – Saber relacional: Aprender a convivir

- Aptitud para trabajar con los demás.
- Educar en paz, por la paz.
- Estimular las competencias sin competencias.
- Convivencia comunitaria.
- Relaciones recíprocas en red.

Con los pilares antes mencionados, se conforman los componentes de la psicoeducación para conseguir los objetivos deseados.

Estos componentes son:

- a. Transferencia de información. (sintomatología de los trastornos, causas, conceptos del tratamiento etc).
- b. Descarga emocional (entender para animar, cambio de experiencias con otros).
- c. Apoyo con medicina o tratamiento psicoterapéutico
- d. Apoyo para la autoayuda. (ej. entrenamiento para que reconozcan las situaciones de crisis y sepan cómo actuar)

La psicoeducación puede ser individual, grupal, familiar; puede realizarse en un entorno clínico o en el hogar. La psicoeducación es llevada a cabo por los profesionales de la salud mental (psicólogos) o por los profesionales de salud (médicos, enfermeras). Además debe adecuarse al nivel sociocultural del paciente, a su personalidad, su patología y su información previa.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS 1.

Los PVVS con estilos de personalidad afectivos presentan dificultades en la adherencia al TAR.

Definición de variable independiente:

✓ **Estilos de Personalidad Afectivos**

Definición Conceptual: Estilos de personalidad que tienen como característica fundamental la expresión fácil de 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. Se clasifican en ciclotímicos e histriónicos. Al establecer las diferencias entre ellos, se evidencia que los estilos afectivos histriónicos esperan mayormente la aprobación social mientras que los estilos afectivos ciclotímicos mantienen una tendencia más interna.

Definición Operacional: Cuestionario de Personalidad SEAPSi – Test de Personalidad de Millon

Definición de variable dependiente:

✓ **Nivel de adherencia al TAR**

Definición Conceptual: Capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento antirretroviral que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral

Definición Operacional: Cuestionario de adherencia del MSP y Registro del recuento de medicación del MSP.

HIPÓTESIS 2.

La Psicoeducación desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad incrementa la adherencia clínica al TAR en PVVS.

✓ **Psicoeducación desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad**

Definición Conceptual: Educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico o para personas que necesitan adaptarse a su enfermedad física, tomando en cuenta los estilos de personalidad de cada uno de ellos. La meta es reforzar las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del sujeto para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo.

Definición Operacional: Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica y Fichas de seguimiento

Definición de variable dependiente:

✓ **Nivel de adherencia al TAR**

Definición Conceptual: Capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento antirretroviral que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral

Definición Operacional: Cuestionario de adherencia del MSP y Registro del recuento de medicación del MSP.

MARCO METODOLÓGICO

Tipo y diseño de la investigación

La presente investigación tiene un enfoque Cuantitativo ya que al usar métodos matemáticos y técnicas estadísticas evalúa y comprueba la existencia de las relaciones causales.

Su tipo es Tecnológico, ya que, apoyándose en la fundamentación teórica y la investigación de campo, se plantea una posible solución a un problema práctico para satisfacer una necesidad institucional.

El diseño de la investigación es Experimental, siendo el subtipo Cuasi-Experimental, pues el investigador realiza una intervención, y después mide el resultado de ésta, manipulándose las variables: personalidad, sexo y edad como es el caso de la actual investigación, tanto en el grupo de control como en el de estudio.

Población y Sujetos de estudio

Las personas que participaron en esta investigación son pacientes con VIH/SIDA, que se encuentran en tratamiento con Retrovirales, con baja adherencia a éstos y asisten a la Unidad de Atención Integral para el VIH/SIDA del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo.

La investigación se inició y se concluyó con 20 pacientes y además se tomó un grupo de control. A los dos grupos se aplicaron dos evaluaciones en momentos diferentes.

Contexto de la investigación

La presente investigación se desarrolló en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo, que se encuentra ubicado en el sector norte la ciudad de Quevedo, ocupa dos pisos de aproximadamente 800 metros, se encuentra rodeado por centros médicos y farmacias.

El Hospital cuenta con oficinas administrativas, áreas de consulta externa, hospitalización, emergencia, cirugía, psicología, trabajo social, farmacia, comedor y bodegas.

La unidad de atención integral al VIH/SIDA, cuenta con un área administrativa que es compartida con el Servicio de Implantación de Normas, y la sala de Medicina Interna acoge a los pacientes cuando lo requieren, contando para ello con 3 salas generales y dos de aislamiento.

Esta área es atendida por dos médicos especialistas en Medicina Interna, cuatro enfermeras y cuatro auxiliares que laboran en turnos rotativos.

La Unidad de Atención Integral al VIH/SIDA cuenta con profesionales de la salud de apoyo a PVVS que son: Ginecólogo, Neonatólogo, Odontóloga, Psicóloga y Trabajadora Social

A la Unidad de Atención Integral al VIH/SIDA de la ciudad de Quevedo, asisten pacientes que no poseen afiliación a ningún tipo de seguro.

Técnicas

Para el presente trabajo se emplearon las siguientes técnicas:

- **Observación Directa.**- El investigador recopiló el mayor número de datos examinando el fenómeno en forma sistemática.
- **Entrevista Clínica Psicológica.**- Se obtuvo datos completos para poder realizar una evaluación completa del comportamiento del evaluado, aplicando la escucha empática.
- **Ficha Integrativa para Evaluación Psicológica.**- Se registró sistemáticamente los datos de la anamnesis personal y familiar con el fin de determinar los rasgos de personalidad de los usuarios.
- **Psicometría.**- Se realizó la aplicación de una batería de instrumentos de valoración sobre rasgos de personalidad y niveles de adherencia al TAR, la cual brindó resultados que fueron interpretados por el investigador.

Instrumentos

En la presente investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPs)
- Cuestionario de Personalidad SEAPSi

- Test de personalidad de Millon
- Cuestionario de Adherencia del MSP
- Registro del Recuento de medicación del MSP

Análisis de validez y confiabilidad de los instrumentos.

Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPs).- Es un instrumento cuyo propósito es la valoración psicológica de aspectos como: historia personal, familiar, condiciones patológicas, aspectos laborales, sociales y evaluación psicométrica para conseguir criterios diagnósticos y pronósticos.

Cuestionario de Personalidad SEAPsI.- Es una prueba que originalmente fue desarrollado para pacientes del Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM-IESS). Este instrumento sirve para determinar los rasgos de personalidad de la persona a quien se aplica. Consta de 10 tipos de personalidad agrupados en 4 categorías: tipo Cognitivo, tipo afectivo, tipo comportamental y tipo con déficit relacional. La persona evaluada elige entre 100 ítems, para lo cual marcará la opción con la que más se identifique en relación a su forma de ser.

El cuestionario utiliza un lenguaje claro y sencillo, el paciente o persona a quien se aplica el cuestionario debe elegir las características que más se identifiquen con su forma de ser. Puede ser aplicado a personas de ambos géneros a partir de los 15 años y su forma de aplicación puede ser individual o grupal.

Esta herramienta psicométrica fue elaborada, validada y estandarizada por su autor.

Para su interpretación se cuantifica las características marcadas en cada tipo de personalidad y estos datos se trasladan a una hoja de respuestas, lo que permite realizar el perfil. El diagnóstico del tipo de personalidad será la que obtuvo el mayor puntaje. (Velasteguí, 2004)

Test de personalidad de Millon.- El MCMI-III es un inventario ha sido calificado como un instrumento potente y eficaz para reflejar las características más duraderas de la personalidad. El instrumento está redactado en un lenguaje sencillo, puede ser aplicado a personas con primero o segundo de Educación Básica.

Las instrucciones se incluyen en la prueba y son muy claras. Se solicita al paciente que se tome unos minutos para llenar las ficha con datos personales y leer las instrucciones. Consta de 175 ítems que deberán ser contestados con Verdadero o Falso.

Existe la forma de calificación con procedimientos informáticos que acortan el tiempo de acción y con un menor margen de error. Al momento de la valoración es necesario tomar en cuenta el sexo del paciente.

Para proceder con la calificación de la prueba se debe tomar en cuenta que no exista un número mayor de doce (12) de omisiones marcadas las dos alternativas, o si la escala de validez no se encuentra dentro del rango > 1

Para elaborar los perfiles diagnósticos de personalidad, la autora tomó los rangos de: Indicador Moderado y Sugestivo del mencionado Inventario.

Pruebas para evaluar el nivel de adherencia al TAR

Cuestionario de Adherencia.- En la actualidad es uno de los métodos más utilizados, tanto por su sencillez como por su economía (Ortega Valin, 2002).

El procedimiento consiste en solicitar al paciente que conteste unas preguntas previamente definidas para, en función de sus respuestas, poder valorar el grado de adherencia. Es un sistema que requiere pocos recursos, asequible y adaptable a las características de cada institución (Escobar et al., 2008).

El cuestionario diseñado por Knobel et al., del grupo GEEMA, fue el primero utilizado para estimar la adherencia al tratamiento antirretroviral (Knobel et al., 2002).

Se trata de un cuestionario tipo Morinsky denominado SMAQ (*Simplified Medication Adherence Questionnaire*) que incluye siete puntos. Integra el carácter multidimensional de la adherencia al tratamiento y la medida de las dosis olvidadas, aunque tiene como limitaciones la predisposición del paciente a omitir aquellos aspectos negativos de su cumplimiento, así como su carácter retrospectivo, lo que hace que dependa del recuerdo (Sánchez, 2010)

La pregunta cinco nos brindará el siguiente resultado para medir el porcentaje de adherencia

- **A:** 95 a 100%
- **B:** 85 a 94%
- **C:** 65 a 84%
- **D:** 30 a 64%
- **E:** < 30%

Registro del Recuento de medicación.- Consiste en contar el número de unidades del fármaco que han sobrado en el envase dispensado por la farmacia y realizar la diferencia con las unidades entregadas en fecha anterior. Se calcula la adherencia mediante la siguiente fórmula:

$$\% \text{ de Adherencia} = \frac{\text{N}^\circ \text{ unidades dispensadas} - \text{N}^\circ \text{ unidades devueltas}}{\text{N}^\circ \text{ de unidades prescritas}} \times 100$$

Se toma en cuenta la fecha de inicio del tratamiento, para calcular el número de unidades ingeridas.

El porcentaje de adherencia se interpretará de la siguiente manera:

- **Excelente adherencia:** 95 a 100%
- **Adherencia Aceptable:** 85 a 94%
- **Baja Adherencia:** 65 a 84%
- **Escasa Adherencia:** 30 a 64%
- **Nula adherencia:** < 30%

RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Después de haber sido aprobado el proyecto se inició el trabajo en los aspectos centrales del mismo, siguiendo el siguiente esquema:

Fase de Evaluación:

A cada paciente que fue remitido con un diagnóstico de VIH/SIDA y problemas en la adherencia al fármaco, se le evaluó en 2 sesiones. En la primera sesión se realizó la entrevista psicológica para recoger los datos en la ficha integrativa psicológica; posteriormente, en la misma sesión, se le aplicó los instrumentos para evaluar el nivel de adherencia. Los instrumentos para evaluar rasgos de personalidad fueron aplicados en una sesión más larga que se produjo uno o a más tardar dos días después de la primera, en promedio.

El grupo de control fue evaluado siguiendo el mismo procedimiento

Fase de Ejecución:

Se citó a los pacientes para informar sobre el programa de psicoeducación que se iniciaría. Los pacientes fueron citados una vez a la semana por un período de seis semanas, en sesiones que duraban entre 30 a 45 minutos en promedio.

Al culminar las seis semanas fueron reevaluados con los instrumentos para medición de adherencia.

En el grupo de control no se ejecutó el programa de psicoeducación, sólo se reaplicó los instrumentos de medición de adherencia al mismo tiempo del grupo de estudio.

PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN

POBLACIÓN OBJETIVO

El programa irá dirigido a personas viviendo con VIH/SIDA que son atendidos en la Unidad de Atención Integral del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo

ASIGNACIÓN AL PROGRAMA.

Los pacientes serán asignados desde el médico tratante quien detecta la baja adherencia al TAR o abandono de la ingesta del medicamento por un período no mayor de 1 mes, deberán haber culminado la Educación Básica y ser mayor de 18 años

UBICACIÓN

La atención se realizará en el Servicio de Psicología del Area de Consulta Externa del Hospital.

MEDICIÓN DE LA EFICACIA

Al inicio y al final del programa se realizará la aplicación de los cuestionarios para evaluar adherencia.

PLANIFICACIÓN

Fecha de inicio: 07/03/2013

Fecha de fin: 2/05/2013

Implantada desde: 07/03/2013

OBJETIVOS Y RAZONES

Justificación/contexto:

La psicoeducación dirigida a los PVVS debería forma parte de cualquier plan de trabajo en salud, y constituye una metodología de atención basada en una información actualizada, así como en la enseñanza de habilidades para una adherencia adecuada al VIH/SIDA como enfermedad crónica.

La falta de información y el desconocimiento sobre la enfermedad son las principales preocupaciones de los pacientes y sus familias, cuando se produce un diagnóstico de VIH/SIDA. Estos déficits constituyen uno de los factores que influyen en la baja adherencia o el abandono del TAR.

Objetivos:

Generales

Incrementar la adherencia al TAR.

Específicos

1. Proporcionar información acerca de la acción del virus y de los retrovirales: su alcance terapéutico y efectos secundarios.
2. Eliminar los conceptos erróneos culturales que se conciben a cerca del VIH/SIDA
3. Identificar las enfermedades oportunistas y su prevención
4. Manejar los estilos de vida saludables para PVVS
5. Reconocer las redes de apoyo familiar y/o social existentes para un adecuado sostenimiento emocional
6. Fortalecer la visión futurista de sí mismo y de sus habilidades para mejorar el estilo de vida actual.

DURACIÓN Y PERIODICIDAD

El programa se desarrollará en ocho sesiones semanales psicoeducativas, durante dos meses, con una duración estimada de 45 a 60 minutos por sesión; a partir de la segunda sesión se estructurarán en dos partes:

- a) Los primeros 10/15 minutos, a excepción de la primera sesión, se utilizarán para hacer un breve recordatorio de lo más importante comentado de la sesión anterior, dudas surgidas y revisión de la tarea enviada
- b) Los siguientes 45/50 minutos, se dedicarán a la exposición de la sesión psicoeducativa propiamente dicha.

SESIONES

1. ¿Qué es el VIH? . Desarrollo de Fase Sida, acción del virus, acción del CD4
Tarea: ¿Qué he escuchado del VIH/SIDA desde amigos, noticias y familia?
2. Mitos a cerca del VIH
Tarea: ¿Qué conozco de la acción del medicamento que tomo para controlar el virus?
3. Acción del TAR.- Esquemas farmacológicos, tiempo de duración, cambio de esquema
Tarea: N° Controles mensuales asistidos y conocimiento de Tb
4. Importancia de los chequeos en las UAIs - Prevención y detección oportuna de enfermedades oportunistas (Parte I)
Tarea: Conocimiento de Toxoplasmosis , Histoplasmosis e ITS

5. Importancia de los chequeos en las UAIs - Prevención y detección oportuna de enfermedades oportunistas (Parte II)

Tarea: ¿A quién le puedo contar de mi diagnóstico y por qué?

6. Importancia de la relación y sostenimiento familiar y/o social

Tarea: ¿Qué hábitos practico o he practicado que son nocivos para mi estado de salud actual?

7. Estilos de vida saludables

Tarea: Planes para mi futuro

8. Actitud prospectiva

MATERIAL NECESARIO

- Espacio físico

- Bibliografía

- Folletos y trípticos informativos.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Una vez recolectados los datos se calificaron las pruebas y sus resultados fueron tabulados aparte, guardando la correspondencia con cada uno de los casos investigados. Posteriormente se realizaron promedios con los valores que obtuvieron los casos. Los promedios obtenidos por cada grupo pudo ser graficado en barras con el fin de representar las diferencias de puntajes en las distintas variables

Datos generales de las muestras del grupo de control y grupo de estudio

- El rango de edad de los pacientes estuvo entre 19 y 53 años.
- Hubo un 80% de sexo masculino (16 casos) y un 20% de sexo femenino (4 casos).
- Los tipos de personalidad frecuentes fueron Cognitiva (6 casos), Afectiva (5 casos) y de Déficit Relacional (9 casos)

Los datos se presentan a continuación:

Cuadro 2. Datos del Grupo de Estudio

GRUPO DE ESTUDIO				
Casos	Sexo	Edad	Tipos De Personalidad	Nivel Adherencia
1	M	53	COGNITIVA	65%
2	F	20	COGNITIVA	62%
3	M	29	AFFECTIVA	45%
4	M	22	AFFECTIVA	34%
5	M	35	AFFECTIVA	30%
6	F	31	AFFECTIVA	35%
7	M	48	AFFECTIVA	45%
8	M	31	COGNITIVA	50%
9	F	26	COGNITIVA	55%
10	F	42	COGNITIVA	50%
11	M	28	COGNITIVA	65%
12	M	34	DEF. RELAC.	48%
13	M	20	DEF. RELAC.	49%

Cont. Cuadro N° 2

14	M	45	DEF. RELAC.	36%
15	M	34	DEF. RELAC.	27%
16	M	19	DEF. RELAC.	34%
17	M	25	DEF. RELAC.	45%
18	M	27	DEF. RELAC.	49%
19	M	31	DEF. RELAC.	52%
20	M	21	DEF. RELAC.	55%
14	M	45	DEF. RELAC.	36%

Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013

Cuadro 3. Datos del Grupo de Control

GRUPO DE CONTROL				
Casos	Sexo	Edad	Tipos De Personalidad	Nivel Adherencia
1	M	51	COGNITIVA	62%
2	F	22	COGNITIVA	56%
3	M	27	AFFECTIVA	43%
4	M	24	AFFECTIVA	24%
5	M	37	AFFECTIVA	23%
6	F	32	AFFECTIVA	36%
7	M	49	AFFECTIVA	37%
8	M	32	COGNITIVA	54%
9	F	24	COGNITIVA	45%
10	F	43	COGNITIVA	56%
11	M	28	COGNITIVA	34%
12	M	34	DEF. RELAC.	37%
13	M	19	DEF. RELAC.	26%
14	M	44	DEF. RELAC.	57%
15	M	33	DEF. RELAC.	68%
16	M	20	DEF. RELAC.	70%
17	M	26	DEF. RELAC.	72%
18	M	26	DEF. RELAC.	47%
19	M	30	DEF. RELAC.	36%
20	M	21	DEF. RELAC.	39%

Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013

GRÁFICOS ESTADÍSTICOS

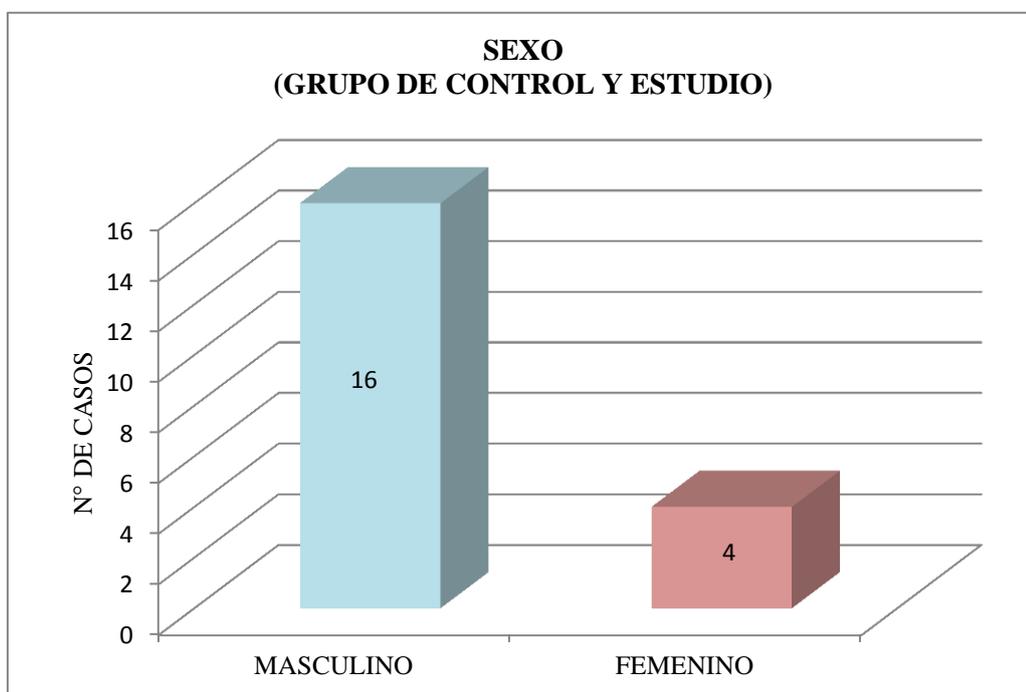
CARACTERÍSTICAS CUANTITATIVAS DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

SEXO DE LOS EVALUADOS QUE CONFORMAN LOS GRUPOS DE CONTROL Y ESTUDIO

Cuadro 4. Sexo de los Evaluados Que conforman los Grupos de Estudio

SEXO	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
MASCULINO	16	80%
FEMENINO	4	20%

Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013



Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013

Gráfico 1. Sexo (Grupo de Control y Estudio)

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: El cuadro 4 muestra que de 20 PVVS evaluados, solo 4 son de sexo femenino, mientras que 16 son de sexo masculino.

La muestra no es homogénea referente al género ya que el 80% corresponde al sexo masculino y el 20% de sexo femenino.

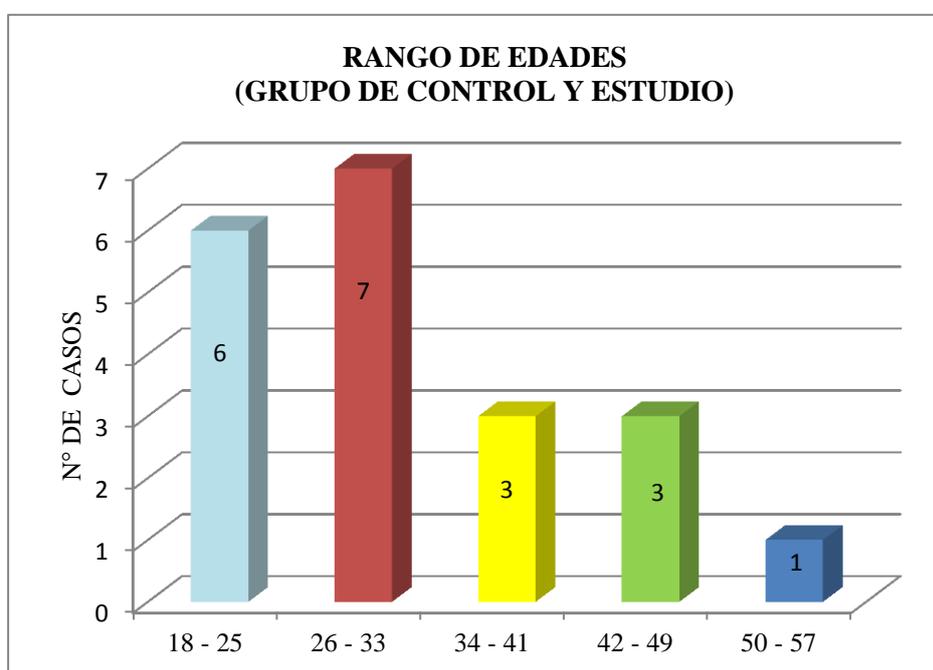
Esta prevalencia se mantiene tanto en el grupo de control como en el de estudio.

EDAD DE LOS EVALUADOS QUE CONFORMAN
LOS GRUPOS DE CONTROL Y ESTUDIO

Cuadro 5. Edad de los Evaluados que Conforman los Grupos de Control de Estudio

RANGO DE EDAD	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
18 – 25	6	30%
26 – 33	7	35%
34 – 41	3	15%
42 – 49	3	15%
50 – 57	1	5%

Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013



Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013

Gráfico 2. Rango de Edades (Grupo de Control y Estudio)

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: El cuadro 5 muestra que de 20 PVVS evaluados, 6 se encuentran dentro del rango de edad de 18 a 25 años, 7 se encuentran dentro de 26 a 33 años, 3 de 34 a 41 años e igual número dentro del rango de 42 a 49 años y sólo 1 persona dentro del rango de 50 a 57 años.

Se aprecia que el mayor porcentaje de pacientes se encuentran dentro del rango de edad de 26 a 33 años que equivale al 35% y en menor porcentaje se encuentra dentro del rango de 50 a 57 años, equivalente al 5%.

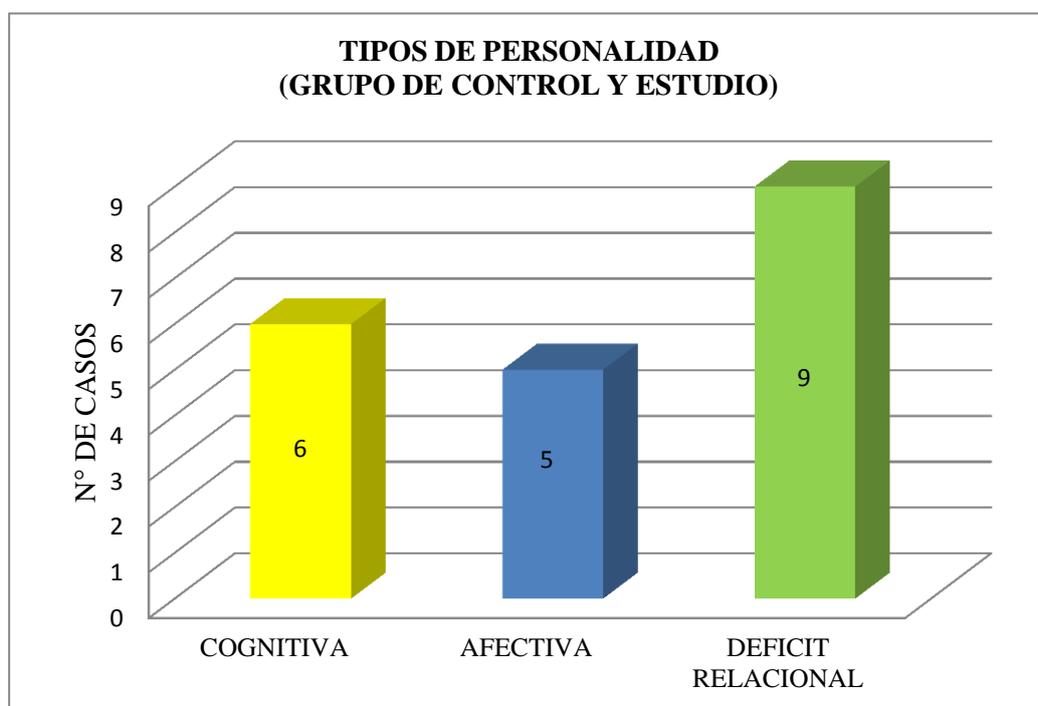
Esta prevalencia se aprecia tanto en el grupo de estudio como en el de control.

TIPO DE PERSONALIDAD DE LOS EVALUADOS QUE CONFORMAN
LOS GRUPOS DE CONTROL Y ESTUDIO

Cuadro 6. Tipo de personalidad de los evaluados que conforman

TIPOS DE PERSONALIDAD	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
<i>COGNITIVA</i>	6	30%
<i>AFECTIVA</i>	5	25%
<i>DEFICIT RELACIONAL</i>	9	45%

Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013



Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013

Gráfico 3. Tipos de Personalidad (Grupo de Control y Estudio)

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: El cuadro 6 muestra que de 20 PVVS evaluados, 6 muestran características de personalidades cognitivas, 5 de personalidad afectiva y 9 de déficit relacional.

Se aprecia que la mayoría (45%) de los evaluados muestran características de personalidad de déficit relacional y en menor porcentaje (25%) muestran características afectivas.

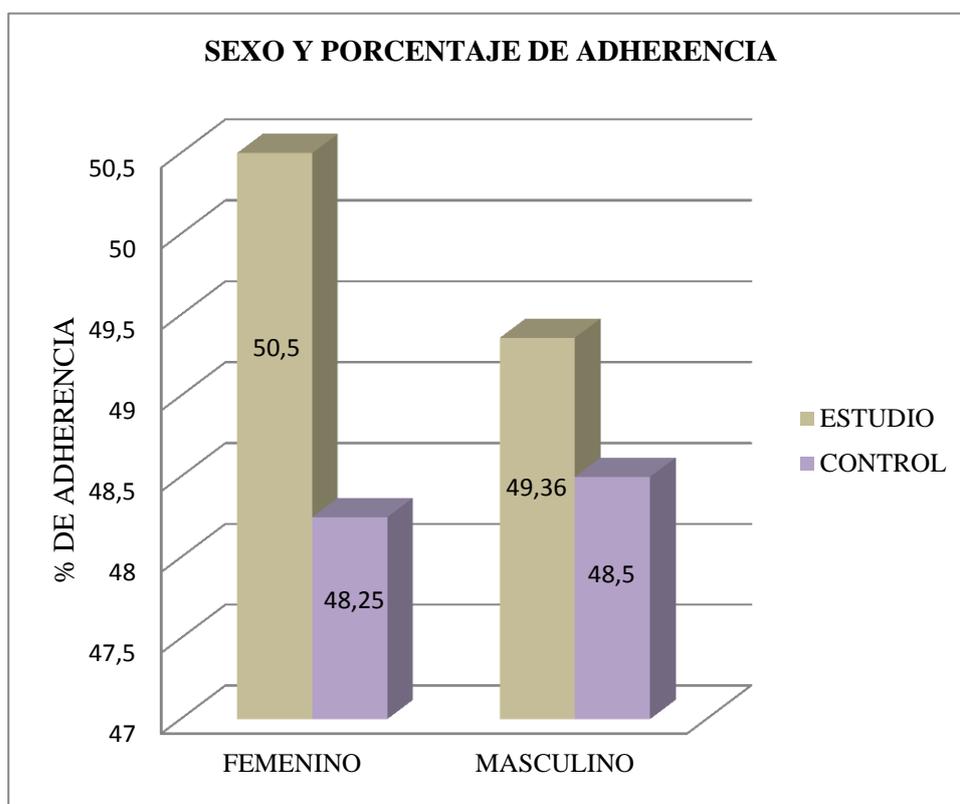
Esta prevalencia se aprecia tanto en el grupo de estudio como en el de control.

**SEXO Y PORCENTAJE DE ADHERENCIA DE LOS EVALUADOS
DEL GRUPO DE ESTUDIO Y CONTROL**

Cuadro 7. Sexo y Porcentaje de Adherencia de los Evaluados del Grupo de Estudio y Control

PORCENTAJE DE ADHERENCIA		
SEXO	ESTUDIO	CONTROL
<i>MASCULINO</i>	49,36	48,50
<i>FEMENINO</i>	50,50	48,25

Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013



Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013

Gráfico 4. Sexo y Porcentaje de Adherencia

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: El cuadro 7 muestra que del 100% de porcentaje de adherencia, el sexo masculino mantiene una menor de adherencia en el grupo de estudio con un porcentaje de 49,36% en comparación con sexo femenino que obtuvo 50,50% dentro del mismo grupo y en el grupo de control es el sexo femenino quien mantiene una menor adherencia con un porcentaje de 48,25% en comparación con el sexo masculino.

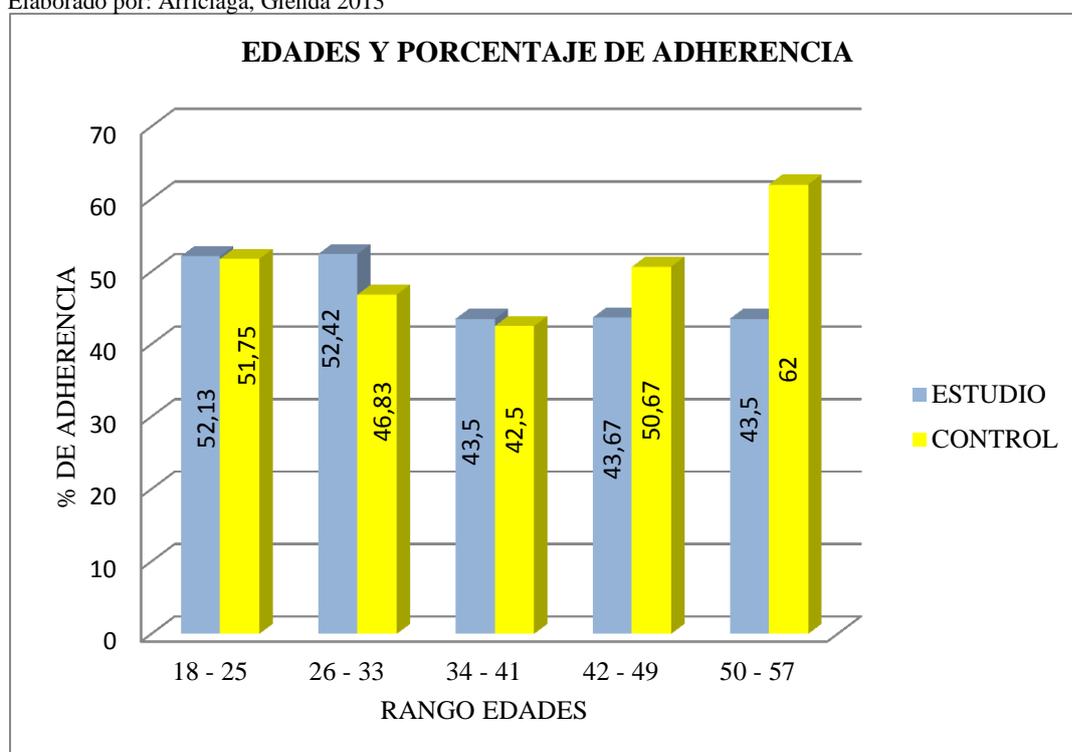
EDAD Y PORCENTAJE DE ADHERENCIA DE LOS EVALUADOS
DEL GRUPO DE ESTUDIO Y CONTROL

Cuadro 8. Edad y Porcentaje de Adherencia de los Evaluados del Grupo de Estudio y Control

PORCENTAJE DE ADHERENCIA		
RANGO DE EDAD	GRUPO DE ESTUDIO	GRUPO DE CONTROL
18 – 25	52,13	51,75
26 – 33	52,42	46,83
34 – 41	43,50	42,50
42 – 49	43,67	50,67
50 – 57	43,50	62,00

Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013

Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013



Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013

Gráfico 5. Edades y Porcentaje de Adherencia

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: El cuadro 8 muestra que del 100% de porcentaje de adherencia, el rango de edades de 34 a 41 y de 50 a 67 años mantienen un porcentaje menor de adherencia dentro del grupo de estudio con 43,5%, mientras que en el grupo de control el rango de edad que mantiene menor adherencia es el rango de 34 a 41 años con el 42,5%.

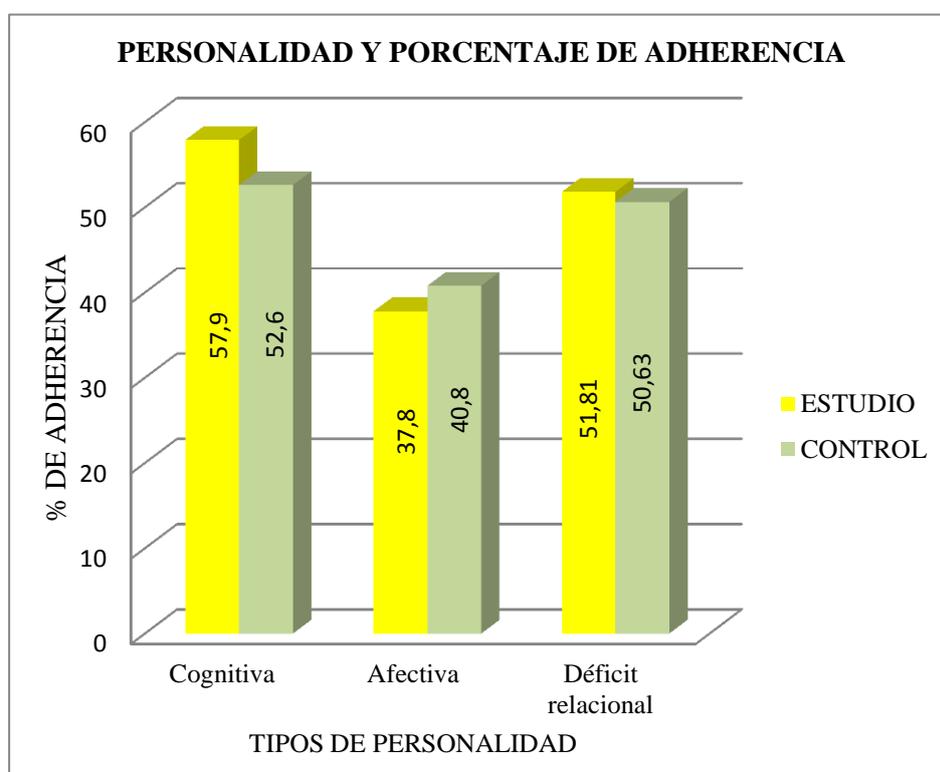
El rango de edad de 34 a 31 años, presenta menor porcentaje de adherencia en los dos grupos evaluados.

PERSONALIDAD Y PORCENTAJE DE ADHERENCIA DE LOS EVALUADOS DEL
GRUPO DE ESTUDIO Y CONTROL

Cuadro 9. Personalidad y Porcentaje de Adherencia de los Evaluados del Grupo de Estudio y Control

PORCENTAJE DE ADHERENCIA		
PERSONALIDAD	ESTUDIO	CONTROL
<i>Cognitiva</i>	57,90	52,60
<i>Afectiva</i>	37,80	40,80
<i>Déficit relacional</i>	51,81	50,63

Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013



Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013

Gráfico 6. Personalidad y Porcentaje de Adherencia

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: El cuadro 9 muestra que los tipos de personalidad y sus niveles de adherencia en los grupos evaluados. La personalidad cognitiva ha alcanzado un 57,90% en el grupo de estudio y 52,60% en el de control, la afectiva ha alcanzado un 37,80% en el grupo de estudio y 40,80% en el de control y la déficit relacional ha alcanzado un 51,81% en el grupo de estudio y 50,63% en el de control.

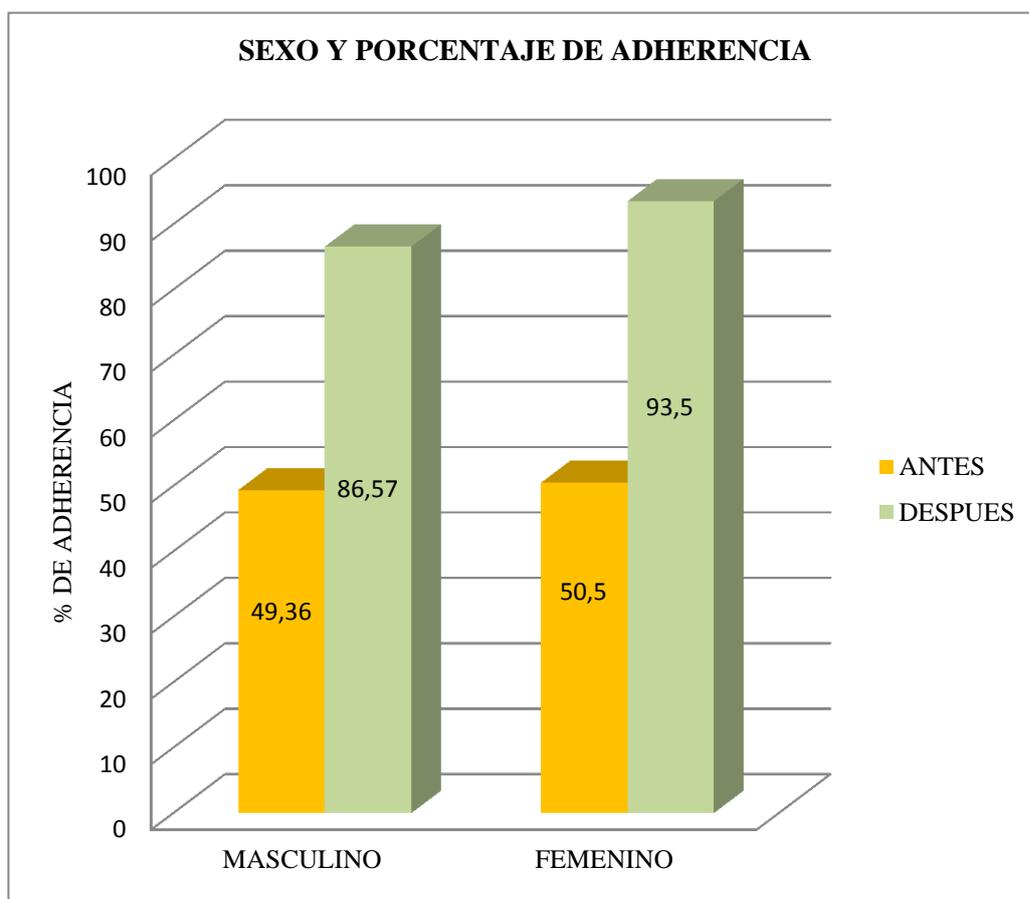
Al realizar la comparación entre los tipos de personalidad, se aprecia que el tipo de personalidad afectiva es la que mantiene un porcentaje menor de adherencia tanto dentro del grupo de estudio como en el grupo de control.

SEXO Y PORCENTAJE DE ADHERENCIA ANTES Y DESPUÉS DE LA EJECUCIÓN
DEL PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN

Cuadro 10. Sexo y Porcentaje Antes y Después de la Ejecución del Programa de Psicoeducación

GRUPO DE ESTUDIO		
SEXO	ANTES	DESPUES
MASCULINO	49,36	86,57
FEMENINO	50,50	93,50

Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013



Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013

Gráfico 7. Sexo y Porcentaje de Adherencia

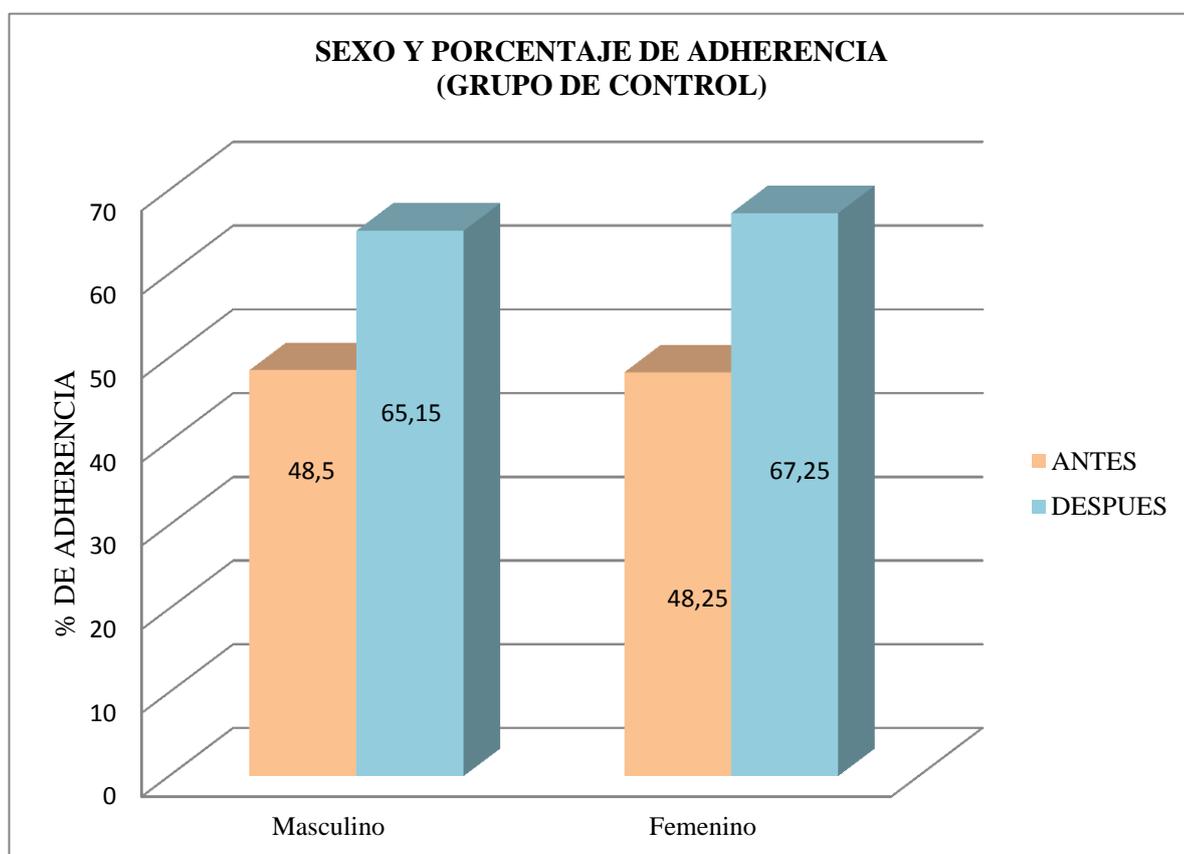
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: El cuadro 10 muestra los porcentajes de adherencia anterior y posterior al programa de psicoeducación, notándose el incremento en los valores en especial en el sexo femenino que después de haberse realizado el programa el porcentaje de adherencia se incrementa de 50,50% a 93,50%. Comparándose el incremento de los valores de adherencia posteriores al programa se evidencia que el sexo femenino incrementó un 43% a diferencia del sexo masculino que alcanzó un 37,21%.

SEXO Y PORCENTAJE DE ADHERENCIA EN EL GRUPO DE CONTROL EN LAS
EVALUACIONES REALIZADAS

**Cuadro 11. Sexo y Porcentaje de Adherencia en el Grupo de Control en las
Evaluaciones realizadas**

GRUPO DE CONTROL		
SEXO	ANTES	DESPUES
MASCULINO	48,50	65,15
FEMENINO	48,25	67,25

Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013



Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013

Gráfico 8. Sexo y Porcentaje de Adherencia (Grupo de Control)

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: El cuadro 11 muestra los porcentajes de adherencia en las dos evaluaciones realizadas al grupo de control, notándose el incremento en los valores en especial en el sexo femenino en el cual se incrementa de 48,25% a 67,25%.

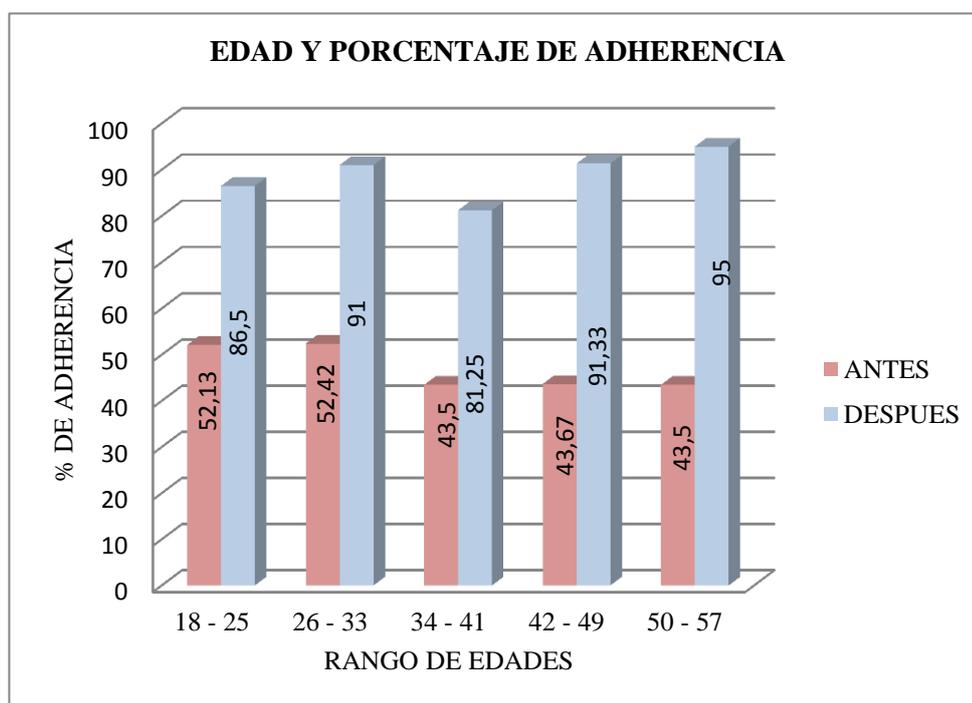
Comparándose el incremento de los valores de adherencia se evidencia que el sexo femenino incrementó un 19,00% a diferencia del sexo masculino que alcanzó un 16,65%.

EDAD Y PORCENTAJE DE ADHERENCIA ANTES Y DESPUÉS DE LA EJECUCIÓN
DEL PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN

Cuadro 12. Edad y Porcentaje de Adherencia Antes y Después de la Ejecución del Programa de Psicoeducación

GRUPO DE ESTUDIO		
EDAD	ANTES	DESPUES
18 – 25	52,13	86,5
26 – 33	52,42	91,00
34 – 41	43,50	81,25
42 – 49	43,67	91,33
50 – 57	43,50	95,00

Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013



Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013

Gráfico 9. Edad y Porcentaje de Adherencia

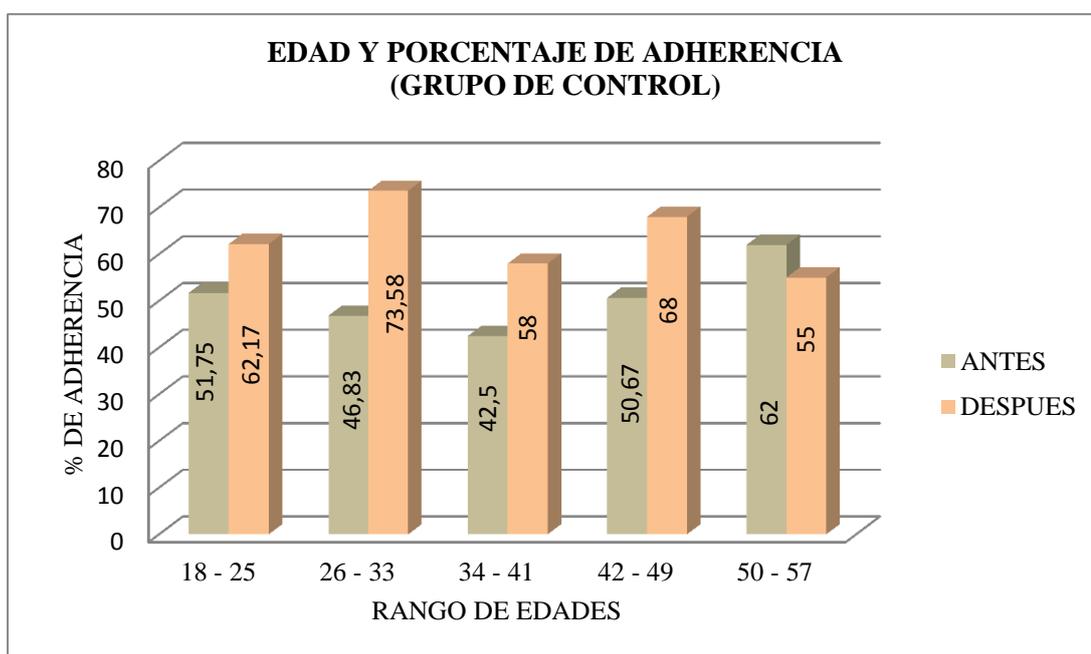
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: El cuadro 12 muestra los porcentajes de adherencia anterior y posterior al programa de psicoeducación según los rangos de edades, notándose el incremento en los valores. En el rango de 18 a 25 años el porcentaje se incrementa de 52,13% a 86,50%, en el rangos de 26 a 33 años el porcentaje varía de 52,42% a 91,00%, de 34 a 41 años el porcentaje va desde 43,50% a 81,25%, en el rango de 42 a 49 años el incremento ha variado de 43,67% a 91,33 y por último en el de 50 a 57 años el incremento ha variado de 43,5% a 95,00%. Comparándose el incremento de los valores de adherencia se evidencia que en los rangos de edades que hubo mayor incremento fueron los de 50 a 57 años con un 51,5% y el de 42 a 49 años con un 47,66%.

EDAD Y PORCENTAJE DE ADHERENCIA EN EL GRUPO DE CONTROL EN LAS
EVALUACIONES REALIZADAS

Cuadro 13. Edad y Porcentaje de Adherencia en el Grupo de Control en las Evaluaciones Realizadas

GRUPO DE CONTROL		
EDAD	ANTES	DESPUES
18 – 25	51,75	62,17
26 – 33	46,83	73,58
34 – 41	42,50	58,00
42 – 49	50,67	68,00
50 – 57	62,00	55,00

Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013



Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013

Gráfico 10. Edad y Porcentaje de Adherencia (Grupo de Control)

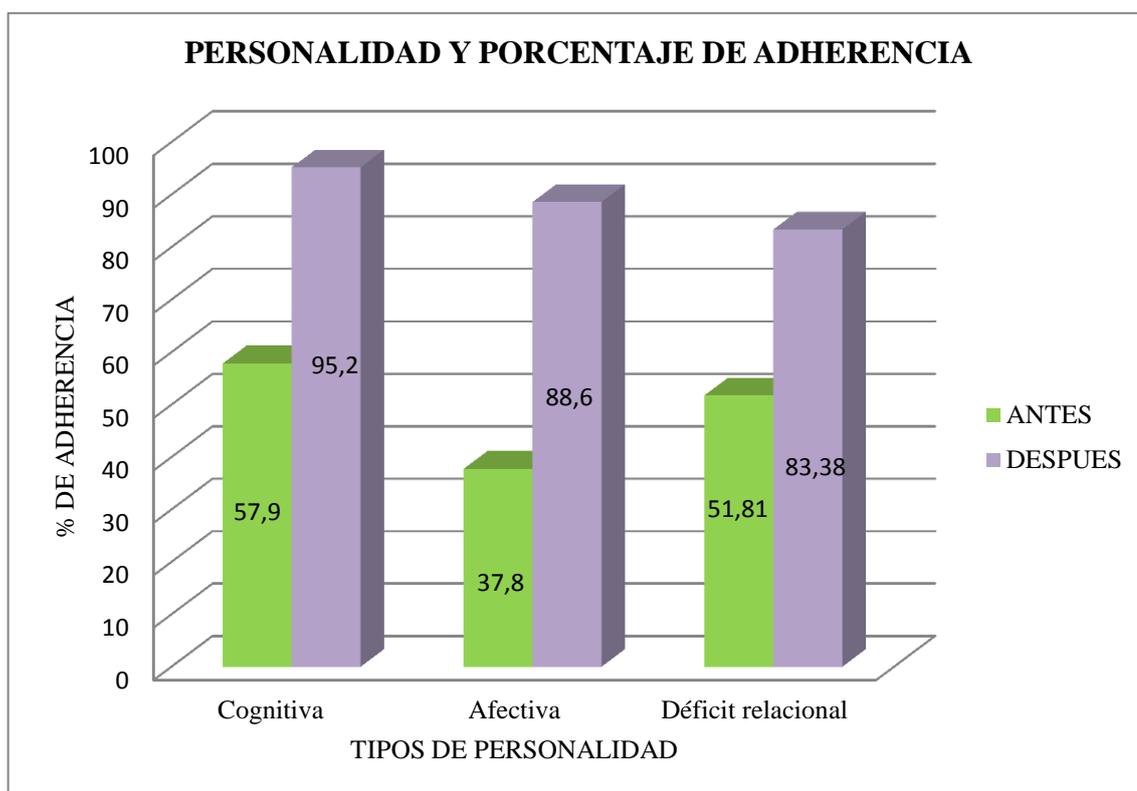
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: El cuadro 13 muestra los porcentajes de adherencia según los rangos de edades en las dos evaluaciones realizadas al grupo de control, notándose variaciones en los valores. En el rango de 18 a 25 años el porcentaje se incrementa de 51,75% a 62,17%, en el rangos de 26 a 33 años el porcentaje varía de 46,83% a 73,58%, de 34 a 41 años el porcentaje va desde 42,50% a 58,00%, en el rango de 42 a 49 años el incremento ha variado de 50,67% a 68,00% y por último en el de 50 a 57 años el incremento ha variado de 62,00% a 55,00%. Comparándose los valores de adherencia de la primera y segunda evaluación es necesario tomar en cuenta que en el rango de edad de 50 a 57 años la variación ha sido en decremento a diferencia de los otros rangos de edad que los valores se incrementaron.

PERSONALIDAD Y PORCENTAJE DE ADHERENCIA ANTES Y DESPUÉS DE LA
EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN

Cuadro 14. Personalidad y Porcentaje de Adherencia Antes y Después de la Ejecución del Programa de Psicoeducación

GRUPO DE ESTUDIO		
PERSONALIDAD	ANTES	DESPUES
COGNITIVA	57,90	95,20
AFECTIVA	37,80	88,60
DÉFICIT RELACIONAL	51,81	83,38

Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013



Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013

Gráfico 11. Personalidad y Porcentaje de Adherencia

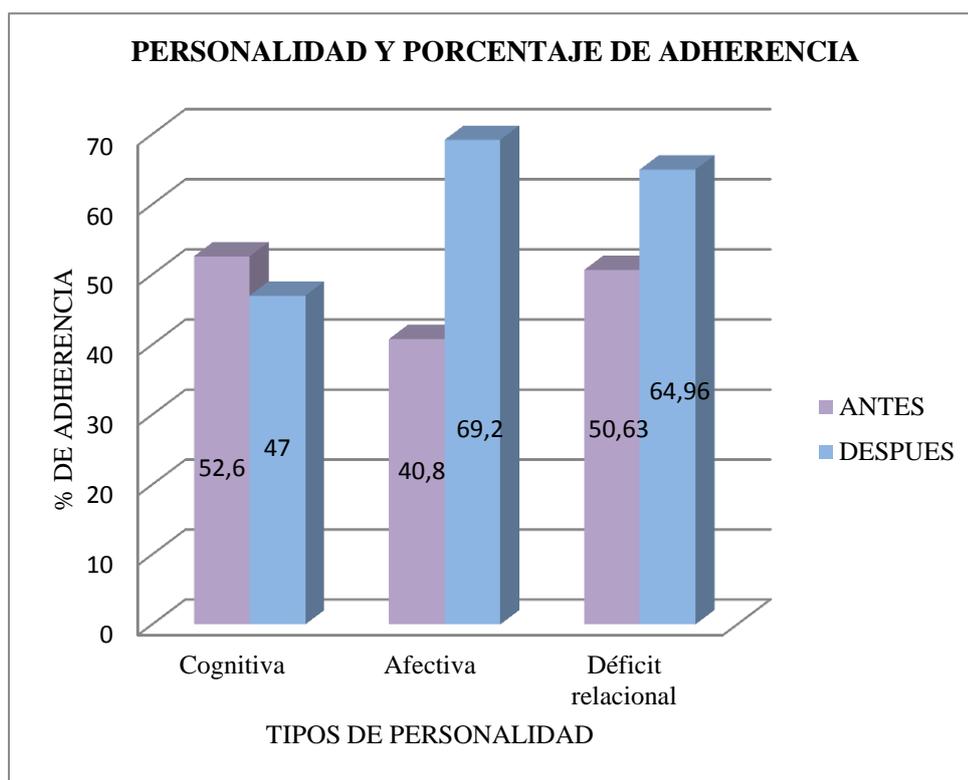
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: El cuadro 14 muestra los porcentajes de adherencia anterior y posterior al programa de psicoeducación según las características de personalidad, notándose incremento en los valores. En el tipo de personalidad cognitiva el porcentaje se incrementa de 57,90% a 95,20%, el tipo de personalidad afectiva se incrementa de 37,80% a 88,60% y por último en la personalidad de déficit relacional el incremento ha variado de 51,81% a 83,38%. Comparándose el incremento de los valores de adherencia se evidencia que la personalidad de tipo afectiva tiene un mayor porcentaje de incremento que en los otros tipos de personalidad, con un 50,80%

PERSONALIDAD Y PORCENTAJE DE ADHERENCIA EN EL GRUPO DE CONTROL
EN LAS EVALUACIONES REALIZADAS

Cuadro 15. Personalidad y Porcentaje de Adherencia en el Grupo de Control en las Evaluaciones Realizadas

GRUPO DE CONTROL		
PERSONALIDAD	ANTES	DESPUES
COGNITIVA	52,60	47,00
AFFECTIVA	40,80	69,20
DÉFICIT RELACIONAL	50,63	64,96

Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013



Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013

Gráfico 12. Personalidad y Porcentaje de Adherencia

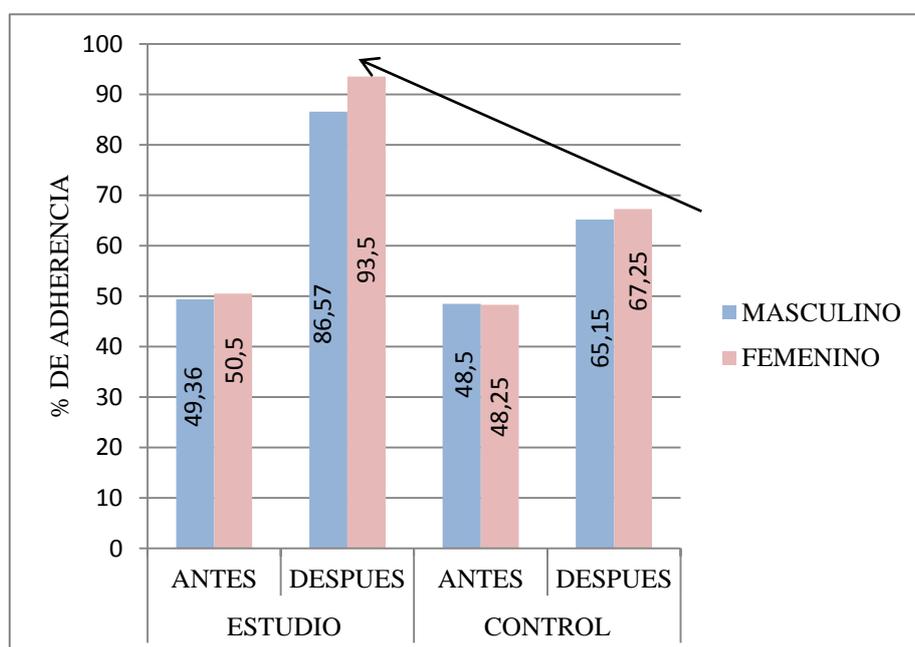
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: El cuadro 15 muestra los porcentajes de adherencia según las características de personalidad en las dos evaluaciones realizadas al grupo de control, notándose variaciones en los valores. En el tipo de personalidad cognitiva el porcentaje varía de 52,60% a 47,00%, el tipo de personalidad afectiva el porcentaje se incrementa de 40,80% a 69,20% y el déficit relacional el porcentaje se ha incrementado de 50,63% a 64,96%. Comparándose los valores de adherencia de la primera y segunda evaluación es necesario tomar en cuenta que en el tipo de personalidad cognitiva la variación ha sido en decremento de 52,60% a 47,00% a diferencia de los otros tipos de personalidad que los valores se incrementaron.

VARIACIÓN DE LOS PORCENTAJES DE ADHERENCIA SEGÚN EL SEXO DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO Y DE CONTROL EN LAS DOS EVALUACIONES REALIZADAS

Cuadro 16. Variación de los Porcentajes de Adherencia según el Sexo de los Grupos de Estudio y de Control en las dos Evaluaciones Realizadas

SEXO	ESTUDIO		CONTROL	
	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES
MASCULINO	49,36	86,57	48,50	65,15
FEMENINO	50,50	93,50	48,25	67,25

Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013



Elaborado por: Arriciaga, Glenda - 2013

Gráfico 13. Porcentaje de Adherencia

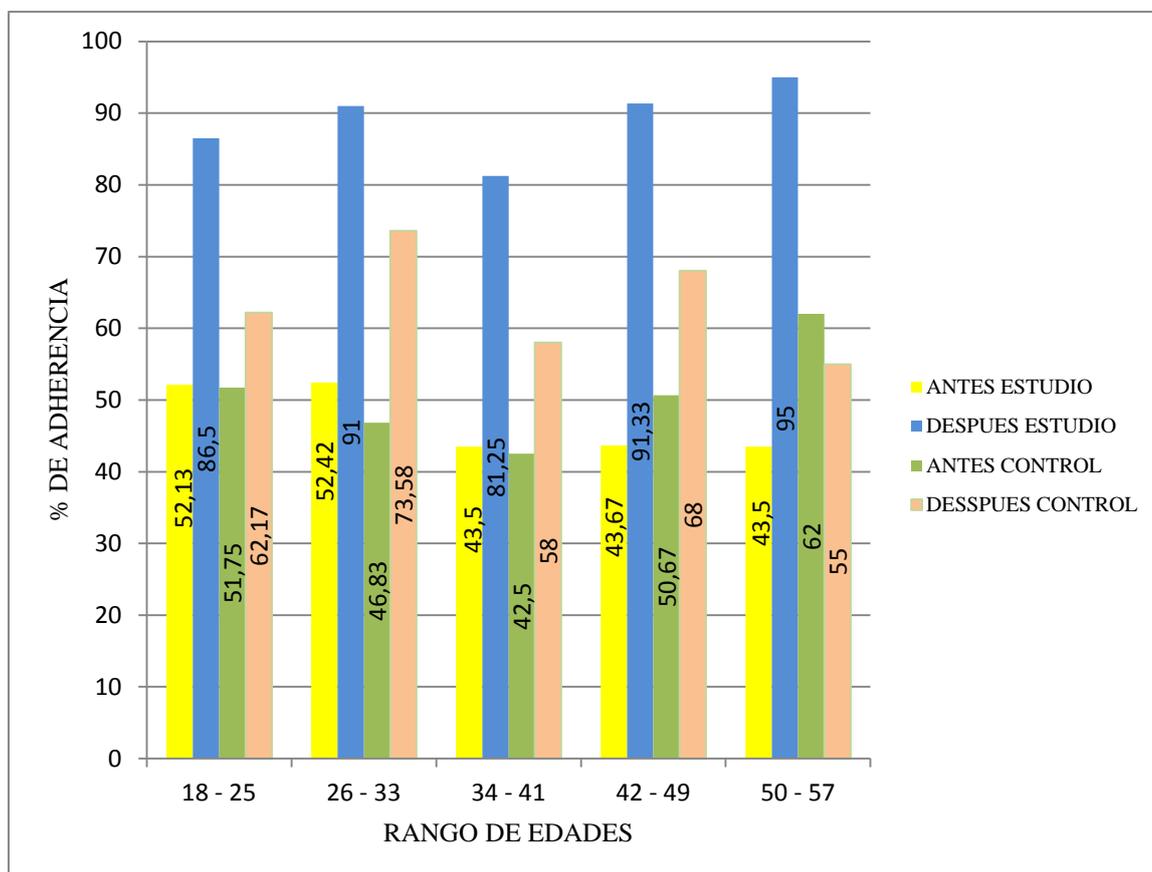
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: El gráfico N° 16 muestra los porcentajes de adherencia de los dos grupos según el sexo en las evaluaciones realizadas tanto al grupo de control como al grupo de estudio, notándose incremento en los valores. Los evaluados de sexo masculino del grupo de estudio han incrementado su adherencia en un porcentaje de 37,21%, mientras que en el grupo de control el incremento fue de 16,65. En la muestra de sexo femenino, en el grupo de estudio el porcentaje de diferencia es de 43,00%, mientras que en el grupo de control la diferencia es de 19,00%. A pesar del incremento de los porcentajes en el grupo de control, la diferencia es estadísticamente significativa con el grupo de estudio según la prueba de Tukey ($\leq 0,05$). Al compararse los dos grupos, se evidencia un incremento mayor en el sexo femenino que en el masculino.

VARIACIÓN DE LOS PORCENTAJES DE ADHERENCIA SEGÚN LA EDAD DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO Y DE CONTROL EN LAS DOS EVALUACIONES REALIZADAS

Cuadro 17. Variación de los Porcentajes de Adherencia Según la Edad de los Grupos de Estudio y de Control en las dos Evaluaciones Realizadas

EDAD	ESTUDIO		CONTROL	
	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES
18 – 25	52,13	86,50	51,75	62,17
26 – 33	52,42	91,00	46,83	73,58
34 – 41	43,50	81,25	42,50	58,00
42 – 49	43,67	91,33	50,67	68,00
50 – 57	43,50	95,00	62,00	55,00

Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013



Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013

Gráfico 14. Rango de Edades

INTERPRETACION Y ANALISIS: En el gráfico N° se muestra la variación de los porcentajes de adherencia de los grupos evaluados, según el rango de edad, tanto de estudio como de control en las dos evaluaciones realizadas.

Se aprecia que el incremento de adherencia en el grupo de estudio se evidencia el rango de edad de 50 a 57 en un porcentaje de 43,5% a 95%, mientras en el grupo de control el rango de edad que tuvo mayor incremento fue 26 a 33 años en un porcentaje de 46,83% a 73,58%.

Se evidencia que en el grupo de estudio en todos los rangos de edad el porcentaje de adherencia se incrementó, pero el rango de edad de 50 a 57 años fue el que se incrementó en mayor porcentaje; mientras que en el grupo de control en el mismo rango de edad decreció.

VARIACIÓN DE LOS PORCENTAJES DE ADHERENCIA SEGÚN LA
PERSONALIDAD DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO Y DE CONTROL EN LAS
EVALUACIONES REALIZADAS

Cuadro 18. Variación de los Porcentajes de Adherencia Según la Personalidad de los Grupos de Estudio y de Control en las Evaluaciones Realizadas

PERSONALIDAD	ESTUDIO		CONTROL	
	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES
COGNITIVA	57,9	95,2	52,6	47
AFECTIVA	37,8	88,6	40,8	69,2
DÉFICIT RELACIONAL	51,81	83,38	50,63	64,96

Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013

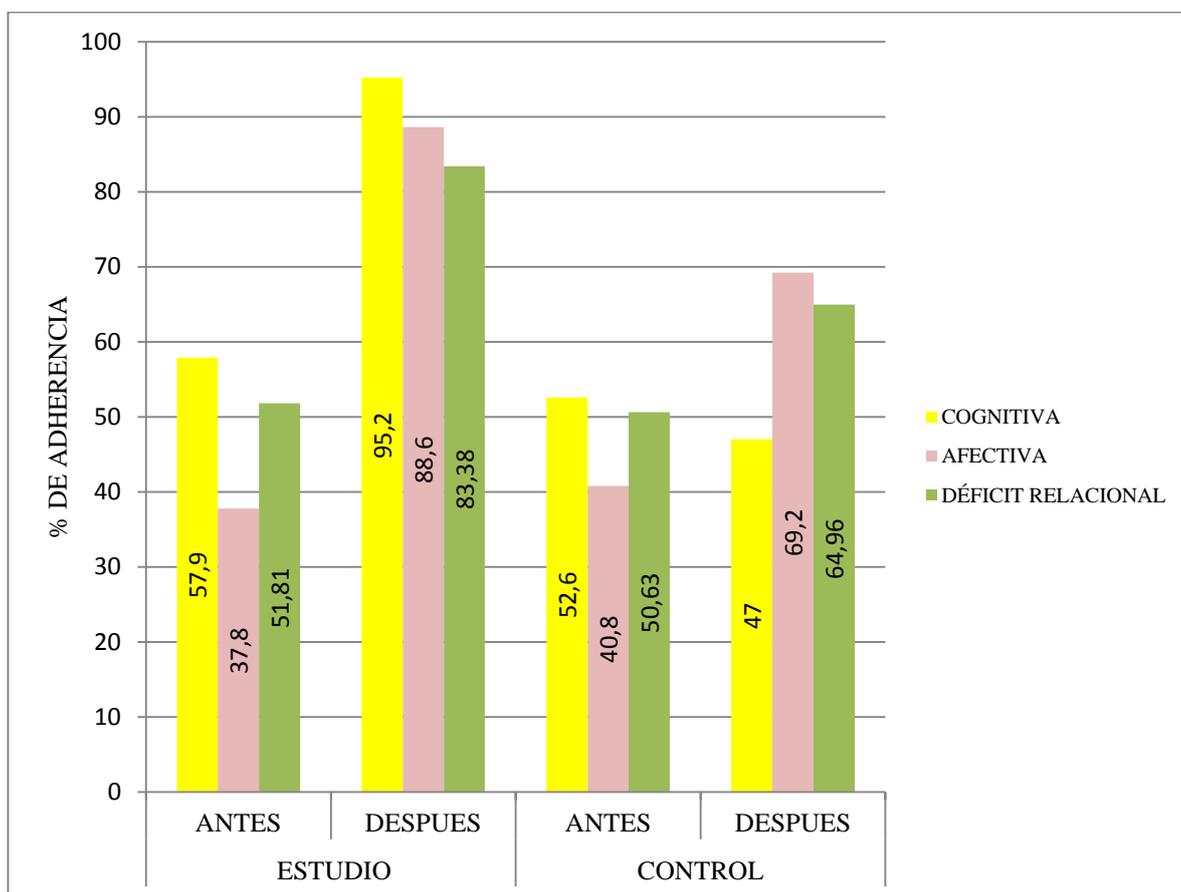


Gráfico 15. Porcentaje de Adherencia

Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013

INTERPRETACION Y ANALISIS: En el Gráfico N° se muestra la variación de los porcentajes de adherencia según los tipos de personalidad en los grupos de estudio y de control en las evaluaciones realizadas.

Se aprecia que el tipo de personalidad afectiva en los dos grupos ha incrementado el porcentaje de adherencia, en el de estudio de 37,8% a 88,6% y en el de control de 40,8 a 69,2%. El mayor incremento fue en el grupo de estudio con un porcentaje de 50,8% que en el de control fue de 28,4.

La diferencia es estadísticamente significativa según la prueba de Tukey ($\leq 0,05$).

Se evidencia que en el grupo de control la personalidad cognitiva tuvo un decremento en comparación con el grupo de estudio.

COMPROBACION DE HIPÓTESIS

HIPÓTESIS ESTADISTICA 1

Los PVVS con estilos de personalidad afectivos presentan dificultades en la adherencia al TAR.

En la muestra de PVVS evaluados, del 100% de adherencia, el tipo de personalidad que mantiene un porcentaje menor de adherencia es la personalidad de tipo afectiva tanto dentro del grupo de estudio con 37,80% como del grupo de control con un porcentaje de 40,80%, en comparación con los otros tipos de personalidad.

Cuadro 19. Personalidad y Porcentaje de Adherencia para Hipótesis 1

	ESTUDIO	CONTROL
<i>COGNITIVA</i>	57,90	52,60
<i>AFECTIVA</i>	37,80	40,80
<i>DÉFICIT RELACIONAL</i>	51,81	50,63
PROMEDIO	49,17	48,01
DESVIACION ESTANDAR	10,31	6,32

Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013

Realizando el cálculo de la desviación estándar tenemos que para el grupo de estudio se obtuvo la desviación estándar de 10,31 a diferencia del grupo de control que obtuvo 6,32 lo que significa que los márgenes entre los datos del grupo de control son estrechos, en comparación con los del grupo de estudio que tiene mayor dispersión.

Al realizar la correlación se establece que en el grupo de estudio, existe una correlación positiva alta entre el porcentaje de adherencia y el tipo de personalidad, por el resultado de 0,76; para el grupo de control se obtuvo una correlación positiva baja entre los factores mencionados por el resultado de 0,06, considerando un comportamiento similar entre las personalidades y el nivel de adherencia, tal como lo demuestra el Gráfico N° 16.

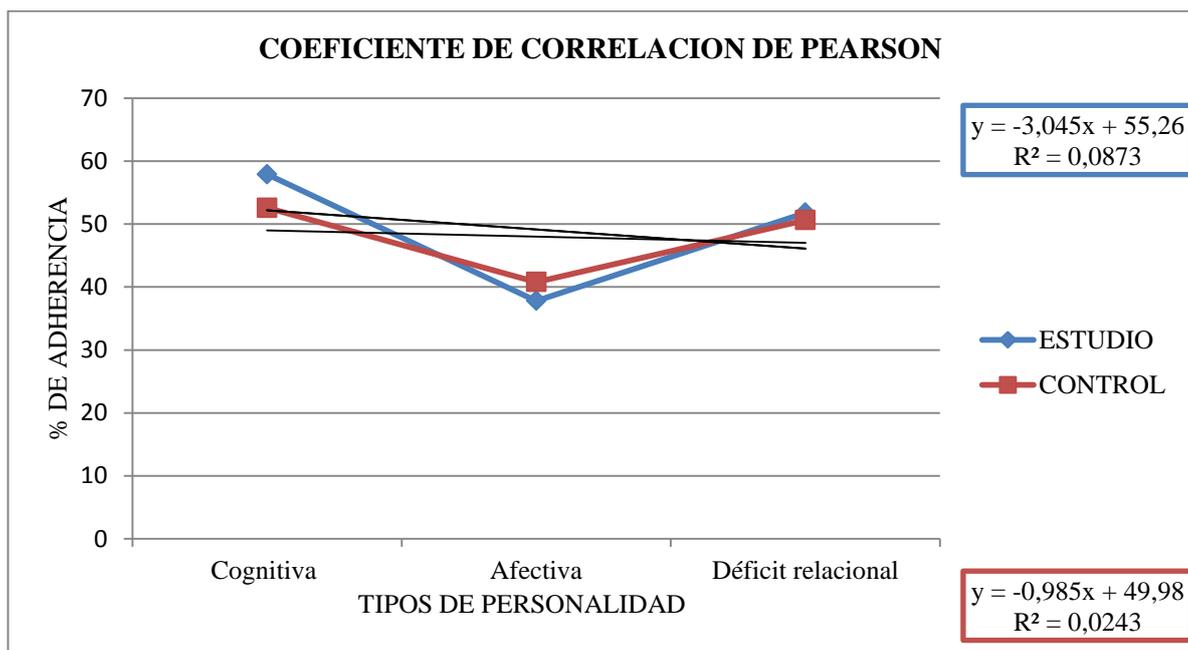


Gráfico 16. Coeficiente de Correlación de Pearson

Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013

Con todos estos antecedentes, la hipótesis se comprueba en el grupo de estudio.

HIPÓTESIS ESTADÍSTICA 2

La Psicoeducación desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad incrementa el nivel de adherencia clínica al TAR en PVVS

En la muestra de PVVS, en las evaluaciones realizadas, antes y después del programa de psicoeducación, se aprecia un incremento en el porcentaje de adherencia, siendo la diferencia estadísticamente significativa en comparación con el grupo de control.

En el cuadro N° 20 se destaca las diferencias estadísticas antes y después del programa de psicoeducación en el grupo de estudio, no así para el grupo de control cuyos incrementos no son significativos, aplicada la prueba Tukey ($p \leq 0,05$)

Con todos estos antecedentes, la hipótesis se comprueba.

Cuadro 20. Prueba Tukey para Hipótesis 2

18 - 25	MASCULINO	DEFICIT RELACIONAL	66,75	A	75,50	cd	70,00	a	79,00	a
			45,75	Abcde	95,50	ab	44,00	a	74,67	a
		AFECTIVA	34,00	Cde	85,00	abc	37,00	a	38,00	a
	FEMENINO	COGNITIVA	62,00	Abc	90,00	abc	56,00	a	57,00	a
26 - 33	MASCULINO	COGNITIVA	57,50	Abcd	99,00	a	44,00	a	48,50	a
		AFECTIVA	45,00	Abcde	90,00	abc	43,00	a	88,00	a
		DEFICIT RELACIONAL	71,50	A	75,00	cd	72,00	a	95,00	a
			50,50	Abcde	95,00	ab	41,00	a	53,00	a
	FEMENINO	COGNITIVA	55,00	Abcde	95,00	ab	45,00	a	100,00	a
		AFECTIVA	35,00	Cde	92,00	abc	36,00	a	57,00	a
34 - 25	MASCULINO	DEFICIT RELACIONAL	69,00	A	60,00	d	68,00	a	78,00	a
			48,00	Abcde	80,00	bc	37,00	a	36,00	a
			27,00	E	100,00	a	26,00	a	47,00	a
		AFECTIVA	30,00	De	85,00	abc	39,00	a	71,00	a
42 - 49	MASCULINO	AFECTIVA	45,00	Abcde	91,00	abc	49,00	a	92,00	a
		DEFICIT RELACIONAL	36,00	Bcde	86,00	abc	47,00	a	57,00	a
	FEMENINO	COGNITIVA	50,00	Abcde	97,00	ab	56,00	a	55,00	a
50 - 57	MASCULINO	COGNITIVA	65,00	Ab	95,00	ab	62,00	a	55,00	a

Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Una vez terminada la investigación, de acuerdo a los objetivos planteados y en base a los aspectos anotados anteriormente, se puede concluir lo siguiente:

- El comportamiento sexual de los evaluados del grupo de estudio fue el 90% heterosexual y el 10% bisexual, en el grupo de control el comportamiento sexual en el 100% de los evaluados es heterosexual. Ninguno de los evaluados se había realizado pruebas de VIH anteriores al diagnóstico, la primera prueba que arroja sospecha de diagnóstico se la realizaron por resultados REACTIVOS previos de su pareja

En la muestra evaluada, se puede evidenciar como factor común el desconocimiento, tanto propio como de las personas próximas a su entorno, de las formas de transmisión del virus, la progresión de la enfermedad y la acción del TAR lo que bloquea a los pacientes para que ejerzan un autocuidado adecuado de su condición de salud.

Las dificultades que se hacen presentes en todos los tipos evaluados se evidencian más en el área familiar ya sea proveniente desde su familia de origen y/o propia.

Muchos familiares en su afán de ayudar al PVVS, se muestran sobreprotectores por el desconocimiento de los factores que pueden llevar a una enfermedad oportunista, lo que el paciente interpreta como un bloqueo a sus objetivos incrementando sentimientos de indefensión y de inutilidad.

La posición contraria de familiares se aprecia en la tendencia a la búsqueda de responsables que se evidencia en verbalizaciones que llevan a incrementar sentimientos de culpa en especial en pacientes que tienen hijos que se encuentran en la fase de descarte o confirmación de su condición médica, lo que permite el descuido en los procesos de cuidado y mantenimiento de salud.

Se pone en evidencia la influencia de los medios de información escritos o televisivos quienes ponen énfasis en la fase terminal de la enfermedad y sus complicaciones y no

en la importancia de detección oportuna para favorecer estilos de vida saludables para PVVS.

En el estudio de la muestra los factores sociales y laborales son de poca importancia, tomando en cuenta que muchos de ellos no trabajan o lo hacen de forma independiente.

Tomando en cuenta las características de sexo, predomina con una mejor adherencia el sexo femenino, antes y después del programa de psicoeducación, incluso con toma de decisiones radicales como separación de su pareja que no ayuda a la adherencia al TAR o en riesgo de contagio de oportunistas.

La prevalencia del pensamiento mágico de la población evaluada es uno de los factores que impiden una buena adherencia al TAR, por la influencia de ciertas corrientes religiosas que ofrecen “curaciones milagrosas” de enfermedades en condición terminal.

En la personalidad de predominio afectivo, su locus de control externo, su alta sugestionabilidad, la variabilidad de su estado de ánimo y su búsqueda constante de afecto son factores que influencia la adherencia al tratamiento clínico.

Cabe anotar que los mismos rasgos de personalidad ayudaron a que el porcentaje de adherencia se incremente en mayor medida después de la ejecución del programa de psicoeducación, al compararse con los resultados obtenidos de las personalidades con predominio cognitivo y de déficit relacional.

En la personalidad con predominio cognitivo, su afán de control, apego a las normas y reglas y autonomía, hace que sea el grupo que mantiene un mejor rango de adherencia aunque no alcanza a un nivel de adherencia perfecta, pero al culminar el programa de psicoeducación llega a este nivel atribuyéndose al apego a las normas brindadas.

En la personalidad con predominio de déficit relacional, su afán de intimidad personal y retraimiento social hace que la vivencia de la enfermedad sea dentro de estas mismas circunstancias impidiendo que busquen ayuda para conocer las formas de ayuda para mantener su salud.

- El programa de psicoeducación desarrollado en esta investigación trató de cubrir aspectos como vías de transmisión, formas para evitar recontagio del virus, acción del TAR y la importancia de evitar enfermedades oportunistas.

Al incluir una actitud prospectiva para afrontar la condición médica actual, favoreció la adherencia al tratamiento, rompiendo el mito de “muerte próxima e inminente” acerca de esta enfermedad y favorecer la resiliencia ante el diagnóstico.

En el período de tiempo que duró el programa de psicoeducación y su evaluación posterior, los asistentes al programa no presentaron enfermedades oportunistas, asistieron a las consultas programadas por el cuerpo médico de la UAI y acataron las normas técnicas del seguimiento.

Al tomar en cuenta los rangos de edades, el de 34 a 41 años es el rango con menor adherencia antes del programa, manteniéndose en ese nivel después del programa de psicoeducación a diferencia de los otros rangos de edades que obtuvieron incremento significativo.

En 16 pacientes se realizó psicoeducación a sus familias de temas puntuales a pedido del propio paciente, en la primera y segunda sesión para mejorar el conocimiento de las vías de transmisión y los mitos de la enfermedad. En los 4 pacientes restantes no desearon intervención familiar por algunas razones: familia de origen desconocían de la condición del paciente, negación de familiares a asistir a las sesiones y poca accesibilidad por horario de atención del profesional.

Recomendaciones

- Implantar en el Servicio de Psicología de las UAIs al VIH/SIDA un programa de psicoeducación la búsqueda del mejoramiento de adherencia al TAR y ampliar esta investigación con otros tipos de personalidad para obtener datos más confiables.
- Realizar un programa de psicoeducación para los familiares de los pacientes para que sean una fuente de fortaleza y apoyo al tratamiento que se implante.
- Trabajar con la población PVVS, con una actitud de confianza y libre de prejuicios para la libre verbalización del paciente sobre sus conductas sexuales y estilos de vida poco saludables, con la fidelidad necesaria para poder mejorar su adherencia al TAR y al Servicio de Salud, basados en la información dada.
- Sensibilizar a las autoridades de salud y medios de comunicación para la refocalización de las intervenciones dirigidas a la prevención del contagio de VIH/SIDA, en las que se incluyan campañas publicitarias sobre la detección oportuna del virus y la difusión de estilos de vida saludables para PVVS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Tangibles:

Balarezo, L. (2003/2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*. Quito, Ecuador: UNIGRAF.

Balarezo, L. (2004). *Apuntes de sistemas contemporáneos de Psicología*. Quito, Ecuador: Centro de Publicaciones PUCE.

Balarezo, L. y Lima, S. (2009). *El alcoholismo: una perspectiva integrativa*. Quito, Ecuador: Centro de Publicaciones PUCE. Págs: 14-15

Castro Solano, A; Casullo, María Martina & Pérez, Marcelo Antonio (2004). *Aplicaciones del MIPS en el ámbito laboral y educativo y médico*. 1ª Ed. Buenos Aires. Editorial Paidós. Págs: 123-129

Millon, Theodore; Davis, R; Millon, C (2008). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon - III*. 1ª Ed. Madrid. TEA Ediciones. Págs: 120-121

Virtuales:

- Cano, J y Ruiz J. (1999). **LAS PSICOTERAPIAS: Introducción a las orientaciones psicoterapéuticas para profesionales sanitarios**. Capítulo 5

<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/ProfSanitarios/profesionales5.htm>

Recuperado el 24 de Noviembre del 2012

- Knobel, Hernando et al. (2000). **Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral**. Art. EN: Enferm Infecc Microbiol Clin. Págs. 99-106

http://www.gesida-seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/DcyRc_Adherencia%20al%20tratamiento.pdf

Recuperado el 22 de Enero de 2013.

- Maldonado, J y Arévalo G. (2006). **Psicoeducación**

http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?Id_articulo=1052

Recuperado el 14 de Octubre del 2012

- MSP (2007). **Guía de Atención Integral a PVVS.**- Pags: 5 -7

<http://www.coalicionecuatoriana.org/pdfs/guiatencionintegral.pdf>

Recuperado el 10 de Octubre de 2012.

- MSP (2012). **Guía de Atención Integral para adolescentes y adultos con infección por VIH/SIDA.**- Pags: 13, 31.

http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/vih/Guia_de_atencion_integral_adultos_con_infeccionVIH.pdf

Recuperado el 18 de Marzo del 2013.

- Ocio, S. (2012). **Psicoeducación**

<http://www.unioviedo.es/psiquiatria/docencia/material/CIENCIASPSICOSOC/2011-12/15PC-PSICOEDUCACION.pdf>

Recuperado el 15 de Marzo del 2013

- Ramírez C. y Mota G. **Herramientas de psicoeducación en los diferentes niveles educativos.**

<http://www.slideshare.net/Geovanni3/herramientas-de-la-psicoeducacion>

Recuperado el 15 de Noviembre del 2012

- Red Venezolana de Gente Positiva (RVG+). **Guía Práctica Logrando la Adherencia a los Medicamentos Antirretrovirales para Personas que viven con VIH.** Primera Edición, año 2008. Págs: 13, 16-17

<http://www.stopvih.org/pdf/RVGGuiaPractica.pdf>

Recuperado el 2 de Febrero del 2013

- Sánchez, Marina (2010). **Adherencia a tratamientos antirretrovirales simples en una o dos tomas diarias**. Tesis Doctoral. Pags: 54-62

<http://eprints.ucm.es/11589/1/T32277.pdf>

Recuperado el 21 de Diciembre del 2012

ANEXOS

A. PLAN APROBADO

1.- *TITULO*: INFLUENCIA DE UN PROGRAMA DE PSICOEDUCACION DESDE EL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD EN LOS NIVELES DE ADHERENCIA AL TAR EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA

2.- *PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA*.-

2.1 Formulación del problema.-

La epidemia de la Infección por VIH/SIDA, constituye un complejo problema de salud pública a nivel mundial y desde 1984, año en que se notificó el primer caso de infección por VIH en el Ecuador, ha sido continuamente preocupación para las autoridades de salud puesto que su curva de crecimiento ha sido ascendente en los últimos años. Las consecuencias económicas, sociales, emocionales han superado las barreras de lo esperado.

Para el año 2008 se registraron de manera oficial un acumulado de 15318 casos de VIH/SIDA en Ecuador. Según el INEC hasta el año 2007 habían fallecido 4926 por esta causa. Para el año 2011 se reportaron 3438 nuevos casos confirmados¹.

La provincia de Los Ríos se considera actualmente como la tercera en número de casos infectados y reportados detrás de Guayas y Pichincha.

El Ministerio de Salud, como ente rector de las políticas públicas en VIH/SIDA basándose en el derecho a la salud contemplado en la Constitución Política de la República del Ecuador, constituye las Unidades de Atención Integral hacia el VIH/SIDA con personal capacitado, existiendo actualmente 5 Unidades de Atención Integral al VIH/SIDA en nuestra provincia.

En la actualidad el Ministerio de Salud Pública invierte en la compra y entrega del TAR a PVVS, en forma gratuita a través de las mencionadas unidades locales, lo que exige un control exhaustivo y cuidadoso de este gasto.

A nivel cantonal, existen aproximadamente confirmados 450 casos. En UIA del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo se brinda el Tratamiento Antirretroviral a 135 pacientes actualmente, la mayor parte de la población a la que se brinda la medicación, está comprendida entre edades desde los 15 hasta los 49 años¹.

A lo largo de los años en el tratamiento de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, ha habido una gran fluctuación en las percepciones acerca de la eficacia de los tratamientos antirretrovirales. Hasta antes de 1987, el tratamiento de los enfermos con infección por VIH era fundamentalmente en las etapas avanzadas de la enfermedad, y consistía principalmente en el tratamiento y prevención de las infecciones oportunistas.

A partir de 1987 cuando el primer antirretroviral (Zidovudina o AZT) estuvo disponible, hubo un gran optimismo y entusiasmo. Entre los años 1993 y 1996 aparecen nuevas pruebas de laboratorio para determinar la eficacia de los tratamientos y el pronóstico de la enfermedad.

El tratamiento antirretroviral actual ha cambiado significativamente la historia natural de la enfermedad por VIH. El uso adecuado de las combinaciones de antirretrovirales y la adherencia al tratamiento, son esenciales para optimizar su eficacia.

2.2 Preguntas de investigación.-

2.2.1 ¿Qué rasgos de personalidad presentan los PVVS que tienen dificultades de adherencia al TAR?

2.2.2 ¿Cuáles son los niveles de adherencia de los PVVS que han realizado el programa de psicoeducación desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad?

2.3 Objetivos de investigación.-

2.3.1 General

- Influir en los niveles de adherencia al TAR a través de un programa de psicoeducación desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad

2.3.2 Específicos

- Identificar las dificultades de adherencia según el tipo de personalidad

- Diseñar el programa de psicoeducación desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad.
- Medir la eficacia del programa de psicoeducación desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad en la adherencia al TAR de PVVS.

2.4 Justificación.-

La adherencia al TAR es uno de los aspectos fundamentales para su eficacia, pero la existencia de factores sociales, económicos, individuales y sanitarios como son: comorbilidad con otros padecimientos, efectos colaterales del TARGA, combinaciones complejas de Retroviral, falta de acceso a los Servicios de Salud, temor a la discriminación, entre otros, ocasionan que el sujeto no cumpla con el tratamiento, lo que desemboca en consecuencias como: resistencia a los diferentes esquemas de TAR, ocurrencia de enfermedades oportunistas y muerte de los pacientes.

Por ello es de suma importancia la implementación de un Programa de Psicoeducación a la población afectada y tomando en cuenta que es la población económicamente activa la más afectada por esta enfermedad en nuestro medio, los costos económicos se reducirían al prolongar la vida de los usuarios y que ésta sea de calidad.

Se considera que los objetivos planteados en este estudio son alcanzables por contar con el número suficiente de casos para investigar, los recursos para el diagnóstico y evaluación, además la bibliografía es asequible y existe la apertura institucional para su desarrollo.

3.- MARCO TEORICO

3.1 Posicionamiento Teórico

Para la presente investigación, se ha considerado tener como base al Movimiento Integrativo de Psicoterapia. Desde la tercera década del siglo anterior, muchos autores buscaron aproximaciones en los diferentes niveles entre teorías psicológicas y sistemas psicoterapéuticos, por lo que se inicia un nuevo movimiento que da cabida a la integración en Psicoterapia.

Los modelos integrativos son abiertos y evitan el peligro de elaboraciones absolutas y totalizadoras derivadas de paradigmas estrechos o reduccionistas, lo que obliga a la psicoterapia a nutrirse de la mejor investigación con relación a los paradigmas de integración e incorpora técnicas específicas validadas por la investigación, en relación a posturas “anti técnicas” derivadas de especulaciones teóricas.

El modelo integrativo focalizado en la personalidad desarrollado por el Dr. Lucio Balarezo, nos brinda el suficiente soporte teórico para la presente investigación, por cuanto considera las características psicológicas propias de nuestra población: la tendencia al pensamiento mágico, a la inmediatez de resultados, predominio del locus externo, la tendencia a la inercia para modificar conductas y la marcada influencia afectiva.

3.2 Plan Analítico

I CAPITULO

3.1 MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN PERSONALIDAD.-

- 3.1.1 Bases filosóficas
- 3.1.2 Bases epistemológicas
- 3.1.3 Bases teóricas
- 3.1.4 Bases metodológicas

II CAPÍTULO

3.2 VIH/SIDA.-

- 3.2.1 Definición de infección por VIH/SIDA
- 3.2.2 Transmisión del VIH
 - a. Eficacia
 - b. Mecanismos de transmisión
- 3.2.3 Factores de riesgo
- 3.2.4 Pruebas de detección del VIH
- 3.2.5 Diferencia entre paciente seropositivo y con SIDA
- 3.2.6 Tratamiento Antirretroviral
 - a. Esquemas antiretrovirales
 - b. Adherencia
 - c. Importancia de la adherencia
 - d. Factores influyentes en la adherencia
 - e. Evaluación de adherencia

III CAPÍTULO

3.3 PSICOEDUCACIÓN.-

- 3.3.1 Concepto y Metodología
- 3.3.2 Objetivos
- 3.3.3 Componentes de la psicoeducación

4.- FORMULACION DE HIPOTESIS

Hi 1: Los PVVS con estilos de personalidad afectivos presentan dificultades en la adherencia al TAR.

VARIABLES	INDICADORES	MEDIDAS
<u>INDEPENDIENTE</u> Estilos de personalidad	<ul style="list-style-type: none"> - Personalidades Afectivas - Personalidades Cognitivas - Personalidades de Déficit Relacional - Personalidades Comportamentales 	<ul style="list-style-type: none"> - Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica - Cuestionario de personalidad de SEAPSI - Test de Millon
<u>DEPENDIENTE</u> Nivel de Adherencia al TAR	<ul style="list-style-type: none"> - 95-100% - 85-94% - 65-84% - 30-64% - <30%. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario de adherencia del MSP - Registro del recuento de medicación del MSP

Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013

Hi 2: La Psicoeducación desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad incrementa la adherencia clínica al TAR en PVVS.

VARIABLES	INDICADORES	MEDIDAS
<u>INDEPENDIENTE</u> Psicoeducación desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad	<ul style="list-style-type: none"> - Número de sesiones realizadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica - Fichas de seguimiento
<u>DEPENDIENTE</u> Nivel de Adherencia al TAR	<ul style="list-style-type: none"> - 95-100% - 85-94% - 65-84% - 30-64% - <30%. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario de adherencia del MSP - Registro del recuento de medicación del MSP

Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013

5.- TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Se trata de un estudio cuantitativo y experimental.

6.- METODOLOGIA

6.1 Población.-

Lo conforman los 135 PVVS que estén siendo atendidos en la Unidad de Atención Integral de VIH/SIDA del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo; estarán dentro de cualquier grupo de edad desde los 18 años, podrán ser varones o mujeres y que mantengan baja adherencia al TAR. La muestra serán un mínimo de 20 pacientes, tomados al azar.

6.2 Métodos.-

- Clínico: Determinación de las características de los pacientes que permitan concluir en un correcto diagnóstico, por medio de técnicas propias.
- Inductivo-Deductivo: Para inferir características particulares de las generales y abstraer características generales de las particulares.
- Estadístico: Permite la correlación de los datos y su síntesis gráfica, de modo que se facilita la interpretación.

6.3 Técnicas.-

- Observación Clínica Psicológica: Para determinar las conductas del paciente.
- Entrevista Psicológica: Para obtener los datos verbales del paciente sobre sus síntomas.
- Ficha Integrativa para Evaluación Psicológica: Para registrar sistemáticamente los datos conductuales y verbales del paciente.
- Psicometría: Para obtener muestras específicas y objetivas de los rasgos de personalidad y el nivel de adherencia al TAR del PVVS.

6.4 Instrumentos de medición.-

- Cuestionario de Personalidad de SEAPsI
- Test de MILLON para determinar rasgos de personalidad
- Pruebas para evaluar el nivel de adherencia al TAR

6.5.- Recolección y Procesamiento de información.-

- Elaboración del plan de investigación
- Selección de los instrumentos para la evaluación

- A cada paciente se le hará una entrevista psicológica, para recoger los datos en la ficha integrativa de evaluación psicológica.
- A cada paciente se le aplicará el Cuestionario de personalidad de SEAPsI y el Test de MILLON (PDQ4).
- A cada paciente se le aplicará los instrumentos para medir el nivel de adherencia
- Elaboración del programa de Psicoeducación desde el modelo integrativo
- Aplicación del programa de Psicoeducación desde el modelo integrativo.
- Se tomará un grupo de control tomando como variables los rasgos de personalidad y la no adherencia al TAR.
- Reaplicación de los instrumentos para medir adherencia al TAR al grupo de estudio y al grupo de control
- Análisis de los datos

6.6 Análisis de los datos.-

6.6.1 Comprobación de hipótesis.-

Se realizará una vez concluida la investigación.

6.6.2 Conclusiones.-

Se realizará una vez concluida la investigación.

6.6.3 Recomendaciones.-

Se realizará una vez concluida la investigación.

7.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	Mes I	Mes II	Mes III	Mes IV	Mes V	Mes VI	Mes VII	Mes VIII
Investigación de fuentes bibliográficas para definir el tema	—							
Elaboración del plan de investigación	—							
Entrega del plan de investigación	—							
Recolección de los datos de los pacientes definidos en la investigación			—	—	—	—		
Revisión bibliográfica para marco teórico	—	—	—	—	—	—		
Elaboración del marco teórico	—	—	—	—	—	—		
Supervisión del avance de la investigación	—	—	—	—	—	—	—	—
Tabulación de resultados						—		
Interpretación de resultados							—	—
Entrega del informe de investigación								—

Elaborado por: Arriciaga, Glenda 2013

8.- RECURSOS

8.1 Recursos Humanos.-

- Pacientes definidos en unidades de observación
- Estudiante investigador, Glenda Arriciaga V.
- Asesor de investigación, Dr. Lucio Balarezo Ch.

8.2 Recursos Materiales.-

- Equipos de oficina
- Material de escritorio
- Material bibliográfico
- Hojas de papel universitario
- Empastados del informe final

8.3 Recursos Económicos.-

Financiamiento: Propio del investigador

Presupuesto:

Alquiler de equipos	\$ 300
Copias de material psicométrico	\$ 50
Material de escritorio	\$ 80
Compra de tiempo en internet	\$ 100
Hojas de papel universitario	\$ 10
Empastados del informe final	\$ 50
TOTAL	\$ 590

9. BIBLIOGRAFIA.-

- ACOSTA MARÍA ELENA, MONTOYA ORLANDO. Hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres en el Ecuador- Aproximación al comportamiento y a la seroprevalencia del VIH- 1, 2002

- ALBEAR DE LA TORRE, OSCAR. Conviviendo con VIH. Cuba. 2004
- ALMENDRAS, Ivette: Método EBE, Estrategias de "Bien-Estar". Ediciones del Milenio. Montevideo 2002. <http://www.psicoaducar.com/psicoed.htm>
- BALAREZO, Lucio.- Apuntes de Sistemas Contemporáneos de Psicología.- Centro de Publicaciones de PUCE.- 2004.- Quito
- BALAREZO, Lucio.- Psicoterapia.- Centro de Publicaciones de PUCE.- 2004.- Quito
- CEVALLOS, LUIS FERNANDO. Manual Nacional de Consejería en VIH/SIDA – ITS; Ministerio de Salud Pública Edición Borrador 2005
- CHACÓN, LEONARDO L.. Consejería en ITS y VIH/SIDA. MINSAP. 2004
- CHESNEY MARGARET. Avances en la Adherencia. USA. 2001
- CONASIDA, Chile. Consejería de apoyo a la adherencia a tratamientos y controles clínicos de las personas que viven con VIH. 2002
- FEIXAS, G. y VILLEGAS, M.- Constructivismo y Psicoterapia.- PPU.- 2000.- Barcelona
- FERNANDEZ ALVAREZ, H. y OPAZO CASTRO, R.- La Integración en Psicoterapia.- Editorial Paidós.- 2004 Barcelona
- MALDONADO, JORGE Y ARÉVALO, GABRIELA. Psicoeducación.- En internet: http://www.espaciologopedico.com/articulos2.php?Id_articulo=1052
- ONUSIDA. Apoyo a las Personas que cuidan de otras. Mayo, 2001
- ONUSIDA. El SIDA y la Infección por VIH. 2000
- ONUSIDA. El SIDA: cuidados paliativos. 2001
- ONUSIDA. Asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH. 2003
- ONUSIDA. El SIDA y la Infección por VIH. 2000

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	

- EXPLÍCITA
- IMPLÍCITA
- 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

B.2 CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPSI

NOMBRE:..... FECHA.....

Señale las frases con las que más se identifique

a	Al realizar alguna actividad o tarea me gustan que las cosas salgan perfectas	
	Programo mis actividades y salirme del esquema me genera ansiedad	
	Me resulta difícil expresar mis emociones y 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/a y me preocupo de todos los detalles	
	En las tareas ideales o domésticas, busco que todo tenga un orden ideal	
	Tengo ideas o pensamientos que no logro quitar 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 interrumpen el trabajo que estoy realizando	
	Al ver a mi pareja en compañía de otra persona siento ira	
	Soy una persona que denota 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 los que me siento muy alegre, y otros en los que sin causa estoy triste	
	A veces miro el futuro con gran optimismo y otras lo veo negro	
	Cuando estoy en buen estado emocional me torno excesivamente generoso	
	Por las mañanas me 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	La mayoría de ocasiones me gusta salirme con la mía	
	Me gusta ayudar a 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/a		
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 agradar a los demás		
	Me cuesta simpatizar con los demás porque tengo miedo de ser ridiculizado o avergonzado		
	Mi vida social es reducida		
	Cuando conozco a gente nueva temo no poder iniciar una conversación		
	Me gusta mejorar mis relaciones interpersonales		
	Tengo dificultad para hablar de mi mismo ante los demás		
	Me siento ofendido si alguien se muestra crítico frente a mi 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 alguien que me proporcione cuidado y apoyo		
	Cuando tengo problemas busco a otras personas para que me aconsejen		
	Me cuesta expresar mi desacuerdo ante 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 las 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 y de confianza		
	Siempre me ha costado enamorarme profundamente		
	Soy insensible ante los hechos o circunstancias adversas que suceden		
	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/a 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 ante 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 o legales		
	A veces hago trampa para obtener beneficios personales		
	Si encuentro una solución que es favorable para mí, avanzo, si las circunstancias son negativas para otras personas		
	En la niñez solía causar daño a los animales		
	Suelo ser incapaz e impulsivo al planificar el futuro		
	Cuando estoy con ira 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 busco siempre algo diferente que hacer		
	A pesar de tener un carácter fuerte temo ser abandonado/a		
	Me gasto el dinero de manera imprudente por ejemplo en apuestas o compras innecesarias		
	Cambio bruscamente de opinión con respecto al futuro, las amistades o las ocupaciones		
	APRECIACIÓN		

*B.3 INVENTARIO MULTIAXIAL DE MILLON***MCMII –III**

- 1 Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, aún por la mañana.
- 2 Pienso que las reglas son muy importantes porque son una buena guía a seguir.
- 3 Disfruto de hacer tantas cosas diferentes que no puedo decidir cuál hacer primero.
- 4 La mayor parte del tiempo me siento débil y cansado.
- 5 Sé que soy una persona superior, de manera que no me importa lo que otros piensen.
- 6 La gente nunca me han dado suficiente reconocimiento por las cosas que he hecho.
- 7 Si mi familia me presiona, tiendo a enojarme y resistir a hacer lo que ellos quieren.
- 8 La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de mi comportamiento o de mi apariencia.
- 9 A menudo critico a la gente enfáticamente si me fastidian.
- 10 Los pocos sentimientos que pueda tener, raramente los muestro al mundo exterior.
- 11 Tengo dificultad para mantener el equilibrio al caminar
- 12 Yo demuestro mis sentimientos en forma fácil y rápida
- 13 Mi hábito de drogas frecuentemente me ha metido en problemas graves en el pasado.
- 14 A veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.
- 15 Cuando las cosas van bien, no duran mucho tiempo.
- 16 Soy una persona muy complaciente y sumisa.
- 17 Cuando era adolescente me metí en muchos problemas por mala conducta en la escuela.
- 18 Tengo miedo de hacerme muy amigo de otra persona porque puedo terminar siendo ridiculizado o avergonzado.
- 19 Pareciera que siempre elijo amigos que terminan maltratándome.
- 20 He tenido pensamientos tristes durante gran parte de mi vida, desde que era niño.
- 21 Me gusta coquetear con miembros del sexo opuesto.
- 22 Soy una persona muy variable, que cambia de opinión y sentimientos todo el tiempo.
- 23 Beber alcohol nunca me ha causado problemas serios en mi trabajo.
- 24 Hace algunos años empecé a sentirme un fracasado.
- 25 Casi siempre me siento culpable y no sé por qué razón.
- 26 Otras personas envidian mis habilidades.
- 27 Cuando tengo la opción, prefiero hacer las cosas solo.
- 28 Pienso que es necesario imponer normas estrictas de conducta a los miembros de mi familia.
- 29 Generalmente la gente me ve como una persona reservada y muy seria.
- 30 Últimamente he empezado a sentir deseos de destrozr cosas.
- 31 Creo que soy una persona especial que merece atención de otros.

- 32 Siempre estoy tratando de hacer nuevas amistades y conocer gente nueva.
- 33 Si alguien me criticara por cometer un error, inmediatamente le señalaría algunos errores a ella.
- 34 Últimamente me he desanimado muchísimo.
- 35 A menudo dejo de hacer las cosas porque temo que no las haré bien.
- 36 A menudo exteriorizo mis sentimientos de enojo y luego me siento terriblemente culpable por ello.
- 37 Muy a menudo pierdo la sensibilidad en partes del cuerpo.
- 38 Yo hago lo que quiero sin preocuparme del efecto que esto pueda tener en otros.
- 39 El usar lo que se conoce como "drogas ilegales" puede no ser lo mejor, pero en el pasado sentí que las necesitaba.
- 40 Supongo que soy una persona temerosa e inhibida.
- 41 He hecho muchas cosas estúpidas impulsivamente, que terminaron causándome grandes problemas.
- 42 Nunca perdono un insulto ni olvido cuando alguien me ha hecho pasar vergüenza.
- 43 A menudo me siento triste o tenso inmediatamente después que me ha sucedido algo bueno.
- 44 Ahora me siento terriblemente deprimido y triste la mayor parte del tiempo.
- 45 Siempre trato de complacer a otras personas, aun cuando no me caen bien.
- 46 Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de las personas.
- 47 Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.
- 48 Hace mucho tiempo decidí que es mejor no tener mucho que ver con la gente.
- 49 Desde que era niño he tenido que cuidarme de la gente que trataba de engañarme.
- 50 Siento mucho rencor hacia la "gente importante" que siempre cree poder hacer las cosas mejor que yo.
- 51 Cuando las cosas se ponen aburridas, me gusta agregarles un poco de emoción.
- 52 Mi forma de beber alcohol me ha causado problemas a mí y a mi familia.
- 53 El castigo nunca me detuvo de hacer lo que yo quería.
- 54 Hay muchas ocasiones en que, sin razón alguna, me siento muy alegre y lleno de entusiasmo.
- 55 En las últimas semanas me he sentido muy cansado sin ninguna razón en especial.
- 56 Desde hace algún tiempo me he estado sintiendo muy culpable porque ya no puedo hacer las cosas bien.
- 57 Creo que soy una persona muy sociable y amistosa.
- 58 Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.
- 59 Siempre llevo cuenta detallada de mi dinero, así estoy preparado en caso de que surja alguna necesidad.

- 60 Simply no he tenido la suerte que otros han tenido.
- 61 Hay ideas que me dan vueltas y vueltas en la mente y no se alejan.
- 62 Desde hace uno o dos años me he vuelto bastante triste y decepcionado de la vida.
- 63 Mucha gente ha estado espiando mi vida privada por años.
- 64 No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles sólo para hacer a otros infelices.
- 65 El año pasado crucé el Atlántico en avión treinta veces.
- 66 Mi hábito de abusar de las drogas me ha causado faltar al trabajo en el pasado.
- 67 Tengo muchas ideas que son muy avanzadas para estos tiempos.
- 68 Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin razón alguna.
- 69 Yo evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente me va a criticar o rechazar.
- 70 Con frecuencia creo que no merezco las cosas buenas que me pasan.
- 71 Cuando estoy solo, a menudo siento la presencia fuerte y cercana de alguien que no se puede ver.
- 72 Siento que no tengo metas y no sé hacia dónde voy en la vida.
- 73 A menudo permito que otros tomen decisiones importantes por mí.
- 74 Parece como si no durmiera, y me despierto tan cansado como cuando me acosté.
- 75 Últimamente he estado sudando mucho y me siento muy tenso.
- 76 Continúo teniendo pensamientos extraños que desearía poder eliminar.
- 77 Me cuesta mucho esfuerzo tratar de controlar el impulso de beber en exceso.
- 78 Aun cuando estoy despierto, no parezco darme cuenta de la gente que está cerca de mí.
- 79 A menudo estoy malhumorado y gruñón.
- 80 Para mí es muy fácil hacer muchas amistades.
- 81 Estoy avergonzado de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven.
- 82 Siempre me aseguro que mi trabajo esté bien planificado y organizado.
- 83 Mi estado de ánimo cambia mucho de un día para otro.
- 84 Me siento demasiado inseguro de mí mismo como para arriesgarme a intentar algo nuevo.
- 85 Yo no culpo a nadie que se aproveche de alguien que se lo permita.
- 86 Ya hace tiempo que me siento triste y decaído y no puedo reanimarme.
- 87 A menudo me enojo con la gente que hace las cosas lentamente.
- 88 Yo nunca permanezco callado y desapercibido cuando estoy en una fiesta.
- 89 Yo observo muy de cerca de mi familia, para saber en quién se puede confiar y en quién no.
- 90 A veces me confiado y me siento molesto cuando la gente es buena conmigo.
- 91 Mi uso de lo que llaman "drogas ilegales" ha causado altercados en la familia.

- 92 Estoy solo la mayoría de tiempo y lo prefiero que sea así.
- 93 Hay miembros de mi familia que dicen que soy egoísta y que pienso sólo en mí mismo.
- 94 La gente puede hacerme cambiar de opinión fácilmente, aun cuando yo creía haberme decidido al respecto.
- 95 A menudo irrito a la gente cuando los mando.
- 96 En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas.
- 97 Yo creo en el dicho "acostarse con las gallinas y levantarse con los gallos".
- 98 Mis sentimientos por la gente importante de mi vida frecuentemente cambian de amor a odio hacia ellos.
- 99 Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido.
- 100 Supongo que no soy diferente de mis padres, en el hecho de que me estoy convirtiendo en algo así como un alcohólico.
- 101 Supongo que no tomo muchas responsabilidades de mi familia con la seriedad que debería hacerlo.
- 102 Desde que era niño he estado perdiendo el contacto con el mundo real.
- 103 Hay gente aprovechadora que a menudo trata de recibir reconocimiento por cosas que yo he hecho o pensado.
- 104 No puedo sentir mucho placer porque no siento que lo merezca.
- 105 Tengo deseos de tener amigos íntimos.
- 106 En mi vida he tenido muchos periodos en los que he estado tan animado, y en los que he usado tanta energía, que después caía en un estado de desánimo.
- 107 He perdido el apetito completamente y tengo problemas en dormir casi todas las noches.
- 108 Me preocupo mucho acerca de quedar solo y tener que cuidarme a mí mismo.
- 109 El recuerdo de una experiencia muy desagradable en el pasado me viene continuamente a la mente y perturba mis pensamientos.
- 110 Estuve en la portada de varias revistas el año pasado.
- 111 Al parecer he perdido interés en la mayoría de las cosas que antes encontraba placenteras, tales como el sexo.
- 112 He estado siempre deprimido y triste durante gran parte de la vida, desde muy joven.
- 113 Me he metido en problemas con la ley un par de veces.
- 114 Un buen método para evitar errores es tener una rutina para hacer las cosas.
- 115 A menudo otras personas me culpan de cosas que no hice.
- 116 He tenido que ser muy duro con algunas personas para mantenerlas a la raya.

- 117 La gente piensa que a veces yo hablo de cosas extrañas y diferentes.
- 118 Ha habido ocasiones en que no he podido pasar el día sin usar drogas, de las que se consiguen en la calle.
- 119 La gente está tratando de hacerme creer que estoy loco.
- 120 Yo haría algo desesperado para evitar que la persona que amo me abandone.
- 121 Tengo ataques incontrolables de hambre en los que como muchísimo un par de veces en la semana.
- 122 Parece que echo a perder las oportunidades que se me presentan.
- 123 Siempre he tenido grandes dificultades para dejar de sentirme triste e infeliz.
- 124 Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo empiezo a sentirme tenso y lleno de pánico.
- 125 A veces la gente se molesta conmigo porque dicen que hablo mucho y demasiado rápido para ellos.
- 126 La mayoría de la gente exitosa de hoy ha tenido suerte o ha sido deshonesto.
- 127 Nunca me meto con la gente a no ser que está seguro que les voy a gustar.
- 128 Me siento profundamente deprimido y no comprendo por qué razón.
- 129 Después de muchos años, todavía tengo pesadillas de algo que puso mi vida en un peligro real.
- 130 Ya no tengo la energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.
- 131 Beber alcohol me ayuda cuando me siento triste.
- 132 Odio pensar en las formas en que fui abusado en mi niñez.
- 133 Aun cuando las cosas andan bien, siempre he temido que pronto van a ir mal.
- 134 A veces, cuando las cosas empiezan a andar mal en mi vida, me siento como una persona loca o fuera de la realidad.
- 135 Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano en quien depender, realmente me asusta.
- 136 Sé que he gastado más dinero de lo que debería, comprando drogas ilegales.
- 137 Siempre me aseguro de terminar mi trabajo antes de tomar tiempo para mis actividades recreativas.
- 138 Puedo ver que la gente habla de mí cuando paso al lado de ellos.
- 139 Soy muy bueno para inventar excusas cuando me meto en problemas.
- 140 Creo que están tramando algo contra mí.
- 141 Siento que la mayoría de la gente piensa que soy de poco valor
- 142 Frecuentemente siento que no tengo nada en mi interior, como si estuviera vacío o hueco.
- 143 A veces me obligo a vomitar después de comer.
- 144 Creo que me esmero excesivamente en animar a la gente a que admire lo que digo o hago.

- 145 Me paso la vida preocupándome de una cosa o de otra.
- 146 Siempre me pregunto cuál será la verdadera razón cuando alguien me trata especialmente bien.
- 147 Hay ciertos pensamientos que se me vienen a la mente una y otra vez.
- 148 Pocas cosas en la vida me dan placer.
- 149 Me siento asustado y tengo dificultades para dormir porque algunos recuerdos dolorosos del pasado siguen dando vueltas en mi mente.
- 150 Al comienzo de cada día, pensar en el futuro me deprime terriblemente.
- 151 Nunca he podido quitarme de encima el sentimiento de que no valgo nada para los demás.
- 152 Tengo problemas con el alcohol y he tratado de solucionarlo pero sin éxito.
- 153 Alguien ha estado tratando de controlar mi mente.
- 154 He intentado suicidarme.
- 155 Estoy dispuesto a pasar mucha hambre para ser aún más delgado de lo que soy.
- 156 No entiendo por qué algunas personas me sonríen.
- 157 No he visto un automóvil en los últimos diez años.
- 158 Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque es posible que quieran dañarme.
- 159 Alguien tiene que ser muy excepcional para entender mis habilidades especiales.
- 160 Mi vida actual todavía está afectada por recuerdos repentinos de algo terrible que me sucedió.
- 161 Parece que yo creo situaciones con otros que me hieren o me siento rechazado.
- 162 A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está sucediendo a mi alrededor.
- 163 La gente dice que soy delgado, pero siento que mis piernas y brazos son demasiado grandes.
- 164 Hay situaciones terribles de mi pasado que se me vienen a la mente repetidamente y perturban mis pensamientos y sueños.
- 165 Aparte de mi familia, no tengo amistades íntimas.
- 166 Actúo muy rápido la mayoría de las veces y no pienso bien las cosas como debería hacerlo.
- 167 Me preocupo bastante en mantener mi vida como un asunto privado, para que nadie pueda aprovecharse de mí.
- 168 A menudo oigo cosas tan bien que me molesta.
- 169 En un desacuerdo, siempre estoy dispuesto a ceder ante los demás porque temo que se enojen o me rechacen.

- 170 Yo hago ciertas cosas una y otra vez, a veces para reducir mi ansiedad y otras veces para evitar que algo malo me suceda.
- 171 Recientemente he considerado seriamente en terminar mi vida.
- 172 La gente me dice que soy una persona muy correcta y moral.
- 173 Aún me siento aterrorizado cuando pienso en una experiencia traumática que tuve años atrás.
- 174 Aunque me da miedo establecer nuevas amistades, me gustaría tener más de las que tengo.
- 175 Hay gente que se supone que son mis amigos, pero a quienes les gustaría hacerme daño.

B. 4 CUESTIONARIO PARA MEDIR ADHERENCIA

Nombre _____

Fecha _____

N°	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Alguna vez olvida tomar la medicación?		
2	¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?		
3	¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal?		
4	¿Olvido tomar la medicación el fin de semana?		
5	En la última semana, ¿cuantas veces no toma alguna dosis? :		
0	1-2	3-5	6-10 + de 10
6	Desde la última visita ¿cuantos días completos no tomó la medicación?		

C. GLOSARIO TECNICO

ANTICUERPOS: Sustancia defensiva producida en el organismo como respuesta a la presencia de antígeno.

ADHERENCIA: Es el grado en que la conducta de un usuario en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento, la dieta, modificación de hábitos de vida; coincide con las instrucciones impartidas por el personal de salud.

ARV: Antirretroviral, fármaco que se dispone para el tratamiento del VIH - SIDA.

ASINTOMÁTICO: Ausencia de síntomas de una determinada enfermedad

AZT: Retroviral, Zidovudina, medicamento utilizado para tratamiento de SIDA

CD4: Linfocitos T CD4 (Células del sistema inmunológico) Se llama CD4 a un tipo de células que se encuentra en la sangre y protegen al organismo; el número de estas células es un indicador de la capacidad del organismo para defenderse de las enfermedades (infecciones). Cuando su número baja de un rango considerado como normal, el hecho puede atribuirse a la acción del VIH.

CARGA VIRAL: cantidad de copias del VIH (RNA viral) que la persona infectada tiene circulando en la sangre.

ENFERMEDADES OPORTUNISTAS: Son aquellas causadas por agentes que comúnmente se encuentran en el cuerpo y en el medio ambiente (que en general no producen patología) Cuando el sistema de defensa está debilitado por el VIH, aprovechan de esta circunstancia para causar daño.

ESTIGMATIZAR: Marcar o señalar.

ELISA/MICRO ELISA: Tipo de examen de laboratorio, cuyo principio es la inmunoabsorción enzimática que permite detectar anticuerpos virales.

ETS: Enfermedades de Transmisión sexual.

HETEROSEXUAL: Atracción al sexo opuesto

HSH: Hombres que tienen sexo con otros hombres

IFI: Inmuno Fluorescencia Indirecta. (Prueba de laboratorio confirmatoria para VIH)

INFECCIÓN: Penetración y desarrollo de agentes patógenos en los tejidos del huésped, ocasionándole efectos nocivos. Puede ser circunscrita a una determinada zona (localizada) o propagarse a los tejidos vecinos (difusa)

INMUNITARIO: Referente a la inmunidad. Capacidad de un organismo para resistir y vencer la acción de un agente nocivo. Puede ser natural o adquirida, sea por la producción natural de anticuerpos o por la introducción profiláctica (artificial) de vacunas o sueros.

INMUNODEPRESIÓN: Estado anormal del sistema inmunitario por el que la inmunidad celular es inadecuada y disminuye la resistencia a infecciones.

ITS: Infecciones de transmisión sexual

LINFOCITOS: Variedad de leucocito, que constituye del 25% al 33% del total de glóbulos en la sangre

NO REACTIVO: Ausencia de anticuerpos para VIH en las pruebas de tamizaje (porque no ha existido infección o por encontrarse en periodo de ventana)

PATOLOGÍA: Estudio de las causas, de las formas y de los síntomas de las diversas enfermedades.

PERIODO DE VENTANA INMUNOLÓGICA: Tiempo transcurrido desde el momento de la infección hasta la detección de anticuerpos virales. Dura de 2 semanas a 6 meses. En el 97% de los casos dura tres meses.

PERSONALIDAD: Estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen un modo de percibir, sentir, pensar y actuar otorgándole una singularidad e individualidad al ser humano

PERSONAS QUE VIVEN CON SIDA: Son aquellas cuyo conteo de CD4 es inferior a 200u/campo o que reúnen los síntomas y signos de deterioro de su salud debido al debilitamiento de su sistema inmunitario (defensa natural del organismo), que caracteriza al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), a causa de la permanencia del VIH en su cuerpo.

PSICOMETRÍA: Medida de la actividad y de los procesos mentales. Rama de la psicología que se ocupa de la aplicación de pruebas mentales, como teoría y como práctica. También se emplea para indicar el sector de la psicología que trata de la elaboración matemática y estadística de los datos psicológicos.

PVVS: Se entenderá por Persona Viviendo con VIH-SIDA , a quien se le ha detectado el VIH-SIDA según los procedimientos diagnósticos establecidos en las Guías para la atención a las personas viviendo con VIH-SIDA, expedidas por el Ministerio de Salud Pública, que se encuentren vigentes.

PREVENCIÓN: Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar una cosa.

PROMOCIÓN: Iniciar o adelantar una cosa procurando su logro.

REINFECCIÓN: Infección nueva que sobreviene en un terreno anteriormente infectado por el mismo germen, pero actualmente curado de esta antigua infección.

SECRESIONES: Substancia que sale de un tejido, órgano o glándula materias elaboradas por ellos y que el organismo utiliza en el ejercicio de alguna función

SERODISCORDANTE: estado serológico con respecto al VIH distinto entre un miembro de la pareja y otro.

SEROPOSITIVO: condición inmunitaria, caracterizada por la presencia de un anticuerpo específico en la sangre, creado frente a un antígeno, que puede provenir de un agente infeccioso o no infeccioso. Esto quiere decir que una persona seropositiva puede ser portadora del virus de VIH y no padecer la enfermedad.

SEXUALES: Referente al conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas, y psicológicas que caracterizan a cada sexo.

SIDA: Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida

SÍNDROME: Conjunto de síntomas y signos patológicos, que permiten formular un diagnóstico. El término se utiliza también para designar una particular condición patológica de difícil interpretación y clasificación.

SÍNTOMA: Comportamientos, pensamientos y estados emotivos que revelan la presencia de un estado de dificultad, de difícil adaptación. Generalmente, estos síntomas delatan la presencia de deseos o motivaciones inconscientes.