



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
PSICÓLOGA CLÍNICA**

**TEMA:**

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA A LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO VIH-SIDA Y LA NEGACIÓN A LA ENFERMEDAD EN LAS PERSONAS ATENDIDAS EN LA CLINICA VIH-SIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL MARTÍN ICAZA DE LA CIUDAD DE BABAHOYO.

**AUTOR:**

SANDRA HAYDEE SOLIZ ARREAGA

**ÁREA DE INVESTIGACIÓN:**  
ÁREA SOCIAL Y COMUNITARIA

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA  
CLÍNICA:**  
PROBLEMAS PSICOSOCIALES, INVESTIGACIÓN E INTERVENCIÓN

**TUTOR DE TESIS:**

Dr. JOSELO JIMMY ALBÀN OBANDO Msc.

BABAHOYO – ECUADOR

2014



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**TEMA:**

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA A LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO VIH-SIDA Y LA NEGACIÓN A LA ENFERMEDAD EN LAS PERSONAS ATENDIDAS EN LA CLINICA VIH-SIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL MARTÍN ICAZA DE LA CIUDAD DE BABAHOYO.

<b>AUTOR:</b>	SANDRA HAYDEE SOLIZ ARREAGA
<b>ÁREA:</b>	PSICOLOGÍA CLÍNICA
<b>DIRECTOR DE TESIS:</b>	DR. JOSELO JIMMY ALBÀN OBANDO Msc



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE TESIS**

Yo, **SANDRA HAYDEE SOLIZ ARREAGA**, portadora de cedula de ciudadanía N°. 1204145708, declaro ser la autora del presente trabajo de investigación, el mismo que es original, auténtico y personal.

Todos los efectos académicos y legales que se desglosan de la presente investigación son de mi exclusiva responsabilidad.

**Atentamente**

**Sandra Haydee Solíz Arreaga**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

Babahoyo, 04 de Junio del 2015

**APROBACIÓN DE TUTOR**

En mi calidad de tutor del Trabajo presentado por la egresada **SANDRA HAYDEE SOLIZ ARREAGA**, para optar por el Título de Psicóloga Clínica, cuyo tema es: **INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA A LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO VIH-SIDA Y LA NEGACIÓN A LA ENFERMEDAD EN LAS PERSONAS ATENDIDAS EN LA CLINICA VIH-SIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL MARTÍN ICAZA DE LA CIUDAD DE BABAHOYO.**

Considero que la tesis reúne todos los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

**Atentamente;**

Dr. JOSELO JIMMY ALBÀN OBANDO Msc.  
**TUTOR DE TESIS**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

Babahoyo, 04 de Junio del 2015

**APROBACIÓN DE LECTOR**

En mi calidad de lector del Trabajo presentado por la egresada **SANDRA HAYDEE SOLIZ ARREAGA**, para optar por el Título de Psicóloga Clínica, cuyo tema es: **“INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA A LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO VIH-SIDA Y LA NEGACIÓN A LA ENFERMEDAD EN LAS PERSONAS ATENDIDAS EN LA CLINICA VIH-SIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL MARTÍN ICAZA DE LA CIUDAD DE BABAHOYO”**.

Considero que la tesis reúne todos los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

Atentamente;

Psc. Aracely Tapia Coronel  
**LECTORA DE TESIS**

# ÍNDICE

CARATULA .....	1
TEMA: .....	2
DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE TESIS .....	3
APROBACIÓN DE TUTOR.....	4
APROBACIÓN DE LECTOR .....	5
ÍNDICE .....	6
CAPÍTULO I .....	14
CAMPO CONTEXTUAL.....	14
1. CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO.....	14
1.1. Contexto Internacional, Nacional, Regional, Local e Institucional.....	14
1.1.1 Contexto Internacional.....	14
1.1.2 Contexto Nacional y Regional.....	15
1.1.3 Contexto Provincial y Local .....	17
1.1.4 Contexto Institucional .....	21
Características Físicas del Hospital Provincial Martin Icaza .....	25
1.2. Situación Actual del Objeto de Investigación .....	30
1.3. Formulación del Problema .....	32
1.3.1. Planteamiento del Problema .....	32
1.3.2. Problema General.....	34
1.3.3 Problemas Derivados .....	35
1.4. Delimitación de la Investigación.....	35
1.5 Justificación .....	36
1.6. Objetivos .....	38
1.6.1 Objetivo General.....	38
1.6.2 Objetivos Específicos .....	38

CAPÍTULO II .....	40
2. MARCO TEORICO .....	40
2.1. Alternativas Teóricas Asumidas.....	40
2.2. Categorías de Análisis Teórico Conceptual.....	43
2.2.1. VIH-SIDA .....	45
2.2.2. Causas del VIH-SIDA .....	46
2.2.3. Síntomas del VIH-SIDA.....	48
2.2.4. Pruebas y exámenes del VIH-SIDA .....	50
2.2.5. Tratamiento Farmacológico .....	51
2.2.6. Expectativas (pronóstico).....	54
2.2.7. Posibles Complicaciones.....	54
2.2.8. Prevención VIH-SIDA.....	55
2.2.9. Salud Mental en los Pacientes VIH-SIDA .....	56
2.2.10. Familia y Enfermedad .....	57
2.2.11. Teóricos Cognitivos Conductuales.....	59
2.2.12. Características de la Terapia Cognitivo-Conductual. ....	61
2.2.13. Enfoque Psicoterapéutico Cognitivo-Conductual. ....	62
2.2.14. Técnicas Cognitivas-Conductuales .....	63
2.2.15. Test o Instrumentos de Evaluación .....	67
2.2.16. Estructura de las Sesiones terapéuticas.....	70
2.2.17. La Negación.....	71
2.2.18. Características Psicosociales del Paciente Portador del VIH-SIDA.....	72
2.2.19. Aspectos Psicológicos del Paciente con Enfermedad Terminal.....	73
2.2.20. Aspectos Psicosociales del Paciente Portador VIH-SIDA.....	75
2.3. Planteamiento de Hipótesis .....	76
2.3.1 Hipótesis General.....	76

2.3.1 Hipótesis Específicas.....	76
2.4. Operacionalización de las Variables.....	77
CAPITULO III .....	80
3. METODOLOGÍA .....	80
3.1. Tipo de Investigación .....	80
3.2. Universo y Muestra .....	81
3.3. Métodos y Técnicas de Recolección de Información. ....	82
3.3.1. Métodos.....	82
3.4. Procedimiento de Recolección de Datos.....	88
CAPITULO IV.....	89
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....	89
4.1. Tabulación e Interpretación de Datos.....	89
4.1.1. Datos de Identificación de personas que viven con VIH-SIDA (PVVIH-SIDA) y Negación a la Enfermedad. ....	89
4.1.2. Tabulación de la Aplicación de Enfoque Cognitivo Conductual a los pacientes con Diagnostico Trastorno Depresivo y Trastorno de Ansiedad debido a Enfermedad Medica VIH-SIDA. ....	95
4.1.3. PRE-TEST .....	101
Tabulación de la aplicación del Test de Depresión de Aarón T. Beck.....	101
4.1.4. Tabulación de la aplicación del Test de Ansiedad de Aarón T. Beck. ....	102
4.1.5 POST-TEST .....	104
Tabulación de la aplicación del Test de Depresión de Aarón T. Beck.....	104
Tabulación de la aplicación del Test de Ansiedad de Aarón T. Beck.....	105
4.1.6. DATOS DE IDENTIFICACION DEL PERSONAL DE SALUD DEL AREA DE LA CLINICA VIH-SIDA DEL HPMI.....	106
4.1.6. Análisis y Resultados de la Encuesta Estructurada al Personal de Salud de la Clínica VIH-SIDA del HPMI. ....	110
4.2. Comprobación y Discusión de Hipótesis .....	121

4.3. Conclusiones.....	124
4.4. Recomendaciones.....	126
CAPITULO V.....	128
5. PROPUESTA ALTERNATIVA .....	128
5.1. Presentación .....	128
5.2. Objetivos .....	130
5.2.1. Objetivo general .....	130
5.2.2.-Objetivos específicos.....	130
5.3. Contenidos.....	131
5.4. Descripción de los aspectos operativos de la propuesta .....	131
5.5. Recursos.....	134
CAPÍTULO VI.....	137
6. BIBLIOGRAFÍA .....	137
6.1. LINKOGRAFIAS: .....	139
CAPÍTULO VII.....	141
7. ANEXOS.....	141

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación: Intervención Psicológica a los pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA y la negación a la enfermedad en las personas atendidas en la Clínica VIH-SIDA del Hospital Provincial Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo , tuvo como finalidad hacer énfasis en el impacto psicológico de la negación , que invade y asumen en gran porcentaje los pacientes con diagnóstico VIH-SIDA que asisten al Hospital Provincial Martin Icaza de la ciudad de Babahoyo, incidiendo de forma directa en la alteración cognitiva y social, por no tener de manera oportuna intervención psicológica clínica.

El VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es catalogado en la sociedad como un estigma, debido al desconocimiento e implicaciones que encierra una vez diagnosticada la enfermedad desencadenando cambios sociales, físicos y psicológicos en el paciente.

Las diversas reacciones psicológicas, que experimentan los pacientes, con VIH- SIDA del Hospital Provincial Martin Icaza de la ciudad de Babahoyo, trasciende desde el desconocimiento de la enfermedad y de la insuficiente intervención profesional del psicólogo clínico de forma

planificada, desde el momento en que se les comunica de su diagnóstico médico, hasta la continuidad del proceso de tratamiento antirretroviral, ya que estos pacientes experimentan cambios drásticos de estilo de vida habitual, tanto en lo físico, como en lo emocional, pues muchos aun consideran que esta enfermedad es sinónimo de muerte; también se hace referencia a la alteración en la actividad sexual de por vida, que en muchos casos conlleva a la ruptura de la relación de pareja, causando sentimientos arraigados de culpa, el rechazo social y familiar, por lo que los procedimientos psicológicos clínicos como la orientación, evaluación, diagnóstico y tratamiento psicoterapéutico, es fundamental.

El impacto psicológico de este diagnóstico médico es diverso porque libera problemas emocionales en el paciente, por lo que el apoyo es fundamental; los temores y ansiedades que experimentan al conocer que son portadores de esta enfermedad es penetrante, siendo la negación, angustia, depresión ideación e intentos suicidas simultáneamente con el abandono del tratamiento médico retroviral las principales causas de que los pacientes agraven el cuadro clínico.

La investigación de esta problemática psicosocial se realizó por el interés de dar a conocer y aplicar los procesos psicológicos clínicos desde el momento del diagnóstico de la enfermedad del virus VIH y durante todo el proceso del tratamiento farmacológico a través de un trabajo coordinado

con los profesionales médicos y con el área de trabajo social, como parte del tratamiento específico, ya que en muchos casos sólo se ofrece atención psicológica pero en etapas agudas de emergencia, cuando los pacientes se muestran reacios a seguir el tratamiento farmacológico, causando el deterioro de su salud médica, adquiriendo enfermedades oportunistas o cuando están en etapa avanzadas de la infección del VIH denominado el SIDA, causando en estos pacientes diferentes niveles de ansiedad y de depresión así como también ideas e intento de suicidio.

Mediante este trabajo investigativo, se utilizaron los siguientes métodos: Método Inductivo, el cual nos permitió a través de la observación, experimentación y comparación identificar las diferentes causas físicas y psicológicas (negación) que padecen los enfermos de VIH-SIDA; el Método Deductivo, por medio del cual se ejecutó diferentes intervenciones: asesorías, orientación, charlas, apoyo terapéutico , prevención primaria, secundaria y terciarias sobre el virus VIH-SIDA, para las personas infectadas con este virus, promoviendo de esta manera la aceptación a su diagnóstico clínico; el Método Bibliográfico, se utilizó para obtener información a través de trabajos investigativos internacionales y nacionales de tesis respecto a éste tema planteado, además de informes generales del Ministerio de Salud Pública (MSP) y datos estadísticos específicos de casos de VIH-SIDA de la Provincia de Los Ríos otorgados y autorizados por los directores de los Hospitales Martín Icaza de Babahoyo , Sagrado Corazón de Quevedo y el Distrito

12

12D04\_ Quinsaloma-Ventanas-Salud entidades de salud que en la actualidad intervienen suministran tratamientos antirretroviral y registran estos casos de manera particular.

También utilicé historias clínica estructurada, el método Cognitivo-Conductual a través del enfoque psicoterapéutico Terapia Cognitivo Conductual (TCC) donde aplique las diferentes estrategias y procedimientos terapéuticos, administrando de forma planificada terapias a través de técnicas e instrumentos de evaluación psicológica como el Test de Depresión y el Test de Ansiedad de Aaron T. Beck.

La finalidad de esta experiencia de investigación es conocer las causas que conllevan a los pacientes con diagnóstico VIH-SIDA a negar su diagnóstico clínico ocasionándoles diferentes efectos en su salud física y emocional además de informar sobre la importancia de proporcionar atención psicológica a este grupo de pacientes para de esta forma reducir su ansiedad y angustia, disminuir su nivel de depresión, reforzar la aceptación a su diagnóstico, mejorar su calidad de vida y su relación interpersonal, promoviendo de esta manera su Salud Mental.

# **CAPÍTULO I**

## **CAMPO CONTEXTUAL**

### **1. CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO**

#### **1.1. Contexto Internacional, Nacional, Regional, Local e Institucional**

##### **1.1.1 Contexto Internacional**

Alay Barillas Mirian. (2006), de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en su tesis "Intervención Psicológica a Pacientes con VIH-SIDA Identificados en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala", detalla como parte de sus conclusiones, la notable necesidad de la asistencia de un psicólogo para los pacientes que son portadores del virus VIH-SIDA, refiere que no existe un equipo pluridisciplinario, para asistir a este grupo de usuarios principalmente el profesional de Psicología quien está capacitado para evaluar, apoyar y orientar a las personas que soliciten su asistencia.

También expresa la eminente importancia de realizar la continuidad del tratamiento desde el inicio hasta el final, justificó que los pacientes que viven con VIH-SIDA, necesitan el apoyo psicoterapéutico y son ellos mismos quienes refieren a otras personas con el mismo diagnóstico a que asistan a las citas.

Finalmente concluyo que la intervención del psicólogo fue significativa, para que los pacientes reactivos VIH-SIDA pudieran aceptar su diagnóstico e integrarse al ambiente social, familiar, laboral y personal.

([http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13\\_2200.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_2200.pdf)) 28/01/2015.

### **1.1.2 Contexto Nacional y Regional**

El Ministerio de Salud Pública (MSP) a través de la página [http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/vih/VIH-SIDA\\_E\\_INFICCIONES.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/vih/VIH-SIDA_E_INFICCIONES.pdf), consultada en fecha /08/01/2015, nos participa por medio del informe “El VIH-SIDA e Infecciones de transmisión Sexual en Ecuador”, que específicamente el VIH-SIDA es una epidemia concentrada, ya que el mayor número de casos está agrupado en la población más expuesta a comportamientos de riesgos, particularmente personas transexuales, gays, bisexuales, trabajadores sexuales y población privada de la libertad (PPL); por otro lado las personas que viven con VIH-SIDA, las mujeres embarazadas, niñas, niños adolescentes escolarizados y no escolarizados son los más vulnerables a adquirir el virus.

El mencionado Informe Nacional del MSP, señala los avances históricos de la epidemia desde el año 1984, en el que se diagnosticó el primer caso de VIH-SIDA, en el Ecuador, hasta el año 2010 en el que se registró

disminución de defunciones por la causa de este virus, además se evidencia el incremento de los casos de VIH-SIDA, debido a la oportuna participación del Sistema de información.

Además manifiestan que el Ecuador en el 2015 se ha planteado disminuir el crecimiento de la enfermedad del VIH mediante una respuesta descentralizada y multisectorial que garantice el acceso universal a la promoción, prevención y atención integral a las personas infectadas por el VIH-SIDA, así como a las personas que presentan mayor riesgo a infectarse, esto significa un abordaje integral e integrado de la epidemia promoviendo y ejecutando políticas públicas con la participación de organizaciones sociales e instituciones públicas y privadas, enfrentado a la epidemia como un problema de desarrollo social.

El MSP y la organización Estrategia Nacional de VIH-SIDA (ENV) señalaron que durante “el año 2011, los casos notificados de VIH en jóvenes entre 15 y 29 años son 1.010 y 944 casos de VIH en población cuyas edades oscilan entre los 30 y 49 años de un total de 3.438 casos de VIH notificados al MSP, es decir, el 56.80% de nuevas notificaciones por VIH corresponde a la población económicamente activa.”

Criollo Chiriboga Marina. (2012), Universidad de Guayaquil, en su tesis “Capacidad Adaptativa Familiar de Pacientes Seropositivos para VIH”,

expresa en sus conclusiones que dentro de su investigación todas las familias seleccionadas demostraron que su Capacidad Adaptativa ante el diagnóstico VIH-SIDA, se limita por conservar oculta la enfermedad; consideró en que las principales Redes de Apoyo para obtener y restablecer la fortaleza y sensibilización a través de la confidencialidad residen en los Médicos, Psicólogos y en lo Espiritual.

La autora afirma que las familias estudiadas en esta investigación demostraron diferentes estilos o aperturas de comunicación al referirse sobre el tema de ser portador del virus VIH-SIDA, prefieren la evitación de dialogar sobre el tema para disminuir el sufrimiento en el entorno familiar. Este trabajo investigativo también nos demuestra en conclusión que el impacto del diagnóstico VIH causa en su familia sentimientos de dolor, desaliento que conlleva a cada integrante de la familia a considerar a esta enfermedad como una amenaza.

(<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6006/1/TESIS%202012.pdf>  
28/01/2015)

### **1.1.3 Contexto Provincial y Local**

Según la página <http://rubenriera28.blogspot.com/2012/12/los-rios.html> expresa que la Provincia de Los Ríos, es una de las 24 provincias de la República del Ecuador, localizada en la Región Litoral del país. Su

capital es la ciudad de Babahoyo y su localidad más poblada es la ciudad de Quevedo.

Posee 778 115 habitantes, Los Ríos es la cuarta provincia más poblada del país y de mayor importancia agrícola, posee un reciente desarrollo de la industria, está ubicado en la parte central del litoral del país y limita con las provincias de Guayas, Santo Domingo de los Tsáchilas, Manabí, Cotopaxi y Bolívar.

La provincia de Los Ríos pertenece a la región comprendida también por las provincias de Bolívar, Guayas y Santa Elena. La red fluvial de esta provincia es extensa; los ríos nacen en la cordillera occidental de los Andes, el principal es el Babahoyo con sus afluentes el San Pablo y el Caracol; también recibe las aguas de los ríos Pueblo Viejo, Vinces, Zapotal, Yaguachi, y amazonas con los que se une al Daule y forman el Guayas.

Los Ríos, según la recopilación de datos estadísticos proporcionados por las áreas de epidemiología de las entidades de salud: Martín Icaza de Babahoyo, Sagrado Corazón de Quevedo y el Distrito 12D04\_Quinsaloma-Ventanas-Salud la provincia de Los Ríos, consta con un total

de pacientes reactivos con el virus VIH-SIDA comprendidos de la siguiente manera:

Hospital Provincial Martin Icaza, desde 2007 hasta marzo 2015 ha diagnosticado 1100 pacientes comprendidos entre 649 pacientes de sexo masculino y 451 pacientes de sexo femenino.

Districto 12D04\_ Quinsaloma-Ventanas-Salud, desde 2008 hasta marzo 2015 ha diagnosticado 141 pacientes comprendidos entre 78 pacientes de sexo masculino y 63 pacientes de sexo femenino.

Hospital Sagrado Corazón de Quevedo desde 2008 hasta marzo 2015 ha diagnosticado y realizado tratamiento a 290 pacientes comprendidos entre 178 pacientes de sexo masculino y 112 pacientes de sexo femenino.

**Tabla 1.1 PPVIHS PROVINCIA DE LOS RIOS**

<b>Hospital Provincial "Martin Icaza" de Babahoyo</b>	<b>Districto 12D04_ "Quinsaloma- Ventanas-Salud"</b>	<b>Hospital "Sagrado Corazón de Jesús" de Quevedo</b>
Masculino: 649	Masculino: 78	Masculino: 178
Femenino: 451	Femenino: 63	Femenino: 112
Total: 1100	Total: 141	Total: 290
<b>Total de Pacientes Portadores del virus VIH-SIDA en la Provincia de Los Ríos: 1531</b>		

**Fuente:** Investigación

**Elaboración:** Investigadora

**Babahoyo**, es la capital de la provincia de Los Ríos, es el puerto fluvial más importante del país por eso es considerado la Capital Fluvial del Ecuador. Rodeada de hermosos ríos como el río Babahoyo que se unen y desembocan en el río Guayas. Ubicada noreste de Babahoyo cerca de la Sierra es una parroquia netamente agrícola que se dedica a la pesca y a los cultivos de arroz, banana, soya y demás cultivos.

Babahoyo, se encuentra en el Litoral y es paso obligado para ir hacia la Sierra. Fue fundada el 27 de mayo de 1869, en los terrenos cedidos, frente a la confluencia de los ríos Babahoyo y Caracol, se estableció en la margen derecha del río San Pablo.

Por mucho tiempo se llamó Bodegas, por haber estado allí ubicadas la Aduana y los Almacenes Reales, para el control del comercio entre Guayaquil y las ciudades de la Sierra ecuatoriana.

Babahoyo a través de datos estadísticos autorizados por la Directora Asistencial del Hospital Provincial Martín Icaza, Dra. Francisca Falconi y proporcionados por la Coordinadora de la Clínica VIH-SIDA, Dra. Maryurie Valle Espín esta institución de salud consta desde su creación desde el año 2007 hasta la actualidad (febrero 2015) con 649 pacientes de sexo masculino y 451 pacientes de sexo femenino, comprendidos entre la edad de entre (15/19 años) 67 casos, (20/49 años) 842 casos, (50/64 años) 73

casos y de (65 años en adelante) 118 casos, lo que especifica un total de 1100 pacientes portadores con el virus del VIH-SIDA.

**Tabla 1.2 PVVIHS-HPMI-SEXO**

<b>PACIENTES VIH-SIDA DEL HPMI (2007 hasta febrero 2015)</b>	<b>1100</b>
<b>HOMBRES</b>	<b>649</b>
<b>MUJERES</b>	<b>451</b>

**Fuente:** Investigación

**Elaboración:** Investigadora

**Tabla 1.3 PVVIHS-HPMI-EDAD**

<b>CASOS DE VIH-SIDA DEL HPMI POR EDAD.</b>	
15/19 años	<b>67 casos</b>
20/49 años	<b>842 casos</b>
50/64 años	<b>73 casos</b>
65 años en adelante	<b>118 casos</b>

**Fuente:** Investigación

**Elaboración:** Investigadora

#### **1.1.4 Contexto Institucional**

A través de Información proporcionada por el Departamento de Archivos del Área de Talento Humano del Hospital Provincial Martín Icaza, dirigido por el Ing. Franklin León Pacheco, El Hospital Provincial Martín Icaza

(HPMI) es una organización vinculada a los Servicios de Salud, de obra social, sin fines de lucro, que percibe un presupuesto del Estado. Atiende las necesidades, en el mejoramiento continuo individual o colectivo de la Salud de la población rural y urbana de Babahoyo y de la Provincia de Los Ríos. Se encuentra localizado en el centro de la ciudad de Babahoyo, Provincia de Los Ríos, en la parroquia Camilo Ponce Enríquez, rodeado por las calles 9 de octubre, frente al malecón; por el sur la calle General Barahona; lateralmente entre las calles Barreiro y Ricaurte.

El edificio cuenta con 106 camas, de segundo nivel, para atender la demanda cuenta con un personal de 115 servidores con el régimen de la Ley Orgánica de Servicio Público LOSEP, y de 144 servidores de régimen de Código de Trabajo. Su parte administrativa labora las 40 horas semanales y la parte operativa con turnos alternados cubre las 24 horas de atención durante el año.

Recibió el nombre de HOSPITAL MARTÍN ICAZA, en público reconocimiento al respetable caballero guayaquileño Don Martín Icaza, distinguido parlamentario, político, poeta, periodista, que en su condición de estimado Gobernador de Los Ríos impulsó el progreso provincial y cooperó decididamente para la construcción del mencionado nuevo local que fue inaugurado el 17 de Mayo de 1895.

Durante el periodo presidencial del Sr. Dr. Isidro Ayora Cueva, ilustre Mandatario y destacado médico lojano, fue demolido el ya ruinoso edificio del hospital de madera y en su reemplazo y por disposición presidencial fue construido el nuevo o actual HOSPITAL PROVINCIAL “Martín Icaza” de cemento armado, construido con tres valiosos pabellones.

El primero fue llamado “Isidro Ayora”, el segundo “Egües Baquerizo”, y el tercero “Sor Teresa Avilés”, el homenaje al presidente Isidro Ayora, por haber dispuesto la referida construcción, al eminente médico Sr. Dr. Pedro Pablo Egües Baquerizo, por su invaluable apoyo a la construcción del mismo y a la estimada hermana de la caridad, establecida en el hospital, quien actuó de manera noble y desinteresada por largo tiempo, en la humanitaria labor de atención a los enfermos.

El nuevo y actual Hospital fue inaugurado solemnemente el 27 de Mayo de 1930, contando con la asistencia de distinguidos representantes del gobierno y de las instituciones provinciales, así como también de la presencia de los funcionarios y autoridades fluminenses.

Hacia la entrada del Hospital fue colocada la bella estatua de mármol que representa a una hermana de la caridad, atendiendo amorosamente a un

niño. Obra de arte que fue donada por el filántropo español Don Jaime Puig Mir y traída de Barcelona España.

Antiguamente el hospital en su parte administrativa dependía de la Junta de Asistencia Pública de Los Ríos, hoy está bajo de dependencia de la Dirección Provincial de Salud de Los Ríos.

En el año 2001, una Comisión Técnica de la CIA. Omega enviada por MODERSA, inspecciono las instalaciones del hospital concluyendo que el mismo no era funcional y que por tanto era urgente un proceso de reingeniería interna, para lo cual realizaron los planos y gestionaron con MODERSA los fondos para la ejecución de los trabajos y en el año 2002 empezó un proceso de rehabilitación de la infraestructura físicas en todas las áreas administrativas y hospitalarias, al igual que la adquisición de nuevos equipos hospitalarios y de computación.

Esta remodelación permitió mejorar en nivel de calidad del entorno donde se prestan los servicios, de igual modo el personal entro en una etapa de mejoramiento de la calidad de atención de los servicios al usuario tanto interno como externo; ya que esta institución de salud dedicaba su atención a la de pacientes provinciales y derivados de otras provincias aledañas.

## **Características Físicas del Hospital Provincial Martín Icaza**

1. El Hospital Provincial Martín Icaza está ubicada en el centro de la ciudad del cantón Babahoyo capital de la Provincia de Los Ríos. Tiene dos puertas principales de ingreso (Consulta Externa y Emergencia).

2. Este hospital está constituido por un cuerpo principal de dos plantas donde funciona en la planta baja: Consulta Externa, Emergencia, TRIAGE, Obstetricia, Ginecología, Labor de Parto, Observación, Quirófanos, Estadística, Servicio Social, Laboratorio, Radiología, Ecografía, Mamografía, Tomografía, Hotelería, Farmacia, y un bloque adicional donde funciona, el área administrativa y en la segunda planta tenemos siete salas de hospitalización, Banco de leche Humana, ARCES, un área de Tecnología de la Información y Comunicación, un salón Auditorium; las salas de hospitalización comprende: Pediatría, Clínica y Cirugía de hombres y mujeres, Maternidad y Neonatología.

3. El Hospital cuenta con 25 consultorios, comprende: 22 consultorios, un área de terapia física y rehabilitación, Terapia del Lenguaje y Audiometría, un área de Terapia Respiratoria.

4. Emergencia con Cirugía menor, consultorios de clínica, Observación hombres y mujeres, consultorios Gineco-Obstétricos, hidratación, ecografía, etc.

5. Tres Quirófanos (planta baja) completamente habilitados y funcionales, con su respectiva área de post operatorio, un quirófano para cirugías contaminadas (Planta alta) y central de esterilización.

6. Un monta camillas (ascensor).

7. Sala de pre-parto, parto y post parto, área de legrado todo esto corresponde al área de Maternidad ubicada en la planta baja, y el área de hospitalización funciona en la planta alta, modernizada y acorde a la nueva estructura institucional, anexa a ella se encuentra neonatología, servicio que cuenta con 5 termos cunas.

8. Salas de varones, San José (Clínica)-San Vicente (Cirugía).

9. El servicio de sala Santa Luisa (Clínica).

10. La sala de Santa Magdalena.

11. También cuenta con cuatro ambulancias en buen estado y funcionando.

12. Cuenta con red de cableado estructurado. con centro de cómputo y central telefónica y servicio de Internet banda ancha 128 kbps.

### **Servicios que brinda el Hospital Provincial Martín Icaza**

El Hospital Provincial Martín Icaza del Cantón Babahoyo, ofrece a los usuarios externos, los siguientes servicios respaldados por profesionales en sus distintas áreas.

- Seguimiento de Enfermedades Crónicas
- Consultas Preventivas en Niños
- Consultas Preventivas en Embarazadas
- Prevención y Promoción
- Profilaxis de Infecciones de Transmisión Sexual
- Consultas de Estomatología
- Servicio de Laboratorio Clínico
- Servicios de Imagenología
- Farmacia Institucional
- Acciones Preventivas de Enfermedades Tropicales Dengue y Malaria
- Vigilancia Epidemiológica
- Consultas de Morbilidad.
- Clínica VIH-SIDA.

## **Clínica VIH-SIDA del Hospital Provincial Martín Icaza**

Está ubicada en la planta baja, cuya puerta de acceso principal es la calle del Malecón 9 de octubre, la misma fue creada en el año 2007 y en la actualidad consta con el siguiente personal de salud: 2 ginecólogos, 2 trabajadoras social, 1 pediatra, 1 psicólogo, 1 nutricionista, 1 médico interno, 1 enfermera y 1 secretaria. Esta unidad de salud fue creada con la finalidad de:

1. Atender a los usuarios que soliciten información sobre el tema VIH-SIDA o ayuda para resolver sus dudas.
2. Detección y atención de personas con prácticas de riesgo, para poder realizar un diagnóstico precoz e instaurar actividades de educación y promoción de la salud.
3. Atención a las personas seronegativas.
4. Derivación de personas infectadas a Hospital, Unidades de Salud Mental u otros servicios cuando se precise asistencia especializada.
5. Atención a personas infectadas o enfermas en coordinación con el centro hospitalario.
6. Atención y seguimiento de los pacientes que se nieguen a recibir tratamiento antirretroviral.

7. Atención y seguimiento de personas en situación terminal que no requieran ingreso hospitalario.
8. Contribuir a la adherencia al tratamiento antirretroviral de los pacientes.
9. Tratamiento de las patologías de los pacientes seropositivos que no requieran ingresos o tratamientos hospitalarios, especialmente el seguimiento de patologías crónicas derivadas del propio tratamiento antirretroviral y del incremento de la supervivencia como son las alteraciones metabólicas como las dislipemias y la diabetes.

La Dra. Valle Maryurie, (abril 2014) especialista en Medicina Interna y Coordinadora de la Clínica VIH-SIDA del Hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo manifiesta: que el incremento de los pacientes con esta enfermedad ha trascendido, debido a muchos factores entre los que menciona: el desconocimiento de la enfermedad, el miedo al rechazo de su familia y de sus amistades; además refiere, que muchos pacientes del área rural optan por otros procedimientos rústicos o poco convencionales para según ellos “controlar” la enfermedad, debido al desconocimiento o el temor a las reacciones secundarias del tratamiento retroviral, por lo que existe aumento de infectados con el VIH –SIDA y cuadros clínicos agravados por el abandono del tratamiento, provocando a su vez el deterioro de la salud hasta entrar a un cuadro de SIDA y adoptando enfermedades oportunistas que terminan con la vida del paciente.

En la clínica VIH-SIDA desde su creación en el año 2007 hasta la actualidad (febrero 2015) valora, diagnostica y realiza tratamiento antirretroviral a 1100 pacientes comprendidos entre 649 de sexo masculino y 451 de sexo femenino.

Durante el periodo de mis pasantías comprendidas desde junio 2013 hasta mayo 2014 fueron diagnosticados con el virus VIH-SIDA, 244 pacientes comprendidos entre 83 de sexo femenino y 161 de sexo masculino, de los cuales me fueron remitidos y realice tratamiento psicoterapéutico a 120 pacientes de los cuales 24 presentaron sintomatología de negación al diagnóstico, 15, de sexo masculino y 9 de sexo femenino comprendidos entre la edad de entre (18-19 años), 2 pacientes; (20-49 años) 18 pacientes y (50-64 años) 4 pacientes.

## **1.2. Situación Actual del Objeto de Investigación**

En el Hospital Provincial Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo, provincia de Los Ríos, existe el Área de la Clínica de VIH-SIDA donde acuden pacientes reactivos de todos los cantones de la provincia de Los Ríos y de sus alrededores.

Dentro de esta problemática, se pudo establecer que en el momento en que estos pacientes eran diagnosticados con el virus VIH- SIDA, esta gran responsabilidad era ejecutada por el personal del Área de Trabajo Social y la intervención del psicólogo clínico era limitada o nula, la mayoría de los pacientes desconocían todo lo relacionado a la enfermedad; su causa, síntomas, vías de transmisión tratamientos, cuidados posterior al diagnóstico, este grupo de pacientes se enfocaban en que la enfermedad era mortal por lo que muchas veces su reacción instintiva era la negación y rechazo al tratamiento farmacológico.

Se observó que desde que se realizaba las charlas sobre el VIH-SIDA previo a realizarse el examen se visualizaba un ambiente de temor e inseguridad que permanecía hasta que se les entregaban personalmente los resultados. Por otro lado al ser diagnosticados los pacientes reactivos al VIH-SIDA estos experimentaban crisis ansiedad, de angustia, sentimientos de culpa, incapacidad para aceptar el resultado de su enfermedad (negación) oponiéndose primero a aceptar la enfermedad y segundo a que reciba atención especializada a nivel médico y psicológico.

Cabe señalar que durante mi periodo de prácticas pre- profesionales (junio del 2013 hasta mayo del 2014) evidencie que muchos pacientes meses después que habían sido diagnosticado con el virus del VHI-SIDA

no seguían el tratamiento antirretroviral debido a diferentes causas ya sea por desconocimiento, falta de apoyo familiar, o la negación , lo que ocasionaba que en muchos de los casos los pacientes lleguen al Área de Emergencia con cuadros clínicos de depresión , intento de suicidio o con enfermedades medicas oportunista en gran porcentaje la tuberculosis (TB) agravando de esta forma su salud y calidad de vida y es allí cuando recién se determina la intervención del profesional en psicología.

En el área de la Clínica VIH-SIDA del HPMI, no hay psicólogos de planta, no proveen de instrumentos de evaluación certificados, carecen de infraestructura y espacios apropiados para intervención psicológica, pues debe realizarse en un ambiente que permita aplicar el código deontológico de la confidencialidad.

### **1.3. Formulación del Problema**

#### **1.3.1. Planteamiento del Problema**

Ejerciendo mis pasantías en el HPMI, durante el periodo junio del 2013 hasta de mayo del 2014, pude constatar que la negación al diagnóstico VIH-SIDA de los usuarios de esta institución de salud, era recurrente y cada vez el incremento de casos de, agresividad, aislamiento, deterioro social, laboral, familiar, intento de suicidio y la presencia de

enfermedades oportunistas en este grupo de pacientes era muy significativo.

Alba Sesma Peláez (diciembre 2012) a través de su investigación “Intervenciones Psicológicas para Afectados por VIH/SIDA desde una perspectiva enfocada en la “Psicología Positiva”, muestra una recopilación de diferentes tipos de intervención existentes relacionados con la temática que abarca la psicología positiva, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los afectados por VIH/SIDA.”

Martos Fátima (octubre 2002) en su investigación Intervención Psicosocial en Afectados por VIH-SIDA señala: “Son múltiples los factores que desencadenan la aparición de síntomas depresivos. Lo primero que salta a la vista son las "pérdidas" reales y posibles ante la aparición de la infección o la enfermedad, elemento común en las teorías cognitivas y del aprendizaje. Observando la información que se transmite al sujeto, la percepción de control que pueda tener sobre las consecuencias de su infección suelen ser escasas, por lo que aparecen estados de indefensión.”

El objetivo de esta investigación es manifestarles a las autoridades de salud nacional, provincial, local e institucional y a los profesionales médicos, psicólogos la importancia y beneficio de realizar un tratamiento coordinado a los pacientes cuando son diagnosticados con el VIH-SIDA

ya que aceptar desde el inicio que son portadores de este virus, es la gran diferencia entre tener una vida normal con los cuidados pertinentes y un regular tratamiento farmacológico o la negación del mismo que lo conduciría a llevar un estilo de vida que desencadenaría en un final irreparable.

Esta investigación se realizó aplicando estudios de Investigación Descriptiva, con estudios de casos seleccionados, para obtener información veraz de la necesidad e importancia de conocer las causas de la negación a la enfermedad y de coordinar la intervención psicológica conjuntamente con los profesionales médicos, para dar asistencia oportuna a los pacientes portadores del virus VIH-SIDA atendidos en el HPMI.

### **1.3.2. Problema General**

¿Cuáles son los efectos de la intervención psicológica a los pacientes con diagnóstico VIH-SIDA, ante la negación de la enfermedad en las personas atendidas en la Clínica VIH- SIDA del Hospital Provincial Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo?

### 1.3.3 Problemas Derivados

¿Qué tipos de conductas experimentan los pacientes con VIH-SIDA del HPMI ante la negación de su diagnóstico clínico?

¿Cuáles son las causas que inciden en la negación de los pacientes con diagnóstico VIH-SIDA atendidos en el Hospital Provincial Martín Icaza (HPMI) de la ciudad de Babahoyo?

¿Cómo incide el abandono del tratamiento médico y psicológico en el paciente en su salud y estilo de vida?

### 1.4. Delimitación de la Investigación

En la presente investigación se establecieron las siguientes delimitaciones:

Ψ **Aspecto:**

La negación al diagnóstico VIH-SIDA en los pacientes atendidos en el Hospital Provincial Martín Icaza.

Ψ **Delimitación Temporal:**

En el periodo 2013- 2014

Ψ **Delimitación Espacial:**

Hospital Provincial Martin Icaza de la Ciudad de Babahoyo, Provincia de Los Ríos del país Ecuador.

Ψ **Delimitación de Unidades de Observación:**

Pacientes portadores del virus VIH-SIDA y personal de Salud del área de VIH-SIDA del Hospital Provincial Martin Icaza de la Ciudad de Babahoyo.

Ψ **Área:**

Salud

### **1.5 Justificación**

Este tema de investigación se ejecutó, por la vocación humanista que me caracteriza, por ser observadora de muchos casos de no aceptación al diagnóstico VIH-SIDA y que esta negación siempre está ligada al rechazo muchas veces familiar, social y hasta laboral, también porque los pacientes reactivos experimentan fuerte impacto y tensión emocional, liberando resentimiento personal, social y miedo a la muerte.

La ciencia debe entender, que todo ser humano al padecer una enfermedad clínica también experimenta deterioro en su salud emocional y es esta la que libera aspectos negativos en los que la padecen. Se ha investigado mucho a nivel mundial todo lo relacionado sobre el virus del VIH-SIDA y su influencia en la salud medica del hombre, pero muy poco se ha dialogado y profundizado de la necesidad de estabilizar la Salud Mental de liberar la tensión emocional asociadas a la desagradable idea de saber que son portadores de este virus mortal y que muchas veces carecen del apoyo de sus familiares por temor a contagiarse.

Es oportuna y de interés social, la ejecución de esta investigación, para que las diferentes Autoridades Provinciales de Salud, Gerente y Director Asistencial del Hospital Provincial Martin Icaza, profesionales médicos, personal de enfermería, pacientes y la sociedad en general, soliciten, consideren, conozcan la importancia del aporte profesional del psicólogo clínico en los pacientes con VIH-SIDA y de esta manera intervenir en prevención, control y apoyo psicológico a los familiares, y pacientes que conviven con este virus, a través de estrategias de afrontamiento y aceptación a su diagnóstico clínico para que de esta manera mejoren su condición de vida personal, familiar, laboral e interpersonal, lo cual beneficiará significativamente su calidad de vida.

Es factible elaboración este proyecto porque existen muchos casos que han llegado al extremo, como de depresión severa con consecuencias en actos y acontecimientos de ideación suicidas, así como también abandono del tratamiento farmacológico debido al desconocimiento de las graves consecuencias y efectos de esta enfermedad además de la baja autoestima y sentimientos de frustración, ira, culpa, causando que el paciente llegue al cuadro de SIDA, consiguiendo así un deterioro de su salud por enfermedades oportunistas, con resultados fatales como el fallecimiento.

## **1.6. Objetivos**

### **1.6.1 Objetivo General**

Determinar los efectos de la intervención psicológica a los pacientes con diagnóstico VIH-SIDA, ante la negación de la enfermedad en las personas atendidas en la Clínica del VIH- SIDA del Hospital Provincial Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo.

### **1.6.2 Objetivos Específicos**

- Ψ Detallar los diferentes cambios de comportamiento que se observan en los pacientes con VIH-SIDA del HPMI ante la negación de su diagnóstico clínico.

- Ψ Establecer las causas que inciden en la negación de los pacientes con diagnóstico VIH-SIDA atendidos en el Hospital Provincial Martín Icaza (HPMI) de la ciudad de Babahoyo.
  
- Ψ Indagar cómo incide en el paciente VIH-SIDA el abandono del tratamiento médico y psicológico en su salud y estilo de vida.
  
- Ψ Diseñar una propuesta de motivación, dirigidos a potenciar la efectividad del tratamiento médico y psicológico de los pacientes con VIH-SIDA del HPMI.

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEORICO**

#### **2.1. Alternativas Teóricas Asumidas**

Según el Dr. Benites S. Jaime, en su Artículo de Salud para Pacientes (2013) refiere que la infección por VIH (virus inmunodeficiencia humana), dejó de ser una enfermedad mortal para convertirse en una enfermedad crónica, clínicamente controlable, con el desarrollo de las terapias antirretrovirales actuales, esto es debido al conocimiento de la patogénesis de la infección desarrollando de esta manera nuevos medicamentos eficaces ante los retrovirus para el tratamiento de la infección por el VIH.

Este profesional con especialidad en Enfermedades Infecciosas manifiesta que “con la demostración de que la replicación viral persiste a través del curso de la infección, ha servido de base para las estrategias terapéuticas actuales. La replicación viral lleva a la producción de 1 a 10 miles de millones de partículas virales por día y a la destrucción de por lo menos unos mil millones de células inmunitarias (linfocitos CD4+)” también manifiesta que el “largo periodo de tiempo que transcurre entre la infección inicial aguda, muchas veces no diagnosticadas en forma

rutinaria, y no poder iniciar el tratamiento antirretroviral, continuando con la replicación del virus y la enfermedad clínica significativa, debido a las infecciones oportunistas y las neoplasias asociadas (SIDA)”.

Además expresa que “recientemente, un método diagnóstico para determinar el pronóstico de la enfermedad, es medir la cantidad de ARN viral del VIH-1 en plasma, mediante PCR (reacción cadena polimerasa), este método conocido como carga viral (CV). La carga viral del VIH, hace referencia al número de copias de ARN del VIH presentes en cada mililitro de plasma (2 copias por cada virion), y se expresa en copias/ml, en  $\log_{10}$ . Actualmente, casi todos los laboratorios utilizan técnicas de tercera generación, también denominadas ultrasensibles, que permiten detectar hasta 20-50 copias/ml de ARN. Varios estudios han demostrado que el nivel de ARN viral del VIH-1 es un importante factor de predicción de progresión de la enfermedad”.

(<http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos/sida-ecuador-retrovirales.htm>11/03/2015)

De acuerdo a una investigación del periódico del Ministerio de Salud Pública sobre la “Clínica del VIH del Hospital Guayaquil, da atención integral a sus pacientes” (2011) el Dr. Freddy Reyes, médico de la Clínica del VIH, expresa lo que diferencia la atención de la Clínica del VIH del

Hospital Guayaquil con la privada, es la atención integral que reciben los pacientes de esta clínica, debido a que cuando acuden a un centro privado reciben vigilancia médica y no ayuda psicológica, también relata que la clínica del VIH, marca la diferencia porque los médicos informan, dan charlas, asesorías psicológicas y de consejería, así como la provisión del tratamiento con antirretrovirales.

([http://instituciones.msp.gob.ec/misalud/index.php?option=com\\_content&view=article&id=461:clinica-del-vih-del-hospital-guayaquil-da-atencion-integral-a-sus-pacientes&catid=57:atencion-en-salud&Itemid=245](http://instituciones.msp.gob.ec/misalud/index.php?option=com_content&view=article&id=461:clinica-del-vih-del-hospital-guayaquil-da-atencion-integral-a-sus-pacientes&catid=57:atencion-en-salud&Itemid=245))

Psi. Abrego L. (1998) en su “Guía para la atención psicológica de personas que viven con el VIH-SIDA” Afirma que “la experiencia desarrollada mediante estrategias individuales y/o grupales en la atención psicológica a enfermos seropositivos o con el sida demuestra que los padecimientos psíquicos y descompensaciones emocionales reconocen diferentes aspectos, como el impacto ante la notificación, vida sexual, expectativas de vida, tratamientos, notificación a la familia, relación de pareja, medidas de salud general y muerte.”

Cabe considerar que por lo expuesto en este trabajo informativo, el autor enfatiza bajo su práctica profesional que la intervención psicológica

vinculada con la familia y los pacientes portadores del VIH-SIDA, es de gran importancia, debido a los diversos cambios emocionales y habituales que experimentan a partir de su diagnóstico clínico.

## **2.2. Categorías de Análisis Teórico Conceptual.**

El Dr. Benites S. Jaime, en su Artículo para Médicos Historia del Virus VIH-SIDA Origen y Evolución manifiesta que el VIH-SIDA es una pandemia especificada por primera vez en 1981, en Nueva York y San Francisco y que se estima que en el mundo hay entre 40 a 45 millones de personas VIH-positivos. Las áreas con mayor prevalencia son África Sub-Sahara, India, Sudeste Asia. En aquellas áreas hombres y mujeres son igualmente afectados porque la principal ruta de transmisión es el contacto heterosexual.

En Norte América, se estima que hay entre 1 a 2 millones de personas VIH-positivos, entre hombres y mujeres, la mayoría de ellos en los Estados Unidos. Entre 60-70% de aquellos pacientes son hombres, pero el porcentaje de nuevas infecciones en mujeres (especialmente de raza negra y latinas) está incrementándose. Existen 2 retrovirus que producen inmunodeficiencia en los seres humanos, el más virulento y extendido es el VIH-1 semejante a los virus de inmunodeficiencia de los simios y el VIH-2 menos virulento.

A mediados de la década de los 70, comienza la pandemia, y jóvenes hombres homosexuales aparentemente saludables empiezan a ser diagnosticados con una rara forma de cáncer en la piel llamado Sarcoma de Kaposi.

En 1983, el Instituto Pasteur en Francia, reporta el aislamiento y la identificación del virus que puede ser la causa del SIDA y ya se conoce con extrema certeza que la infección y diseminación se hace a través de contacto sexual con varones homosexuales, transfusiones sanguíneas no testadas, uso de drogas endovenosa con agujas y jeringuillas contaminadas.

En 1984 y 1985 Dr. Robert Gallo, del NIH (National Institute of Health) USA, descubre el virus que causa el SIDA, y lo llamó HTLV III y continúan las controversias sobre donde fue descubierto el agente etiológico que producía el SIDA, en NIH o Instituto Pasteur. La primera prueba diagnóstica para detectar el virus fue comercializada, además fueron demostrados los condones a prevenir la diseminación del VIH, En África Central, casos de SIDA empiezan a ser reportados, bajo el nombre de "SLIMS DISEASE", describiendo los síntomas de pérdida de peso crónica.

En 1987 y la década de los 90 la droga AZT (Retrovirus), la cual fue utilizada inicialmente para tratar el cáncer, siendo la primera droga aprobada para el tratamiento de VIH, también se lleva a cabo una acción más positiva en la lucha contra el SIDA. Una segunda droga para el tratamiento del VIH, fue aprobada y estudios clínicos de terapia combinada empezaron a realizarse, “cocktail”, quedando como tratamiento estandarizado hasta la presente fecha.

En 1996, la Conferencia Internacional de SIDA, revela que el HAART (highly active antirretroviral therapy) la cual combina tres drogas, es extremadamente efectiva en reducir la cantidad de actividad viral en la sangre y causa una significativa mejoría de la inmunidad en los pacientes tratados. Esto representaría el comienzo del final de las muertes por VIH y SIDA. Comenzando la era de VIH como una enfermedad crónica manejable.

(<http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos/403.htm>)

### **2.2.1. VIH-SIDA**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función, lo cual produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de cumplir su función en la lucha

contra las infecciones y enfermedades. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se caracteriza por una profunda o avanzada infección por el VIH y se define por la presencia de algunas de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH.

([http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/es/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/) 14/03/2015)

### **2.2.2. Causas del VIH-SIDA**

Medline Plus, información para la salud (2013, mayo) en su artículo, conceptualiza y describe con respecto al VIH – SIDA.

El virus VIH-SIDA se propaga de una persona a otra en cualquiera de las siguientes maneras:

- Ψ A través del contacto sexual: incluido el sexo oral, vaginal y anal a través de una persona infectada.
- Ψ A través de la sangre: vía transfusiones de sangre o por compartir agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes.
- Ψ De la madre al hijo: una mujer embarazada puede transmitirle el virus a su feto a través de la circulación sanguínea compartida, en el parto o una madre lactante puede pasárselo a su bebé por medio de la leche materna.

El virus no se transmite por:

- Ψ Contacto casual como un abrazo.
- Ψ Mosquitos.
- Ψ Participación en deportes.
- Ψ Tocar cosas que hayan sido tocadas con anterioridad por una persona infectada con el virus.

Entre las personas con mayor riesgo de contraer el VIH están:

- Ψ Drogadictos que comparten agujas para inyectarse drogas.
- Ψ Bebés nacidos de madres con VIH que no recibieron tratamiento contra el virus durante el embarazo.
- Ψ Personas involucradas en relaciones sexuales sin protección, especialmente con individuos que tengan otros comportamientos de alto riesgo, que sean VIH positivos o que tengan SIDA.
- Ψ Personas que recibieron transfusiones de sangre o hemoderivados entre 1977 y 1985 (antes de que las pruebas de detección para el virus se volvieran una práctica habitual).
- Ψ Los compañeros sexuales de personas que participan en actividades de alto riesgo (como el uso de drogas inyectables o el sexo anal).

### 2.2.3. Síntomas del VIH-SIDA

Los síntomas relacionados con la infección aguda por VIH (cuando una persona se infecta por primera vez) a menudo son similares a la gripe:

- Ψ Diarrea
- Ψ Fiebre
- Ψ Dolor de cabeza
- Ψ Úlceras bucales, incluso infección por hongos (candidiasis)
- Ψ Rigidez o dolor muscular
- Ψ Sudores fríos
- Ψ Erupciones de diferentes tipos
- Ψ Dolor de garganta
- Ψ Ganglios linfáticos inflamados

Muchas personas no tienen síntomas cuando se les diagnostica el VIH, la infección aguda por VIH progresa durante unas semanas hasta meses para convertirse en una infección por VIH asintomática (sin síntomas). Esta etapa puede durar 10 años o más. Durante este período, la persona aún puede transmitir el virus a otras personas.

Casi todas las personas infectadas con el VIH, de no recibir tratamiento, contraerán el SIDA. Hay un pequeño grupo de pacientes en los que el

SIDA se desarrolla muy lentamente o que nunca aparece. A estos individuos se los llama pacientes sin progresión de la enfermedad y muchos parecen tener genes que impiden que el virus cause daño significativo a su sistema inmunitario.

Las personas con SIDA han tenido su sistema inmunitario dañado por el VIH. Son muy susceptibles a (contraer fácilmente) infecciones que normalmente no se desarrollan en personas con un sistema inmunitario saludable. Estas infecciones se denominan oportunistas.

Los síntomas del SIDA son principalmente el resultado de infecciones que normalmente no se desarrollan en personas con un sistema inmunitario sano. Éstas se llaman infecciones oportunistas.

Los síntomas comunes son:

- Ψ Escalofríos
- Ψ Fiebre
- Ψ Salpullido
- Ψ Sudores (particularmente en la noche)
- Ψ Ganglios linfáticos inflamados
- Ψ Debilidad
- Ψ Pérdida de peso

#### **2.2.4. Pruebas y exámenes del VIH-SIDA**

Las pruebas rápidas son económicas y los resultados se obtienen en corto tiempo de entre 5 y 60 minutos en donde al individuo se le pincha el dedo, se le toma una muestra de sangre y esta se transfiere a una probeta donde se la mezcla es una solución esta prueba indicara si los anticuerpos del VIH-1 están presente en la solución aunque requiere de otras pruebas para el resultado definitivo.

Western blot (inmunotransferencia) y Micro Elisa para VIH detectan anticuerpos contra este virus en la sangre. Ambas pruebas deben ser positivas para confirmar una infección por VIH. Los anticuerpos son proteínas producidas por el sistema inmunitario del cuerpo cuando detecta sustancias dañinas, como el virus del VIH.

Un hemograma o conteo sanguíneo completo (CSC) y una fórmula leucocitaria también puede mostrar anomalías.

Las personas con VIH-SIDA suelen tener análisis de sangre periódicos para verificar su conteo de células CD4, un tipo de célula T. Las células T son un tipo de células del sistema inmunitario. También se llaman "linfocitos T cooperadores." Un conteo de células CD4 inferior a lo normal puede ser una señal de que el virus está dañando el sistema inmunitario.

(Un conteo normal de CD4 es de 500 a 1,500 células/mm<sup>3</sup> de sangre.)  
Cuando el conteo de CD4 es muy bajo, el riesgo de infecciones y algunos tipos de cáncer aumenta.

Así mismo se realiza el examen de Carga Viral (CV) que consiste en reconocer la cantidad de copias de VIH que el individuo infectado tiene circulando en la sangre.

Otros exámenes que se pueden realizar son:

- Ψ Nivel de ARN para VIH, o carga viral, para verificar la cantidad de virus que está en la sangre.
- Ψ Citología vaginal (prueba de Papanicolaou) para detectar el cáncer de cuello uterino.
- Ψ Prueba de Papanicolaou anal para detectar el cáncer anal.

### **2.2.5. Tratamiento Farmacológico**

En este momento, no existe cura para el SIDA, pero hay tratamientos disponibles para manejar los síntomas. El tratamiento también mejora la calidad y duración de la vida de aquellas personas que ya han desarrollado síntomas.

La terapia antirretroviral inhibe la replicación del virus VIH en el organismo. Una combinación de drogas antirretrovirales, llamada Terapia Antirretroviral (TAR), también conocida como Terapia Antirretroviral de Alta Actividad (TAAA), es muy efectiva en la reducción de la cantidad de VIH en el torrente sanguíneo. Esto se mide por medio de la carga viral (qué cantidad de virus libre se encuentra en la sangre). Impedir que el virus se reproduzca, puede mejorar los conteos de células T y ayudar al sistema inmunitario a recuperarse de la infección por VIH.

Los pacientes bajo terapia antirretroviral y con niveles reducidos de VIH aún pueden transmitir el virus a los demás a través de las relaciones sexuales o el uso compartido de agujas. Con la terapia antirretroviral, si los niveles de VIH permanecen reducidos y el conteo de CD4 permanece alto (por encima de 200 células/mm<sup>3</sup>), la vida se puede prolongar y mejorar.

El VIH puede volverse resistente a una combinación de terapia antirretroviral, especialmente en pacientes que no toman sus medicamentos en el horario debido cada día. Con pruebas, se puede verificar si una cepa de VIH es resistente a un fármaco en particular. Esta información se puede usar para encontrar la mejor combinación de fármacos y para ajustarla cuando comience a fallar.

Cuando el VIH se vuelve resistente a la terapia antirretroviral altamente activa, se tienen que emplear otras combinaciones de drogas para tratar de inhibir la cepa del VIH resistente. Existe una variedad de nuevas drogas en el mercado para el tratamiento del VIH farmacorresistente.

El tratamiento con terapia antirretroviral tiene complicaciones, ya que cada droga tiene sus propios efectos secundarios. Algunos de estos efectos secundarios comunes son:

- Ψ Acumulación de grasa en la espalda ("joroba de búfalo") y el abdomen
- Ψ Diarrea
- Ψ Sensación general de indisposición (malestar)
- Ψ Dolor de cabeza
- Ψ Náuseas
- Ψ Debilidad

Cuando se utilizan por mucho tiempo, estos medicamentos aumentan el riesgo de ataque cardíaco, quizá al incrementar los niveles de colesterol y glucosa (azúcar) en la sangre.

A las personas con terapia antirretroviral se les hace un seguimiento por parte del médico por los posibles efectos secundarios. Los exámenes de

sangre para medir los conteos de CD4 y la carga viral del VIH probablemente se harán cada tres meses. El objetivo es lograr un conteo de CD4 cercano a lo normal y reducir la cantidad del virus del VIH en la sangre hasta un nivel en donde no se pueda detectar.

Se pueden prescribir medicamentos para tratar problemas relacionados con el SIDA, como la anemia, el conteo bajo de glóbulos blancos, y prevenir las infecciones oportunistas.

#### **2.2.6. Expectativas (pronóstico)**

Aunque continuamente se están desarrollando nuevos medicamentos hasta la actualidad, no existe una cura para el VIH-SIDA y siempre es mortal sino se aplica el tratamiento farmacológico. En los Estados Unidos, la mayoría de los pacientes sobreviven muchos años después del diagnóstico, debido al Tratamiento con la Terapia Antirretroviral de Alta Actividad (TAAA).

#### **2.2.7. Posibles Complicaciones**

Cuando una persona se infecta con el VIH, el virus comienza a destruir lentamente su sistema inmunitario, pero la velocidad de este proceso difiere en cada individuo. El tratamiento con terapia antirretroviral de alta

actividad puede ayudar a retardar o detener la destrucción de dicho sistema inmunitario.

Una vez que el sistema inmunitario está seriamente dañado, esa persona tiene SIDA y en ese momento puede contraer infecciones y cánceres que la mayoría de las personas sanas no desarrollarían. Los médicos han encontrado que cuando las células CD4 caen por debajo de ciertos conteos, se pueden desarrollar tipos específicos de infecciones y cánceres.

#### **2.2.8. Prevención VIH-SIDA**

- Las prácticas sexuales más seguras, como el uso de condones de látex, son efectivas para prevenir la transmisión del VIH. Sin embargo, existe el riesgo de contraer la infección incluso con el uso de condones. La abstinencia es el único método seguro de prevenir la transmisión sexual del VIH. Los pacientes VIH positivos que estén tomando medicamentos antirretrovirales tienen menores probabilidades de transmitir el virus.
- No utilice drogas ilícitas y no comparta agujas ni jeringas. En la actualidad, muchas comunidades tienen programas de intercambio de jeringas, que le permiten desechar las jeringas usadas y obtener

jeringas nuevas y estériles gratis. Estos programas también pueden ofrecer remisiones para el tratamiento de la adicción.

- Evite el contacto con la sangre de otra persona. En lo posible, use ropa protectora, máscaras y gafas de seguridad cuando atienda a personas lesionadas.
- Si usted obtiene un resultado positivo en el examen para VIH, puede transmitirle el virus a otros. No debe donar sangre, plasma, órganos ni semen.
- Las mujeres VIH positivas que planeen quedar embarazadas deben hablar con el médico sobre los riesgos para el feto. También deben analizar métodos para evitar que el bebé resulte infectado, como tomar medicamentos durante el embarazo.
- La lactancia materna se debe evitar para prevenir la transmisión del VIH al bebé a través de la leche materna.

(<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000594.htm>)

### **2.2.9. Salud Mental en los Pacientes VIH-SIDA**

Los medicamentos antirretrovirales y los psiquiátricos pueden interactuar por lo que el paciente debe notificar al médico ya que algunos medicamentos retrovirales empeoran algunos problemas de salud mental como la depresión.

El virus puede afectar la salud mental del paciente VIH-SIDA, ya que las infecciones oportunistas causada por la debilidad del Sistema Inmunológico, afectan al Sistema Nervioso y pueden provocar cambios de comportamiento y funcionamiento entre estas se encuentra la demencia. (<http://geosalud.com/vih-sida/salud-mental-paciente-VIH-positivo.html>)

#### **2.2.10. Familia y Enfermedad**

La Doctora Patricia Ares en Conferencia sobre la Familia Cubana (2013) precisa que “Las características actuales de la familia presentan múltiples manifestaciones, situaciones de riesgo social, conflictos y contradicciones que demandan un arduo trabajo en el área de la orientación psicológica , por lo que la atención al grupo familiar es uno de los pilares fundamentales del trabajo importantes así mismo en consonancia con ello la intervención a nivel familiar resulta una necesidad que se acrecienta ante los difíciles acontecimientos que la familia enfrenta a lo largo de su ciclo vital , generando crisis y grandes desajustes, imponiendo el desarrollo, desde los múltiples escenarios científicos, de acciones que tributen a la profundización en su estudio, en las intervenciones que propicien su equilibrio, así como en el adecuado desempeño de las funciones de sus miembros.”

(<http://www.uclv.edu.cu/es/article/imparti%C3%B3-patricia-ar%C3%A9s-conferencia-magistral-sobre-la-familia-cubana> )

El Dr. Miguel Ángel Perara, en su blog “La familia ante la enfermedad crónica de uno de sus miembros” nos detalla que la postura de la familia ante las enfermedades es de mucha complejidad por la potencialidad del contagio, generando la opresión a los cuidadores y las personas que pueden rodear al enfermo; refiriéndose al VIH-SIDA el autor expresa que entraña una complicada connotación o degradada moral establecida, complicando el afrontamiento e imponiendo nuevos requerimientos y desafíos a la familia.

La postura de la familia ante la enfermedad crónica de uno de sus miembros, parece ser determinante para optimizar la salud, el bienestar y la calidad de vida del enfermo, así mismo se vuelve complejo ya que también hay que considerar la edad del enfermo, el tipo de enfermedad, el grado de limitación y el pronóstico además el factor socio cultural como las creencias y prejuicios en torno a la enfermedad o el grado de responsabilidades atribuidas a la persona por su situación de salud actual, bajo todas estas características el óptimo afrontamiento ratifica la resiliencia y perspectivas positiva para sobreponerse a la adversidad.

**(<http://fibromialgia-noticias.blogspot.com/2008/11/la-familia-ante-la-enfermedad-crnica-de.html>)**

### **2.2.11. Teóricos Cognitivos Conductuales**

En un artículo de la revista Centro de Terapia Cognitivo Conductual y Ciencias de Comportamiento realizado por Minici Ariel, Rivadeneira Carmela y Dahab José, expresa que la Terapia Cognitivo Conductual posee cuatro pilares básicos.

El primero de ellos surge a fines del siglo pasado a partir de las investigaciones del fisiólogo ruso Iván Pavlov quien accidentalmente, descubre un proceso básico de aprendizaje que lo denomino Condicionamiento Clásico, que consiste de un proceso por el cual los organismos aprenden relaciones predictivas entre estímulos del ambiente. Pavlov experimento con un perro que consistía en salivar ante el sonido de un metrónomo cuando este había sido presentado sucesivas veces antes de la administración de la comida, siendo el sonido la señal que anticipa la aparición de un fenómeno relevante para la vida del organismo el cual responde en secuencia.

John B. Watson se inspiró en los trabajos de Pavlov y aplico los principios del condicionamiento clásico para remitir la fobia de un niño y así funda las bases de lo que luego se conoce como conductismo, representando actualmente las bases metodológicas del modelo que un cuerpo teórico

de principios explicativos de los cuales se deriven técnicas de intervención.

Skinner en 1930 plantean la existencia de otro tipo de aprendizaje, el Condicionamiento Instrumental u Operante, proceso por el cual los comportamientos se adquieren, mantienen o extinguen en función de las consecuencias que le siguen. Las investigaciones desarrolladas a la luz de estos dos paradigmas mencionados pasaron a formar lo que se conoce como Teoría del Aprendizaje la cual ha nutrido con hipótesis a la Terapia Cognitivo Conductual.

Albert Bandura en la década de 1960 trabaja formando un nuevo conjunto de hipótesis cuyo énfasis recae en el papel de la imitación en el aprendizaje, estas investigaciones cobran cuerpo en la Teoría del Aprendizaje Social la cual afirma que el aprendizaje no solo se produce por medio de la experiencia directa y personal sino que fundamentalmente en los seres humanos la observación de otras personas así como la información recibida por medio de símbolos verbales o visuales establecen variables críticas.

Aarón Beck y Albert Ellis son representantes principales en lo que a la clínica se refiere, sus dos modelos de intervención terapéutica denominados respectivamente Terapia Cognitiva y Terapia racional Emotiva en lo esencial concuerdan y ambos hacen hincapié en las

influencias que el pensamiento ejerce sobre las emociones, aunque desde el inicio admiten que no toda la vida emocional puede explicarse por el pensamiento. El pensamiento de un individuo refleja su sistema de interpretación del mundo, creencias, supuestos y reglas subyacentes que por lo general no son plenamente conocidas por las personas.

(<http://www.cognitivoconductual.org/content.php?a=7>)04/16/2015

### **2.2.12. Características de la Terapia Cognitivo-Conductual.**

- Ψ La TCC es una actividad terapéutica de carácter psicológico basada, principalmente en sus inicios en la psicología del aprendizaje.
- Ψ Las técnicas usadas cuentan en una buena parte con base científica, pero también surgen de la experiencia clínica.
- Ψ El objetivo del tratamiento es la conducta y sus procesos subyacentes.
- Ψ La conducta se conceptualiza como básicamente aprendida.
- Ψ El objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional.
- Ψ La TCC pone el énfasis en los determinantes actuales del comportamiento, teniendo en cuenta los factores históricos.

- Ψ Es fundamental el enfoque empírico en la evaluación y explicación de la conducta en el diseño de la intervención y en la valoración de sus resultados.
- Ψ Existe una estrecha relación entre evaluación y tratamiento que se extiende a lo largo de toda intervención.
- Ψ Especial interés en la evaluación de la eficacia.
- Ψ El tratamiento conductual es eminentemente activo (implicando al interesado).
- Ψ La relación terapéutica tiene un valor explícitamente reconocido, sobre todo en las terapias contextuales.

(<http://psicologia.isipedia.com/tercero/tecnicas-de-intervencion-cognitivo-conductuales>)16/04/2015

### **2.2.13. Enfoque Psicoterapéutico Cognitivo-Conductual.**

La terapia cognitivo conductual (TCC) es una corriente psicoterapéutica orientada a trabajar en equipo paciente y terapeuta a través de sesiones planificadas donde se ejecuta técnicas terapéuticas según el diagnóstico que presente el paciente para así identificar y resolver los problemas, el TCC asume que los patrones de pensamientos mal adaptativos o erróneos causan un comportamiento desadaptativo y emociones negativas el rol del terapeuta es ayudar a que los pacientes superen sus dificultades a través de un tratamiento enfocado en la modificación de sus

patrones de pensamiento y así lograr modificar el comportamiento y estado de ánimo.

Al aplicar a los pacientes este método en las sesiones utilizando las técnicas psicoterapéuticas me permitió modificar sus pensamientos inadecuados, comportamientos disfuncionales y estados de crisis de ansiedad, angustia y depresión.(<http://www.ryapsicologos.net/Terapia-Cognitivo-Conductual.html>) 17/04/2015

#### **2.2.14. Técnicas Cognitivas-Conductuales**

##### **Técnicas Cognitivas:**

Ψ Detección de Pensamientos Automáticos: Los pacientes son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento. La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de autorregistros como tarea entre sesiones.

- Ψ Clasificación de las Distorsiones Cognitivas: consiste en enseñar a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema y como detectarlos y hacerle frente.
  
- Ψ Descatastrofización: El paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad, el terapeuta puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.
  
- Ψ Reatribución: el paciente puede hacerse responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa. revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso.
  
- Ψ Descentramiento: el paciente se puede creer el centro de la atención de otros, sintiéndose avergonzado o suspicaz. mediante recogida de información proveniente de otros (diseñando un experimento a modo de encuesta) puede comprobar esa hipótesis.

Ψ Uso de Imágenes: el terapeuta puede usar las imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. por ejemplo pueden ser utilizadas imágenes donde el paciente se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas.

Ψ Reestructuración Cognitiva: Mediante esta técnica se lo provee de un nuevo significado a las situaciones problemáticas. Se enseña al paciente a controlar y modificar las órdenes verbales interiorizadas que pueden estar formando parte del origen del problema. Para que el sujeto aprenda a comportarse de forma más apropiada necesita estar convencido de que la nueva forma de comportarse le traerá mayores beneficios.

### **Técnicas Conductuales**

Ψ Entrenamiento Asertivo: Se utiliza para que el paciente aprenda a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales, también el paciente adquiere habilidad para distraerse de las sensaciones de ansiedad y la inhiba a través de la distensión muscular.

- Ψ Exposición en vivo: El paciente se enfrenta de modo gradual a las situaciones temidas sin evitarlas, hasta que desconfirma sus expectativas atemorizantes y termina por habituarse a ellas.
  
- Ψ Programación de Actividades Incompatibles: se utiliza para que el paciente ejecute una serie de actividades alternativas a la conducta-problema (actividad gimnástica en lugar de rumiar).
  
- Ψ Escala de Dominio-Placer: el paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y va anotando para cada una de ellas el dominio que tiene en su ejecución y el placer que le proporciona (utilizando escalas de 0-5). esta información es utilizada para recoger evidencias de dominio o para reprogramar actividades que proporcionan más dominio o placer.
  
- Ψ Asignación de Tareas Graduadas: cuando el paciente tiene dificultades para ejecutar una conducta dada, el terapeuta elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad hasta la conducta meta.
  
- Ψ Ensayo Conductual y Rol Playing: se recrean escenas que el paciente ha vivido con dificultad y mediante modelado y ensayo de

otras conductas se van introduciendo alternativas para su puesta en práctica.

(<http://www.redsanar.org/drfobia/Terapias/manual2b.htm>)

### **2.2.15. Test o Instrumentos de Evaluación**

Los tests son instrumentos de evaluación psicológica mediante el cual al aplicarlos se explora, analiza y recoge datos referente a las características psicológicas de la persona estudiada, esto constituye una fase importante del proceso de evaluación.

#### **Test de Depresión Aarón T. Beck (BDI)**

La versión original del inventario de depresión fue introducida por Beck A, Ward Ch, Mendelson M, Mock J y Erbaugh J en 1961. En 1978 obtiene los derechos del autor tras una constante investigación y practica de clínicos, investigadores y pacientes en el Departamento de Psiquiatría de Pennsylvania, en 1979 Beck y sus asistentes aplican el inventario a una muestra de 1393 estudiantes universitarios en estudios psicopatológicos experimental para identificar sujetos depresivos, la cifra de fiabilidad de BDI fueron altas tanto en términos de consistencia interna, como en estabilidad temporal.

El Inventario de Depresión de Beck, está compuesto por 21 Ítems, que describen diversos síntomas de depresión relacionados con las manifestaciones físicas de la misma, según en los criterios diagnósticos del DSM-IV. No existe punto de corte aceptado para distinguir entre población normal y ansiedad, ni entre depresión y ansiedad, lo que limita su uso, no obstante, los aspectos que mide la prueba han demostrado ser sensibles al cambio tras el tratamiento, por lo que es un instrumento útil para valorar los síntomas somáticos de la depresión, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos, posterior al tratamiento.

La interpretación consiste en que cada una de las 21 proposiciones tiene varias alternativas de respuestas, a seleccionar una de ellas por el sujeto y de acuerdo a la alternativa seleccionada, este obtendrá una anotación que fluctúa entre 0 y 3 puntos. Se suma además la anotación alcanzada en cada una de las 21 categorías para obtener una anotación total. La misma que permite determinar el grado de depresión leve, moderada y severa.

### **Test de Ansiedad de Aaron T. Beck**

Fue desarrollado por Beck en 1988 con el fin de discriminar de manera fiable entre la ansiedad y la depresión. Fue desarrollado para valorar la severidad de los diferentes síntomas somáticos de la ansiedad, posee una elevada consistencia interna y la validez tiene buena correlación con

otras medidas de ansiedad de distintos tipos de poblaciones en general, pues los ítems oscilan con una puntuación total entre 0,30 y 0,71.

La prueba fue validada en pacientes con Trastorno de Pánico, según un análisis comparativo realizado por Piotrowski en 1999, este es el tercer test más utilizado para valorar la ansiedad, según los autores este test debe ser aplicado con otros cuestionarios como el de Depresión de Beck y las escalas de ansiedad de Hamilton.

El Inventario de Ansiedad de Beck, está compuesto por 21 ítems que se puntúa de 0 a 3 de la siguiente manera: 0= en absoluto, 1= leve, 2 moderado, 3= severo, según el rango de escala que es de 0 a 63, describen diversos síntomas de ansiedad relacionados con las manifestaciones físicas de la misma, el objetivo de aplicar este inventario es valorar la severidad, presencia y gravedad de los síntomas de ansiedad y diferenciar de manera fiable entre la ansiedad y la depresión. ([http://newpsi.bvpsi.org.br/ebooks2010/en/Acervo\\_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf](http://newpsi.bvpsi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf)) 04/04/20154

## **2.2.16. Estructura de las Sesiones terapéuticas.**

### **Fase Inicial:**

- 1.- Establecer el rapport: empezar y terminar positivamente.
- 2.- Establecer la agenda de trabajo con el paciente.
- 3.- Valorar la evolución de los problemas.
- 4.- Programar número de sesiones.
- 5.- Objetivo: No son las mejorías transitorias, sino el aumento de los intervalos de recaídas.

### **Fase de Desarrollo:**

- 1.- Explicar tareas para la casa. Demostración de las mismas.
- 2.- Educación en conceptos cognitivos aplicados a los problemas.
- 3.- Discusión de 2 problemas como máximo por sesión (focalización).

### **Fase Terminal:**

- 1.- Programar trabajo para casa: tareas como “pruebas de realidad” para los pensamientos automáticos y los significados asociados.
- 2.- Resumen de la sesión: Se pide al paciente que lo haga. Se le da feedback al respecto.

<http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/Manual/manual6.htm>

### **2.2.17. La Negación**

Es un mecanismo de defensa del sujeto que consiste en enfrentarse a los conflictos negando su existencia, relación o relevancia.

Consiste en rechazar aquellos aspectos de la realidad que se consideran desagradables. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externos negándose a reconocer algunos aspectos dolorosos de la realidad externa o de las experiencias subjetivas que son manifiestos para los demás.

En los pacientes con VIH-SIDA la negación aparece en el inicio de la enfermedad como un mecanismo de defensa frente a la ansiedad, angustia a morir y surge como una función protectora la cual como terapeutas tenemos que respetarla y aceptar esta necesidad pero sin estimular esta etapa. Superada esta fase el paciente trata de vivir una vida normal y evitar cualquier tipo de discusión sobre su diagnóstico y más aún en el pensamiento de una posible muerte.

([http://es.wikipedia.org/wiki/Negaci%C3%B3n\\_%28psicolog%C3%ADa%2](http://es.wikipedia.org/wiki/Negaci%C3%B3n_%28psicolog%C3%ADa%2)

### **2.2.18. Características Psicosociales del Paciente Portador del VIH-SIDA.**

Según la Organización Panamericana de la Salud OPS (1984) expresa ciertas características psicosociales del paciente portador del VIH-SIDA no observables en otros padecimientos.

Sentimiento de Culpabilidad: el paciente padecerá la enfermedad e ira a la tumba con vergüenza con la pena moral de saber que fue infectado por un virus que ha sido adquirido a través de sus órganos genitales, lo que lo hace sentir se cuestionado por los hábitos sexuales en una sociedad donde aún existe el tabú en lo que se relaciona con el sexo.

Rechazo de la Sociedad: Este grupo de personas esta desatendido en lo que respecta a seguro de vida no cubre el SIDA, siendo esta problemática una marcada discriminación. En lo familiar internamente desean confesar a su familia que es portador del virus VIH, pero no lo hace por temor al rechazo de quien le ha brindado afecto y consideración.

### **2.2.19. Aspectos Psicológicos del Paciente con Enfermedad Terminal.**

En lo que respecta a los pacientes VIH-SIDA se presentan etapas que aparecen en forma desordenada, inversa o sobreponerse una con otra, todo depende del estado de ánimo del paciente.

Shock y Negación: Es el momento del impacto en el cual el paciente no puede creer lo que le está sucediendo, no cree en el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad y comienza a visitar diferentes médicos, buscando uno que le ofrezca una respuesta satisfactoria, pero en realidad lo que el paciente está elaborando es el proceso de duelo. La negación es un mecanismo de defensa del YO que protege al paciente en una situación de peligro, para evitar situaciones de ansiedad intensa ante la amenaza de una muerte próxima. Esta protección se realiza negando la existencia de lo que le está ocurriendo.

Rabia: Mecanismo de defensa del YO por desplazamiento, es decir que la molestia que siente contra sí mismo lo manifiesta contra otras personas, en este caso el paciente culpa a los médicos por haberles realizado un diagnóstico, a las enfermeras que le tomaron la muestra, a su pareja que le transmitió la enfermedad, a los familiares por no aconsejarlos, aquí el paciente se vuelve hostil demandante y descalificador, agresivo, violento,

pasar a un estado de depresión y predisponerlo a pensamientos e intentos de suicidio.

Pacto: Es el último intento que hace el paciente por sobrevivir, se aferra a las imágenes, visita al sacerdote, incursiona en algún culto religioso, hace promesas de que se va a portar bien etc. Se debe respetar sus creencias, costumbres y actitudes que son recursos que le ofrecerán esperanza.

Depresión: En esta etapa el paciente se encuentra en estado de tristeza profunda con enlentecimiento motor, este estado se caracteriza por alteraciones en el ánimo, sentimientos de soledad, baja autoestima asociadas a auto reproches, retraimiento en contactos interpersonales, insomnio, anorexia, pensamientos tristes y hasta deseos de muerte.

Aceptación: En esta etapa el paciente se encuentra resignado, esperando el desenlace fatal de la enfermedad, el paciente depende de los familiares o acompañantes para sus tareas domésticas y para realizar sus normas de higiene.

### **2.2.20. Aspectos Psicosociales del Paciente Portador VIH-SIDA.**

Estrés: se centra en la edad en que ocurre la enfermedad y la alta mortalidad. Si ocurre en una etapa productiva y reproductiva de sus vidas (25-49años) tiempo en la vida en el cual se reafirma su crisis de identidad, cultiva su patrón de vida adulta, escoge una profesión u ocupación y formaliza una relación duradera, por lo consiguiente no es una edad en la que se espera ser notificado de una enfermedad potencialmente grave y fatal como el VIH-SIDA.

Ansiedad: Los periodos de ansiedad son fortalecidos por los medios de la comunicación, quienes hacen énfasis en la mortalidad de la enfermedad más que en los aspectos preventivos de la misma. Así mismo la ansiedad predomina cuando el paciente se entera del fallecimiento de un paciente que hasta poco se veía en aparentes “buenas condiciones”.

Depresión: El sentimiento que predomina y los retiene a estos pacientes es el aislamiento y la tristeza y muchas veces aparecen ideas y hechos suicidas.

Funcionalidad Familiar: Por lo general son los hermanos los que se hacen cargo del paciente VIH-SIDA.

(<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rldmml/v6-7n2-1/art8.pdf>)

## **2.3. Planteamiento de Hipótesis**

### **2.3.1 Hipótesis General**

La Intervención Psicológica a los pacientes con diagnóstico VIH-SIDA, disminuye la negación de la enfermedad en las personas atendidas en la Clínica del VIH- SIDA del Hospital Provincial Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo.

### **2.3.1 Hipótesis Específicas**

- Ψ La asistencia permanente de los pacientes VIH-SIDA, a las sesiones psicoterapéutica origina que el tratamiento sea favorable.
  
- Ψ Utilizando la técnica Reestructuración Cognitiva en los pacientes VIH-SIDA debate la sobreestimación de acontecimientos negativos.
  
- Ψ El desarrollo de las Habilidades Sociales en las personas con VIH-SIDA mejora y aumenta la actividad en la interrelación con su entorno.

## 2.4. Operacionalización de las Variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	TECNICAS/INSTRUMENTOS
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b>  Intervención psicológica a los pacientes con diagnóstico VIH-SIDA	Definición de VIH - SIDA	OMS	Historia Clínica
	Causas	Contactos Sexual: Oral, Vaginal y Anal a través de una persona infectada.	Terapia Cognitivo Conductual
	Síntomas	Síntomas del VIH Síntomas del SIDA	Técnicas:
	Pruebas y exámenes del VIH-SIDA	Las pruebas rápidas Western blot y Micro Elisa Hemograma Conteo de CD4 y CV.	Exposición en Vivo. Reestructuración Cognitiva. Entrenamiento Asertivo.
	Tratamiento Farmacológico	Terapia Antirretroviral (TAR)	
	Expectativas	No existe cura para el VIH-SIDA	
	Posibles complicaciones	Deterioro del Sistema Inmunitario, Cánceres y Enfermedades Oportunistas.	
	Prevención VIH-SIDA	Las prácticas sexuales seguras. No comparta agujas ni jeringas. Evite el contacto con la sangre de otra persona.  Las mujeres VIH positivas en gravidez deben realizarse el tratamiento retroviral, planificar una cesaría y evitar la lactancia materna.	
	Salud Mental en los Pacientes VIH-SIDA	La Doctora Patricia Ares en Conferencia sobre la "Familia Cubana."	
	Familia y Enfermedad	El Dr. Miguel Ángel Perara "La familia ante la enfermedad crónica de uno de sus miembros"	
Teóricos Cognitivo Conductual	Iván Pavlov (Condicionamiento Clásico). John B. Watson(Conductismo) Skinner (Condicionamiento Instrumental u Operante).		

	<p>Características de la Terapia Cognitivo-Conductual</p> <p>Enfoque Terapéutico Cognitivo - Conductual.</p> <p>Técnicas Cognitivas y Conductuales</p> <p>Instrumentos de Evaluación Psicológica.</p> <p>Estructura de las Sesiones Terapéuticas</p>	<p>Albert Bandura (Teoría del Aprendizaje). Aarón Beck y Albert Ellis (Terapia Cognitiva-Terapia Racional Emotiva.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección de Pensamientos Automáticos.</li> <li>• Clasificación de las Distorsiones Cognitivas.</li> <li>• Descatastrofización.</li> <li>• Psicoeducación.</li> <li>• Reatribución.</li> <li>• Descentramiento.</li> <li>• Uso de Imágenes.</li> <li>• Reestructuración Cognitiva.</li> <li>• Entrenamiento Asertivo.</li> <li>• Exposición en vivo. Entrenamiento en Habilidades Sociales.</li> <li>• Programación en Actividades Incompatibles.</li> <li>• Escala Dominio Placer.</li> <li>• Asignación de Tareas Graduadas.</li> <li>• Ensayo Conductual y Rol Playing.</li> </ul> <p>Test de Depresión y Test de Ansiedad Aarón T. Beck</p> <p>Fase Inicial, Fase Desarrollo. Fase Terminal.</p>	
--	--	---	--

<p><b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b></p> <p>Negación a la enfermedad.</p>	<p>Negación</p> <p>Características Psicosociales del Paciente Portador de VIH-SIDA</p> <p>Aspectos Psicológicos del Paciente con enfermedad Terminal</p> <p>Aspectos Psicosociales del Paciente Portador del VIH-SIDA</p>	<p>Mecanismo de Defensa</p> <p>Sentimiento de Culpabilidad. Rechazo de la Sociedad.</p> <p>Shock y Negación Rabia Pacto Depresión Aceptación</p> <p>Estrés Ansiedad Depresión Funcionalidad Familiar</p>	<p>Test o Instrumentos de Evaluación:</p> <p>Test de Depresión y Test de Ansiedad Aaron T. Beck</p> <p>Entrevista al personal de salud de la Clínica VIH-SIDA</p>
--	---	--	---

## CAPITULO III

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo de Investigación

La investigación Descriptiva tiene por objetivo analizar, describir datos y este a su vez debe tener un impacto en la vida de la gente que lo rodea, el objetivo este tipo de investigación es llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes que predominan a través de las descripciones exactas de las actividades, objetos, procesos y personas.

El presente trabajo de investigación es de tipo Descriptivo, porque sirvió durante la ejecución de la tesis detallar las diferentes reacciones, actitudes y comportamientos de los familiares, y pacientes ante el conocimiento de ser portadores del virus del VIH-SIDA.

([http://es.wikipedia.org/wiki/Investigaci%C3%B3n\\_descriptiva](http://es.wikipedia.org/wiki/Investigaci%C3%B3n_descriptiva))

#### **La investigación de Campo:**

Porque se adquirió información directamente de la institución de salud Hospital Provincial Martin Icaza (HPMI) sitio en el que se realizó la investigación y donde se encuentran los sujetos y objetos de la investigación.

### **La investigación de Bibliográfica:**

Porque fue necesario leer diversos documentos, textos, libros, revistas, para contextualizar el problema y fundamentar científicamente el marco teórico.

### **3.2. Universo y Muestra**

Población:

La población de las personas con VIH-SIDA de la Clínica de VIH-SIDA del Hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo, durante el periodo 2014 fue de 112 pacientes, siendo de sexo masculino 76 y femenino 36; de los cuales sólo 24 personas presentaban negación al diagnóstico médico, por lo que se eligió este número de personas para la presente investigación a quienes se les integro en la intervención psicológica de tipo individual por tal motivo no se obtuvo una muestra de la población.

### **Tamaño de la Población del Personal Clínica VIH-SIDA**

Se la aplico a todo el personal de Salud que labora en el área de la clínica VIH-SIDA del HPMI, ya que son solo 10 y este número de muestra no constituye un número representativo.

### **3.3. Métodos y Técnicas de Recolección de Información.**

#### **3.3.1. Métodos.**

##### **Ψ Método Inductivo**

Este método es un proceso analítico-sintético parte de datos generales aceptados como válidos para llegar a una conclusión de tipo particular, utilice este método para elaborar conceptos claros en este trabajo investigativo, a través de la observación, experimentación, comparación y generalización de las diferentes causas físicas y psicológicas que padece los enfermo de VIH-SIDA.

##### **Ψ Método Deductivo.**

Este método es un proceso sintético-analítico parte de los datos particulares para llegar a conclusiones generales, el cual al utilizarlo me permitió que se ejecute este proyecto, que las autoridades de salud analicen la implementación e importancia del aporte profesional en Salud Mental a todas las personas portadoras o vinculadas con el virus VIH-SIDA para de esta manera orientar y realizar tratamientos oportunos y así controlar las diferentes reacciones emocionales que estos experimentan.

##### **Ψ Método Estadístico**

Lo emplee para realizar el análisis e interpretación de la encuesta y de los datos estadísticos recopilados, durante el proceso de investigación.

### **3.3.2 Técnicas.**

#### **Ψ Entrevista inicial**

Permitió identificar datos generales de los pacientes conocer su realidad en función de sus diversas áreas de desarrollo: información general. Salud, relaciones familiares y afectivas, información sobre el trabajo actual y tiempo de ocio.

#### **Ψ Historia Clínica.**

Es un documento médico-legal que surge del contacto entre el profesional de la salud y el paciente el cual lo emplee para recopilar información necesaria para la correcta atención de los pacientes además para llevar un control detallado de cada consulta e intervención terapéutica. Se adjunta el formato en anexos.

#### **Ψ Método Cognitivo-Conductual.**

Aplice este método a través del enfoque terapéutico Cognitivo Conductual el cual revela que los esquemas de pensamientos equivocados originan conductas desadaptativas y emociones negativas, la función del terapeuta es orientar a los pacientes a que superen sus dificultades a través de un tratamiento enfocado en la modificación de sus patrones de pensamientos y así lograr modificar el comportamiento y estado de ánimo. Utilice en los pacientes este método realizando terapias

a través de la planificación de 9 sesiones individuales a los 24 pacientes en cada uno aplique 3 sesiones individuales con la técnica Reestructuración Cognitiva, Entrenamiento Asertivo y Exposición en Vivo.

### **Técnicas Cognitivo-Conductual**

Son una forma de psicoterapia breve y estructurada en las que se enseña al paciente diversas técnicas que les ayudara a confrontar diversas enfermedades de naturaleza psicológica entre estas la ansiedad y la depresión.

Ψ Reestructuración Cognitiva: Mediante esta técnica se lo provee al paciente de un nuevo significado a las situaciones problemáticas, se enseña al paciente a controlar y modificar las órdenes verbales interiorizadas que pueden estar formando parte del origen del problema y que pueden interferir con el entrenamiento en habilidades concretas.

Ψ Entrenamiento Asertivo: Se utiliza para que el paciente aprenda a tratar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales, permitirá al paciente manifestar sus emociones, desacuerdos, decisiones etc. de manera positiva sin agredir o lastimar a las personas de su entorno.

Ψ Exposición en Vivo: Se la aplico gradualmente, tomando contacto directo con la situación o estímulo temido que producen la ansiedad en el paciente.

### **Test o Instrumentos de Evaluación**

Los tests son instrumentos de evaluación psicológica mediante el cual al aplicarlos se explora, analiza y recoge datos referente a las características psicológicas de la persona estudiada, esto constituye una fase importante del proceso de evaluación.

Se aplicara pre-test y post-test, siendo el objetivo determinar al inicio del tratamiento el nivel de depresión y ansiedad que presentan los pacientes, aplicando los test de Beck: Ansiedad y Depresión. Al final del tratamiento, es decir, una vez aplicado todas las técnicas psicoterapéuticas se aplicaran nuevamente los test antes descritos lo que va a arrojar datos de disminución o si es que se mantiene los niveles de depresión y ansiedad.

### **Test de Depresión Aarón T. Beck**

El Inventario de Depresión de Beck, esta compuesto por 21 Ítems, que describen diversos síntomas de depresión relacionados con las manifestaciones físicas de la misma, según en los criterios diagnósticos

del DSM-IV. No existe punto de corte aceptado para distinguir entre población normal y ansiedad, ni entre depresión y ansiedad, lo que limita su uso, no obstante, los aspectos que mide la prueba han demostrado ser sensibles al cambio tras el tratamiento, por lo que es un instrumento útil para valorar los síntomas somáticos de la depresión, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos, posterior al tratamiento.

La interpretación consiste en que cada una de las 21 proposiciones tiene varias alternativas de respuestas, a seleccionar una de ellas por el sujeto y de acuerdo a la alternativa seleccionada, este obtendrá una anotación que fluctúa entre 0 y 3 puntos.

En esta investigación se lo aplicó para evaluar el grado de los síntomas depresivos en los pacientes. (Se adjunta el formato en anexo 1).

### **Test de Ansiedad de Aaron T. Beck**

Fue desarrollado por Beck en 1988 con el fin de discriminar de manera fiable entre la ansiedad y la depresión así como también para valorar la severidad de los diferentes síntomas somáticos de la ansiedad.

El Inventario de Ansiedad de Beck, está compuesto por 21 categorías que posee opciones de respuestas con un valor al final el cual se

cuantifica y se obtiene el nivel de ansiedad, de la siguiente manera: 0= en absoluto, 1= leve, 2 moderado, 3= severo, según el rango de escala que es de 0 a 63, describen diversos síntomas de ansiedad relacionados con las manifestaciones físicas de la misma, el objetivo de aplicar este inventario es valorar la severidad, presencia y gravedad de los síntomas de ansiedad y diferenciar de manera fiable entre la ansiedad y la depresión.

En esta investigación lo apliqué a los pacientes específicamente para evidenciar la severidad de los síntomas de la ansiedad. (Se adjunta el formato en anexo 2).

## **Ψ Encuesta**

Es un procedimiento de investigación en el cual el investigador tiene por objetivo recopilar datos por medio de un cuestionario previamente diseñados sin realizar cambios al entorno donde se recoge la información. Estos datos se obtienen realizando un banco de preguntas dirigidas a una muestra representativa o conjunto total de población estadística y que el contenido sea conveniente a la naturaleza de la investigación.

Esta encuesta se estructuro con 11 preguntas cerradas y las aplique a 10 personas que conforman el personal de Salud y que labora en el Área de

la Clínica de VIH-SIDA del HPMI, con la finalidad de conocer opiniones, ideas, características y hechos específicos a cada uno de los objetivos planteados en esta investigación. (Se adjunta el formato en anexo 3).

#### **3.4. Procedimiento de Recolección de Datos**

Para poder llevar a cabo el presente trabajo investigativo en primer lugar se realizaron los trámites pertinentes para poder obtener las autorizaciones requeridas y así conseguir accesibilidad a los datos estadísticos de los pacientes y al personal de salud de la Clínica VIH-SIDA, ésta propuesta se ejecutó a través de oficio remitidos al Gerente Ing. Fernando Gavilánez y a la Directora Asistencial del Hospital Provincial Martín Icaza, Dra. Francisca Falconi los mismos que aceptaron participar en el presente trabajo investigativo.

Posteriormente se establecieron los respectivos horarios para la aplicación de los diferentes métodos y técnicas para la recopilación de información, de forma contextualizada se les describió a los pacientes y al personal de la Clínica VIH-SIDA los objetivos y propósitos de la ejecución del presente trabajo investigativo, garantizando que el manejo de la información obtenida sería de carácter confidencial y con fines netamente académicos.

## CAPITULO IV

### 4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

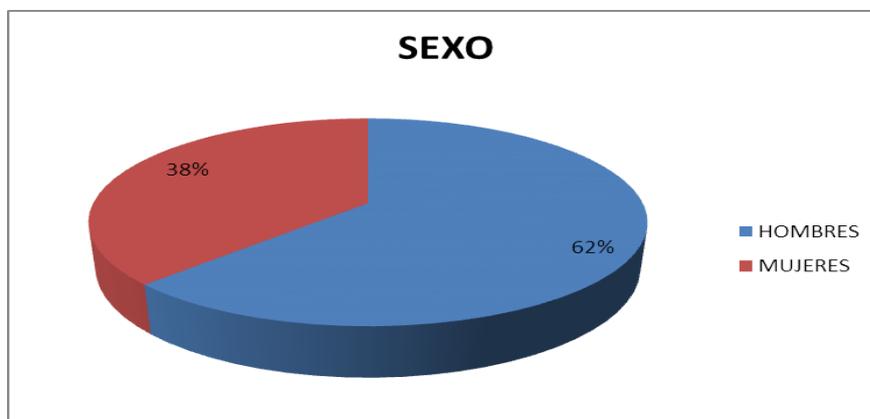
#### 4.1. Tabulación e Interpretación de Datos.

##### 4.4.1. Datos de Identificación de personas que viven con VIH-SIDA (PVVIH-SIDA) y Negación a la Enfermedad.

Tabla. 4.1 D.I PVVIHS-SEXO

DATOS DE IDENTIFICACIÓN PVVIH-SIDA DEL HPMI		
SEXO	#	%
HOMBRES	15	62%
MUJERES	9	38%
TOTAL	24	100%

Fuente:  
Investigación  
Elaboración:  
Investigadora



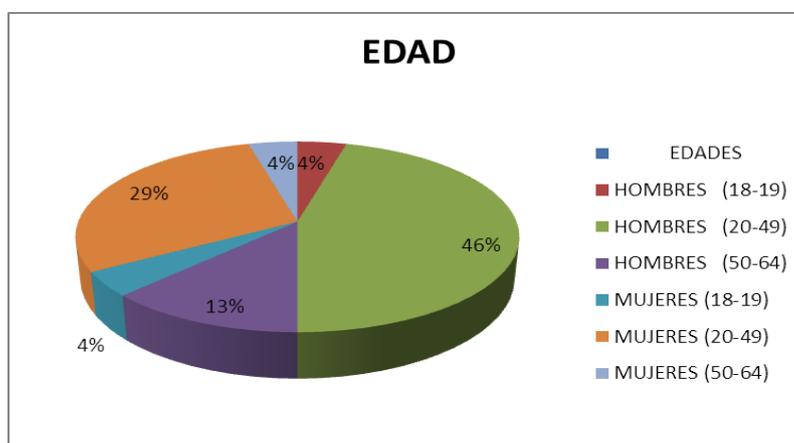
**Análisis:** La tabla nos proyecta que un 62% de los pacientes con VIH-SIDA intervenidos son hombres y un 38% son mujeres.

**Interpretación:** De toda la población atendida en este trabajo de investigación la mayoría son de género masculino y en mínima proporción son mujeres.

**Tabla. 4.2 D.I PVVIHS –EADAES**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS PVVIH-SIDA DEL HPMI.				
EADAES			TOTAL	%
HOMBRES	(18-19)	1	15	4%
	(20-49)	11		46%
	(50-64)	3		13%
MUJERES	(18-19)	1	9	4%
	(20-49)	7		29%
	(50-64)	1		4%
<b>TOTAL</b>			<b>24</b>	<b>100%</b>

Fuente: Investigación  
Elaboración: Investigadora



**Análisis:** La tabla nos manifiesta que los hombres entre las edades 18-19, comprende el 4%, entre 20-49 el 46%, entre 50-64 el 13%, mientras que las mujeres corresponden a edades entre 18-19 el 4%, entre 20-49 años 29% y entre 50-64 años 4%.

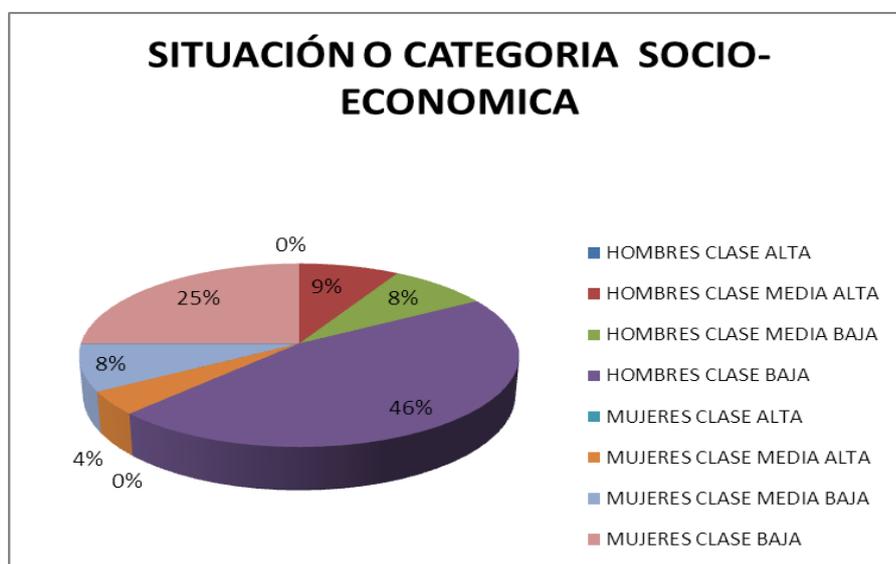
**Interpretación:** Los resultados obtenidos en esta tabla nos detallan que la edad de ambos sexos en la cual existe significativamente infectado con VIH-SIDA comprende entre los 20-49 años y que marcadamente es la edad reproductiva, mientras que existe un pequeño grupo de infectados de ambos sexos que abarca las edades de entre 18-19 y 50-64 años.

**Tabla. 4.3 D.I PVIHS. SITUACIÓN SOCIO-ECONOMICA**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS PVIHS DEL HPMI						
SITUACIÓN O CATEGORIA SOCIO-ECONOMICA						
PERSONAS	ALTA	MEDIA ALTA	MEDIA BAJA	BAJA	TOTAL	%
HOMBRES	0	2	2	11	15	62%
MUJERES	0	1	2	6	9	38%
TOTAL	0	3	4	17	24	100%

**Fuente:** Investigación

**Elaboración:** Investigadora



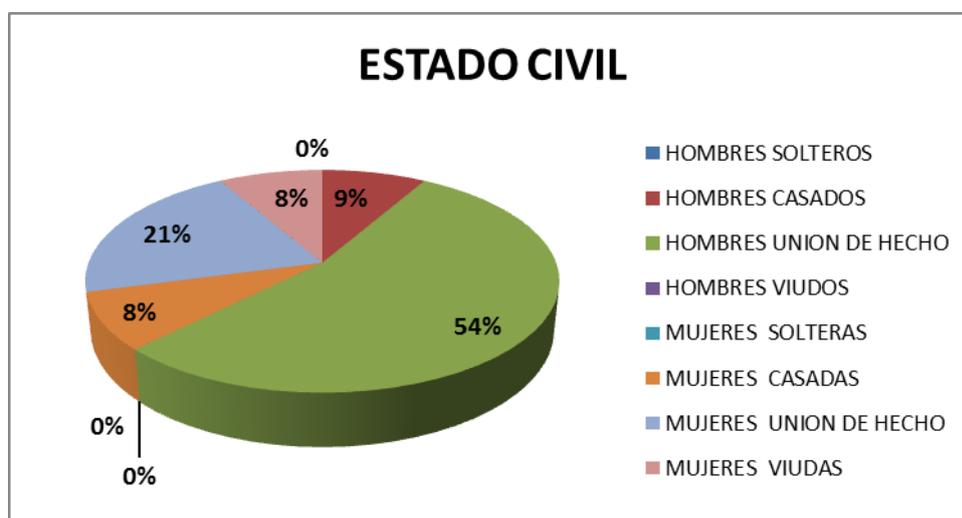
**Análisis:** La tabla nos demuestra que la situación socioeconómica de los hombres es alto 0%, medio alto 9%, medio bajo 8% y bajo 46%. Las mujeres alto 0%, medio alto 4%, medio bajo 8% y bajo 25%.

**Interpretación:** Los resultados obtenidos nos afirman que los pacientes portadores del VIH-SIDA de ambos sexos en su mayoría son de clase social baja, mientras que un grupo minoritario está comprendido por la clase medio alta y medio baja.

**Tabla. 4.4 D.I PVVIHS –ESTADO CIVIL**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS PVVIH-SIDA DEL HPMI.						
ESTADO CIVIL						
PERSONAS	SOLTERO/A	CASADO/A	UNION DE HECHO	VIUDO/A	TOTAL	%
HOMBRES	0	2	13	0	15	63%
MUJERES	0	2	5	2	9	37%
TOTAL	0	4	18	2	24	100%

**Fuente:** Investigación  
**Elaboración:** Investigadora



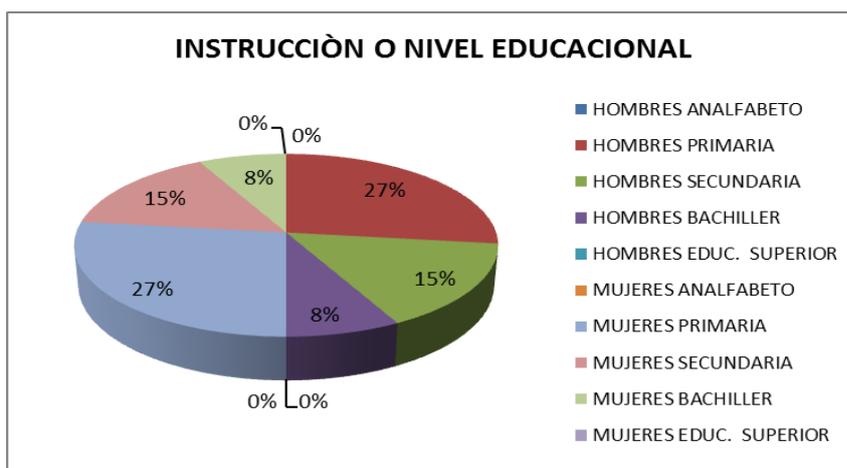
**Análisis:** El cuadro nos refleja el estado civil de los pacientes con VIH-SIDA y está comprendido entre: hombres solteros 0%, casados 9%, unión de hecho 54% y viudos 0%. Las mujeres solteras 0%, casadas 8%, unión de hecho 21% y viudas 8%.

**Interpretación:** Lo que indica la tabla es que la mayoría de los pacientes VIH-SIDA de ambos géneros viven en unión de hecho, mientras que ambos sexos en mínima cantidad son casados; además se evidencia en las mujeres dos casos de viudez.

**Tabla. 4.5 D.I PVVIHS – INSTRUCCIÓN EDUCACIONAL**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS PVVIH-SIDA DEL HPMI							
INSTRUCCIÓN O NIVEL EDUCACIONAL							
PERSONAS	ANALFABETO	PRIMARIA	SECUNDARIA	BACHILLER	EDUC. SUPERIOR	TOTAL	%
HOMBRES	0	7	4	2	0	15	63%
MUJERES	0	2	3	4	0	9	37%
TOTAL	0	8	8	6	0	24	100%

**Fuente:** Investigación  
**Elaboración:** Investigadora



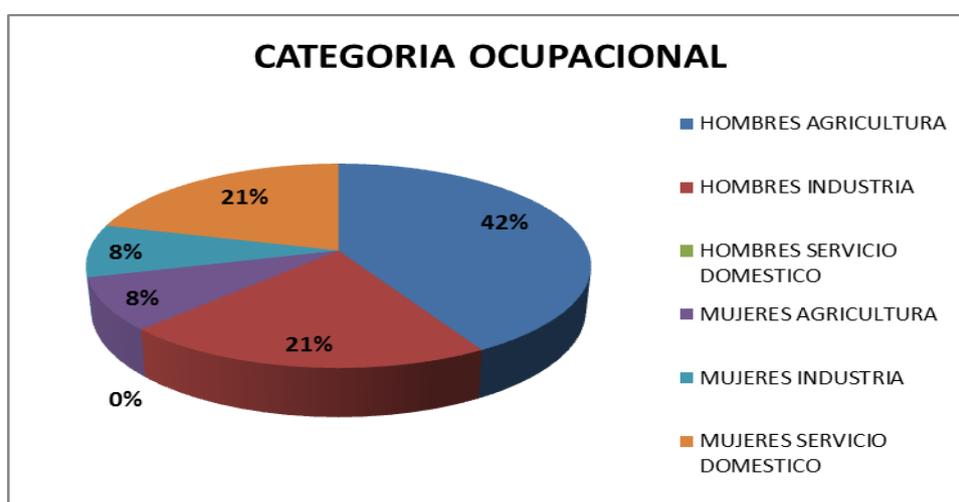
**Análisis:** El cuadro nos manifiesta que dentro de la instrucción de educación los hombres tienen: analfabetos 0%, instrucción primaria 27%, secundaria 15%, bachiller 8% y educación superior 0%. Las mujeres: analfabetas 0%, primaria 27%, secundaria 15%, bachilleres 8% y educación superior 0%.

**Interpretación:** La tabla nos indica que los hombres portadores del virus VIH-SIDA, en su mayoría tienen instrucción educacional primaria, consiguiente nos presenta en menor cantidad que tienen instrucción secundaria y pocos han logrado un bachillerato. Mientras que las mujeres presentan un alto indicador de instrucción de educación mostrándonos que en su gran mayoría son bachilleres y que escasas tienen instrucción secundaria y primaria.

**Tabla. 4.6 D.I PVVIHS – CATEGORIA OCUPACIONAL**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS PVVIH-SIDA					
CATEGORIA OCUPACIONAL					
PERSONAS	AGRICULTURA	INDUSTRIA	SERVICIO DOMESTICO	TOTAL	%
HOMBRES	10	5	0	15	63%
MUJERES	2	2	5	9	37%
TOTAL	12	7	5	24	100%

**Fuente:** Investigación  
**Elaboración:** Investigadora



**Análisis:** Entre de las actividades ocupacionales de los pacientes VIH-SIDA se evidencia que los hombres en la agricultura 42%, industria 21%. Las mujeres en la agricultura 8%, industria 8% y quehaceres domésticos un 21%.

**Interpretación:** Lo que indica la tabla es que los hombres con VIH-SIDA en su gran mayoría se dedican a la agricultura y otro grupo minoritario a la industria. Mientras que las mujeres su actividad ocupacional mayormente se centra a las labores del hogar, así como también en un menor porcentaje se dedican a la agricultura y a la industria.

**4.1.2. Tabulación de la Aplicación de Enfoque Cognitivo Conductual a los pacientes con Diagnostico Trastorno Depresivo y Trastorno de Ansiedad debido a Enfermedad Medica VIH-SIDA.**

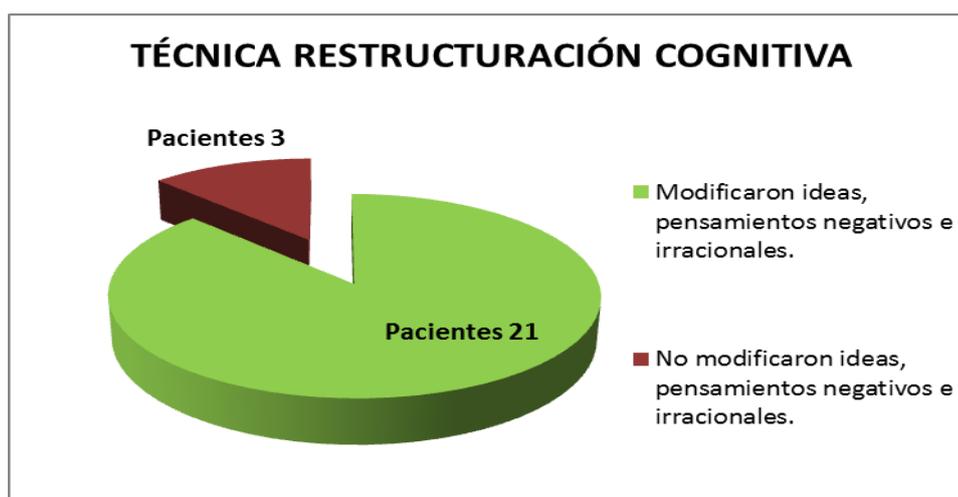
A los 24 pacientes se les realizó tratamiento psicológico a través de 9 Sesiones aplicando terapias individuales: 3 con la técnica Reestructuración Cognitiva, 3 Entrenamiento Asertivo y 3 Exposición en Vivo.

**RESULTADOS:**

**Tabla. 4.7 APLICACIÓN TÉCNICA RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA**

TÉCNICA RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA		
Modificaron ideas, pensamientos negativos e irracionales.	No modificaron ideas, pensamientos negativos e irracionales.	
N. Pacientes 21	N. Pacientes 3	Total 24

**Fuente:** Investigación  
**Elaboración:** Investigadora



**Análisis:** De las 24 PVVIH que se intervino con la técnica Reestructuración Cognitiva 21 modificaron sus pensamientos inadecuados, mientras que en 3 no se obtuvieron los objetivos planteados.

**Interpretación:** Durante la aplicación de la técnica Reestructuración Cognitiva en los pacientes seleccionados en esta investigación, se observó una disminución significativa en forma gradual de las creencias en los pensamientos distorsionados y de las emociones que de ellos provienen, así como también un aumento de la creencia en sus respuestas racionales, sobrellevando a los pacientes a reemplazar las distorsiones ilógicas de sus pensamientos mediante respuestas acordes con la realidad aumentando sus actividades placenteras y disminuyendo los niveles de depresión y ansiedad y más aun redefiniendo la creencia errónea de pensar que calidad de vida es igual que cantidad de vida o que ser portador del virus VIH-SIDA es sinónimo de muerte.

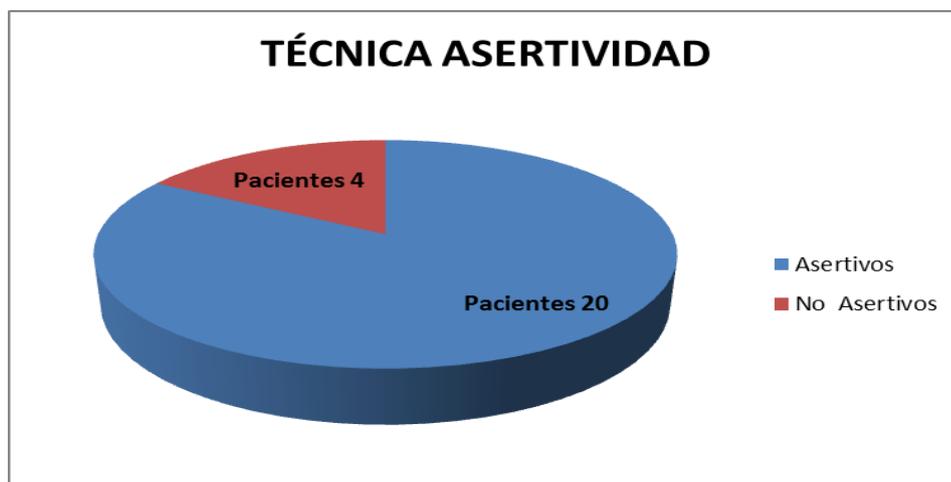
En el proceso de aplicación de esta técnica psicológica se observó en 21 pacientes, notable modificación de la conducta y de las ideas irracionales, catastróficas que experimentaban; esto fue debido a los resultados positivos alcanzados en las diferentes sesiones terapéuticas aplicadas de forma regular. Mientras que en los 3 pacientes restantes que no se logró los objetivos planteados aconteció debido a la irregular asistencia a las terapias previamente establecidas.

**Tabla. 4.8 APLICACIÓN TÉCNICA ASERTIVIDAD**

TÉCNICA ASERTIVIDAD		
Asertivos	No Asertivos	
N. Pacientes 20	N. Pacientes 4	Total 24

**Fuente:** Investigación

**Elaboración:** Investigadora



**Análisis:** De las 24 PVVIH que se intervino con la técnica Asertividad 20 modificaron sus habilidades sociales mientras que en 4 no se obtuvo los objetivos planteados.

**Interpretación:** Durante el proceso de la técnica Asertividad en los pacientes se evidenció, diferentes intereses, relaciones interpersonales y formas de ver el entorno, por lo que los conflictos y frustraciones personales eran recurrentes. Ejecutando las sesiones se utilizó 4 métodos: Identificación de los estilos básicos de la conducta interpersonal

(agresivo-pasiva). Identificar las situaciones que se quiere ser más asertivos (especialmente la que se falla). Describir situaciones problemática (quien, cuando y que) y Desarrollo de lenguaje corporal adecuado (mirada, tono de voz, postura). Los resultados en su gran mayoría fueron favorables ya que a través de esta técnica se logró, que los pacientes tengan actitud tolerante, a aceptar su diagnóstico clínico, realizarse las adherencias al tratamiento sin ira, seguridad en sí mismo, aumento en la autoestima y una aceptable interrelación con su entorno.

En el transcurso de la aplicación de esta técnica se observó que de los 24 pacientes seleccionados, 20 lograron desarrollar habilidades básicas para relacionarse con su entorno social, se evidenció disminución de conflictos frecuentes durante los controles y consultas médicas con los profesionales de la salud. Mientras que 4 pacientes intervenidos no lograron un tratamiento favorable, debido a la recurrente inasistencia a las sesiones terapéuticas.

**Tabla. 4.9 APLICACIÓN TÉCNICA EXPOSICIÓN EN VIVO**

TÉCNICA EXPOSICIÓN EN VIVO		
Disminución de Evitación y Situaciones temidas.	No Disminución de Evitación y Situaciones temidas.	
N. Pacientes 19	N. Pacientes 5	Total 24

**Fuente:** Investigación

**Elaboración:** Investigadora



**Análisis:** De las 24 PVVIH que se intervino con la técnica Exposición en Vivo 19 controlaron sus temores y niveles de ansiedad, mientras que 5 no se obtuvo los objetivos planteados.

**Interpretación:** En este procedimiento psicoterapéutico aplicando la técnica Exposición Graduada en Vivo, primero identifiqué todas las situaciones temidas y evitadas que eran significativas en los pacientes entre estas estaban, la evitación a realizarse la extracción de sangre para exámenes de control CV y CD4, tocar, compartir alimentos o vaso de agua con pacientes con el mismo diagnóstico o con cualquier persona que se interrelacionaba dentro y fuera de la institución de salud. Durante las sesiones expuse a los 24 pacientes de forma sistemática y deliberada a

afrontar estas situaciones o estímulos internos que le generaban ansiedad u otras emociones negativas de forma individual los presentaba en las diferentes áreas del HPMI ; laboratorio y a su personal, el área de maternidad y sus usuarios, posteriormente en el auditorio donde semanalmente se realizaban charlas sobre formas de contagio y prevención al VIH-SIDA, esto lo realizaba en un periodo de 40 minutos con instrucciones de permanecer y afrontar la situación.

Los resultados obtenidos fueron favorables en 19 pacientes puesto que comprobaron vivencialmente que su ansiedad marcada se reducía conforme se desarrollaban las sesiones terapéuticas y que sus miedos, evitaciones y predicciones negativas eran equivocados. Mientras que 5 pacientes por diferentes causas personales cancelaban u olvidaban las sesiones terapéuticas.

### 4.1.3. PRE-TEST

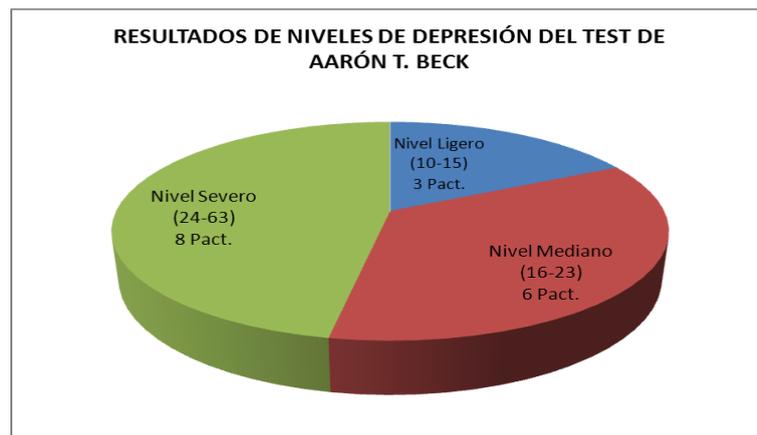
Tabulación de la aplicación del Test de Depresión de Aaron T. Beck.

Tabla. 4.10 Niveles de Depresión de los Pacientes VIH-SIDA

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE DEPRESIÓN DE AARÓN T. BECK					
PERSONAS	NIVEL LIGERO (10-15)	NIVEL MEDIANO (16-23)	NIVEL SEVERO (24-63)	TOTAL	%
HOMBRES	2	4	5	11	
MUJERES	1	2	3	6	
TOTAL	3	6	8	17	100%

Fuente: Investigación  
Elaboración: Investigadora

Gráfico 4.1. Resultados de Niveles de Depresión de los Pacientes VIH-SIDA



Fuente: Investigación  
Elaboración: Investigadora

**Análisis T.D:** El cuadro nos indica que 8 pacientes presentaron nivel severo de depresión, 6 nivel mediano de depresión y 3 nivel ligero de depresión.

**Interpretación:** Se les aplico a los 17 pacientes el Instrumento de Evaluación de Depresión de Aarón T. Beck en un periodo de tiempo de 15 minutos en los cuales durante el procesamiento de datos se estableció los siguientes niveles de depresión: Nivel Ligero (10-15) 3 pacientes, Nivel Mediano (16-23) 6 pacientes, Nivel Severo (24-63) 8 pacientes.

#### 4.1.4. Tabulación de la aplicación del Test de Ansiedad de Aarón T. Beck.

**Tabla 4.11. Niveles de Ansiedad de los Pacientes VIH-SIDA.**

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE ANSIEDAD DE AARÓN T. BECK				
PERSONAS	ANSIEDAD MODERADA (19-20)	ANSIEDAD GRAVE (30-63)	TOTAL	%
HOMBRES	1	3	4	70%
MUJERES	1	2	3	30%
TOTAL	2	5	7	100%

**Fuente:** Investigación

**Elaboración:** Investigadora

**Gráfico 4.2. Resultados de Niveles de Ansiedad.**



**Fuente:** Investigación

**Elaboración:** Investigadora

**Análisis T.A:** El cuadro nos señala que 5 pacientes presentaron nivel de ansiedad grave y 2 pacientes nivel de ansiedad moderada.

**Interpretación:** Se les aplicó a los 7 pacientes el instrumento de evaluación de Ansiedad de Aaron T. Beck en un periodo de tiempo de 15 minutos en los cuales durante el procesamiento de datos se estableció los siguientes niveles de ansiedad: Ansiedad Moderada Se (19-20) 2 pacientes, Ansiedad Grave (30-63) 5 pacientes.

#### 4.1.5 POST-TEST

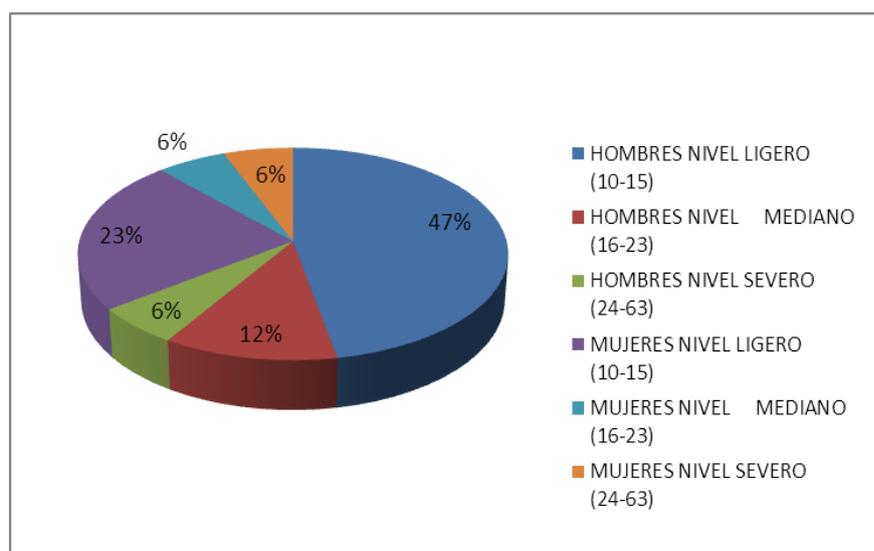
Tabulación de la aplicación del Test de Depresión de Aarón T. Beck.

Tabla. 4.12 Niveles de Depresión de los Pacientes VIH-SIDA

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE DEPRESIÓN DE AARÓN T. BECK					
PERSONAS	NIVEL LIGERO (10-15)	NIVEL MEDIANO (16-23)	NIVEL SEVERO (24-63)	TOTAL	%
HOMBRES	8	2	1	11	
MUJERES	4	1	1	6	
TOTAL	12	3	2	17	100%

Fuente: Investigación  
Elaboración: Investigadora

Grafico 4.1. Resultados de Niveles de Depresión de los Pacientes VIH-SIDA



Fuente: Investigación  
Elaboración: Investigadora

**Análisis T.D:** El cuadro nos indica que los hombres mostraron nivel de depresión ligero 47%, mediano 12% y 6% severo. Las mujeres nivel de depresión ligero 23%, mediano 6% y severo 6%.

**Interpretación:** Se evidencia en el post test de Evaluación de Depresión de Aarón T. Beck hubo una notable modificación en el porcentaje de los niveles de depresión se observó disminución de la depresión severa y aumento del nivel depresivo ligero en ambos sexos.

**Tabulación de la aplicación del Test de Ansiedad de Aarón T. Beck.**

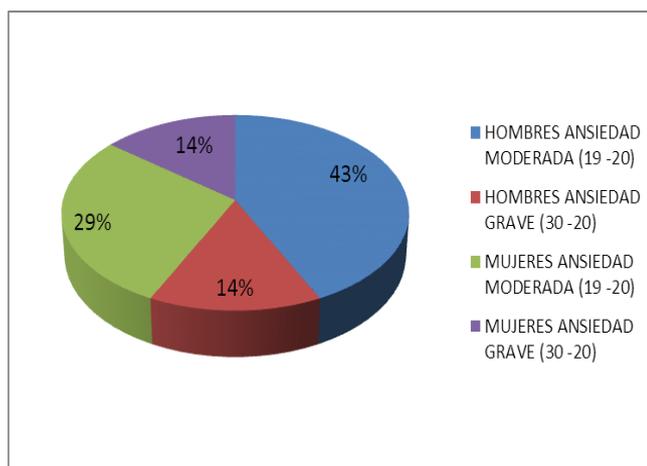
**Tabla 4.13. Niveles de Ansiedad de los Pacientes VIH-SIDA.**

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE ANSIEDAD DE AARÓN T. BECK				
PERSONAS	ANSIEDAD MODERADA (19-20)	ANSIEDAD GRAVE (30-63)	TOTAL	%
HOMBRES	3	1	4	70%
MUJERES	2	1	3	30%
TOTAL	5	2	7	100%

**Fuente:** Investigación

**Elaboración:** Investigadora

**Gráfico 4.2. Resultados de Niveles de Ansiedad.**



**Fuente:** Investigación

**Elaboración:** Investigadora

**Análisis T.A:** El cuadro nos señala que los hombres presentaron 43% de nivel de ansiedad moderada y 14% de ansiedad grave. Las mujeres 29% de ansiedad moderada y 14% de ansiedad grave.

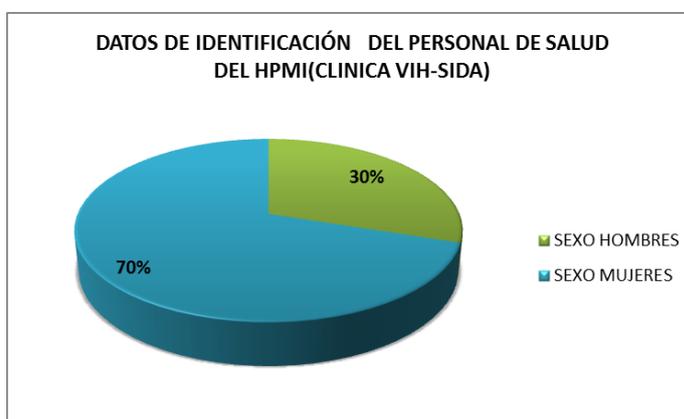
**Interpretación:** Se les aplicó el post test de evaluación de Ansiedad de Aaron T. Beck en los cuales durante el procesamiento de datos se estableció notable disminución del nivel de ansiedad grave y un aumento en el nivel moderado en ambos sexos.

#### 4.1.6. DATOS DE IDENTIFICACION DEL PERSONAL DE SALUD DEL AREA DE LA CLINICA VIH-SIDA DEL HPMI.

**Tabla. 4.14 SEXO**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD DEL HPMI(CLINICA VIH-SIDA)		
SEXO	#	%
HOMBRES	3	30%
MUJERES	7	70%
TOTAL	10	100%

**Fuente:** Investigación  
**Elaboración:** Investigadora



**Fuente:** Investigación  
**Elaboración:** Investigadora

**Análisis:** El personal de salud encuestado está conformado por el 70% de mujeres, mientras que el 30% son hombres.

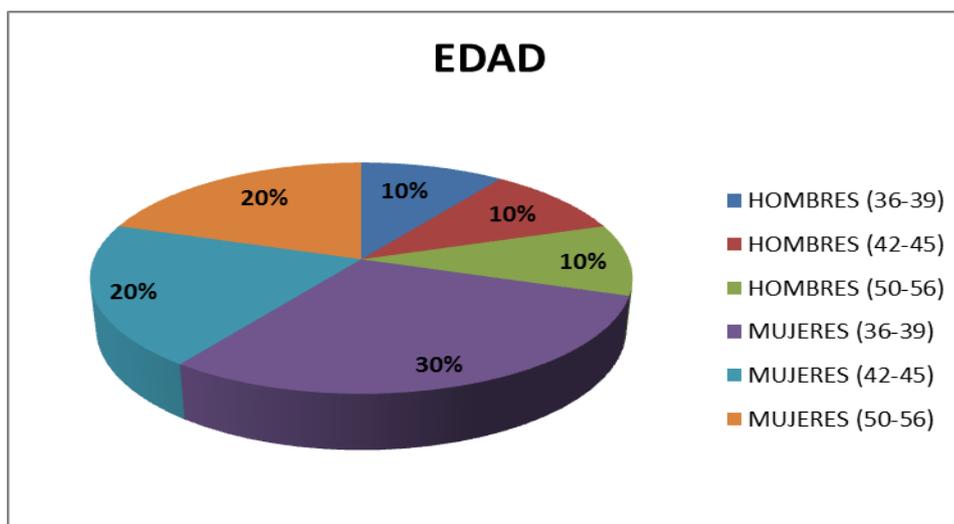
**Interpretación:** La tabla nos evidencia que la mayoría del personal que asiste a las PVVIH-SIDA en el HPMI es de sexo femenino, mientras que en un mínimo porcentaje son de sexo masculino.

**Tabla. 4.15 EDADES**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD HPMI (CLINICA VIH-SIDA)				
EDADES			TOTAL	%
HOMBRES	(36-39)	1	3	10%
	(42-45)	1		10%
	(50-56)	1		10%
MUJERES	(36-39)	3	7	30%
	(42-45)	2		20%
	(50-56)	2		20%
TOTAL			10	100%

**Fuente:** Investigación

**Elaboración:** Investigadora



**Fuente:** Investigación

**Elaboración:** Investigadora

**Análisis:** El cuadro nos señala que los hombres os grupos de edades del personal de salud encuestados está conformado por: hombres entre 36-39 años 10%, entre 42-45 años 10%, entre 50-56 años 10%. Las mujeres: entre 36-39 años 30%, entre 42-45 años 20% y entre 50-56 años 20%.

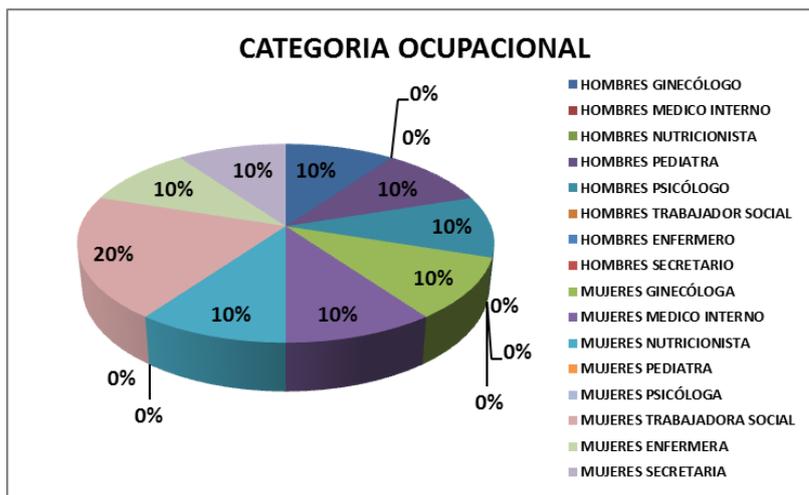
**Interpretación:** El cuadro nos manifiesta que la mayor parte del personal de salud encuestado de ambos sexos, comprenden edades entre 36-39 años, mientras que compartiendo el mismo rango de edad entre 42-45 y 50 -56, se encuentra los demás encuestados.

**Tabla. 4.16 CATEGORIA OCUPACIONAL**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD HPMI (CLINICA VIH-SIDA)				
CATEGORIA OCUPACIONAL				
PROFESIÓN	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
GINECÓLOGO/A	1	1	2	20%
MEDICO INTERNO	0	1	1	10%
NUTRICIONISTA	0	1	1	10%
PEDIATRA	1	0	1	10%
PSICÓLOGO	1	0	1	10%
TRABAJADOR SOCIAL	0	2	2	20%
ENFERMERA	0	1	1	10%
SECRETARIA	0	1	1	10%
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Investigación

**Elaboración:** Investigadora



**Fuente:** Investigación  
**Elaboración:** Investigadora

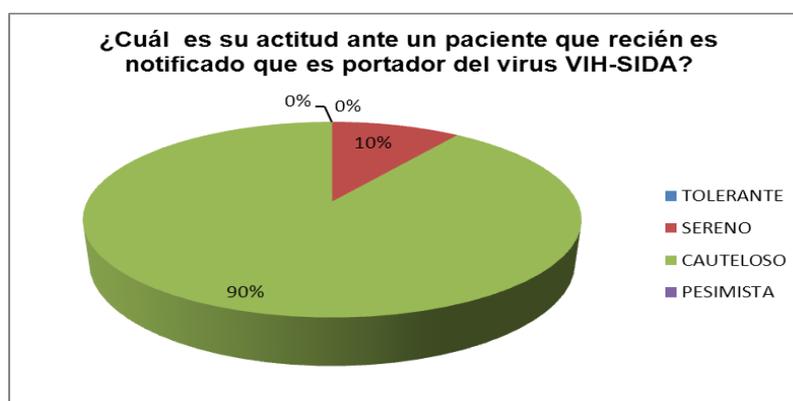
**Análisis:** El cuadro señala que dentro de las categorías profesionales el 20% está formado por ginecólogos y trabajadoras sociales cada una; mientras que el resto de personal de salud comparte el 10% cada uno.

**Interpretación:** el personal de salud encuestado está conformado por 6 individualidades profesionales comprendidas entre: médico interno, nutricionista, pediatra, psicólogo, enfermera y pediatra; mientras que en ginecología y trabajadoras sociales existen 2 profesionales en cada especialidad.

#### 4.1.6. Análisis y Resultados de la Encuesta Estructurada al Personal de Salud de la Clínica VIH-SIDA del HPMI.

**Pregunta 1.** ¿Cuál es su actitud ante un paciente que recién es notificado que es portador del virus VIH-SIDA?

PERSONAL	TOLERANTE	SERENO	CAUTELOSO	PESIMISTA	TOTAL	%
H	3	0	0	0	3	30%
M	6	1	0	0	7	70%
TOTAL	9	1	0	0	10	100%



**Fuente:** Investigación  
**Elaboración:** Investigadora

**Análisis P1:** El gráfico nos proyecta que un 10% del personal de salud nos indica que su actitud ante un paciente recién diagnosticado con el virus VIH-SIDA es serena mientras que un 90% que su actitud es cautelosa.

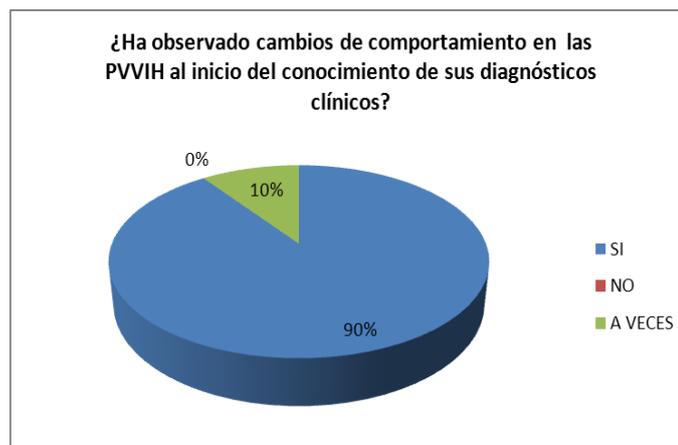
**Interpretación:** El resultado obtenido en el gráfico nos manifiesta que en su mayor porcentaje la actitud ante una notificación por primera vez a un paciente reactivo VIH-SIDA es cautelosa, mientras un grupo mínimo manifiesta que es lo realiza de forma serena.

**Pregunta 2.** ¿Ha observado cambios de comportamiento en las PVVIH al inicio del conocimiento de sus diagnósticos clínicos?

PERSONAL	SI	NO	A VECES	TOTAL	%
H	2	0	1	3	30%
M	7	0	0	7	70%
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Investigación

**Elaboración:** Investigadora



**Análisis P2:** La muestra obtenida en el gráfico nos indica que un 10% del personal de salud encuestado han observado a veces cambios de comportamiento en los pacientes VIH-SIDA y un 90% si han observado alteraciones en el comportamiento.

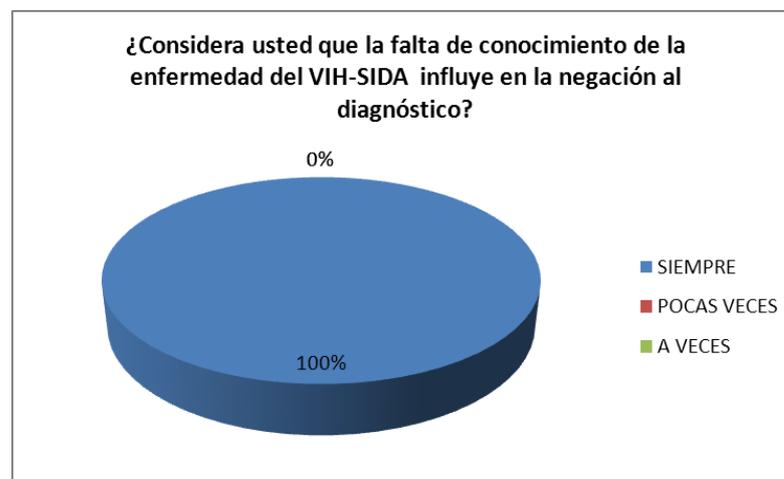
**Interpretación:** El personal de salud encuestado afirman en la mayoría del porcentaje que si han observados en los pacientes modificación en el comportamiento posterior a conocer su diagnóstico clínico VIH-SIDA.

**Pregunta 3.** ¿Considera usted que la falta de conocimiento de la enfermedad del VIH-SIDA influye en la negación al diagnóstico?

PERSONAL	SIEMPRE	POCAS VECES	NUNCA	TOTAL	%
H	3	0	0	3	30%
M	7	0	0	7	70%
TOTAL	10	0	0	10	100%

**Fuente:** Investigación

**Elaboración:** Investigadora



**AnálisisP3:** El gráfico relata que el 100% del personal de salud indican que siempre han observado que la falta de conocimiento a la enfermedad VIH-SIDA, interviene en la negación a su diagnóstico.

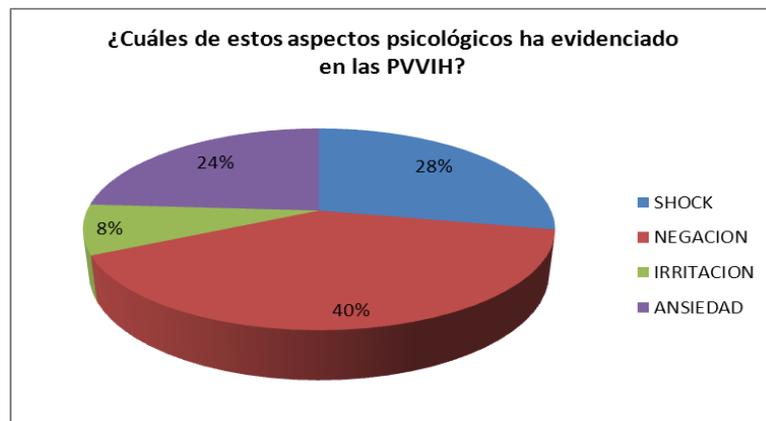
**Interpretación:** Según el personal de salud encuestado manifiestan en su totalidad que el desconocimiento a la enfermedad del virus VIH-SIDA influye en la no aceptación al diagnóstico clínico.

**Pregunta 4.** ¿Cuáles de estos aspectos psicológicos ha evidenciado en las PVVIH?

PERSONAL	SHOCK	NEGACION	IRRITACION	ANSIEDAD	TOTAL	%
H	1	1	0	1	3	30%
M	2	3	2	0	7	70%
TOTAL	3	4	2	1	10	100%

**Fuente:** Investigación

**Elaboración:** Investigadora



**Análisis P4:** El gráfico nos describe los aspectos psicológicos que el personal de salud ha evidenciado en las PVVIH y en un 8% expresan que los pacientes experimentan irritación, 24% dicen que ansiedad, 28% opinan shock y el 40% negación.

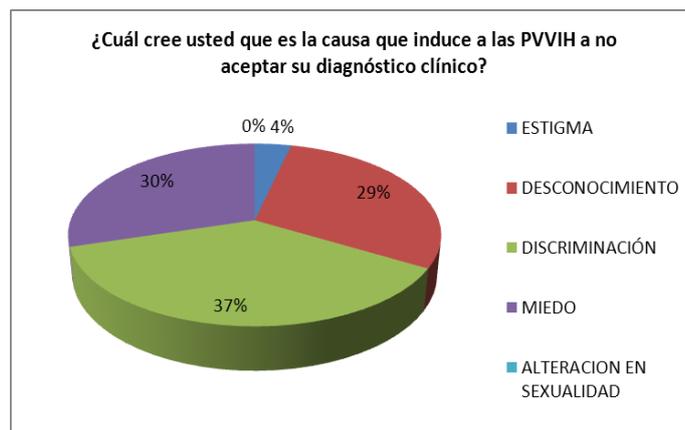
**Interpretación:** El personal de salud nos indica que el aspecto psicológico que han experimentado las PVVIH en su mayoría es la negación, mientras tanto en menos porcentaje y en secuencia encontramos la, irritación, ansiedad y el shock.

**Pregunta 5.** ¿Cuál cree usted que es la causa que induzca a las PVVIH a no aceptar su diagnóstico clínico?

PERSONAL	ESTIGMA	DESCONOCIMIENTO	DISCRIMINACION	MIEDO	ALTERACION SEXUAL	TOTAL	%
H	0	1	1	1	0	3	30%
M	1	1	3	2	0	7	70%
TOTAL	1	2	4	3	0	10	100%

**Fuente:** Investigación

**Elaboración:** Investigadora



**Análisis P5:** El gráfico nos demuestra que en un 4% el personal médico opina que la causa que induce a las PVVIH a no aceptar su diagnóstico es el estigma, un 29% refiere el desconocimiento, un 30% dicen que es el miedo y en su mayoría el 37% opinan que es la discriminación.

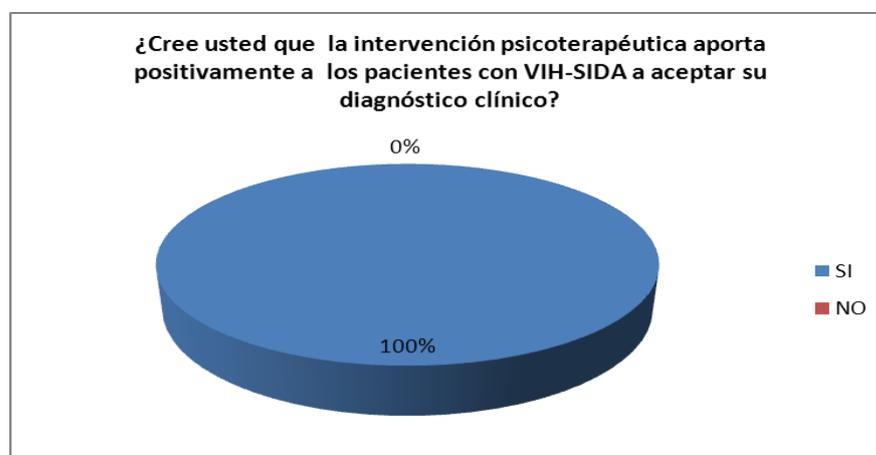
**Interpretación:** La muestra nos indica que un grupo mayoritario del personal de salud encuestado opina que la causa que induce a las PVVIH a no aceptar su diagnóstico es la discriminación, además también consideran en un porcentaje significativo al miedo como el causante de la negación, mientras en un grupo minoritario dicen que es el estigma y el desconocimiento a la enfermedad.

**Pregunta 6.** ¿Cree usted que la intervención psicoterapéutica aporta positivamente a los pacientes con VIH-SIDA a aceptar su diagnóstico clínico?

PERSONAL	SI	NO	TOTAL	%
H	3	0	3	30%
M	7	0	7	70%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Investigación

**Elaboración:** Investigadora



**Análisis P6:** En el gráfico se puntualiza en un 100% que la intervención psicoterapéutica si aporta de forma positiva a los pacientes VIH-SIDA a aceptar su diagnóstico clínico.

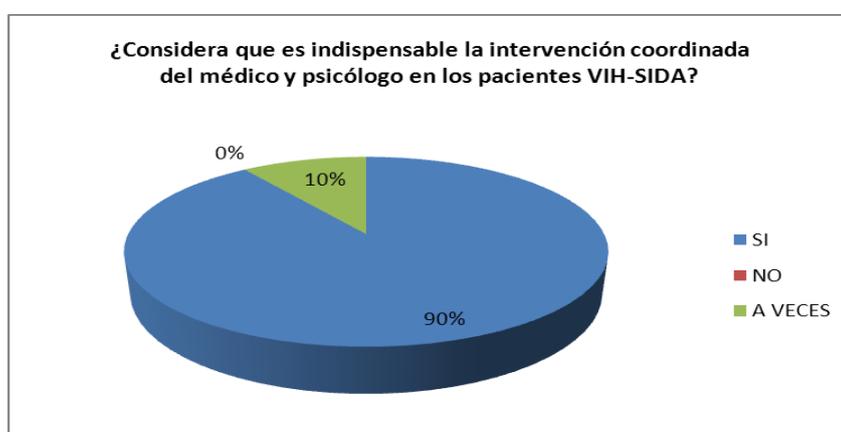
**Interpretación:** La muestra obtenida indica en su totalidad de encuestados que la psicoterapia si contribuye de forma efectiva a los pacientes VIH-SIDA a aceptar su enfermedad.

**Pregunta 7.** ¿Considera que es indispensable la intervención coordinada del médico y psicólogo en los pacientes VIH-SIDA?

PERSONAL	SI	NO	A VECES	TOTAL	%
H	3	0	0	3	30%
M	6	0	1	7	70%
TOTAL	10	0	0	10	100%

**Fuente:** Investigación

**Elaboración:** Investigadora



**Análisis P7:** En el gráfico se describe si se considera que es indispensable la intervención coordinada del médico y psicólogo en los pacientes VIH-SIDA y se establece que en un 90% refiere que sí y un 10% refiere que a veces.

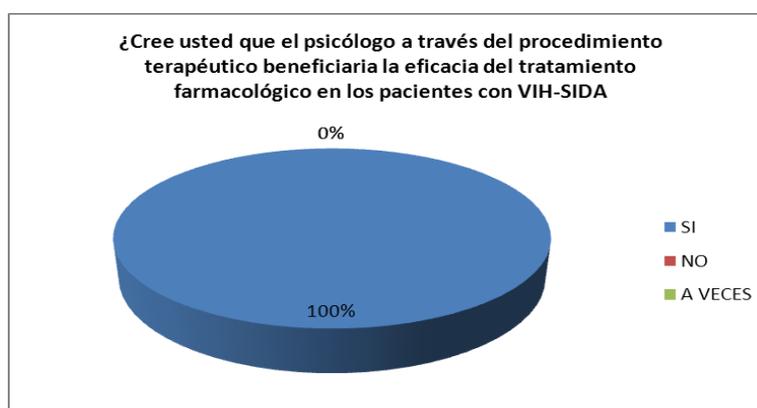
**Interpretación:** Los resultados obtenidos nos muestran casi en su totalidad que el personal de salud de la clínica VIH-SIDA considera que si es indispensable la intervención coordinada del médico y psicólogo en los pacientes, mientras que en un mínimo porcentaje refieren que a veces.

**Pregunta 8.** ¿Cree usted que el psicólogo a través del procedimiento terapéutico beneficiaría la eficacia del tratamiento farmacológico en los pacientes con VIH-SIDA?

PERSONAL	SI	NO	TOTAL	%
H	3	0	3	30%
M	7	0	7	70%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Investigación

**Elaboración:** Investigadora



**Análisis P8:** El gráfico proyecta que el 100% del personal de salud encuestado expresan que el psicólogo a través del procedimiento terapéutico beneficiaría la eficacia del tratamiento farmacológico en los pacientes con VIH-SIDA.

**Interpretación:** Según el personal de salud encuestado en su integridad expresan que el psicólogo a través del procedimiento terapéutico beneficiaría la eficacia del tratamiento farmacológico en los pacientes con VIH-SIDA

**Pregunta 9.** ¿Considera que se debería realizar diariamente en la Clínica VIH-SIDA del HPMI charlas relacionadas a potencializar la efectividad en los tratamientos médicos y psicológicos?

PERSONAL	SI	NO	TOTAL	%
H	3	0	3	30%
M	6	1	7	70%
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Investigación

**Elaboración:** Investigadora



**Análisis P9:** En el grafico se representa si se considera que se debería realizar diariamente en la Clínica VIH-SIDA del HPMI charlas relacionadas a potencializar la efectividad en los tratamientos médicos y psicológicos y se establece que en un 90% refiere que sí y un 10% refiere que no.

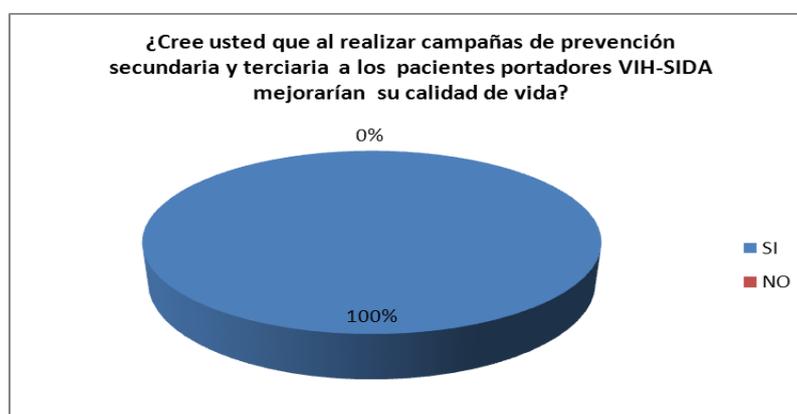
**Interpretación:** Los resultados obtenidos en esta pregunta muestran en un gran porcentaje que si se debería realizar diariamente en la Clínica VIH-SIDA del HPMI charlas para potencializar la efectividad en los tratamientos médicos y psicológicos y un mínimo porcentaje manifiesta que no.

**Pregunta 10.** ¿Cree usted que al realizar campañas de prevención secundaria y terciaria a los pacientes portadores VIH-SIDA mejorarían su calidad de vida?

PERSONAL	SI	NO	TOTAL	%
H	3	0	3	30%
M	7	0	7	70%
TOTAL	10	0	10	100%

**Fuente:** Investigación

**Elaboración:** Investigadora



**Análisis P10:** El grafico proyecta que el 100% del personal de salud encuestado expresan que se debería realizar campañas de prevención secundaria y terciaria a los pacientes portadores VIH-SIDA para mejorar su calidad de vida.

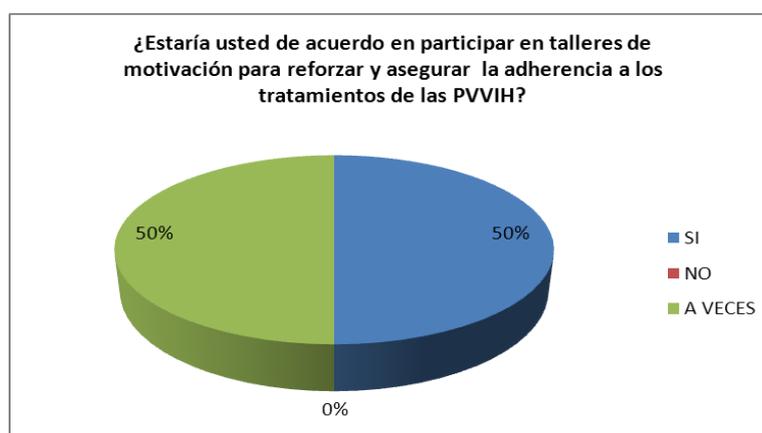
**Interpretación:** Según el personal de salud encuestado en su totalidad expresan que si se debería realizar campañas de prevención secundaria y terciaria a los pacientes portadores VIH-SIDA para restablecer su calidad de vida.

**Pregunta 11.** ¿Estaría usted de acuerdo en participar en talleres de motivación para reforzar y asegurar la adherencia a los tratamientos de las PVVIH?

PERSONAL	SI	NO	A VECES	TOTAL	%
H	2	0	1	3	30%
M	4	0	3	7	70%
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Investigación

**Elaboración:** Investigadora



**Análisis P11:** La muestra obtenida en el gráfico nos indica que el 50% del personal médico que labora en la Clínica VIH-SIDA estaría de acuerdo en participar en talleres de motivación para reforzar y asegurar la adherencia a los tratamientos de las PVVIH, mientras que el otro 50% refiere que a veces.

**Interpretación:** La muestra obtenida está equilibrada ya que la mitad del personal de salud encuestado expresan que si se deberían realizar campañas de prevención secundaria y terciaria a los pacientes portadores VIH-SIDA para mejorar su calidad de vida y la otra mitad opina que a veces.

## **4.2. Comprobación y Discusión de Hipótesis**

### **Verificación de la Hipótesis General.**

#### **HG:**

Los resultados generales obtenidos en las psicoterapias realizadas a los 24 pacientes con VIH-SIDA del Hospital Provincial Martín Icaza comprueban la HG, pues se obtuvo los objetivos planteados en la gran mayoría de los pacientes intervenidos en las sesiones terapéuticas. Se pudo disminuir las creencias y pensamientos irracionales que originaban el mecanismo de defensa de la negación al diagnóstico clínico asimismo de regular los niveles de depresión y ansiedad. Se alcanzó que los pacientes desarrollen habilidades asertivas de comunicación y sobre todo a interrelacionarse. Además se logró evidenciar en los pacientes, un notable autocontrol ante las situaciones que les provocaban ansiedad.

En la encuesta realizada a los profesionales de salud que laboran en la Clínica de VIH-SIDA del HPMI, comprueba la HG, en la pregunta N.6, indica en su totalidad que la psicoterapia sí contribuye de forma efectiva a los pacientes VIH-SIDA a aceptar su enfermedad.

Además los Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck en su aplicación pre-test y en la primera semana de las terapias se mostró un aumento significativo de los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes, los que durante el proceso terapéutico también se administró el post-test

donde se confirmó notable disminución de los niveles tanto de ansiedad como de depresión; comprobando de esta manera la HG, sobre la importancia de la intervención psicológica en PVVIH-SIDA.

### **Verificación de la Hipótesis Específicas.**

#### **H1:**

La asistencia a las psicoterapias de los pacientes seleccionados para esta investigación fue habitual conforme se iban aplicando las sesiones, se evidenciaba un notable cambio de actitudes y comportamientos favorables relacionados a su salud; los medicamentos retrovirales eran retirados con anticipación, se realizaban los controles de CV y CD4 en las fechas estipuladas.

En la encuesta realizada a los profesionales de salud que laboran en la Clínica de VIH-SIDA del HPMI, en la pregunta N.8 comprueba la H1 ya que el 100% de los encuestados expresan que el psicólogo a través del procedimiento terapéutico beneficiaría la eficacia del tratamiento farmacológico en los pacientes con VIH-SIDA.

#### **H2:**

Con los resultados obtenidos al aplicar la técnica Restructuración Cognitiva en los pacientes con VIH-SIDA se comprobó la H2, ya que se pudo disminuir los pensamientos distorsionados e ilógicos, creencias

irracionales y sobre todo a retomar sus actividades normales sin sobredimensionar negativamente su nuevo estilo de vida por el hecho de convivir con el virus VIH-SIDA.

El personal de salud encuestado en la pregunta N.4 nos evidencia que los pacientes VIH-SIDA experimentan diversos aspectos psicológicos como la negación, irritación, ansiedad y el shock cuando son notificados de sus diagnósticos, lo que sin duda alguna ocasiona en los pacientes pensamientos distorsionados e ideas irracionales, confirmando de esta forma la H2 sobre la existencia de sucesos negativos y la importancia de la aplicación de la técnica Restructuración Cognitiva.

### **H3:**

Al aplicar la técnica Asertividad en las PVVIH-SIDA del HPMI, los resultados finales fueron favorables conforme se aplicaba las sesiones, los pacientes adoptaban actitudes positivas, un adecuado lenguaje verbal y no verbal con el personal de salud que los asistían, eran más tolerables a las adherencias del tratamiento farmacológico, se reforzó el desarrollo de la autoestima y la interrelación con su entorno social de esta forma se comprobó la H3.

### **4.3. Conclusiones**

**A través de la investigación realizada llegue a las siguientes conclusiones:**

1.- Se evidencio la necesidad de servicio psicológico oportuno, para las personas portadoras del VIH-SIDA, así como para consulta externa e interna.

2.- Los 24 pacientes seleccionados durante el proceso de investigación demostraron que el primer aspecto psicológico frente al diagnóstico positivo para el VIH-SIDA se caracteriza por la negación, por lo que se les debe desarrollar trabajos de contención psicológica.

3.- La enfermedad del VIH-SIDA ocasiona un fuerte impacto psicológico en el paciente afectado, principalmente cuando se entera de su diagnóstico y durante la etapa temprana de la enfermedad especialmente por el desconocimiento de la enfermedad establecida por la falta de información respecto al tema.

4.- Aplicado los instrumentos de evaluación Inventario de Depresión y de Ansiedad de Beck, pude identificar que los pacientes con VIH-SIDA

atendidos en el HPMI en un 71% manifiestan depresión en niveles severo, mediano y ligero y en un 21% manifiestan ansiedad en niveles grave y moderada.

5.- La continuidad del tratamiento médico y psicológico desde el inicio al final, evidenció que los pacientes que viven con VIH-SIDA, necesitan intervención psicológica para orientar y fortalecer su salud y calidad de vida.

6.- Se evidencio ausencia de integrantes de la familia de los pacientes, durante el tratamiento psicológico y clínico.

7.- Analizando los resultados en la aplicación de las sesiones terapéuticas se puede concluir que las hipótesis planteadas se confirman ya que existe en los pacientes sobreestimación de los acontecimientos negativos, además de una evidente inadecuada comunicación, por lo que el tratamiento farmacológico y salud emocional de los pacientes se ha visto afectado.

8.- Se estableció la importancia de ejecutar el pre-test y post-test de Depresión y de Ansiedad de Beck con el objetivo de determinar los niveles de los mismos, su evolución ya sea si se mantienen o se disminuyen durante el proceso terapéutico.

#### **4.4. Recomendaciones**

**De acuerdo a lo investigado en este trabajo puedo recomendar lo siguiente:**

1.- Los sectores públicos y privados relacionados directa o indirectamente con la Salud Mental deberían ampliar este tipo de investigaciones en beneficio de la población afectada por el virus VIH-SIDA, para así permitir generalizar resultados y aplicar estrategias de salud mental.

2.- El HPMI, debe promover un equipo multidisciplinario que conozca sobre las reacciones y aspectos psicológicos que manifiestan las personas que viven con VIH-SIDA cuando recién son diagnosticadas.

3.- El impacto psicológico del paciente al conocer que es reactivo al VIH-SIDA es desfavorable debido al factor desconocimiento sobre lo que implica la enfermedad, por lo cual se debe enseñar a todo el personal de salud que labora en el HPMI referente a este tema, para que sean partícipes de informar sobre el tema.

4.- Iniciar atención psicológica urgente para los pacientes que experimentan ansiedad y depresión al inicio del conocimiento de su diagnóstico VIH-SIDA.

5.- Adecuar infraestructura adecuada para realizar las intervenciones psicológicas en un ambiente adecuado para este grupo de pacientes, de esta forma obtener continuidad en el tratamiento.

6.-Incluir a la familia de los pacientes en charlas relacionadas con medidas en cuanto a la progresión y tratamientos referente al VIH-SIDA, evitando de esta forma la aparición o el agravamiento de complicaciones en la enfermedad.

7.- Realizar programas de talleres de motivación a los pacientes diagnosticados con el VIH-SIDA en el HPMI, desde que inician el tratamiento retroviral.

## **CAPITULO V**

### **5. PROPUESTA ALTERNATIVA**

PROGRAMAS DE TALLERES DE MOTIVACIÓN A LAS PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON EL VIRUS DEL VIH-SIDA Y QUE INICIAN EL TRATAMIENTO RETROVIRAL EN LA CLÍNICA VIH-SIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL MARTIN ICAZA.

#### **5.1. Presentación**

Hace más de treinta años fue detectado el VIH-SIDA a nivel mundial y desde entonces ha cobrado millones de víctimas por el alarmante crecimiento de esta Pandemia que no distingue raza, edad, religión, género, cultura ni región, causando grandiosas dificultades económicas, sociales, biológicas y especialmente psicológicas.

En nuestro país el crecimiento de casos VIH-SIDA van en ascenso e investigar esta problemática social constituye reconocer una significativa diversidad de criterios dirigidos a lo científico y lo social, la magnitud y la tendencia de la epidemiología son habituales, que en todo hospital, en algún momento se atiende a alguna persona portadora de esta

enfermedad, por lo consiguiente se requiere dar mayor énfasis de apoyo a este grupo de personas.

La educación e intervención del psicólogo son puntos centrales en la prevención del VIH-SIDA, ya que se debe de impartir información y enseñanza para influir en la conducta de los individuos con la finalidad de delimitar y controlar la propagación de la enfermedad. También bajo el mismo enfoque de la educación trabajar sobre los prejuicios, desconocimiento, desinformación, discriminación contrarrestando de esta forma las connotaciones negativas de la sociedad.

Mediante este trabajo investigativo se brindó asesoría, acompañamiento psicológico y talleres de apoyo a las personas infectadas por el virus VIH-SIDA, para disminuir sus niveles ansiedad y de depresión promoviendo de esta forma su Salud Mental.

Se realiza esta propuesta con el objetivo de disminuir las causas que influyen en la negación del diagnóstico clínico VIH-SIDA en los pacientes atendidos en el Hospital Provincial Martín Icaza.

## **5.2. Objetivos**

### **5.2.1. Objetivo general**

APLICAR PROGRAMAS DE TALLERES DE MOTIVACIÓN A LAS PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON EL VIRUS DEL VIH-SIDA Y QUE INICIAN EL TRATAMIENTO RETROVIRAL EN LA CLÍNICA VIH-SIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL MARTIN ICAZA.

### **5.2.2.-Objetivos específicos**

Ψ Fortalecer las expectativas de vida de las PVVIH-SIDA, mejorando su estado de ánimo.

Ψ Promover hábitos de vida saludable y de autocuidados a las PVVIH-SIDA para disminuir riesgos de infecciones oportunistas.

### 5.3. Contenidos

- ✓ Talleres de coordinación al personal de salud de la clínica VIH-SIDA para debatir los diferentes factores que influye en el inicio del tratamiento retroviral de las PVVIH-SIDA.
  
- ✓ Talleres grupales de apoyo donde los pacientes puedan hablar sobre su diagnóstico libremente.
  
- ✓ Talleres de capacitación a los PVVIH-SIDA, para dar a conocer sobre los efectos negativos que produce el no administrarse tratamiento farmacológico de forma oportuna.

### 5.4. Descripción de los aspectos operativos de la propuesta

**Sesión 1:** Talleres de coordinación al personal de salud de la clínica VIH-SIDA para debatir los diferentes factores que influye en el inicio del tratamiento retroviral de las PVVIH-SIDA.

Tamaño de grupo: Ilimitado.

Tiempo de duración: 50 minutos cada uno.

Objetivo: Indicar las diferentes causas que provocan a las PVVIH-SIDA, evitar administrarse pertinentemente el tratamiento retroviral que es vital para su salud médica. Estos talleres serán los siguientes:

Ψ Taller para indicar como los problemas interpersonales influyen en la evitación de tomar el medicamento farmacológico.

Ψ Taller para seleccionar videos, documentos y confesiones vivenciales de pacientes VIH-SIDA, con la finalidad de promover las consecuencias que produce el abandono del tratamiento retroviral.

Ψ Taller para la elaboración de actividades recreativas desarrolladas en la Institución de Salud, que permitan aumentar la adherencia del tratamiento retroviral.

**Sesión 2:** Talleres grupales de apoyo donde los pacientes puedan hablar sobre su diagnóstico libremente.

Tamaño de grupo: Ilimitado.

Tiempo de duración: 50 minutos cada uno.

Objetivo: Desarrollar las posibilidades de autocontrol y de ejercicio asertivo de la autoconfianza.

Ψ Talleres de capacitación para admitir debilidades y limitaciones sin avergonzarse de ellas para aceptar su situación.

Ψ Taller para dialogar sobre los derechos asertivos que posee cada uno de los participantes y los derechos que los demás tienen que recibir de ellos (familia trabajo amistades).

**Sesión 3:** Talleres de capacitación a los PVVIH-SIDA, para dar a conocer sobre los efectos negativos que produce el no administrarse tratamiento farmacológico de forma oportuna.

Tamaño de grupo: Ilimitado.

Tiempo de duración: 50 minutos cada uno.

Objetivo: Concientizar los efectos mortales que produce el abandono del tratamiento farmacológico en la salud de los PVVIH-SIDA.

Ψ Taller para difundir los efectos negativos que produce en la salud el no administrarse el medicamento retroviral.

Ψ Taller sobre la importancia de la efectividad y beneficios del ARR en la salud y para evitar enfermedades oportunistas.

Ψ Taller sobre la importancia del apoyo familiar afectivo para poder conllevar el tratamiento de forma eficaz.

Ψ Taller para fomentar estilos de vidas sanos en las PVVIH-SIDA.

## **5.5. Recursos**

### **RECURSOS HUMANOS**

- ✓ Personal profesional que laboran en el área de la Clínica VIH-SIDA del HPMI.
- ✓ Psicoterapeuta.

- ✓ Pacientes de consulta externa con diagnóstico y tratamiento VIH-SIDA del HPMI.

## **RECURSOS MATERIALES**

- ✓ Computador
- ✓ Internet
- ✓ Impresiones
- ✓ Proyector
- ✓ Auditorio para dictar los talleres
- ✓ Libros, revistas y folletos científicos.
- ✓ CD
- ✓ Pendrive
- ✓ Cámara fotográfica
- ✓ Hojas A4
- ✓ Lápices
- ✓ Plumas

## RECURSOS ECONÓMICOS

<b>N.</b>	<b>DETALLE</b>	<b>VALOR</b>
<b>1</b>	<b>Computador</b>	<b>800.00</b>
<b>2</b>	<b>Cámara Fotográfica</b>	<b>200.00</b>
<b>3</b>	<b>Internet</b>	<b>25.00</b>
<b>4</b>	<b>CD</b>	<b>3.75</b>
<b>5</b>	<b>Pendrive</b>	<b>10.00</b>
<b>6</b>	<b>Fotocopias</b>	<b>5.00</b>
<b>7</b>	<b>Hojas A4</b>	<b>4.00</b>
<b>8</b>	<b>Lápices</b>	<b>2.00</b>
<b>9</b>	<b>Plumas</b>	<b>2.00</b>
<b>12</b>	<b>Movilización</b>	<b>150.00</b>
<b>11</b>	<b>Impresión de Tesis</b>	<b>50.00</b>
<b>12</b>	<b>Empastado de Tesis</b>	<b>24.00</b>
<b>Total</b>		<b>1275.75</b>

## CAPÍTULO VI

### 6. BIBLIOGRAFÍA

Alay Barillas Mirian. (2006); Tesis “Intervención Psicológica a Pacientes con VIH-SIDA Identificados en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala” Universidad de San Carlos de Guatemala.

Aznar, Justo. Sida. (2005) “Transmisión y Aspectos Éticos” CB 34.

Cardoso A, Silva, S& Pagliarini,M (2008). El impacto de la descubierta de la serología positiva para el portador de HIV/SIDA y su familia. Rio de Janeiro.

Criollo Chiriboga Marina. (2012); Tesis “Capacidad Adaptativa Familiar de Pacientes Seropositivos para VIH” Universidad de Guayaquil- Ecuador.

González Felicia (2007) Instrumentos de Evaluación Psicológica. La Habana.

Hernández, Roberto. Fernández, Collado. Baptista, Carlos. (1997). Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill, México DF.

González, R. Montoya, I Bernabéu, J. (2000) “Declaraciones entre Estrategias de Afrontamiento y Bienestar Psicológico en Adolescentes. Departamento de Personalidad. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

Martos Fátima (octubre 2002) Intervención Psicosocial en Afectados por VIH-SIDA.

Pérez de Corcho, Tirso. (2003, Septiembre), Manual para profesionales de la educación. VIH-SIDA e infecciones de transmisión sexual. México, DF.

Psi. Abrego L. et al. 1998 SEGUNDA EDICION Guía para la Atención Psicológica de Personas que viven con el VIH-SIDA. México.

Sesma Peláez Alba (2012) “Intervenciones Psicológicas para Afectados por VIH/SIDA desde una perspectiva enfocada en la “Psicología Positiva”.

Zaldívar Pérez, Dionisio (2007). Funcionamiento Familiar saludable. Infomed.

## 6.1. LINKOGRAFIAS:

[http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13\\_2200.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_2200.pdf) 28/01/2015.

<http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/vih/VIH>

[SIDA\\_E\\_INFICCIONES.pdf](#) /08/01/2015

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6006/1/TESIS%202012.pdf>

28/01/2015

<http://rubenriera28.blogspot.com/2012/12/los-rios.html>

<http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos/sida-ecuador->

[retrovirales.htm](#) 11/03/2015

[http://instituciones.msp.gob.ec/misalud/index.php?option=com\\_content&vi](http://instituciones.msp.gob.ec/misalud/index.php?option=com_content&vi)

[ew=article&id=461:clinica-del-vih-del-hospital-guayaquil-da-atencion-](#)

[integral-a-sus-pacientes&catid=57:atencion-en-salud&Itemid=245](#) 10/03

/2015

<http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos/403.htm> 11-03-2015

[http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/es/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/) 14/03/2015

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000594.htm>

<http://geosalud.com/vih-sida/salud-mental-paciente-VIH-positivo.html>

<http://www.uclv.edu.cu/es/article/imparti%C3%B3-patricia-ar%C3%A9s->

[conferencia-magistral-sobre-la-familia-cubana](#)

<http://fibromialgia-noticias.blogspot.com/2008/11/la-familia-ante-la->

[enfermedad-crnica-de.html](#)

<http://www.cognitivoconductual.org/content.php?a=7> 04/16/2015

<http://psicologia.isipedia.com/tercero/tecnicas-de-intervencion-cognitivo-conductuales> 16/04/2015

[http://newpsi.bvpsi.org.br/ebooks2010/en/Acervo\\_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf](http://newpsi.bvpsi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf) 04/04/2015

<http://www.ryapsicologos.net/Terapia-Cognitivo-Conductual.html>  
17/04/2015

<http://www.redsanar.org/dr/fobia/Terapias/manual2b.htm>

<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual6.htm>

[http://es.wikipedia.org/wiki/Negaci%C3%B3n\\_%28psicolog%C3%ADa%29](http://es.wikipedia.org/wiki/Negaci%C3%B3n_%28psicolog%C3%ADa%29)

<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rldmml/v6-7n2-1/art8.pdf>

[http://es.wikipedia.org/wiki/Investigaci%C3%B3n\\_descriptiva](http://es.wikipedia.org/wiki/Investigaci%C3%B3n_descriptiva)

# CAPÍTULO VII

## 7. ANEXOS

### 7.1. Anexo 1

#### TEST INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

<http://tratamiento-ansiedad-depresion.com/test-depresion.html>

Este cuestionario está formado por 21 grupos de frases. Por favor, lea cada grupo con atención, y elija la frase de cada grupo que mejor describa cómo se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluido el día de hoy. Marque la casilla que está a la izquierda de la frase que ha elegido como respuesta a cada una de las afirmaciones del enunciado. Si dentro de un mismo grupo hay más de una frase que considere aplicable a su caso, rodee aquella que haya tenido una mayor frecuencia en las dos últimas semanas.

#### 1) Tristeza

- No me siento triste
- Me siento triste la mayor parte del tiempo
- Estoy triste todo el tiempo
- Me siento tan triste o desgraciado/a que no puedo soportarlo

#### 2) Pesimismo

- No estoy desanimado/a respecto a mi futuro
- Me siento más desanimado/a respecto a mi futuro que de costumbre
- No espero que las cosas se resuelvan
- Siento que mi futuro no tiene esperanza y que sólo irá a peor

### **3) Fracaso pasado**

- No me siento fracasado/a
- He fracasado más de lo que debería
- Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos
- Creo que soy un fracaso total como persona

### **4) Pérdida de placer**

- Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan
- No disfruto de las cosas tanto como acostumbraba
- Disfruto muy poco con las cosas que me gustaban
- No disfruto nada con las cosas que me gustaban

### **5) Sentimientos de culpabilidad**

- No me siento especialmente culpable
- Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- Me siento culpable siempre

### **6) Sentimientos de castigo**

- No creo que esté siendo castigado/a
- Creo que puedo ser castigado/a
- Espero ser castigado/a
- Creo que estoy siendo castigado/a

### **7) Desagrado hacia uno mismo/a**

- Tengo la misma opinión sobre mí que de costumbre
- He perdido la confianza en mí mismo/a
- Me siento decepcionado conmigo mismo
- No me gusto a mí mismo/a

### **8) Autocrítica**

- No me critico o culpo más que de costumbre
- Soy más crítico/a conmigo mismo/a que de costumbre
- Me critico por todas mis faltas
- Me culpo por todo lo malo que sucede

### **9) Pensamientos o deseos de suicidio**

- No pienso en suicidarme
- Pienso en suicidarme, pero no lo haría
- Desearía suicidarme
- Me suicidaría si tuviese oportunidad

### **10) Llanto**

- No lloro más que de costumbre
- Lloro más que de costumbre
- Lloro por cualquier cosa
- Tengo ganas de llorar pero no puedo

### **11) Agitación**

- No estoy más intranquilo/a o nervioso/a que de costumbre
- Me siento más intranquilo/a o nervioso/a que de costumbre
- Estoy tan intranquilo/a o agitado/a que me es difícil estar quieto/a
- Estoy tan intranquilo/a o agitado/a que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo

**12) Pérdida de interés**

- No he perdido el interés por los demás o por las cosas
- Estoy menos interesado/a por los demás o por las cosas que antes
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas
- Me resulta difícil interesarme por alguna cosa

**13) Indecisión**

- Tomo decisiones casi tan bien como siempre
- Me resulta más difícil tomar decisiones que de costumbre
- Me resulta mucho más difícil tomar decisiones que de costumbre
- Tengo dificultades para tomar cualquier decisión

**14) Sentimientos de inutilidad**

- No creo que yo sea inútil
- No me considero tan valioso y útil como de costumbre
- Me siento más inútil en comparación con otras personas
- Me siento completamente inútil

**15) Pérdida de energía**

- Tengo tanta energía como siempre
- Tengo menos energía que de costumbre
- No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas
- No tengo suficiente energía para hacer nada

**16) Cambios en el sueño**

- No he notado ningún cambio en mi sueño
- Duermo algo más que de costumbre
- Duermo algo menos que de costumbre
- Me despierto 1-2 horas antes y no puedo volver a dormirme

**17) Irritabilidad**

- No estoy más irritable que de costumbre
- Estoy más irritable que de costumbre
- Estoy mucho más irritable que de costumbre
- Estoy irritable todo el tiempo

**18) Cambios en el apetito**

- No he notado ningún cambio en mi apetito
- Mi apetito es algo menor que de costumbre
- Mi apetito es algo mayor que de costumbre
- No tengo nada de apetito

**19) Dificultades de concentración**

- Puedo concentrarme tan bien como siempre
- No me puedo concentrar tan bien como de costumbre
- Me cuesta concentrarme en algo durante mucho rato
- No me puedo concentrar en nada

**20) Cansancio o fatiga**

- No estoy más cansado/a o fatigado/a que de costumbre
- Me canso o me siento fatigado/a más fácilmente que de costumbre
- Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

**21) Pérdida de interés por el sexo**

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- Estoy menos interesado/a en el sexo que de costumbre
- Estoy mucho menos interesado/a en el sexo ahora
- He perdido totalmente el interés por el sexo

## 7.2. Anexo 2

### TEST INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

(<http://www.asociaciontocas.es/Test/test%20ansiedad%20beck.html>)

Señale en qué medida se encuentra afectado o se ha visto afectado en la última semana por los siguientes síntomas según el siguiente criterio. (Marque una sola casilla para cada ítem)

0. En absoluto.
1. Levemente, no me molesto mucho.
2. Moderadamente, fue muy desagradable pero podría soportarlo.
3. Severamente, casi no podía soportarlo.

	0	1	2	3
1 Hormiguos o entumecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Sensación de calor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Temblor en las piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapacidad para relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Miedo a que suceda lo peor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Palpitaciones o taquicardia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Sensación de inestabilidad o inseguridad física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Terrores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nerviosismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Sensación de ahogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Temblor de manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Temblores generalizados o entumecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Miedo a perder el control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Dificultad para respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Miedo a morir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Sobresaltos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Malestias digestivas o abdominales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Palidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Rubor facial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 Sudoración (no debida al calor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 7.3. Anexo 3

#### ENCUESTA AL PERSONAL PROFESIONAL QUE LABORA EN LA CLÍNICA VIH-SIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL MARTÍN ICAZA.

CATEGORIA OCUPACIONAL:

GENERO:

EDAD:

1. ¿Cuál es su actitud ante un paciente que recién es notificado que es portador del virus VIH-SIDA?

TOLERANTE

SERENO

CAUTELOSO

PESIMISTA

2. ¿Ha observado cambios de comportamiento en las PVVIH al inicio del conocimiento de sus diagnósticos clínicos?

SI

NO

A VECES

3. ¿Considera usted que la falta de conocimiento de la enfermedad del VIH-SIDA influye en la negación al diagnóstico?

SIEMPRE

POCAS VECES

NUNCA

4. ¿Cuáles de estos aspectos psicológicos ha evidenciado en las PVVIH?

SHOCK  NEGACIÓN  IRRITACIÓN  ANSIEDAD

5. ¿Cuál cree usted que es la causa que induce a las PVVIH a no aceptar su diagnóstico clínico?

ESTIGMA  DESCONOCIMIENTO  DISCRIMINACIÓN

MIEDO  ALTERACIÓN EN LA SEXUALIDAD

6. ¿Cree usted que la intervención psicoterapéutica aporta positivamente a los pacientes con VIH-SIDA a aceptar su diagnóstico clínico?

SI  NO

7. ¿Considera que es indispensable la intervención coordinada del médico y psicólogo en los pacientes VIH-SIDA?

SI  NO  A VECES

8. ¿Cree usted que el psicólogo a través del procedimiento terapéutico beneficiaría la eficacia del tratamiento farmacológico en los pacientes con VIH-SIDA.

SI  NO  POCO

9. **¿Considera que se debería realizar diariamente en la Clínica VIH-SIDA del HPMI charlas relacionadas a potencializar la efectividad en los tratamientos médicos y psicológicos?**

SI

NO

10. **¿Cree usted que al realizar campañas de prevención secundaria y terciaria a los pacientes portadores VIH-SIDA mejorarían su calidad de vida?**

SI

NO

11.A **¿Estaría usted de acuerdo en participar en talleres de motivación para reforzar y asegurar la adherencia a los tratamientos de las PVVIH?**

SI

NO

A VECES

## **7.4. Anexo 4**

### **HISTORIA CLÍNICA**

#### **1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**NOMBRE:**

**EDAD:**

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:**

**INSTRUCCIÓN:**

**ESTADO CIVIL:**

**DIRECCIÓN:**

**TELEFONO:**

#### **2.- MOTIVO DE CONSULTA**

**MANIFIESTO:**

**LATENTE:**

**SINTESIS DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO:**

**IRRUPCIÓN DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO:**

**TOPOLOGÍA FAMILIAR:**

#### **3.- TOPOLOGÍA HABITACIONAL:**

**ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICO FAMILIARES:**

**HISTORIA EVOLUTIVA:**

**Afectiva:**

**Embarazo:**

**Parto:**

**Lactancia:**

**Control de Esfínteres:**

**Marcha:**

**Lenguaje**

**Iniciación Escolar:**

**Adaptación Escolar:**

**Relaciones intrafamiliares:**

**Adaptación Social:**

**Juegos:**

**Actividad Onírica:**

**Enfermedades:**

## **ADOLESCENCIA**

**Aparición de caracteres sexuales:**

**Conducta Sexual:**

**Adaptación Escolar:**

**Adaptación Social:**

**Relaciones Intrafamiliares:**

**Actitudes, Intereses y Aficiones:**

**Enfermedades:**

## **ADULTEZ**

**Preparación:**

**Adaptación Social:**

**Adaptación Sexual:**

**Adaptación Conyugal:**

**Aspiraciones:**

**Actividad Onírica:**

**Hechos Traumatizantes:**

**Enfermedades:**

**Crisis Vitales:**

**Crisis existenciales:**

## **4.- EXPLORACIÓN DEL ESTADO MENTAL**

**Aspectos externos:**

**Actitud en la Entrevista:**

**Orientación:**

**Atención:**

**Memoria:**

**Pensamientos:**

**Lenguaje:**

**Emociones:**

**Pruebas Psicológicas Aplicadas:**

**ESTUDIOS DE LA PERSONALIDAD:**

**DIAGNÓSTICOS:**

a) Fenomenológico:

b) Dinámico:

**Mecanismo de Defensa:**

**Mecanismo de Defensa:**

**Roles:**

**Estado y Coacidad del YO:**

c) Estructural

**PRONOSTICO:**

**PAUTAS TERAPEUTICAS:**

## 7.5. Anexo 5

### Aplicación de las Sesiones Terapéuticas a los Pacientes del HPMI.



## 7.6. Anexo 6

Aplicación de la Encuesta al personal de Salud del Área de la Clínica  
VIH-SIDA del HPMI.

