

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO EN PACIENTES PORTADORES DEL VIRUS Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH-SIDA) DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS VIVIENDO CON VIH-SIDA, DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA. PROPUESTA PSICOTERAPÉUTICA. PERÍODO 2014-2015.

Tesis previa la obtención del título de Psicóloga Clínica

Autora: Ruth Liliana Quezada Montaña

Director: Psc. Cln. Luis Fernando Sarmiento Lemus

LOJA-ECUADOR

2015

CERTIFICACIÓN

Psc. Cln. Luis Fernando Sarmiento Lemus

**DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DEL ÁREA
DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

CERTIFICA:

Que el trabajo de investigación de tesis titulado: **DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO EN PACIENTES PORTADORES DEL VIRUS Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH-SIDA) DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS VIVIENDO CON VIH-SIDA, DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA. PROPUESTA PSICOTERAPÉUTICA. PERÍODO 2014-2015.** Realizado por la egresada: Ruth Liliana Quezada Montaña, ha sido elaborado bajo mi dirección, el mismo que se encuentra dentro de los procedimientos legales que exige la institución.

Por lo que autorizo su presentación ante el organismo competente, para que le dé el trámite correspondiente.

Loja, Marzo de 2015



Psc. Cln. Luis Fernando Sarmiento Lemus

Director de Tesis

AUTORÍA

Los contenidos, conclusiones, resultados, así como, el modelo de intervención terapéutica propuesto en la presente tesis cuyo tema es: DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO EN PACIENTES PORTADORES DEL VIRUS Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH-SIDA) DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS VIVIENDO CON VIH-SIDA, DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA. PROPUESTA PSICOTERAPÉUTICA. PERÍODO 2014-2015, son de exclusiva responsabilidad de la autora.



Ruth Liliana Quezada Montaña

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LOS AUTORES,
PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y
PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO**

Yo, **Ruth Liliana Quezada Montaña**, declaro ser autora de la tesis Titulada: **DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO EN PACIENTES PORTADORES DEL VIRUS Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH-SIDA) DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS VIVIENDO CON VIH-SIDA, DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA. PROPUESTA PSICOTERAPÉUTICA. PERÍODO 2014-2015.** Como requisito para optar al título de **Psicóloga Clínica**; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de su visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de Información de país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

Para constancia, en la ciudad de Loja, a los doce días del mes de mayo del dos mil quince, firma la autora.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Firma:



Autora: Ruth Liliana Quezada Montaña

Cédula: 1104876907

Dirección: Belisario Moreno y Yangana

Correo Electrónico: lilianaquezadaps@yahoo.com

Teléfono: 0989494434

Directora de Tesis: Psc. Cln. Luis Fernando Sarmiento Lemus

Tribunal de Grado:

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mg. Sc.

PRESIDENTE

Dra. María Susana González García Mg. Sc.

VOCAL

Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero Mg.Sc.

VOCAL

AGRADECIMIENTO

En primer lugar mi agradecimiento a Dios y a la Virgen María, por todas las oportunidades y sobre todo por dotarme de las herramientas para poderlas alcanzar.

A la Universidad Nacional de Loja, en especial a mi querida Área de Salud Humana, por haberme brindado docentes, compañeros y amigos que han sabido completar mi crecimiento tanto profesional como personal; se constituyeron en mi alegría, fuerza y optimismo. Al Psicólogo Clínico Luis Fernando Sarmiento quien dirigió este trabajo, gracias por su inagotable talento profesional y su calidad humana.

Así mismo agradezco al Hospital General Isidro Ayora, por facilitarme el ingreso y desarrollo de mi tesis; al Dr. Jorge Yaruquí y a la Lic. Ruth Castro, por la ayuda y colaboración que me supieron prestar durante la ejecución del trabajo investigativo.

Mi agradecimiento a dos personas claves; Efrain Muñoz y Freddy Azanza, gracias por su amistad y sus consejos, ustedes siempre han sido y son; un referente en mi vida.

Liliana

DEDICATORIA

Todo esto va dedicado a lo que más amo; mi familia, iniciando por mi base mi fuerza y mi orgullo; mi mamá Livia y a mi papá Luis quien ha sido mi motivador por excelencia, mi paz y apoyo incesante. A mis hermanos; Beatriz, Alexandra, Luis y Kathy; no hay palabras para expresarles lo importantes que son y lo agradecida que estoy por tenerlos en mi vida, son los mejores compañeros y amigos, y aunque muchas son nuestras diferencias, nuestro lazo es indestructible.

Mi dedicación especial a mis sobrinos; Khrystopher, Kevin, Karla, Alejandro y Aaron, mi corazón se llena cada día desde que llegaron a mi vida, ustedes hacen que mi vida tenga sentido, aspiraciones y sueños.

Liliana

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA		i
CERTIFICACIÓN		ii
AUTORÍA		iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN		iv
AGRADECIMIENTO		v
DEDICATORIA		vi
ÍNDICE		vii
a.	TÍTULO	1
b.	RESUMEN	2
	SUMMARY	3
c.	INTRODUCCIÓN	4
d.	REVISIÓN DE LITERATURA	7
	VIRUS Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA	7
1.1	Reseña histórica	7
1.2	Definiciones	9
1.2.1	Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	9
1.2.2	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	9
1.3	Aspectos de la etiología y patogenia de la infección por VIH	10
1.4	Vías de transmisión	10
1.5	Estadios del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida	12
1.5.1	Estadificación clínica en adultos y adolescentes	12
1.6	Evaluación y diagnóstico	13
1.7	Tratamiento farmacéutico	13
	DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO	14
2.1	Definición de diagnóstico	14
2.1.1	Definición de trastorno mental	14

2.2	Reseña histórica	15
2.3	Signos, síntomas y síndromes	16
2.4	Manuales Diagnósticos	17
2.5	Trastornos de personalidad y síndromes clínicos	17
2.5.1	Trastornos de personalidad	17
2.5.2	Síndrome clínico	27
2.6	Planificación psicoterapéutica	32
2.7	Intervención psicoterapéutica en pacientes con VIH – SIDA	33
e.	MATERIALES Y MÉTODOS	35
f.	RESULTADOS	42
	Tabla #1	42
	Tabla #2	43
	Tabla #3	44
	Tabla #4	46
	PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICO	49
g.	DISCUSIÓN	68
h.	CONCLUSIONES	70
i.	RECOMENDACIONES	71
j.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
k.	ANEXOS	75

a. TÍTULO:

“DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO EN PACIENTES PORTADORES DEL VIRUS Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH-SIDA) DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS VIVIENDO CON VIH-SIDA, DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA. PROPUESTA PSICOTERAPÉUTICA. PERÍODO 2014-2015”.

b. RESUMEN

El estudio denominado Diagnóstico psicológico en pacientes portadores del virus y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH-SIDA) de la Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH-SIDA, del Hospital General Isidro Ayora de Loja. Propuesta psicoterapéutica. Período 2014-2015, buscó identificar las patologías mentales, analizar los factores de riesgo que propende la aparición de trastornos psicológicos, y como último proponer estrategias psicoterapéuticas para este grupo de pacientes. Metodológicamente este trabajo es de tipo descriptivo transversal, con una muestra no probabilística de 50 pacientes, quienes fueron abordados y estudiados con las siguientes herramientas: análisis de historias clínicas psicológicas y entrevista semiestructurada; con el afán de obtener la mayor información del estado mental de la población investigada y el inventario multiaxial de Millon, el cual solventó datos básicos que guiaron el diagnóstico psicológico. A través de las herramientas antes mencionadas se obtuvieron resultados significativos como que la patología de mayor prevalencia es el trastorno de ansiedad, seguido del delirante, depresión mayor y trastorno del pensamiento. Entre los factores que facilitan la aparición de la psicopatología se determinó que los pensamientos irracionales, la estigmatización social y las políticas poco eficientes propende de forma significativa la instauración de alteraciones psicógenas, llegando así a la conclusión que el diagnóstico del VIH/SIDA; interfieren significativamente en el desenvolvimiento del paciente en sus diversas áreas de desarrollo, por lo que es necesario el tratamiento procesual psicológico; antes, durante y posterior a la comunicación de los resultados, en la perspectiva de brindar una adecuada intervención en crisis, solventando herramientas de afrontamiento positivo que coadyuven al desarrollo de recursos personales intrapsíquicos que minimicen el impacto emocional.

Palabras claves: Diagnóstico psicológico, Virus y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, modelo psicoterapéutico procesual.

SUMMARY

The study called psychological diagnosis in patients carrying the virus and acquired immunodeficiency syndrome (HIV-AIDS) Unit of Comprehensive Care for People Living with HIV-AIDS, of the General Hospital Isidro Ayora of Loja. Psychotherapeutic proposal. Period 2014-2015, aimed at identifying mental disorders, to analyze the risk factors that tends the appearance of psychological disorders, and as a last propose psychotherapeutic strategies for this group of patients. This work methodologically is cross descriptive type, with a non-probabilistic sample of 50 patients, who were addressed and studied with the following tools: psychological analysis of medical records and semistructured interview; with the desire to obtain more information on the mental state of the investigated population and the clinical multiaxial million inventory, which solved the basic data that guided the psychological diagnosis. Through the above tools mentioned before, significant results were obtained of the pathology, as the most prevalent was the anxiety disorder, followed by delirium, major depression and thought disorder. Among the factors that facilitate the emergence of psychopathology it was determined that the irrational thoughts, social stigmatization and inefficient policies tends significantly the establishment of psychogenic disorders, and concluding that the diagnosis of HIV / AIDS; significantly interfere in the development of the patient in their various areas of development, so that psychological treatment is necessary procedural; before, during and after the communication of the results, in the perspective of providing adequate crisis intervention, by solving positive coping tools that contribute to the development of intrapsychic personal resources to minimize the emotional impact.

Keywords: Psychological Diagnosis, Virus and Acquired Immune Deficiency Syndrome, process psychotherapeutic model.

c. INTRODUCCIÓN

La Organización de las Naciones Unidas señaló en el 2013; que existían 35 millones de personas con el VIH. Desde el comienzo de la epidemia, aproximadamente 78 millones de seres humanos contrajeron la infección por el VIH y 39 millones han fallecido a causa de enfermedades relacionadas con SIDA. En América Latina existe 1,6 millones de personas portadoras del virus (ONU, 2014) y en Ecuador en 2012 se reportaron 3.438 casos de VIH. (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2013)

En la actualidad el Virus y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, aumenta de forma drástica, diariamente se reportan nuevos casos que invaden a todas las poblaciones del mundo, más allá del aspecto biológico, la parte emocional del paciente sufre gran impacto debido a las características y conceptualizaciones fabricadas socialmente, es aquí donde la capacidad de afrontamiento del individuo se pone en marcha; en algunas personas esta es eficiente y en los restantes se evidencia la instauración de patologías mentales que complejizan el cuadro clínico.

Por lo que el estudio se lo efectuó, en la perspectiva de: identificar las patologías mentales en pacientes portadores del Virus o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; analizar los factores de riesgo que propenden la aparición de trastornos mentales; y proponer estrategias psicoterapéuticas en pacientes portadores del Virus y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida de la Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH-SIDA, del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

La investigación está constituida por un referente teórico, en el cual se abordan temáticas inherentes a esta problemática como: historia,

conceptualizaciones, clasificaciones, tratamiento y planificación psicoterapéutica.

Metodológicamente, la investigación uso los métodos: empírico, estadístico, inductivo y sintético, fue de tipo transversal, para lo cual se utilizó los siguientes instrumentos: historia clínica psicológica y entrevista semiestructurada; la cual facilitó la obtención de información básica y elemental de cada uno de los pacientes, y el inventario clínico multiaxial de Millon batería psicológica, que suministró datos primordiales en la valoración de los trastornos clínicos.

Los resultados que se destacan de forma prioritaria y que contribuyeron a la realización de las conclusiones; son que el 70% de la muestra estudiada corresponde al género masculino, en lo que respecta a la psicopatología se obtuvo al trastorno de ansiedad 20%, seguido del trastorno delirante 13%, depresión mayor 11%, trastorno del pensamiento 10%, trastorno de dependencia a sustancias 8% y trastorno de personalidad paranoide 8%.

Entre los factores que mantienen mayor influencia en la aparición de trastornos mentales se encuentra los pensamientos irracionales, políticas poco efectivas y la estigmatización social, en donde cada una de ellas presenta un porcentaje del 8%.

De la estadística, obtenida se pueden plantear recomendaciones como; la implementación de verdaderas políticas en salubridad que permitan crear eficientes sistemas de salud mental, en las Unidades de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH/SIDA, salvaguardando su identidad, optimizando su estilo y calidad de vida; y la planificación y ejecución de una propuesta de intervención que tenga como finalidad dar pautas psicoterapéutica que coadyuven a un mejor pronóstico.

En definitiva el compendio de este trabajo investigativo tiene la intención de generar conocimientos profundos sobre el contexto de este grupo vulnerable y ante todo educar y concienciar a la colectividad, dando pautas claras sobre la realidad de la situación médica y el tratamiento psicológico disponible para la población afectada, que sobrelleva el Virus o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, en la posibilidad científica de brindarles herramientas, que les permita llevar una mejor calidad de vida.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

VIRUS Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH/SIDA

1.1 Reseña histórica

Miranda y Nápoles, et al. (2009), exponen que a finales de 1970 empezaron a detectarse casos esporádicos de una rara enfermedad. Estos casos aparecieron en lugares tan distantes como Portugal, Haití, Francia y Estados Unidos. Fue el 5 de junio de 1981 la primera vez que se habló oficialmente de la enfermedad, debido al reporte semanal de morbilidad y mortalidad del Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta.

El hecho de que hubieran sido hombres homosexuales, los incipientes casos reportados de la enfermedad en los Estados Unidos, llevó a pensar que el estilo de vida homosexual se relacionaba directamente con la enfermedad.

Es por eso que la primera denominación que se le da a esta es «Gay Cáncer», o «síndrome Gay»; también se le llamó «Peste Rosa», «Peste Gay», posteriormente la rebautizaron inmunodeficiencia relacionada a homosexuales. Esto fue desechado al observarse un aumento en el número de casos entre otros grupos poblacionales. Aparecieron enfermos que habían recibido transfusiones de sangre y hemoderivados, al igual en drogadictos usuarios de sustancias inyectables. Por tales motivos se le comenzó a llamar la enfermedad de las cuatro H: homosexuales, hemofílicos, heroinómanos y haitianos.

El 24 de septiembre de 1982, durante un encuentro de la administración de alimentos y drogas (FDA) sobre productos de sangre, Bruce Voeller, ex director de la Fuerza de Equipo Nacional Gay, propuso llamar a la nueva enfermedad: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Desde que apareció la enfermedad han surgido varias teorías:

Una de las presunciones más discutidas plantea que el VIH proviene de monos cazados por los seres humanos y que se transmitió al hombre a principios del siglo pasado. La misma se basa en el emparentamiento de algunas cepas del virus de la inmunodeficiencia Simia (VIS) y el VIH. Así, a través de la caza de monos como alimento y la inyección de su sangre al hombre en ciertas tribus, en busca de rejuvenecimiento, se pudo adquirir la enfermedad.

Una segunda hipótesis manifiesta que la introducción del virus, pudo darse a través de la vacuna contra la poliomielitis, desarrollada en cultivos de células renales de chimpancés que estuviesen infectados por el VIS y de la vacuna contra la hepatitis B desarrollada parcialmente en chimpancés.

Otra explicación tentativa de la extensión del VIH/SIDA fue la masiva extracción de sangre realizada en la década de los 60 para la producción de factores de coagulación, especialmente teniendo en cuenta que para obtener un lote de factor VII se necesitaba mezclar de 1 500 a 2 000 unidades de sangre de distintas personas.

Inclusive se llegó a formular una teórica basada en la experimentación científica en humanos, como arma biológica, esta manifiesta que el genoma del VIH es casi idéntico al del virus Maedi-Visna, que provoca una afección cerebral del ganado ovino y no se transmite al ser humano. Aparentemente este tomo como conejillos de indias a convictos de diversas prisiones federales, a los que se habría ofrecido la conmutación de sus penas. Al analizar los casos creyeron que el experimento había fallado por ausencia de síntomas (Miranda y Nápoles, 2009).

En lo que respecta América Latina y el Caribe, los primeros casos de SIDA en Latinoamérica fueron diagnosticados en inmigrantes haitianos en 1985,

los países del Caribe y Brasil reportaban el mayor número de casos procedentes de Latinoamérica (Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2010).

En el Ecuador el primer caso se identificó en agosto de 1984, en el Hospital de Infectología José Daniel Rodríguez Maridueña (Diario el Universo, 2010).

1.2 Definiciones

1.2.1 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

La Organización Mundial de la Salud considera al VIH como: un virus que va debilitando las defensas del organismo, y por ende el sistema inmunitario y que en última instancia, causa el SIDA.

V: Virus: los virus son microorganismos que no tienen capacidad para multiplicarse por sí mismos, sino que requieren otro organismo para que realice esta función.

I: Inmunodeficiencia: el virus tiene la particularidad de invadir las células de defensa del organismo, destruyéndolas progresivamente, esto genera deficiencia de los mecanismos de defensa o sistema inmune.

H: Humana, porque el VIH solo puede vivir en el organismo de las personas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

1.2.2 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

SIDA es una enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana, la cual destruye la capacidad del organismo para combatir la infección y la enfermedad, ocasionando la defunción del organismo vivo (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2001).

Al igual la Organización Mundial de la Salud mantiene similar conceptualización: “el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH (OMS, 2014).

1.3 Aspectos de la etiología y patogenia de la infección por VIH

El VIH es un virus perteneciente a la familia Retroviridae, subfamilia Lentivirinae. Se han identificado dos formas genéticamente diferentes: VIH-1 y VIH-2, pero compartiendo algunos antígenos que son diferenciados por técnicas específicas.

La infección se inicia cuando una partícula viral completa toma contacto con una célula con receptor CD4, uniéndose fuertemente a éste a través de la gp 120. Actualmente se sabe que es necesaria la presencia de otros correceptores, receptores como quemoquinas, para mediar la fusión del virus a las células (Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2006).

1.4 Vías de transmisión

El virus del SIDA se encuentra en todos los fluidos del organismo de una persona portadora del VIH o seropositiva: sangre, saliva, semen, secreciones vaginales, lágrimas, orina, etc.

Por lo tanto, las vías de transmisión del VIH son: sanguínea, madre-hijo/a y/o sexual.

Transmisión sanguínea: tiene lugar cuando la sangre de una persona seropositiva entra en el torrente sanguíneo de otra persona. Esto puede ser por el uso compartido de agujas (tatuajes, piercing), jeringuillas, objetos

cortantes y enseres personales (cuchillas de afeitar, cepillo de dientes) contaminados por el VIH.

Transmisión madre – hijo/a: una mujer seropositiva, tiene de un 20% a un 40% de posibilidades de tener un hijo/a infectado/a. Puede transmitir el virus por vía sanguínea durante el embarazo (a través de la placenta) o el canal del parto. También a través de la leche materna.

Transmisión sexual: La transmisión sexual del VIH se produce en las siguientes relaciones sin protección:

Penetración vaginal o anal.

Relación buco-genital (sobre todo entraña riesgo si hay lesiones en la boca o en los genitales, se ingieren las secreciones o se mantienen en la boca), la transmisión se realiza a través del contacto de fluidos: sangre-sangre, sangre-semen o secreciones vaginales.

Otras prácticas sexuales

Como la felación (estimulación del pene con la boca), cunnilingus (estimulación de la vulva con la boca), annilingus (beso negro o rimming) (estimulación del ano con la boca).

El intercambio de juguetes sexuales, como vibradores, que han entrado en contacto con flujo vaginal o sangre, puede ser una práctica de riesgo de transmisión del VIH (Cuellar, 2003).

1.5 Estadios del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida

1.5.1 Estadificación clínica en adultos y adolescentes

Estadio clínico 1: asintomático y linfadenopatía persistente generalizada.

Estadio clínico 2: pérdida moderada de peso (menos del 10% del peso corporal presumido o medido), infecciones recurrentes de las vías respiratorias, herpes zoster, queilitis angular, úlceras orales recurrentes, erupciones papulares pruriginosas, dermatitis , onicomicosis.

Estadio clínico 3: pérdida grave de peso (más del 10% del peso corporal presumido o medido), diarrea crónica durante más de un mes, fiebre persistente, candidiasis oral persistente, leucoplasia oral vellosa, tuberculosis pulmonar, infecciones bacterianas graves, estomatitis, gingivitis o periodontitis ulcerativa necrotizante aguda, anemia, neutropenia y/o trombocitopenia crónica.

Estadio clínico 4: síndrome de consunción por VIH, neumonía por, neumonía bacteriana grave recurrente, infección crónica por herpes simple, candidiasis esofágica, tuberculosis extrapulmonar, sarcoma de Kaposi, infección por citomegalovirus, toxoplasmosis del sistema nervioso central, encefalopatía por VIH, criptococosis extrapulmonar, infección diseminada por microbacterias no tuberculosas, leucoencefalopatía multifocal progresiva, criptosporidiasis crónica, isosporiasis crónica, micosis sistémica, septicemia recurrente, linfoma, carcinoma cervical invasivo, leishmaniasis atípica diseminada, nefropatía sintomática asociada al VIH o miocardiopatía asociada al VIH” (OMS, 2009).

1.6 Evaluación y diagnóstico

Los métodos serológicos para el diagnóstico de infección por VIH, son habitualmente clasificados como test de tamizaje como el test Elisa y como test complementarios o confirmatorios (Western Blot) (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2011).

El recuento de células CD4 es una medida clave para determinar la salud del sistema inmune. Cuanto más daño haya hecho el VIH, más bajo será el recuento. De acuerdo con el Centro para el Control de Enfermedades (CDC), se considera con SIDA a cualquier persona que tenga menos de 200 células CD4 o un porcentaje de CD4 menor al 14%". (International Association of Providers of AidsCare [IAPAC], 2014).

1.7 Tratamiento farmacéutico

La terapia antirretroviral tiene como objetivos disminuir la cantidad de virus en la sangre (carga viral), aumentar el recuento de linfocitos CD4, y de esta manera prolongar la vida y mejorar la calidad de vida del paciente con SIDA.

La terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) es el régimen utilizado en los pacientes con VIH/SIDA, con el que se espera se logre reducir la carga viral a niveles indetectables por el mayor tiempo posible. Este régimen consta de por lo menos tres drogas antirretrovirales.

EL Ministerio de Salud Pública del Ecuador a través de la Estrategia Nacional de Salud Pública para VIH/Sida-ITS, establece los protocolos de tratamiento medicamentoso para pacientes con SIDA, de los cuales se encuentran 11 esquemas farmacológicos.

- 1) Tenofovir (300mg)+ efavirenz (600mg) y entricitabina (200mg).
- 2) Lopinavir (200mg)+ritonavir (50mg) + lamivudina (150mg) y zidovudina (300mg).

- 3) Raltegravir (400mg) + Abavir (600mg) y lamivudina (300mg).
- 4) Abavir (600mg) + lamivudina (300mg) y efavirenz (600mg).
- 5) Raltegravir (400mg)+ tenofovir (300mg) y entricitabina (200mg).
- 6) Lopinavir (200mg)+ritonavir (50mg)+ lamivudina (150mg) y zidovudina (300mg).
- 7) Lopinavir (200mg)+ritonavir (50mg)+ tenofovir (300mg) y entricitabina (200mg).
- 8) Lopinavir (200mg)+/ritonavir (50mg)+ abavir (600mg) +lamivudina (300mg).
- 9) Darunavir (600mg)+ritonavir (100mg)+tenofovir (300mg) y entricitabina (200mg).
- 10)Darunavir (600mg)+ritonavir (100mg)+ abavir (600mg) y lamivudina (300mg).
- 11)Nevirapina (200mg) + tenofovir (300mg) y entricibina (200mg) (MSP, 2014).

DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

2.1 Definición de diagnóstico

Diagnóstico es un proceso comunicacional dinámico que ocurre dentro de una situación bipersonal o bipartita de duración limitada, cuyo objetivo central es la comprensión y descripción de los procesos psicológicos de la persona evaluada, incluye diversos procedimientos, instrumentos y técnicas y abarca los aspectos pretéritos (anamnesis), presentes (diagnóstico) y futuros (pronóstico) (Heredia, Santaella y Somarriba, 2012).

2.1.1 Definición de trastorno mental

Según del Manual de Diagnóstico y Estadísticas (DSM-5, 2014), trastorno mental es un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una

discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

Debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. (Manual Diagnóstico de Estadísticas de los Trastornos Mentales [DSM-IV], 1995).

2.2 Reseña histórica

Los primeros indicios del psicodiagnóstico subyacen desde el uso de métodos de selección basados en las pruebas psicológicas, donde Gydeón fue encargado de realizar una selección de combatientes en la guerra de Israel contra Midia; en el Imperio Chino, hace 3000 años.

Posteriormente Aristóteles, Hipócrates, Demócrito y Galeno, ya plasmaban ideas claras sobre el diagnóstico psicológico, describiendo las características de distintos tipos de personalidad.

En el siglo XVII, Baldo, médico italiano, publicó un trabajo en el cual describía el método de cómo diagnosticar las características de la personalidad por la escritura.

El psicodiagnóstico propiamente dicho, aparece por primera vez como parte del examen psiquiátrico de los pacientes. Su primer objetivo fue evaluar las capacidades mentales del hombre, este realce lo dio Luria, con sus bases neuropsicológicas.

Posteriormente la psicología científica planteada por Wilhelm Max Wundt (1879), impulsado por Kraeppelin, Ranschburg, Ziehen y el suizo Jung; el psicodiagnóstico asciende a un sitio científico, subsiguientemente ya de forma más consolidada se elaboraron baterías psicométricas, inicialmente con los test de inteligencia en 1905, cuando el psicólogo francés Alfred

Binet, publicó la escala de inteligencia de Binet Simon. Por otro lado los métodos proyectivos comenzaron a desarrollarse con el método de asociaciones verbales de Jung (1904 – 1906), aunque mayor realce tuvo Herman Rorschach, quien utilizó el término psicodiagnóstico por vez primera en su obra Psychodiagnostik publicada en 1921. Por su parte Wechsler, en 1944, ideó un test de inteligencia, dándole una cosmovisión más amplia al psicodiagnóstico.

En las décadas del 30 al 50, los test y pruebas psicológicos continuaron desarrollándose en los países capitalistas, fundamentalmente en Estados Unidos de América, Gran Bretaña, República Federal Alemana y Francia. En este mismo periodo de tiempo aproximadamente Cuba introdujo los primeros test psicológicos en la Universidad de Villanueva. Consecutivamente Cuba en 1982 se creó el Centro Nacional de Psicodiagnóstico en el Hospital Psiquiátrico de la Habana, donde editaron varias pruebas, entre ellas la prueba de Bender y protocolos de WAIS, WISC, Rorschach y Raven.

El psicodiagnóstico continuó en ascenso en diversas partes del mundo, así mismo América Latina incursionó en esta área a través de varias entidades, tales como la Asociación Argentina de estudio e investigación psicodiagnóstica (Cabrera y López, 2007).

2.3 Signos, síntomas y síndromes

Los diagnósticos psiquiátricos y psicológicos se establecen a partir de los signos y síntomas que las personas manifiestan, habitualmente se consideran síntomas a aquellos datos que las personas refieren y no pueden ser observados directamente por el clínico, son las descripciones subjetivas que da el paciente, y llamamos signos a aquellos observables clínicos que no necesitan del relato de la persona y pueden ser percibidos directamente, son hallazgos objetivos.

Los síndromes son un grupo de signos y síntomas que suelen aparecer juntos y son identificables, pero que no tienen una entidad tan claramente definida como los trastornos o las enfermedades; de hecho, en el campo psicológico y psiquiátrico, siendo rigurosos, la mayoría de los cuadros son síndromes (Camacho, 2006).

2.4 Manuales Diagnósticos

Existen dos grandes sistemas clasificatorios reconocidos mundialmente:

La clasificación estadística internacional de las enfermedades y problemas de salud, CIE-10, son sus siglas, y el número 10 se refiere al número de edición, en este caso la décima y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5, son las iniciales que se utilizan para abreviarlo y el número romano alude al número de edición, en este caso la quinta.

El CIE-10 fue confeccionada por la Organización Mundial de la Salud y fue publicada en 1992, es un sistema oficial de códigos, documentos e instrumentos relacionados con la clínica y la investigación (Camacho, 2006).

El DSM-5 fue publicado en 2014 por la Asociación Americana de Psiquiatría y es un sistema de clasificación de los trastornos mentales que tiene la intención de proporcionar descripciones claras y precisas de las categorías diagnósticas (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014).

2.5 Trastornos de personalidad y síndromes clínicos

2.5.1 Trastornos de personalidad

El Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, quinta edición (DSM-5, 2014); expresa los siguientes criterios para determinar un trastorno de personalidad:

A. Patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo.

Este patrón se manifiesta en dos (o más) de los ámbitos siguientes:

1. Cognición (es decir, maneras de percibirse e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos).
2. Afectividad (es decir, amplitud, intensidad, labilidad e idoneidad de la respuesta emocional).
3. Funcionamiento interpersonal.
4. Control de los impulsos.

B. El patrón perdurable es inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales.

C. El patrón perdurable causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta.

E. El patrón perdurable no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón perdurable no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) u otra afección médica (p. ej., un traumatismo craneal) (APA, 2014, p. 359).

Concepciones similares mantiene muchos otros autores, entre ellos se encuentra Theodore Millon (2006), quien define a trastorno de personalidad como; patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y

se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo.

Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes, y en última instancia comprenden el patrón idiosincrático de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo (p.1).

Millon (2008), expone 14 tipos de trastornos de personalidad de los cuales 10 son partes de la clasificación realizada por el DSM-V, entre ellas se encuentra: esquizoide, evitativo, depresiva, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresiva, compulsiva, negativista, autodestructiva, esquizotípico, límite y paranoide.

Trastorno de personalidad esquizoide: presenta características especiales como es falta de deseo e incapacidad para experimentar placer o dolor intenso, tiende a ser apáticos, desganados, pasivos, distantes y asociales. Sus emociones y necesidades afectivas son mínimas (Millon, 2008).

A. Patrón dominante de desapego en las relaciones sociales y poca variedad de expresión de las emociones en contextos interpersonales, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:

1. No desea ni disfruta las relaciones íntimas, incluido el formar parte de una familia;
2. Casi siempre elige actividades solitarias ;
3. Muestra poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona,
4. Disfruta con pocas o con ninguna actividad,
5. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado,
6. Se muestra indiferente a las alabanzas o a las críticas de los demás, y
7. Se muestra emocionalmente frío, con desapego o con afectividad plana.

B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro del autismo, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica (APA, 2014).

Trastorno de personalidad evitativa: estos individuos experimentan poco refuerzo positivo de sí mismos y de los demás, son alertas, hipervigilantes, salvaguarditas, distantes y ansiosos. Su estrategia adaptativa refleja su miedo y desconfianza hacia los demás. Mantienen un control constante de sus impulsos y sus anhelos de afecto (Millon, 2008).

Patrón dominante de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes: 1. Evita las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo, 2. Se muestra poco dispuesto a establecer relación con los demás a no ser que esté seguro de ser apreciado, 3. Se muestra retraído en las relaciones estrechas porque teme que lo avergüencen o ridiculicen, 4. Le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales, 5. Se muestra inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido al sentimiento de falta de adaptación, 6. Se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás, y 7. Se muestra extremadamente reacio a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades porque le pueden resultar embarazosas (APA, 2014).

Trastorno de personalidad depresiva: presenta características hipotímicas, en especial tristeza, pesimismo, falta de alegría, incapacidad para experimentar placer y un aparente retardo motor, experimenta el dolor de forma constante (Millon, 2008).

Trastorno de personalidad dependiente: los individuos dependientes recurren a los demás para obtener cuidado, seguridad, buscan relaciones en las que puedan apoyarse en otros para conseguir afecto, seguridad y consejos, generalmente adopta un rol pasivo en las relaciones interpersonales (Millon, 2008).

Necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, lo que conlleva un comportamiento sumiso y de apego exagerado, y miedo a la separación, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes: 1. Le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la tranquilización excesiva de otras personas, 2. Necesita a los demás para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida, 3. Tiene dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación, 4. Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo, 5. Va demasiado lejos para obtener la aceptación y apoyo de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan, 6. Se siente incómodo o indefenso cuando está solo por miedo exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí mismo, 7. Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que le cuiden y apoyen, y 8. Siente una preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo (APA, 2014).

Trastorno de personalidad histriónico: a menudo estas personas muestran una insaciable e indiscriminada búsqueda de estimulación y afecto, son ingeniosos, presenta una actitud de confianza y seguridad, sin embargo bajo esta apariencia subyace el miedo a la autonomía genuina y una reiterada necesidad de señales de aceptación y aprobación. Usan estrategias de manipulación y afectividad superficial.

Patrón dominante de emotividad excesiva y de búsqueda de atención, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en

diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes: 1. Se siente incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención, 2. La interacción con los demás se caracteriza con frecuencia por un comportamiento sexualmente seductor o provocativo inapropiado, 3. Presenta cambios rápidos y expresión plana de las emociones, 4. Utiliza constantemente el aspecto físico para atraer la atención, 5. Tiene un estilo de hablar que se basa excesivamente en las impresiones y que carece de detalles, 6. Muestra autodramatización, teatralidad y expresión exagerada de la emoción, 7. Es sugestionable, y 8. Considera que las relaciones son más estrechas de lo que son en realidad (APA, 2014).

Trastorno de personalidad narcisista: se destacan características egoístas, sobrevaloradas. Su seguridad y superioridad pueden ser premisas falsas. Mantienen un aire arrogante y en ocasiones pueden ser explotadores (Millon, 2008).

Patrón dominante de grandeza (en la fantasía o en el comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y se presenta en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes: 1. Tiene sentimientos de grandeza y prepotencia, 2. Está absorto en fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor ideal ilimitado, 3. Cree que es “especial” y único, y que sólo pueden comprenderle o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) especiales o de alto estatus, 4. Tiene una necesidad excesiva de admiración, 5. Muestra un sentimiento de privilegio, 6. Explota las relaciones interpersonales, 7. Carece de empatía: no está dispuesto a reconocer o a identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás, 8. Con frecuencia envidia a los demás o cree que éstos sienten envidia de él, y 9. Muestra comportamientos o actitudes arrogantes, de superioridad (APA, 2014).

Trastorno de personalidad antisocial: tienen conductas engañosas o ilegales con el fin de explotar el entorno en beneficio propio. Su orientación engrandecida refleja su escepticismo hacia los motivos de los demás, su deseo de autonomía y el anhelo de venganza y recompensa por falsas premisas. Son irresponsables, impulsivos, poco fiables, desleales, crueles e insensibles (Millon, 2008).

A. Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde los 15 años de edad, y que se manifiesta por tres (o más) de los hechos siguientes: 1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención, 2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal, 3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación, 4. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas, 5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás., 6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas, 7. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.

B. El individuo tiene como mínimo 18 años.

C. Existen evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicio antes de los 15 años.

D. El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia o de un trastorno bipolar (APA, 2014).

Trastorno de personalidad agresivo (sádico): son hostiles, globalmente combativos, indiferentes o incluso complacidos por las consecuencias

destruictivas de sus comportamientos contenciosos, abusivos y brutales (Millon, 2008).

Trastorno de personalidad compulsiva: sus formas de actuar prudente, controlada y perfeccionista, derivan de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el miedo a la desaprobación social. Tienen un disciplinado dominio de sí mismos, el cual oculta sus sentimientos de ira y de rebeldía que ocasionalmente desbordan sus controles (Millon, 2008).

Patrón dominante de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos: 1. Se preocupa por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los programas hasta el punto de que descuida el objetivo principal de la actividad, 2. Muestra un perfeccionismo que interfiere con la terminación de las tareas, 3. Muestra una dedicación excesiva al trabajo y la productividad que excluye las actividades de ocio y los amigos, 4. Es demasiado consciente, escrupuloso e inflexible en materia de moralidad, ética o valores, 5. Es incapaz de deshacerse de objetos deteriorados o inútiles aunque no tengan un valor sentimental, 6. Está poco dispuesto a delegar tareas o trabajo a menos que los demás se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas, 7. Es avaro hacia sí mismo y hacia los demás; considera el dinero como algo que se ha de acumular para catástrofes futuras, y 8. Muestra rigidez y obstinación (APA, 2014).

Trastorno de personalidad negativista (pasivo-agresivo): los individuos negativistas sienten una pugna entre seguir las recompensas ofrecidas por otros y aquéllas que mismo desean. Estas personas presentan continuas discusiones y desengaños cuando vacilan entre la deferencia y el desafío, la obediencia y la oposición agresiva. Su comportamiento se caracteriza por un patrón errático de ira explosiva o tozudez entremezclado con períodos de culpa y vergüenza (Millon, 2008).

Trastorno de personalidad autodestructivo: las relaciones de estas personas son de forma servil y autosacrificio, permiten y alientan a otros a aprovecharse de ellos. En ocasiones recuerdan desgracias pasadas y reiteradas esperando resultados problemáticos. A menudo intensifican sus déficits y se colocan en una posición inferior o despreciable (Millon, 2008).

Trastorno de personalidad esquizotípico: representa una orientación cognitivamente disfuncional e interpersonalmente indiferente, prefieren el aislamiento social con relaciones y obligaciones personales mínimas. Se inclinan a comportarse de forma autista o cognitivamente confusa, piensan tangencialmente y a menudo parecen estar absortos en sí mismo y pensativos. Sus excentricidades son notables y a menudo los demás los perciben como extraños o diferentes (Millon, 2008).

A. Patrón dominante de deficiencias sociales e interpersonales que se manifiesta por un malestar agudo y poca capacidad para las relaciones estrechas así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes: 1. Ideas de referencia, 2. Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y que no concuerda con las normas subculturales, 3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas ilusiones corporales, 4. Pensamientos y discurso extraños, 5. Susplicacia o ideas paranoides, 6. Afecto inapropiado o limitado, 7. Comportamiento o aspecto extraño, excéntrico o peculiar, 8. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado, 9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse a miedos paranoides más que a juicios negativos sobre sí mismo.

B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro del autismo (APA, 2014).

Trastorno de personalidad límite: cada variante límite tiene defectos estructurales y experimenta intensos estados de ánimo endógenos, con periodos recurrentes de depresión y apatía, a menudo salpicados con rachas de ira, ansiedad o euforia, tienen pensamientos recurrentes de automutilación y suicidio, parecen demasiado preocupados en asegurarse cariño, tienen dificultades en mantener un sentido claro de identidad y exhiben una ambivalencia cognitivo-afectiva que se hace evidente en sus sentimientos conflictivos de cólera, amor y culpa hacia ellos (Millon, 2008).

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes: 1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado, 2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación, 3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo, 4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas, 5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación, 6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo, 7. Sensación crónica de vacío, 8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira, y 9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves (APA, 2014).

Trastorno de personalidad paranoide: muestra una vigilante desconfianza hacia los demás y una actividad defensiva tensa ante la anticipación de las críticas y los engaños. Presentan una irritabilidad abrasiva y tienden a provocar la exasperación y el enfado de otros. Los individuos paranoides a menudo expresan miedo a perder la independencia, lo que les lleva a resistirse vigorosamente a las influencias y al control extremo (Millon, 2008).

A. Desconfianza y suspicacia intensa frente a los demás, de tal manera que sus motivos se interpretan como malévolos, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes: 1. Sospecha, sin base suficiente, de que los demás explotan, causan daño o decepcionan al individuo, 2. Preocupación con dudas injustificadas acerca de la lealtad o confianza de los amigos o colegas, 3. Poca disposición a confiar en los demás debidos al miedo injustificado a que la información se utilice maliciosamente en su contra, 4. Lectura encubierta de significados denigrantes o amenazadores en comentarios o actos sin malicia, 5. Rencor persistente, 6. Percepción de ataque a su carácter o reputación que no es apreciable por los demás y disposición a reaccionar rápidamente con enfado o a contraatacar, y 7. Sospecha recurrente, sin justificación, respecto a la fidelidad del cónyuge o la pareja.

B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, u otro trastorno psicótico, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica (APA, 2014).

2.5.2 Síndrome clínico

Trastorno de ansiedad: se caracteriza sentimientos vagamente aprensivos como específicamente tensos, indecisos e inquietos, tiende a quejarse de varios tipos de molestias físicas, como una sensación de tensión excesiva, transpiración, dolores musculares poco definidos y náuseas (Millon, 2008).

Para el diagnóstico de ansiedad generalizada se precisan ansiedad y preocupación durante 6 meses, más como mínimo tres de los siguientes seis síntomas: inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad de concentración, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño, con afectación clínicamente significativa o deterioro social, laboral u otros. Tal

como puede observarse, los síntomas son muy similares a los de las crisis de angustia. Sin embargo, en la ansiedad generalizada no se manifiestan de forma crítica y los de tipo autonómico, especialmente cardiovasculares y respiratorios, son menos frecuentes y severos. Por otra parte, la prevalencia familiar y la asociación con depresión y fobias son más reducidas que en las crisis de angustia. A diferencia de éstas, los pacientes con ansiedad generalizada no presentan crisis por inducción de lactato (Vallejo, 2011).

Trastorno somatomorfo: presentan dificultades psicológicas mediante los canales somáticos, periodos persistentes de cansancio y debilidad y preocupaciones por su falta de salud y una variedad de dolores dramáticos, pero en gran medida inespecíficos, en diferentes e inconexas partes del cuerpo (Millon, 2008).

El trastorno somatomorfo es el nombre de un grupo de afecciones en las que el dolor físico y los síntomas que siente la persona están relacionados con factores psicológicos. Estos síntomas no pueden vincularse con una causa física específica. En las personas que tienen un trastorno somatomorfo, los resultados de las pruebas médicas son normales o no explican los síntomas de la persona.

Es posible que las personas que tienen este trastorno se realicen varias evaluaciones y pruebas médicas para asegurarse de que no tienen otra enfermedad. A menudo se preocupan mucho por su salud porque no saben cuál es la causa de sus problemas de salud. Sus síntomas son similares a los síntomas de otras enfermedades y pueden durar varios años. Las personas que tienen un trastorno somatomorfo no fingen los síntomas. El dolor que sienten es real. (Vallejo, 2011).

Trastorno bipolar: los pacientes bipolares presentan períodos de euforia superficial, una elevada autoestima, un exceso de actividad nerviosa y facilidad para distraerse, discurso rápido, impulsividad e irritabilidad.

También son evidentes un entusiasmo poco selectivo, planificación excesiva para objetivos poco realista, una cualidad intrusiva, cuando no dominante y exigente, en sus relaciones interpersonales, una necesidad reducida de sueño y fuga de ideas, así como cambios de humor, rápidos y lábiles (Millon, 2008).

Los trastornos bipolares son patologías de la regulación del estado de ánimo que se caracterizan por su curso recurrente en forma de diversas combinaciones de episodios maníacos, hipomaníacos, depresivos o mixtos, o bien oscilaciones subumbrales del humor de alta frecuencia.

En los trastornos bipolares se conjugan factores de vulnerabilidad genética con factores de exposición ambiental, que comportan la aparición de la enfermedad, generalmente en torno a la adolescencia, y un curso recurrente en el cual los episodios van tornándose cada vez menos dependientes de desencadenantes ambientales (Vallejo, 2011).

Trastorno distímico: son pacientes que siguen involucrados en la vida diaria, pero han estado preocupados durante años con sentimientos de desánimo o culpa, falta de iniciativa, apatía conductual y baja autoestima. Frecuentemente expresan sentimientos de inutilidad y comentarios autodespreciativos. Durante los momentos de depresión puede haber llanto, ideación suicida, una perspectiva pesimista del futuro, distanciamiento social, reducción o exceso del apetito, fatiga crónica, concentración pobre y una marcada pérdida de interés en actividades placenteras, así como una efectividad reducida en las tareas cotidianas (Millon, 2008).

Es un trastorno afectivo de carácter depresivo crónico, caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado, pero que no cumple con todos los patrones diagnósticos de la depresión. Se cree que su origen es de tipo genético-hereditario y que en

su desarrollo influirían factores psicosociales como el desarraigo, la falta de estímulos y premios en la infancia, entre otras causas (Vallejo, 2011).

Dependencia al alcohol: probablemente tiene una historia de alcoholismo, que ha tratado de superar el problema con poco éxito y, como consecuencia, experimenta considerable malestar en la familia y en el trabajo (Millon, 2008).

Un conjunto de fenómenos fisiológicos, comportamentales y cognitivos en los que el uso del alcohol se convierte en una prioridad para el individuo por encima de otras conductas que antes eran de gran valor para él. Los criterios para la identificación del SDA son básicamente cualitativos, a diferencia de los que se utilizan para la definición del consumo de riesgo, que son esencialmente cuantitativos (Vallejo, 2011).

Dependencia en sustancias: indica que el paciente probablemente tiene una historia recurrente o reciente de abuso de drogas, habitualmente le cuesta mucho reprimir sus impulsos para mantenerlos dentro de unos límites sociales convencionales y es incapaz de manejar las consecuencias personales de este comportamiento (Millon, 2008).

Lo define como el consumo repetido, durante un período de 12 meses de un mínimo de tres sustancias psicoactivas excluyendo nicotina y cafeína sin que el consumo de ninguna de ellas predomine sobre el de las demás. Se exige que se cumplan los criterios para efectuar el diagnóstico de dependencia considerando el conjunto de todas las distintas sustancias consumidas por el individuo como un grupo y sin que este diagnóstico pueda hacerse para ninguna de ellas en particular.

El término politoxicomanía es mucho más vago y describe el uso simultáneo de más de una droga, ya sea con el fin de aumentar o contrarrestar los efectos característicos de las demás o como forma caótica de consumo,

indiscriminado y masivo. De hecho, en la práctica clínica predominan cada vez con mayor frecuencia los consumidores de múltiples sustancias alcohol, *cannabis*, cocaína, psicofármacos que han adquirido una dependencia más marcada a alguna de ellas, generalmente al alcohol, la heroína o la cocaína, y que solicitan tratamiento específico para esta droga. Sin embargo, en realidad, también presentan abuso o dependencia de las otras sustancias, por lo que el abordaje terapéutico debe ser global (Vallejo, 2011).

Trastorno de estrés postraumático: estos pacientes han experimentado una amenaza para su vida y reaccionaron ante ello con miedo intenso o sentimientos de indefensión. Las persistentes imágenes y emociones asociadas con el trauma llevan a recuerdos y pesadillas que reactivan los sentimientos generados por el suceso original (Millon, 2008).

Trastorno del pensamiento: los pacientes con puntuaciones elevadas en esta escala normalmente se clasifican como esquizofrénicos, esquizofréniformes o como padeciendo una breve psicosis reactiva. Periódicamente pueden mostrar conductas incongruentes, desorganizadas o regresivas, a menudo parecen confusos y desorientados y ocasionalmente exhiben afecto inapropiado, alucinaciones dispersas y delirios no sistemáticos. El pensamiento puede estar fragmentado o ser extraño. Los sentimientos pueden estar embotados y puede haber un penetrante sentido de ser incomprendido y aislado por los demás. También son notables las conductas retraídas, solidarias y secretas (Millon, 2008).

Depresión mayor: estos pacientes son incapaces de funcionar en un ambiente normal, están severamente deprimidos y expresan pavor ante el futuro, ideación suicida y un sentimiento de resignación desesperanzado. Algunos exhiben un marcado retardo motor, mientras que otros se muestran muy agitados, deambulando incesantemente y lamentándose de su triste estado (Millon, 2008).

El eje nuclear afectivo de la depresión es la *tristeza vital y profunda* que envuelve al sujeto hasta afectar todas las esferas de su relación intra e interpersonal.

De hecho, la clínica de la depresión queda condensada en cinco grandes áreas: afectividad, pensamiento-cognición, conducta, ritmos biológicos y trastornos somáticos (Vallejo, 2011).

Trastorno delirante: generalmente se consideran paranoides agudos y pueden volverse periódicamente beligerantes, expresando delirios irracionales, pero interconectados, de una naturaleza celosa, persecutoria o grandiosa, dependiendo de la constelación de otros síndromes concurrentes, puede haber signos de trastorno concurrentes, trastornos del pensamiento e ideas de referencia. Los estados de ánimo son habitualmente hostiles y expresan sentimientos de ser acosados y maltratados. Factores concomitantes son un tenso trasfondo de suspicacia, vigilancia y alerta ante una posible traición (Millon, 2008).

Es un patrón de ideas delirantes no extrañas de por lo menos 1 mes de duración, esta nunca se ha cumplido el para la esquizofrenia, excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño, si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos delirantes, la alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (Vallejo, 2011).

2.6 Planificación psicoterapéutica

El diseño del programa personalizado de intervención (PPI) incluye:

La identificación de los objetivos a conseguir en cada uno de estos ejes o áreas, la selección de las estrategias terapéuticas que se consideren más adecuadas para la consecución de los mismos.

La planificación de una serie de actuaciones, según una metodología determinada, y la utilización de los recursos y las herramientas terapéuticas de diversa índole, que resulten necesarios para apoyar el proceso de tratamiento y de reinserción (Alonso, Camarena, Casla, Cuesta, Mosteiro, Orozco, Redondo y Soler, 2011).

2.7 Intervención psicoterapéutica en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA

Dentro de la intervención en VIH/ SIDA, la terapia psicológica cada vez tiene una mayor importancia, por las siguientes razones:

1) Hay evidencia de la implicación de la depresión y del estrés en la producción de cambios en el sistema nervioso, el sistema inmunológico y el sistema endocrino, los cuales influyen en el desencadenamiento y evolución de esta enfermedad.

2) El VIH/SIDA se asocia a un conjunto amplio de alteraciones de la calidad de vida que implican estados emocionales negativos y trastornos psicopatológicos. 3) Las intervenciones psicológicas han demostrado tener efectos benéficos en la mejora del pronóstico y el aumento de la calidad de vida de las personas infectadas.

La importancia de la terapia psicológica en este campo ha llevado a un aumento considerable de enfoques en este campo que emplean teorías, métodos y técnicas con diferentes enfoques y lenguajes. Al respecto, se han hecho esfuerzos por crear modelos de sistematización de la intervención psicológica

Modelo procesual del estrés

Este enfoque tiene la virtud de facilitar la integración de teorías, datos, esquemas, técnicas y métodos de diferentes disciplinas, de manera coherente y lógica, lo cual lo ubica como un eje de esencial importancia para la interdisciplinariedad.

El modelo del estrés procesual asume que el estado de salud y la calidad de vida son el resultado de la manera cómo la persona experimenta y maneja las demandas psicosociales (sucesos vitales, contrariedades y estrés crónico) a partir de la evaluación cognitiva de ellas (evaluación positiva o evaluación negativa-amenazante) y las estrategias de afrontamiento empleadas (afrontamiento enfocado al problema, a la emoción, a la evitación o al apoyo social), influyendo una serie de variables moduladoras (rasgos de personalidad, sexo, raza) y amortiguadoras (condiciones socioeconómicas y apoyo social).

Propone orientar la terapia psicológica en los pacientes con VIH/SIDA tomando como base el modelo procesual del estrés de acuerdo a Lazarus y Folkman (Núñez, Tobón, Vinaccia y Arias, 2003).

e. MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación es de tipo transversal, que tiene como base el estudio descriptivo, que mide la exposición y el efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal, permitiendo estimar la magnitud y distribución de una enfermedad en un momento dado.

Universo y muestra

El primer punto fue identificar la población de pacientes con VIH o SIDA, para ello se partió de un universo de 150 personas, quienes a través de muestreo no probabilístico, se consolidó el grupo investigado de 50 usuarios que asistieron a la Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH-SIDA durante el tiempo programado para el desarrollo de la tesis.

Los cuales a través de los **criterios de inclusión**; mayores de 18 años y menores a 55 años que asistan de forma continua a la Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH-SIDA, y **criterios de exclusión** personas que no sea portadores del VIH-SIDA .

Métodos

Los métodos utilizados fueron: empírico, estadístico, inductivo y sintético; se basó en información sobre el tema, mediante recopilación e investigación bibliográfica, para luego establecer el diseño psicoterapéutico, basado en el modelo procesual de Lazarus.

Técnicas

Las técnicas psicológicas utilizadas fueron: historia clínica psicológica, entrevista semiestructurada y el inventario multiaxial del Millon, quienes

facilitaron el acceso al amplio bagaje de información de cada uno de los pacientes de la muestra de estudio.

MCCI – III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAJIAL DE MILLON – III

El MCCI – III es una herramienta de evaluación en constante desarrollo que puede perfeccionarse según las necesidades del usuario, su autor es Theodore Millon con la colaboración de R. Davis y C. Millon. Es de aplicación individual y colectiva, para adultos. La aplicación varía entre veinte y treinta minutos.

Este reactivo fue elaborado en 1994, con influencia del DSM IV y actualizada en 2008, la cual presenta 175 preguntas dicotómicas, las mismas que valoran 14 escalas de personalidad, 10 escalas clínicas del síndrome, y 3 escalas de corrección. A su vez cualifica el síntoma, rasgo, tendencia y trastorno de las 27 escalas iniciales.

El MCCI-III proporciona información validada empíricamente, relevante y fiable para apoyar el diagnóstico de psicólogos y otros profesionales de salud mental en diversos ámbitos: clínico, médico, forense, etc. Es ideal para aplicar a individuos que presentan problemas emocionales, conductuales o interpersonales y para pacientes en psicoterapia.

El MCCI-III no es un instrumento de personalidad general para ser utilizado con individuos normales o con una finalidad diferente que la de evaluación psicológica. Tampoco se recomienda su utilización en población adolescente.

ANEXO 1

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN (lgm)

	PD	PREV
1. ESQUIZOIDE: V: 1=1/10=2/27=2/38=1/46=2/48=1/92=2/101=1/105=2/142=1/148=2/156=1/165=2/167=1/F: 32=1/57=1		
2A. EVITATIVA: V: 18=2/40=2/47=1/48=1/69=2/84=2/99=2/127=2/141=2/146=1/148=1/151=1/158=1/171=2/F: 57=1/80=1		
2B. DEPRESIVA: V: 20=2/24=1/25=2/43=1/47=2/83=1/86=1/112=2/123=2/133=2/142=1/145=2/148=1/151=2/154=1		
3. DEPENDIENTE: V: 16=2/35=2/45=2/47=1/56=1/73=2/84=1/94=2/108=2/120=1/133=1/135=2/141=1/151=1/169=2/F: 82=1		
4. HISTRIONICA: V: 12=2/21=2/32=2/51=2/57=2/80=2/88=2/F: 10=1/24=1/27=1/48=1/69=1/92=1/99=1/123=1/127=1/174=1		
5. NARCISISTA: V: 5=2/21=1/26=2/31=2/38=1/57=1/67=2/80=1/85=2/88=1/93=2/116=1/144=2/159=2/F: 35=1/40=1/47=1/69=1/84=1/86=1/94=1/99=1/141=1/169=1		
6A. ANTISOCIAL: V: 7=1/13=1/14=1/17=2/21=1/33=2/41=1/52=1/53=2/93=1/101=2/113=2/122=1/136=1/139=2/166=2/F: 172=1		
6B. AGRESIVA (SÁDICO): V: 7=1/9=2/13=1/14=2/17=1/28=2/33=1/36=1/39=1/41=1/49=1/53=1/64=2/79=1/87=2/93=1/95=2/96=1/116=2/166=1		
7. COMPULSIVA: V: 2=2/29=2/59=2/82=2/97=2/114=2/137=2/172=2/F: 7=1/14=1/22=1/41=1/53=1/72=1/101=1/139=1/166=1		
8A. NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO): V: 6=1/7=2/15=2/22=2/36=2/42=1/50=2/60=2/79=2/83=1/98=1/115=2/122=1/126=2/133=1/166=1		
8B. AUTODESTRUCTIVO (MASOQUISTA): V: 18=1/19=2/24=1/25=1/35=1/40=1/43=2/70=2/90=2/98=1/104=2/122=2/148=1/161=2/169=1		
S. ESQUIZOTIPICA: V: 3=2/48=2/69=1/71=2/76=2/99=1/102=1/117=2/134=1/138=2/141=1/148=1/151=1/156=2/158=2/162=2		
C. LIMITE: V: 7=1/22=1/30=2/41=2/72=2/83=2/98=2/120=2/122=2/134=2/135=1/142=2/154=2/161=1/166=1/171=1		
P. PARANOIDE: V: 6=2/8=1/33=2/42=2/48=1/49=2/60=1/63=1/89=2/103=2/115=1/138=1/146=2/158=1/159=1/167=2/175=2		
A. TRASTORNO DE ANSIEDAD: V: 40=1/53=2/61=1/75=2/76=1/108=1/109=1/124=2/135=1/145=1/147=2/149=1/164=2/170=2		
H. TRASTORNO SOMATOMORFO: V: 1=1/4=2/11=2/37=2/55=2/74=2/75=1/107=1/111=1/130=1/145=1/148=1		
N. TRASTORNO BIPOLAR: V: 3=2/22=1/41=1/51=1/54=2/83=1/96=2/106=2/117=1/125=2/134=1/166=1/170=1		
D. TRASTORNO DISTIMICO: V: 15=1/24=2/25=1/55=1/56=2/62=2/83=1/86=2/104=1/111=2/130=2/141=1/142=1/148=1		
B. DEPENDENCIA AL ALCOHOL: V: 14=1/41=1/52=2/64=1/77=2/93=1/100=2/101=1/113=1/122=1/131=2/139=1/152=1/166=1		
T. DEPENDENCIA A SUSTANCIAS: V: 7=1/13=2/21=1/33=1/39=2/41=1/53=1/66=2/91=2/101=1/113=1/118=2/136=2/139=1		
R. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO V: 62=1/76=1/83=1/109=2/128=1/129=2/133=1/142=1/147=1/148=1/149=2/151=1/154=1/160=2/164=1/172=2		
SS. TRASTORNO DEL PENSAMIENTO: V: 22=1/34=2/56=1/61=2/68=2/72=1/76=1/78=2/83=1/102=2/117=1/134=1/142=1/143=1/151=1/162=1/168=2		
CC. DEPRESIÓN MAYOR: V: 1=2/4=1/34=1/44=2/55=1/74=1/104=1/107=2/111=1/123=2/130=1/142=1/148=1/149=1/150=2/154=1/171=2		
PP. TRASTORNO DELIRANTE: V: 5=1/38=1/49=1/63=2/67=1/89=1/103=1/119=2/138=1/140=2/153=2/159=1/175=1		
X. SINCERIDAD: menos a 34 o más de 178= exagera o minimiza (se contabiliza únicamente puntajes directos) V: 1+2A+2B+3+4+(5X2)/3+6A+6B+7+8A+8B=		
Y. DESEABILIDAD SOCIAL: mayor a 75 tendencia a presentarse favorable o atractiva V: 32=1/51=1/57=1/59=1/80=1/82=1/88=1/97=1/137=1/172=1/F: 20=1/35=1/40=1/69=1/104=1/112=1/123=1/141=1/142=1/148=1/151=1		
Z. DEVALUACIÓN: mayor a 75 tendencia a despreciarse o devaluarse V: 1=1/4=1/8=1/15=1/22=1/24=1/30=1/34=1/36=1/37=1/44=1/55=1/56=1/58=1/62=1/63=1/70=1/74=1/75=1/76=1/83=1/84=1/86=1/99=1/111=1/123=1/126=1/133=1/134=1/142=1/145=1/150=1/171=1		
V. VALIDEZ: si responde a 2 o más ítems es inválido V: 65=1/110=1/157=1=		

TABLA DE TRANSFORMACIÓN A PUNTUACIONES DE PREVALENCIA (PREV). MUJERES																												
PD	1	2A	2B	3	4	5	6A	6B	7	8A	8B	S	C	P	A	H	N	D	B	T	R	SS	CC	PP	Y	Z	PD	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	9	8	5	6	5	0	12	8	0	5	10	12	7	12	9	9	10	8	20	30	10	7	8	60	0	9	1	
2	17	15	10	12	9	6	24	15	0	11	20	24	13	24	17	17	20	15	40	60	20	13	15	63	6	18	2	
3	26	23	15	18	14	12	36	23	0	16	30	36	20	36	26	26	30	23	60	62	30	20	23	66	12	26	3	
4	34	30	20	24	18	18	48	30	5	22	40	48	27	48	34	34	40	30	63	63	40	27	30	69	18	35	4	
5	43	38	25	30	23	24	60	38	11	27	50	60	33	60	43	43	50	38	66	65	50	33	38	72	23	38	5	
6	51	45	30	36	28	30	62	45	16	33	60	61	40	61	51	51	60	45	69	66	60	40	45	75	29	40	6	
7	60	53	35	42	32	36	63	53	22	38	61	62	47	63	60	60	63	53	72	68	61	47	53	80	35	43	7	
8	62	60	40	48	37	42	65	60	27	44	63	63	53	64	75	65	66	60	75	69	63	53	60	85	40	45	8	
9	63	65	45	54	42	48	67	61	33	49	64	64	60	65	85	70	69	68	80	71	64	60	63	89	45	48	9	
10	65	70	50	60	46	54	68	63	38	55	65	65	63	67	88	75	72	75	85	72	65	62	65	93	50	50	10	
11	66	75	55	63	51	60	70	64	44	60	67	66	65	68	90	78	75	77	90	74	66	63	68	96	55	53	11	
12	68	76	60	66	55	62	72	65	49	62	68	67	68	70	93	80	78	78	95	75	69	65	70	100	60	55	12	
13	69	77	75	69	60	63	73	67	55	64	70	68	70	71	96	83	82	80	100	78	70	67	73	104	65	58	13	
14	71	78	76	72	62	65	75	68	60	66	71	69	73	72	99	85	85	82	105	80	71	68	75	108	70	60	14	
15	72	79	78	75	63	66	77	70	62	69	72	70	75	74	101	95	93	83	110	83	73	70	77	11	75	63	15	
16	74	80	79	78	65	68	79	71	64	71	74	71	76	75	104	105	100	85	115	85	74	72	79	115	80	65	16	
17	75	81	80	80	67	69	81	72	66	73	75	72	78	77	107	115	108	91	115	93	75	73	81	115	85	68	17	
18	78	82	81	83	68	71	83	74	68	75	78	73	79	79	110		115	100	115	100	80	75	83		89	70	18	
19	82	83	83	85	70	72	85	75	69	77	82	74	81	81	112			108	115	108	85	80	85		93	73	19	
20	85	84	84	93	72	74	95	80	71	79	85	75	82	83	115			115	115	115	115	85	95		96	75	20	
21	100	85	85	100	73	75	105	85	73	81	100	78	84	85					115			95	105		100	77	21	
22	115	95	100	108	75	77	115	115	75	83	115	82	85	93								105	115			79	22	
23	115	105	115	115	80	79	115	115	80	85		85	95	100								115	115			81	23	
24		115		115	85	81	115	115	85	100		100	105	108												83	24	
25					83			115	90	115		115	115	115												85	25	
26					85			115						115												87	26	
27					90			115																		89	27	
28					95																					91	28	
29					100																					94	29	
30					105																					96	30	
31					110																					98	31	
32					115																					100	32	
33																										100	33	
34																											34	34

La tabla de transformación de puntuaciones de prevalencia o barremos de mujeres; convierte el valor directo a puntaje estandarizado, los mismo que indican: 65 a 75, es síntoma; 75 a 85 rasgo o tendencia y si sobrepasa al 85 es trastorno.

TABLA DE TRANSFORMACIÓN A PUNTUACIONES DE PREVALENCIA (PREV). HOMBRES																												
PD	1	2A	2B	3	4	5	6A	6B	7	8A	8B	S	C	P	A	H	N	D	B	T	R	SS	CC	PP	Y	Z	PD	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1	8	9	8	7	3	6	9	7	3	7	12	12	9	10	15	17	10	10	15	15	12	9	12	60	0	35	1	
2	15	17	15	13	6	12	17	15	6	13	24	24	17	20	30	31	20	20	30	30	24	17	24	64	0	37	2	
3	23	26	23	20	9	18	26	22	9	20	36	36	26	30	45	46	30	30	45	45	36	26	36	68	7	40	3	
4	30	34	30	27	12	24	34	30	13	27	48	48	34	40	60	60	40	40	60	60	48	34	48	71	14	42	4	
5	38	43	38	33	15	30	43	38	16	33	60	60	43	50	68	62	50	50	64	63	60	43	60	75	21	44	5	
6	45	51	45	40	18	36	51	45	19	40	62	62	51	60	75	64	60	60	68	65	62	51	62	77	28	47	6	
7	53	60	53	47		42	60	52	22	47	63	63	60	62	78	65	63	62	71	68	64	60	63	78	35	49	7	
8	60	62	60	53	21	48	62	60	25	53	64	64	62	64	80	67	66	64	75	70	65	64	65	80	39	51	8	
9	63	64	64	60	24	54	63	62	28	60	65	65	63	66	83	68	69	66	77	73	66	68	67	82	44	54	9	
10	65	66	68	62	27	60	65	64	32	62	66	66	65	68	85	69	72	68	78	75	67	71	68	83	48	56	10	
11	68	68	71	64	30	62	67	65	35	63	67	67	67	69	88	71	75	70	80	77	68	75	70	85	53	59	11	
12	70	69	75	66	33	63	68	66	38	65	68	68	68	71	91	73	78	71	82	79	69	78	72	90	57	61	12	
13	73	71	76	69	36	65	70	67	41	66	69	69	70	73	94	75	82	73	83	81	70	82	73	95	62	63	13	
14	75	73	77	71	39	67	72	68	44	68	70	70	72	75	97	80	85	74	85	83	71	85	75	100	66	66	14	
15	77	75	78	73	42	68	73	69	47	69	71	71	73	76	100	85	93	75	91	85	72	88	80	105	71	68	15	
16	79	77	79	75	45	70	75	70	51	71	72	72	75	78	103	100	100	80	97	91	73	92	85	110	75	70	16	
17	81	79	81	77	48	72	78	71	54	72	73	73	76	79	106	115	108	85	103	97	74	95	89	115	80	73	17	
18	83	81	82	79	51	73	80	72	57	74	74	73	78	80	109		115	95	109	103	75	98	94		85	75	18	
19	85	83	83	81	54	75	83	73	60	75	75	74	79	81	112			105	115	109	85	102	98		90	77	19	
20	100	85	84	83	57	78	85	74	68	78	85	75	81	83	115			115	115	115	100	105	102		95	79	20	
21	115	93	85	85	60	82	95	75	75	80	115	85	82	84					115		115	108	106		100	81	21	
22	115	100	100	100	68	85	105	80	78	83	115	93	84	85								112	111			83	22	
23	115	108	115	115	75	91	115	85	80	85		101	85	93								115	115			85	23	
24		115		115	80	97	115	100	83	100		108	100	100												87	24	
25					85	103		115	85	115		115	115	108												89	25	
26						109		115						115												91	26	
27						115		115																		93	27	
28						115																				95	28	
29						115																				97	29	
30						115																				99	30	
31						115																				100	31	
32						115																				100	32	
33																										100	33	
34																											34	

La tabla de transformación de puntuaciones de prevalencia o barremos de hombres; convierte el valor directo a puntaje estandarizado, los mismo que indican: 65 a 75, es síntoma; 75 a 85 rasgo o tendencia y si sobrepasa al 85 es trastorno.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

La definición tal vez más genérica e intuitiva de la entrevista sea la clásica de Bingham y Moore.

La entrevista es una conversación con un propósito.

Siendo así que la entrevista tanto estructurada, no estructurada o semi-estructurada, tiene una finalidad potencial, que es el abstraer información válida y precisa.

Por lo que la entrevista semiestructurada se basa en preguntas que tienen algún tipo de estructuración: el guión está formado por áreas concretas, dentro las cuales el entrevistador puede hacer las preguntas que le parezcan oportunas, siguiendo algún tipo de orientación algo detallada (Perpiña, 2012, p. 24).

En lo que respecta a la entrevista semi-estructurada que se usó en la presente investigación es el modelo de Torres, Arruabarrena y De Paúl, esta entrevista fue elaborada en el año 1996, la cual consta de 10 ítems, que aborda de forma integral la percepción del sujeto sobre su realidad.

ANEXO 2

HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica ha sido definida por Laín Entralgo (1961) como el documento fundamental y elemental del saber clínico donde se recoge la información confiada por el enfermo al profesional, para obtener el diagnóstico, el tratamiento y la posible curación de la enfermedad.

En psicología la información del paciente que permite llegar a un diagnóstico procede del resultado de la entrevista clínica (anamnesis y exploración psicopatológica), y exploraciones complementarias.

Los apartados de la historia clínica son: datos de filiación, motivo de consulta, enfermedad actual, anamnesis personal, familiar, laboral y social, exploración psicopatológica, diagnóstico Multiaxial y recomendaciones. (Vallejo, 2011).

ANEXO3

Procedimiento

En lo que corresponde al procedimiento; inicialmente se tramitó el permiso y autorización con el responsable del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Isidro Ayora; el Doctor Daniel Pacheco, quien a través del consentimiento del Doctor Jorge Yaruquí, Coordinador de la Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH-SIDA, permitió el acceso a la información y al contacto con los pacientes investigados; con quienes se procedió a informar detalladamente las implicaciones de la tesis y se firmó el acuerdo de consentimiento informado (ANEXO 4) por cada uno de los participantes, para luego proseguir con la entrevista semiestructurada, análisis de historias clínicas psicológicas y la aplicación del Inventario Multiaxial de Millon, procedimiento que requirió entre dos y tres sesiones individuales.

f. RESULTADOS

a) Área básica

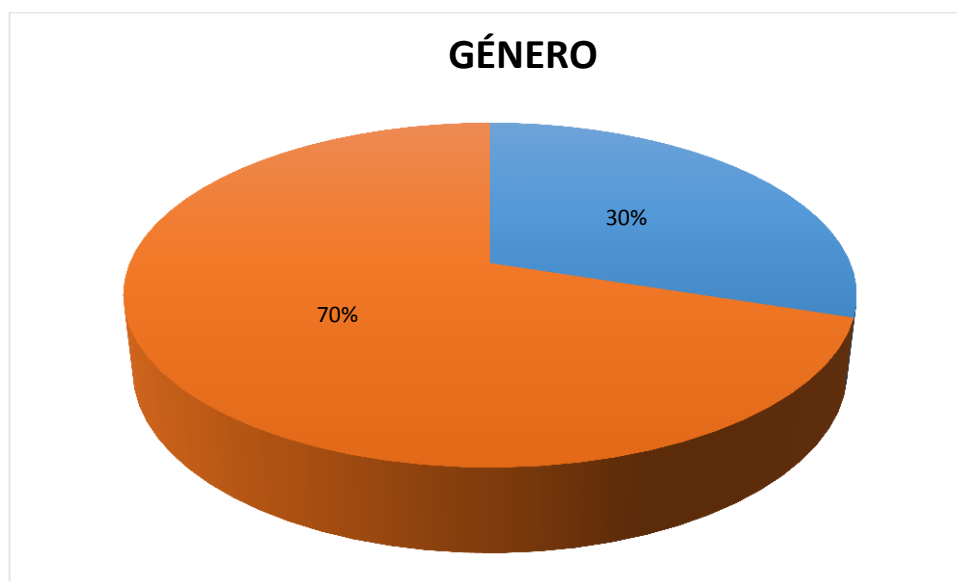
Género de los pacientes la Unidad de atención a personas viendo con VIH/SIDA del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

TABLA #1

Femenino		Masculino	
F	%	f	%
15	30%	35	70%

Fuente: Historia clínica de los pacientes de la Unidad de Atención a Personas Viendo con VIH/SIDA del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

Autora: Ruth Liliana Quezada Montaña



Fuente: Historia clínica de los pacientes de la Unidad de Atención a Personas Viendo con VIH/SIDA del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

Autora: Ruth Liliana Quezada Montaña

Análisis e interpretación de resultados

El 70% de la población estudiada es masculina, ocupando mayor proporción al respecto del género femenino, el cual presenta un porcentaje del 30%, existiendo una gran diferencia en lo que corresponde al género de los pacientes estudiados.

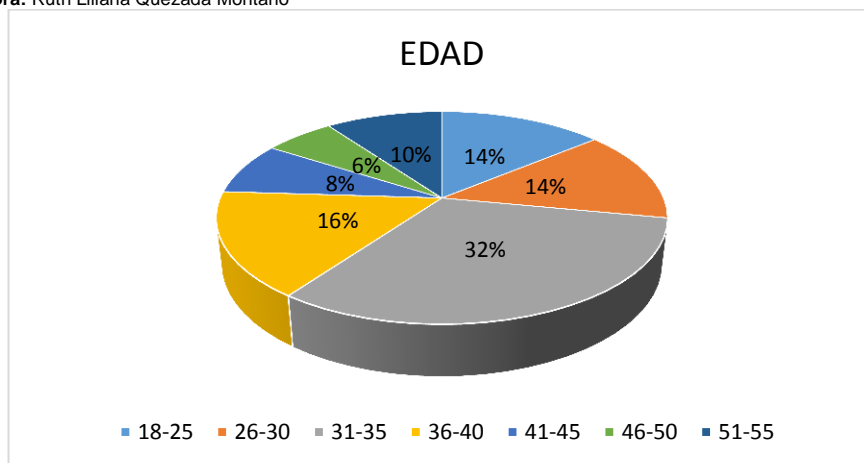
Edad de los pacientes la Unidad de atención a personas viendo con VIH/SIDA del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

TABLA #2

Edad	f	%
18-25	7	14%
26-30	7	14%
31-35	16	32%
36-40	8	16%
41-45	4	8%
46-50	3	6%
51-55	5	10%

Fuente: Historia clínica de los pacientes de la Unidad de Atención a Personas Viendo con VIH/SIDA del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

Autora: Ruth Liliana Quezada Montaña



Fuente: Historia clínica de los pacientes de la Unidad de Atención a Personas Viendo con VIH/SIDA del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

Autora: Ruth Liliana Quezada Montaña

Análisis e interpretación de resultados

En lo que respecta a la edad se identifica que la población estudiada, presenta de forma mayoritaria la edad de 31 a 35 años con un 32%, seguido a este porcentaje se encontró que el 16% comprendía las edades de 36 a 40 años, el 14% lo ocupan las personas que tienen entre 26 a 30 años, al igual que con las edades de 18 a 25 años. Subsiguientemente se vislumbró que el 10% los pacientes atendidos tenían entre 51 a 55 años, 8% de 41 a 45 años y finalmente el 6 % de la población investigada presenta edades de 46 a 50 años.

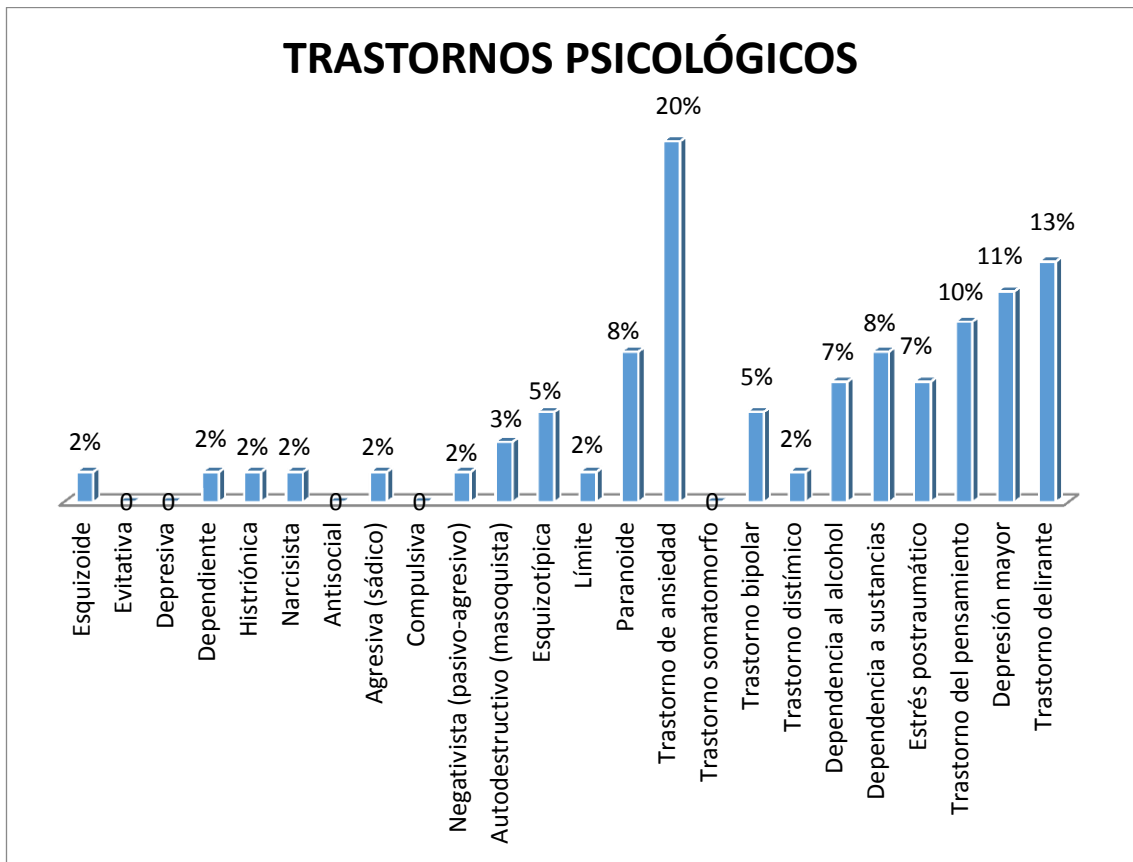
Patologías mentales en pacientes portadores del Virus y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

TABLA #3

Entidad clínica		f	%
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	Esquizoide	1	2
	Evitativa	0	0
	Depresiva	0	0
	Dependiente	1	2
	Histriónica	1	2
	Narcisista	1	2
	Antisocial	0	0
	Agresiva (sádico)	1	2
	Compulsiva	0	0
	Negativista (pasivo-agresivo)	1	2
	Autodestructivo (masoquista)	2	3
	Esquizotípica	3	5
	Límite	1	2
	Paranoide	5	8
SÍNDROMES CLÍNICOS	Trastorno de ansiedad	12	20
	Trastorno somatomorfo	0	0
	Trastorno bipolar	3	5
	Trastorno distímico	1	2
	Dependencia al alcohol	4	7
	Dependencia a sustancias	5	8
	Estrés postraumático	4	7
	Trastorno del pensamiento	6	10
	Depresión mayor	7	11
	Trastorno delirante	8	13

Fuente: Inventario Clínico Multiaxial de Millon aplicado a los pacientes de la Unidad de Atención a Personas Viviendo con VIH/SIDA del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

Autora: Ruth Liliana Quezada Montaño



Fuente: Inventario Clínico Multiaxial de Millon aplicado a los pacientes de la Unidad de Atención a Personas Viviendo con VIH/SIDA del Hospital General Isidro Ayora de Loja.
Autora: Ruth Liliana Quezada Montaña

Análisis e interpretación de resultados

El trastorno de ansiedad es el más frecuente en el estudio investigativo con un porcentaje del 20%, posterior a este se encuentra el trastorno delirante con un 13%, en tercer lugar encontramos a la depresión mayor con 11%, seguido a este el trastorno del pensamiento con un 10% y finalmente el trastorno de dependencia a sustancias y el trastorno de personalidad paranoide con un porcentaje del 8% cada una de ellas.

Las entidades clínicas que no reportaron ningún porcentaje son: personalidad evitativa, depresiva, antisocial, compulsiva y los trastornos somatomorfo.

Factores de riesgo que propenden la aparición de trastornos mentales e los pacientes portadores del virus y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

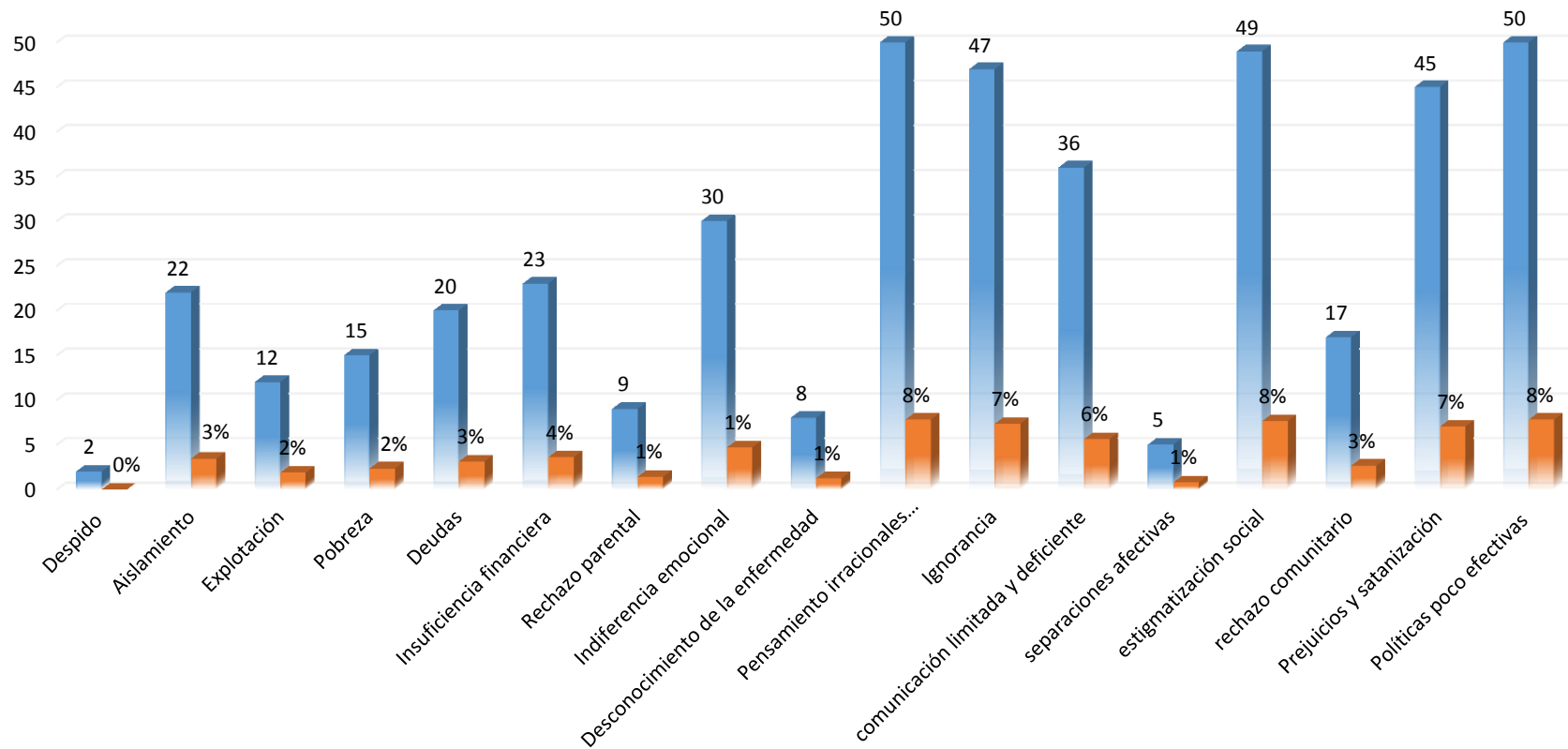
TABLA #4

FACTORES DE RIESGO			
ÁREA	FACTOR	F	%
LABORAL	Despido	2	0
	Aislamiento	22	3
	Explotación	12	2
ECONÓMICO	Pobreza	15	2
	Deudas	20	3
	Insuficiencia financiera	23	4
FAMILIAR	Rechazo parental	9	1
	Indiferencia emocional	30	5
	Desconocimiento de la enfermedad	8	1
INTRAPERSONAL	Pensamiento irracionales	50	8
	Ignorancia	47	7
INTERPERSONAL	Comunicación limitada y deficiente	36	6
	Separaciones afectivas	5	1
	Estigmatización social	49	8
	Rechazo comunitario	17	3
RELIGIOSO	Prejuicios y satanización	45	7
POLÍTICO	Políticas poco efectivas	50	8

Fuente: Entrevista semiestructurada aplicada a los pacientes de la Unidad de Atención a Personas Viviendo con VIH/SIDA del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

Autora: Ruth Liliana Quezada Montaña

FACTORES QUE PROPENDEN LA APARICIÓN DE TRASTORNOS MENTALES



Fuente: Entrevista semiestructurada aplicada a los pacientes de la Unidad de Atención a Personas Viviendo con VIH/SIDA del Hospital General Isidro Ayora de Loja.
Autora: Ruth Liliana Quezada Montaño

Análisis e interpretación de resultados

Entre los factores que tienen mayor influencia en la aparición de trastornos mentales se encontró; los pensamientos irracionales, políticas poco efectivas y la estigmatización social cada una de ellas con un porcentaje del 8%, subsecuentemente se encuentra la ignorancia o desconocimiento de la enfermedad, satanización y prejuicios por parte de la religión igualmente estas dos categorías tienen el mismo porcentaje de 7%, a esto se suma con un 6% la comunicación deficiente y limitada de la familia con el paciente y con 5% la indiferencia emocional del grupo de vinculación primaria.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

PSICOTERAPIA BASADA EN EL MODELO PROCESUAL PARA PACIENTES CON VIH O SIDA (LAZARUS Y FOLKMAN 1986)

Este enfoque terapéutico, tiene la virtud de facilitar la integración de teorías, datos, esquemas, técnicas y métodos de diferentes disciplinas, de manera coherente y lógica, lo cual la ubica como un eje de esencial importancia para la interdisciplinariedad y transdisciplinariedad.

El modelo del estrés procesual asume que el estado de salud y la calidad de vida son el resultado de la manera cómo la persona experimenta y maneja las demandas psicosociales (sucesos vitales, contrariedades y estrés crónico) a partir de la evaluación cognitiva de ellas (evaluación positiva o evaluación negativa-amenazante) y las estrategias de afrontamiento empleadas (afrontamiento enfocado al problema, a la emoción, a la evitación o al apoyo social), influyendo una serie de variables moduladoras (rasgos de personalidad, sexo, raza) y amortiguadoras (condiciones socioeconómicas y apoyo social).

Propone orientar la terapia psicológica en los pacientes con VIH/SIDA tomando como base el modelo procesual del estrés de acuerdo a Lazarus y Folkman.

Este enfoque se ha sugerido como un potente heurístico para la psicoterapia por su alto grado de interdisciplinariedad e integralidad. La propuesta heurística en el SIDA se basa en la investigación de Kelly & Kalichman en el 2002, quienes hallaron evidencia de que la intervención psicoterapéutica basada en el manejo de estrategias de afrontamiento tiene efectos benéficos y contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas infectadas con VIH/SIDA.

Este modelo toma como ejes principales en el tratamiento de pacientes con VIH/SIDA las siguientes fases:

Fase de infección, fase de comunicación de resultados, fase asintomática, fase sintomática y fase de preparación para la muerte

El modelo procesual prioriza el área de atención primaria, identificando las estrategias de afrontamiento que posee el paciente, las cuales están reguladas por las variables moduladoras y amortiguadoras, a lo que se suma el grado de funcionalidad del paciente o status de salud.

Generalmente los diagnósticos se formulan de acuerdo al DSM-IV.

Diseño del proceso de psicoterapia individual

El diseño psicoterapéutico se basa:

Primera fase (diagnóstico psicológico)

Selección del paciente: se clasifica a los pacientes según la edad que presente, considerando los criterios de inclusión que es mayor de 18 años hasta los 55 años de edad, por ende excluye a los pacientes que no cumplan con esta cualidad.

Entrevista psicológica semiestructurada: es aquella en la que, como su propio nombre indica, el entrevistador despliega una estrategia mixta, alternando preguntas estructuradas y con preguntas espontáneas.

Análisis de historias clínicas: con el fin de obtener datos relevantes sobre la anamnesis y del funcionamiento global del paciente. Además aporta información significativa en el planteamiento del diagnóstico.

Reactivo psicológico: se plantea como test principal al inventario multiaxial clínico de Millón, el cual evalúa personalidad, síndromes clínicos y validez.

Formulación de diagnóstico: en base a la información obtenida a través de la entrevista psicológica semiestructurada, aplicación de reactivos y análisis de historias clínicas, se obtiene un diagnóstico definitivo.

Segunda Fase (intervención psicoterapéutica)

Identificación y establecimiento de objetivos terapéuticos y encuadre: se prioriza los focos de atención psicológica, partiendo de la necesidad del paciente en consenso con el clínico. Además se establecen las normas y acuerdos del tiempo, duración, etc.

Señalamiento de técnicas: una vez analizado el diagnóstico y los factores etiopatogénicos de la enfermedad se analiza las técnicas a utilizar de acuerdo a la edad, sexo, cultura, nivel de educación, ocupación entre otras especificidades del paciente.

Planificación de sesiones: se organiza a nivel cronológico las sesiones y el número de las mismas, las cuales contienen técnicas y objetivos de cada sesión que se realice.

Estas deben partir desde un encuadre inicial, el desarrollo de la psicoterapia, cierre y posterior seguimiento.

Tercera fase (Diseño de sesiones psicoterapéutica para pacientes con VIH/SIDA)

PLANIFICACIÓN PSICOTERAPÉUTICA				
#	TÉCNICA	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA	DURACIÓN
1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diálogo socrático ▪ Encuadre 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar la estructura cognitiva del paciente. ▪ Establecer normas y acuerdos. ▪ Identificación de objetivos. 	<p>El diálogo socrático consiste en el uso de herramientas verbales, como: aclaramiento, parafraseo y síntesis.</p> <p>El encuadre consta del establecimiento de límites, normas y reglas de la actividad psicoterapéutica.</p>	45 minutos a 1 hora
2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contención emocional ▪ Escucha activa ▪ Intervención en crisis 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Generar seguridad en el paciente. ▪ Solventar contención emocional. ▪ Disminuir síntomas ansiosos ▪ Propiciar alternativas viables. 	<p>La contención se da cuando el paciente se encuentra lábil y/o con llanto fácil. El terapeuta tiene una posición de escucha activa y en lo posible poco participativa, propiciando catarsis.</p> <p>La intervención en crisis, consta de aceptación al paciente, obtención de la mayor parte de información posible y finalmente dirige de forma pasiva la toma de decisiones.</p>	45 minutos a 1 hora
3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relajación muscular progresiva 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favorecer la adquisición de estrategias que permitan disipar síntomas ansiosos y depresivos. 	<p>Consta de ejercicios respiratorios diafragmáticos dirigidos, que fomentan la relajación muscular y oxigenación intracraneana.</p>	45 minutos a 1 hora
4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diálogo socrático. ▪ Quema de culpas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Propiciar catarsis y eliminación de emociones anómalas. 	<p>Técnica Gestáltica, la cual a través de actos simbólicos elimina la carga afectiva negativa o reprimida.</p>	45 minutos a 1 hora
5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parafraseo. ▪ Asignación de tareas (placentera). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer tareas que favorezcan el sentido de pertenencia y gratificación. 	<p>Recabar información acerca de las actividades placenteras que realizaba antes del diagnóstico, para refocalizarlas a su vida diaria.</p>	45 minutos a 1 hora
6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Análisis de creencias irracionales asociadas a las conductas desadaptativas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar distorsiones cognitivas que propenden a estados psicopatológicos 	<p>Identifica los esquemas mentales y los errores cognitivos al momento de interpretar un estímulo.</p>	45 minutos a 1 hora
7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resolución de conflictos. ▪ Role playing. ▪ Banco de 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favorecer la comunicación asertiva ▪ Mejorar 	<p>Uso de herramientas fonológicas que modifican la comunicación, trasladándola a un nivel superior como es</p>	45 minutos a 1 hora

	Niebla.	relaciones interpersonales	la asertividad. El juego de roles (role playing); genera en el paciente una cosmovisión diversa de una realidad.	
8	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Control y manejo de emociones. ▪ ARPA. ▪ Distracciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollar habilidades que propendan el control y manejo de emociones. 	Uso de la herramienta ARPA (alto, respiro, pienso y actuó) para reducir la respuesta no adaptativa ante una situación estresante.	45 minutos a 1 hora
9	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diálogo socrático. ▪ Detención del pensamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover la tipificación y control de pensamientos desadaptativos. 	Se orienta al paciente a identificar y frenar el pensamiento, mediante la visualización de un logo de pare o stop, una vez lograda la técnica, se envía al paciente a redirigir sus pensamiento en otra actividad o situación.	45 minutos a 1 hora
10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diálogo socrático. ▪ Tarjetas flash. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilitar la adquisición de herramientas de automotivación. 	Son tarjetas de 20cm por 13cm las cuales el paciente escribe frases de automotivación.	45 minutos a 1 hora
11	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicoeducación sobre su condición médica, sexualidad, métodos de protección y estilos saludables. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar al paciente sobre actividades saludables. 	Se proporciona información sobre la sexualidad y el uso de los métodos barrera, focalizando estos contenidos con materiales didácticos que faciliten la mayor abstracción del contenido.	45 minutos a 1 hora
12	<ul style="list-style-type: none"> ▪ FODA. ▪ Plan de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Afianzar autoestima. ▪ Crear objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo. 	FODA; es una matriz en donde el paciente identifica sus: fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. Plan de vida; se especifican actividades a corto, mediano y largo plazo.	45 minutos a 1 hora
13	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cierre 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluar el cumplimiento de objetivos planteados. ▪ Intercambio de opiniones. 	Se realiza una evaluación de los objetivos terapéuticos en conjunto con el paciente.	45 minutos a 1 hora
14	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Control y evaluación periódica. 	Se programan sesiones con intervalos considerables de tiempo para supervisión y prevención de recaídas.	

Desarrollo de las sesiones psicoterapéutica para pacientes con VIH/SIDA

SESIÓN N° 1

Técnicas

- Diálogo socrático
- Encuadre

Objetivos

- Identificar la estructura cognitiva del paciente.
- Precisar objetivos psicoterapéuticos.
- Establecer normas y acuerdos.

Procedimiento

Al iniciar la primera sesión psicoterapéutica se realizan actividades consensuadas con el usuario; como es aclarar las estructuras cognitivas del paciente a través del diálogo socrático, técnica que utiliza a lo largo del proceso psicológico e inclusive facilita la adquisición de compromisos y la visualización de objetivos a corto, mediano y largo plazo.

Igualmente en esta sesión se establecen las normas, límites y reglas de la atención clínica, este encuadre psicológico ostenta la búsqueda de disciplina y adhesión al tratamiento.

Este primer contacto psicoterapéutico se genera fenómenos como es el afianzamiento de rapport y empatía, que propende el adecuado desarrollo de la terapia psicológica.

SESIÓN N° 2

Técnicas

- Intervención en crisis (contención emocional y escucha activa)

Objetivos

- Generar seguridad en el paciente.
- Solventar contención emocional.
- Disminuir síntomas ansiosos.
- Propiciar alternativas viables.

Procedimiento

En esta segunda sesión el objetivo principal será la contención emocional y por ende la disminución de síntomas ansiosos y depresivos.

Generalmente estas técnicas, son indispensables en cualquier etapa del proceso psicoterapéutico, ya que el paciente puede entrar en crisis en cualquier espacio de tiempo.

La escucha activa, empatía, concordancia afectiva y facial, promueven la sensación de aceptación en el paciente, lo cual se complementa de la focalización de la mayor información posible del suceso, para que esta sea modulada y expuesta de forma clara en distintas opciones para que el paciente tome decisiones frente al evento estresante.

SESIÓN N° 3

Técnicas

- Relajación muscular progresiva

Objetivos

- Favorecer la adquisición de estrategias que permitan disipar síntomas ansiosos y depresivos.

Procedimiento

Se ubica al paciente en un lugar libre de distractores, y se inicia el proceso de relajación, con la respiración diafragmática, se realizan ensayos cortos inicialmente para que posteriormente se realicen intervalos de mayor duración, una vez abstraída la técnica, se trabaja con los grupos musculares de forma progresiva, realizando contracciones y relajaciones. Subsecuentemente se sugiere al paciente, dirigiéndolo a que visualice su zona de confort y seguridad, una vez ahí se induce el sueño de forma gradual y finalmente logrado el efecto deseado se deja descansar al paciente por 5 minutos, consecutivamente se da instrucciones de restablecerse poco a poco a su estado anterior de vigilia.

Al terminar con la sesión se envía como trabajo en casa, a ensayar todos los días la relajación muscular progresiva de tal manera que se convierta en un hábito para que la adquisición de la técnica sea eficaz.

SESIÓN N° 4

Técnicas

- Diálogo socrático
- Quema de culpas

Objetivos

- Propicia catarsis y eliminación de emociones desadaptativas.

Procedimiento

Esta técnica de la gestalt, se inicia primeramente situando al paciente en la situación estresante anteriormente vivida, que genera emociones desbordantes, se realiza una carta minuciosa con detalles de los eventos en los que su conducta llevo a efectos no deseados.

Consiste en enunciar cada una de sus culpas en una hoja de papel y como acto significativo quemar esta carta.

Posteriormente a través del diálogo socrático se establece una síntesis general de las percepciones del paciente, al igual se trata de que este pueda manifestar su estado emocional actual.

SESIÓN N° 5

Técnicas

- Parafraseo
- Asignación de tareas (placentera)

Objetivos

- Establecer tareas que favorezcan el sentido de pertenecía y gratificación.

Procedimiento

Se inicia un recuento de las actividades sociales, recreativas, domésticas, etc, que al paciente le causaba placer antes de iniciar el cuadro psicopatológico, una vez analizadas y se establecen horarios de actividades en la que incluya de forma diaria al menos una actividad de estas, manejándose con tiempos de corta exposición hasta que al final esta sea más extensa.

Lo que se busca con esta técnica es que el paciente se reincorpore a su estilo de vida cotidiana en donde poco a poco se restablezca su sentido de permanencia y placer de los acontecimientos diarios.

SESIÓN N° 6

Técnicas

- Análisis de creencias irracionales

Objetivos

- Identificar distorsiones cognitivas que propenden a estados psicopatológicos.

Procedimiento

Se basa en la distorsiones cognitivas de Beck como son: pensamiento polarizado o dicotómico , sobregeneralización, abstracción selectiva o filtro mental, descalificar lo positivo, sacar conclusiones precipitadas, lectura de pensamiento, adivinación, proyección, magnificación, minimización, visión catastrófica, negación, negativismo, abstracción selectiva, razonamiento emocional, personalización, culpabilidad, sesgo confirmatorio y falacias.

Una vez familiarizadas con las distorsiones cognitivas se procede a la explicación de que todo evento o circunstancia genera un pensamiento (creencia) de este se desprende las emociones, reacciones corpóreas y la respuesta al estímulo.

La técnica está dirigida a identificar estas creencias irracionales y modificarlas, con el fin de obtener una conducta adaptativa.

SESIÓN N° 7

Técnicas

- Resolución de conflictos (role playing y banco de niebla)

Objetivos

- Favorecer la comunicación asertiva.
- Mejorar relaciones interpersonales

Procedimiento

Estas dos técnicas van de la mano, ya que en la resolución de conflictos explicamos los tipos de comunicación que se dan en las relaciones disfuncionales, a través del role playing, se sitúa al paciente como actor principal de este proceso, en este se ensaya la comunicación pasiva, agresiva y asertiva, dando pautas y estrategias claves como es el banco de niebla que facilita la comunicación empática y resolutiva.

Además se hace énfasis en las gesticulaciones al momento de comunicarse y como estas pueden influir en desarrollo de la relación.

SESIÓN N° 8

Técnicas

- Control y manejo de emociones
- ARPA
- Distracción

Objetivo

- Desarrollar habilidades que propendan el control y manejo de emociones.

Procedimiento

Inicialmente se realiza una explicación elemental de las emociones básicas y de su naturaleza, posteriormente se ensayan ejercicios físicos y mentales que modulen las emociones, uno de estos ejercicios es utilizar a la distracción como estrategia, otra es el ARPA (Alto, Respiro, Pienso y Actuó), pericia que requiere varios ensayo para que la abstracción por parte del paciente sea eficiente.

Igualmente estas estrategias se envían como trabajo en casa, para que el aprendizaje sea eficiente.

SESIÓN N° 9

Técnicas

- Diálogo socrático
- Detención del pensamiento

Objetivo

- Promover la identificación y control de pensamientos desadaptativo.

Procedimiento

La detención del pensamiento se lo realiza por medio de ejercicios mentales, en el momento en que se dispara el pensamiento anómalo, se dirige al paciente a visualizar mentalmente una señal de tránsito que sugiera pare o stop, con el fin de detener el contenido del pensamiento, posteriormente se sugiere al usuario reemplazarlo con otro pensamiento gratificante o importante.

Esta técnica requiere ser practicado por varias ocasiones, para que el paciente se adapte a este método, en el caso de que la técnica por sí sola no surta efecto se recomienda adherir otras conductas como el aplaudir, mencionar en voz alta el pare o silbar, el terapeuta deberá ser muy tinoso en el identificar los elemento que aseguren la eficacia del procedimiento.

SESIÓN N° 10

Técnicas

- Diálogo socrático
- Tarjetas flash

Objetivo

- Facilitar la adquisición de herramientas de automotivación.

Procedimiento

Se elabora tarjetas de 13 cm por 20 cm, en la cual se colocará frases que el paciente mismo idealiza, con el fin de motivarse en momentos que precedan la recaída, estas tarjetas deben tener mensajes corto pero con amplia carga afectiva.

Se sugiere al paciente a llevarlas con frecuencia con la finalidad de recurrir a ellas en momentos críticos.

SESIÓN N° 11

Técnica

- Psicoeducación

Objetivo

- Educar e informar al paciente en temas de interés y sobretodo de autocuidado.

Procedimiento

Se realiza exposiciones que tengan información de la condición médica de los portadores del virus y Síndrome de Inmunodeficiencia a la vez que se da información de los medios de protección, como es el uso de métodos barrera que eviten el intercambio de fluidos corporales.

Particularmente a esto se habla sobre el efecto del medicamento antiretrovirales y la disminución de carga viral que ofrece este método

Con este amplio bagaje de información se trata de minimizar las creencias irracionales y desconocimiento que el paciente puede tener.

SESIÓN N° 12

Técnica

- FODA
- Plan de vida

Objetivo

- Afianzar autoestima
- Crear con el paciente objetivos, metas a corto, mediano y largo plazo

Procedimiento

El FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas), se busca analizar e identificar los elementos de mismo, esto se realiza en una matriz en la que el paciente se realiza una autoevaluación integral de sí mismo.

El plan de vida es similar, aquí se coloca los objetivos, metas a corto, mediano y largo plazo, además a esto se agrega las conductas a realizar para obtener los propósitos.

Estas dos actividades son monitoreadas por el terapeuta con el fin de mantener una secuencia lógica y real.

SESIÓN N° 13

Técnica

- Cierre

Objetivo

- Identificar el cumplimiento de los objetivos planteados al inicio de la relación terapéutica.

Procedimiento

Se analiza uno a uno los objetivos propuestos, con el afán de que el paciente pueda palpar el procedimiento y los beneficios del mismo.

SESIÓN N° 14

Técnica

- Seguimiento

Objetivo

- Dar seguimiento, control y evaluación periódica.

Procedimiento

Se programan citas mensuales con el fin analizar la presencia o ausencia de síntomas psicopatológicos, en ocasiones se toma un retests para verificar la disminución de síntomas.

g. DISCUSIÓN

Gallego y Álvarez (2001), en su publicación: **Trastornos mentales en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana** ejecutado en Madrid en el 2001 a 60 pacientes portadores de VIH/SIDA, encuentra tendencias y probabilidades estadísticas entre las cuales figuran las siguientes: deterioro cognitivo se sitúa en primer lugar con “6.5-20%, reacción a estrés graves y trastornos adaptativos 4-10%, trastornos afectivos 4.40%, trastornos de ansiedad 4-40.5%, trastorno por abuso de alcohol 21,6-64,3%, trastorno por abuso de sustancias tóxicas 29-55,9% y los trastornos psicóticos en 0,2-15%”.

Entre los resultados obtenidos se vislumbra que trastorno de ansiedad es el más frecuente en el presente estudio investigativo con un porcentaje del 20%, posterior a este se encuentra el trastorno delirante con un 13%, y en tercer lugar encontramos la depresión mayor con 10%, seguido a estos encontramos la dependencia a sustancias y el trastorno de personalidad paranoide con un porcentaje del 8% cada una de ellas. Como se evidencia los resultados del trabajo expuesto y el realizado, las similitudes son mínimas en lo referente a la jerarquía, aunque en los patrones de tendencias a trastornos clínicos tienen amplias analogías.

García, Castro, Rodríguez, Sánchez y Cappello (2011), en su artículo: **Indicadores de enfermedades mentales en pacientes mexicanos con VIH/SIDA y su relación con la adherencia terapéutica**, elaborado en México a 76 pacientes infectados con VIH/SIDA, obtuvieron los siguientes resultados el 80% de los participantes presentó indicadores de enfermedades mentales correspondientes a: 28% conducta antisocial; 20% depresión clínica; 13% síndrome de estrés posttraumático, 12% psicosis orgánica y 8% discapacidad intelectual.

Al contrastar los resultados de este trabajo Mexicano con el presente estudio, no se llega a identificar concordancias ya que los patrones psicopatológicos son totalmente diferente a los resultados obtenidos en mi estudio, no obstante los únicos trastornos comunes que aparecen en las dos investigaciones son la depresión y síndrome de estrés postraumático.

En lo que respecta a factores que propenden la aparición de enfermedades mentales no existe estudios con los cuales hacer la comparación respectiva, por lo que únicamente expongo los resultados obtenidos en lo que corresponde a los factores de riesgo para la instauración de trastornos psicógenos entre los principales se encuentran: pensamientos irracionales, políticas poco efectivas y la estigmatización social cada una de ellas con un porcentaje del 8%, subsecuentemente se encuentra la ignorancia o desconocimiento de la enfermedad, satanización y prejuicios por parte de la religión igualmente estas dos categorías tienen el mismo porcentaje de 7%, a esto se suma con un 6% la comunicación deficiente y limitada de la familia con el paciente y con 5% la indiferencia emocional del grupo de vinculación primaria.

Por lo expuesto, el presente trabajo investigativo se enmarca dentro de los parámetros internacionales, como se lo ha demostrado en la constatación, con otros estudios, convirtiéndose en un referente de consulta.

h. CONCLUSIONES

En la Unidad de Atención a Personas Viviendo VIH/SIDA, la prevalencia de personas que presentan esta patología, mayoritariamente se da en el género masculino con un 70%, así como en grupos de edades de 31 a 35 años en un 32%, en lo que respecta a las ocupaciones las personas que se dedican a QQ.DD. son las que exhiben mayor número de contagio 32%.

El trastorno ansioso con un 20% ocupa el primer sitial en lo que corresponde a enfermedades mentales presentes en pacientes portadores del virus y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, subsecuentemente se encuentra el trastorno de ideas delirantes con un 13%, trastorno depresivo con un 11%, trastorno del pensamiento 10% y finalmente con un 8% el trastorno de dependencia a sustancias y trastornos de personalidad paranoide.

En lo que respecta a los factores que propenden la aparición de alteraciones psicológicas en este grupo de pacientes podemos vislumbrar a los pensamientos irracionales, estigmatización social, políticas poco efectivas con un porcentaje de influencia del 8% cada una de ellas, seguido a estos datos encontramos con un 7% el desconocimiento de la enfermedad por parte del usuario y los prejuicios emitidos por la religión, posteriormente se observa un 6% que manifiesta que otro factor desencadenante es la comunicación familiar limitada y deficiente, como último componente de mayor influencia se determinó la indiferencia emocional de la familia con un con 5%.

i. RECOMENDACIONES

Sugerir se implementen políticas en salubridad, que permitan crear eficientes sistemas de salud mental, en las Unidades de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH/SIDA, con el objetivo de salvaguardar la identidad y mejorar el estilo y calidad de vida.

Planificar y ejecutar una propuesta de intervención, con técnicas y estrategias psicoterapéuticas que coadyuven a un mejor pronóstico y afrontamiento de la enfermedad, posibilitándoles herramientas que les permita mejorar su calidad de vida.

Realizar el seguimiento a los usuarios que padezcan cuadros complejos con la finalidad de proporcionar un servicio óptimo y por ende disminuir el riesgo de abandono al tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico.

Propiciar la terapia ocupacional y recreativa que desarrollen destrezas en los usuarios de la Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH-SIDA, con la finalidad de abrir espacios de ocio y diversión.

Educar y concienciar a la colectividad, con información actualizada que permita disminuir el nivel de desconocimiento y por ende la estigmatización social que en muchos agreden a las personas portadoras del Virus o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

j. BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales. Estados Unidos: Arlington.
2. Bernardi, R., Defey, D., Garbarino, A., Tutté, J. y Villalba, J. (2004). Revista de Psiquiatría del Uruguay. 68 (2), 99-146.
3. Davidoff, L. (2003). Introducción a la Psicología. México: Editorial MCGRAW-HILL.
4. Grimaldo, J. (1996). La Psicoterapia de Apoyo: Conceptualización, técnicas y aplicaciones. Perú: Editorial Cesigraf.
5. Lira, G. (2012). Investigación Documental principales Corrientes en Psicoterapia. D.F, México: Editorial Universidad del Valle de México.
6. Mira, E. (1941). Manual de psicoterapia. Buenos Aires, Argentina: Editorial Kapelusz.
7. Millán, R. y Solano, N. (2010). Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal Revista. Colombia. 39 (2) 0034-7450.
8. Millon, T. (2007). Inventario clínico Multiaxial. Madrid, España: TEA Ediciones, S.A.
9. Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. España: Editorial Tórculo Artes Gráficas, S.A.
10. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. (2010). Informe epidemiológico ITS-VIH/SIDA. Uruguay: Editorial del Ministerio de Salud Pública.
11. Ministerio de Salud Pública del Ecuador: (2010) Guía de atención integral en VIH/Sida. Ecuador: Editorial OMS
12. Miranda, O. y Nápoles, M. (2009). Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana. Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
13. Núñez, A., Tobón, S., Vinaccia, S. y Arias, D. (2003). Diseño de un modelo de intervención psicoterapéutica en el VIH/SIDA a partir del enfoque procesual del estrés Suma Psicológica. Colombia. 13 (2) 0121-4381.

14. Organización Mundial de la Salud. (2009). Infección por el VIH a efectos de vigilancia y revisión de la estadificación clínica y de la clasificación inmunológica de la enfermedad relacionada con el VIH en adultos y niños. Ginebra, Suiza: Ediciones de la OMS.
15. Organización Mundial de la Salud. (2010). Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en adultos y adolescentes. Ginebra, Suiza: Ediciones de la OMS.
16. Organización Mundial de la Salud. (2013). Directrices unificadas sobre el uso de medicamentos antirretrovíricos para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH: Sinopsis de las características y recomendaciones principales: Ginebra, Suiza: Ediciones de la OMS.
17. Organización de las Naciones Unidas. (2013). informe sobre la epidemia mundial de sida. New York, Estados Unidos: Editorial Guidelines.
18. Universidad de Buenos Aires. (2010). La Psicología en el ámbito jurídico. Reflexiones ético-clínicas a través de un estudio cualitativo de casos. Buenos Aires, Argentina: Editorial Universidad de Buenos Aires
19. Raheb, C. y Vilaltella, T. (2009). Psicoterapia: Revisión Crítica Global y Consideraciones Teórico-Prácticas. Barcelona, España: Editorial Paidós
20. Serebrinsky, H. (2012). Psicoterapia de grupo. Suiza. 10(2) 2077-2161. 132.
21. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. (2012). Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH - SIDA. México: Impresora y encuadernadora Progreso, S.A. de C.V; Federal.
22. Vallejo, J. (2011). Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. Barcelona-España: Editorial BIGSA.
23. Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud Prensa Médica Latinoamericana. Uruguay: Printed Uruguay.
24. Teva, I., Bermúdez, M., Ramiro, M. y Buela, G. (2010). Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del

siglo XXI. Análisis de las diferencias entre países Sociedad Médica de Santiago. Chile: 140 (1) 0034-9887.

Referencias electrónicas

1. Gallego, L. y Gordillo, M. (2001). Trastornos mentales en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v18n11/revision.pdf?origin=publication_detail
2. García, I., Castro, A., Rodríguez, A., Sánchez, M. y Cappello, O. (2011). Indicadores de enfermedades mentales en pacientes mexicanos con VIH/SIDA y su relación con la adherencia terapéutica. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4324559>
3. González, M., Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. Recuperado de: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid
4. Medalit, L. y Jeri, F (2000). Personalidad en pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Recuperado de: <http://www.upch.edu.pe/famed/revista/index.php/RNP/article/view/827/851>
5. Organización Mundial de la Salud. (2008). VIH/SIDA y salud mental. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_6-sp.pdf

k. ANEXOS

Anexo 1

MCFI – III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON – III

El MCFI – III es una herramienta de evaluación en constante desarrollo que puede perfeccionarse según las necesidades del usuario, su autor es Theodore Millon con la colaboración de R. Davis y C. Millon. Es de aplicación individual y colectiva, para adultos. La aplicación varía entre veinte y treinta minutos.

Este reactivo fue elaborado en 1994, con influencia del DSM IV y actualizada en 2008, la cual presenta 175 preguntas dicotómicas, las mismas que valoran 14 escalas de personalidad, 10 escalas clínicas del síndrome, y 3 escalas de corrección. A su vez cualifica el síntoma, rasgo y trastorno de las 27 escalas iniciales.

CUADERNILLO

INSTRUCCIONES:

- Anote todas sus contestaciones en la hoja de respuestas que se le ha facilitado. **NO ESCRIBA EN ESTE CUADERNILLO.**
- Para contestar en la hoja de respuestas utilice un lápiz blando que escriba en color negro y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.
- Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes. **SEA LO MÁS SINCERO POSIBLE.**

- No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas; están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.
- A continuación tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la hoja de respuestas. SI ESTA DE ACUERDO con una frase o piensa que describe su forma de ser, MARQUE CON UNA X EL ESPACIO correspondiente a la letra V (Verdadero). Si por el contrario la frase NO REFLEJA NI CARACTERIZA su forma de ser, MARQUE CON UNA X EL ESPACIO de la letra F (falso). Así:

	V	F
1. Soy un ser humano	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como esta afirmación es verdadera para usted, se ha tachado el espacio de la letra V (Verdadero)		
2. Mido más de 3 metros.	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta afirmación es falsa para usted, por lo que se ha tachado el espacio de la letra F (Falso)		

- Procure responder a todas las frases aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar todas pero si no es capaz de decidirse, debe marcar el espacio de la letra F (falso).
- Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellene el otro espacio.
- No hay límite de tiempo para contestar a todas las frases, ero lo mejor es hacerlo con rapidez.

NO ABRA ESTE CUADERNILLO HASTA QUE SE LO INDIQUEN

1. Últimamente parece que me quedo sin fuerzas incluso por la mañana.
2. Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir.
3. Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cual empezar.
4. Gran parte del tiempo me siento débil y cansado.
5. Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo que piense la gente.
6. La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho.
7. Si mi familia me presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
8. La gente se burla de mi a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
9. Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita.
10. Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener.
11. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
12. Muestro mis emociones fácil y rápidamente.
13. En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo.
14. Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.
15. Las cosas que hoy van bien no duraran mucho tiempo.
16. Soy una persona muy agradable y sumisa.
17. Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
18. Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado.
19. Parece que elijo amigos que terminan tratándome mal.
20. He tenido pensamientos tristes gran parte de mi vida desde que era niño.
21. Me gusta coquetear con personas del otro sexo
22. Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.

23. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
24. Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.
25. Me siento culpable muy a menudo sin ninguna razón.
26. Los demás envidian mis capacidades
27. Cuando puedo elegir, prefiero hacer cosas solo.
28. Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado.
29. La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y seria.
30. Últimamente he comenzado a sentir deseos de destruir cosas.
31. Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención.
32. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
33. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le señalaría sus propios errores.
34. Últimamente he perdido los nervios
35. A menudo renuncio a hacer cosas porque temo no hacerlas bien.
36. Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira y luego me siento terriblemente culpable por ello.
37. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
38. Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.
39. Tomar las llamadas “drogas ilegales” puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
40. Creo que soy una persona miedosa e inhibida.
41. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
42. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya pasado algo bueno.
43. A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno.

44. Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo.
45. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan.
46. Siempre he sentido menos interés por el sexo que la mayoría de la gente.
47. Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.
48. Hace mucho tiempo decida que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
49. Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
50. No soporto a las personas influyentes que siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.
51. Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante o divertido.
52. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí.
53. Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería.
54. Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón.
55. En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial.
56. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
57. Pienso que soy una persona muy sociable y extravertida.
58. Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.
59. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
60. Simplemente, no he tenido la suerte que otros han tenido en la vida.
61. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.
62. Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.
63. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
64. No sé por qué pero, a veces, digo cosas crueles solo para hacer sufrir a los demás.

65. En el último año he cruzado el Atlántico en avión 30 veces.
66. En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo.
67. Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.
68. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
69. Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a rechazarme o criticarme.
70. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.
71. Cuando estoy solo, a menudo siento cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no puede ser visto.
72. Me siento desorientado, sin objetivos, y no se hacia dónde voy en la vida.
73. A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes.
74. No puedo dormir, y me levanto tan cansado como al acostarme.
75. Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.
76. Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme.
77. Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso.
78. Aunque este despierto, parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
79. Con frecuencia estoy irritado y de mal humor.
80. Para mí es muy fácil hacer muchos amigos.
81. Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven.
82. Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
83. Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro.
84. Me falta confianza en mí mismo para arriesgarme a probar algo nuevo.
85. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
86. Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme.
87. A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.

88. Cuando estoy en una fiesta nunca me aíso de los demás.
89. Observo a mi familia de cerca para saber en quien se puede confiar y en quién no.
90. Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo.
91. El consumo de “drogas ilegales” me ha causado discusiones con mi familia.
92. Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así.
93. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que solo pienso en mí mismo.
94. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
95. A menudo molesto a la gente cuando les doy órdenes.
96. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas.
97. Estoy de acuerdo con el refrán: “Al que madruga Dios le ayuda”.
98. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio.
99. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido.
100. Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, hasta cierto punto, me he convertido en un alcohólico.
101. Creo que no me tomo muchas de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería.
102. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
103. Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o idealizado.
104. No puedo experimentar mucho placer porque no creo merecerlo.
105. Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos.
106. He tenido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
107. He perdido completamente mi apetito, y la mayoría de las noches tengo problema para dormir.

108. Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mí mismo.
109. El recuerdo de una experiencia muy perturbadora de mi pasado siga apareciendo en mis pensamientos.
110. El año pasado aparecí en la portada de muchas revistas.
111. Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras como el sexo.
112. He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven.
113. Me he metido en problemas con la ley un par de veces.
114. Una buena manera de evitar los errores es tener una rutina para hacer las cosas.
115. A menudo otras personas me culpan de cosas que no he hecho.
116. He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a la raya.
117. La gente piensa que, a veces, hablo sobre cosas extrañas o diferentes a las de ellos.
118. Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin tomar drogas.
119. La gente está intentando hacerme creer que estoy loco.
120. Haría algo desesperado para impedir que me abandonase una persona que quiera.
121. Sigo dándome atracones de comida un par de veces por semana.
122. Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino.
123. Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste.
124. Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico.
125. A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado de prisa para ellos.
126. Hoy, la mayoría de la gente de éxito ha sido afortunada o deshonesto.
127. No me involucro con otras personas a no ser de que este seguro que les voy a gustar.

128. Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra.
129. Años después, todavía tengo pesadillas acerca de un acontecimiento que supuso una amenaza real para mi vida.
130. Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.
131. Beber alcohol me ayuda cuando me siento deprimido.
132. Odio pensar en algunas de las formas en las que se abusó de mi cuando era un niño.
133. Incluso en los buenos tiempos siempre he tenido miedo de que las cosas pronto fuesen mal.
134. Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.
135. Estar solo, sin ayuda de alguien cercano de quien depender, realmente me asusta.
136. Sé que he gastado más dinero del que debiera comprando “drogas ilegales”.
137. Siempre compruebo que he terminado mi trabajo antes de tomarme un descanso para actividades de ocio.
138. Noto que la gente está hablando de mi cuando paso a su lado.
139. Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas.
140. Creo que hay una conspiración contra mí.
141. Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí.
142. Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco.
143. Algunas veces me obligo a vomitar después de comer.
144. Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago o digo.
145. Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.
146. Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.
147. Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente.

148. Pocas cosas en la vida me dan placer.
149. Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente.
150. Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido.
151. Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás.
152. Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.
153. Alguien ha estado intentando controlar mi mente.
154. He intentado suicidarme.
155. Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgada de lo que estoy.
156. No entiendo porque algunas personas me sonrían.
157. No he visto un carro en los últimos 10 años.
158. Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño.
159. Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales.
160. Mi vida actual se ve todavía afectada por imágenes mentales de algo terrible que me paso.
161. Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado.
162. A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mi alrededor.
163. La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.
164. Hay terribles hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirme en mis pensamientos y sueños.
165. No tengo amigos íntimos al margen de mi familia.
166. Casi siempre actúo rápidamente, no pienso las cosas tanto como debiera.
167. Tengo mucho cuidado de mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí.

168. Con mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad que me molesta.

169. Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o rechazo de los demás.

170. Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.

171. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.

172. La gente me dice que soy una persona muy formal y moral.

173. Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.

174. Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de la que tengo.

175. A algunas personas que se supone que son mis amigos, les gustaría hacerme daño.

MCMII – III
INVENTARIO CLÍNICO MULTIAIXIAL DE MILLON – III
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS

Nombre y apellido: _____
 No. Cédula: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: F () M ()
 Profesión actual: _____

1.1. ESTADO CIVIL

No ha estado casado	()	Divorciado	()
Separado	()	Casado (2 nupcia o más)	()
Viudo	()	Vive en pareja	()
Casado en 1 matrimonio	()	Otros (especificar) _____	

1.2. NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS (Marque con una x el nivel más alto que haya cursado)

Primaria	()	Universidad incompleta	()
8 de EGB o Graduado escolar	()	Universidad completa	()
Bachillerato	()	Otros: _____	

1.3. ENTORNO EN EL QUE CONTESTA A LA PRUEBA (Marque con una x el que corresponda)

Escuela, universidad, etc.	()	Centro de salud (consultas)	()
Hospital o clínica	()	Orientación profesional	()
Centro de detención	()	Otras: _____	

1.4. LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA

Origen: _____ Residencia: _____

1.5. INDIQUE CON LOS NÚMEROS 1 Y 2 SUS DOS PRINCIPALES PROBLEMAS.

Matrimonial o familiar	()	Problemas mentales	()
Cansancio o enfermedad	()	Trabajo, estudios o empleo	()
Drogas	()	Alcohol	()
Confianza en sí mismo	()	Conducta antisocial	()
Soledad	()		

A CUMPLIMIENTO POR EL EXAMINADOR:

Paciente internado SI () NO ()

Trastorno eje I presentado:

Hace menos de 1 semana ()
 Entre 1 y 4 semanas ()
 Hace más de 4 semanas ()

HOJA DE RESPUESTAS

Marque con una "X" la respuesta (V = verdadero; F = falso) que mejor le describa a usted y a su manera de ser.

1	V	F	26	V	F	51	V	F	76	V	F	101	V	F	126	V	F	151	V	F
2	V	F	27	V	F	52	V	F	77	V	F	102	V	F	127	V	F	152	V	F
3	V	F	28	V	F	53	V	F	78	V	F	103	V	F	128	V	F	153	V	F
4	V	F	29	V	F	54	V	F	79	V	F	104	V	F	129	V	F	154	V	F
5	V	F	30	V	F	55	V	F	80	V	F	105	V	F	130	V	F	155	V	F
6	V	F	31	V	F	56	V	F	81	V	F	106	V	F	131	V	F	156	V	F
7	V	F	32	V	F	57	V	F	82	V	F	107	V	F	132	V	F	157	V	F
8	V	F	33	V	F	58	V	F	83	V	F	108	V	F	133	V	F	158	V	F
9	V	F	34	V	F	59	V	F	84	V	F	109	V	F	134	V	F	159	V	F
10	V	F	35	V	F	60	V	F	85	V	F	110	V	F	135	V	F	160	V	F
11	V	F	36	V	F	61	V	F	86	V	F	111	V	F	136	V	F	161	V	F
12	V	F	37	V	F	62	V	F	87	V	F	112	V	F	137	V	F	162	V	F
13	V	F	38	V	F	63	V	F	88	V	F	113	V	F	138	V	F	163	V	F
14	V	F	39	V	F	64	V	F	89	V	F	114	V	F	139	V	F	164	V	F
15	V	F	40	V	F	65	V	F	90	V	F	115	V	F	140	V	F	165	V	F
16	V	F	41	V	F	66	V	F	91	V	F	116	V	F	141	V	F	166	V	F
17	V	F	42	V	F	67	V	F	92	V	F	117	V	F	142	V	F	167	V	F
18	V	F	43	V	F	68	V	F	93	V	F	118	V	F	143	V	F	168	V	F
19	V	F	44	V	F	69	V	F	94	V	F	119	V	F	144	V	F	169	V	F
20	V	F	45	V	F	70	V	F	95	V	F	120	V	F	145	V	F	170	V	F
21	V	F	46	V	F	71	V	F	96	V	F	121	V	F	146	V	F	171	V	F
22	V	F	47	V	F	72	V	F	97	V	F	122	V	F	147	V	F	172	V	F
23	V	F	48	V	F	73	V	F	98	V	F	123	V	F	148	V	F	173	V	F
24	V	F	49	V	F	74	V	F	99	V	F	124	V	F	149	V	F	174	V	F
25	V	F	50	V	F	75	V	F	100	V	F	125	V	F	150	V	F	175	V	F

ANEXO 2

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

La definición tal vez más genérica e intuitiva de la entrevista sea la clásica de Bingham y Moore.

La entrevista es una conversación con un propósito.

Siendo así que la entrevista tanto estructurada, no estructurada o semi-estructurada, tiene una finalidad potencial, que es el abstraer información válida y precisa.

Por lo que la entrevista semiestructurada se basa en preguntas que tienen algún tipo de estructuración: el guión está formado por áreas concretas, dentro las cuales el entrevistador puede hacer las preguntas que le parezcan oportunas, siguiendo algún tipo de orientación algo detallada (Perpiña, 2012, p. 24).

En lo que respecta a la entrevista semi-estructurada que se usó en la presente investigación es el modelo de Torres, Arruabarrena y De Paúl, esta entrevista fue elaborada en el año 1996, la cual consta de 10 ítems, que aborda de forma integral la percepción del sujeto sobre su realidad.

Autores: Torres, Arruabarrena y De Paúl.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. Datos de identificación- composición e historia familiar.
 - Miembros del núcleo familiar.
 - Relaciones familiares.
2. Contexto socio-económico-cultural.
 - Características del barrio.
 - Características de la vivienda.
 - Situación laboral.
 - Situación económica de la familia.
 - Nivel educativo/ cultural de los

- miembros del grupo familiar.
3. Características-funcionamiento individual de los padres o pareja.
 - Antecedentes familiares.
 - Salud mental-nivel intelectual-funcionamiento psicológico.
 - Actividades de ocio y esparcimiento.
 4. Características-funcionamiento individual
 - Salud y bienestar físico.
 - Salud mental.
 - Nivel intelectual-funcionamiento psicológico.
 5. Nivel interpersonal-relaciones: relaciones familiares
 - Relaciones de pareja
 - Relaciones padres-hijos
 - Relaciones entre hermanos
 - Relaciones con la familia extensa.
 6. Nivel Interpersonal-relaciones: relaciones sociales
 - Relaciones sociales con pares y entorno.
 7. Contactos con los servicios sociales
 - Historia de los contactos con los servicios sociales.
 - Calidad de la relación existente con los servicios sociales.
 8. Sucesos/situaciones estresantes para la familia
 - Se complementa con los datos obtenidos en el resto de la entrevista.
 9. La familia ante la(s) situación (es) de desprotección.
 - Reconocimiento de las situaciones de desprotección.
 10. Observaciones e impresiones de profesional.
 - Impresiones del evaluador sobre la calidad de información obtenida, planificación de pasos a seguir.

ANEXO 3

HISTORIA CLÍNICA

Datos de filiación:

Nombres:

Lugar y fecha de nacimiento:

Edad:

Estado civil:

Escolaridad:

Ocupación:

Motivo de consulta:

Enfermedad actual:

Anamnesis personal:

Embarazo y parto:

Infancia y niñez:

Adolescencia:

Juventud:

Aduldez:

Senectud:

Anamnesis familiar:

Anamnesis laboral:

Anamnesis social:

Exploración psicopatológica

Aspecto, actitud y conducta:

Conciencia:

Orientación:

Memoria y atención:

Psicomotricidad:

Lenguaje:

Humor y afectividad:

Pensamiento:

Sensopercepción:

Voluntad:

Inteligencia:

Hábitos fisiológicos: sueño, alimentación, conducta sexual:

Juicio e introspección:

Diagnóstico Multiaxial

Eje I:

Eje II:

Eje III:

Eje IV:

Eje V:

Recomendaciones:

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor(a):-----

En pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido debidamente informado y en consecuencia autorizo se use la información que proporcione en el desarrollo de la tesis” DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO EN PACIENTES PORTADORES DEL VIRUS Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH-SIDA) DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS VIVIENDO CON VIH-SIDA, DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA. PROPUESTA PSICOTERAPÉUTICA. PERÍODO 2014-2015. Para el cual se llega a las siguientes cláusulas:

1. No se revelaran datos de filiación.
2. He comprendido la naturaleza y propósito del procedimiento.
3. He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas.
4. Estoy satisfecho(a) con la información proporcionada.
5. Entiendo que mi consentimiento puede ser revocado en cualquier momento antes de la realización del procedimiento.
6. Reconozco que todos los datos proporcionados referentes al historial médico y psicológico son ciertos.

Por tanto, declaro estar debidamente informado y doy mi expreso consentimiento a la realización del tratamiento propuesto.

Firma



Ministerio
de Salud Pública

HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA

UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL A PVV



Loja, 8 de abril del 2015

Dr. Jorge Yaruquí Carrión
MEDICO TRATANTE DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA

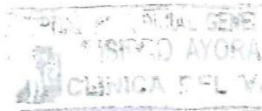
CERTIFICA:

Que la señorita **QUEZADA MONTAÑO RUTH LILIANA** realizó el desarrollo de su tema de tesis **DIAGNOSTICO PSICOLOGICO EN PORTADORES DEL VIRUS Y SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA (VIH-SIDA) EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS VIVIENDO CON VIH-SIDA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, PERIODO 2014-2015. PROPUESTA PSICOTERAPÉUTICA.**

Es todo cuanto puedo certificar

Dr. Jorge Yaruquí Carrión
MEDICO TRATANTE DEL HIAL

Dr. Jorge Yaruquí Carrión
MSP: L XI F 1 N° 1
QUITO, 15-X-1999
Mat. Nro. 567 C.M.A.



Av. Manuel Agustín Aguirre y Juan José Samaniego
Teléfono: 2570540 ext. 7333
<http://instituciones.msp.gob.ec/dps/loja/>