



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TÍTULO:

**“APOYO SOCIAL PERCIBIDO E IDEACIÓN SUICIDA EN
PACIENTES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A
PERSONAS VIVIENDO CON VIH-SIDA DEL HOSPITAL
GENERAL ISIDRO AYORA, LOJA”.**

Tesis previa a la obtención al
título de Psicóloga Clínica

**AUTORA: Andrey Anahí Ríos Herrera
DIRECTORA: Psic. Clin. Mayra Daniela Medina Ayala, Mg. Sc.**

**LOJA – ECUADOR
2020**

CERTIFICACIÓN

Loja, 18 de febrero del 2020

Psic. Clin. Mayra Daniela Medina Ayala, Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Haber dirigido, revisado y corregido el desarrollo del trabajo de titulación “APOYO SOCIAL PERCIBIDO E IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS VIVIENDO CON VIH-SIDA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA, LOJA” de la autoría de la egresada de la carrera de Psicología Clínica, Andrey Anahi Rios Herrera con número de cedula 1104960503.

Por lo que, en cuanto a mi criterio personal el trabajo de titulación del estudiante reúne satisfactoriamente los requerimientos de forma y fondo, exigidos y estipulados en el régimen académico de la Universidad Nacional de Loja, por lo que autorizo su presentación para la asignación del Tribunal de Calificación y su disertación pública de la misma graduación.



Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala, Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Andrey Anahí Ríos Herrera, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo explícitamente a la Universidad Nacional de Loja, a la Facultad de Salud Humana y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

De la misma manera acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual (RIB).

Autora: Andrey Anahí Ríos Herrera

Cedula de Identidad: 110496050-3

Fecha: 18 de febrero del 2020

Firma:



CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Andrey Anahí Ríos Herrera, declaro ser la autora de la tesis titulada “**Apoyo social percibido e Ideación suicida en pacientes de la Unidad de atención integral a personas viviendo con VIH-SIDA del Hospital General Isidro Ayora, Loja**”, como requerimiento para optar el grado 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 la visibilidad de su contenido de la misma en el Repositorio Digital Institucional:

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

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veintisiete días del mes de agosto del dos mil diecinueve, firma la autora.

Firma:



Autora: Andrey Anahí Ríos Herrera

Cédula: 110496050-3

Dirección: Cdla. Pio Jaramillo Alvarado

Correo electrónico: andreyrh95@hotmail.com **Teléfono móvil:** 0961211506

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc

Tribunal de grado:

Presidente: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza. Mg. Sc.

Vocal: Psi. Cl. María Paula Torres Pozo. Mg. Sc.

Vocal: Psi. Cl. Marco Vinicio Sánchez Salinas. Mg. Sc

DEDICATORIA

Dedicado primeramente a Dios, a mis seres queridos, familia materna, amigos y compañeros quienes con su paciencia, confianza y amor me supieron apoyar en cada paso en el transcurso de mi vida universitaria.

A mi mami Piedad, que desde siempre y en todo momento ha sido mi apoyo y ejemplo de lucha, quien en toda circunstancia ha creído en mí, en mis capacidades y ha guiado cada uno de mis pasos.

A mis abuelitos maternos, Alfredo y Elisa, quienes son mi ejemplo a seguir, en ellos he visto que con esfuerzo y dedicación se puede llegar muy lejos; quienes con sus enseñanzas, cariño y consejos me han ayudado a ser una persona perseverante y luchadora.

A Carlos, quien ha sabido apoyarme y brindarme su amor, siendo fuente de motivación y alegría.

Con todo el cariño esta tesis la dedico a ustedes.

Andrey Anahi Rios Herrera

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la vida y permitirme llegar con salud a este día; así mismo, por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio. A todos y cada uno de mis familiares por su apoyo, consejos, comprensión y ayuda en los momentos difíciles, enseñándome a afrontar las adversidades con coraje para seguir adelante sin desmayar y conseguir mis objetivos.

A mí enamorado, por estar al pendiente en cada situación, por su apoyo.

A la Universidad Nacional de Loja y de manera especial a la carrera de Psicología Clínica que por varios años se encargó de mi formación académica.

De igual forma un agradecimiento sincero y fraterno a cada uno de nuestros docentes, ya que la educación brindada fue muy valiosa; a Ustedes les debo una formación integral, una formación de la que me siento orgullosa.

A mi directora de tesis, Psic. Clin. Mayra Daniela Medina Ayala, por su valiosa guía y asesoramiento en la realización de mi proyecto de tesis.

Por último, pero no menos importante, a las personas que conforman la “Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH-SIDA” por su apertura y colaboración al momento de recopilar la información para el desarrollo de mi investigación.

Gracias a todas las personas que contribuyeron directa o indirectamente en la realización de este proyecto.

Andrey Anahi Rios Herrera

ÍNDICE GENERAL

CARÁTULA	i
CERTIFICACIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
AUTORÍA	¡Error! Marcador no definido.
CARTA DE AUTORIZACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xii
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA.....	7
4.1. Virus de la Inmunodeficiencia Humana – Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida. (VIH-SIDA).....	7
4.1.1. Definiciones.....	7
4.1.1.1. Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	7
4.1.1.2. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	7
4.1.2. Vías de Transmisión	8
4.1.3. Diagnóstico.....	9
4.1.3.1. Pruebas de Tamizaje y Confirmatorias.	9
4.1.3.2. Pruebas rápidas para VIH-SIDA.	10
4.1.3.3. Pruebas de Elisa para VIH-SIDA.....	10
4.1.3.4. Western Blot.....	10

4.1.4.	Consecuencias Psicológicas	10
4.1.5.	Tratamiento.....	11
4.1.5.1.	Tratamiento médico.....	11
4.1.5.2.	Tratamiento psicológico.....	12
4.2.	Apoyo Social Percibido	15
4.2.1.	Definición	15
4.2.2.	Mecanismo de acción del apoyo social en la salud.	15
4.2.2.1.	Efecto directo	15
4.2.2.2.	Efecto tampón o amortiguador	15
4.2.3.	Fuentes de Apoyo Social	16
4.2.3.1.	Papel de la familia en el apoyo social.	16
4.3.	Ideación Suicida.....	18
4.3.1.	Definición	18
4.3.2.	Etiopatogenia	18
4.3.3.	Epidemiología.....	19
4.3.4.	Clasificación	20
4.3.5.	Diagnóstico.....	21
4.3.5.1.	Evaluación del riesgo de suicidio en un futuro inmediato:	22
4.3.5.2.	Evaluación de un paciente con un intento suicida reciente:.....	23
4.3.6.	Tratamiento.....	23
4.3.6.1.	Criterios de ingreso	24
4.3.7.	Prevención	25
5.	MATERIALES Y MÉTODOS	27
6.	RESULTADOS	33
7.	DISCUSIÓN.....	47
8.	CONCLUSIONES	50
9.	RECOMENDACIONES	51

10.	BIBLIOGRAFÍA.....	52
11.	ANEXOS.....	58
	Anexo 1: Aprobación del proyecto de tesis.....	58
	Anexo 2: Autorización para aplicación de reactivos.....	59
	Anexo 3: Consentimiento Informado.....	60
	Anexo 4: Cuestionario estandarizado del estudio de desenlaces médicos de Apoyo Social (MOS).....	61
	Anexo 5: Escala de pensamientos suicidas de Beck.....	63
	Anexo 6: Memoria Fotográfica.....	66
	Anexo 7: Certificado de traducción.....	68
	Anexo 9: Proyecto de tesis.....	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Apoyo Social percibido por pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA.....	32
Tabla 2 Ideación Suicida en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA del HIAL...	34
Tabla 3 Influencia entre apoyo social percibido e ideación suicida en pacientes de la Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH-SIDA del HIAL.....	35

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Apoyo Social percibido por pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA.....	32
Gráfico 2 Ideación Suicida en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA del HIAL.....	34

1. TÍTULO

“APOYO SOCIAL PERCIBIDO E IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS VIVIENDO CON VIH-SIDA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA, LOJA”.

2. RESUMEN

El Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) además de llevar consigo el estigma social que dificulta de forma importante la adaptación del paciente a la enfermedad, puede causar tantas consecuencias psicológicas como otras enfermedades crónicas que son mortales e incurables, generando respuestas emocionales negativas que pueden desencadenar en intentos e ideaciones suicidas sobre todo cuando las personas no cuentan con redes de apoyo lo suficientemente fuertes. Es por esta razón que el presente estudio determinó la existencia de la relación entre el Apoyo social percibido y la Ideación Suicida en pacientes con VIH-SIDA. Para el desarrollo de la investigación se ejecutó un diseño descriptivo - correlacional con un corte transversal, en el que participaron 186 pacientes de la Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH-SIDA del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja. Los reactivos utilizados fueron: Consentimiento informado, Cuestionario estandarizado del Estudio de Desenlaces Médicos de Apoyo Social (MOS) y Escala de Ideación Suicida de Beck. Mediante los resultados se identificó una relación inversamente proporcional ya que a mayor apoyo social existirá menor ideación suicida, así mismo, a menor apoyo social habrá un mayor índice de ideación suicida. A partir de los datos obtenidos se diseñó un plan de intervención, basado en psicoeducación enfocado en la incidencia del Apoyo social y la prevención del suicidio en pacientes de la Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH-SIDA del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.

Palabras clave: VIH, SIDA, apoyo social, ideación suicida, depresión, enfermedad crónica.

ABSTRACT

Human immunodeficiency virus (HIV) in addition to carry the social stigma that makes it difficult for the patient to adapt to the illness, it can cause as many psychological consequences as other chronic diseases that are fatal and incurable, generating negative emotional responses that can trigger suicidal attempts and ideations especially when people do not have enough strong support networks. For this reason, the present study sought to determine the existence of the relationship between perceived Social Support and Suicidal Ideation in patients with HIV-AIDS. For the development of the research, a descriptive - correlational design with a cross-section was executed, in which 186 patients from the Integral Care Unit for People Living with HIV-AIDS from the Isidro Ayora Hospital in the city of Loja participated. The reagents used were: Informed Consent, Standardized Questionnaire of the Study of Medical Support of Social Support and Beck's Suicidal Ideation Scale. Through the results a negative and statistically significant correlation was identified by determining an inversely proportional relationship since the greater social support there will be less suicidal ideation, likewise, the less social support there will be a greater index of suicidal ideation. Based on the data obtained, an intervention plan was designed, based on psychoeducation focused on the incidence of social support and suicide prevention in patients of the Comprehensive Care Unit for People Living with HIV-AIDS at Isidro Ayora City Hospital from Loja.

Keywords: HIV, AIDS, social support, suicidal ideation, depression, chronic disease.

3. INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como propósito principal el estudio del Apoyo Social Percibido y la Ideación Suicida en pacientes de la Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH-SIDA, al ser un tema innovador en la investigación, es relevante definir al Apoyo Social percibido como la ayuda que recibe un individuo de otros especialmente en situaciones adversas, a través de la cual se mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, instrumental, afectivo y la interacción social positiva (Aranda y Pando, 2014). Desde los años setenta el Apoyo Social se convierte en una importante variable en la prevención de psicopatologías, ya que las personas que cuentan un con apoyo social positivo lo harán mejor que aquellas que lo carecen (Barragán, González, Martínez, Moreno y Rodríguez, 2018). El apoyo social percibido parece ser especialmente importante para las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), debido a que los pacientes que presentaban niveles bajos de apoyo social percibido experimentaban más síntomas físicos, más desesperanza y depresión que aquellos con un nivel alto de apoyo social y también estaba asociado de manera significativa con los trastornos del estado de ánimo (Aranda B. & Pando M., 2014).

El VIH origina los mismos trastornos psicológicos que otras enfermedades catastróficas, pero, además lleva consigo el estigma social que dificulta de forma importante la adaptación del paciente a la enfermedad, generando respuestas emocionales negativas que pueden desencadenar intentos e ideaciones suicidas (Palacios et al, 2006). Según el Informe de Salud en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud, 2012 (OPS) la ideación suicida se define como pensamientos o cogniciones frecuentes sobre la elaboración de planes para acabar con la propia vida. La ideación suicida es un síntoma que aparece con relativa frecuencia entre los pacientes con infección por VIH, algunos

estudios epidemiológicos han demostrado que los individuos con VIH tienen una mayor probabilidad de suicidarse que el resto de la población general (Palacios et al, 2006).

González y Piña (2011) consideran al apoyo social como una de las variables predictoras para la adherencia al tratamiento terapéutico, así como de los bajos niveles de depresión, demostrando que si los pacientes perciben cariño, amor o sentimientos de apego lograrán un adecuado control sobre su enfermedad. De esta misma manera Remor (2002) refiere que, al enfrentarse a situaciones de vida estresantes, las personas con enfermedades crónicas que cuentan con un óptimo apoyo social presentan mayores capacidades de afrontamiento que aquellas que no lo tienen, ya que el apoyo social actúa como un amortiguador frente a dichas situaciones y en general puede ayudar a prevenir o a reducir el riesgo de psicopatologías o enfermedades físicas crónicas. Al analizar la variable Ideación suicida y su problemática se estableció la relevancia de realizar la presente investigación, con un enfoque mixto cuali-cuantitativo, descriptivo/correlacional cuyo objetivo general se orientó a: Determinar el Apoyo Social Percibido e Ideación Suicida en pacientes de la Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH-SIDA; a través de los siguientes objetivos específicos: 1) Explorar el apoyo social percibido en los pacientes con VIH-SIDA a través del Cuestionario estandarizado del Estudio de Desenlaces Médicos de Apoyo Social, 2) Identificar la ideación suicida en pacientes con VIH-SIDA, a través de la Escala de Ideación Suicida de Beck, 3) Determinar la influencia del Apoyo Social Percibido en el desarrollo de Ideación Suicida y 4) Diseñar un plan de intervención basado en la psicoeducación, en prevención al suicidio en pacientes de la Unidad de Atención Integral a Personas viviendo con VIH-SIDA, del Hospital General Isidro Ayora de Loja. Tras la revisión de la literatura se planteó la siguiente pregunta de

investigación: ¿El apoyo social percibido influye en el desarrollo de ideación suicida en pacientes de la Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH-SIDA?

Esta investigación se encuentra dividida en 4 Capítulos: Virus de la Inmunodeficiencia Humana- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH-SIDA): enfocado al desarrollo teórico sobre el constructo; Apoyo Social Percibido: contiene aproximaciones conceptuales, mecanismos de acción y dimensiones del término; Ideación Suicida: enfocada en un bagaje teórico sobre el término; Metodología: especifica la metodología y el procedimiento del estudio y Resultados: en el cual se expone los resultados obtenidos de la investigación.

Tras la investigación los resultados señalan que el apoyo social percibido por el paciente con VIH-SIDA, se correlaciona directamente con la ideación suicida, y por ello se considera como un factor relevante en la prevención del suicidio, tanto en esta población como en cualquier otra que se considere vulnerable.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1. Virus de la Inmunodeficiencia Humana – Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida. (VIH-SIDA)

4.1.1. Definiciones

4.1.1.1. Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

La Organización Mundial de la Salud (2014) 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*”.

El VIH O Virus de la Inmunodeficiencia Humana es un retrovirus que ataca al sistema inmunitario del individuo infectado, ataca y destruye los linfocitos CD4, que son células del sistema inmune y que se encargan de la fabricación de anticuerpos para combatir las infecciones causadas por agentes externos (Infosida, 2019).

4.1.1.2. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) término el cual se aplica a los estadios de contagio por VIH más avanzados y se establece por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres concomitantes con el VIH (Glenn, 2014).

El SIDA consiste en la manifestación de una o diversas enfermedades, las cuales se desarrollan porque el virus provoca la destrucción lenta, continua y progresiva de una parte del sistema encargado de la defensa del organismo, el sistema inmunitario (Infosida, 2019).

4.1.2. Vías de Transmisión

El virus del VIH-SIDA puede ser encontrado en líquidos y secreciones corporales tales como: la sangre, semen, líquido preseminal, secreción vaginal y leche materna. Las prácticas que permitan el contacto de dichos líquidos y de las secreciones corporales con las mucosas y el torrente sanguíneo, por ejemplo una herida abierta, de otra persona puede causar infección por VIH (Estébanez, 2005).

Las formas más comunes de transmisión según (Estébanez, 2005) son:

- **Vía Sexual:** Relaciones sexuales ya sean: anales, vaginales u orales sin la utilización del preservativo, ya que el virus puede pasar mediante el flujo vaginal, el líquido preseminal o el semen en contacto con los fluidos o las mucosas (tejido en el interior de la boca) de otra persona.
- **Vía Sanguínea:** Por compartir agujas, jeringas, máquinas de afeitar, alicates, piercings, agujas para tatuar o cualquier otro elemento cortante o punzante en general; también por compartir otro objeto que contenga la sangre de una persona infectada.
- **Vía Vertical (madre a hijo):** Expansión del virus de la madre seropositiva a su hijo durante el embarazo, el parto, o la lactancia materna a través de la leche materna. El riesgo de transmisión materno-infantil del VIH es poco cuando el VIH se detecta lo más temprano posible durante el embarazo o incluso antes, cuando las mujeres seropositivas reciben medicamentos contra el VIH durante el embarazo y el parto y; en determinadas circunstancias, se someten a una cesárea programada y por último cuando los bebés de madres seropositivas reciben

medicamentos contra el VIH en las primeras 4 a 6 semanas de vida y no son amamantados.

4.1.3. Diagnóstico

El diagnóstico de infección por VIH puede estar basado en la detección del virus o de sus antígenos en la persona infectada, o de los anticuerpos que una persona con infección genera frente al virus (Portalfarma, 2019). Las pruebas de laboratorio utilizadas en la infección por VIH se pueden clasificar en pruebas de tamizaje, confirmatorias (Portalfarma, 2019).

4.1.3.1. Pruebas de Tamizaje y Confirmatorias.

Las pruebas de tamizaje son también conocidas como pruebas de screening, y tienen como objetivo principal captar la mayor parte de muestras que reaccionen en el test, pero no dan un resultado definitivo. Por ello, todo reporte de este tipo de pruebas tiene que ser notificado en términos de reactivo o no reactivo. Además, éstas pruebas permiten detectar antígenos y/o anticuerpos contra el VIH y constituyen el primer paso para el diagnóstico de la infección (MSP, 2019).

Por otro lado, las pruebas confirmatorias, son las que permiten confirmar si la persona está infectada por VIH. Por tal motivo el resultado de estas pruebas se reporta como positivo o negativo. Si se obtiene un resultado positivo en test confirmatorio, indica contagio por VIH (MSP, 2019).

4.1.3.2.Pruebas rápidas para VIH-SIDA.

Pruebas de tipo cualitativo que permiten detectar anticuerpos y/o antígenos. Estas pruebas pueden realizarse en sangre total, plasma y suero, dependiendo del fabricante. No requieren instalaciones ni equipamiento especial para poder ser ejecutadas (Portalfarma, 2019).

4.1.3.3.Pruebas de Elisa para VIH-SIDA.

Estas pruebas son cuantitativas, al contrario de las pruebas rápidas. Permiten detectar anticuerpos y/o antígenos. Para realizar este tipo de pruebas es necesario contar con una infraestructura de laboratorio y el equipo lector de Elisa. Permiten analizar grandes volúmenes de muestras (Portalfarma, 2019).

4.1.3.4.Western Blot.

Es la prueba confirmatoria empleada actualmente en el Ecuador. Detecta anticuerpos contra diferentes proteínas específicas del virus, y se la utiliza para confirmar el contagio de VIH (MSP, 2019).

4.1.4. Consecuencias Psicológicas

Gullón, (2017) sostiene que al igual que en cualquier enfermedad crónica, existen una serie de consecuencias psicológicas en personas con VIH-SIDA, algunas relacionadas con la amenaza al bienestar del paciente y otras al grave rechazo que genera a nivel social. Cuando una persona conoce que ha realizado prácticas de riesgo y que puede haber contraído el VIH, puede experimentar un estado de mucha ansiedad, pues existe una gran incertidumbre ante el qué va a ocurrir. Por ello, se puede generar estrés e inquietud hasta que se reciben los resultados. En el momento que el paciente y la familia reciben la noticia del diagnóstico positivo, se pueden vivir una serie de consecuencias emocionales que

conllevar un estado de shock, donde ocurren reacciones emocionales muy variadas, dependiendo de los recursos sociales o emocionales con los que se cuente:

- Depresión
- Ansiedad
- Ideas de suicidio
- Auto-rechazo personal
- Culpabilidad
- Problemas de autoestima
- Problemas sexuales y afectivos
- Problemas de identidad personal

Las consecuencias psicológicas en pacientes con VIH-SIDA van más allá de problemas personales, pues también se extienden al ámbito social y laboral, como la vivencia de discriminación en el trabajo o tendencia al aislamiento, por lo que el contacto con familia y amigos puede disminuir. Al poco tiempo de haber recibido el diagnóstico, algunos pacientes pasan por una fase de duelo, donde en un inicio puede darse la negación, pasando por una fase de enfado o resentimiento, una fase de tristeza y por último la aceptación del diagnóstico, donde comienza una verdadera adaptación a la nueva condición de vida (Gullón, 2017).

4.1.5. Tratamiento

4.1.5.1. Tratamiento médico.

Gatell (2000) nos indica que: *“el principio del tratamiento antirretroviral es suprimir al máximo la replicación del VIH con la finalidad de permitir que el sistema inmunitario no*

continúe deteriorándose, sino que se recupere. Con ello se consigue evitar la progresión clínica y aumentar la supervivencia” (Gatell, 2013).

Se utilizan los siguientes medicamentos: Abacavir (sulfato de abacavir, ABC), emtricitabina (FTC), lamivudina (3TC), fumarato de disoproxilo de tenofovir (tenofovir DF, TDF) y zidovudina azidotimidina, (AZT, ZDV) (Infosida. 2017).

El tratamiento es complejo, no es sencillo por eso requiere del respectivo seguimiento médico para evaluar las adaptaciones del organismo al tratamiento, sus efectos secundarios y las posibles dificultades para seguir correctamente las recomendaciones médicas, es decir, el compromiso y la responsabilidad con el tratamiento. Por eso, es fundamental mantener el diálogo con los profesionales sanitarios, comprender todo el esquema del tratamiento y despejar cualquier duda (Gatell, 2013).

4.1.5.2.Tratamiento psicológico.

Se debe respetar el estilo de vida de las personas, sin emitir juicios de valor ni pretender ajustar al otro a los parámetros del modelo propio. En segundo lugar, es necesario contar con información médica básica y clara sobre la enfermedad (Aristegui et al., 2012).

La ayuda psicológica es esencial para que una persona afectada por el VIH/sida y su familia pueda afrontar la enfermedad. Es imprescindible que el psicólogo intervenga ofreciendo al paciente el siguiente dispositivo asistencial: psicoterapia individual, grupo de apoyo en adherencia, grupo de apoyo para familiares y allegados, grupo de apoyo para miembros negativos de parejas serodiscordantes. Es necesario seleccionar un terapeuta reconocido, certificado y con experiencia en el tratamiento de personas infectadas por el VIH. Es imprescindible que el psicólogo intervenga ofreciendo al paciente el siguiente dispositivo asistencial: psicoterapia individual, grupo de apoyo en adherencia, grupo de

apoyo para familiares y allegados, grupo de apoyo para miembros negativos de parejas serodiscordantes. Es necesario seleccionar un terapeuta reconocido, certificado y con experiencia en el tratamiento de personas infectadas por el VIH. Las técnicas psicoterapéuticas pueden ayudar al paciente a enfrentar los desafíos por los que atraviesa a causa de la seropositividad y/o la enfermedad. Lo importante es que al solicitar ayuda profesional acuda con una persona debidamente entrenada para el trabajo psicoterapéutico. Este entrenamiento incluye el respaldo de alguna institución acreditada y el manejo adecuado de la teoría y la técnica propias de la corriente psicológica con que se trabaje. (Macías, Isalgué, Loo, y Acosta, 2018).

Arístegui et al., (2012) menciona que cuando se labora en este ámbito los objetivos a cumplir son:

- Crear una fuerte alianza terapéutica con el paciente y generar empatía con la persona y la temática.
- Escuchar activamente, respetando los silencios de la persona y estimulándola a que se exprese abiertamente.
- Atender al lenguaje no verbal del paciente y el propio.
- Adoptar una postura relajada sin que sea confundido con desinterés o indiferencia.
- Ser cordial y no realizar juicio de valor.
- Parafrasear los comentarios para asegurarse de haber comprendido las palabras del paciente y de este modo ayudar a la persona a clarificar lo que está vivenciando.

Así mismo, Arístegui et al., (2012) refiere que de esta forma se fomenta la resiliencia, identificando y fortaleciendo los recursos y potencialidades que las personas tienen para enfrentar situaciones de adversidad, se estimula el desarrollo y fortalecimiento de estrategias de afrontamiento funcionales, autonomía como ser humano y como paciente, se fortalece de los vínculos personales y el desarrollo y mantenimiento de las redes informales de apoyo social, de esta manera lograr alcanzar un bienestar psicológico que permita a la persona desplegarse efectivamente en los ámbitos en los que se desarrolla.

4.2.Apoyo Social Percibido

4.2.1. Definición

Es un método interpersonal que se centra en la interacción mutua de comunicación como una negociación entre dar y recibir, mediante certeza, ayuda, aseveración, ratificación e incentivo, bajo un ámbito de respeto positivo incondicional y preocupación con manifestación de entendimiento, consideración, conexión, dolor y afecto (Aranda y Pando, 2014).

Es *“el amparo que sostiene a la persona en momentos difíciles”* y las redes sociales de tipo informal son aquellas que promueven y estimular los contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su afinidad social y recibe apoyo sentimental, espiritual, apoyo material y asistencia de comunicación (Aranda y Pando, 2014).

4.2.2. Mecanismo de acción del apoyo social en la salud.

4.2.2.1. Efecto directo

Fachado, Rodríguez y González (2016) afirman que el apoyo social facilita los niveles de bienestar separadamente del grado de malestar del individuo.

Se han planteado dos herramientas, la primera asociada con los resultados que el apoyo social tiene en procesos psicofisiológicos, y la segunda relacionada con la modificación de comportamientos, acogiendo costumbres de vitalidad (Fachado, Rodríguez y González, 2016).

4.2.2.2.Efecto tampón o amortiguador

Esta teoría propone una buena descripción teórica para las consecuencias eficientes del apoyo social. Defiende que el apoyo social puede actuar con un efecto tampón que

disminuye el enfrentamiento individual a la impresión desfavorable del padecimiento crónico (Fachado, Rodríguez y González, 2016).

4.2.3. Fuentes de Apoyo Social

Según House, propone una relación de nueve fuentes de apoyo social:

4.2.3.1. Papel de la familia en el apoyo social.

La familia es apreciada como el grupo de apoyo más significativo con el que deben contar los individuos. Con frecuencia las personas integrantes de familias funcionales deben tener elevados niveles de salud debido a los recursos sensibles y palpables que reciben de la familia (Pando, 2014).

En ella se desarrolla y construyen normas colectivas y se establecen los distintos roles que necesitan para su crecimiento individual. La familia es la estructura humana más sólida y global (Pando, 2014).

Existen factores que justifican la importancia de la familia en el campo de la salud:

- La familia limita las convicciones, posturas y conductas de las personas frente a la salud, al malestar y a los servicios saludables (Pando, 2014).
- La familia es la entidad esencial de cuidados, especialmente en los procesos crónicos (Pando, 2014).
- El apoyo familiar además posee un papel primordial en la neutralización del estrés (Pando, 2014).
- Las relaciones familiares disfuncionales pueden crear, acelerar y aportar a conservar los síntomas (Pando, 2014).

Existen dos maneras mediante las cuales la familia puede intervenir en la salud de sus integrantes:

Vía psicofisiológica. Las situaciones familiares como el estrés o determinados acontecimientos vitales perjudican el estado sensitivo de un miembro de la familia, del que pueden producir cambios fisiológicos que impulsan al individuo a la enfermedad. (Pando, 2014).

Un impulso efectivo como el amor, el reconocimiento social y otras formas de apoyo social podrían producir euforia y efectos positivos sobre la salud de las personas o taponar los factores estresantes (Pando, 2014).

Vía comportamental. Por esta vía las familias pueden intervenir en los estilos de vida, como por ejemplo: dieta, ejercicio físico, el compromiso y responsabilidad a tratamientos médicos y el uso de servicios sanitarios (Fachado, et al., 2016).

4.3.Ideación Suicida

4.3.1. Definición

Desde una perspectiva cognitivo conductual, cualquier persona que se plantee el suicidio experimenta pensamientos o ideas suicidas. La ideación suicida se determina como la “*manifestación de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia*”. Además, en esta definición se incluye aquellos pensamientos que aluden a la carencia de valor de la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto letal (Bustreo, 2014).

Este término conviene diferenciarlo de la propia conceptualización del suicidio o acto autolesivo que resulta en muerte, así como del intento de suicidio que supone la tentativa de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte (Bustreo, 2014).

En el contexto terapéutico, los pensamientos o ideación suicida no siempre son verbalizados directamente ni aparecen como motivo de consulta. De hecho, suelen manifestarse de diferentes formas en un rango más o menos explícito verbal y no verbal (Bustreo, 2014).

4.3.2. Etiopatogenia

Las causas de la ideación suicida son múltiples, diversas y dependen de la perspectiva de análisis (cultural, social, psicológico y biológico, entre otros). Todas estas perspectivas merecen especial consideración por separado a la hora de analizar los factores que intervienen en el desarrollo de ideación suicida (De la Torre Martí, 2013).

Las personas suicidas mantienen una perspectiva pesimista sobre su futuro, su entorno y sobre ellos mismos, así como un estilo depresivo, que establece una causa interna, estable y global sobre los eventos negativos (De la Torre Martí, 2013).

Este estilo cognitivo, asociado a un proceso emocional y comportamental disfuncional, puede reducir la comprensión de soluciones disponibles y conducir a un estado de desesperanza, elevando así la probabilidad de suicidio. Concretamente la hipótesis más consensuada para explicar la ideación y la propia conducta suicida, considera necesario el nacimiento de un acontecimiento estresante generador de ciertas emociones como frustración o rechazo, el deseo de escapar de la situación o de comunicar a otros sus problemas, esta secuencia de ideas, junto a la disposición de medios para intentarlo o a modelos previos de tal conducta, lleva a sentimientos de indefensión que favorecen las conductas suicidas (De la Torre Martí, 2013).

4.3.3. Epidemiología

Según la World Health Organization, 2012 el suicidio se encuentra entre las diez primeras causas de muerte, lo que supone que al año mueren en el mundo alrededor de un millón de personas y 1,8% de la totalidad de fallecidos son por este motivo, el predominio de ideación suicida asciende al 20,8% y 23,2% en pacientes con VIH (Gascon, 2010).

El índice de suicidio varía considerablemente entre países, han aumentado aproximadamente en un 60% en los últimos 50 años. El problema es de una gran magnitud si se tiene en cuenta que por cada suicidio consumado existen al menos 20 intentos (Gascon, 2010).

Los resultados epidemiológicos sobre tentativas de suicidio son alarmantes, la OMS estima que su frecuencia es 20 veces mayor que la del suicidio consumado. En los

habitantes mayores de 15 años, el predominio de las tentativas, se señala de un 3 al 5 %. En el grupo de edad de 15-34 años se dan mayor número de intentos de suicidio (Gascon, 2010).

Se considera que se realizan unos 10-50 intentos de suicidio por 1 suicidio consumado. La proporción varía con la edad, en los grupos mayores de 65 años, la proporción se estima de 1-4 intentos por cada suicidio; y en las poblaciones jóvenes, entre 30-200 por cada suicidio, en la población con antecedentes de tentativa de suicidio. La ideación suicida es frecuente y se estima una incidencia anual de un 2-5 % y una prevalencia de un 15 % en el curso de la vida. Una de cada tres personas puede presentar ideas de suicidio (Gascon, 2010).

4.3.4. Clasificación

La ideación suicida comprende un campo de pensamiento que puede adquirir las siguientes formas de presentación:

El deseo de morir. Es el primer peldaño que indica la disconformidad del sujeto con su manera de vivir, y es puerta de entrada a la ideación suicida (Bustreo, 2014). Es común la expresión *“La vida no merece la pena vivirla”*, *“Yo lo que debería es morirme”*, *“Para vivir así es preferible estar muerto”* (Gascon, 2010).

La representación suicida. Consistente en fantasías pasivas de suicidio (imaginarse ahorcado, etc.) (Bustreo, 2014).

La idea suicida sin un método determinado. Es la idea de autodestrucción sin planteamiento de la acción. En esta circunstancia el sujeto desea suicidarse y, al preguntarle cómo ha de quitarse la vida, responde no saberlo (Bustreo, 2014).

La idea suicida con un plan o método indeterminado o inespecífico aún. Es cuando el sujeto desea suicidarse y, al preguntarle cómo ha de quitarse la vida, responde que de cualquier forma; incluso manifiesta diversas posibilidades sin mostrar preferencia (Bustreo, 2014).

La idea suicida con un método determinado sin planificación. El sujeto expresa sus intenciones suicidas mediante un método específico, pero sin haber elaborado una adecuada planificación (Bustreo, 2014).

La idea suicida planificada o plan suicida. El individuo sabe cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué ha de realizar el acto suicida, y toma de manera habitual las debidas precauciones para no ser descubierto. Se le conoce también como plan suicida, es sumamente grave por la posibilidad inminente de consumar el suicidio con éxito (Ávila, Murillo, Osnaya, y Pérez, 2007).

4.3.5. Diagnostico

Una vez tratado el problema orgánico producto del comportamiento suicida, y estando el paciente en situación de conciencia y atención que posibiliten la entrevista, se procederá a la exploración psicopatológica. Es conveniente dejar hablar al enfermo utilizando para ello preguntas abiertas y no hirientes, pero sin evitar profundizar en la ideación o el acto suicida (Ávila, Murillo, Osnaya, y Pérez, 2007).

El clínico deberá obtener del paciente la historia médica convencional prestando atención a la recogida de datos considerados indicadores de riesgo suicida (enfermedades orgánicas crónicas e incapacitantes) (Aspillaga, et al., 2011).

Es necesario realizar así mismo una historia psiquiátrica detallada, buscando con interés los diagnósticos psiquiátricos más relacionados con los actos suicidas, sobre todo la depresión (Aspillaga, et al., 2011).

La conducta o la ideación suicida nace de alguna crisis psíquica, existencial, o familiar-social, cuando no de un trastorno psiquiátrico (Aspillaga, et al., 2011).

Es indispensable explorar qué tipo de circunstancias ha precipitado el intento. Así mismo, tiene mucho interés conocer con detalle la conducta suicida producida, si ésta ha tenido lugar (Aspillaga, et al., 2011).

Interés particular para identificar la realidad de crisis psicosociales que con tan alta frecuencia se presentan en los intentos autolíticos, especialmente crisis “*diádicas*” con la pareja o uno de los progenitores que actúan como precipitantes del acto (Ávila, Murillo, Osnaya, y Pérez, 2007).

La exploración psicopatológica de personas suicidas, tiene, naturalmente, el objetivo principal de explorar la ideación autolítica (Ávila, et al., 2007).

4.3.5.1. Evaluación del riesgo de suicidio en un futuro inmediato:

- Ideación suicida (esporádica frente a persistente).
- Determinación (el suicidio es una posibilidad o el paciente lo ha decidido ya).
- Plan suicida (mayor riesgo cuanto mayor elaboración del plan y si existe disponibilidad de medios).
- Soledad (no hay apoyo familiar o social).
- Alcohol (limita el propio control).

- Dificultades sociales (marginalidad, desempleo, la anomia de Durkheim) (Morena, Pascual, Tellez, y Villena, 2010).

4.3.5.2. Evaluación de un paciente con un intento suicida reciente:

- ¿Fue peligroso el método elegido?
- ¿Creía el paciente que iba a funcionar el método? ¿Está sorprendido de haber sobrevivido?
- ¿Había posibilidades de ser descubierto?
- ¿Sintió alivio al ser salvado?
- ¿Intentaba el paciente transmitir un mensaje o solo quería morir?
- ¿Se trató de un intento impulsivo o planeado?
- ¿Han cambiado las circunstancias psicológicas y vitales que determinaron el intento? (Morena, Pascual, Tellez, y Villena, 2010).

Una valoración correcta de todo paciente suicida debe incluir la entrevista con la familia o con las personas importantes para él. El propósito de la entrevista será la recogida de datos acerca de la historia previa del paciente, su psicopatología y los detalles del intento si éste se ha generado. Además, se intentará conseguir la colaboración de la familia con vistas a un posible tratamiento ambulatorio (Domínguez, Pena y Ruiz, 2012).

4.3.6. Tratamiento

En representación del riesgo detectado por el profesional y de los apoyos externos del paciente, se decidirá la actitud: tratamiento ambulatorio o el requerimiento de ingreso (Ávila, Murillo, Osnaya, y Pérez, 2007).

Si el intento tiene como consecuencia lesiones o un riesgo médico, debe ser derivado a un hospital general donde habitualmente, después de ser estabilizado, será valorado por un equipo de salud mental (Domínguez, Pena y Ruiz, 2012)

Cuando esté indicado el tratamiento ambulatorio debemos contactar con los servicios salud mental para realizar un plan de tratamiento conjunto, siempre que persista la ideación o amenaza de suicidio. Esta consulta debería realizarse dentro de 24 horas y como más tarde en 72 horas (Martínez, Musitu, Sánchez y Villarreal, 2010).

El médico tiene la responsabilidad legal de respaldar a los pacientes suicidas incluso hospitalizándolos en contra de su voluntad cuando se cumplan los criterios de ingreso. Si no cumple criterios de ingreso, debe quedar claramente recogido en la historia clínica (Martínez, Musitu, Sánchez y Villarreal, 2010).

4.3.6.1. Criterios de ingreso

Deberían ser ingresados los pacientes cuando:

- Presentan una intensa ideación suicida.
- Es necesario un tratamiento médico de las lesiones producidas.
- Precisan un tratamiento psiquiátrico más intensivo.
- Se produce el fracaso de la alianza terapéutica y la intervención en crisis, y la persona persiste en su ideación suicida.
- Existe falta de soporte sociofamiliar del paciente.
- Para pacientes con intentos repetidos, periodos cortos de ingreso pueden ser aconsejables, aunque los ingresos normalmente deben ser superiores a 4 días (Morena, Pascual, Tellez, y Villena, 2010).

4.3.7. Prevención

La ideación suicida como etapa inicial del suicidio es un fenómeno multifactorial, complejo e interrelacionado en donde intervienen factores psicológicos, sociales contextuales y biológicos, es preciso considerar que estos influyen recíprocamente, por lo que la identificación y su relación con el comportamiento suicida 23 mortal y no mortal son elementos esenciales en la prevención del suicidio (Martínez, et al., 2010).

El suicidio representa un grave problema de Salud Pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo o, dicho de otra manera, cada año se suicidan 14,5 personas de cada 100 000. Además, sus repercusiones en el entorno son muy importantes, ya que las vidas de los allegados se ven profundamente afectadas a nivel emocional, social y económico. En este sentido, los costes económicos asociados al suicidio se han estimado en EE.UU. en 25 000 millones de dólares anuales, entre gastos directos e indirectos (Martínez, et al., 2010).

Por eso es importante la adopción de medidas y el desarrollo de estrategias encaminadas a la disminución de la conducta suicida. Desde la Unión Europea se han promovido iniciativas, como la Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention, donde la prevención del suicidio se considera una de las áreas de intervención. En España, la Estrategia de Salud Mental elaborada en 2007 contempló entre sus objetivos la prevención del suicidio y la evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de suicidio en grupos de riesgo (Alvarez, Castro y Merino, 2011).

Los esfuerzos para prevenir el suicidio deben estar basados en las investigaciones que muestran qué factores de riesgo y de protección pueden ser modificados, como también qué grupos de personas son los más apropiados para la intervención preventiva. La

prevención del acto suicida no es un problema exclusivo de las instituciones de salud mental, sino de toda la comunidad en su conjunto (Alvarez, Castro y Merino, 2011).

La policausalidad del fenómeno del acto suicida sugiere que la conducta suicida está motivada por más de un factor y, por lo tanto, las estrategias de prevención también deben ser múltiples. De ahí que el abordaje preventivo tenga que nacer con un enfoque multidisciplinario y con perspectivas complementarias desde un plano individual y desde la Salud Pública (Álvarez, Castro y Merino, 2011).

La prevención del suicidio a nivel individual enfatiza el diagnóstico, el tratamiento y seguimiento del trastorno. El enfoque de Salud Pública cuenta con estrategias para la prevención del suicidio como las campañas de salud mental, despistaje en los colegios, diagnóstico precoz del abuso de drogas, depresión y estrés, el control del acceso a los medios para cometer suicidio y el apoyo a los medios de comunicación para que la información se adecue a la prevención (Izquierdo, 2010).

5. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de enfoque

El estudio corresponde a un enfoque mixto cuali-cuantitativo ya que se utilizó técnicas e instrumentos para la recolección de los datos, mismos que fueron sometidos a un análisis estadístico para obtener los resultados cuantificables correspondientes para dar a lugar al debido análisis y posteriormente su interpretación. Además, el tipo de diseño fue de tipo transversal ya que se dio en un periodo de tiempo determinado; y correlacional puesto que de la información obtenida se analizaron las características de cada variable, para luego determinar la relación existente entre las variables de la investigación.

Universo y muestra

Pacientes que acuden al área de clínica del VIH-SIDA (Unidad de Atención Integral a personas viviendo con VIH-SIDA) del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

La población total es de 380 pacientes, al utilizar el programa Epi Info 7.1 considerando el 95 % del nivel de confianza, se obtuvo la muestra para la investigación de 186 personas.

Criterios de inclusión

- Pacientes que acuden al área de clínica del VIH-SIDA del Hospital General Isidro Ayora Loja y den su consentimiento para formar parte de la investigación.
- Pacientes pertenecientes a la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con VIH-SIDA de ambos sexos mayores a 20 años.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no deseen participar de forma voluntaria y que no hayan dado su consentimiento para formar parte de la investigación.

Instrumentos:

Consentimiento Informado. Con la finalidad de cumplir con los criterios éticos, el consentimiento informado garantizó que el paciente participó voluntariamente en la investigación, después de haber comprendido los objetivos del estudio, los beneficios, las alternativas, sus derechos y responsabilidades, conociendo que la persona es libre de retirarse en cualquier momento de la evaluación. Las personas eligieron participar en la investigación, teniendo en cuenta que en cualquier momento podían retirarse de la evaluación. Por lo tanto, se procedió a actuar con total responsabilidad, ética, consideración y respeto hacia los pacientes teniendo en cuenta la confidencialidad de la información recogida.

Cuestionario estandarizado del Estudio de Desenlaces Médicos de Apoyo Social (MOS; Sherbourne y Stewart, 1991). El cuestionario MOS de apoyo social fue desarrollado por Sherbourne y cols en 1.991, a partir de los datos del estudio MOS, que llevaba a cabo un seguimiento a dos años de pacientes con patologías crónicas. Los elementos del test fueron seleccionados de forma muy cuidadosa intentando que los ítems fueran cortos, fáciles de entender y restringidos a una única idea en cada caso. Las medidas de apoyo social, generalmente exploran el llamado “apoyo estructural” (tamaño de la red social) o el “apoyo funcional” (percepción de apoyo). El apoyo funcional quizá sea el más importante y es multidimensional: emocional (amor, empatía), instrumental (tangible), informativo (consejos o feedback), valoración (ayuda a la autovaloración) y compañerismo durante el tiempo libre. El centralizar el análisis en la percepción de ayuda, como hace este cuestionario, se justifica por el hecho de que si una persona no recibe ayuda durante un

largo periodo de tiempo, esto no quiere decir que no disponga de apoyo (Londoño, et al., 2012).

Por otra parte, recibir apoyo es, a menudo, confundido con necesidad y puede no reflejar exactamente la cantidad de apoyo que está disponible para una persona (30). Se trata de un cuestionario autoadministrado de 20 ítems. El primero valora apoyo estructural y el resto apoyo funcional. Explora 5 dimensiones del apoyo social: emocional, informativo, tangible, interacción social positiva y afecto/cariño. Se pregunta, mediante una escala de 5 puntos, con qué frecuencia está disponible para el entrevistado cada tipo de apoyo. El análisis factorial aconseja unificar los ítems de apoyo emocional e informativo, quedando al final 4 subescalas, para las que se pueden obtener puntuaciones independientes: apoyo emocional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), instrumental (ítems 2, 5, 12 y 15), interacción social positiva (ítems 7, 11, 14 y 18) y afectivo (ítems 6, 10 y 20). También se puede obtener una puntuación total, menos recomendada que las parciales por los autores (30) (Londoño, et al., 2012).

Interpretación: Las puntuaciones pueden darse de forma cruda o normalizada. En la forma normalizada el rango para cada subescala y para la puntuación total es de 0 a 100. En cambio, si se indican las puntuaciones sin realizar esta transformación los rangos son: 19-95 para puntuación total, 8- 40 para apoyo emocional, 4-20 para apoyo instrumental y para interacción social positiva y 3-15 para apoyo afectivo. En cualquier caso, a mayor puntuación, mayor apoyo percibido. Fue validado en población normal para Colombia (Londoño, et al., 2012).

Validez: Utilizando variables recogidas en los estudios MOS, presenta correlación convergente con la soledad ($r = -0,53$ a $-0,69$), el funcionamiento familiar y matrimonial ($r = 0,38-0,57$) y con el estado de salud mental. Por el contrario, la correlación con cuestiones que exploran actividad social fue intermedia. La correlación con el ítem 1 (soporte 62

estructural) es baja. La correlación entre las cuatro subescalas es razonable (6,69 a 0,82) (Londoño, et al., 2012).

Confiabilidad: La consistencia interna para la puntuación total es alta (alfa = 0.97) y para las subescalas oscila entre 0.91 y 0.96. La fiabilidad es elevada (0.78). (30). Fue autoadministrado (Londoño, et al., 2012).

Escala de Ideación Suicida de Beck. La Escala de Ideación Suicida de Beck fue creada por Beck, Kovacs y Weissman en 1979 y adaptada al castellano por Comeche, Díaz y Vallejo en 1995, presenta validación internacional y alta fiabilidad, tiene como objetivo cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas y dimensiones de autodestructividad, consta de 20 reactivos que miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse.

Duración: 10 minutos

Calificación: Cada reactivo se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se sumaron para obtener un puntaje global. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38, estableciéndose como ideación suicida un puntaje igual o mayor a 10 puntos.

La Escala de Ideación Suicida de Beck consta de 4 características:

- Características de las actitudes hacia la vida/muerte. Reactivos del 1 al 5.
- Características de los pensamientos/deseos de suicidio. Reactivos del 6 al 11.
- Características del intento. Reactivos del 12 al 15.
- Actualización del intento. Reactivos del 16 al 20.

Baremación: El puntaje es de 0 a 38 puntos, estableciéndose como ideación suicida un puntaje igual o mayor a 10 puntos.

Procedimiento

El presente estudio se desarrolló a través de las siguientes fases que permitieron la obtención de los objetivos del estudio.

Primera etapa.

Contacto con la institución: Se realizó un sondeo previo que permitió corroborar la problemática a abordar, a través de la visita en las instalaciones hospitalarias. Seguidamente a través de la universidad se presentó la solicitud para la autorización respectiva, dirigida al Director de Docencia del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja para el desarrollo del estudio.

Segunda etapa.

Socialización: Se realizó un encuadre con los profesionales a cargo de la Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH-SIDA, con el fin de no interrumpir con el tratamiento al que los pacientes deban someterse el día de la evaluación. Seguidamente se le informó a cada uno de los participantes el objetivo de la evaluación y la confidencialidad de la misma.

Tercera etapa.

A continuación, una vez entendido los aspectos éticos y habiendo manifestado su conformidad con el consentimiento informado se procedió a la aplicación de los reactivos psicológicos de forma individual. A través de los datos recogidos se procedió al análisis e interpretación de los resultados, permitiendo la elaboración de la discusión, y construcción de conclusiones y recomendaciones.

Cuarta etapa. Se elaboró un Plan de Intervención basado en la Psicoeducación dirigido a familiares y pacientes con la finalidad de prevenir el suicidio en pacientes de la Unidad de Atención Integral a Personas viviendo con VIH-SIDA, del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

Quinta etapa.

Análisis de datos. Los datos obtenidos en los reactivos psicológicos: Test de MOS y Escala de Ideación Suicida de Beck, fueron ingresados al programa Microsoft Excel 2019, luego fueron exportados al software estadístico SPSS v25, a través del cual se realizó el análisis estadístico. Cabe destacar que los reactivos utilizados, Test de MOS y Escala de Ideación Suicida de Beck, presentaron un alto índice de confiabilidad, con valores equivalentes a un valor alfa de 0,697 y 0,842 respectivamente, según la prueba de confiabilidad de Cronbach.

Se procedió a determinar las prevalencias de las variables Apoyo social e Ideación suicida en la muestra evaluada. Posteriormente mediante la prueba de correlación de Spearman (Rho) se logró dar respuesta a los objetivos propuestos en la investigación dando como resultado los valores obtenidos que se encuentran detallados e interpretados en los apartados de resultados y conclusiones.

6. RESULTADOS

Resultados en base a los objetivos propuestos

Objetivo 1:

Explorar el apoyo social percibido en los pacientes con VIH-SIDA a través del Cuestionario estandarizado del Estudio de Desenlaces Médicos de Apoyo.

Tabla 1

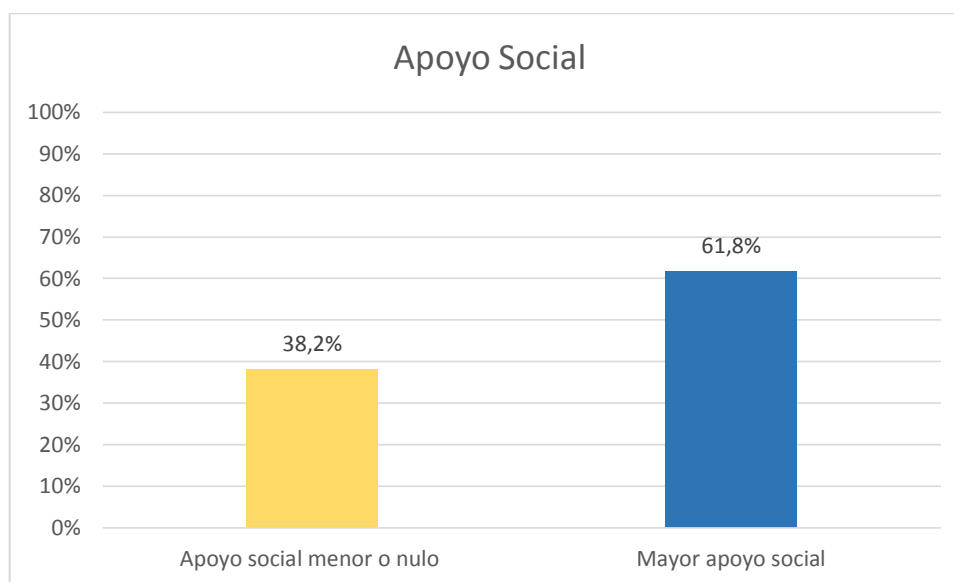
Apoyo Social percibido por pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA.

Apoyo Social	f	%
Apoyo social menor o nulo	71	38,2
Mayor apoyo social	115	61,8
Total	186	100,0

Fuente. Cuestionario estandarizado del Estudio de Desenlaces Médicos de Apoyo aplicado a pacientes de la Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH-SIDA del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.

Elaboración. Andrey Anahí Ríos Herrera.

Gráfico 1



Análisis e interpretación:

En la Tabla 1, se puede observar la frecuencia del apoyo social percibido en pacientes de la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con VIH-SIDA (Virus de

Inmunodeficiencia Humana.) del HGIAL (Hospital General Isidro Ayora Loja); en la cual se puede apreciar que, de la totalidad de la muestra de estudio representada por 186 pacientes, el 61,8% (115) de la población perciben un mayor apoyo social, mientras que el 38,2% (71) de los pacientes perciben un menor apoyo social.

Objetivo 2:

Identificar la ideación suicida en pacientes con VIH-SIDA, a través de la Escala de Ideación Suicida de Beck.

Tabla 2

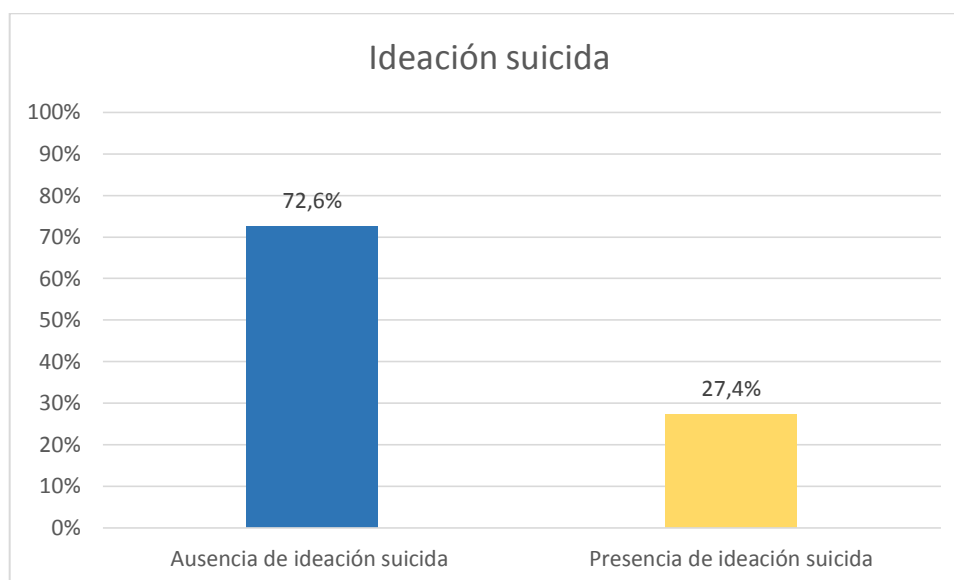
Ideación Suicida en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA del HIAL

Ideación suicida	<i>f</i>	<i>%</i>
Ausencia de ideación suicida	135	72,6
Presencia de ideación suicida	51	27,4
Total	186	100,0

Fuente. Escala de Ideación Suicida de Beck, aplicado a pacientes de la Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH-SIDA del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.

Elaboración. Andrey Anahí Ríos Herrera.

Gráfico 2



Análisis e interpretación:

En la Tabla 2, la ideación suicida en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA reflejan los siguientes resultados: el 72,6% (135) de los evaluados no presentan ideación suicida, mientras que el 27,4% (51) de la población presenta ideación suicida.

Objetivo 3:

Determinar la influencia del Apoyo Social Percibido en el desarrollo de Ideación Suicida en pacientes de la Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH-SIDA del Hospital General Isidro Ayora Loja.

Tabla 3

Influencia entre apoyo social percibido e ideación suicida en pacientes de la Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH-SIDA del HIAL.

Apoyo Social	Ideación suicida						p	Rho Spearman
	Ausencia		Presencia		Total			
	f	%	f	%	f	%		
Menor	25	18,5	42	82,4	67	36,0	,000	-0,689
Mayor	110	81,5	9	17,6	119	64,0		
Total	135	100	51	100	186	100		

Fuente. Apoyo social relacionado con Ideación Suicida en pacientes de la Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH-SIDA del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.

Elaboración. Andrey Anahí Ríos Herrera.

Análisis e interpretación:

En la Tabla 3, a partir del análisis estadístico de la prueba de correlación de Spearman se encuentra un valor de -0,689 determinando una correlación negativa, moderadamente fuerte; estadísticamente significativa con un valor $p=0,000$. Por lo tanto, se concluye que existe una relación inversamente proporcional ya que a mayor apoyo social existirá menor ideación suicida; de la misma manera al existir menor apoyo social habrá un mayor índice de ideación suicida.

Objetivo 4:

Diseñar un plan de intervención basado en la psicoeducación, en prevención al suicidio en pacientes de la Unidad de Atención Integral a Personas viviendo con VIH-SIDA, del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

PLAN DE INTERVENCIÓN**Presentación**

La psicoeducación parte de la necesidad de dotar al paciente de herramientas que le permitan comprender e involucrarse en el tratamiento de su padecimiento, que va mucho más allá de ofrecer información, por lo que aspira a modificar actitudes o conductas del paciente que le permitan una mejor adaptación a la enfermedad y a la sintomatología psicológica que puede estar asociada, especialmente trastornos del estado de ánimo (Asociación Colombiana de psiquiatría, 2011). De esta manera la psicoeducación no trata la enfermedad, pero trata la incomprensión, el reproche, la culpa y la indefensión aprendida asociadas al VIH. Asimismo, busca modificar actitudes o comportamientos de las personas cercanas y familiares de los pacientes erradicando mitos sobre la enfermedad y concientizando sobre la importancia del apoyo psicosocial en el mejoramiento de la sintomatología emocional del paciente con VIH.

Justificación

El presente plan de intervención es diseñado a partir de los resultados y las necesidades encontradas durante la presente investigación y con la finalidad de prevenir y aminorar el impacto psicológico que da a lugar una sintomatología depresiva que podría desencadenar en una ideación suicida, pues para algunas personas que viven con VIH el suicidio podría constituirse en una de las mejores alternativas disponibles para escapar y evitar el

sufrimiento. Además, cabe resaltar que en la Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH- SIDA no cuenta con profesional de la salud mental permanente y dedicado a la atención, que pueda mitigar esta sintomatología. Es aquí, en razón a los resultados de la presente investigación, donde se demuestra que el apoyo social percibido se torna importante para las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana.

Teniendo en cuenta lo mencionado, la finalidad del presente plan de intervención es dotar a los pacientes, familiares e incluso profesionales de la salud de herramientas para afrontar el diagnóstico e integrarlo como parte de su vida, facilitando experiencias de dominio y de control, potenciando los recursos personales y sociales, fortaleciendo las capacidades de afrontamiento y competencias.

Objetivo general

Ofrecer a los pacientes y familiares herramientas que le faciliten ser proactivos en la comprensión y el tratamiento que se debe realizar el paciente con VIH-SIDA para mejorar su condición de salud física y mental.

Objetivos específicos

- Proporcionar información práctica a los pacientes de la Unidad y a sus familiares, que permita la adaptación a la enfermedad, así como comprender la sintomatología emocional que conlleva el diagnóstico VIH-SIDA.
- Fomentar las estrategias de afrontamiento de cada paciente y su familia, enfocada en la aceptación de la enfermedad.
- Incentivar la adherencia óptima al tratamiento interdisciplinario médico y psicológico.

- Facilitar el desarrollo personal, la experiencia emocional mediante el de apoyo social en espacios de interacción grupal.

Población

- Pacientes con diagnóstico de VIH
- Familiares de pacientes

Metodología

El plan de psicoeducación se realizará en 6 sesiones de dos horas cada una, establecidas según la disponibilidad de la Unidad de Atención Integral a Personas viviendo con VIH-SIDA, del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

1° Sesión: Proveer información general sobre el VIH-SIDA.

2° Sesión: Consensuar sobre las preocupaciones que son fuente de ansiedad en los pacientes y explicar las técnicas que ayuden a minimizar la sintomatología.

3° y 4° Sesión: Ofrecer técnicas de autocontrol, manejo de la frustración y estrategias de afrontamiento y aceptación.

5° Sesión: Entrenar la autoestima de los pacientes, potencializando la resiliencia y recalcando la importancia del apoyo social.

6° Sesión: Promover un estilo de vida saludable y estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral.

Se utilizarán los siguientes materiales:

- Computadora
- Infocus

- Folletos
- Material didáctico

Los responsables de la intervención serán:

- Psicólogo/a Clínico/a
- Médico/a Familiar
- Trabajador/a Social

PROPUESTA DE PSICOEDUCACIÓN					
Sesiones	Objetivo	Actividades	Medios	Responsable	Tiempo
Primera	Proveer información general sobre el VIH-SIDA.	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida- dinámica participativa: dinámica rompehielos denominada “la pelota preguntona” • Presentación de los responsables de la intervención. • Explicación de los objetivos y contenidos del programa de intervención. • Entrega de folletos. • Taller “<i>El paciente VIH-SIDA</i>”, de acuerdo los siguientes contenidos: <ul style="list-style-type: none"> ○ ¿A quién se denomina persona con VIH? ○ ¿El VIH puede desencadenar el SIDA? ○ El análisis de VIH es la única manera de saber si alguien contrajo el virus. ○ El VIH y su transmisión ○ Estigma y discriminación relacionados al VIH. ○ ¿Cómo impacta el diagnóstico de VIH en las personas? ○ Sintomatología psicológica y consecuencias emocionales. ○ Depresión. ○ Ansiedad. ○ Ideación suicida. • Dinámica de cierre: cada participante en una hoja de papel anotará su número y su nombre y se le dará a otro integrante al azar. Como 	<ul style="list-style-type: none"> • Laptop • Proyector • Folletos • Esferos • Pelota • Hojas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo/a Clínico/a. • Médico Familiar • Trabajadora Social 	2 horas

		tarea se pide a los participantes llamar al número que le toco y preguntarle cómo se siente.			
Segunda	Consensuar sobre las preocupaciones que son fuente de ansiedad en los pacientes y explicar las técnicas que ayuden a minimizar la sintomatología.	<ul style="list-style-type: none"> • Discusión de los participantes acerca del grado de éxito en relación a la tarea de la sesión anterior. • Recapitulación. • Lluvia de ideas sobre las preocupaciones frecuentes que han experimentado en el rol de paciente y en el rol de familia. • Taller “<i>Identificación y reducción de síntomas ansiosos</i>”, de acuerdo a los siguientes contenidos: Temores más ansiógenos y frecuentes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Deficiencia física, minusvalía. ○ Desfiguración corporal. ○ Rechazo y abandono social debido a la estigmatización del VIH. ○ Infectar a otras personas o a sufrir una reinfección. ○ Déficits informativos de asesoramiento y de atención social. ○ Incierta eficacia de los tratamientos. ○ Complejidad de los tratamientos y fármacos ○ Juicio social acerca del modo en que contrajo el virus <p>Estrategia para aminorar los síntomas ansiosos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Laptop • Proyector • Esferos • Papel 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo/a Clínico/a. • Médico Familiar • Trabajadora Social 	2 horas

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Resolución de problemas. • Tarea: practicar durante la semana lo aprendido en la sesión. • Despedida y cierre. 			
Tercera	Consensuar sobre las preocupaciones que son fuente de ansiedad en los pacientes y explicar las técnicas que ayuden a minimizar la sintomatología.	<ul style="list-style-type: none"> • Recapitulación de la sesión anterior. • Continuación del taller “<i>Identificación y reducción de síntomas ansiosos</i>”, de acuerdo a los siguientes contenidos: Temores más ansiógenos y frecuentes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Déficits informativos de asesoramiento y de atención social. ○ Incierta eficacia de los tratamientos. ○ Complejidad de los tratamientos y fármacos ○ Juicio social acerca del modo en que contrajo el virus Estrategia para aminorar los síntomas ansiosos. <ul style="list-style-type: none"> ○ Técnicas de relajación ○ Entrenamiento asertivo. • Tarea: practicar durante la semana lo aprendido en la sesión. • Despedida y cierre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Laptop • Proyector • Esferos • Papel 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo/a Clínico/a. • Médico Familiar • Trabajadora Social 	2 horas
Cuarta	Ofrecer técnicas de autocontrol, manejo de la	<ul style="list-style-type: none"> • Recapitulación de la sesión anterior. • Comentarios sobre los beneficios de la aplicación de las estrategias antes enseñadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Laptop • Proyector • Esferos 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo/a Clínico/a. • Médico 	2 horas

	frustración y estrategias de afrontamiento y aceptación.	<ul style="list-style-type: none"> • Proyección de un video: “Mi vida con VIH-SIDA”. https://youtu.be/g-myOxVTo3g • Taller “Autocontrol sobre mí y sobre la enfermedad”, de acuerdo a los siguientes contenidos: Estrategias de afrontamiento: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mantener un control activo en el problema. ○ Intentar no hacer más dramática la situación. ○ Relajarse y analizar la situación desde diferentes perspectivas. ○ Mejoramiento de la autoestima. ○ Admitir nuestros límites. ○ Pedir ayuda a las personas que generan confianza. • Dinámica de role-playing (en grupos los participantes proponen una situación que les provoque frustración y entre ellos expondrán la solución), aplicando y entrenando a los participantes en la Técnica de control estimular externo e interno. • Despedida y cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel 	<ul style="list-style-type: none"> • Familiar • Trabajadora Social 	
Quinta	Entrenar la autoestima de los pacientes, potencializando la resiliencia y	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar si les ha sido de utilidad las técnicas enseñadas en la sesión anterior y resolver dudas en cuanto a las mismas. • Dinámica en la cual cada participante anota las primeras palabras que vengan a su mente y 	<ul style="list-style-type: none"> • Laptop • Proyector • Esferos • Papel 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo/a Clínico/a. • Médico Familiar • Trabajadora 	2 horas

	recalcando la importancia del apoyo social.	<p>que le describan (YO SOY).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taller: “<i>Autoestima</i>”. <ul style="list-style-type: none"> ○ Concepto e importancia, características de la baja autoestima. ○ Características de la autoestima positiva y formas de mejorarla. ○ Rueda grupal dirigida a identificar y valorar la autoestima por cada participante. • Ejercicio grupal sobre identificación de cualidades personales. • Despedida y cierre. 		Social	
Sexta	Promover un estilo de vida saludable y estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral.	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar los beneficios que han experimentados los participantes mediante la psicoeducación. • Incentivar los participantes a hablar sobre su estilo de vida, sus rutinas y horarios más cómodos para tomar la medicación. • Taller: “<i>Beneficios del tratamiento médico y psicológico</i>”. <ul style="list-style-type: none"> ○ Incorporar la medicación como un hábito cotidiano. ○ Ayudar a comprender que la única forma en que los medicamentos beneficien es ingerirlos según la indicación médica. ○ Analizar los posibles efectos secundarios de los medicamentos. ○ Consejos para una vida sana con VIH: ○ Llevar a cabo las indicaciones médicas de 	<ul style="list-style-type: none"> • Laptop • Proyector • Esferos • Papel 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo/a Clínico/a. • Médico Familiar • Trabajadora Social 	2 horas

		<p>forma adecuada.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Evitar el consumo de alcohol y otras sustancias que pueden influir en la salud del paciente. ○ Realizar prácticas sexuales seguras. ○ Ejecutar continuamente pruebas para detectar otras enfermedades de transmisión sexual. ○ Realizar actividades lúdicas y deportivas. ○ Asistencia con nutricionista para establecer una dieta alimenticia adecuada. ○ Ampliar redes sociales y de apoyo <ul style="list-style-type: none"> ● Lluvia de ideas sobre los beneficios de tener un estilo de vida saludable. ● Recomendaciones para que el paciente con VIH y su familia emplee un estilo de vida más saludable. ● Dinámica “último mensaje”. ● Despedida y cierre. 			
--	--	---	--	--	--

7. DISCUSIÓN

En la presente investigación en una población que vive con VIH-SIDA el Apoyo Social Percibido se encuentra con un porcentaje del 61.8 %, coincidiendo con el estudio “*Apoyo social e ideación suicida en pacientes con cáncer*” de García y Jaramillo (2015) revelaron que más del 80% de su muestra recibieron apoyo social de manera afectiva como de confianza. Vilató, Martín, y Pérez (2015) en su estudio “*Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/SIDA*”, encontraron niveles altos de apoyo social coincidiendo con la presente investigación porque es el factor de apoyo o protección que necesitan las personas bajo esta condición.

Pudiendo comprobarse con los resultados obtenidos por Yilmaz et, al. (2014) en su estudio “*Estilo de apego Social y Apoyo Social Percibido en Pacientes con Enfermedades Crónicas*” que tanto la salud física como mental del individuo y su calidad de vida, especialmente en pacientes que padecen enfermedades crónicas el apoyo social mejoran la condición de vida.

La presencia o ausencia del apoyo social es contingente en todas las personas, sobre todo aquellas que padecen VIH, así como revelan González y Piña (2011) en “*Motivos, apoyo social y comportamientos de adhesión en personas con VIH: modelamiento con ecuaciones estructurales*”, donde describen que el apoyo social es una de las variables predictoras para la adherencia al tratamiento terapéutico así como de los bajos niveles de depresión, demostrando que si los pacientes perciben cariño, amor, lograrán un adecuado control sobre su enfermedad. Esto se puede evidenciar en el presente estudio ya que al explorar el apoyo social percibido e identificar la ideación suicida en pacientes de la Unidad de Atención Integral a Personas con VIH-SIDA del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja se logró determinar una correlación negativa debido a que existe una

relación inversamente proporcional ya que a mayor apoyo social existirá menor ideación suicida; de la misma manera al existir menor apoyo social habrá un mayor índice de ideación suicida.

La ideación suicida se define como la “*aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia*”. Además, en esta definición se incluye aquellos pensamientos que aluden a la falta de valor de la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto letal (De la Torre, 2013).

Un estudio realizado por Soto y Cruz (2014) titulado “*Depresión en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA*”, indica que el 38,5% de su muestra de 200 pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA manifestaron tener ideación suicida a partir del diagnóstico de la enfermedad; resultado que es similar al del presente estudio en el cual se evidenció que el 27,4% también presenta esta problemática. De esta manera se considera a la ideación suicida como un factor desencadenante de desesperanza apareciendo con ello la ideación y ejecución del intento suicida (Palacios, Rueda y Valderrama, 2006), ya que estudios epidemiológicos han demostrado que los individuos con VIH tienen una mayor probabilidad de suicidarse que el resto de la población general (Haller y Miles, 2003).

Remor (2002) en un estudio “*Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH*” refiere que, al enfrentarse a situaciones de vida estresantes, las personas con enfermedades crónicas que cuentan con un óptimo apoyo social presentan mayores capacidades de afrontamiento que aquellas que no lo tienen, ya que el apoyo social actúa como un amortiguador frente a dichas situaciones y en general puede ayudar a prevenir o a reducir el riesgo de psicopatologías o enfermedades físicas crónicas. Palacios, Rueda y Valderrama (2006) en su estudio “*Relación de la intención e ideación suicida y el apoyo*

social en personas con el VIH/SIDA” obtienen una correlación con el apoyo social percibido por el paciente por lo que concuerdan con el presente estudio.

De esta forma se puede considerar que el apoyo social percibido por el paciente con enfermedad crónica se correlaciona con la ideación suicida, un factor relevante que puede ser ocupado para la prevención de algún trastorno del estado de ánimo que conducirían al acto de terminar con la vida del paciente. Por esto el apoyo social llevaría a cabo una mejora de la adaptación física, disminuyendo la progresión de la enfermedad y mejorando la calidad de vida.

8. CONCLUSIONES

Una vez finalizado el trabajo de investigación y de acuerdo a los resultados obtenidos, se concluye que:

- Al Explorar el Apoyo Social Percibido en pacientes de la Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH-SIDA del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, se determina que tienen un mayor Apoyo Social percibido por parte de familiares y personas cercanas, siendo esta variable un promotor en el mejoramiento en la salud tanto física como mental del individuo y por lo tanto en su calidad de vida.
- La mayor parte de los pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA no presentan ideación suicida, sin embargo, existió parte de la población que sí refiere esta manifestación. A pesar de que la mayor parte de la muestra no presenta ideación suicida, es una población en riesgo, tomando en cuenta que parte de los evaluados presentaron intentos de suicidio en más de una ocasión.
- A partir de los hallazgos encontrados, se identificó una relación inversamente proporcional ya que a mayor apoyo social existirá menor ideación suicida; de la misma manera al existir menor apoyo social habrá un mayor índice de ideación suicida.
- Se diseñó un plan de intervención, basado en psicoeducación enfocado en la prevención al suicidio en pacientes de la Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH-SIDA del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.

9. RECOMENDACIONES

De acuerdo a las conclusiones se puede recomendar:

- En base a los resultados de la investigación, se recomienda brindar una atención psicológica oportuna en aquellos pacientes que presentaron ideación suicida, sobre todo en aquellos que han tenido intentos autolíticos previos.
- Se recomienda que en la Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH-SIDA del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, se asigne un profesional de la salud mental de manera permanente, quien se responsabilice del estado emocional tanto de los pacientes diagnosticados recientemente, como los que requieren tratamiento y que concurren al servicio con el fin de que la tasa de intentos autolíticos reduzca. De la misma manera se recomienda a quienes dirigen este servicio que a través de la Unidad de Salud Mental de la institución se realice charlas que promuevan el Apoyo social a esta población, pues se ha considerado que este factor incide sobre el estado de ánimo de los pacientes y de la misma forma puede mejorar la calidad de vida de los pacientes.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Aragón Núñez, M. T., & Cubillas Rodríguez, I. (2018). Artículos, casos clínicos, imágenes médicas-ISSN 1886-8924. *Diagnóstico*, 2, 5.
- Aranda B., C., & Pando M., M. (2014). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de Investigación En Psicología*, 16(1), 233.
<https://doi.org/10.15381/rinvp.v16i1.3929>
- Arístegui, I., Pemoff, R., Flighelman, M., Warth, S., Vergani, F., Zalazar, V., Rapagnani, L., & Mercado, A. (2012). Abordaje psicológico de personas con VIH: Sistematización de la experiencia de atención psicosocial de Fundación Huesped. *Fundación Huesped En Acción Contra El Sida*, 21. www.huesped.org.ar
- Aspillaga, H., Cáceres, E., Florenzano, R., Musalem, C., Santander, S., Valdés, M. (2011). Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. *Revista Médica de Chile*, 139 (12), 1529–1533.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011001200001>
- Barragán, Ana. González, Ángela. Martínez, Margin. Moreno, José. Rodríguez, A. (2018, December). Calidad de vida y percepción de apoyo social en personas con HIV en Bogotá, Colombia. *Biomédica, Revista Del Instituto Nacional de Salud*, 1.
<https://doi.org/https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i4.3819>
- Carolina, A., Pando, M. (2014, March). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *UNMSM, Revistas de Investigación*, 1.
<https://doi.org/https://doi.org/10.15381/rinvp.v16i1.3929>

Cortés A., Aguilar, J., Suárez, R., Rodríguez, E, & Durán J. (2011). Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(1), 33-41. Recuperado en 15 de agosto de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100004&lng=es&tlng=es.

De la Torre, M. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) Universidad Autónoma de Madrid (UAM). Recuperado de: https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protoc_olo_ideacion_suicida.pdf

Domínguez, C., Andreu,P., & Ruiz, M. (2014). *Las conductas suicidas*. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Universidad de Málaga

Estébanez, P. (2005). EL CONTROL DEL VIH Y EL SIDA. In *Medicina Humanitaria* (p. 822). Retrieved from https://books.google.com.gt/books?id=kH9WmAqs_FMC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false

Fachado, A., Menéndez, M., & González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cad Aten Primaria*, 19, 118-123.

Florenzano U, Ramón, Valdés C, Macarena, Cáceres C, Eugenio, Santander R, Sylvia, Aspillaga H, Carolina, & Musalem A, Claudia. (2011). Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. *Revista médica de Chile*, 139(12), 1529-1533. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011001200001>

- Fortúnez, P. M. R., Cabello, E. C., Alemán, M. R. A., Serra, M. C., & Méndez, M. D. R. C. (2019). *Ideación suicida y depresión en pacientes VIH+: Estudio transversal sobre prevalencia y factores de riesgo*. *Revista Multidisciplinar del Sida*, (16), 20-34.
- Gallego Deike, L., & Gordillo Álvarez-Valdés, M^a V.. (2001). Trastornos mentales en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Anales de Medicina Interna*, 18(11), 47-54. Recuperado en 15 de agosto de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992001001100010&lng=es&tlng=es.
- Gatell, J. M. (Ed.). (2011). *Guía práctica del SIDA: Clínica, diagnóstico y tratamiento*. Antares.
- Glenn, T. (2014). La OMS pide que se preste mayor atención a la salud de los adolescentes. Retrieved from Organización Mundial de la Salud website: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/es/>
- Gonzalez, M., & Piña, J. (2011). *Motivos, apoyo social y comportamientos de adhesión en personas con VIH: modelamiento con ecuaciones estructurales **. 399–409.
- Gullón, L. (2017). Consecuencias psicológicas en personas con VIH - Salud Sexual España. Retrieved from <https://para-abortar.es/consecuencias-psicologicas-en-personas-vih-sida/>
- Herramienta de la OMS para la implementación de la profilaxis previa a la exposición al VIH. Módulo 1: Profesionales clínicos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018 (OPS/CDE/18-054). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Lapeira, J. M. T., Ferrer, A. V., Rayo, S. M., Pascual, P. P., & García, C. L. El paciente agitado.

Londoño, N. E., Rogers, H., Castilla, J. F., Posada, S., Ochoa, N., J., & M.A., Oliveros, M., Palacio, J., Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5 (1), 150. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3974642>

Macías, C., Isalgué, M., Loo, N., & Acosta, J. (2018). Enfoque psicológico para el tratamiento de personas que viven con VIH/sida. *Revista Información Científica*, 97(3), 660-670. Recuperado de <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1931/3753>

Mansilla Izquierdo, Fernando. (2012). La prevención de la conducta suicida: una necesidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(113), 123-124.

Martínez, B., Musitu, G., Sánchez, J., Villarreal, M. (2010). Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 19 (3). Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592010000300008&script=sci_arttext&tlng=en%5D

Mosqueda, E., Reyes, G., Montuy, Y., Miranda, A., Cruz, D., & Arcos, K. (2017). *Apoyo social en personas que viven con VIH*. 107–123.

Palacios X., Rueda, A., Valderrama, P. Relación de la intención e ideación suicida con algunas variables sociodemográficas, de la enfermedad y aspectos psicoafectivos en personas con el VIH/SIDA. *Revista Colombiana de Psicología [en línea]* 2006,

Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401504>> ISSN 0121-5469

(citar en problemática)

Portalfarma. (2019). Productos de autodiagnóstico para la detección del VIH. [online]

Available at:

<https://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Paginas/Real-Decreto-productos-autodiagnostico-VIH.aspx> [Accessed 15 Aug. 2019].

García, J., Jaramillo, A. (2015). *Apoyo social e ideación suicida en pacientes con cáncer*.

(Trabajo de grado) Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia.

Remor, E. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Atención*

Primaria, 30(3), 143-148. doi: 10.1016/s0212-6567(02)78993-2

Salamanca, Y., Siabato, E. (2017, April). Investigaciones sobre ideación suicida en

Colombia, 2010-2016. *Pensando Psicología*, 13, 1. Retrieved from

<https://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/1714>

Sánchez-Sosa, Juan Carlos, Villarreal-González, María Elena, Musitu, Gonzalo, &

Martínez Ferrer, Belen. (2010). Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis

Psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 279-287. Recuperado en 15 de agosto

de 2019, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592010000300008&lng=es&tlng=es)

[05592010000300008&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592010000300008&lng=es&tlng=es).

Soto, J., & Cruz, J. (2014). *Depresión en pacientes con diagnóstico de VIH / SIDA*. 1–8.

Torres F. (2015). Intentos de autoeliminación en adolescentes mujeres y su relación con los

vínculos primarios.

- Varela-Arévalo, M. T., & Hoyos-Hernández, P. A. (2015). La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. *Revista de salud pública*, 17, 528-540.
- Vilató, L., Martín, L., & Pérez, I. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4)
Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000400005&lng=es&tlng=es.
- Yilmaz, A. G., Ayaz, T., Konağ, Ö., & Özkan, A. (2014). Attachment style and perceived social support as predictors of biopsychosocial adjustment to cancer. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 44(1), 24–30. <https://doi.org/10.3906/sag-1210-28>

11. ANEXOS

Anexo 1: Aprobación del proyecto de tesis



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Of. N° 593-19 -CPC-FSH-UNL
Loja, 16 Octubre de 2019

Señorita.
Andrey Anahi Ríos Herrera
EGRESADA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Ciudad.-

De mi consideración:

De conformidad al informe de Pertenencia de la Estructura y Coherencia del Proyecto de Tesis presentado por parte de la **Ps. CI Mayra Medina Ayala, Mg.Sc.** docente de la Carrera de Psicología Clínica, con respecto a su proyecto de tesis denominado **"APOYO SOCIAL PERCIBIDO E IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS VIVIENDO CON VIH-SIDA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA , LOJA "**, es aprobado; debiendo continuar con el desarrollo de su trabajo de Tesis.

Particular que comunico para los fines correspondientes.


Dra, Ana Puertas Azanza Mg. Sc.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA

cc. carpeta del estudiante
Andrey Anahi Ríos Herrera
Archivo
Mam



Anexo 2: Autorización para aplicación de reactivos

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
Proceso de Gestión de Docencia e Investigación

Oficio 128- DDI-HIAL-MSP

Loja, 30 de octubre de 2019

Srta.
Andrey Anahi Rios Herrera
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
Ciudad.-**

De mis consideraciones

Por medio del presente me permito informar a usted, que atendiendo la solicitud presentada y luego de revisar nuestra base de datos de investigaciones, **SE AUTORIZA** realizar en este hospital su tesis titulada: "APOYO SOCIAL PERCIBIDO E IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS VIVIENDO CON VIH-SIDA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA, LOJA", para lo cual usted debe coordinar con el responsable de la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con VIH-SIDA.

Particular que comunico para los fines consiguientes.

Atentamente



HOSPITAL GENERAL
"ISIDRO AYORA"
COORDINACIÓN DE DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN

Od. Esp. Silvana Palacios Morocho
RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HIAL.

Anexo 3: Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



CONSENTIMIENTO INFORMADO:

_ Acepto participar voluntariamente en la investigación denominada: “Apoyo social percibido e ideación suicida en pacientes que acuden a la Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH-SIDA del Hospital General Isidro Ayora, Loja”, realizada por la señorita: Andrey Anahí Ríos Herrera estudiante de la carrera de Psicología Clínica, de la Universidad Nacional de Loja, para su tesis de grado.

_ Entiendo que para fines de la investigación se me solicitará responder dos cuestionarios que permitirán obtener información. El proceso durará aproximadamente veinte minutos por prueba.

_ La información que brinde será estrictamente confidencial pues será anónima y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de esta investigación.

_ Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi nombre o identidad no será revelada y mis datos clínicos permanecerán confidenciales.

_ Cualquier pregunta que yo quisiera hacer en relación a mi participación en esta investigación deberá ser contestada por la investigadora.

_ Mi consentimiento ha sido dado voluntariamente, sin haber sido forzado/a y obligado/a. He leído y entendido este consentimiento informado. Por lo anterior, acepto participar voluntariamente en la investigación.

Código del participante: _____

Número CI: _____

Edad: _____

Firma: _____

Investigadora responsable: Andrey Anahí Ríos Herrera

Firma: _____ Fecha: ____/____/2019

Anexo 4: Cuestionario estandarizado del estudio de desenlaces médicos de Apoyo Social (MOS)

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. dispone:

Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre) Escriba el número de amigos íntimos y familiares más cercanos:

Nº amigos íntimos:

Nº familiares más cercanos:

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con que frecuencia Ud. dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

PREGUNTAS ¿Cuenta con alguien?	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	SIEMPRE
2 Que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3 Con quien pueda contar cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
4 Que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5 Que le lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
6 Que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7 Con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8 Que le informe y le ayude a entender la situación	1	2	3	4	5
9 En quien confiar o con quién hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10 Que le abrace	1	2	3	4	5
11 Con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12 Que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13 Cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14 Con quién hacer cosas	1	2	3	4	5

que le sirvan para olvidar sus problemas					
15 Que le ayuda en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16 Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17 Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18 Con quién divertirse	1	2	3	4	5
19 Que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20 A quién amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Anexo 5: Escala de pensamientos suicidas de Beck

A. Deseo de vivir.

- 0. Moderado a fuerte
- 1. Poco (Débil).
- 2. Ninguno (No tiene).

B. Deseo de morir.

- 0. Ninguno (No tiene).
- 1. Poco (Débil).
- 2. Moderado a fuerte.

C. Razones para Vivir/Morir.

- 0. Vivir supera a morir.
- 1. Equilibrado (es igual).
- 2. Morir supera a vivir.

D. Deseo de realizar un intento de suicidio activo.

- 0. Ninguno (inexistente).
- 1. Poco (Débil).
- 2. Moderado a fuerte.

E. Deseo pasivo de suicidio.

- 0. Tomaría precauciones para salvar su vida.
- 1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.
- 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida

II. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO

F. Duración.

- 0. Breves, periodos pasajeros.
- 1. Periodos largos.
- 2. Continuos (Crónicos), casi continuos.

G. Frecuencia.

- 0. Rara, ocasionalmente.
- 1. Intermitente.
- 2. Persistentes y continuos

H. Actitud hacia los pensamientos/deseos.

- 0. Rechazo.
- 1. Ambivalente, indiferente.
- 2. Aceptación

I. Control sobre la acción/deseo de suicidio.

- 0. Tiene sentido de control. 1
- . Inseguridad de control
- 2. No tiene sentido de control.

J. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar).

- 0. No lo intentaría porque algo lo detiene.
- 1. Cierta duda que lo detiene.
- 2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen. Indicar qué factores tienen.

K. Razones para pensar/desear el intento suicida.

- 0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.
- 1. Combinación de 0-2.
- 2. Escapar, acabar, salir de problemas.

III. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO.

L. Método: Especificidad/oportunidad de pensar en el intento.

- 0. Sin considerar.
- 1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.
- 2. Detalles elaborados / bien formulados.

M. Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar en el intento.

- 0. Método no disponible, no oportunidad.
- 1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.
- 2. Método y oportunidad disponible 2a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método.

N. Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento.

- 0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente.
- 1. No está seguro de tener valor.
- 2. Está seguro de tener valor.

O. Expectativa/ anticipación de un intento real.

- 0. No.
- 1. Sin seguridad, sin claridad.
- 2. Sí.

IV. ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO.

P. Preparación real.

- 0. Ninguna.
- 1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos).
- 2. Completa.

Q. Nota Suicida.

- 0. Ninguna.
- 1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar.
- 2. Escrita. Terminada.

R. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos).

- 0. No.

1. Sólo pensados, arreglos parciales.
2. Terminados

S. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida.

0. Revela las ideas abiertamente.
1. Revela las ideas con reservas.
2. Encubre, engaña, miente.

T. Intento de suicidio Anteriores.

0. No.
1. Uno.
2. Más de uno.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 6: Memoria Fotográfica





Anexo 7: Certificado de traducción

Lic. Rafael Silva
DOCENTE DE FLUENCY LANGUAGE CENTER

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de la tesis titulada: **APOYO SOCIAL PERCIBIDO E IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS VIVIENDO CON VIH-SIDA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA, LOJA** de la autoría de Andrey Anahi Rios Herrera con número de cédula 1104960503, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 24 de enero de 2020.

Lic. Rafael Silva
DOCENTE DE FLUENCY LANGUAGE CENTER



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
LOJA
FACULTAD DE SALUD HUMANA**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

**APOYO SOCIAL PERCIBIDO E IDEACIÓN SUICIDA EN
PACIENTES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL
A PERSONAS VIVIENDO CON VIH-SIDA DEL HOSPITAL
GENERAL ISIDRO AYORA, LOJA.**

AUTORA:

Andrey Anahí Ríos Herrera

Proyecto de tesis previo a la obtención
del título de Psicóloga Clínica.

**LOJA-ECUADOR
2019**

a) TEMA

“APOYO SOCIAL PERCIBIDO E IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS VIVIENDO CON VIH-SIDA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA, LOJA”

b) PROBLEMÁTICA

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, se han perdido 35 millones de vidas a causa de esta enfermedad. En la actualidad son 1,8 millones de personas infectadas de las cuales solo el 54% de los adultos y el 43% de los niños infectados se encuentran bajo el tratamiento antirretroviral (TAR) de por vida (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Actualmente sigue creciendo el número de personas infectadas por este virus; el tener una enfermedad crónica, específicamente el VIH-SIDA va más allá de las complicaciones de salud que éstas generan, ya que también se encuentra la importancia de la salud mental del paciente, debido a que sufre un gran impacto por los conceptos erróneos que tiene la gente sobre ésta enfermedad (Salamanca, Y., Siabato, 2017).

En gran parte, las personas que están bajo esta condición de salud, presentan problemas de salud mental, en el 2014 MentHealth.gov señala que aproximadamente uno de cada cinco adultos en Estados Unidos experimenta un problema de salud mental. Por ejemplo, las personas con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) tienen el doble de probabilidad de sufrir de depresión que las personas que no lo tienen (Fortúnez, et al.2019)

La prevalencia de ideación suicida y depresión en pacientes VIH en nuestro medio es elevada. La identificación de los factores asociados a su aparición es un factor clave para su manejo clínico precoz (Palacios, et al 2006).

Los trastornos mentales más comunes en personas con VIH son: Deterioro cognitivo leve, demencia, reacciones a estrés grave, trastornos adaptativos, trastornos afectivos, ansiedad, trastornos por abuso de alcohol o sustancias tóxicas, depresión, disfunciones sexuales, entre otros (Gallego, et al, 2001).

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y su estado final, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es una pandemia que está causando una creciente mortalidad y morbilidad en todo el mundo. Sin embargo, cada día se desarrollan más estudios sobre su etiología, sus manifestaciones clínicas y su abordaje terapéutico. El SIDA produce los mismos trastornos psicológicos que otras enfermedades mortales e incurables, pero, además lleva consigo el estigma social que dificulta de forma importante la adaptación del paciente a la enfermedad, generando respuestas emocionales negativas que pueden desencadenar intentos e ideaciones suicidas (Palacios et al, 2006).

La ideación suicida se define como pensamientos o cogniciones frecuentes sobre la elaboración de planes para acabar con la propia vida, la ideación suicida suele ser un paso previo de la conducta suicida, aunque no se sigue de esta necesariamente. Según el Informe de Salud en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (2012) los suicidios tienen un peso importante dentro de la mortalidad por causas externas y aparecen como una de las primeras causas de muerte en adolescentes y adultos jóvenes (Universidad Industrial de Santander, 2014).

Para algunas personas el suicidio podría constituirse en una de las mejores alternativas disponibles para escapar y evitar el sufrimiento. De hecho, la ideación suicida es un síntoma que aparece con relativa frecuencia entre los pacientes con infección por VIH, algunos estudios epidemiológicos han demostrado que los individuos con VIH tienen una mayor probabilidad de suicidarse que el resto de la población general (Palacios et al, 2006).

El apoyo social percibido desde los años setenta, es uno de los temas que mayor atención acaparan entre los investigadores de las ciencias de la salud. Fue postulado como una importante variable en la prevención de las psicopatologías, las personas que pueden

contar con apoyo social lo harán mejor que aquellas que lo carecen (Barragán, González, Martínez, Moreno y Rodríguez, 2018).

El apoyo social percibido parece ser especialmente importante para las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), se encontraron evidencias de que los sujetos positivos para el VIH con niveles bajos de apoyo social percibido experimentaban más síntomas físicos, más desesperanza y depresión que aquellos con un nivel alto de apoyo social y también estaba asociado de manera significativa con los trastornos del estado de ánimo (Aranda B. & Pando M., 2014).

En la provincia de Loja en el Hospital General Isidro Ayora, se cuenta con la Unidad de Atención Integral a Personas con VIH-SIDA, la cual empezó a funcionar en el año 2007; cuenta con atención médica, pero carece de una atención psicológica, debido a que no se tiene a un profesional de la Psicología Clínica inmerso en este campo de trabajo. Durante este periodo hasta julio de este año (2019) la unidad médica conoció en total 380 casos, siendo 368 de ellos activos; es decir que reciben el tratamiento. La mayoría de estos casos pertenecen a ciudadanos nativos de Loja, pero también corresponden a personas con procedencia de otros lugares, pero residentes en nuestra ciudad.

Tomando en consideración este antecedente es importante conocer si ¿El apoyo social percibido influye en el desarrollo de ideación suicida en pacientes de la Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con Vih-Sida del Hospital General Isidro Ayora Loja?

c) **JUSTIFICACIÓN**

El apoyo social percibido reporta beneficios para las personas con VIH, ya sea porque facilita su ajuste psicosocial hacia la enfermedad o porque mejora su percepción de la calidad de vida, mejor funcionamiento físico, reduce dificultades para emprender tareas diarias, menor estrés relacionado con la salud, mejor adaptación y ajuste social.

La parte psicológica es muy importante debido a que en porcentajes muy altos se ha evidenciado afectación no solo en su salud física sino también en su salud mental, el apoyo social percibido se ha convertido en un predictor de otros trastornos como la depresión y la ideación suicida.

En la actualidad no se cuenta con estudios preexistentes que permitan conocer si el Apoyo Social Percibido influye en la Ideación Suicida, ya que existen hipótesis de que el Apoyo Social Percibido puede influir en el desarrollo de la Ideación Suicida de un paciente que este diagnosticado con VIH-SIDA; por el mismo hecho de la vulnerabilidad que presentan estos pacientes al ser portadores de esta enfermedad infectocontagiosa, teniendo como consecuencia un desequilibrio emocional en estas personas, las mismas que buscan una solución pensado en la muerte. Por lo que se considera la necesidad de implementar acciones que permitan ayudar y controlar los estados emocionales de estos pacientes. En nuestra institución educativa durante periodos académicos anteriores se han realizado estudios sobre la Ideación Suicida, sin embargo, ninguno de estos ha tomado en cuenta esta población ni la importancia del Apoyo Social percibido en estos pacientes, con la información obtenida en esta investigación, mi propósito es contribuir en la mejoría de la salud mental, mediante terapias y técnicas, que le servirán al paciente para que tenga un mejor desenvolvimiento, adaptándose a los cambios que genera la enfermedad. Así mismo

los resultados obtenidos podrán servir de beneficio a las promociones futuras que crean conveniente el evaluar a esta población y brindar datos a nivel local que contribuirán en la formación académica.

Dentro de mi formación académica en la Universidad Nacional de Loja es brindar atención profesional en todos los campos en donde se requiera de la intervención de un Psicólogo Clínico.

En la Unidad de Atención Integral del Hospital General Isidro Ayora Loja realizo mis prácticas pre-profesionales, lo que me ha permitido trabajar con esta población; además en la Ciudad de Loja esta unidad es la encargada de manejar los casos reportados de VIH-SIDA. Ya se ha dado acercamiento con algunos de los pacientes para generar empatía y así se sientan cómodos en el trayecto de la investigación a realizar. El estudio contará con la participación de los pacientes de la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con VIH-SIDA, del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

d) OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el Apoyo Social Percibido e Ideación Suicida en pacientes de la Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH-SIDA, del Hospital General Isidro Ayora Loja.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Explorar el apoyo social percibido en los pacientes con VIH-SIDA a través del Cuestionario estandarizado del Estudio de Desenlaces Médicos de Apoyo Social (MOS; Sherbourne y Stewart, 1991).
- Identificar la ideación suicida en pacientes con VIH-SIDA, a través de la Escala de Ideación Suicida de Beck.
- Determinar la influencia del Apoyo Social Percibido en el desarrollo de Ideación Suicida en pacientes de la Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH-SIDA, del Hospital General Isidro Ayora Loja
- Diseñar un plan de intervención basado en la psicoeducación, en prevención al suicidio en pacientes de la Unidad de Atención Integral a Personas viviendo con VIH-SIDA, del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

e) METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Tipo de estudio

Corresponde a un enfoque mixto, cuantitativo ya que se utilizarán técnicas e instrumentos para la recolección de los datos, los mismos que serán sometidos a un análisis estadístico para obtener los resultados y cualitativo porque permitirá explorar, entender, interpretar y describir el comportamiento de la realidad en estudio.

Diseño de la investigación

Cuasi experimental de corte transversal y correlacional ya que se realizará en un tiempo determinado y en una población predefinida.

Descripción del área de estudio

El estudio será realizado en el Hospital General Isidro de Ayora, ubicado en la Provincia de Loja. Cuenta con áreas destinadas a cuidados especiales como el área de clínica para pacientes con VIH-SIDA o también conocida como la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con VIH-SIDA que se encuentra en el quinto piso de la institución, está conformada por dos consultorios médicos, por especialistas en: Epidemiología y de Infectología. Este hospital brinda atención a todas las personas de la ciudad, pero también a personas de otras provincias y migrantes que demandan ser atendidos en esta Unidad. Además, posee una estancia de enfermería y un espacio GAM (Grupos de Ayuda Mutua) donde brindan consejería a los pacientes que lo requieran.

UNIVERSO Y MUESTRA

Pacientes de ambos sexos que acuden al área de clínica del VIH-SIDA (Unidad de Atención Integral a personas viviendo con VIH-SIDA) del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

La población total es de 380 pacientes, al utilizar el programa Epi Info 7.1 considerando el 95 % del nivel de confianza se obtuvo la muestra para la investigación de 186 personas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes de ambos sexos mayores a 20 años debido a que el Cuestionario estandarizado del Estudio de Desenlaces Médicos de Apoyo Social (MOS; Sherbourne y Stewart, 1991) permite ser aplicado partir de ese rango de edad.
- Pacientes que acudan al área de clínica del VIH-SIDA del Hospital General Isidro Ayora Loja y den su consentimiento para formar parte de la investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes menores de 20 años debido a que el Cuestionario estandarizado del Estudio de Desenlaces Médicos de Apoyo Social (MOS; Sherbourne y Stewart, 1991) permite ser aplicado partir de ese rango de edad.
- Pacientes que no deseen participar de forma voluntaria y que no hayan dado su consentimiento para formar parte de la investigación.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES					
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	INDICADOR
<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>APOYO SOCIAL PERCIBIDO</p>	<p>Constituye la variable independiente y consiste en el proceso interactivo en que el paciente con VIH consigue apoyo emocional, apoyo material o instrumental o económico, apoyo social o apoyo afectivo de la red social en la que se encuentra, que será referido por el paciente a través de un cuestionario que indicará el tipo de apoyo social percibido.</p>	<p>Menor apoyo social percibido</p> <p>Mayor apoyo social percibido</p>	<p>Hasta 57 puntos</p> <p>58 a más puntos</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Cuestionario MOS</p>
<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>IDEACIÓN SUICIDA</p>	<p>La ideación suicida es la primera etapa del espectro suicida, por sí sola no conlleva a la planificación o a la tentativa suicida, sino que se requiere de la vinculación de otras variables que interactúen para que se dé el paso del pensamiento hacia la planificación, la tentativa o hacia el suicidio consumado.</p>	<p>Características de las actitudes hacia la vida/muerte. Reactivos del 1 al 5.</p> <p>Características de los pensamientos o deseos de suicidio. Reactivos del 6 al 11.</p> <p>Características del intento. Reactivos del 12 al 15.</p> <p>Actualización del intento. Reactivos del 16 al 20</p>	<p>De respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. El puntaje es de 0 a 38, estableciéndose como ideación suicida un puntaje igual o mayor a 10 puntos.</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Escala de Ideación Suicida de Beck</p>

f) CRONOGRAMA

TIEMPO	2019																				2020														
	Agosto					Septiembre					Octubre					Noviembre					Diciembre				Enero					Febrero					
ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4		
Elaboración del proyecto	X	X	X	X	X																														
Aprobación del proyecto					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																				
Revisión bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																					
Recolección de datos																					X	X	X	X											
Organización de la información																				X	X														
Tabulación y análisis de datos																							X	X											
Redacción de primer informe																									X										
Revisión y corrección de tesis																										X	X	X							
Presentación de la tesis																													X						
Asignación del tribunal																														X	X				
Disertación de la tesis																																X			

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.

Presupuesto:

MATERIALES	COSTO
Bibliografía	50,00
Computadora portátil	800,00
Impresiones	200,00
Copias	100,00
Empastado de tesis	50,00
Transporte	300,00
Alimentación	400,00
Anillados	30,00
Imprevistos	200,00
TOTAL	2130,00

Financiamiento:

El presente trabajo de investigación será financiado por la autora.