

UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA



INFORME DE TESIS

**“LAS DIMENSIONES DE LA PERSONALIDAD Y SU RELACIÓN CON LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LOS
PACIENTES CON VIH EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - 2010”**

PRESENTADO POR:

Bach. Luis Alberto NAVARRO MENDOZA.

ASESOR:

Ps. Herminia DE LOS RIOS SOSA.



Requisito para la obtención del Título de
Licenciado en Psicología

IQUITOS – SAN JUAN – PERÚ.

2011.



Universidad Científica del Perú

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

**FACULTAD DE
CIENCIAS
DE LA SALUD**

En la ciudad de Iquitos, a las 11:30 am horas del día 10, del mes de marzo del año 2011, se reunió el Jurado Examinador, que firma al final del presente documento, para evaluar la sustentación de :

Sr. : LUIS ALBERTO NAVARRO MENDOZA

En la modalidad de: **SUSTENTACION DE TESIS**

Después de las deliberaciones correspondientes, se procedió a evaluar:

Indicador	Examinador 1	Examinador 2	Examinador 3	Promedio
Aplicación de la teoría a casos reales	1	4	4	
Investigación Bibliográfica	2	4	4	
Competencia expositiva (claridad conceptual, argumentación, coherencia)	4	4	4	
Calidad de respuestas.	3	3	4	
Uso de terminología especializada	3	3	2	
Calificación Final	13	17	18	

Aprobado Por:..... Unanimidad

Calificación Final (en letras)..... Diez y Seis

Leyenda:

Indicador	Descripción	Puntaje
A	Deficiente	1
B	Regular	2
C	Satisfactoria	3
D	Óptima	4

Presidente: Méd. Mgr. Edwin Zevallos Bazán

Miembro: Psc. Manuel Rios Pezo

Miembro: Psiq. Raúl Argumedo Castilla

La Universidad Vive en Ti

Av. Abelardo Quiñones Km. 2,5 San Juan Bautista, Iquitos

Tel.:(055) 261088-261092

DEDICATORIA

A Dios por ser la estrella que siempre me guía.

A mi madre, que con su sacrificio, su entereza y su apoyo me guió por el sendero del bien y de la superación personal y profesional.

A mi hermano, Hemán por su ayuda incondicional en la culminación de esta etapa, etemamente gracias.

AGRADECIMIENTOS

- A la psicóloga Herminia de los Ríos Sosa, Asesora de la presente investigación, quien con su valiosa contribución se logró la culminación de la presente tesis.
- Al psicólogo Manuel Ríos Pezo, Jefe del Departamento de Psicología del HRL por el apoyo brindado y los consejos dados en la ejecución de este trabajo.
- A la psicóloga Hellen Tello Collantes por aquellos consejos impartidos para la culminación de la presente investigación
- Al equipo multidisciplinario básico del Programa de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual – VIH/SIDA, al Dr. Cesar Ramal, a la Lic. Enf. Lizbeth Sandoval, a la Lic. Enf. Margarita Arana, a la Obst. Elizabeth Tiburcio, a la Tec. Enf. Frida, a la Srta. Marley y al Sr. Anderson Panaifo; por todo el apoyo y las facilidades brindadas en la ejecución y culminación de la presente investigación.
- A la Lic. Educ. Patricia Benites, por su importante contribución en la ejecución del presente trabajo.
- A los Pacientes que Viven con VIH/SIDA que participaron en la investigación, muchas gracias por brindarme parte de su tiempo.

INDICE DE CONTENIDO

I. Datos Generales	xí
II. Plan de Investigación	1
1. Planteamiento del problema	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema de investigación	5
1.2.1 Problema General.	5
1.2.2 Problema Específico.	5
2. Objetivos de la Investigación	6
2.1 Objetivo General	6
2.2 Objetivos Específicos	6
3. Justificación	7
4. Antecedentes de la Investigación.	8
4.1 Estudios relacionados al tema de investigación	8
4.2 Bases Teóricas.	11
4.2.1. Personalidad	11
4.2.1.1. Definición de la Personalidad desde varios autores	12
4.2.1.2. Teoría de personalidad de Eysenck	16
4.2.1.2.1. Las Dimensiones Básicas de la Personalidad	22
4.2.2. VIH/SIDA	28
4.2.2.1. Estadios de la Enfermedad	29
4.2.2.2. Modos de Transmisión	30
4.2.2.3. Diagnostico	31
4.2.2.4. Clasificación de la infección por VIH/SIDA	31
4.2.2.5. Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad	34
4.2.2.6. El VIH/SIDA en el contexto mundial	36
4.2.2.7. El VIH/SIDA en el Perú	37
4.2.2.8. El VIH/SIDA en la Región Loreto	39
4.2.2.9. El impacto psicológico en las PVVS	40
4.2.3. Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en las PVVS	42
4.2.3.1. La Adherencia en nuestra actualidad	43
4.2.3.2. El Ministerio de Salud del Perú y la Adherencia al	44

TARGA

4.2.3.2.1. Fases del Tratamiento según Adherencia	46
4.2.3.2.2. Líneas de Acción para la Adherencia al TARGA	47
4.2.3.2.3. Factores que Influyen en la Adherencia	48
4.3 Marco Conceptual	50
5. Hipótesis	52
5.1. Hipótesis General	52
5.2. Hipótesis Específicas	52
6. Operacionalización de las variables	54
7. Metodología de la Investigación	56
7.1. Tipo y Nivel de la Investigación	56
7.1.1. Diseño de la Investigación	56
7.2. Población y Muestra	57
7.2.1. Población	57
7.2.2. Muestra	57
7.2.3. Criterios de Inclusión	58
7.2.4. Criterios de Exclusión	58
7.3. Técnicas	58
7.4. Instrumentos de recolección de datos	59
7.4.1. Inventario de Personalidad de Eysenck – Forma “B”	59
7.4.2. SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire)	61
7.4.3. Procedimiento de Recolección de Datos.	62
7.4.4. Procesamiento de la información	63
7.5. Ética	64
8. Aspecto Administrativo	65
8.1. Cronograma de Actividades	65
8.2. Recursos	65
8.3. Presupuesto	66
9. Resultados	67
9.1. Análisis Univariado	67
9.1.1. Características sociodemográficas	67
9.1.2. Descripción de las Dimensiones de la Personalidad	70
9.1.3. Descripción de los Tipos de Temperamentos	72

9.1.4. Descripción de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral	74
9.2. Análisis Bivariado	77
9.2.1. Asociación entre la Dimensión de Personalidad Extroversión y la No Adherencia al Tratamiento Antirretroviral.	77
9.2.2. Asociación entre la Dimensión de Personalidad Introversión y la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral.	78
9.2.3. Asociación entre la Dimensión de Personalidad Estabilidad Emocional y la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral.	79
9.2.4. Asociación entre la Dimensión de Personalidad Inestabilidad Emocional o Neuroticismo y la No Adherencia al Tratamiento Antirretroviral.	80
10. Discusión	81
11. Conclusiones	92
11.1. Conclusiones Univariadas	92
11.2. Conclusiones Bivariadas	93
12. Recomendaciones	94
13. Bibliografía	95
14. Anexos	103
Anexo 01: Ficha de Consentimiento Informado	104
Anexo 02: Cuestionario del Inventario de Personalidad de Eysenck Forma "B"	105
Anexo 03: Hoja de Respuestas del Inventario de Personalidad de Eysenck Forma "B"	109
Anexo 04: Cuestionario de Adherencia SMAQ	110
Anexo 05: Asociación entre sexo y adherencia al tratamiento antirretroviral	111
Anexo 06: Asociación entre edad y adherencia al tratamiento antirretroviral	112
Anexo 07: Asociación entre orientación sexual y adherencia al tratamiento antirretroviral	114
Anexo 08: Asociación entre el grado de instrucción y la adherencia al tratamiento antirretroviral	116
Anexo 09: Asociación entre los tipos de temperamentos y la adherencia al tratamiento antirretroviral	118
Matriz de Consistencia	121

INDICE DE CUADROS

	Pag.
Cuadro 01: Sistema de Clasificación de la CDC para la infección de VIH/SIDA en adultos y adolescentes mayores de 13 años de edad	32
Cuadro 02: Características Socio Demográficas de los pacientes con VIH-SIDA que reciben tratamiento antirretroviral en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.	67
Cuadro 03: Distribución de los pacientes con VIH-SIDA que reciben tratamiento TARGA según la edad en el Hospital Regional de Loreto en el 2010	69
Cuadro 04: Distribución de los pacientes con VIH-SIDA que reciben tratamiento antirretroviral según la dimensión de Personalidad introversión - extroversión en el Hospital Regional de Loreto – 2010	70
Cuadro 05: Distribución de los pacientes con VIH-SIDA que reciben tratamiento antirretroviral según la dimensión de Personalidad Estabilidad – Inestabilidad en el Hospital Regional de Loreto – 2010	71
Cuadro 06: Distribución por tipo de Temperamento de los Pacientes con VIH en Tratamiento Antirretroviral en el Hospital Regional de Loreto – 2010	73
Cuadro 07: Distribución de los pacientes con VIH según la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en el Hospital Regional de Loreto – 2010	74
Cuadro 08: Distribución de los pacientes con VIH según los Factores sobre la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en el Hospital Regional de Loreto – 2010	75
Cuadro 09: Asociación entre la no adherencia al TARGA y la personalidad extrovertido de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010	77
Cuadro 10: Asociación entre la adherencia al TARGA y la personalidad introverso de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010	78
Cuadro 11: Asociación entre la adherencia al TARGA y la personalidad estabilidad emocional de los pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010	79

Cuadro 12: Asociación entre la no adherencia al TARGA y la personalidad inestabilidad emocional de los pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010	80
Cuadro 13: Asociación entre sexo y adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010	111
Cuadro 14: Asociación entre las edades 18 a 35 años y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.	112
Cuadro 15: Asociación entre las edades 36 a 60 años y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.	112
Cuadro 16: Asociación entre las edades 61 a más años y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.	113
Cuadro 17: Asociación entre la bisexualidad y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.	114
Cuadro 18: Asociación entre la heterosexualidad y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.	114
Cuadro 19: Asociación entre la homosexualidad y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.	115
Cuadro 20: Asociación entre el grado de instrucción primaria y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.	116
Cuadro 21: Asociación entre el grado de instrucción secundaria y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010	116

- Cuadro 22:** Asociación entre el grado de instrucción superior y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010. 117
- Cuadro 23:** Asociación entre el temperamento flemático y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010. 118
- Cuadro 24:** Asociación entre el temperamento sanguíneo y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010. 118
- Cuadro 25:** Asociación entre el temperamento colérico y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010. 119
- Cuadro 26:** Asociación entre el temperamento melancólico y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010. 119

INDICE DE GRÁFICOS

	Pag.
Gráfico 01: Modelo Jerárquico de la Personalidad de Eysenck	21
Gráfico 02: Distribución según Sexo de los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral en el Hospital Regional de Loreto en el año 2010	68
Gráfico 03: Distribución según Orientación Sexual en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral en el Hospital Regional de Loreto en el año 2010	68
Gráfico 04: Distribución según Grado de Instrucción en los pacientes con VIH/SIDA que reciben tratamiento antirretroviral en el Hospital Regional de Loreto en el año 2010	69
Gráfico 05: Distribución de los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral según la edad en el Hospital Regional de Loreto - 2010	70
Gráfico 06: Distribución de los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral según la dimensión de personalidad introversión - extroversión en el Hospital Regional de Loreto en el año 2010	71
Gráfico 07: Distribución de los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral según la dimensión de personalidad estabilidad – inestabilidad en el Hospital Regional de Loreto en el año 2010	72
Gráfico 08: Distribución según los tipos de Temperamentos de los pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Regional de Loreto en el año 2010	73
Gráfico 09: Distribución de los pacientes con VIH, según la Adherencia al tratamiento antirretroviral presentes en el Hospital Regional de Loreto en el año 2010	74
Gráfico 10: Distribución de los Factores sobre la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral presentes en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto en el año 2010	76

I. DATOS GENERALES

- 1.1 **Título:**
“Dimensiones de la Personalidad y su Relación con la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en los Pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010”

- 1.2 **Área y línea de investigación.**
 - 1.2.1. **Área:**
 - 1.2.2. **Línea:**

- 1.3. **Autor:**
Luis Alberto NAVARRO MENDOZA.

- 1.4. **Colaboradores:**
 - 1.4.1. **Instituciones:** Hospital Regional de Loreto.
 - 1.4.2. **Personas:** Mgr. Herminia DE LOS RIOS SOSA
Mgr. Patricia de Jesús BENITES SÁNCHEZ.

- 1.5. **Duración Estimada de ejecución:** 5 meses aproximadamente.

- 1.6. **Fuentes de Financiamiento.**
 - 1.6.1. **Recursos propios:** Autofinanciado.
 - 1.6.2. **Recursos externos en gestión:** Ninguno

- 1.7. **Presupuesto estimado:** S/. 3 609. 00 (Tres mil seiscientos nueve nuevos soles).

RESUMEN

Objetivo: Determinar las dimensiones de la personalidad y su relación con la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010. **Materiales y métodos:** Se aplicó a una muestra de 99 pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral el Inventario de Personalidad de Eysenck Forma "B" y el cuestionario de adherencia SMAQ, el cual cuenta con seis preguntas (4 cualitativas y 2 cuantitativas), referentes a la adherencia al tratamiento antirretroviral en la última semana y en los últimos tres. El estudio fue de tipo no experimental transversal; el diseño descriptivo - correlacional. Se empleó el análisis estadístico de X^2 de Pearson con un nivel de significancia estadística $P < 0.05$. **Se observó** que: no existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión de personalidad extroversión y la no adherencia al tratamiento antirretroviral ($P = 0,298 > P = 0.05$) sucediendo lo mismo con la personalidad introversión y la adherencia al tratamiento antirretroviral ($P = 0,445 > P = 0.05$), también con la personalidad estable y la adherencia al tratamiento antirretroviral ($P = 0,381 > P = 0.05$) y la personalidad inestable o neuróticos y la no adherencia al tratamiento antirretroviral ($P = 0,381 > P = 0.05$). **Conclusión:** no existe relación estadísticamente significativa entre las dimensiones de la personalidad y la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto.

ABSTRACT

Objective: Determine the dimensions of personality and its relationship with adherence to antiretroviral treatment of HIV patients in the Regional Hospital of Loreto - 2010. **Materials and methods:** We applied to a sample of 99 HIV patients on antiretroviral therapy the Eysenck Personality Inventory Form "B" and SMAQ adherence questionnaire, which has six questions (4 qualitative and quantitative 2), concerning adherence to antiretroviral treatment in the last week in the last three. The study was cross-sectional non-experimental, descriptive design - correlation. Analysis was used Pearson X^2 statistic with a statistical significance level $P < 0.05$. **It was observed:** There is no statistically significant relationship between extroversion personality dimension and non-adherence to antiretroviral treatment ($P = 0.298 > P = 0.05$) happening the same with the introverted personality, and adherence to antiretroviral therapy ($P = 0.445 > P = 0.05$), also with a stable personality and adherence to antiretroviral therapy ($P = 0.381 > P = 0.05$) and unstable personality or neurotic and non-adherence to antiretroviral therapy ($P = 0.381 > P = 0.05$). **Conclusion:** there is no statistically significant relationship between personality dimensions and adherence to antiretroviral treatment in HIV patients at the Regional Hospital of Loreto.

II. PLAN DE INVESTIGACIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) es una epidemia que desde que fuera descrita por primera vez en 1981 hasta la actualidad se ha propagado alrededor de todo el mundo, infectando a un promedio de 65 millones de personas y cobrando aproximadamente 25 millones de vidas, según reporta el Programa de las Naciones Unidas para la lucha contra el SIDA¹

El Perú no ha estado exento a esta propagación, ya que, tal como señala Cabello (2005)², desde el inicio de la epidemia en 1983 hasta finales del 2005 había un aproximado de 80 mil personas viviendo con VIH/SIDA y cada año se diagnostican aproximadamente 1200 a 1500 personas con esta infección.

En el Hospital Regional de Loreto (HRL) según los registros que maneja el Programa de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual – VIH/SIDA (PROCITS), hasta el 5 de Abril del 2010, están recibiendo Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) un total de 386 personas que viven con VIH/SIDA (PVVS), de las cuales 282 son Hombres que representan el 73%, mientras 104 son mujeres representando el 27%, asimismo hay 10 gestantes con VIH que reciben Profilaxis antirretroviral, 03 PVVS adultos con criterios para TARGA, 05 PVVS en espera de resultado PRE TARGA, 534 PVVS adultos en proceso de evaluación, 15 abandonos del TARGA, haciendo un total de 953 PVVS que están registrados en el Programa de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual (PROCITS) del HRL y hasta la fecha desde el Inicio del TARGA en el mencionado Hospital tenemos a 86 personas que han fallecido de SIDA; en el año 2008 son 86 PVVS que presentaron infecciones oportunistas con

¹ ONUSIDA (2006). Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006.

² CABELLO, R. (2005). La situación del VIH/SIDA en el Perú al año 2005.

una media mensual de 7.1, para el 2009 esta cifra se redujo a 55 PVVS con media mensual de 4.5 y hasta Marzo del 2010 ya son 23 PVVS con infecciones oportunistas que representan una media de 7.66 mensual, esto podría deberse a la falta de adherencia al TARGA por parte de los pacientes.

A pesar de la disponibilidad de los tratamientos, un porcentaje elevado de PVVS no consiguen una supresión duradera de la replicación viral, atribuible en gran medida a la falta de adherencia (un tercio según Remor)³.

Ésta es un problema mundial e involucra no sólo a la salud individual sino también a la Salud Pública, ya que favorece la transmisión de cepas resistentes y aumenta la morbi-mortalidad de las PVVS. La adherencia se entiende como la buena predisposición y el compromiso que la PVVS tiene de seguir el tratamiento, tomando la medicación indicada por su médico⁴.

En el ámbito psicológico, el ser portador de este virus constituye una vivencia muy difícil por el continuo deterioro físico y laboral que conlleva, por las reacciones sociales negativas hacia ellos y su entorno inmediato, por alejamiento de sus referentes cercanos, los cambios drásticos en su estilo de vida y la modificación de sus expectativas a futuro.

La infección por VIH es un padecimiento que demanda la práctica consistente y eficiente de los comportamientos de adhesión al tratamiento antirretroviral en sí y a otras actividades de apoyo al mismo. Sin embargo, en años recientes se ha identificado una diversidad de variables psicológicas y sociales (depresión, estrés, ansiedad, bajos niveles de motivación, carencia de apoyo social principalmente, Etc.) que dificultan la práctica de esos comportamientos, favoreciendo así el progreso clínico de la enfermedad y una reducción en la calidad y tiempo de sobrevida en las personas con VIH.

³ REMOR, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. 14, 262-267.

⁴ PROGRAMA PROVINCIAL DE SIDA DE MENDOZA, Argentina. (2006). www.vih-adherencia.com.ar.

La adhesión terapéutica es un fenómeno complejo que involucra, desde la óptica del comportamiento de la persona, variables tales como: reacciones emocionales que interfieren con las actividades de autocuidado, distorsiones conceptuales sobre aspectos claves de la infección y de su tratamiento (normalmente por información escasa o incorrecta), así como problemas relacionados con la carencia de destrezas específicas para seguir al pie de la letra las instrucciones del equipo de salud. Otra fuente de factores que afecta la adhesión incluye las condiciones geográficas y socioeconómicas que dificultan las acciones necesarias por implicar altos requisitos de respuesta para los pacientes y sus cuidadores primarios.

Se pueden encontrar cinco factores para explorar la adherencia terapéutica según Villa, C. y Vinaccia (2006)⁵. Siendo uno de ellas los relacionados con los pacientes en donde se ubica las características de personalidad de los individuos con VIH como posible predictor de una adecuada y/o inadecuada adherencia terapéutica.

La propia personalidad del paciente, sus estrategias de enfrentamiento con la realidad, el tipo de relaciones interpersonales que establece habitualmente y el nivel de regresión y desorganización que en su comportamiento produce la enfermedad, producirán dos tipos de respuestas ante la enfermedad: la reacción adaptativa supone, por un parte, la aceptación por el enfermo de su situación de enfermedad. Por otra parte, supone un desempeño adecuado del rol de enfermo, es decir, participar en el proceso de diagnóstico, cuidados y tratamiento manteniendo una actitud racional, lo que implica el seguimiento de las prescripciones técnicas que se le hagan. Para ello es necesario que el enfermo tenga la convicción de que, de una forma directa o indirecta, ejerce un cierto tipo de control de la situación. Encontramos también una serie de respuestas no adaptativas. Todas ellas tienen en común su inadecuación o la interferencia con la finalidad básica de la curación.

En primer lugar el “ensimismamiento” o “retirada”: el paciente, ante los sentimientos de desvalimiento frente a una situación que vive como algo que le desborda, se retira de ella en sentido psicológico, como mecanismo de defensa

⁵ VILLA, C. y Vinaccia, S. (2006) Adhesión Terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA. *Psicología y Salud*, 16, 51-62.

(reacciones depresivas, de inhibición y desinterés hacia el medio). En segundo lugar, el rechazo del desempeño del rol del enfermo. Incluimos aquí desde la negación defensiva de la enfermedad hasta la oposición mas o menos encubierta o la adopción de actitudes agresivas y autodestructivas frente al medio⁶. En síntesis, toda vez que la adherencia al tratamiento antirretroviral es un problema serio y complejo cuando se habla de las enfermedades crónicas en general y del VIH en particular, en las actuales circunstancias resulta especialmente importante contar con el mejor conocimiento posible de los mecanismos que facilitan o impiden la práctica de esos comportamientos (SANCHEZ-SOSA, 2002)⁷, (HOTZ y col., 2003)⁸.

Las dimensiones de la personalidad de las PVVS, entendida esta como una organización más o menos estable y organizada, dinámica del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única en el ambiente (Eysenck, 1987)⁹ pueden influir en las condiciones de la propia infección. Por otra parte es posible que tales dimensiones puedan influir en la voluntad de los pacientes para adherirse al tratamiento; y aunque exista una amplia literatura sobre la infección por VIH, se sabe poco sobre la interacción entre personalidad y la adherencia al TARGA, siendo esta el talón de Aquiles de todos los equipos sanitarios responsables de la atención de las PVVS.

Por lo anteriormente mencionado se presenta las siguientes interrogantes:

⁶ NIETO, J. y col. (2004) *Psicología para Ciencias de la Salud; Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*, pp. 96-97.

⁷ SÁNCHEZ-SOSA JJ. (2002) "Treatment adherence: The role of behavioral mechanism and some implications for health care interventions". *Rev Mex Psi-col*;19:85-92.

⁸ HOTZ S, Kaptein A, Pruitt S, Sánchez-Sosa JJ, Wiley C. (2003) "Behavioural mechanism explaining adherence". *What every health professional should know*. En: WHO (ed.). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. World Health Organization. Geneva.

⁹ EYSENCK, H. y Eysenck, S. (1987). *Personalidad y diferencias individuales*. Madrid: Ed. Pirámide S. A.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

1. ¿Cuál es la relación existente entre las dimensiones de la personalidad y la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010?

1.2.2. PROBLEMA ESPECÍFICOS

1. ¿Cuáles son las características socio demográficas (sexo, orientación sexual, edad, grado de instrucción) de los pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Regional de Loreto – 2010?
2. ¿Cuáles son los tipos de temperamentos (Melancólico, Colérico, Flemático y Sanguíneo) de los pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Regional de Loreto – 2010?
3. ¿La dimensión de personalidad Extroversión estará asociado a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010?
4. ¿La dimensión de personalidad Introversión estará asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010?
5. ¿La dimensión de personalidad Estabilidad Emocional estará asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010?
6. ¿La dimensión de personalidad Inestabilidad Emocional estará asociado a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010?

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. OBJETIVO GENERAL

1. Determinar las dimensiones de la personalidad y su relación con la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las características socio demográficas (sexo, orientación sexual, edad, grado de instrucción) de los pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Regional de Loreto - 2010.
2. Describir los temperamentos (Melancólico, Colérico, Flemático y Sanguíneo) de los pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Regional de Loreto - 2010.
3. Determinar el grado de asociación entre la dimensión de personalidad Extroversión y la no adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010.
4. Determinar el grado de asociación entre la dimensión de personalidad Introversión y la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010.
5. Determinar el grado de asociación entre la dimensión de personalidad Estabilidad Emocional y la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010.
6. Determinar el grado de asociación entre la dimensión de personalidad Inestabilidad Emocional y la no adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010.

3. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación titulada “Las Dimensiones de la Personalidad y su Relación con la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en los Pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010” del autor Luis Alberto NAVARRO MENDOZA de la Universidad Científica del Perú, de la Facultad de Ciencias de la Salud, carrera profesional de Psicología. Tiene por finalidad medir el grado de relación de las variables mencionadas. Según Cueto (2002)¹⁰, la infección por VIH se ha convertido en una epidemia mundial que ha alcanzado cifras aterradoras y amenaza la estabilidad económica y social de los diferentes países a los que ha llegado. Si bien la aparición del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) supone un logro sorprendente para el manejo de esta infección ya que disminuye la carga viral y aumenta los linfocitos CD4, se requiere una alta adhesión para poder beneficiarse de estos efectos positivos, lo que paradójicamente en estos pacientes resulta aún más complicado debido a las características del régimen de tratamiento y a factores sociales, económicos y psicológicos.

La efectividad de las drogas Antirretrovirales dependerá de la adherencia al tratamiento por parte del pacientes; es por ello, que se ha convertido en el eje de todo programa y esto se debe a que está demostrado que la adherencia juega un rol determinante en la supervivencia de los pacientes que inician tratamiento (SANTOSEOY y NIETO, 2004)¹¹.

El estudio que se plantea en el Hospital Regional de Loreto es porque no se encontró antecedentes de algún estudio en nuestro país que nos señale el tipo de perfil de Personalidad de las Personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) y como esta puede repercutir en la adherencia al Tratamiento Antirretroviral.

Asimismo el presente estudio, servirá para predecir que tipo de personalidad presenta mayor predisposición a la adherencia y no adherencia al Tratamiento

¹⁰ CUETO, M. (2002). El rastro de SIDA en el Perú. *Historia, Ciências, Saúde- Manginhos*, pp. 9,17-40.

¹¹SANTOSEOY y Nieto (2004). Tratamiento Antirretroviral en el adulto con VIH/SIDA. *Adherencia al Tratamiento Antirretroviral*. USA. 2004. pp. 237-255.

Antirretroviral y de esta manera se implementen estrategias de intervención temprana para mejorar su posterior adherencia.

También este estudio será una contribución tanto al Equipo Multidisciplinario del Programa de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual – VIH/SIDA (PROCITS) como a los pacientes con VIH y familiares de estos, ya que permitirá sincerar datos con respecto al nivel de adherencia al Tratamiento Antirretroviral que los Pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional presentan y a partir de la obtención de estos resultados, visualizar un camino que propicie las condiciones necesarias para una mejor supervisión de la adherencia al Tratamiento y de esta manera lograr disminuir la tasa de morbi-mortalidad asociados al VIH/SIDA en el Hospital Regional de Loreto.

4. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. ESTUDIOS RELACIONADOS AL TEMA DE INVESTIGACIÓN

LEOMBRUNI, Paolo y col., (2002)¹², en su estudio “Perfil de la personalidad y la adherencia en pacientes ambulatorios del VIH en la ciudad de Turín – Italia”, llegaron a las siguientes conclusiones, que en las dimensiones de la personalidad se demostró una asociación entre la búsqueda de novedad (una dimensión temperamento) y auto direccionalidad (una dimensión de carácter) con la adherencia. Entre los datos socio demográficos, se determinó que sólo el nivel educativo y estado civil surgieron como asociados con la adherencia. Una regresión logística demostró que la asociación entre la auto direccionalidad (una dimensión de carácter) y el estado civil resultaron como factores de confusión a la adherencia y el nivel educativo y la búsqueda de novedad (una dimensión de temperamento), como factores muy asociados con la adherencia.

¹² LEOMBRUNI, P.; Orofino, G.; Carosella, S.; Fassino, S. (2002) “Perfil de la personalidad y la adherencia en pacientes ambulatorios con VIH” en la ciudad de Turín – Italia

PENEDO, F y col., (2003)¹³, en el estudio “La Personalidad, la Calidad de Vida y la Adhesión al TARGA entre los hombres y mujeres que viven con el VIH/SIDA” en la Ciudad de Miami – USA, llegaron a las siguientes conclusiones, que los rasgos de personalidad, como el neuroticismo, se asociaron significativamente con una pobre calidad de vida, mientras que la auto conciencia y la extraversión estaban asociadas con una mejor calidad de vida. Los resultados sugieren que los rasgos de personalidad están asociados con la Calidad de Vida y que esta está relacionada con la adhesión al TARGA.

FASSINO, Secondo, y col., (2004)¹⁴, en su estudio titulado “El perfil de la personalidad de los pacientes ambulatorios con VIH” en la Ciudad de Torino – Italia, llegaron a las conclusiones de que los sujetos drogodependientes con VIH muestran más impulsividad, que posiblemente es anterior a la infección por el VIH; También son más temerosos y presentan baja autodirección. Los sujetos no dependientes de las drogas expresan mayores recursos de auto-trascendencia, posiblemente para superar sus dificultades.

En el Perú se encontró las siguientes investigaciones no existiendo referencias bibliográficas de estudios realizados entre perfil de personalidad y su influencia con la adherencia al TARGA, por lo que se realza la importancia de la presente investigación.

MEDALIT, Luis y JERI, Raúl (2000)¹⁵ en su estudio, “Personalidad en Pacientes Infeccionados con el VIH” que se llevó a cabo en áreas deprimidas de la ciudad de Lima, en donde ambos autores llegaron a las conclusiones, que los rasgos atípicos del carácter, algunos normales y otros patológicos, resultaron más frecuentes que los trastornos definidos de la personalidad. En el sexo masculino la prevalencia de los trastornos fue: disocial 18.3%, inestable 5.2%, evasivo 4.9%, paranoide 4.2%, histriónico 2.2%, esquizoide 0.9% y anancástico 0.3%. En las mujeres: disocial 7.6%, inestable 4.6%, dependiente 3.6%, esquizoide 2.6%, histriónico 1.6%,

¹³PENEDO, F.; Gonzalez, J.S.; Dahn, J.R.; Antoni, M.; Malow, R.; Costa, P.; Schneiderman, N. (2003) y Fassino, S.; Leombruni, P.; Amianto, F.; Abbate-Daga, G. (2004) “La Personalidad, la Calidad de Vida y la Adhesión al TARGA

¹⁴FASSINO Secondo, Leombruni Paolo, Federico Amianto, Giovanni Abbate-Daga (2004). “El perfil de la personalidad de los pacientes ambulatorios con VIH” en la Ciudad de Torino – Italia.

¹⁵MEDALIT, L y Jeri, R. (2000), “Personalidad en Pacientes Infeccionados con el VIH” Lima – Perú

evasivo 1.0%, anancástico 0.6% y paranoide 0.3%. Es decir que el 27.7% de los pacientes infectados con el VIH tenían trastornos de la personalidad en comparación con el 19.7% de la población general (Chi cuadrado Mantel Haenzel 7.8, P=0.05).

ALCÁNTARA, Natali (2008)¹⁶, en su estudio titulado “Sintomatología Depresiva y adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Pacientes con VIH”, llegó a las siguientes conclusiones, de que se puede observar una tendencia hacia la feminización del contagio del VIH dado que se encuentra proporciones similares de pacientes por sexo, aspecto que era distinto en las primeras décadas de la infección (ochentas y noventas) siendo varones los casos más frecuentes de contagio. También se encuentra niveles importantes de sintomatología depresiva moderada (20%) y severa (20%) en la muestra evaluada. En términos de la adhesión al tratamiento, tan solo el 32% de los sujetos de la muestra presenta adherencia estricta. Finalmente, tal como se esperaba, se halló una correlación negativa y medianamente significativa entre ambas variables, de tal forma que a mayor adherencia al tratamiento menores niveles de sintomatología depresiva.

ALVIS, Oscar y col., (2008)¹⁷, en el estudio titulado “Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-SIDA”, realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en donde se encuestó a 465 PVVS, llegaron a los resultados de, que la edad promedio fue $36,8 \pm 9,1$ años; 64,1% era varón. El 35,9% de los encuestados resultó ser no adherente. Los factores independientemente asociados a la no adherencia fueron: ser homosexual/bisexual (OR: 3,85, IC95% 1,98 a 7,51), tener una baja calidad de vida relacionada a la salud (OR: 6,22, IC95% 3,47 a 11,13), poco apoyo social (OR: 5,41, IC95% 3,17 a 9,22), no tener domicilio fijo (OR 3,34, IC95% 1,93 a 5,79), tener morbilidad psíquica (OR 2,93, IC95% 1,78 a 4,82) y tener mayor tiempo en tratamiento (OR 1,04, IC95% 1,02 a 1,07). Las conclusiones encontradas fueron de que la prevalencia de no adherencia fue mayor a la

¹⁶ALCÁNTARA ZAPATA Natali Ruth. (2008). “Sintomatología Depresiva y adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Pacientes con VIH” Lima – Perú.

¹⁷Alvis,Óscar; De Coll, Liz; Chumbimune, Lourdes; Díaz, Cristina; Díaz, Judith; Reyes, Mary (2008) “Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-SIDA”, publicado en la revista “Anales de la Facultad de Medicina de la UNMSM” Vol. 70 Num. 4, 2009, pp. 266-272.

reportada previamente en este mismo hospital, pero similar a la encontrada en diferentes estudios, pese a la heterogeneidad de los mismos. Los factores de tipo psicosocial fueron los que influyeron de forma más importante en la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral.

BICERRA RIBEIRO, Melina del Carmen (2009)¹⁸ en su estudio titulado “Factores Socio demográficos y terapéuticos asociados a la adherencia a la terapia antirretroviral de gran actividad en el Hospital III de ESSALUD de Iquitos de Junio a Julio del 2009”, en la que demostró que hay una prevalencia del sexo masculino con un 81.1% sobre el sexo femenino y que la enfermedad estaba concentrada en la población Adulto Intermedio (40 a 59 años) con un 52.8%, seguida de la población Adulto Joven (20 a 39 años) con un 39.6%, asimismo determino que la población en su mayoría tuvo estudios superiores (45.3%), seguida de estudios técnicos (20.8%), secundarios (28.3%) y primarios (5.7%); con respecto a la adherencia, 66% presenta adherencia adecuada sobre 34% de no adherentes; en el análisis bivariado, el 78.6% de adultos intermedios y el 75% de los adultos mayores presentaron mayor adherencia, pero no se demostró asociación estadísticamente significativa ($P=0.07$), en el caso del sexo el 80% de mujeres y el 62.8% de hombres presentaron una adherencia adecuada pero no se encontró relación entre ambas variables ($P=0.300$); con respecto al nivel de instrucción los que presentan nivel superior (79.2%), primaria (66.7%) y técnica (63.6%) presentan mayor adherencia, pero se pudo demostrar que no hay relación estadísticamente significativa ($P=0.222$).

4.2. BASES TEÓRICAS

4.2.1. PERSONALIDAD

La noción de personalidad se relaciona con preguntas tales como ¿Por qué la gente es como es? O ¿Por qué yo mismo soy como soy? Estas preguntas nos sugieren que el concepto de personalidad suscita un interés e

¹⁸BICERRA RIBEIRO, Melina del Carmen (2009) “Factores Socio Demográficos y Terapéuticos asociados a la Adherencia a la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad en el Hospital III de ESSALUD de Junio a Julio del 2009”, Iquitos-Perú.

importancia vital. A la vez, también implica un reconocimiento social, que podemos entrever entre comentarios y expresiones del lenguaje coloquial, como “tal persona tiene mucha personalidad” o “aquella otra, no tiene ninguna personalidad”. Estos comentarios pueden ser fácilmente reconocibles en las relaciones humanas.

De la misma manera, también podemos observar como en el lenguaje cotidiano se realizan valoraciones de las personas a través de algunos calificativos: es una persona rígida, autoritaria, agresiva, dura, sociable,...

Pues todas estas acepciones se encuentran reflejadas en el estudio científico de la personalidad. Pero quizás, a diferencia de valoraciones excluyentes (p. ej., rígido o flexible), el estudio científico de la personalidad plantea un marco dimensional (valoraciones continuas). Es obvio que siempre se tiene personalidad, aunque las características que la definan (rigidez, autoritarismo, agresividad,...) tengan mayor o menor presencia en determinados individuos.

Con ello llegamos a la necesidad de encontrar una definición de personalidad que dé cabida a las distintas explicaciones que se han formulado desde diversas teorías, tarea que no es fácil porque esta diversidad de explicaciones responde a la complejidad de su objeto de estudio: la persona o individuo como un todo (Nieto, 2004)¹⁹.

4.2.1.1. Definición de la personalidad desde varios autores.

Las teorías juegan un papel muy importante en la psicología de la personalidad. Muchas surgieron en ambientes clínicos a partir de esfuerzos para comprender y tratar a las personas con problemas psicológicos, también provienen de observaciones controladas y experimentos de laboratorio.

¹⁹ Op cit., NIETO (2004), p.53

Se han promulgado una amplia variedad de teorías para explicar no sólo los tipos comunes de personalidad, sino también cómo la gente desarrolla sellos psicológicos únicos, llamados personalidad y que ha sido planteado por Ledford Bischof (1973)²⁰:

Partiendo de las teorías psicoanalíticas se tiene a su mas grande exponente, Sigmund Freud, como padre de el psicoanálisis, y primer expositor de sus teorías, quien estudió las dimensiones de la naturaleza humana, al desarrollar la técnica de la asociación libre, logrando alcanzar las profundidades de su propia vida inconsciente y la de los demás. En este proceso, creó el psicoanálisis, un método de investigación para entender al individuo.

El concepto freudiano acerca de la estructura de la personalidad se conforma de tres instancias denominadas Ello, Yo y Súper Yo, representando una variedad de procesos, funciones y dinámicas diferentes dentro de la persona, no estructuras independientes separadas con límites.

El Ello es el centro de nuestro ser, la función más antigua y original de la personalidad y es la base de las otras dos instancias. El Ello incluye a los instintos e impulsos que nos motivan al igual que nuestra herencia genética, reflejos y capacidades para responder; representa nuestros impulsos, necesidades y deseos básicos. El Yo surge con el fin de cumplir de una manera realista los deseos y las demandas del ello de acuerdo con el mundo exterior. El Yo evoluciona a partir del ello y actúa como un intermediario entre éste y el mundo externo. Es decir, el Yo es operador de la personalidad, que reprime al Ello y mantiene las relaciones con el mundo exterior. El Súper Yo es la última instancia de la personalidad que se desarrolla que resulta de la interacción con los padres durante un

²⁰BISCHOF, Ledford J. (1973) "Interpretación de las teorías de la personalidad: enfoque de poder explicativo y capacidad predictiva" Ed. Tallas México D.F. 1973.

largo período de la infancia. El Súper Yo lucha por la perfección, buscando soluciones moralistas más que realistas.

Carl Jung expresa en su teoría una lucha por el equilibrio entre polaridades Ego – yo, las cuales deben estar alineadas y bien soportadas por partes iguales de las funciones mentales las cuales a su vez están rodeadas por arquetipos, las funciones mentales se irán extendiendo a lo largo de la vida, irán creciendo, y harán mas fácil mantener el equilibrio en el sistema.

Alfred Adler habla de la lucha perseverante del hombre por alejarse de sus sentimientos de inferioridad y alcanzar la superioridad, lo cual se da a través de varias etapas de la vida, como escalones que tienen como final una meta la cual motiva el curso de el ascenso en la vida del individuo.

Karen Homey habla de seis principios y tres tipos de maniobras neuróticas, los principios son: optimismo- positivismo, sociedad- cultura, estructura de carácter, concepto de yo, complementación- conflicto, y autoanálisis. Donde menciona que a través del roce social y el contacto o interacción con el otro se da como producto la personalidad.

Gordon Allport, quien nos habla de su teoría a partir de una definición de personalidad basada en la trascendencia del conceptualismo, invocando ir mas allá que la suma de sus partes, el hombre es unicidad, la personalidad para Allport es la lo que hace que el hombre difiera de los demás, es su forma de supervivencia.

Carl Rogers, psicólogo humanista, sostenía que “cada individuo existe en el centro de un campo fenoménico. En la psicología, la fenomenología ha llegado a significar el estudio de la conciencia y la percepción humana”. La fenomenología enfatiza que lo que es importante no es el objeto o el evento por si mismo, sino

la forma como lo percibe y entiende el individuo. Así, el campo fenoménico se refiere a la suma total de experiencias, consiste en todo lo que está disponible en forma potencial para la conciencia en cualquier momento específico. Rogers afirma entonces que el mejor punto de *vista* para entender a un individuo es el del propio sujeto. El individuo es el único que puede conocer por completo su campo de experiencia, no siempre es fácil entender la conducta desde el marco de referencia de otra persona, se está limitando a la percepción consciente y comunicación de experiencias del individuo. No obstante, un entendimiento empático de las experiencias de una persona es útil para entenderla y por consiguiente para comprender los procesos de la personalidad.

B.F Skinner, teórico conductista, desarrolló una psicología que no se concentra en una persona sino en variables y fuerzas en el ambiente que influyen en ella y que pueden ser observadas de manera directa.

Para Skinner, el término “personalidad” era superfluo ya que la conducta manifiesta puede ser comprendida por completo en términos de respuestas a factores en el ambiente. Entender o explicar la conducta en términos de estructuras internas como la personalidad o un Yo es hablar en término de ficciones, debido a que estos no son muy útiles, porque son presentados en forma que no pueden observarse directamente, y difícil deducir definiciones operacionales de estos, y es casi imposible desarrollar medios sistemáticos y empíricos para probarlos.

”En vez de ello, Skinner sugirió que se concentrará en las consecuencias ambientales que determinan y mantienen la conducta de un individuo, se puede considerar a la persona como si estuviera vacía y observar como los cambios en el ambiente afectan la conducta del individuo”.

Abraham Maslow, habla de la personalidad a través de la motivación por el crecimiento y lo plasma a través de una jerarquía

de prioridades de necesidades: fisiológicas, de seguridad, de pertenencia, de amor, de estima de si mismo y de autorrealización (Pervin, 1998)²¹.

Millon y Davis (2001)²² definen la personalidad como un patrón complejo de características psicológicas que configuran la constelación completa de la persona, y que se expresan de manera casi automática en las conductas humanas. Estas características, según Millon, emergen de una matriz compleja en la que están presentes disposiciones biológicas y experiencias de aprendizaje, en función de las cuales se organizan formas relativamente estables (estilos) de pensar, percibir, sentir, afrontar situaciones y relacionarse con otros seres humanos y con objetos del mundo cultural. Para Millon, la personalidad sería parecida al sistema inmunitario. Si incluye muchos rasgos adaptativos y pocas características desadaptativas, incrementa la capacidad de afrontar con eficacia las adversidades psicológicas, sociales y físicas. Pero si, por el contrario, la estructura de la personalidad contiene numerosos rasgos desadaptativos y pocos adaptativos, incluso los estresores mas leves pueden precipitar un trastorno de comportamiento o de enfermedad médica. Así se entiende cómo la estructura, características y dinámica de la personalidad se convierten en la base de la capacidad de cada individuo para desempeñar una actividad sana o enferma.

4.2.1.2. Teoría de la Personalidad de Eysenck

Se define a la personalidad como una organización más o menos estable y organizada dinámica del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única en el ambiente (Eysenck, 1987)²³

²¹ PERVIN, Lawrence. (1998). La ciencia de la personalidad. Madrid

²² MILLON, T.; Davis, R. (2001): Trastornos de la personalidad en la vida moderna, pp. 1:3-36.

²³ Op cit., EYSENCK, H. y Eysenck, S. (1987)

La Definición de la personalidad dada por Eysenck gira alrededor de cuatro patrones de conducta: el cognitivo (Inteligencia), el conativo (carácter), el afectivo (temperamento) y el somático (constitución) de este modo, la personalidad es "la suma total de los patrones conductuales presentes o potenciales del organismo, determinados por la herencia y el ambiente, se origina y desarrolla mediante la interacción funcional de los sectores formativos en que se originan estos patrones conductuales.

“Su teoría es monotética porque trata de descubrir leyes generales de la conducta tratando de hacer que el estudio de la personalidad llegue a ser una ciencia”.

Muchas pruebas indican que la personalidad tiene para Eysenck bases biológicas muy definidas. Se supone que el Neuroticismo surge de la capacidad de excitación del sistema nervioso autónomo; mientras que la introversión-extraversión se basa en propiedades del sistema nervioso central.

Para Eysenck algunas leyes de la conducta tienen una base por entero biológica, la dimensión estabilidad-inestabilidad emocional, así como la herencia biológica, también afectaría a la dimensión introversión-extraversión.

Admite además la clasificación de Hipócrates y Galeno en: tipo colérico, tipo flemático, tipo melancólico y sanguíneo y afirma que existe una relación entre la estructura orgánica de los humanos y su susceptibilidad al condicionamiento.

Sin embargo, en la teoría de Eysenck no sólo tienen importancia los factores biológicos, él también afirma que la personalidad está constituida por todos aquellos patrones de conducta actuales y potenciales del sujeto que se van configurando en base a la estructura física y fisiológica que se trae al nacer

(dotación genética) y a las experiencias de aprendizaje a la que se ve sometido en el ambiente familiar y en las interrelaciones que establecen en el medio sociocultural. La personalidad está constituida por disposiciones o tendencias a actuar o por conductas posibles de ser observadas.

Ambas disposiciones y conductas forman una jerarquía en función de sus generalidades, amplitud y cobertura de las características que se dan en toda persona que van desde "el tipo y los rasgos", respuestas habituales y respuestas específicas, que correspondería a factor general, factor de grupo, factor específico y factor error.

Para Eysenck la personalidad está compuesta por actos y disposiciones que se organizan jerárquicamente en su función de su importancia y generalidad

Cada uno de estos factores puede considerarse como una constelación de rasgos o conductas que se agrupan (cluster) de forma conjunta, siendo independientes entre sí (son factores ortogonales, de orden superior).

En la teoría de Eysenck, estos factores constituyen las dimensiones más importantes de la personalidad, asumiendo que si podemos situar a un individuo en ella, entonces podemos llegar a comprender como es su personalidad (Fransella, 1981)²⁴.

Para Eysenck y Eysenck, la teoría de la Personalidad Moderna, con sus tipos, rasgos y aptitudes, se ubica en cierta manera entre la psicología ideográfica, resaltando la unicidad, y en la psicología experimental, resaltando la identidad de los seres humanos. Lo que se debe afirmar básicamente es que aunque los

²⁴ FRANSELLA, F. (1981). Personalidad.

seres humanos difieren claramente unos de otros, difieren sobre ciertas dimensiones, y sus diferencias y similitudes pueden por tanto ser cuantificadas y medidas (Delgado, 1997)²⁵.

Eysenck (1970)²⁶ desarrolló una teoría de la personalidad basada en los cuatro humores de Hipócrates y las concepciones de las dimensiones Introversión-Extraversión formulada por Jung, relacionándolas con los tipos de neurosis. Incorporó la hipótesis de McDougall sobre la naturaleza química de la Introversión-Extraversión, los hallazgos experimentales de Pavlov sobre vinculaciones de la actividad nerviosa con los humores de Hipócrates y los tipos químicos de Jung.

Con base a sus propios estudios sobre las emociones, sostiene que pueden hacer cinco afirmaciones generales en relación al comportamiento humano:

1. El comportamiento humano manifiesta cierto grado de generalidad.
2. La personalidad está jerárquicamente estructurada.
3. Los diferentes grados de generalidad se pueden establecer mediante el análisis factorial a nivel de hábito mediante correlaciones test-retest y a nivel de tipo, por interrelaciones de rasgos.
4. El comportamiento anormal no es cualitativamente diferente del comportamiento normal, sino que presenta un extremo de un continuo que va de lo normal a lo anormal, sin un límite que lo separe claramente.
5. Una vez establecidas objetivamente las dimensiones de la personalidad es posible localizar a cualquier individuo en una de las dimensiones, produciendo así una descripción sobria de la estructura de la personalidad.

²⁵DELGADO, A. (1997). Estudio de las relaciones entre la necesidad cognitiva y las dimensiones de personalidad: extraversión, emocionalidad y dureza, en estudiantes del primer semestre de la UNMSM.

²⁶EYSENCK, H. (1970). The structure of human personality.

Eysenck describe la personalidad en términos de niveles llegando a organizarla de modo jerárquico, colocando en el alto nivel a los tipos, luego a los rasgos, a las respuestas habituales y finalmente, a las respuestas específicas.

El concepto de tipo en la moderna teoría de la personalidad se refiere a un concepto superior a rasgos, los rasgos con frecuencia se interrelacionan y de estas interrelaciones surge un tipo.

El tipo psicológico es una constelación de rasgos organizados en una estructura. Es una construcción hipotética que se identifica por la observación de la realidad de un conjunto de rasgos, tiene un nivel de máxima generalidad y mínima especificidad. La noción de rasgo está íntimamente relacionada con la noción de correlación, estabilidad, consistencia u ocurrencia repetida de acciones, se refieren a la covariación de un número de actos comportamentales (Eysenck, 1987)²⁷.

El rasgo es una constelación de tendencias individuales de acción, es un factor de grupo con un nivel de generalidad y especificidad media. Los rasgos son factores disposicionales que determinan regular y persistentemente nuestra conducta en tipos diferentes de situaciones.

Se define el tipo como un grupo de rasgos correlacionados de la misma forma que se define como un grupo de actos comportamentales o tendencias a la acción correlacionadas. La diferencia entre los conceptos de rasgo y tipo no se basa en la continuidad o pérdida de continuidad de la variable supuesta ni en su forma de distribución, sino en la mayor inclusividad del concepto tipo (Eysenck, 1987)²⁸.

²⁷ EYSENCK, H. y Eysenck, S. (1987). The Eysenck Personality Questionnaire (EPQ).

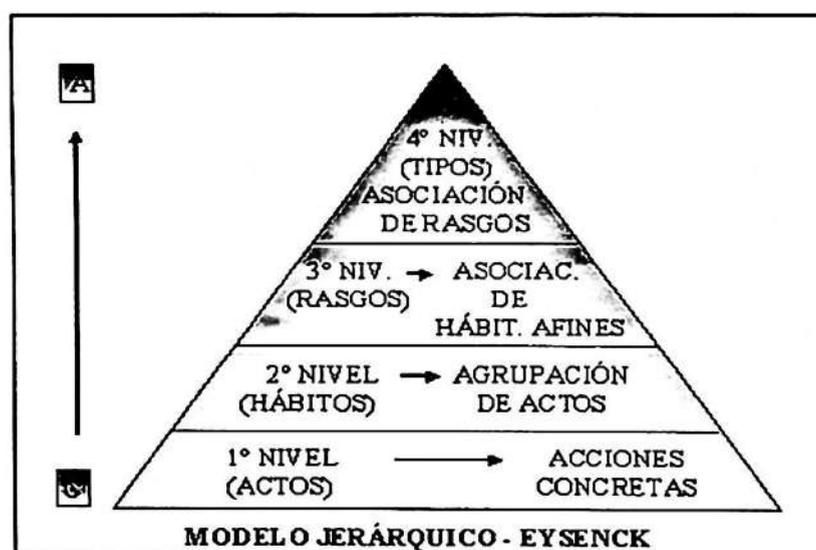
²⁸ Ibid.

Las respuestas habituales son conductas recurrentes producidas por circunstancias iguales o semejantes con factores específicos.

Las respuestas específicas son actitudes que ocurren y se observan una sola vez, las respuestas específicas dejan de serlo cuando se repiten varias veces y forman respuestas habituales. Tienen una mínima generalidad y máxima especificidad.

Para Eysenck (Fransella, 1981)²⁹ el estudio de la personalidad debe orientarse a los tipos que se muestran en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 01: Modelo jerárquico de la personalidad de Eysenck



Tomado de: Fransella, 1981

²⁹ Op cit., FRANSELLA (1981).

4.2.1.2.1. Las Dimensiones Básicas de la Personalidad

Eysenck considera que cada uno de los factores puede considerarse como rasgos o conductas que se agrupan (cluster) de forma conjunta, siendo independientes entre sí (son factores ortogonales, de orden superior), estos factores constituyen las dimensiones más importantes de la personalidad. Si podemos situar a un individuo en ella, entonces podemos llegar a comprender como es su personalidad (Fransella)³⁰.

a) La Dimensión Extraversión (Introversión-Extraversión)

Es resultante del balance excitación-inhibición cortical, siendo el condicionamiento el instrumento que permite consolidar estos procesos.

Los individuos que tienden a desarrollar un potencial excitatorio particularmente fuerte, que facilita el condicionamiento son los sujetos introvertidos; otro grupo que tiende a desarrollar potencialidades inhibitorios más fuertes que dificultan el condicionamiento no permitiendo consolidar las respuestas, son los sujetos extrovertidos. Las diferencias conductuales del introvertido y extrovertido están determinadas por el mayor nivel de excitabilidad cortical de los introvertidos (Nuttin, 1968)³¹.

Según Eysenck, la extraversión está vinculada a la excitabilidad del sistema nervioso central y al carácter desenvuelto del sujeto. Este concepto se relaciona con

³⁰ FRANSELLA (1981). Personalidad

³¹ NUTTIN, J. (1968). La estructura de la personalidad. Buenos Aires

las diferencias que existen en la actividad de la formación reticular ascendente. (Catell, 1982)³².

Mientras que los procesos excitatorios son decisivos para el condicionamiento y el aprendizaje, las modificaciones inhibitorias son responsables del desaprendizaje, el olvido y la extinción.

Eysenck en su teoría agrupó un conjunto de rasgos que tipifican lo que él denomina como extraversión, entre los que destacan: tener una menor habilidad para el aprendizaje en general; la necesidad de que se le exponga varias veces el material en una situación de aprendizaje para que logre aprender, ser poco preciso en su manejo psicomotor y tender a realizar movimientos amplios y numerosos.

El extravertido se agota fácilmente, baja su rendimiento cuando se encuentra al medio y al final de la tarea, es capaz de motivarse fácilmente para alcanzar un mejor rendimiento y para una mejor tarea. Su rendimiento en la tarea se incrementa en situaciones en donde se trabaja y estudia en grupo, no es arriesgado ni planifica sus tareas. Necesita grandes cantidades de estímulos ambientales, porque es débil a la monotonía, no prevé un adecuado autocontrol de conducta, es cambiante, impulsivo, belicoso, excitable. Por lo general no es digno de confianza, se orienta hacia la filiación y dependencia de otras personas; le gustan las bromas, le da más importancia a su persona que a las normas éticas, está dispuesto a aceptar mayores riesgos y al enfrentarse a situaciones nuevas, aceptar mayores

³²CATELL, R. y Kline, P. (1982). El análisis científico de la personalidad y la motivación. p. 113

riesgos y al enfrentarse a situaciones nuevas tiende a enfocar los detalles.

Resumiendo los rasgos que constituyen el tipo Extrovertido tenemos: sociable, vital, activo, dogmático, que busca sensaciones, despreocupado, dominante, surgente, aventurero. (Eysenck, 1987)³³.

El extrovertido se caracteriza por su sociabilidad, cordialidad, gusto por la excitación, comunicación, impulsividad, jovialidad, actividad y espontaneidad.

Los rasgos que definen al introvertido y al típico extravertido son:

El típico introvertido, es quieto, calmado, introspectivo y aislado. Prefiere los libros a las personas, es reservado y distante, excepto con sus íntimos amigos. Tiende a planear sus acciones por adelantado y desconfía de los impulsos del momento. No gusta de las excitaciones, es serio y prefiere un modo de vida ordenado, tiene un ajustado autocontrol y rara vez es agresivo, y no pierde realmente su temple. Es confiado y previsible, algo pesimista y otorga gran valor a las normas éticas.

El típico extrovertido, gusta de las fiestas, de los amigos, necesita tener mucha gente cerca y no le gusta leer o estudiar para sí mismo, anhela excitaciones y es muy mudable. Es dependiente del ambiente: actúa sobre los impulsos del momento y es generalmente un individuo impulsivo. Es eficiente en los trabajos

³³ Op cit., EYSENCK (1987).

prácticos y da respuestas inmediatas. Es despreocupado, bromista y optimista, gusta reír y ser divertido. Prefiere actuar a pensar, tiende a ser agresivo y pierde fácilmente su temple. En conjunto sus sentimientos no son mantenidos bajo un adecuado control y no es siempre una persona previsible y confiable (Eysenck, 1964)³⁴, (Cueli, 1972)³⁵.

b) La Dimensión Estabilidad (Estabilidad-Inestabilidad)

Es una dimensión emotiva que está ligada a la excitabilidad del Sistema Nervioso Autónomo (drive o arosal automático), el cual moviliza trastornos cardiovasculares, taquicardias, incremento de la presión sanguínea, vasoconstricciones y vaso dilataciones, trastornos respiratorios, secreciones gástricas, hipermotilidad intestinal, sudoración, etc. Una alta tasa de neuroticismo implica una emotividad intensa y de alto tono, quienes poseen este nivel de neuroticismo son personas generalmente ansiosas, inseguras y tímidas, con fuertes bloqueos en la conducta y respuestas inadecuadas con irrupciones emocionales desordenadas (Gonzalez, 1979)³⁶. El sistema nervioso autónomo es el que se encarga de controlar las reacciones involuntarias e incondicionadas del organismo, para su actuación se divide en sistema simpático y parasimpático. El primero es el activador o acelerador de la actividad de un organismo y responsable de la emisión de las respuestas

³⁴ EYSENCK, H. y Eysenck, S. (1964). *The Eysenck Personality Inventory (EPI)*.

³⁵ CUELI, L. y Reidl, R. (1972). *Teorías de la personalidad*.

³⁶ GONZALEZ M., (1979). *Extraversión y Tiempo de Reacción. Comportamiento*.

simpáticas, el segundo es el frenador o regulador de la actividad del organismo (Anicama, 1974)³⁷.

El neuroticismo implicaría una intolerancia al estrés físico o psicológico (conflictos o frustraciones) y un nivel alto de excitabilidad. El neuroticista posee un sistema nervioso autónomo y lábil, muy reactivo a las situaciones ambientales de frustración y tensión: es una persona generalmente tensa, ansiosa, insegura y tímida, presenta bloqueos de conducta, respuestas inadecuadas o irrupciones emocionales desproporcionadas, con tendencia a sufrir trastornos psicósomáticos (Rojas, 1986)³⁸.

El neuroticismo constituye una respuesta de conducta inadaptable del sujeto, determinado por factores genéticos (reactividad autonómica), y factores fenotípicos (condicionamiento de respuestas inadaptables) en el cual existe cierta tendencia al predominio de uno de los procesos corticales básicos, pero no es una neurosis sino más bien, prepara o predispone a la neurosis (Anicama, 1974)³⁹.

Los rasgos que presentan los más emotivos o vulnerables a la neurosis son los siguientes (Eysenck, 1976)⁴⁰: tienen una inadecuada organización de la personalidad, presentan poca tolerancia a las situaciones conflictivas y a la frustración, son dependientes de los demás y muy sugestionables. Tienen un estrecho margen de interés, son muy susceptibles con

³⁷ ANICAMA, J. (1974). Rasgos básicos de la personalidad de la población de Lima: un enfoque experimental, estandarización del inventario Eysenck de Personalidad (EPI forma "B").

³⁸ ROJAS, A. (1986). Dimensiones de Extraversión-Introversión. Estabilidad-Neuroticismo en adolescentes que estudian en colegios de la Guardia Civil de Lima, comparación de los hijos de policías e hijos de civiles.

³⁹ Op cit. ANICAMA (1974).

⁴⁰ EYSENCK, H. (1976). The measurement of personality.

sentimientos de minusvalía e inseguridad. Por lo general, persevera en la utilización de los medios o modos de enfocar las situaciones aún cuando estos enfoques sean ineficaces para solucionar los problemas. Es intolerante, muestra una pobre e inadecuada autocrítica.

Es esencialmente rígido en sus relaciones interpersonales, muy ansioso, inquieto e irritado, tiene dificultades para el aprendizaje, realiza sus tareas lentamente, y con poca precisión, persiste rígidamente en conductas inadecuadas y ofrece poca resistencia a la modificación de sus comportamientos.

El neuroticista presenta las siguientes características: preocupación, irritabilidad, tensión, ansiedad, depresión, sentimientos de culpa y baja autoestima. Es irracional, tímido, triste y emotivo. Presenta molestias en el estómago, sudoración y desmayos (Eysenck, 1987)⁴¹.

Eysenck (1980)⁴², propuso una teoría acerca de la base biológica de los factores: E (Introversión-Extraversión) y N (Estabilidad-Neuroticismo). Sugiere que las diferencias individuales de extraversión-introversión reflejan variaciones en el sistema activador reticular ascendente, mientras que las de emocionabilidad (estabilidad-neuroticismo), se relacionan con las características del cerebro visceral es decir con las estructuras hipotalámicas.

⁴¹ Op cit., EYSENCK (1987).

⁴²EYSENCK, H. (1980). The bio-social model of man and unification of psychology.

Propuso, asimismo, la relación de los cuatro tipos temperamentales y el sistema dimensional neuroticismo-extraversión:

1. El individuo Extravertido e inestable (colérico), es susceptible, inquieto, agresivo, excitable, variable, impulsivo, optimista, activo.
2. El individuo Extravertido Estable (sanguíneo), es sociable, expresivo, comunicativo, sensible, tolerante, vividor, despreocupado, dirigente.
3. El individuo Introverso Inestable (Melancólico) es triste, ansioso, sombrío, pesimista, reservado, insociable, tranquilo.
4. El individuo Introverso Estable (flemático) es pasivo, cuidadoso, pensativo, pacífico, controlado, veraz, sereno.

4.2.2. VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA – SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH/SIDA)

CONCEPTOS GENERALES

El VIH es el virus de la inmunodeficiencia humana, miembro de la familia de virus conocida como Retroviridae, clasificada en la Sub-familia de los lentivirus. Este virus es de estructura esférica y posee proyecciones exteriores en forma de hongo; tiene la propiedad de poseer un periodo de incubación prolongada antes de la enfermedad, infectan las células de la sangre, sistema nervioso y suprime el Sistema Inmunitario.

Otra característica que distingue a los retrovirus es la necesidad de transformar su información genética, que está en forma de ARN en ADN (proceso de Transcripción Inversa) mediante una enzima que poseen, conocida como Transcriptasa Inversa.

La infección humana por este virus produce una compleja enfermedad denominada Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; en donde la función del Sistema Inmunológico se encuentra insuficiente designado al organismo humano opuesto a una serie de infecciones y enfermedades “oportunistas” (Bayers, 2001)⁴³.

4.2.2.1. Estadios de la enfermedad

El Estadio I (Fase de Infección Aguda), Comprende desde el ingreso del virus al organismo hasta cuando el sujeto infectado comienza a producir anticuerpo contra el virus (usualmente entre 6 a 10 semanas).

Al final de esto, el individuo está infectado con el VIH y por lo tanto lo puede transmitir a otras personas, esta fase puede ser asintomática, o presentarse con una serie de síntomas pseudogripales como: fiebre, cefalea, eritema, linfadenopatias y sensación de malestar, los cuales desaparecen al cabo de una o dos semanas. En esta fase, el virus (VIH) se multiplica a gran velocidad sufriendo diversas mutaciones genéticas. En un primer momento se produce un descenso de la cifra de linfocitos TCD4; pero al poco tiempo, alcanzan unas cifras normales en respuesta a una activación del sistema Inmunológico siendo los individuos altamente contagiosos durante esta fase; para luego pasar al **Estadio II (Fase Asintomática)**, que es un periodo en el que el individuo luce sano, no tiene manifestaciones clínicas (síntomas). Puede durar diez años a más. Durante este periodo, el virus continua replicándose causando destrucción progresiva del sistema inmunológico. El recuento de linfocitos TCD4 suele ser normal. En esta fase, las personas sufren una disminución del 20% de su peso corporal, manifestaciones cutáneas menores e infección en las vías aéreas superiores; de allí se presenta el **Estadio III (Fase**

⁴³BAYERS R y col. (2001). Evaluación de la calidad de vida en personas infectadas por el virus de la Inmunodeficiencia Humana. P. 6-7.

Linfadenopática o Sintomática leve), donde el individuo infectado empieza a tener manifestación relacionada a un deterioro de la inmunidad. Característicamente se describe el crecimiento de ganglios linfáticos en diferentes regiones del cuerpo. También se observa mayor frecuencia de episodios de Herpes Zoster, Candidiasis Oral o Vaginal, episodio de fiebre o diarrea (Síntomas constitucionales). En base a estudios extranjeros, se conoce que el curso natural de la infección hasta este punto puede tomar entre 8 y 10 años en promedio; en donde aparece el **Estadio IV (SIDA)**, en donde ya hay una caída significativa de los linfocitos TCD4 (<200 cel/ml³) y el virus se reproduce muy activamente. El sujeto comienza a presentar una serie de problemas relacionados a la infección por el VIH mismo y a la presencia de otras múltiples infecciones que atacan en vista de deterioro de la inmunidad (infecciones oportunistas o algunas variedades de cáncer que en condiciones normales no se producirían). Durante esta fase, se produce el Síndrome Caquectico de VIH, Neumonía por *Pneumocystis Carinii*, Toxoplasmosis Cerebral, Criptosporidiasis, con diarreas mayores de 1 mes, TBC extrapulmonares, Candidiasis de esófago, traquea, bronquios o pulmones, Encefalopatías por VIH, Linfoma de Sarcoma de Kaposi (MINSa, 2006)⁴⁴.

4.2.2.2. Modos de Transmisión

La infección por VIH puede transmitirse por:

- Relaciones sexuales sin protección con una persona infectada.
- La inyección o transfusión de sangre contaminada.
- Compartir el equipo de inyección no esterilizado que se utilizó precisamente por alguien infectado
- La transmisión materno fetal (durante el embarazo, en el nacimiento y durante la lactancia). (MINSa, 2006)⁴⁵.

⁴⁴ MINSa (2006). Guía Nacional de Atención Integral de la Persona Viviendo con el VIH/SIDA. pp. 25-28

⁴⁵ Ibid, p.30

4.2.2.3. Diagnóstico:

- a) Una Prueba de Escrutinio: La mayoría de las Pruebas de Escrutinio se basan en el principio del Inmunoensayo ELISA (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay) o Prueba de Inmunosorbencia ligada a enzimas. Determina la presencia de anticuerpos de manera específica contra el VIH; si bien no establece un diagnóstico de SIDA, indica que el individuo ha estado expuesto o está infectado con el virus.
- b) Una Prueba de Confirmación: Prueba de Western Blot: Ayuda a identificar la presencia de anticuerpos VIH y se utiliza para confirmar la seropositividad según el procedimiento ELISA. Se utiliza la técnica llamada Inmunofluorescencia Indirecta (IFI) (MINSA, 2006)⁴⁶.

4.2.2.4. Clasificación de la Infección por VIH/SIDA

El sistema de clasificación de progresión de la infección más usado actualmente es el propuesto en 1993 por el Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (Center for Diseases Control, 1993). Para poder clasificar al paciente en un estadio, primero se identifica el número de células CD4 que tiene, luego, se ve a qué categoría clínica pertenece la sintomatología que presenta (A, B ó C). de esta forma, considerando la categoría CD4 y la categoría clínica, se puede diagnosticar con precisión el grado de progresión de la infección, tal como se muestra en la Cuadro 01.

⁴⁶ Ibid.

Cuadro 01: Sistema de Clasificación de la CDC* para infección de VIH en adultos y adolescentes mayores de 13 años de edad (revisada en 1993)

Categorías de laboratorio	Categorías Clínicas		
	(A)	(B)	(C)
Linfocitos T CD4	Asintomáticos Infección aguda (primaria) por VIH o LGP**	Sintomáticos Sin condiciones A ó C	Condiciones indicadoras de SIDA
(1) 500 cel/mL.	A1	B1	
(2) 200 – 499 cel/mL	A2	B2	
(3) < 200 cel/mL			

*CDC: Center for Disease Control and Prevention

**LGP: Linfadenopatía generalizada persistente

Las personas con condiciones de estadiaje de la categoría C y aquellas con recuento de linfocitos CD4 menores de 200 cel/mL de la categoría A y B son consideradas como casos de SIDA (área sombreada).

Es importante señalar que cualquier sintomatología propia de la categoría clínica C, ubicará al paciente en etapa SIDA independientemente del número de células CD4 que tenga.

De igual forma, se hallará en fase SIDA cualquier persona con sintomatología clínica A ó B que, al mismo tiempo, presente un nivel de CD4 menor a 200 células por mililitro de sangre.

A continuación, se detallan las diversas enfermedades y condiciones propias de cada categoría clínica que, junto con el número de células CD4, ayudarán a diagnosticar al paciente en alguna de las diferentes etapas. (MINSA, 2006)

Categoría clínica A:

1. Infección asintomática,
2. Linfadenopatía generalizada persistente y
3. Infección Aguda (Primaria).

Categoría clínica B:

Sintomático, sin presencia de condiciones A o C

1. Angiomatosis bacilar
2. Candidiasis vulvovaginal persistente más de un 1 mes, con pobre respuesta al tratamiento
3. Candidiasis orofaríngea
4. Displasia cervical o carcinoma in situ.
5. Síntomas constitucionales: fiebre (38,5°C) o diarrea mayor de 1 mes

Categoría clínica C

Condiciones clínicas que definen SIDA

1. Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar
2. Cáncer cervical invasivo
3. Coccidioidomicosis extrapulmonar
4. Cryptococosis extrapulmonar.
5. Cryptosporidiosis con diarrea mayor de un (1) mes.
6. Retinitis por Citomegalovirus o infección por Citomegalovirus en bazo, hígado o Nódulos linfáticos.
7. Úlceras muco-cutáneas de un (1) mes o más de duración, bronquitis, neumonitis o
8. Esofagitis por Herpes simples.
9. Histoplasmosis extrapulmonar o diseminada.
10. Isosporiasis con diarrea mayor de un (1) mes.
11. Neumonía por *Pneumocystis carinii*.
12. Neumonía bacteriana recurrente (más de dos episodios en un año).
13. Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar.

14. Infecciones por *Mycobacterium avium* o *kansasii* extrapulmonar o diseminada.
15. Nocardiosis.
16. Toxoplasmosis del S.N.C.
17. Salmonelosis recurrente o diseminada.
18. Strongiloidiasis extraintestinal.
19. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
20. Sarcoma de Kaposi.
21. Linfoma primario del S.N.C, linfoma inmunoblástico o linfoma de Burkitt.
22. Síndrome de desgaste.

4.2.2.5. Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad

Según Villa y Vinaccia (2006)⁴⁷, en los comienzos de la aparición del virus a nivel mundial el tratamiento consistía en inhibidores de la transcriptasa inversa, enzima responsable de la producción del ADN que necesita el VIH para entrar en el núcleo del linfocito e integrarse en el código genético. Sin embargo, ya que el ciclo de vida del VIH es muy corto y su vida media es de seis horas en una persona infectada, tiene una replicación sumamente rápida, por lo que el virus muta a gran velocidad y fácilmente se vuelve resistente a las terapias simples.

Frente a este panorama desalentador de progresión de la epidemia, surgieron nuevos medicamentos denominados inhibidores de proteasa, enzima responsable de la replicación del virus dentro del linfocito. La inclusión de estos fármacos y su combinación con los anteriores dio lugar a lo que hoy se conoce como Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) que comprenden, por

⁴⁷ Op cit., VILLA y VINACCIA (2006).

un lado, los fármacos destinados a defender al sistema inmune del VIH, llamados antirretrovirales; y, por otro lado, los fármacos necesarios para el tratamiento de cualquiera de las enfermedades oportunistas que tenga el paciente, las que en ocasiones pueden ser múltiples.

La aparición de esta combinación de terapias antirretrovirales ha reducido significativamente la morbilidad y mortalidad causada por el VIH, puesto que este tratamiento no sólo suprime la carga viral de los pacientes hasta niveles indetectables, sino que también incrementa los indicadores de funcionamiento inmunitario y mejora el estado clínico. En ese sentido, si bien en las últimas etapas de la infección por VIH la causa principal de morbilidad y mortalidad en los pacientes son las infecciones oportunistas, es decir, infecciones graves inducidas por agentes que rara vez causan enfermedad grave en personas inmunocompetentes, se ha logrado el tratamiento para algunos patógenos oportunistas comunes y por ello el manejo de pacientes con SIDA permite una esperanza de vida más prolongada (Brooks, 2002)⁴⁸. Todo esto ha hecho posible hablar del SIDA como una enfermedad crónica no necesariamente fatal (Anónimo, 2003)⁴⁹, (Levensky, 2006)⁵⁰, (Zinger, 2004)⁵¹.

4.2.2.6. El VIH/SIDA en el contexto mundial

Desde 1981, en que fue descrito por primera vez el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), cuyos agentes etiológicos son los tipos de virus de inmunodeficiencia humana

⁴⁸ BROOKS, G., Batel, J. y Morse, S. (2002) *Microbiología médica de Jawetz, Melnick y Adelberg*. pp. 99-102

⁴⁹ ANÓNIMO (2003) *Improving adherence to antiretroviral therapies: Challenges and strategies*. *Corrections Forum*. pp. 12-19.

⁵⁰ LEVENSKY, E. (2006) *Further development and evaluation of an individualized intervention for increasing adherence to HIV medications*. pp. 99-101

⁵¹ ZINGER, L. (2004). *A descriptive study of medication adherence among HIV positive adults in an urban clinic*. p. 65

(VIH), esta enfermedad se ha convertido en una epidemia mundial que afecta a diversas poblaciones y regiones geográficas, volviéndose mucho más extensa de lo que se predijo hace apenas una década (Brooks, 2002)⁵².

Esta se ha propagado implacablemente, en apenas 25 años, desde unos cuantos “puntos conflictivos” diseminados a prácticamente todos los países del mundo, infectando a 65 millones de personas y cobrando la vida de aproximadamente 25 millones (ONUSIDA, 2006)⁵³.

Para fines del 2006 se estimó que en el mundo existían 39.5 millones de personas viviendo con el VIH, de los cuales 37.2 millones son adultos, 17.7 millones mujeres y 2.3 millones menores de 15 años. En América Latina se estima que existe 1.7 millones de personas infectadas con VIH, con 140,000 nuevas infecciones calculadas en el 2006 y 65,000 muertes por SIDA en el mismo periodo.

Además, puesto que el SIDA tiende a atacar principalmente a adultos jóvenes y trabajadores, la epidemia del SIDA ya muestra efectos devastadores en las estructuras sociales y económicas de algunos países (ONUSIDA, 2006)⁵⁴, (Brooks, 2002)⁵⁵. Por ello, en el año 2000 los jefes de Gobierno de la Comunidad del Caribe reconocieron públicamente que la epidemia amenazaba con invertir los logros de desarrollo alcanzados por la región en las últimas décadas (ONUSIDA, 2000)⁵⁶.

⁵²Op cit., BROOKS (2002).

⁵³Op cit., ONUSIDA (2006).

⁵⁴Ibid.

⁵⁵Op cit., BROOKS (2002).

⁵⁶ONUSIDA (2000). La epidemia del SIDA: situación en diciembre de 2000. Ginebra: OMS.

4.2.2.7.El VIH/SIDA en el Perú

En el Perú, el primer caso de SIDA fue diagnosticado en 1983 por Raúl Patrucco. Los estudios de este médico y sus colegas concluyeron que el SIDA se inició en el Perú por varones homosexuales que vivieron en ciudades extranjeras donde la epidemia tenía una alta incidencia. La vía de transmisión predominante era -y continúa siendo- la sexual. Luego de esto, se registraron casos de hombres gay infectados llamados “nativos” pues no habían residido en el extranjero y ya en el año 1990 representaban el 90% de los casos. Además, como característica primordial se observó que el SIDA en el Perú era urbano y predominantemente limeño. Posteriormente, los casos de bisexuales y de mujeres infectadas fueron creciendo, llegando, en 1998, a 242 mujeres con el virus y, en consecuencia, se comenzaron a registrar los primeros bebés peruanos nacidos con VIH. El primer caso ocurrió en 1987 y para 1999 el número ascendía a 276 niños seropositivos (Cueto, 2002)⁵⁷.

Este autor señala que para 1996, el Programa Nacional de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS) había registrado 3,994 personas en el Perú viviendo con SIDA y se estimaba que el número real era de entre siete mil y diez mil y el número acumulado de infectados por el VIH, entre cincuenta mil y setenta mil personas. Esto quería decir que, en promedio, ocurrían tres nuevos casos de SIDA cada día.

En nuestro país, 19.828 personas han desarrollado la fase SIDA desde 1983, año en que se diagnosticó al primer caso, hasta Mayo del 2007. Adicionalmente, según cálculos de la Oficina General de Epidemiología, podrían agregarse entre 5,000 y 10,000

⁵⁷ Op cit., CUETO (2002).

personas que también desarrollaron inmunodeficiencia, y que nunca fueron notificadas al Ministerio de Salud.

Estas cifras sumadas a más de 60,000 personas que permanecen como portadores asintomáticos (cifra obtenida de estudios de vigilancia centinela 1998-2000), con promedio anual de 0,35% y que desconocen de su situación, determina una cifra aproximada mayor a 76,000 peruanos involucrados en la epidemia. - y aproximadamente cada año se diagnostican de 1200 a 1500 personas con SIDA.

Por su parte, el Ministerio de Salud del Perú (2004)⁵⁸, señala que el impacto económico que ocasiona la infección se debe al elevado costo mensual de la atención del infectado (US \$1,000 a US \$10,000), y a que afecta preferentemente a la población productiva (20 a 45 años), que es la responsable del enriquecimiento y sostenimiento del país, resultando sumamente grave para un país que lucha por el desarrollo.

Por lo tanto, enfatiza que es urgente una acción rápida dentro de los siguientes años, la cual puede producir una diferencia decisiva en la tasa de transmisión del VIH en el Perú.

Según datos del Ministerio de Salud (2009)⁵⁹, de la Oficina Nacional de Epidemiología, hasta el mes de Septiembre del 2010, se han reportado 26.823 casos de sida y 42.138 de VIH a nivel nacional.

⁵⁸MINSA (2004). Plan de la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de las ITSVIH/SIDA-2005-2009. p. 11

⁵⁹CONFERENCIA MUNDIAL DE SIDA, Ministerio de Salud del Perú (2010). Estimación de la incidencia del VIH aplicando el modelo epidemiológico de modos de Transmisión (MOT) para epidemias concentradas: Perú 2010; Vienna. Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/especiales/2010/vih/casos.asp>

4.2.2.8. El VIH/SIDA en la Región Loreto

En Loreto el primer caso diagnosticado se dio en 1989, seis años después del primer reporte nacional. Desde entonces, el número de casos nuevos en Loreto ha ido en aumento progresivamente hasta llegar a 2.017 casos de VIH y 660 de SIDA, estando Loreto ubicado en el quinto lugar, a nivel nacional de reporte de casos de VIH y SIDA, después de Lima, Callao, Arequipa e Ica, con el 10,53% del total (35.362 casos de VIH y 23.293 de SIDA a nivel nacional). Con respecto a los casos de SIDA por provincias, Maynas es la que concentra casi toda la totalidad de los casos (595), que representa el 90,2% del total de Loreto, seguida de Alto Amazonas con 38 casos, Requena con 10 casos, Loreto - Nauta con 8 casos, Mariscal Ramón Castilla con 5 casos, Datem del Marañón con 3 casos y Ucayali con 1 caso. Esto se explicaría porque en la provincia de Maynas se ubican los tres establecimientos que, desde la aparición del primer caso de VIH reportado en Loreto, han desarrollado acciones para su prevención y control: el Hospital Regional de Loreto, el Hospital Apoyo Iquitos y el Centro de Salud San Juan (CERITS). Estos tres establecimientos ofrecen diagnóstico para VIH, ya sea a través de la prueba rápida o de la prueba de ELISA, con lo cual constituyen los más grandes notificadores de casos de VIH en Loreto. Tal como sucede a nivel nacional, en Loreto el VIH es, principalmente, una epidemia de carácter sexual: el 99% de los casos se dieron por esta vía de transmisión. Cabe resaltar que no se han reportado casos de transmisión por vía sanguínea. Los casos de SIDA de acuerdo a edad y sexo en la mayoría de casos se concentran entre jóvenes y adultos jóvenes hombres y mujeres en edad productiva (20 a 39 años de edad). (MINSA, 2009)⁶⁰.

⁶⁰MINSA, DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO, COREMUSA, GOBIERNO REGIONAL DE LORETO (2009) "Plan Estratégico Multisectorial Regional Loreto 2008 – 2012 (PEMR)" Iquitos – Perú, pp 68-70

4.2.2.9. El Impacto Psicológico en las Personas que Viven con VIH/SIDA (PVVS)

El bienestar de una persona depende de su salud física y mental. La salud mental puede verse alterada por aspectos externos o internos de la persona. El VIH/SIDA tiene un alto impacto psicológico en las personas, afectando la evolución de la enfermedad y las posibilidades de mejorar ésta.

El desarrollo cronológico de un proceso de enfermedad, puede ser descrito en términos de ciclos:

1. Inicial
2. Intermedio
3. Terminal

Inicial: *Miedo:* Infección. Rechazo.

Miedo a los posibles efectos del virus. El temor a transmitir el virus a la pareja estable, o a las potenciales parejas, causa inhibición, en las relaciones interpersonales.

El paciente experimenta miedo al rechazo objetivo/subjetivo, lo cual le produce evitación social.

Sentimiento: Culpa, Fracaso. El sentimiento de culpa, muy asociado a la patología del VIH, adquiere gran protagonismo en etapas iniciales. Culpabilización por las conductas causantes de la infección, con alteraciones del estado del ánimo (DSM – IV)⁶¹, Percepción de fracaso.

Mecanismo: El mecanismo adaptativo habitual en esta etapa es el Autoaislamiento.

De forma general, el paciente, se enfrenta a una experiencia vital que va a introducir cambios significativos en su salud, ritmo de vida y/o sexualidad.

⁶¹ DSM-IV-TR (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado.

Intermedio: Miedo: Deterioro y Adversos.

Fase en la que el paciente lleva tiempo diagnosticado. En muchos casos, los efectos del virus producen alteraciones orgánicas, algún ingreso hospitalario o deterioro físico. La presencia de estas circunstancias, provoca respuestas de ansiedad o depresión. Aun en ausencia de estas situaciones, pueden dispararse pensamientos que anticipan distorsiones sobre el avance de la enfermedad, ya que los pacientes generalmente están en contactos con otros afectados.

Otra importante fuente de problemas psicológicos, es la presencia de efectos adversos asociados a los tratamientos.

Surge disonancia cognitiva frente a la ambigüedad de la situación:

Por un lado los fármacos sirven para controlar la evolución del virus, pero en contrapartida producen efectos, que comprometen la calidad de vida. Esta situación ambivalente, hace que los pacientes procesen ventajas e inconvenientes y tomen sus propias decisiones.

Sentimiento: Hastío. Aparece una importante pérdida de motivación, que repercute en aspectos vitales de los pacientes y en ocasiones en el cumplimiento terapéutico.

Mecanismo: Abandono. Desbordamiento emocional, asociado al deterioro y/o a los efectos adversos, que produce en los pacientes abandono de autocuidados y tratamientos.

Los trastornos psicológicos son frecuentes en esta etapa, unos de etiología orgánica, debidos al deterioro cognitivo o neurológico, pero muchos de base psicológica, cuya latencia, dispara las conductas. Los mensajes sociales sobre la enfermedad, contribuyen a esta situación.

Terminal: Miedo: A la muerte.

El avance de la enfermedad, cuando no puede ser paliado por los tratamientos disponibles, provoca un estado generalizado de indefensión. Afloran sentimientos encontrados: *Ira, hostilidad,*

ansiedad. La proximidad de la muerte, muy descrita en otras enfermedades produce alteraciones emocionales.

Sentimiento: Percepción de incapacidad en el curso de la situación. Proximidad de la situación de duelo, por el evento que se aproxima. Sentimiento de pérdidas generalizadas.

Mecanismo: Uno de los mecanismos de respuesta ante la inminencia de la situación, puede ser la negación de la realidad, estableciendo una separación frente a la evidencia.

Por otra parte existen procesos terminales fulminantes (fallos hepáticos y/o renales), con poco tiempo para asumir la situación, afectaciones neurológicas (Toxoplasmosis, Encefalitis), que producen graves secuelas cognitivas y alejan al paciente de su propia realidad, dificultando la intervención y la comunicación. Por último existen procesos muy lentos, donde el paciente conserva su conciencia, mientras sufre grave deterioro físico.

4.2.3. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH

CONCEPTO

Durante algunos años se produjo una polémica respecto a los conceptos de adherencia y cumplimiento terapéutico. La definición de cumplimiento más aceptada es la de Haynes (1979)⁶² que define este concepto como el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionada por el médico o personal sanitario. Sin embargo este concepto tiene importantes limitaciones ya que tiende a ser unidimensional, está centrado en el profesional de la salud y se basa en un modelo básicamente autoritario y reduccionista, ya que no considera aspectos subjetivos como, por ejemplo, las motivaciones del paciente.

⁶²HAYNES RB, Taylor DW, Sackett DL, (1979) Compliance in health care. Baltimore: John Hopkins University Press, pp. 1-7

Según definición de DiMatteo y DiNicola, adherencia terapéutica es una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado (Ferrer, 1995)⁶³. Así, el término de adherencia ha pasado a ser el más utilizado en el contexto de la infección por el VIH.

4.2.3.1. La adherencia en nuestra actualidad

Se estima que una media de 40% de los pacientes no cumple adecuadamente las recomendaciones terapéuticas de sus médicos, lo que supone dos de cada cinco pacientes.

Asimismo, de 750 millones de prescripciones hechas cada año, aproximadamente 520 millones son asumidas con una baja o total falta de adhesión (Taylor, 2003)⁶⁴. Más aún, se debe tomar en cuenta que este porcentaje puede ser más alto todavía ya que el cumplimiento puede ser parcial por lo que el paciente no se considera no adherente cuando se le pregunta (Rodríguez, 1995)⁶⁵. Los porcentajes de adhesión varían de acuerdo a factores muy diferentes, por ejemplo, según Rodríguez (1995)⁶⁶, en el caso de enfermedades agudas la tasa de no adhesión llega aproximadamente al 20%, mientras que en las crónicas es del 45%, o, para algunos autores como Taylor (1991)⁶⁷, de al menos 50 %. En el caso de regímenes terapéuticos que consisten en cambio de hábitos o estilos de vida la tasa de adhesión es todavía más baja y decrece aún más si se tienen que tomar medicamentos que a veces causan molestias y efectos secundarios negativos que afectan adversamente la calidad de vida. (Rodríguez, 1995)⁶⁸, (Taylor, 1991)⁶⁹, (Di Matteo, 2002)⁷⁰.

⁶³FERRER, VA. (1995) Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. Revista Psicológica de la Salud pp 35-61.

⁶⁴ TAYLOR, S. (2003). Health Psychology.

⁶⁵ RODRÍGUEZ, J. (1995). Psicología social de la salud. p. 222

⁶⁶ Ibid., 224

⁶⁷ Op cit., TAYLOR (1991).

⁶⁸ Op cit., RODRIGUEZ (1995).

⁶⁹ Op cit., TAYLOR (1991).

⁷⁰ DI MATTEO, R. (2002) Health Psychology.

Debido a que la adhesión en enfermedades crónicas y tratamientos complejos es muy baja resulta preocupante constatar que en los pacientes con VIH se requiere, incluso más que en otros pacientes crónicos, un cumplimiento estricto de la medicación para beneficiarse de los resultados positivos que ofrece el tratamiento antirretroviral. Esta adhesión debe oscilar entre un 90 a 95% de la toma del tratamiento prescrito (Remor, 2002)⁷¹, puesto que el cumplimiento insuficiente genera mutaciones del virus VIH que se torna resistente al tratamiento farmacológico, haciéndose ineficaz para frenar el avance de la enfermedad. Por ello, cualquier nivel de no-adhesión (a menudo unas pocas dosis olvidadas) llevarán, eventualmente, al desarrollo de una resistencia a los antirretrovirales (Willard, 2003)⁷². Esta situación se torna más grave si se toma en cuenta que la resistencia a un fármaco puede llevar a una resistencia secundaria hacia otros medicamentos y la posibilidad de transmitir cepas de virus resistentes si, además, la resistencia al tratamiento involucra seguir con prácticas sexuales desprotegidas. En efecto, actualmente se presentan pacientes resistentes a los antirretrovirales, que nunca antes habían tomado estos medicamentos (Villa y Vinaccia, 2006)⁷³.

4.2.3.2. El Ministerio de Salud del Perú y la adherencia al TARGA

En relación a la adherencia, el Ministerio de Salud del Perú en el año 2004 estableció la Norma Técnica para la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad – TARGA – en adultos infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, cuyo objetivo no solo es el cumplimiento de la terapia sino también el de lograr un impacto positivo y sobre la epidemia en el país y asegurar la correcta administración del TARGA a nivel nacional con

⁷¹ Op cit., REMOR (2002).

⁷² WILLARD, S. (2003). Relationship of emotional intelligence and adherence to combination antiretroviral medications by individuals living with HIV disease.

⁷³ Op cit., VILLA y VINACCIA (2006).

niveles de adherencia superiores al 90% (N.T. No. 004-MINSA, 2004)⁷⁴:

El modelo conceptual para la adherencia al TARGA permite en hacer este proceso como:

- Dinámico (susceptible a los cambios por influencia de actores internos y externos)
- Participativo (servicio de salud, usuario, comunidad)
- Vinculado al entorno social económico (acorde a la realidad local, permite garantizar posicionamiento y sostenibilidad en un momento determinado)
- Impulsa la corresponsabilidad del mantenimiento de la salud por parte de los prestadores de servicio y los usuarios del mismo
- Implica la democratización de la toma de decisiones por parte del equipo de salud de los establecimientos (organización como equipos multidisciplinarios).

El equipo multidisciplinario básico para la adherencia al TARGA consta de médico, enfermera, Consejera – Psicóloga, trabajadora social y promotores educadores de pares.

Asimismo la presencia de otros profesionales que contribuyen a la atención Integral de la persona viviendo con VIH/SIDA: obstetras, nutricionista, odontólogo, etc.

En cuanto a la organización y administración del tratamiento es la Licenciada(o) en enfermería del establecimiento de salud el responsable de garantizar la correcta administración del TARGA.

⁷⁴ NT. N° 004 - MINSA (2004) Norma Técnica para la Adherencia al TARGA en Adultos Infeccionados por el VIH.

4.2.3.2.1. Fases del Tratamiento según Adherencia

Fase Previa: Desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento, representa el primer encuentro del usuario con el equipo multidisciplinario: médico(a), enfermero(a), psicólogo(a), trabajador(a) social, promotor(a) de pares. La identificación del “agente de soporte personal” (familiar o allegado que actúa como agente sanitario en la supervisión del tratamiento al interior del núcleo social), la aceptación del “Grupo de Ayuda Mutua” (GAM) del establecimiento (pares organizados para soporte de grupo), selección del esquema terapéutico y del esquema de supervisión para la formación de conducta de adherencia.

Fase de Formación de Conducta de Adherencia: Con la aplicación intensiva de las líneas de acción por parte del Equipo multidisciplinario. Constituye un momento de máxima interacción entre el servicio y los usuarios y sus acompañantes, donde se procede a la aplicación del esquema de supervisión para la formación de conducta de adherencia y se programa las visitas domiciliarias. El Grupo de Ayuda Mutua acoge al nuevo integrante en sus actividades. La evaluación es semanal y de acuerdo a la demanda, la duración de esta fase puede variar de acuerdo a la evaluación del paciente por el equipo multidisciplinario (puede ser aproximadamente de tres meses).

Fase de Sostenibilidad de tratamiento: Es la fase de por vida, la supervisión de tratamiento es realizado por el “agente de soporte personal”, se tomará en cuenta la evaluación mensual del paciente para dar sostenibilidad a la adherencia. Se debe considerar el “Desgaste” ó “Agotamiento” de la adherencia con el transcurrir del tiempo para dar refuerzo a las actividades de soporte.

4.2.3.2.2. Líneas de Acción para la Adherencia al TARGA:

Se consideran tres Líneas de Acción para la Adherencia en los servicios de salud, orientadas a solucionar los problemas relacionados al componente socio cultural y de respuesta del sistema al Modelo de Adherencia:

- **Consejería** (orientada a la inducción de una conducta de adherencia y al soporte emocional de acuerdo al perfil del individuo).
- **Educación para el tratamiento** (orientada al conocimiento del tratamiento, ingesta de los medicamentos, reacciones adversas, etc).
- **Social** (organización de la participación social para la adherencia).

Las líneas de acción son aplicadas por el equipo multidisciplinario siendo los receptores principales los usuarios y los voluntarios para supervisión del tratamiento, existiendo una retroalimentación de estos últimos a los usuarios, a través de las actividades de soporte cotidianas.

4.2.3.2.3. Factores que Influyen en la Adherencia

Se han realizado muchos estudios para identificar los determinantes de la adherencia a antirretrovirales para reducir la no adherencia. En resumen estos factores se agrupan en (Knobel, 2008)⁷⁵:

a. Factores relacionados con el individuo:

- Características sociodemográficas: edad, género, nivel cultural, situación económica, domicilio fijo y soporte social.
- Factores de carácter psicológico: ansiedad, depresión y estrés.
- La adicción activa a drogas y/o alcohol.
- Actitudes y creencias de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo asistencial.
- La capacidad del paciente para entender la relación entre adherencia y el surgimiento de resistencias a los antirretrovirales.

b. Características de la enfermedad:

- Infección asintomática o sintomática.
- Presencia de enfermedades oportunistas.

⁷⁵ KNOBEL Freud H, Rodríguez Polo R, Escobar Rodríguez L. (2008), Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral.

c. Régimen terapéutico:

- La adherencia al TARGA disminuye cuando aumenta la complejidad del mismo.
- La interferencia con los hábitos, el horario de trabajo o ciertos momentos en el contexto de la vida social del paciente, por lo cual se sugiere la importancia de adecuar el tratamiento a las necesidades y estilo de vida del paciente.
- Los requerimientos dietéticos.
- La aparición de efectos adversos.

d. Equipo asistencial y sistema sanitario:

- La relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia: La confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad son factores que influyen de manera favorable.
- Factores relacionados con el sistema sanitario: accesibilidad al centro, disponibilidad de transporte, disponibilidad de guarderías y conveniencia con los horarios también pueden influir en la adherencia.

4.3. MARCO CONCEPTUAL

- **Búsqueda de Novedad (Dolcet, 2008)⁷⁶**.- Es una dimensión de Temperamento propuesto por Cloninger (1993) y se trata de una inclinación heredable hacia una intensa excitación como respuesta a estímulos que indican potenciales recompensas o alivio del dolor. Como consecuencia aparecen conductas exploratorias cuya finalidad es alcanzar posibles premios, y evitar la monotonía o los posibles castigos.
- **Autodirección (Dolcet, 2008)⁷⁷**.- Es una dimensión de Carácter propuesto por Cloninger (1993) y se trata de la habilidad de un individuo para controlar, regular y adaptar su conducta, ajustándose a una situación de acuerdo con unas metas y valores escogidos individualmente.
- **Autotrascendencia (Dolcet, 2008)⁷⁸**.- Es una dimensión de Carácter propuesto por Cloninger (1993) y se trata de la identificación del individuo con un todo, del cual procede y del que es una parte esencial. Esto incluye un estado de “conciencia de unidad” en el que no existe ningún yo individual, porque no hay distinción significativa entre el yo y el otro. Esta perspectiva unitaria puede describirse como una aceptación, identificación o unión experimental con la naturaleza y su origen.
- **Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (MINSA, 2010)⁷⁹**.- Conocido como TARGA, es la combinación de tres o más medicamentos antirretrovirales que permite la disminución de la carga viral en sangre hasta niveles indetectables, conduciendo a la recuperación inmunológica.

⁷⁶DOLCET I SERRA, Joan. (2008), *Carácter y Temperamento: similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores. (El TCI-R versus El NEO-FFI-R y El ZKPQ-50-CC)*. p. 110

⁷⁷Ibid., p. 124

⁷⁸Ibid., p. 133

⁷⁹MINSA (2010), “Norma Técnica Sanitaria de Atención Integral del adulto con Infección por el VIH”, Propuesta por la ESNCPITS – VIH/SIDA. p. 3

- **Recuento de linfocitos CD4 (MINSA, 2010)⁸⁰.**- Es la medición de las cepas de linfocitos que tienen el marcador de superficie CD4, presentes en sangre total y que constituyen la principal célula blanca del VIH. Se mide por mm³.
- **Carga viral (MINSA, 2010)⁸¹.**- Es el recuento del número de copias replicadas del virus del VIH circulando en plasma sanguíneo, se mide por mililitro de plasma.
- **Dispensación (MINSA, 2010)⁸².**- Acto profesional farmacéutico de proporcionar uno o más medicamentos a un paciente generalmente como respuesta a la presentación de una receta elaborada por un profesional autorizado.
- **PVVS (MINSA, 2006)⁸³.**- Persona que vive con VIH/SIDA.
- **Calidad de vida (Patrick y Erickson, 1993)⁸⁴.**- Se define como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.
- **Infecciones oportunistas⁸⁵.**- Conjunto de patologías que antes no causaban enfermedad en el individuo que lo presentaba y ahora por la disminución de las defensas en los pacientes que viven con VIH presentaron sintomatología y enfermedad principalmente con un recuento de CD4<200 células/mm³.

⁸⁰ Ibid.

⁸¹ Ibid.

⁸² Ibid.

⁸³ Op cit., MINSA. (2006). p. 5

⁸⁴ PATRICK, D., Erickson P. (1993). *Health Policy, Quality of Life : Health Care Evaluation and Resource Allocation*. Oxford University Press, New York.

⁸⁵ AVALOS Chávez, Odalia (2008). *Manual del Usuario del Equipo Multidisciplinario que brinda TARGA*. 1ra. Edición Nov. 2008, Proyecto Fondo Global – Objetivo VIH4. Actividad 2 a través del Instituto de Medicina Tropical “Alexander Von Humboldt”

5. HIPÓTESIS

5.1. GENERAL

Hi: Existe relación entre las dimensiones de la personalidad y la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010.

5.2. ESPECÍFICAS

5.2.1. Asociación entre la Dimensión de Personalidad Extroversión y la No Adherencia al Tratamiento Antirretroviral.

H1: Existe asociación significativa entre la Dimensión Extroversión y la No Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010.

H₀: No existe asociación significativa entre la Dimensión Extroversión y la No Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010.

5.2.2. Asociación entre la Dimensión de Personalidad Introversión y la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral.

H2: Existe asociación significativa entre la Dimensión Introversión y la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010.

H₀: No existe asociación significativa entre la Dimensión Introversión y la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010.

5.2.3. Asociación entre la Dimensión de Personalidad Estabilidad Emocional y la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral.

H3: Existe asociación significativa entre la Dimensión de Estabilidad Emocional y la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010.

H₀: No existe asociación significativa entre la Dimensión de Estabilidad Emocional y la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010.

5.2.4. Asociación entre la Dimensión de Personalidad Inestabilidad Emocional o Neuroticismo y la No Adherencia al Tratamiento Antirretroviral.

H4: Existe asociación significativa entre la Dimensión Inestabilidad Emocional y la No Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010.

H₀: No existe asociación significativa entre la Dimensión Inestabilidad Emocional o Neuroticismo y la No Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010.

6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
Dimensiones de la Personalidad Variable Independiente	Es la organización dinámica de aquellos sistemas psicobiológicos que determina la adaptación individual al ambiente y a los cambios en este, y está constituida por:	Introversión	Que responden <u>SI</u> a los Ítems: 1, 3, 8, 10, 13, 15, 17, 22, 25, 27, 39, 44, 46, 49, 53, 56 <u>NO</u> ítems: 5, 20, 29, 32, 34, 37, 41, 51; y que obtengan un puntaje ≤ 13	Nominal	Test: Inventario de Personalidad de Eysenck Forma "B"
		Extroversión	Que responden <u>SI</u> a los Ítems: 1, 3, 8, 10, 13, 15, 17, 22, 25, 27, 39, 44, 46, 49, 53, 56 <u>NO</u> ítems: 5, 20, 29, 32, 34, 37, 41, 51; y que obtengan un puntaje ≥ 14		
		Estabilidad Emocional	Que responden <u>SI</u> a los Ítems: 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 35, 38, 40, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57; y que obtengan un puntaje ≤ 11		
		Inestabilidad Emocional	Que responden <u>SI</u> a los Ítems: 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 35, 38, 40, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57; y que obtengan un puntaje ≥ 12		

<p>Adherencia al Tratamiento Antirretroviral</p> <p>Variable Dependiente</p>	<p>Es el grado en que el paciente se compromete de manera activa y de mutuo acuerdo con las indicaciones del personal sanitario, llevando un control adecuado en: las tomas de los medicamentos, de los controles médicos, estilos de vida y vida emocional y esta clasificado como:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Adherente 	<p>Si respondieran a las preguntas cualitativas: 1 "No", 2 "Si", 3 "No", 4 "No", y a las respuestas cuantitativas: 5 "ninguna" y 6 "dos días o menos de dos días"</p>	<p>Nominal</p>	<p>Cuestionario: SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire).</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● No Adherente 		<p>Si respondieran a alguna de las preguntas cualitativas: 1 "Si", 2 "No", 3 "Si", 4 "Si", o alguna de las respuestas cuantitativas que son: 5 diferente de "ninguna" y 6 "Mayor de dos días".</p>			

7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

7.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

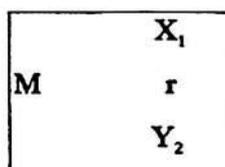
El presente estudio es de tipo no experimental de corte transversal, dado que no hay una manipulación deliberada de las variables, sino que estas fueron observadas tal y como se presentaron en su contexto natural y donde los datos serán recolectados en un solo momento y en un tiempo único.

El nivel de la Investigación que comprende este estudio es descriptivo correlacional, dado que se pretende conocer y medir la relación existente entre las dimensiones de la personalidad y el grado de adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes del HRL. La utilidad de los estudios correlacionales radica en conocer cómo se puede comportar una variable, al conocer el comportamiento de otras variables relacionadas. De esta forma, cuando dos variables están correlacionadas y se conoce la magnitud de la asociación se tienen bases para predecir, con mayor o menor exactitud, el valor aproximado que tendrá un grupo de personas en una variable, al saber qué valor tienen en la otra. Esta investigación incluye además elementos descriptivos puesto que se buscará describir y especificar los niveles que presentan los participantes en cada uno de los constructos estudiados (Hernández, 2006)⁸⁶.

7.1.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación es de tipo Descriptivo Correlacional

Diagrama del Diseño:



⁸⁶ HERNÁNDEZ, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006) Metodología de la investigación cualitativa.

Donde:

M = La muestra de estudio

X_1 = Es la observación de la variable independiente

r = La relación entre variables.

Y_2 = La observación de la variable dependiente.

7.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

7.2.1. Población

La población del estudio esta constituida por todos los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto en el año 2010.

7.2.2. Muestra

Para determinar la muestra se efectuó un muestreo por conveniencia no probabilístico, en donde se invitó a participar a los pacientes con diagnóstico de VIH que estén recibiendo tratamiento antirretroviral y que asistan al Programa de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual – VIH/SIDA (PROCITS) del Hospital Regional de Loreto, durante los meses de Octubre - Noviembre del 2010 y que cumplan con los criterios de inclusión y de exclusión del presente estudio.

La muestra inicial fue de 114 pacientes, en donde se excluyeron a 15 pacientes por haber resultado invalido en la escala de Sinceridad en el test de personalidad de Eysenck Forma "B" (Criterio 7, de los criterios de Exclusión), por intentar crearse una imagen personal que no les correspondía; por lo cual la muestra para el presente estudio quedó determinado en 99 pacientes que participaron en la investigación.

7.2.3. Criterios de Inclusión

1. Todo paciente con diagnóstico de VIH con 06 meses a más, en tratamiento antirretroviral.
2. Paciente que se encuentre lucido.
3. Que tenga 18 años de edad a más.
4. Consentimiento Informado del paciente para acceder al estudio (Anexo N° 01)

7.2.4. Criterios de Exclusión

1. Pacientes con consumo de drogas y/o deficiencia cognitiva, que le sea imposible completar los cuestionarios auto administrados.
2. Pacientes extranjeros.
3. Pacientes que se nieguen a participar en el estudio.
4. Pacientes con trastornos psicóticos.
5. Gestantes con profilaxis antirretroviral.
6. Pacientes con comprensión lectora deficiente.
7. Pacientes que en el test de personalidad de Eysenck Forma "B", resulte inválido.

7.3. TECNICAS

La técnica que se utilizó para el presente estudio de investigación es la recolección de información de fuente primaria a través de un Test (Inventario de Personalidad de Eysenck Forma "B") para poder determinar las dimensiones de la personalidad: Introversión – Extroversión, Estabilidad – Inestabilidad o Neuroticismo y los tipos de temperamentos: colérico, melancólico, flemático, sanguíneo; y de un Cuestionario de Adherencia al tratamiento antirretroviral SMAQ ((**Simplified Medication Adherence Questionnaire**), para poder determinar si el participante en este estudio es: Adherente o No Adherente; asimismo se recolecto datos socio demográficos como el sexo, edad, orientación sexual, grado de instrucción.

7.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

7.4.1. Inventario de Personalidad de Eysenck – Forma “B” (Anexo 02, 03)

Esta prueba tiene su versión original en la década del 60' y fue creada por Hans J. Eysenck y S. B. G. Eysenck siguiendo el modelo factorialista de la personalidad, estimulado por una visión crítica respecto al modo en que era estudiada la personalidad humana y la forma en que se determinaban los factores o aspectos constitutivos de la misma, propone su propia visión respecto a la personalidad a partir de evaluar dos dimensiones de ella.

La prueba propiamente tal consiste en un cuestionario con 57 preguntas de respuesta dicotómica Si-No, a las que el sujeto debe responder espontáneamente sin aplicar un proceso reflexivo. Una vez contestado el cuestionario, se contabilizan los resultados obtenidos para cada dimensión mediante el uso de una plantilla que permite la rápida identificación de las respuestas que constituyen cada escala o variable. Una vez realizada la operación de obtención de estos puntajes directos, se lleva a la clasificación de quintiles, los que nos proporcionan la posición del sujeto según cada tipo.

La construcción de los tipos considera su opuesto como manifestación del rasgo, es decir que los tipos consideran dos polos de expresión: neurótico-estabilidad emocional (escala N); extraversión – introversión (escala E). La prueba cuenta además con una escala de sinceridad (escala L) con lo cual se puede realizar un análisis respecto a la consistencia del sujeto en la posesión y manifestación de los tipos. La forma como se manifiesten los tipos dependerá del modo en que se conformen los rasgos que lo constituyen, por lo cual se podrá obtener un perfil lo suficientemente amplio respecto al sujeto.

Se establece el diagnóstico de Temperamento, siendo la unión de las dos dimensiones obtenidas previamente. Ej. Introverso – estable (temperamento flemático), extroverso – estable (temperamento sanguíneo), introverso – inestable (temperamento melancólico), extroverso – inestable (temperamento colérico).

Validez y confiabilidad en el Perú

La traducción y adaptación del EPI en el Perú, fue iniciado en 1971 y concluido en 1974, en el hospital Cayetano Heredia, por un equipo de psicólogos, liderado por José Anicama; probado en diversos grupos de control, pacientes, estudiantes, obreros etc., siendo revisados y ajustados por el propio autor de la prueba; siendo un instrumento confiable y válido para su trabajo en la población peruana.

Validez de criterio

Se diseñaron dos procedimientos de validez:

1. El método de los grupos nominados por criterio de jueces: el cual buscó establecer relaciones entre los puntajes del cuestionario y los criterios de jueces independientes, 30 jueces fueron empleados para evaluar a 110 sujetos, siendo significativo según el estadístico utilizado “t” de student.

2. El método de validez clínico: El cual se trabajo con grupos nominados, similar a la anterior, 52 pacientes fueron calificados por 8 psicólogos como distímicos o histérico – psicopáticos, para ser contrastados con sus puntajes de introversión – extroversión, según la tesis de Eysenck, siendo significativo según el estadístico utilizado “t” de student.

Confiabilidad:

Coefficiente de estabilidad:

Para la obtención del coeficiente de confiabilidad, se trabajó en un lapso de 8 meses, y señaló los siguientes coeficientes de correlación(r): N=0.71, E=0.68, L= 0.61, siendo significativo para las tres escalas.

Población muestral

Estuvo conformada por 2000 personas, entre profesionales, estudiantes, empleados, obreros, ejecutivos, se estableció por muestreo al azar usando el método sistemático valiéndose de la tabla de números aleatorios.

Ejecución y recolección de datos

Se tomaron 160 casos de consultorios de profesionales, 18 colegios especialmente seleccionados para evaluar estudiantes y profesores, 11 universidades de la capital y cerca de 128 fábricas manufactureras, los cuales fueron evaluados por un equipo de 30 encuestadores estudiantes de psicología.

7.4.2. SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire). (Anexo 04)

Se utilizó el cuestionario SMAQ, el cual cuenta con seis preguntas (4 cualitativas y 2 cuantitativas), referentes a la adherencia al tratamiento antirretroviral en la última semana y en los últimos tres meses. Este cuestionario considera al paciente como “Adherente” o “No adherente” según sus respuestas. Por lo tanto se considera que el paciente es “No Adherente” si respondieran a algunas de las preguntas cualitativas: 1 “Sí”, 2 “No”, 3 “Sí”, 4 “Sí”, o alguna de las respuestas cuantitativas que son: 5 diferente de “ninguna” y 6 “Mayor de dos días”. El cuestionario es dicotómico; cualquier respuesta en el sentido de no adherente fue considerado como que el encuestado es no adherente.

La pregunta 5 se puede usar como semicuantitativa:

- A: 100-95% cumplimiento terapéutico
- B: 85-94% cumplimiento terapéutico
- C: 65-84% cumplimiento terapéutico
- D: 30-64% cumplimiento terapéutico
- E: < 30% cumplimiento terapéutico.

Este cuestionario considera paciente adherente a aquel que tiene un cumplimiento terapéutico igual o superior al 95%.

Asimismo el cuestionario arroja tres (03) factores por las cuales los pacientes no son adherentes como: el olvido, la dificultad horaria y los efectos adversos.

La validación de criterio se hizo comparándolo con un método objetivo, un dispositivo electrónico de control de apertura de envases tipo MEMS (Sistemas Micro Electromecánicos) en una muestra de la población. Para la validez de la medida se comparó la Adherencia con la efectividad virológica, en una subpoblación de 2528 pacientes.

Es un cuestionario validado en la población española, utilizado en un estudio en Lima - Perú por Alvis (2008)⁸⁷ y esta siendo propuesta por el Ministerio de Salud a través de la Estrategia Nacional de Control y Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual – VIH/SIDA, para su aplicación en nuestro país en el control y seguimiento de los pacientes que viven con VIH/SIDA (MINSA, 2010)⁸⁸; presenta 72% de sensibilidad y 91% de especificidad y una fiabilidad medida por el alfa de Cronbach de 0,75.

7.4.3. Procedimiento de Recolección de Datos.

- Se solicitó a la Dirección del Hospital Regional de Loreto la debida autorización para la realización de la presente investigación.
- Asimismo se coordinó con el personal del Programa de Control de las ITS –VIH/SIDA, para que me brinden las facilidades del caso.
- La derivación de los participantes en el presente estudio estuvo a cargo de las profesionales que administran tratamiento antirretroviral.
- Los participantes del estudio han sido evaluados, en todos los casos, por el mismo investigador, autor de la presente.
- A cada uno de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, se le pidió su colaboración para el estudio, explicándoles en qué consistirá su participación, haciendo mención en los objetivos y beneficios que generaran el estudio y que la participación es anónima.
- Tras aceptar ser participante en el estudio en mención, se le entregó en primer lugar la Ficha de Consentimiento Informado (Anexo N° 01), para su respectiva firma, para luego entregarle el cuestionario de preguntas y

⁸⁷Op cit., ALVIS (2008).

⁸⁸Op cit., MINSA (2010). p. 82

su respectiva hoja de respuestas del Inventario de Personalidad de Eysenck – Forma “B”, para después explicarles detalladamente las instrucciones.

- Después de estos pasos el participante comienza a contestar el cuestionario.
- Una vez contestado, se procedió a entregarle el Cuestionario SMAQ, para que lo conteste.
- Tras terminado de contestar los instrumentos se le agradeció por su colaboración en la investigación.

7.4.4. Procesamiento de la Información.

1. Codificación de Datos

Se procederá a codificar cada variable para realizar una base de datos en Excel y poner en SPSS versión 17.0

2. Procedimiento de Análisis de Datos

Una vez terminada la codificación, toda la información se llevó a una matriz (vaciado de datos) procediendo a utilizarse el programa estadístico de SPSS versión 17.0 para el análisis univariado y bivariado.

El análisis univariado consistió en la determinación de las características socio demográficas (sexo, orientación sexual, edad, grado de instrucción) así como del tipo de temperamento (Melancólico, Colérico, Flemático y Sanguíneo), la descripción de las dimensiones de la personalidad (Introversión, Extroversión, Estabilidad e Inestabilidad) y la adherencia al tratamiento antirretroviral, presentes en las pacientes con diagnóstico de VIH a través de estadística descriptiva (frecuencias absolutas y relativas, representación gráfica y media aritmética y desviación estandar).

El análisis bivariado se realizó a través de la utilización de la estadística inferencial para hallar la asociación entre las dimensiones de la

personalidad y la adherencia al tratamiento antirretroviral y que se encuentran ubicados en los resultados; como información adicional al presente estudio se incluirá el análisis de la relación entre las características socio demográficas (sexo, edad, orientación sexual y grado de instrucción) y la adherencia al tratamiento antirretroviral; y los tipos de temperamentos (coléricos, melancólicos, flemáticos y sanguíneos) con la adherencia al tratamiento antirretroviral que se encuentran adjuntos en los anexos; cabe recalcar que para los procedimiento bivariados se utilizó la prueba de chi cuadrado de Pearson con un nivel de significancia estadística, $p \leq 0.05$.

7.5. ÉTICA

La presente investigación estuvo regida por el respeto a los derechos intelectuales de los autores citados y a la sinceridad y honestidad del investigador con respecto al uso de la información científica recabada en el proceso de ejecución del estudio en mención.

Asimismo para la recolección de los datos se priorizó el respeto a los derechos humanos, a su libertad del paciente para acceder al estudio firmando la ficha de consentimiento Informado, a la confidencialidad de los datos obtenidos, al anonimato de la identidad de paciente y al respeto de la integridad física y moral de los participantes.

8. ASPECTO ADMINISTRATIVO

8.1. Cronograma de Actividades

Actividades	1er Mes	2do. Mes	3er. Mes	4to. Mes	5to. Mes
Presentación de Anteproyecto	X				
Aprobación de Anteproyecto	X				
Ejecución de Anteproyecto		X	X		
Análisis de Resultados				X	
Sustentación de Tesis					X

8.2. Recursos

Recursos Humanos:

- El investigador.
- El estadístico.
- El asesor de Tesis.

Recursos Económicos:

- Los recursos económicos para el presente estudio serán asumidos en su totalidad por el Investigador a excepción del pago al Psicólogo Asesor de Tesis, monto que será asumido por la Universidad Científica del Perú.

8.3. Presupuesto

Para llevar a cabo la presente investigación se precisó del presente presupuesto cuyo monto se detalla a continuación.

DESCRIPCIÓN	MONTO TOTAL
RECURSOS HUMANOS	S/. 1600.00=
RECURSOS MATERIALES	S/. 2009.00=
TOTAL	S/. 3609.00=

DESCRIPCIÓN PORMENORIZADA	MONTO	CANTIDAD	MONTO TOTAL
RECURSOS HUMANOS			
TIPEO	S/. 300.00	01	S/. 300.00=
ESTADIGRAFO	S/. 1000.00	01	S/. 1000.00=
OTROS	S/. 300.00		S/. 300.00=
SUB TOTAL			S/. 1600.00=
RECURSOS MATERIALES			
PAPEL BOND 80 GR.	S/. 35.00	02	S/. 70.00=
PAPEL BOND 60 GR.	S/. 30.00	02	S/. 60.00=
TINTA PARA IMPRESORA A COLOR	S/. 90.00	02	S/. 180.00=
TINTA PARA IMPRESORA NEGRO	S/. 85.00	03	S/. 255.00=
LAPICES	S/. 10.00	10	S/. 10.00=
SACAPUNTAS	S/. 0.50	10	S/. 5.00=
BORRADORES	S/. 1.50	10	S/. 1.50=
TABLAS PARA ESCRIBIR	S/. 7.50	04	S/. 30.00=
FOLDER DE MANILA	S/. 0.70	120	S/. 84.00=
INTERNET			S/. 100.00=
MOVILIDAD			S/. 700.00=
OTROS	S/. 500.00		S/. 500.00=
SUB TOTAL			S/. 2009.00=

9. RESULTADOS

9.1. ANALISIS UNIVARIADO

9.1.1. Características Socio Demográficas

Cuadro 02: Características Socio Demográficos de los pacientes con VIH-SIDA que reciben tratamiento antirretroviral en el Hospital Regional de Loreto en el 2010

VARIABLES		Frecuencia	Porcentaje
SEXO	Masculino	71	71,7
	femenino	28	28,3
	Total	99	100,0
Orientación sexual	Heterosexual	64	64,6
	Homosexual	30	30,3
	Bisexual	5	5,1
	Total	99	100,0
Grado de instrucción	Analfabetismo	0	0
	Primaria	6	6,1
	Secundaria	56	56,5
	Superior	37	37,4
	Total	99	100,0

En el Cuadro 02, se muestran algunas de las características socio demográficas de los pacientes que reciben TARGA (terapia antirretroviral), en el Hospital Regional de Loreto en el año 2010; encontrándose que la gran mayoría está conformado por varones, en el 71.1% (71 paciente) de los casos (Grafico 02), y solo el 28.3% son mujeres, siendo la relación hombre – mujer de 2.5/1; en cuanto a la orientación sexual, se ha encontrado que el 64.6% (64) son heterosexuales, el 30.3% (30), son homosexuales y solo el 5% son bisexuales (ver grafico 03); el grado de instrucción es otra variables estudiado en estos pacientes, demostrando que ningún paciente era analfabeto, solo 6 pacientes estudiaron primaria, 56.5%(56) cursaron estudios secundarios, y solo el 37.4% tiene estudios superiores (Gráfico 04).

Grafico 02: Distribución según Sexo de los Pacientes con VIH que reciben Tratamiento Antirretroviral en el Hospital Regional de Loreto en el año 2010.

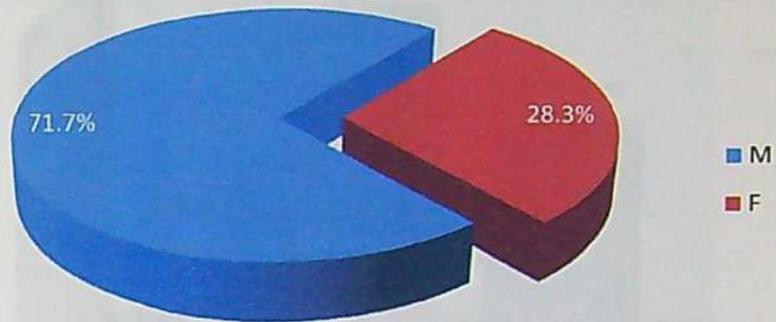
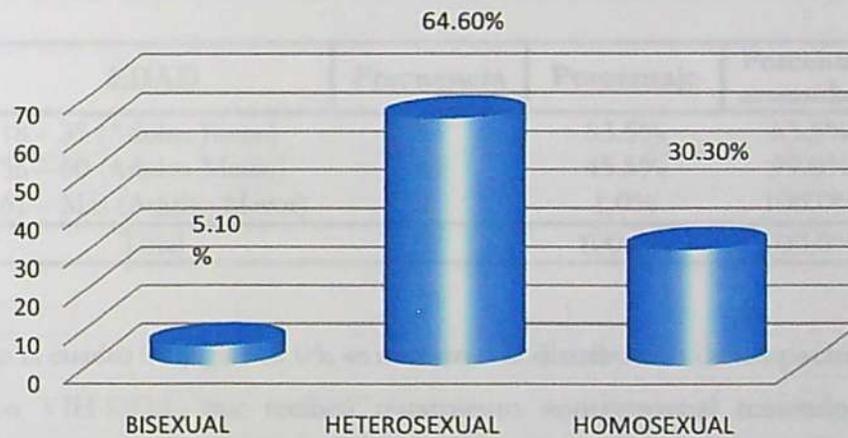
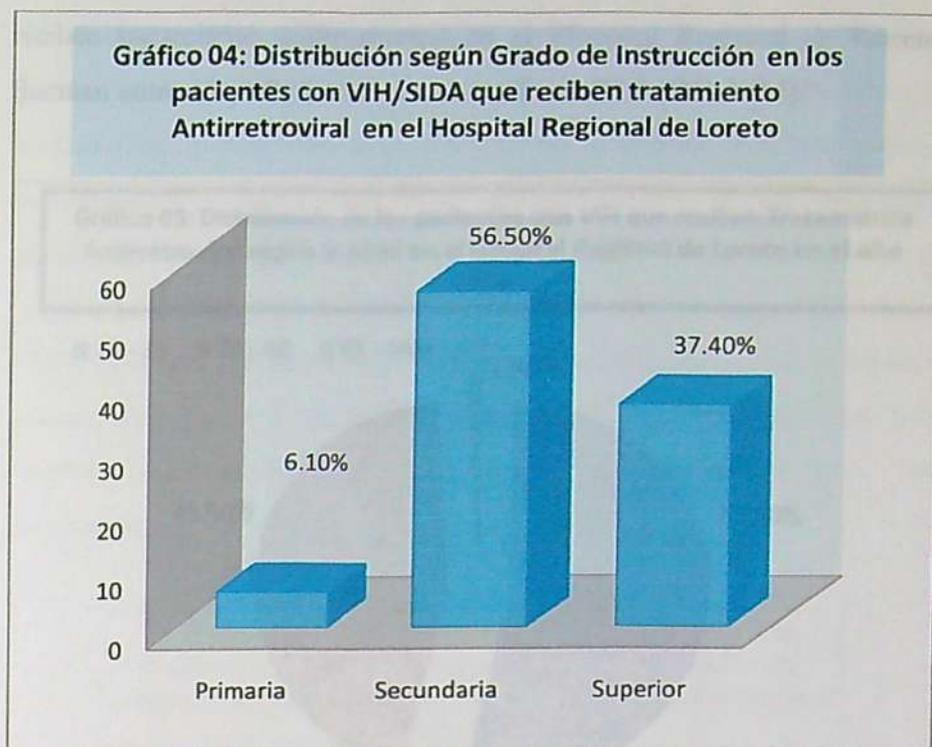


Gráfico 03: Distribución según Orientación Sexual en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral en el Hospital Regional de Loreto en el año 2010



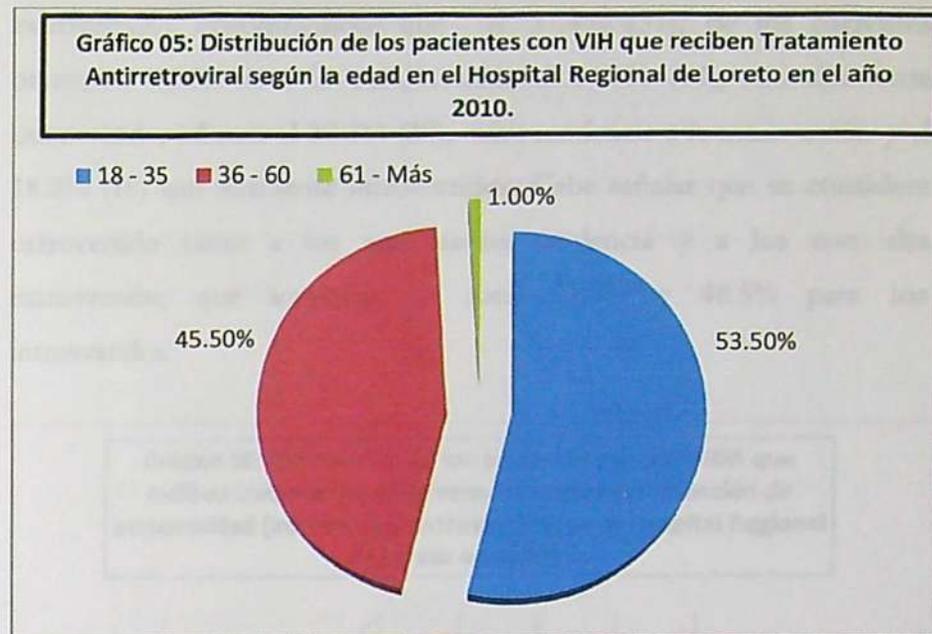


Cuadro 03: Distribución de los pacientes con VIH-SIDA que reciben tratamiento TARGA según la edad en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
18 – 35 (Adulto Joven)	53	53.5%	53.5%
36 – 60 (Adulto Medio)	45	45.5%	99.0%
61 – Más (Adulto Mayor)	1	1.0%	100.0%
Total	99	100.0%	100.0%

En el cuadro 03 y gráfico 05; se muestran la distribución de los pacientes con VIH-SIDA, que reciben tratamiento antirretroviral teniendo en cuenta la edad; encontrándose que las edades de 18 a 35 años (Adulto Joven) presenta mayor porcentaje con un 53.5%, con respecto a la población con las edades entre los 36 a 60 años (Adulto Intermedio) que tiene un porcentaje de 45.5%, representando estas edades de 18 a 60 años (99.0%); donde se concentran la mayor cantidad de pacientes; mientras que la población que tiene más de 61 años (Adulto Mayor) solo representa el 1.0%. Asimismo las edades de los pacientes con VIH que

reciben tratamiento antirretroviral en el Hospital Regional de Loreto fluctúan entre 19 y 62 años, con una media de 35.6 (DE \pm 9.1).

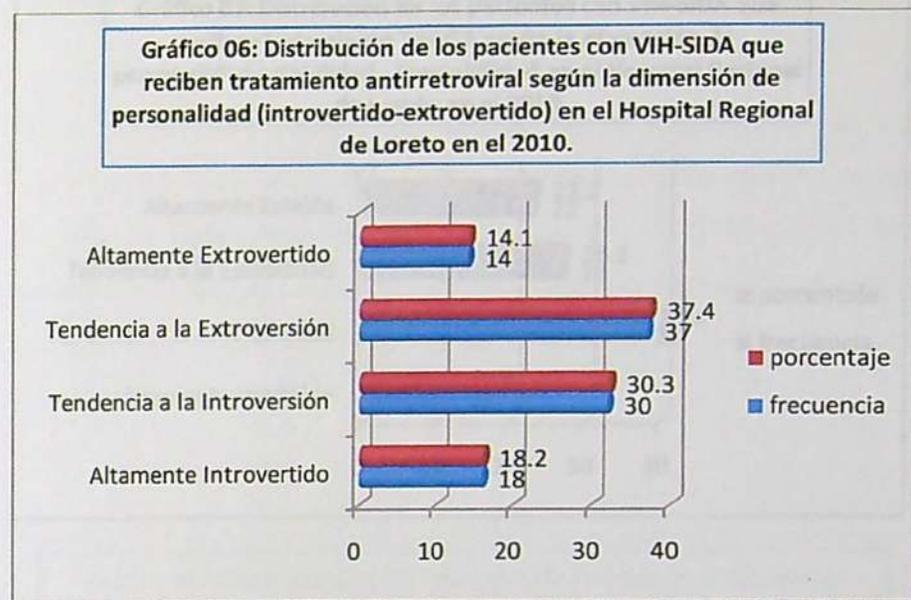


9.1.2. Descripción de las Dimensiones de Personalidad presentes en los pacientes con VIH/SIDA en Tratamiento Antirretroviral en el Hospital Regional de Loreto - 2010

Cuadro 04: Distribución de los pacientes con VIH/SIDA que reciben Tratamiento Antirretroviral según la dimensión de personalidad Introversión - Extroversión el Hospital Regional de Loreto - 2010.

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Personalidad Introversión	Altamente Introversión	18	18.2%
	Tendencia a la Introversión	30	30.3%
	Total	48	48.5%
Personalidad Extroversión	Altamente Extroversión	14	14.1%
	Tendencia a la Extroversión	37	37.4%
	Total	51	51.5%

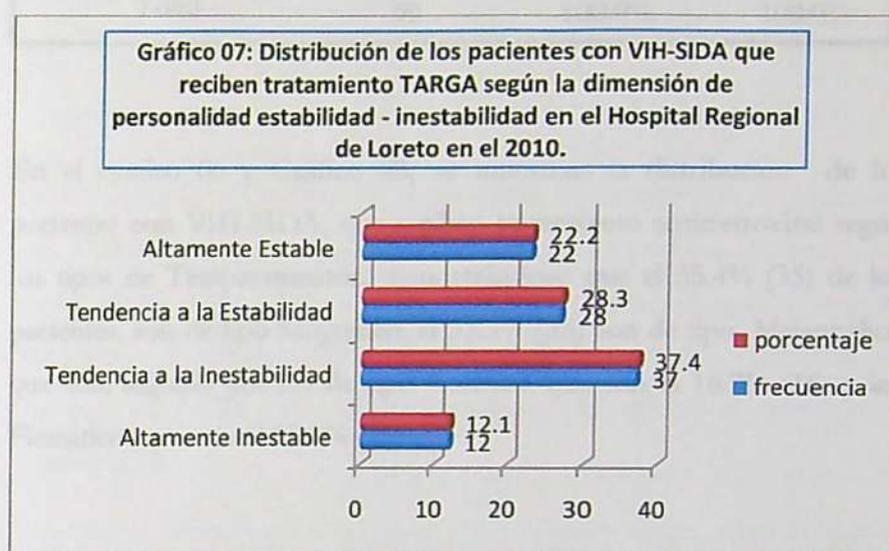
En el Cuadro 04 y Gráfico 06, se muestran la distribución de los pacientes con VIH-SIDA, que reciben tratamiento antirretroviral teniendo en cuenta, la dimensión de la personalidad (introvertido-extrovertido), encontrándose que el 37.4% (37), de los pacientes presentan tendencia a la extroversión, el 14.1% (14), son altamente extrovertido; además el 30.3% (30), tiene tendencia a la introversión y el 18.2% (18) son altamente introvertidos. Cabe señalar que se considera extrovertido tanto a los que tienen tendencia y a los con alta extroversión, que sumarian en total 51.5% y 48.5% para los introvertidos.



Cuadro 05: Distribución de los pacientes con VIH-SIDA que reciben tratamiento TARGA según la dimensión de personalidad Estabilidad - Inestabilidad en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Personalidad Estable	Tendencia a la Estabilidad	28	28.3%
	Altamente Estable	22	22.2%
	Total	50	50.5%
Personalidad Inestable	Altamente Inestable	12	12.1%
	Tendencia a la Inestabilidad	37	37.4%
	Total	49	49.5%

En el Cuadro 05 y gráfico 07, se muestran la distribución de los pacientes con VIH-SIDA, que reciben tratamiento antirretroviral teniendo en cuenta, la dimensión de la personalidad (estabilidad), encontrándose que el 37.4% (37), presentan tendencia a la inestabilidad emocional, el 12.1%, son altamente inestables; el 28.3% (28), presentan tendencia a la estabilidad emocional, y el 22.2% (22), son altamente estables. Cabe señalar que se considera estable emocionalmente a los con tendencia y altamente estables que juntos harían el 50.5% e inestables emocionalmente el 49.5%.



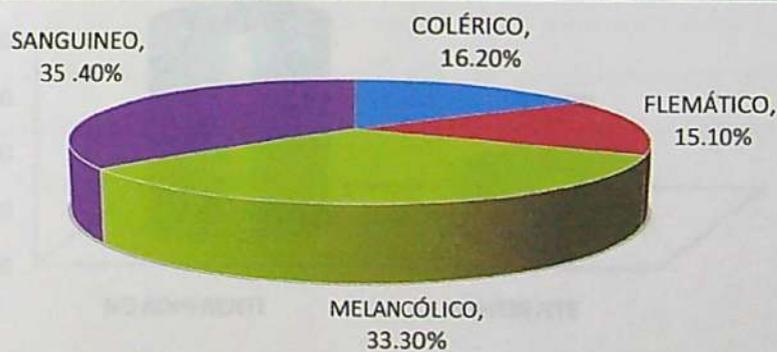
9.1.3. Descripción de los tipos de Temperamentos (Colérico, Flemático, Melancólico y Sanguíneo) de los Pacientes con VIH en Tratamiento Antirretroviral en el Hospital Regional de Loreto – 2010.

Cuadro 06: Distribución por tipo de Temperamento de los Pacientes con VIH en Tratamiento Antirretroviral en el Hospital Regional de Loreto – 2010.

TEMPERAMENTOS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
COLÉRICO	16	16.2%	16.2%
FLEMÁTICO	15	15.1%	31.3%
MELANCÓLICO	33	33.3%	64.6%
SANGUÍNEO	35	35.4%	100.0%
Total	99	100.0%	100.0%

En el cuadro 06 y Gráfico 08, se muestran la distribución de los pacientes con VIH-SIDA, que reciben tratamiento antirretroviral según los tipos de Temperamentos, demostrándose que el 35.4% (35) de los pacientes, son de tipo Sanguíneo, el 33.3% (33) son de tipo Melancólico que son, seguido por los de tipo Colérico que son el 16.2% (16) y los Flemáticos que son el 15.1% (15).

Gráfico 08: Distribución según los tipos de Temperamentos de los pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Regional de Loreto en el año 2010.



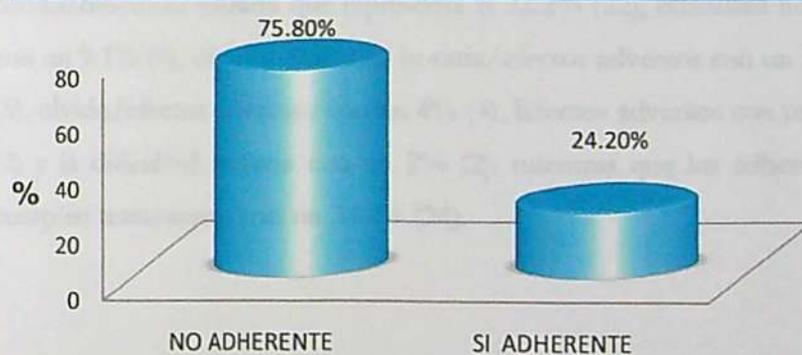
9.1.4. Descripción de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto – 2010.

Cuadro 07: Distribución de los pacientes con VIH según la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en el Hospital Regional de Loreto – 2010.

Adherencia al Tratamiento Antirretroviral	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO ADHERENCIA	75	75.8%	75.8%
SI ADHERENCIA	24	24.2%	100.0%
Total	99	100.0%	100.0%

En el cuadro 07 y Gráfico 09, se muestran la distribución de pacientes con VIH-SIDA, que reciben tratamiento antirretroviral, teniendo en cuenta el nivel de adherencia al tratamiento, para la cual se usó el cuestionario de adherencia SMAQ; obteniendo resultados alarmantes, ya que solo el 24.2% (24), de los pacientes se adhirió al tratamiento antirretroviral.

Gráfico 09: Distribución de los pacientes con VIH, según la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral presentes en el Hospital Regional de Loreto en el año 2010.



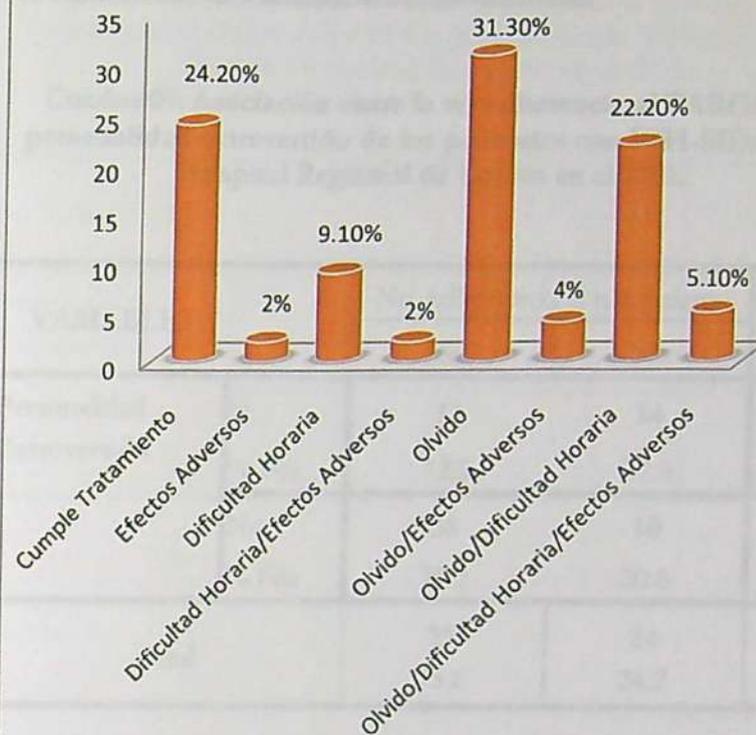
N= 99

Cuadro 08: Distribución de los pacientes con VIH según los Factores sobre la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en el Hospital Regional de Loreto – 2010.

Factores sobre la Adherencia	Frecuencia	Porcentaje Acumulado
Cumple Tratamiento	24	24.2%
Efectos Adversos	2	2.0%
Dificultad Horaria	9	9.1%
Dificultad Horaria/Efectos Adversos	2	2.0%
Olvido	31	31.3%
Olvido/Efectos Adversos	4	4.0%
Olvido/Dificultad Horaria	22	22.2%
Olvido/Dificultad Horaria/Efectos Adversos	5	5.1%
Total	99	100.0%

En el cuadro 08 y Gráfico 10, se muestran la distribución de pacientes con VIH-SIDA, teniendo en cuenta los factores sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral según el cuestionario SMAQ, en donde se comprueba que el olvidarse de tomar los antirretrovirales por alguna causa predomina con un 31.3% (31) sobre los otros factores, seguido del olvido/dificultad horaria que representa el 22.2% (22), dificultad horaria con un 9.1% (9), olvido/dificultad horaria/efectos adversos con un 5.1% (5), olvido/efectos adversos con un 4% (4), Efectos adversos con un 2% (2) y la dificultad horaria con un 2% (2); mientras que los adherentes cumplen tratamiento con un 24.2% (24).

Gráfico 10: Distribución de los Factores sobre la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral presentes en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto en el año 2010.



9.2. ANALISIS BIVARIADO

9.2.1. Asociación entre la Dimensión de Personalidad Extroversión y la No Adherencia al Tratamiento Antirretroviral.

Cuadro 09: Asociación entre la no adherencia al TARGA y la personalidad extrovertido de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.

VARIABLES		No Adherencia al tratamiento		Total
		Si	No	
Personalidad Extroversión	Si	37	14	51
	% Fila	72.5	27.5	100.0
	No	38	10	48
	% Fila	79.2	20.8	100.0
Total		75	24	99
		75.8	24.2	100.0

En el Cuadro 09, se muestra la relación entre la no adherencia al tratamiento antirretroviral y la personalidad extrovertido de los pacientes, demostrando que 37 (72.5%) de los pacientes extrovertidos no se adhieren al Tratamiento Antirretroviral, 14 (27.5%) pacientes con personalidad extrovertido se adhieron la TARGA; sin embargo 38 (79.2%) pacientes no extrovertidos no se adhieron al TARGA. Además, no se pudo demostrar una relación estadísticamente significativamente entre estas dos variables ya que se obtuvo una $X^2 = 0,590$ y una $P = 0,298 > P = 0.05$. Por lo que se acepta la Hipótesis Nula

9.2.2. Asociación entre la Dimensión de Personalidad Introversión y la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral.

Cuadro 10: Asociación entre la adherencia al TARGA y la personalidad introvertido de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.

VARIABLES		Adherencia al tratamiento		Total
		Si	No	
Personalidad Introversión	Si	10	38	48
	% Fila	20.8	79.2	100.0
	No	14	37	51
	% Fila	27.5	72.5	100.0
Total		24	75	99
		24.2	75.8	100.0

En el Cuadro 10, se muestra la relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral y la personalidad introvertida de los pacientes, demostrando que de 48 pacientes con personalidad introvertida, 10 (20.8%) se adhirieron al TARGA, y 38 (79.2%) no se adhirieron al TARGA; sin embargo, de los 51 pacientes no introvertidos, 14 (27.5%) se adhirieron al TARGA; además, no se pudo demostrar una relación estadísticamente significativamente entre estas dos variables ya que se obtuvo una $X^2 = 0,584$ y una $P = 0,445 > P = 0,05$. Por lo que se acepta la Hipótesis Nula

9.2.3. Asociación entre la Dimensión de Personalidad Estabilidad Emocional y la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral.

Cuadro 11: Asociación entre la adherencia al TARGA y la personalidad estabilidad emocional de los pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.

VARIABLES		Adherencia al tratamiento		Total
		Si	No	
Personalidad Estabilidad	Si	14	36	50
	% Fila	28.0	72.0	100.0
	No	10	39	49
	% Fila	20.4	79.6	100.0
Total		24	75	99
		24.2	75.8	100.0

En el cuadro 11, se muestra la relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral y la estabilidad emocional de los pacientes, demostrando que de 50 pacientes con estabilidad emocional, 14 (28.0%) se adhirieron al TARGA, y 36 (72.0) no se adhirieron al TARGA; sin embargo, de los 49 pacientes inestables, 10 (20.4%) se adhirieron al TARGA; además, no se pudo demostrar una relación estadísticamente significativamente entre estas dos variables ya que se obtuvo una $X^2= 0,769$ y una $P= 0,381 > P=0,05$. Por lo que se acepta la Hipótesis Nula

9.2.4. Asociación entre la Dimensión de Personalidad Inestabilidad Emocional y la No Adherencia al Tratamiento Antirretroviral.

Cuadro 12: Asociación entre la no adherencia al TARGA y la personalidad inestabilidad emocional de los pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.

VARIABLES		No Adherencia al tratamiento		Total
		Si	No	
Personalidad Inestabilidad	Si	39	10	49
	% Fila	79.6	20.4	100.0
	No	36	14	50
	% Fila	72.0	28.0	100.0
Total		75	24	99
		75.8	24.2	100.0

En el Cuadro 12, se muestra la relación entre la no adherencia al tratamiento antirretroviral y la inestabilidad emocional de los pacientes, demostrando que de 49 pacientes con inestabilidad emocional, 39 (79.6%) no se adhirió al TARGA, y 10 (20.4%) se adhirió al TARGA; sin embargo, de los 50 pacientes estables emocionalmente, 36 (72.0%) no se adhirió al TARGA; además, no se pudo demostrar una relación estadísticamente significativamente entre estas dos variables ya que se obtuvo una $X^2 = 0,777$ y una $P = 0,381 > P = 0,05$. Por lo que se acepta la Hipótesis Nula

10. DISCUSIÓN

A continuación se muestra los hallazgos encontrados en el presente estudio en relación con otros estudios relacionados; tanto en los resultados descriptivos (univariado), así como en los resultados relacionales (bivariados).

En el análisis univariado, Es unánime el acuerdo de los diversos autores consultados en relación de las personas con diagnóstico de VIH, con respecto a la prevalencia del sexo masculino sobre el sexo femenino, presentando en este estudio un 71.70% de hombres sobre un 28.30% de mujeres con diagnóstico positivo al VIH; siendo la relación hombre-mujer de 2.5 a 1; cifras que se asemejan a Carrobles, José Antonio y col. (2002)⁸⁹, en un estudio realizado con sujetos con diagnóstico de VIH, provenientes del servicio de Medicina Interna Unidad VIH del Hospital Universitario La Paz (Madrid - España) y del Departamento de Medicina Interna – Infectología del Hospital Nacional Epigardo Rebagliati Martins (Lima – Perú), estando todos en tratamiento antirretroviral, mostraron también que las personas del sexo masculino prevalecían sobre el sexo femenino, con un 66.4% a un 33.6% respectivamente y donde la relación hombre-mujer es de 2 a 1. Murrieta Lozano (2004)⁹⁰ encontró que 76.2% son del sexo masculino sobre un 33.8% de mujeres, cifras bastante cercanos al presente estudio. Alvis, Oscar y col. (2008)⁹¹, en un estudio realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, encontraron también la misma tendencia de los estudios anteriores en donde los hombres representaban el 64.1% sobre un 35.9% de las mujeres, siendo la relación hombre – mujer de 2 a 1; tendencia que se mantienen pero con cifras que difieren en el estudio realizado por Bicerra, Melina (2009), en la que encontró en el Hospital III de ESSALUD de la ciudad de Iquitos que hay 81.1% de hombres y un 18.9% de mujeres. Mientras que Tafur, Edith (2010)⁹², encontró en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” en el Callao – Perú, la misma tendencia en la que hay un

⁸⁹ CARROBLES, José Antonio; REMOR, Eduardo; RODRIGUEZ – ALZAMORA, Lanissa (2002) “Afrontamiento, Apoyo Social Percibido y Distrés Emocional en pacientes con infección por VIH” - Universidad Autónoma de Madrid

⁹⁰ MURRIETA LOZANO, Roberto (2004) “Características Epidemiológicas, Clínicas y Laboratoriales de los pacientes con SIDA en Tratamiento Antirretroviral, Hospital III de ESSALUD Enero 2002 – Diciembre 2003”. Iquitos – Perú.

⁹¹ Op cit., ALVIS (2008).

⁹² TAFUR Valderrama, Edith (2010) “Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes con VIH/SIDA: Evaluación de la Adherencia y la Calidad de Vida relacionada a la Salud en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”. Callao – Perú p. 79

mayor porcentaje de personas masculinas y menor porcentaje del sexo femenino con respecto a los otros estudios, cifras estimadas en 90.4% para los hombres y 9.6% para las mujeres, cifras que difieren con los estudios anteriores en donde la relación hombre - mujer es de 10 a 1.

Si bien es cierto, estos resultados nos muestran que hay más hombres con VIH que mujeres, también nos muestran que los casos de VIH en mujeres se han ido incrementando a través de los años, en donde la relación hombre - mujer en el año 1987 era de 27 a 1 (MINSA y col., 2009)⁹³, actualmente y según la presente investigación la relación hombre - mujer en el Hospital Regional de Loreto es de 2.5 a 1 respectivamente, cifras que permite observar una tendencia hacia la feminización de la transmisión por VIH.

Al realizar la asociación entre el sexo y la adherencia al tratamiento antirretroviral (Anexo N° 05) se demostró que dentro de las mujeres existe un 35.7% de adherencia, mientras que dentro de los hombres los adherentes representan el 19.7%, mostrando que las mujeres tienden a ser más adherentes que los hombres; asimismo no se pudo demostrar que exista una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la adherencia al tratamiento antirretroviral ($X^2= 2,79$ y una $P= 0,09 > P=0,05$) presentando estos resultados la misma tendencia encontrado por Alvis y col (2008)⁹⁴ en la que encontró que no existe relación estadísticamente significativa entre estas variables ($P= 0,924$). Bicerca Ribeiro (2009), también encontró la misma tendencia en su estudio en la que encontró que las mujeres son mas adherentes que los hombres (80% a 62.8% respectivamente) y demostró que no hay relación entre estas variables ($x^2= 1.071, P=0.300$)

Con respecto a la Edad diversos trabajos sobre personas con VIH/SIDA se asemejan al promedio de edad. En nuestro estudio se observó que la edad promedio en los pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral en el HRL es de 35.6 (DE \pm 9.1), edades que se distribuyen entre los 19 a 62 años y las edades en donde está más concentrada es en la población que tiene de 18 a 35 años (Población Adulto Joven) con un 53.5%, seguida de los que tienen de 36 a 60 años que pertenecen a la

⁹³ Op cit. MINSA y col. (2009) p. 25

⁹⁴ Op cit. ALVIS (2008)

población adulta intermedio con un 45.5%, mientras que los que tienen más de 61 años (Adulto Mayor) solo representa el 1%.

Carrobles y col. (2002)⁹⁵, presenta un promedio casi similar al presente estudio con un 37.5 (DE \pm 9), mientras que las edades en que están distribuidas van desde los 19 años - semejante al presente estudio - a los 70 años en que se puede observar que hay una variación con respecto a este estudio; esta misma tendencia se observa en el estudio de Alvis y col. (2008)⁹⁶, en que se puede observar una media de 36.8 (DE \pm 9.1) sin mucha variación con respecto a los dos estudios anteriores, en cuanto a la distribución de las edades, van desde los 19 años - igual al presente estudio - hasta los 82 años en donde se observa que hay personas de mayor edad con diagnóstico de VIH y que están en tratamiento antirretroviral.

Bicerra, Melina (2009)⁹⁷ encontró cifras que contrastan con el presente estudio en la que halló que las edades estaban más concentradas en la población adulto intermedio (40 a 59 años) con un 52.8%, seguida por los que se ubican en la población adulto joven (20 a 39 años) con un 39.6%, mientras que los adultos mayores representan el 7.5%.

Tafur (2010)⁹⁸, también presenta resultados que contrastan en cuanto al promedio de edad en donde la autora encontró una edad media de 41.54 (DE \pm 11.50), distantes de los resultados anteriores, y esta más concentrada entre las edades de 36 a 55 años con un porcentaje de 50%, casi semejante al presente estudio (36-60: 45.5%), mientras que la población que va desde los 56 a más, representa el 13.47%, existiendo una considerable diferencia con respecto al presente estudio (61 a más: 1%).

Estos resultados nos muestran que los casos donde más se concentra los casos de VIH, son en la población Adulto joven que es la que integra en mayor medida junto con la población adulto intermedio la población económicamente activa (PEA), situación que genera estragos en la situación económica de las PVVS y de sus familiares.

Al realizar la asociación entre la edad y la adherencia al tratamiento antirretroviral (Anexo N° 06) se puede observar que la adherencia al tratamiento antirretroviral

⁹⁵ Op cit. CARROBLES y col. (2002).

⁹⁶ Op cit. ALVIS y col., (2008).

⁹⁷ Op cit. BICERRA (2009)

⁹⁸ Op cit. TAFUR (2010).

tiende a aumentar con la edad tal es el caso de los que tienen entre 18 a 35 años (cuadro 11), presentan un 18.9% de adherencia sobre un 81.1% de no adherentes, mientras que los que tienen entre 36 a 60 años (cuadro 12) presentan un 31.1% de adherencia sobre un 68.9% de no adherencia; tendencia que contrasta con las edades anteriores en el caso de los que tienen más de 61 años (cuadro 13) que presentan un 100% de no adherencia, aunque cabe recalcar que solo se trata de un paciente; asimismo no se pudo demostrar que exista una asociación estadísticamente significativa entre la edad de 18 a 35 años y la adherencia al tratamiento antirretroviral ($X^2= 1.79, P= 0,18 > P=0,05$); lo mismo sucedió con las edades entre los 36 a 60 años ($X^2= 2.12, P= 0,15 > P=0,05$); y más de 61 años en la que tampoco se pudo demostrar que exista asociación estadística con la adherencia al TARGA ($X^2= 0.32, P= 0,57 > P=0,05$). Por lo que se puede determinar que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la adherencia al tratamiento antirretroviral. Resultados semejantes al encontrado por Bicerra, Melina (2009)⁹⁹ en la que demostró que el 78.6% de los adultos intermedios y el 75% de los adultos mayores presentaron mayor adherencia y no se pudo demostrar que exista una asociación estadísticamente significativa entre estas variables ($P=0.07$).

Los diversos estudios con respecto a la orientación sexual nos muestran resultados con la misma tendencia y porcentajes semejantes o con poca diferencia entre ellos, así tenemos que existe una prevalencia de los heterosexuales sobre los homosexuales y bisexuales. Alcántara, Ruth (2008)¹⁰⁰, en un estudio realizado en Lima – Perú en los diversos hospitales de la mencionada ciudad, encontró que la población heterosexual es de un 70%, seguida de la población homosexual con un 20%, mientras que la población bisexual solo cuenta con un 10%. Los resultados son semejantes con los obtenidos en el presente estudio en donde los heterosexuales representan el 64.6%, los homosexuales son el 30.3% y los bisexuales representan solo el 5.1%, haciendo estos dos últimos (homosexuales y bisexuales) un total de 35.4%, con poca diferencia del estudio anterior con respecto a los homosexuales y bisexuales que harían el 30% y bastante semejante al estudio de Alvis y col. (2008)¹⁰¹ en donde los homosexuales y bisexuales hacen un total del 34%, mientras que la población heterosexual representa el 66%, muy cercano al presente estudio.

⁹⁹ Op cit. BICERRA (2009)

¹⁰⁰ Op cit., ALCANTARA (2008).

¹⁰¹ Op cit. ALVIS y col. (2008)

Estos resultados nos muestran que existe una variante en cuanto al diagnóstico de VIH y la orientación sexual, ya que al principio de la enfermedad los casos reportados estaban concentrados en la población homosexual, situación que con los años se fue modificando y según estos resultados en la actualidad están concentrados en la población heterosexual.

Al realizar el análisis bivariado entre la orientación sexual y la adherencia al tratamiento antirretroviral (Anexo N° 07) se encontró que los heterosexuales (cuadro 15) no adherentes prevalecen sobre los heterosexuales adherentes con un 78.1% a un 21.9% respectivamente, pero si a esta población la comparamos con la población bisexual (cuadro 14) y homosexual (cuadro 16) tenemos que los bisexuales y homosexuales tienden a ser más adherentes con un 40% y 26.7% respectivamente. Asimismo no se pudo demostrar que exista una asociación estadísticamente significativa entre ser bisexual y la adherencia al tratamiento antirretroviral ($X^2= 0,71$ y una $P= 0,3988 > P=0,05$), sucediendo lo mismo para los homosexuales ($X^2= 0,14$ y una $P= 0,7105 > P=0,05$); resultados que contrastan por lo encontrado por Alvis y col. (2008)¹⁰² en la que encontró una asociación entre ser homosexual/bisexual con la no adherencia al tratamiento antirretroviral ($P= 0.001$). Para el caso de los heterosexuales (cuadro 15), tampoco se pudo demostrar asociación estadísticamente significativa con la adherencia al TARGA ($X^2= 0,55$ y una $P= 0,4573 > P=0,05$). Por lo que se puede determinar que no existe relación entre la orientación sexual y la adherencia al tratamiento antirretroviral.

En relación al grado de instrucción en nuestra investigación los pacientes con VIH presentaron un 56.5% de estudios secundarios, seguido por los que cursaron estudios superiores con un 37.4% y un 6.1% cursaron la primaria; datos con la misma tendencia en el estudio de Alvis y col. (2008)¹⁰³ en donde la prevalencia sigue estando en el nivel secundario con un 48.2%, seguida por los estudios superiores y primarios respectivamente; cifras que contrastan con los resultados obtenidos por Bicerra, Melina (2009)¹⁰⁴ en la que encontró que los casos de VIH estaban concentrados entre los que tienen estudios superiores y técnicos con un 45.3% y 20.8% respectivamente; datos que nos muestran que los que tienen más estudios (estudios secundarios,

¹⁰² Ibid.

¹⁰³ Ibid.

¹⁰⁴ Op cit. BICERRA (2009).

estudios superiores) y por ende podrían haber adquirido más información con respecto a las ITS – VIH/SIDA, estarían más en riesgo a adquirir esta enfermedad.

Al realizar la asociación entre el grado de instrucción y la adherencia al tratamiento antirretroviral (Anexo N° 08) se pudo demostrar que son los que tuvieron estudios secundarios (cuadro 18) los que más se adhieren al TARGA con un 26.8%, seguida por los que cursaron estudios superiores (cuadro 19) que representan el 21.6%, mientras que los que cursaron estudios primarios (cuadro 17) solo el 16.7% se adhirió al tratamiento antirretroviral. Asimismo no se pudo demostrar que exista una asociación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción primario y la adherencia al tratamiento antirretroviral ($X^2= 0,20$ y una $P= 0,6550 > P=0,05$), sucediendo lo mismo para el caso de los que cuentan con estudios secundarios ($X^2= 0,45$ y una $P= 0,5004 > P=0,05$), también para los que cursaron estudios superiores ($X^2= 0,22$ y una $P= 0,6383 > P=0,05$); por lo que se puede determinar que no existe relación entre el grado de instrucción y la adherencia al tratamiento antirretroviral, resultados que mantienen la misma tendencia en los estudios realizados por Alvis y col. (2008)¹⁰⁵ en la que encontró que el grado de instrucción no se encuentra relacionado estadísticamente a la no adherencia al tratamiento antirretroviral; y por Bicerra, Melina (2009)¹⁰⁶ en la que se demostró que no hay asociación entre el grado de instrucción y la adherencia al TARGA ($P=0.222$)

Con respecto a la adherencia al tratamiento antirretroviral tenemos que Alvis y col. (2008)¹⁰⁷, en su estudio, quienes utilizaron el cuestionario SMAQ para la evaluación de la adherencia al tratamiento antirretroviral, encontró un nivel de Adherencia del 64.1% y de No Adherencia correspondiente al 35.9%; cifras similares al estudio de Alcántara (2008)¹⁰⁸ quién utilizó el Cuestionario de Evaluación de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH) en la que halló que la adherencia estricta fue de 32% y la adherencia adecuada fue también de 32%, ambos niveles considera a los pacientes como adherentes y corresponden al 64%, mientras que los no adherentes representan el 36%; resultados semejantes al estudio realizado por Bicerra, Melina (2009)¹⁰⁹, quien

¹⁰⁵ Op cit., ALVIS y col. (2008).

¹⁰⁶ Op cit. BICERRA (2009).

¹⁰⁷ Ibid.

¹⁰⁸ Op cit. ALCANTARA (2008) p. 45

¹⁰⁹ Op cit. BICERRA (2009).

utilizó la Escala Simplificada para detectar Problemas de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (ESPA), en donde encontró que el 66% de pacientes presenta una adherencia adecuada, sobre un 34% de no adherentes; estudios que mantienen la misma tendencia; y que contrastan con los resultados obtenidos en la presente investigación en donde se obtuvo un nivel de no adherencia del 75.80% sobre un 24.20% de adherentes, cifras preocupantes y que revelan que los pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral no están cumpliendo de manera adecuada el tratamiento; y estos resultados rebelan la misma tendencia en la que muchos clínicos e investigadores advierten sobre los bajos niveles de adhesión que muestran los pacientes (Aversa y Kimberlin, 1996)¹¹⁰, (Ballester y col, 2000)¹¹¹. Hay investigadores que informan que 50% de los pacientes no sigue adecuadamente el tratamiento y 56% no acude el día de la cita a su consulta médica. El reto entonces es mayúsculo, pues si a la infección por VIH/SIDA se le suma una adhesión inadecuada, las consecuencias pueden ser funestas. Incluso una moderada o leve falta de adhesión reduce de forma muy importante los beneficios del tratamiento (Brannon y Feist, 2000)¹¹².

Con respecto a los factores sobre la no adherencia en la cual refieren los pacientes que no son adherentes al contestar el cuestionario SMAQ, tenemos que Alvis y col. (2008)¹¹³ encontró que el principal motivo de no adherencia fue el olvido seguida por la dificultad Horaria y los efectos adversos, tendencia que se repite en el presente estudio donde el principal motivo de no adherencia fue el olvido con un 31.30% seguida del olvido con la dificultad horaria con un 22.20% y solo el 9.10% refirió que no cumple su tratamiento por que tiene dificultad con los horarios de toma de medicamentos.

En referencia al tipo de Temperamento, entendida esta como aquella disposición innata que nos induce a reaccionar de forma particular a los estímulos ambientales, determinada genéticamente; no se encontró referencia bibliográfica ni estudios asociados al VIH/SIDA; en la presente investigación el Temperamento Sanguíneo es el que prevaleció con un 35.4%, siendo personas cuyos procesos neurodinámicos son

¹¹⁰ AVERSA, S.L. Y KIMBERLIN, C. (1996). Psychosocial aspects of antiretroviral medication use among HIV patients. *Patient Education and Counseling*, 29, 207-219.

¹¹¹ BALLESTER, R.; Reinoso, I.; García, S. y Campos, A. (2000). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 109-115.

¹¹² BRANNON, L. y Feist, J. (2000). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo.

¹¹³ Op cit. ALVIS y col. (2008)

fuerres, equilibrados y rápidos, es decir con capacidad para soportar fuertes excitaciones y para establecer potentes frenamientos de estimulaciones, posible mantenimiento regular del equilibrio, entre la excitación y la inhibición, rápida movilidad en relación con las modificaciones ambientales, es decir con reacciones emocionales poco intensas, muy duraderas, poco variables, busca estimulación, es sociable, le agrada la variedad, gusta de estímulos fuertes; características de personalidad que le podían permitir afrontar con optimismo pero también con cierta despreocupación a la enfermedad por VIH. Situación contraria a los que presentaron el temperamento Melancólico que representa en este estudio el 33.3% ya que son personas con un sistema nervioso débil y tiende a determinar una mayor predisposición a desarrollar algún tipo de Depresión incluyendo a la distimia; cifras semejantes al encontrado por Alcántara (2008)¹¹⁴ quién halló en su estudio que existen pacientes con niveles importantes de sintomatología depresiva con un 40%, siendo este tipo de temperamento un factor que podría permitirle a las PVVS afrontar a la enfermedad del VIH con pesimismo, desesperanza, excesiva preocupación por su salud que le podría originar trastornos somatomorfes propio de los cuadros depresivos y ansiosos. Mientras que el temperamento Colérico representan el 16.2%, en donde se ubican las personas cuyos procesos neurodinámicos son fuertes, existiendo un desequilibrio entre la excitación y la inhibición y se produce una incapacidad para la contención de intensidad, dentro de los límites pertinentes. Siendo sujetos que podrían afrontar la enfermedad por VIH con inmadurez y descontrol emocional que afectaría a su salud con propensión a desarrollar histeria en caso de neurosis. En el caso de las personas de temperamento Flemático cuyos procesos neurodinámicos son fuertes equilibrados y rápidos, es decir con capacidad para soportar fuertes excitaciones y para establecer potentes frenamientos de estimulaciones, posible mantenimiento regular del equilibrio, entre la excitación y la inhibición, rápida movilidad en relación con las modificaciones ambientales que le podrían permitir asumir de manera adecuada la enfermedad del VIH con autocuidado hacia con su salud, una actitud racional, con reflexión hacia la toma de decisiones y respeto hacia si mismo y hacia los demás, representando los flemáticos el 15.1%.

En el análisis bivariado entre los tipos de temperamentos y la adherencia al tratamiento antirretroviral (Anexo N° 09) se encontró que los pacientes con VIH de

¹¹⁴ Op cit., ALCANTARA (2008)

temperamento Flemático son los que más se adhieren al tratamiento con un 33.3%, seguida por los de temperamento Sanguíneo con un 25.7%, mientras que los que menos se adhieren son los melancólicos con un 81.8% de no adherencia. asimismo no se pudo demostrar que exista una asociación estadísticamente significativa entre los tipos de temperamento y la adherencia al tratamiento antirretroviral, tal es el caso que el temperamento flemático y la adherencia al TARGA (cuadro 20) no se asociaron estadísticamente ($X^2= 0,80$ y una $P= 0,37 > P=0.05$), sucediendo lo mismo con el temperamento sanguíneo y la adherencia al tratamiento antirretroviral (cuadro 21) en donde no se pudo demostrar una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($X^2= 0,06$ y una $P= 0,80 > P=0.05$), lo mismo sucedió en el caso del temperamento colérico y la adherencia al tratamiento antirretroviral (cuadro 22) en la que tampoco se pudo demostrar que exista una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($X^2= 0,01$ y una $P= 0,94 > P=0.05$), encontrándose la misma tendencia en el caso del temperamento melancólico y la adherencia al tratamiento antirretroviral (cuadro 23) en la que no se demostró que exista una asociación estadísticamente significativa entre estas variables ($X^2= 0,99$ y una $P= 0,32 > P=0.05$).

Con respecto a la personalidad tenemos que en la presente investigación se encontró proporciones casi similares entre la personalidad extrovertida con un 51.5% y la introvertida con un 48.5% y si bien ambos pertenecen a un continuo, las características de personalidad difieren considerablemente, sucediendo lo mismo en el caso de las personalidades estables con un 50.5% e inestables con un 49.5%, haciendo referencia que en el caso de los inestables o neuróticos, este tipo de personalidad puede conllevar a generar ciertas patologías como los referidos a los trastornos ansiosos, depresivos y somatomorfes que podrían generar complicaciones en el transcurso de la enfermedad por VIH; mientras que en el caso de los extrovertidos, podría ocasionar complicaciones en su calidad de vida, tales como llevar una vida sin mucho cuidado, con excesos y despreocupación con su ritmo de vida, situación que a la larga le podría provocar algún tipo de infección oportunista asociado al VIH.

Existen estudios que indagaron sobre el perfil de personalidad de las personas que viven con VIH y si bien es cierto tales estudios no se centran en la teoría de Eysenck - como lo hizo este estudio - nos muestra una visión amplia de cómo son las personas

con VIH en sus diferentes contextos, así tenemos que Fassino, Secondo y col (2004)¹¹⁵ encontró que los pacientes no drogodependientes puntuaron significativamente más alto en la Autotrascendencia que son personas que logran superar sus dificultades, mientras que Medalit, (2000)¹¹⁶, encontró que existe una prevalencia de trastornos de personalidad del 27.7% de los pacientes con VIH con respecto a los sin VIH que representan el 19.7%, sugiriendo que la población con VIH esta más propensa a presentar algún tipo de trastorno de personalidad que la población sin VIH.

En el análisis bivariado, se demostró que los que más se adhieren al tratamiento antirretroviral son las personalidades estables con un 28.0%, seguida de los extrovertidos con un 27.5%, mientras que los que menos se adhieren son las personalidades inestables con un 79.6%; pero cuando se asoció a la dimensión de personalidad extroversión con la no adherencia al tratamiento antirretroviral, se encontró que no existe asociación significativa entre ambas variables ($P= 0,298 > P= 0.05$), sucediendo lo mismo con la personalidad introvertida y la adherencia al tratamiento antirretroviral ($P= 0,445 > P= 0.05$), también con la personalidad estable y la adherencia al tratamiento antirretroviral ($P= 0,381 > P= 0.05$) y la personalidad inestable o neuróticos y la no adherencia al tratamiento antirretroviral ($P= 0,381 > P= 0.05$), por lo que se puede determinar que no existe relación estadísticamente significativa entre las dimensiones de la personalidad con la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto y esto se podría explicar por lo que encontró Penedo y col. (2003)¹¹⁷ en el que el neuroticismo se asoció de manera directa con un pobre calidad de vida e indirectamente con la no adherencia al tratamiento antirretroviral, en donde en este estudio sugiere que los rasgos de personalidad están asociados de manera directa a la calidad de vida e indirectamente con la adherencia; contrastando con el estudio realizado por Leombruni y col. (2002)¹¹⁸ en la que demostró una asociación directa entre la Búsqueda de Novedad, y la Autodireccionalidad con la adherencia al tratamiento antirretroviral, en donde el autor se centra en el Modelo de personalidad de Cloninger (1986) que considera que existen 7 dimensiones para poder explicar a la personalidad,

¹¹⁵ Op cit. FASSINO y col. (2004).

¹¹⁶ Op cit. MEDALIT (2000).

¹¹⁷ Op cit, PENEDO y col. (2003).

¹¹⁸ Op cit., LEOMBRUNI y col. (2002).

1. a diferencia de la teoría de Eysenck adoptada para la presente investigación en la que se utilizó la Dimensión Introversión – Extroversión y Estabilidad Emocional – Inestabilidad Emocional o Neuroticismo para poder explicar los tipos de personalidad.

1. Los tipos de personalidad se definen como rasgos que se manifiestan de forma constante y distintiva en el comportamiento de una persona. Estos rasgos se miden a través de cuestionarios que evalúan diferentes aspectos de la personalidad, como la introversión-extroversión y la estabilidad emocional-neuroticismo.
2. Los tipos de personalidad se definen como rasgos que se manifiestan de forma constante y distintiva en el comportamiento de una persona. Estos rasgos se miden a través de cuestionarios que evalúan diferentes aspectos de la personalidad, como la introversión-extroversión y la estabilidad emocional-neuroticismo.
3. Los tipos de personalidad se definen como rasgos que se manifiestan de forma constante y distintiva en el comportamiento de una persona. Estos rasgos se miden a través de cuestionarios que evalúan diferentes aspectos de la personalidad, como la introversión-extroversión y la estabilidad emocional-neuroticismo.
4. Los tipos de personalidad se definen como rasgos que se manifiestan de forma constante y distintiva en el comportamiento de una persona. Estos rasgos se miden a través de cuestionarios que evalúan diferentes aspectos de la personalidad, como la introversión-extroversión y la estabilidad emocional-neuroticismo.
5. Los tipos de personalidad se definen como rasgos que se manifiestan de forma constante y distintiva en el comportamiento de una persona. Estos rasgos se miden a través de cuestionarios que evalúan diferentes aspectos de la personalidad, como la introversión-extroversión y la estabilidad emocional-neuroticismo.

11.2 Conclusiones y recomendaciones.

1. Se concluye que la personalidad influye en el comportamiento de una persona y que los tipos de personalidad se definen como rasgos que se manifiestan de forma constante y distintiva en el comportamiento de una persona.
2. Se recomienda que se continúe investigando sobre los tipos de personalidad y su influencia en el comportamiento de una persona.

11. CONCLUSIONES

11.1. Conclusiones Univariadas.

1. Las Personalidades Extrovertidas representan el 51.5%, mientras que las personalidades Introversas son el 48.5% en los pacientes con VIH en Tratamiento Antirretroviral.
2. Las Personalidades Estables representan el 50.5%, mientras que las personalidades Inestables son el 49.5% en los pacientes con VIH en Tratamiento Antirretroviral.
3. Los tipos de Temperamentos que en mayor proporción se encuentran en los pacientes con VIH en Tratamiento Antirretroviral, es el tipo Sanguíneo con un 35.4% y el tipo Melancólico con un 33.3%. que podrían estar desarrollando algún tipo de depresión.
4. El nivel de No Adherencia que presentan los pacientes con VIH en TARGA en el Hospital Regional de Loreto, es de 75.8%, siendo esta cifra alarmante y reflejando que los pacientes en Tratamiento antirretroviral no están cumpliendo adecuadamente con las indicaciones del Equipo Multidisciplinario.
5. El Olvido y la Dificultad en los Horarios de Toma de Antirretrovirales son los principales factores que no permiten conseguir una adecuada Adherencia.

11.2. Conclusiones Bivariadas.

1. No existe asociación estadísticamente significativa entre la Dimensión de Personalidad Extroversión y la No Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en los Pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto en el año 2010.
2. No existe asociación estadísticamente significativa entre la Dimensión de Personalidad Introversión y la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en los Pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto en el año 2010.

3. No existe asociación estadísticamente significativa entre la Dimensión de Personalidad Estabilidad Emocional y la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en los Pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto en el año 2010.
4. No existe asociación estadísticamente significativa entre la Dimensión de Personalidad Inestabilidad Emocional y la No Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en los Pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto en el año 2010.

12. RECOMENDACIONES

1. Tras encontrarse altos niveles de no adherencia al tratamiento antirretroviral, existe la necesidad de implementar estrategias de control y supervisión de forma rutinaria que incentiven el cumplimiento de las indicaciones del equipo Multidisciplinario y así promover un comportamiento más saludable en los pacientes que viven con el VIH en el Hospital Regional de Loreto.
2. Se debe realizar de manera periódica la evaluación de la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes del PROCITS – VIH/SIDA del Hospital Regional de Loreto y tales resultados se deben socializar con el Equipo Multidisciplinario para su abordaje integral.
3. Se debe fortalecer por parte del PROCITS – VIH/SIDA, las visitas domiciliarias a las PVVS en TARGA que no son adherentes.
4. Si bien se encontró en el presente estudio que los diferentes tipos de personalidad no influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral, es importante que los diferentes tipos de personalidades, reciban consejería psicológica, para prevenir conductas que podrían poner en riesgo tanto su salud física como su salud mental.
5. Tras encontrar que existe una elevada prevalencia de temperamentos melancólicos, sería necesario que se realice en el PROCITS – VIH/SIDA del Hospital Regional de Loreto una reevaluación psicológica a todos los pacientes del programa, para así poder identificar los posibles casos de depresión que estuvieran presentes en tales pacientes.
6. Existe la importancia que se realicen otros estudios que indaguen sobre los factores que están influenciando sobre la no adherencia al tratamiento antirretroviral y así identificar de manera específica la causa o causas posibles y a partir de allí el Equipo Multidisciplinario cree estrategias para revertir tal situación.

13. BIBLIOGRAFIA

1. ALCÁNTARA ZAPATA NATALI RUTH. (2008). "Síntomatología Depresiva y adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Pacientes con VIH" Lima – Perú. Para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología.
2. AMELANG, M. y BARTUSSEK, D. (1991). *Psicología diferencial e investigación de la personalidad*. Barcelona: Ed. Herder. p. 53
3. ANICAMA, J. (1974). *Rasgos básicos de la personalidad de la población de Lima: un enfoque experimental, estandarización del inventario Eysenck de Personalidad (EPI forma "B")*. Tesis para optar el grado de Bachiller en Psicología. Lima: UNMSM. p.36, 59.
4. ANÓNIMO (2003). *Improving adherence to antiretroviral therapies: Challenges and strategies*. *Corrections Forum*, 12, 19. disponible en: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=333674281&sid=1&Fmt=4&clientId=39490&RQT=309&VName=PQD> (Consulta : Dic. 2009)
5. AVALOS Chávez, Odalia (2008). *Manual del Usuario del Equipo Multidisciplinario que brinda TARGA*. 1ra. Edición Nov. 2008, Proyecto Fondo Global – Objetivo VIH4. Actividad 2 a través del Instituto de Medicina Tropical "Alexander Von Humboldt"
6. AVERSA, S.L. Y KIMBERLIN, C. (1996). *Psychosocial aspects of antiretroviral medication use among HIV patients*. *Patient Education and Counseling*, 29, 207-219.
7. BALLESTER, R.; Reinoso, I.; García, S. y Campos, A. (2000). *Adherencia al tratamiento en la infección por VIH*. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 109-115.
8. BRANNON, L. y Feist, J. (2000). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo.

9. BAYERS , R y et al (2001). Evaluación de la calidad de vida en personas infectadas por el virus de la Inmunodeficiencia Humana. España. p. 6-7.
10. BISCHOF, LEDFORD J. (1973) "Interpretación de las teorías de la personalidad : enfoque de poder explicativo y capacidad predictiva". Ed. Trillas - México D.F. 1973
11. BROOKS, G., BATEL, J. y MORSE, S. (2002) Microbiología médica de Jawetz, Melnick y Adelberg. México D.F: Manual Modemo. pp. 99-102, 117,123
12. CABELLO, R. (2005). La situación del VIH/SIDA en el Perú al año 2005. Vía Libre. p. 8. disponible en:
<http://www.vialibre.org.pe/noticias/diamudia/Situvihsidadic2005.pdf>
 (Consulta: Feb. 2010)
13. CATELL, R. y KLINE, P. (1982). El análisis científico de la personalidad y la motivación. Madris: Ed. Pirámide. p. 113
14. CARROBLES, José Antonio; REMOR, Eduardo; RODRIGUEZ – ALZAMORA, Larissa (2002) "Afrontamiento, Apoyo Social Percibido y Distrés Emocional en pacientes con infección por VIH" - Universidad Autónoma de Madrid
15. CUELI, L. y REIDL, R. (1972). Teorías de la personalidad. Mexico: Ed. Trillas. p. 133
16. CUETO, M. (2002). El rastro de SIDA en el Perú. História, Ciências, Saúde- Manguinhos, 9,17 - 40, 75. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702002000400002&lng=en&nrm=iso (Consulta: Oct. 2009)
17. DELGADO, A. (1997). Estudio de las relaciones entre la necesidad cognitiva y las dimensiones de personalidad: extraversión, emocionalidad y dureza, en estudiantes del primer semestre de la UNMSM. Tesis para optar el grado de Máster en Psicología. Lima: UNMSM.

18. DI MATTEO, R. (2002) *Health Psychology*. Boston: Ally & Bacon
19. DOLCET I SERRA JOAN (2008), *Carácter y Temperamento: similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores. (El TCI-R versus El NEO-FFI-R y El ZKPQ-50-CC)*. p. 20, 110, 124, 133
20. DSM-IV-TR (2002) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado*. Barcelona: Masson.
21. ESCOLAR, V., LOBO, A. y SEVA-DIAZ, A. (1989). *Cuestionario de Personalidad para niños y adultos EPQ-A (J)*. Manual técnico de la adaptación española. Madrid: TEA Ediciones S. A. p. 32
22. EYSENCK, H. (1957). *Sense and no sense in psychology*. Harmondsworth: Penguin Press.
23. EYSENCK, H. (1970). *The structure of human personality*. Londres: Methuen Press.
24. EYSENCK, H. (1976). *The measurement of personality*. Lancaster: MTP press.
25. EYSENCK, H. (1980). *The bio-social model of man and unification of psychology*. En A.J. Chapman y D. Jones (Eds.): *Models of Man*. Londres: British Psychological Society.
26. EYSENCK, H. y EYSENCK, S. (1964). *The EPI*. Londres: University of London Press. pp. 83-86
27. EYSENCK, H. y EYSENCK, S. (1987). *Personalidad y diferencias individuales*. Madrid: Ed. Pirámide S. A., p. 12
28. EYSENCK, H. y EYSENCK, S. (1987). *The Eysenck Personality Questionnaire (EPQ)*. Londres: University of London Press. p. 13, 15, 18, 28, 41, 67

29. FASSINO SECONDO, LEOMBRUNI PAOLO, FEDERICO AMIANTO, GIOVANNI ABBATE-DAGA (2004). "El perfil de la personalidad de los pacientes ambulatorios con VIH" en la Ciudad de Torino – Italia. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15479991> (Consulta: Mar. 2010)
30. FERRER, VA. (1995) Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Revista Psicológica de la Salud* pp 35-61.
31. FRANSELLA, F. (1981). *Personalidad*. Madrid: Ediciones Pirámide. García, F. (1994). Interacción escuela-familia. En G. Musitu y P. Allat: *Psicología de la Familia*. Valencia: Albatros. p. 51, 115, 117
32. GONZALEZ, M. (1979). Extraversión y Tiempo de Reacción. *Comportamiento*. Año 2, N° 2 p. 27
33. HAYNES RB, Taylor DW, Sackett DL, (1979) *Compliance in health care*. Baltimore: John Hopkins University Press, pp. 1-7
34. HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ, C. y BAPTISTA, P. (2006) *Metodología de la investigación cualitativa*. Mexico D.F: Mc Graw-Hill p. 325
35. HOTZ S, Kaptein A, Pruitt S, Sánchez-Sosa JJ, Wiley C. (2003) "Behavioural mechanism explaining adherence". *What every health professional should know*. En: WHO (ed.). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. World Health Organization. Geneva: p. 157-171
36. KNOBEL FREUD H, POLO RODRIGUEZ R, ESCOBAR RODRIGUEZ L. (2008) *Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral*. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/enfTransmisibles/sida/docs/recomendacionesAdherenciaTrtoAntirretroviral062008.pdf>. Citado en la Tesis Doctoral de: Edith Josefina Tafur Valderrama, "Seguimiento Farmaterapéutico a pacientes con VIH/SIDA: Evaluación de la Adherencia y la Calidad de Vida Relacionada con la

Salud en el Centro Medico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távora"-Perú, Abril del 2010.

37. LEVENSKY, E. (2006) Further development and evaluation of an individualized intervention for increasing adherence to HIV medications. pp. 99-101. Disponible en:
<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1092113371&sid=5&Fmt=2&clientId=39490&RQT=309&VName=PQD> (Consulta : Mar. 2009)

38. MEDALIT, LUIS y JERI, RAÚL (2000) "Personalidad en Pacientes Infeccionados con el VIH" Lima – Perú, publicado en la Revista de Neuropsiquiatría del Perú – Tomo LXIII, Septiembre – Diciembre, N° 3-4 2000.

39. MILLON, T.; DAVIS, R. (2001) Trastornos de la personalidad en la vida moderna, Barcelona, Masson, 1:3-36.

40. MINSA (2004) Plan de la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de las ITSVIH/SIDA 2005-2009. p. 11. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/portal/03Estrategias-Nacionales/03ESN-ITS-SIDA/matinfo.asp> (Consulta: May. 2009)

41. MINSA (2006) Guía Nacional de Atención Integral de la Persona Viviendo con el VIH/SIDA. 2da. Edición; p. 5, 25-28, 30 disponible en:
<http://www.portalsida.org/repos/Gu%C3%ada%20de%20atn%20integral%20VIH.pdf> (Consulta: Abril, 2009)

42. MINSA, DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO, COREMUSA, GOBIERNO REGIONAL DE LORETO (2009), Plan Estratégico Multisectorial Regional de Loreto 2008-2012. Iquitos – Perú, Pag. 67-70.

43. NIETO, J. y et al. (2004) Psicología para Ciencias de la Salud; Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad, Ed. McGraw-Hill-Internacional, p. 53, 96-97.

44. NORMA TECNICA SANITARIA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO CON INFECCION POR EL VIH-2010-MINSA. p. 3, 4
45. NT. N° 004 - MINSA (2004) Norma Técnica para la Adherencia al TARGA en Adultos Infeccionados por el VIH; R.M. N° 124-2004/MINSA
46. NUTTIN, J. (1968). La estructura de la personalidad. Buenos Aires: Ed. Kapelusz.
47. ONUSIDA (2000) La epidemia del SIDA: situación en diciembre de 2000. Ginebra: OMS.
48. ONUSIDA (2006) Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006. Documento recuperado el 30 de mayo de 2007, p. 5, 15, 19. Disponible en: <http://www.unaids.org/en/HIVdata/2006GlobalReport/2006-GRes.asp>
49. P. LEOMBRUNI, G. OROFINO, S. CAROSELLA, FASSINO S. (2002) "Perfil de la personalidad y la adherencia en pacientes ambulatorios con VIH" en la ciudad de Turín - Italia (2002). Disponible en: www.aegis.com/conferences/iac/2002/B10557.html (Consulta: Mar. 2010)
50. PENEDO, F.; GONZALEZ, J.S.; DAHN, J.R.; ANTONI, M.; MALOW, R.; COSTA, P.; SCHNEIDERMAN, N. (2003) y FASSINO, S.; LEOMBRUNI, P.; AMIANTO, F.; ABBATE-DAGA, G. (2004) "La Personalidad, la Calidad de Vida y la Adhesión al TARGA entre los hombres y mujeres que viven con el VIH/SIDA" en la Ciudad de Miami - USA. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12614837> (Consulta: Mar. 2010)
51. PERVIN, LAWRENCE A. (1998). La ciencia de la personalidad. Madrid: Mc Graw - Hill. p. 112.
52. PINHEIRO, C.; DE-CARVALHO- LEITE, J. C.; DRACHLER, M. L.; SILVEIRA, V. L (2002) "Factores asociados con la adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes VIH / SIDA". Brasil 2002.

53. PROGRAMA PROVINCIAL DE SIDA DE MENDOZA, Argentina. (2006).
Disponible en: www.vih-adherencia.com.ar. (Consulta: Mar. 2009)
54. REMOR, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14, 158, 262-267.
55. RODRÍGUEZ, J. (1995) *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis Psicológica. p. 22, 224, 235
56. ROJAS, A. (1986). Dimensiones de Extraversión-Introversión. Estabilidad-Neuroticismo en adolescentes que estudian en colegios de la Guardia Civil de Lima, comparación de los hijos de policías e hijos de civiles. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología. U.S.M.P.
57. SÁNCHEZ-SOSA JJ. (2002) "Treatment adherence: The role of behavioral mechanism and some implications for health care interventions". *Rev Mex Psicol*;19:85-92.
58. SANTOSEOY y Nieto (2004). Tratamiento Antirretroviral en el adulto con VIH/SIDA. Adherencia al tratamiento Antirretroviral. USA. 2004. p. 237-255.
59. TAFUR Valderrama, Edith (2010) "Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes con VIH/SIDA: Evaluación de la Adherencia y la Calidad de Vida relacionada a la Salud en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távora". Callao - Perú
60. TAYLOR, S. (2003) *Health Psychology*. Boston: McGraw-Hill, p. 23, 28
61. VILLA, C. y VINACCIA, S. (2006) Adhesión Terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA. *Psicología y Salud*, 16, 51-62, 63, 65.
62. WILLARD, S. (2003). Relationship of emotional intelligence and adherence to combination antiretroviral medications by individuals living with HIV disease. Disponible en:

- <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=765653351&Fmt=2&clientId=39490&RQT=309&VName=PQD> (Consulta: Ago. 2009)

- 63. ZINGER, L. (2004). A descriptive study of medication adherence among HIV positive adults in an urban clinic. p. 65. Disponible en:
<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=766263801&Fmt=2&clientId=39490&RQT=309&VName=PQD> (Consulta : Nov. 2009)

2014-2015

EL PLAN DE CONVENIO A LARGO PLAZO 2014-2015

Actualmente se está en proceso de elaboración del Plan de Convenio a Largo Plazo 2014-2015, el cual se elabora en el marco del Decreto Supremo N° 001-2014-ED, por el que se declara de interés público el Sistema Profesional de Profesores de la Universidad de Piura.

El presente documento tiene como finalidad informar a los docentes de la Universidad de Piura sobre el proceso de elaboración del Plan de Convenio a Largo Plazo 2014-2015, el cual se elabora en el marco del Decreto Supremo N° 001-2014-ED, por el que se declara de interés público el Sistema Profesional de Profesores de la Universidad de Piura.

El presente documento tiene como finalidad informar a los docentes de la Universidad de Piura sobre el proceso de elaboración del Plan de Convenio a Largo Plazo 2014-2015, el cual se elabora en el marco del Decreto Supremo N° 001-2014-ED, por el que se declara de interés público el Sistema Profesional de Profesores de la Universidad de Piura.

14. ANEXOS

El presente documento tiene como finalidad informar a los docentes de la Universidad de Piura sobre el proceso de elaboración del Plan de Convenio a Largo Plazo 2014-2015, el cual se elabora en el marco del Decreto Supremo N° 001-2014-ED, por el que se declara de interés público el Sistema Profesional de Profesores de la Universidad de Piura.

Se adjunta el siguiente documento:

Plan de Convenio a Largo Plazo 2014-2015

ANEXO N° 01FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto voluntariamente participar en la tesis de licenciatura de **LUIS ALBERTO NAVARRO MENDOZA**, Bachiller de la Facultad de Ciencias de la Salud, carrera profesional de Psicología de la Universidad Científica del Perú.

Dicha investigación consiste en determinar **“LAS DIMENSIONES DE LA PERSONALIDAD Y SU RELACION CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LOS PACIENTES CON VIH EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - 2010”** La participación consiste en responder a dos cuestionarios que toma aproximadamente entre 25 a 30 minutos.

Por su parte, el investigador se compromete a conservar el anonimato de los datos obtenidos.

Se agradece por su colaboración.

Firma: _____

ANEXO N° 02INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK - FORMA "B"INSTRUCCIONES

Aquí tiene algunas preguntas sobre el modo como usted se comporta, siente y actúa. Después de cada pregunta, conteste en la hoja de respuestas con un "SI" o con un "NO" según sea su caso.

Trate de decidir si "SI" o "NO" representa su modo usual de actuar o sentir. Entonces, ponga una aspa o una cruz en el círculo debajo de la columna "SI" ó "NO" de su hoja de respuestas.

Trabaje rápidamente y no emplee mucho tiempo en cada pregunta; queremos su primera reacción, no un proceso de pensamiento prolongado. El cuestionario total no debe de tomar más que unos pocos minutos. Asegúrese de no omitir alguna pregunta.

Ahora, comience. Trabaje rápidamente y recuerde de contestar todas las preguntas. No hay contestaciones "correctas" ni "incorrectas", y este no es un test de inteligencia o habilidad, sino simplemente una medida de la forma como usted se comporta.

CUESTIONARIO

1. ¿Le gusta abundancia de excitación y bullicio a su alrededor?
2. ¿Tiene a menudo un sentimiento de intranquilidad, como si quisiera algo, pero sin saber que?
3. ¿Tiene casi siempre una contestación lista “a la mano” cuando se le habla?
4. ¿Se siente algunas veces feliz, algunas veces triste sin una razón?
5. ¿Permanece usualmente retraído(a) en fiestas y reuniones?
6. Cuando niño(a), ¿hacía siempre inmediatamente lo que le decían sin refunfuñar?
7. ¿Se enfada a menudo?
8. Cuando lo(a) meten en una pelea, ¿prefiere “sacar los trapos al aire” de una vez por todas, en vez de quedar callado(a) esperando que las cosas se calmen solas?
9. ¿Es usted triste, melancólico(a)?
10. ¿Le gusta mezclarse con la gente?
11. ¿Ha perdido a menudo el sueño por sus preocupaciones?
12. ¿Se pone a veces malhumorado(a)?
13. ¿Se catalogaría a sí mismo(a) como despreocupado (a) o confiado(a) a su buena ventura?
14. ¿Se decide a menudo demasiado tarde?
15. ¿Le gusta trabajar solo(a)?
16. ¿Se ha sentido a menudo apático(a) y cansado(a) sin razón?
17. ¿Es por el contario animado(a) y jovial?
18. ¿Se ríe a menudo de chistes groseros?
19. ¿Se siente a menudo hastiado(a)?
20. ¿Se siente incomodo(a) con vestidos que no son del diario?
21. ¿Se distrae (vaga su mente) a menudo cuando trata de prestar atención a algo?
22. ¿Puede expresar en palabras fácilmente lo que piensa?
23. ¿Se abstrae (se pierde en sus pensamientos) a menudo?
24. ¿Esta completamente libre de prejuicios de cualquier tipo?
25. ¿Le gustan las bromas?
26. ¿Piensa a menudo en su pasado?
27. ¿Le gusta mucho la buena comida?
28. Cuando se fastidia, ¿necesita de algún(a) amigo(a) para hablar sobre ello?
29. ¿Le molesta vender cosas o pedir dinero a la gente para alguna buena causa?

- 30. ¿Alardea (se jacta) un poco a veces?
- 31. ¿Es usted muy susceptible por algunas cosas?
- 32. ¿Le gusta más quedarse en casa, que ir a una fiesta aburrida?
- 33. ¿Se pone a menudo tan inquieto(a) que no puede permanecer sentado(a) durante mucho rato en una silla?
- 34. ¿Le gusta planear las cosas cuidadosamente con mucha anticipación?
- 35. ¿Tiene a menudo mareos (vértigos)?
- 36. ¿Contesta siempre una carta personal, tan pronto como puede, después de haberla leído?
- 37. ¿Hace usted usualmente las cosas mejor resolviéndolas solo(a) que hablando a otra persona sobre ellas?
- 38. ¿Le falta frecuentemente aire, sin haber hecho un trabajo pesado?
- 39. ¿Es usted generalmente una persona tolerante, que no se molesta si las cosas no están perfectas?
- 40. ¿Sufre de los "nervios"?
- 41. ¿Le gustaría más planear cosas, que hacer cosas?
- 42. ¿Deja algunas veces para mañana, lo que debería hacer hoy día?
- 43. ¿Se pone nervioso(a) en lugares tales como ascensores, trenes o túneles?
- 44. Cuando hace nuevos amigos, ¿es usted usualmente quién inicia la relación o invita a que se produzca?
- 45. ¿Sufre fuertes dolores de cabeza?
- 46. ¿Siente generalmente que las cosas se arreglarán por si solas y que terminarán bien de algún modo?
- 47. ¿Le cuesta trabajo coger el sueño al acostarse en las noches?
- 48. ¿Ha dicho alguna vez mentiras en su vida?
- 49. ¿Dice algunas veces lo primero que se le viene a la cabeza?
- 50. ¿Se preocupa durante un tiempo demasiado largo, después de una experiencia embarazosa?
- 51. ¿Se mantiene usualmente hermético(a) o encerrado(a) en si mismo(a), excepto con amigos muy íntimos?
- 52. ¿Se crea a menudo problemas por hacer cosas sin pensar?
- 53. ¿Le gusta contar chistes y referir historias graciosas a sus amigos?
- 54. ¿Se le hace más fácil ganar que perder un juego?

55. ¿Se siente a menudo demasiado consciente de si mismo(a) o poco natural cuando está con superiores?
56. Cuando todas las probabilidades están contra usted, ¿piensa aún usualmente que vale la pena probar suerte?
57. ¿siente "sensaciones" raras en el abdomen, antes de algún hecho importante?

ANEXO N° 03

HOJA DE RESPUESTAS

Código: Edad:

Fecha: Grado de Instrucción:

Sexo: Orientación Sexual:

	SI	NO
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		

	SI	NO
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		

	SI	NO
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		

Extro/Introv.

Neurotic/Estabil

Validex

Interpretación:.....

.....

.....

ANEXO N° 04CUESTIONARIO DE ADHERENCIA SMAQ

Código del Paciente:.....

Fecha de Aplicación:.....

CUESTIONARIO COMPLETADO POR EL PACIENTE.

	SI	NO
(marque con una cruz en una casilla en cada pregunta)	1	2
1. ¿Se olvida alguna vez de tomar la medicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Toma siempre su medicación a la hora indicada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Alguna vez ¿deja de tomar los fármacos si se siente mal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Olvido de tomar la medicación durante el fin de semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En la última semana, ¿Cuántas veces no tomó alguna dosis?		
Ninguna (A)	1 a 2 (B)	3 a 5 (C)
6 a 10 (D)	Más de 10 (E)	
6. En los últimos tres meses ¿Cuántos días completos no tomó la medicación?		
Dos días o menos de dos días (A)	-Mas de dos días (B)	

ANEXO N° 05**Cuadro 13: Asociación entre sexo y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.**

Variables		Adherencia al Tratamiento		Total
		SI	NO	
Sexo	Femenino	10	18	28
	% Fila	35.7	64.3	100.0
	Masculino	14	57	71
	% Fila	19.7	80.3	100.0
Total		24	75	99
		24.2	75.8	100.0

$X^2 = 2.79$

$P = 0.09$

En el cuadro 13, se muestra la relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral y el sexo de los pacientes, demostrando que de 71 pacientes de sexo masculino, 14 se adhirieron al TARGA, y 57 no se adhirieron al TARGA; sin embargo, de los 28 pacientes mujeres, 10 se adhirieron al TARGA, asimismo se puede observar que dentro de las personas del sexo femenino existe un 35.7% de adherencia, cifra mayor a los que poseen los hombres que tienen un 19.7% de adherencia, datos que muestran que las mujeres tienden a ser más adherentes que los hombres; además, no se pudo demostrar una relación estadísticamente significativamente entre estas dos variables ya que se obtuvo una $X^2 = 2.79$ y una $P = 0.09 > P = 0.05$.

ANEXO N° 06**Asociación entre Edad y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.****Cuadro 14: Asociación entre las edades 18 a 35 años y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.**

Variables		Adherencia al Tratamiento		Total
		SI	NO	
18 a 35 años	SI	10	43	53
	% Fila	18.9	81.1	100.0
	NO	14	32	46
	% Fila	30.4	69.6	100.0
Total		24	75	99
		24.2	75.8	100.0

$X^2 = 1.79$

$P = 0.1804$

Cuadro 15: Asociación entre las edades 36 a 60 años y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.

Variables		Adherencia al Tratamiento		Total
		SI	NO	
36 a 60 años	SI	14	31	45
	% Fila	31.1	68.9	100.0
	NO	10	44	54
	% Fila	18.5	81.5	100.0
Total		25	74	99
		24.2	75.8	100.0

$X^2 = 2.12$

$P = 0.1454$

Cuadro 16: Asociación entre las edades 61 a más años y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.

Variables		Adherencia al Tratamiento		Total
		SI	NO	
61 a más años	SI	0	1	1
	% Fila	0.0	100.0	100.0
	NO	24	74	98
	% Fila	24.5	75.5	100.0
Total		24	75	99
		24.2	75.8	100.0

$$X^2 = 0.32$$

$$P = 0.5697$$

En el cuadro 14, se muestra la relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral y las edades que se encuentran entre los 18 a 35 años de los pacientes, demostrando que 10 se adhirieron al TARGA, y 43 no se adhirieron al TARGA, asimismo no se pudo demostrar que exista una asociación estadística significativa entre estas edades y la adherencia ($X^2 = 1.79$, $P = 0.1804$); mientras que en el cuadro 15 se muestra que los que tienen entre los 36 a 60 años que son 45 personas, 14 se adhirieron al TARGA y no se logró demostrar que exista una asociación estadísticamente significativa entre estas variables ($X^2 = 2.12$, $P = 0.1454$) asimismo en el caso de los que tienen más de 60 años que se encuentra en el cuadro 16 se muestra que solo 1 paciente que representa el 100% no se adhirió al tratamiento antirretroviral y no se demostró asociación con la adherencia ($X^2 = 0.32$, $P = 0.5697$); también se puede observar que la adherencia tiende a aumentar con la edad tal es así que los que tienen entre 18 a 35 años, los adherentes representan el 18.9%, cifra que se incrementa a 31.1% en los que tienen entre 36 a 60 años.

ANEXO N° 07**Asociación entre la orientación sexual y adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.****Cuadro 17: Asociación entre la bisexualidad y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.**

Variables		Adherencia al Tratamiento		Total
		SI	NO	
Bisexual	SI	2	3	5
	% Fila	40.0	60.0	100.0
	NO	22	72	94
	% Fila	23.4	76.6	100.0
Total		24	75	99
		24.2	75.8	100.0

 $X^2 = 0.71$

P=0.3988

Cuadro 18: Asociación entre la heterosexualidad y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.

Variables		Adherencia al Tratamiento		Total
		SI	NO	
Heterosexual	SI	14	50	64
	% Fila	21.9	78.1	100.0
	NO	10	25	35
	% Fila	28.6	71.4	100.0
Total		24	75	99
		24.2	75.8	100.0

 $X^2 = 0.55$

P=0.4573

Cuadro 19: Asociación entre la homosexualidad y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.

Variables		Adherencia al Tratamiento		Total
		SI	NO	
Homosexual	SI	8	22	30
	% Fila	26.7	73.3	100.0
	NO	16	53	69
	% Fila	23.2	76.8	100.0
Total		24	75	99
		24.2	75.8	100.0

$$X^2 = 0.14$$

$$P = 0.7105$$

En el cuadro 17, se muestra la relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral y la bisexualidad de los pacientes, demostrando que 2 se adhirieron al tratamiento antirretroviral y 3 no se adhirieron y no se demostró asociación estadísticamente significativa entre estas variables ($X^2 = 0,71$, $P = 0,3988$). En el cuadro 18 se muestra la asociación entre la heterosexualidad y la adherencia al TARGA, demostrando que 14 de 64 pacientes se adhirieron al tratamiento antirretroviral, además no se pudo demostrar que exista una asociación estadísticamente significativa entre estas variables ($X^2 = 0,55$, $P = 0,4573$). En el cuadro 19, se muestra la relación entre la homosexualidad y la adherencia al TARGA, demostrando que 8 son adherentes y 22 no lo son, asimismo no se demostró que exista entre estas variables una asociación estadísticamente significativa ($X^2 = 0,14$, $P = 0,7105$); también estos cuadros nos muestran que los bisexuales y los homosexuales tienden a ser más adherentes que los heterosexuales con un 40% y 26.7% a 21.9% respectivamente.

ANEXO N° 08

Asociación entre el grado de instrucción y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.

Cuadro 20: Asociación entre el grado de instrucción primaria y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.

Variables		Adherencia al Tratamiento		Total
		SI	NO	
Primaria	SI	1	5	6
	% Fila	16.7	83.3	100.0
	NO	23	70	93
	% Fila	24.7	75.3	100.0
Total		24	75	99
		24.2	75.8	100.0

$X^2 = 0.20$ $P = 0.6550$

Cuadro 21: Asociación entre el grado de instrucción secundaria y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.

Variables		Adherencia al Tratamiento		Total
		SI	NO	
Secundaria	SI	15	41	56
	% Fila	26.8	73.2	100.0
	NO	9	34	43
	% Fila	20.9	79.1	100.0
Total		24	75	99
		24.2	75.8	100.0

$X^2 = 0.45$ $P = 0.5004$

Cuadro 22: Asociación entre el grado de instrucción superior y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.

Variables		Adherencia al Tratamiento		Total
		SI	NO	
Superior	SI	8	29	37
	% Fila	21.6	78.4	100.0
	NO	16	46	62
	% Fila	25.8	74.2	100.0
Total		24	75	99
		24.2	75.8	100.0

$X^2 = 0.22$ $P = 0.6383$

En el cuadro 20, se muestra la relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral y el grado de instrucción primaria de los pacientes, demostrando que solo 1 de 6 pacientes fue adherente al TARGA, además no se consiguió demostrar que exista asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables ya que se obtuvo una $X^2=0.20$, $P=0.6550$; mientras que en el cuadro 21 se muestra a los pacientes que tienen estudios secundarios, mostrando que 15 se adhirió al TARGA y 41 no se adhirió, igualmente no se logró demostrar que exista asociación entre estas dos variables ya que se obtuvo una $X^2=0.45$, $P=0.5004$; asimismo en el cuadro 22 se muestran los pacientes que tienen estudios superiores, siendo 37 personas que no son adherentes y solo 8 se adhirió al TARGA; además, no se pudo demostrar una relación estadísticamente significativamente entre estas dos variables ya que se obtuvo una $X^2= 0.22$, $P= 0.6383$. También estos cuadros nos muestran que el grado de instrucción que tiende a ser más adherente es los que cursaron estudios secundarios que representa el 26.8% y los menos adherentes son los que cursaron estudios primarios con un 83.3%.

ANEXO N° 09

Asociación entre los tipos de temperamentos y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.

Cuadro 23: Asociación entre el temperamento flemático y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.

Variables		Adherencia al Tratamiento		Total
		SI	NO	
Temperamento Flemático	SI	5	10	15
	% Fila	33.3	66.7	100.0
	NO	19	65	84
	% Fila	22.6%	77.4%	100.0
Total		24	75	99
		24.2	75.8	100.0

$X^2 = 0,80$

$P = 0,37$

Cuadro 24: Asociación entre el temperamento sanguíneo y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.

Variables		Adherencia al Tratamiento		Total
		SI	NO	
Temperamento Sanguíneo	SI	9	26	35
	% Fila	25.7	74.3	100.0
	NO	15	49	64
	% Fila	23.4	76.6	100.0
Total		24	75	99
		24.2	75.8	100.0

$X^2 = 0,06$

$P = 0,80$

Cuadro 25: Asociación entre el temperamento colérico y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.

Variables		Adherencia al Tratamiento		Total
		SI	NO	
Temperamento Colérico	SI	4	12	16
	% Fila	25.0	75.0	100.0
	NO	20	63	83
	% Fila	24.1	75.9	100.0
Total		24	75	99
		24.2	75.8	100.0

$X^2 = 0,01$

$P = 0,94$

Cuadro 26: Asociación entre el temperamento melancólico y la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional de Loreto en el 2010.

Variables		Adherencia al Tratamiento		Total
		SI	NO	
Temperamento Melancólico	SI	6	27	33
	% Fila	18.2	81.8	100.0
	NO	18	48	66
	% Fila	27.3	72.7	100.0
Total		24	75	99
		24.2	75.8	100.0

$X^2 = 0,99$

$P = 0,32$

En el Cuadro 23, se muestra la relación entre la adherencia al TARGA y el temperamento flemático de los pacientes, demostrando que 5 (33.3%) son adherentes, mientras que 10 (66.7%) de los pacientes flemáticos no se adhieren al Tratamiento Antirretroviral; sin embargo 65 (77.4%) pacientes no flemáticos no se adhieron al TARGA. Además, no se pudo demostrar una relación estadísticamente significativamente entre estas dos variables ya que se obtuvo una $X^2= 0,80$ y una $P= 0,37 > P=0.05$. Mientras que en el cuadro 24, se muestra la relación entre el TARGA y el temperamento sanguíneo de los pacientes, demostrando que 26 (74.3%) de los pacientes sanguíneos no se adhieren al Tratamiento Antirretroviral, 9 (25.7%) pacientes con temperamento sanguíneo se adhieron al TARGA; sin embargo 49 (76.6%) pacientes no sanguíneos no se adhieron al TARGA. Además, no se pudo demostrar una relación estadísticamente significativamente entre estas dos variables ya que se obtuvo una $X^2= 0,06$ y una $P= 0,80 > P=0.05$. Asimismo en el cuadro 25, se muestra la relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral y el temperamento colérico de los pacientes, demostrando que 12 (75.0%) de los pacientes coléricos no se adhieren al Tratamiento Antirretroviral, 4 (25.0%) pacientes con temperamento colérico se adhieron al TARGA; sin embargo 63 (75.9%) pacientes no coléricos no se adhieron al TARGA. Además, no se pudo demostrar una relación estadísticamente significativamente entre estas dos variables ya que se obtuvo una $X^2= 0,01$ y una $P= 0,94 > P=0.05$. También en el Cuadro 26, se muestra la relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral y el temperamento melancólico de los pacientes, demostrando que 27 (81.8%) de los pacientes melancólicos no se adhieren al Tratamiento Antirretroviral, 6 (18.2%) pacientes con temperamento melancólico se adhieron al TARGA; sin embargo 48 (72.7%) pacientes no melancólicos no se adhieron al TARGA. Además, no se pudo demostrar una relación estadísticamente significativamente entre estas dos variables ya que se obtuvo una $X^2= 0,99$ y una $P= 0,32 > P=0.05$.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es la relación existente entre las dimensiones de la personalidad y la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar las dimensiones de la personalidad y su relación con la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010.</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL:</p> <p>Hi: Existe relación entre las dimensiones de la personalidad y la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Dimensiones de la Personalidad.</p>	<p>El diseño de la investigación será el Descriptivo</p> <p>Correlacional porque permitirá conocer el nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral y analizar la relación con las Dimensiones de la personalidad.</p>
<p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <p>1. ¿Cuáles son las características socio demográficas (sexo, orientación sexual, edad, grado de instrucción) de los pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Regional de Loreto - 2010?</p> <p>2. ¿Cuáles son los tipos de temperamentos (Melancólico, Colérico, Flemático y Sanguíneo) de los pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Regional de Loreto - 2010?</p> <p>3. ¿La dimensión de personalidad Extroversión estará asociado a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>1. Describir las características socio demográficas (sexo, orientación sexual, edad, grado de instrucción) de los pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Regional de Loreto - 2010.</p> <p>2. Describir los temperamentos (Melancólico, Colérico, Flemático y Sanguíneo) de los pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Regional de Loreto - 2010.</p> <p>3. Determinar el grado de asociación entre la</p>	<p>HIPOTESIS ESPECIFICOS</p> <p>Hi: Existe asociación significativa entre la Dimensión Extroversión y la No Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010.</p> <p>Ho: No existe asociación significativa entre la Dimensión Extroversión y la No Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010.</p>	<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Adherencia al Tratamiento Antirretroviral</p>	<p>El tipo de investigación será no experimental/ Transversal, porque no habrá manipulación de las variables, y serán observadas tal como se presentan y en un tiempo único.</p>

<p>4. ¿La dimensión de personalidad Introversión estará asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010?</p> <p>5. ¿La dimensión de personalidad Estabilidad Emocional estará asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010?</p> <p>6. ¿La dimensión de personalidad Inestabilidad Emocional estará asociado a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010?</p>	<p>dimensión de personalidad Extroversión y la no adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010.</p> <p>4. Determinar el grado de asociación entre la dimensión de personalidad Introversión y la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010.</p> <p>5. Determinar el grado de asociación entre la dimensión de personalidad Estabilidad Emocional y la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010.</p> <p>6. Determinar el grado de asociación entre la dimensión de personalidad Inestabilidad Emocional y la no adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010.</p>	<p>H2: Existe asociación significativa entre la Dimensión Introversión y la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010.</p> <p>H0: No existe asociación significativa entre la Dimensión Introversión y la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010.</p> <p>H3: Existe asociación significativa entre la Dimensión de Estabilidad Emocional y la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010.</p> <p>H0: No existe asociación significativa entre la Dimensión de Estabilidad Emocional y la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010.</p>		
---	---	---	--	--

		<p>H4: Existe asociación significativa entre la Dimensión Emocional y la No Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010.</p>		
		<p>Ho: No existe asociación significativa entre la Dimensión Emocional o Neuroticismo y la No Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en los pacientes con VIH en el Hospital Regional de Loreto - 2010.</p>		