



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

**TESIS DE GRADO PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE PSICÓLOGO  
CLÍNICO**

**Título:**

**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN  
PACIENTES CON VIH QUE CONSUMEN ALCOHOL Y  
QUE ASISTEN AL HOSPITAL DE INFECTOLOGIA  
“DR. JOSÉ DANIEL RODRIGUEZ MARIDUEÑA”  
DURANTE EL AÑO 2011”**

**Autor:**

**LUNA ALVAREZ HERIBERTO ENRIQUE**

**Tutor:**

**PESANTES SERGIO, DR.**

**2011**

**GUAYAQUIL – ECUADOR**

## **PENSAMIENTO**

“Muchas veces a lo largo del día, entiendo como mi vida interior y exterior está hecha del trabajo de otros hombres, vivos y muertos, y cuanto debo esforzarme para devolver todo aquello que he recibido”. (Albert Einstein).

## **ACEPTACIÓN**

**La Comisión Científica de la Facultad de Ciencias Psicológicas, reunida el  
21 de Julio de 2011;**

### **CONSIDERANDO:**

1.- La solicitud de aprobación del TEMA **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH QUE CONSUMEN ALCOHOL Y QUE ASISTEN AL HOSPITAL DE INFECTOLOGIA “DR. JOSÉ DANIEL RODRIGUEZ MARIDUEÑA” DURANTE EL AÑO 2011**

2.- Que se encuadra en la línea de investigación: Educación y Desarrollo de esta facultad.

### **RESUELVE:**

1.- Aprobar en términos generales la propuesta del tema.

2.- Responsabilizar al tutor como representante de la facultad para que brinde las orientaciones metodológicas pertinentes, que garanticen el rigor científico del desarrollo de la investigación propuesta.

---

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

---

VOCAL

---

VOCAL

Guayaquil, Julio del 2011

## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA**

Declaro que soy autor de este trabajo de titulación y autorizo a la Universidad de Guayaquil, a hacer uso del mismo, con la finalidad que estime conveniente.

---

**Heriberto Enrique Luna Alvarez**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a Dios por cada segundo de vida.

Agradezco a mis padres y hermanos por su amor y apoyo.

Agradezco a mi compañera de vida quién me acompaña en mis triunfos y derrotas.

Agradezco a mi familia y amigos por estar cuando los necesito.

Agradezco a mis tutores de la Facultad de Psicología de la Universidad de Guayaquil, de quienes no solo he aprendido en el aula.

Agradezco a todos los que se opusieron a este logro porque me hicieron más fuerte.

## **DEDICATORIA**

Para Katty, mi hermana, que se adelantó al destino que alcanzaremos todos algún día y quién sigue siendo mi soporte en los momentos difíciles con su ejemplo, voluntad de lucha y esperanza a través de su recuerdo, más allá de la vida.

## ÍNDICE GENERAL

Pág.

CARÁTULA .....	i
PENSAMIENTO .....	ii
PÁGINA DE ACEPTACIÓN .....	iii
DECLARACION DE AUTORÍA .....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
DEDICATORIA .....	vi
INDICE GENERAL .....	vii
INDICE DE CONTENIDOS .....	viii
INDICE DE CUADROS .....	xi
INDICE DE GRÁFICOS .....	xii
RESUMEN .....	xiii

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	<b>7</b>
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. El virus inmunodeficiencia humana	9
2.2.1. Generalidades	9
2.2.2. Consecuencias biológicas del VIH	10
2.2.3. Consecuencias psicológicas del VIH	11
2.2.4. Consecuencias sociales del VIH	12
2.3 El tratamiento antirretroviral de gran alcance (TARGA)	13
2.3.1 Generalidades del TARGA	13
2.3.2 Antecedentes históricos del TARGA	14
2.3.3 Definiciones del tratamiento actual	14
2.4 La adherencia al tratamiento terapéutico	15
2.4.1 Definiciones del término Adherencia	15
2.4.2 Procesos para asumir la enfermedad	19
2.4.3 Factores de riesgo de la Adherencia	20
2.4.4 Efectos de la falla de Adherencia	21
2.4.5 Soporte del profesional de la salud	22
2.5 La Teoría Social Cognitiva: Autoeficacia y Motivación	23
2.5.1 Fundamentación filosófica de la teoría social cognitiva	23
2.5.2 Fundamentación teórica de la teoría social cognitiva	27
2.5.2.1 Teoría social de Albert Bandura	27

2.5.2.2 La Autoeficacia	33
2.5.2.3 La Motivación	40
2.5.2.4 Otras teorías de la Psicología de la Salud	43
<b>3 METODOLOGÍA</b>	<b>46</b>
3.1. Métodos de investigación	46
3.2. Procedimientos y técnicas empleadas	46
3.2.1. Procedimientos	46
3.2.2. Técnicas empleadas	48
3.3 Población y caracterización de la muestra	49
3.4. Caracterización de la organización o comunidad que se estudia	52
3.5 Variables (Conceptualización y Operacionalización)	61
3.5.1 Conceptualización de la variables	61
3.5.2 Operacionalización de las variables	62
3.6 Tareas investigativas	63
3.7 Resultados esperados	63
<b>4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS</b>	<b>65</b>
4.1 Análisis de cada una de las técnicas	65
4.1.1 Análisis de resultados de escala de autoeficacia generalizada	65
4.1.2 Análisis de resultados del test de los diez deseos	68
4.1.3 Análisis de resultados de las pruebas de completamiento de Frases	73
4.2 Análisis global	75
<b>5. CONCLUSIONES</b>	<b>76</b>
<b>6. RECOMENDACIONES</b>	<b>77</b>

<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	78
<b>8. BIBLIOGRAFÍA</b>	79
<b>9. ANEXOS</b>	86
9.1. Anexo 1: Test de Autoeficacia General	
9.2. Anexo 2: Test de completamiento de frases	

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Estadística de atención en Hospital de Infectología del 200-2011	50
Cuadro 2. Autoeficacia	65
Cuadro 3. Resultados del test de los diez deseos	68
Cuadro 4. Área por número de deseo	69
Cuadro 5. Áreas de motivación de los diez deseos	71
Cuadro 6. Áreas de motivación de los primeros tres deseos	72
Cuadro 7. Autoconcepto	73
Cuadro 8. Motivación	74

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Autoeficacia por paciente	66
Gráfico 2. Autoeficacia por pregunta	67
Gráfico 3. Área por número de deseo	69
Gráfico 4. Áreas de motivación de los diez deseos	71
Gráfico 5. Áreas de motivación de los primeros tres deseos	72
Gráfico 6. Autoconcepto	73
Gráfico 7. Motivación	74



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Tesis de grado para optar al grado académico de Psicólogo Clínico

Título:

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH QUE CONSUMEN ALCOHOL Y QUE ASISTEN AL HOSPITAL DE INFECTOLOGIA “DR. JOSÉ DANIEL RODRIGUEZ MARIDUEÑA” DURANTE EL AÑO 2011”

Autor:

LUNA ALVAREZ HERIBERTO ENRIQUE

Tutor:

PESANTES SERGIO, DR.

## RESUMEN

Siendo parte de la actividad relacionada con la terapia psicológica para el afrontamiento de un nuevo sentido de vida de personas afectadas con VIH y sus familiares, se realiza la siguiente investigación para determinar recursos personológicos influyentes que contribuyan a una adherencia mayor al tratamiento antirretroviral que los ayude a prolongar su salud. La adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral en pacientes afectados con el VIH, se analiza en seis personas, cuya salud está alterada por un inadecuado estilo de vida en los últimos meses donde hubo también la participación del consumo de alcohol. En la parte inicial, se hace una revisión breve de conceptos como VIH, adherencia, tratamiento, autoeficacia y motivación. Se toma como base la Teoría Social Cognitiva propuesta por Albert Bandura, donde la autoeficacia y la motivación son los elementos principales que se revisan en pacientes cuyo compromiso con su salud está afectado de una manera negativa. Para buscar indicadores relacionados a estas variables se utilizan pruebas tanto cuantitativas como cualitativas, con adaptaciones de acuerdo a las necesidades de la investigación y al contexto dentro del cual se trabaja. La investigación se construye como un estudio no experimental y de tipo descriptivo, ejecutándola con estudios de casos de las seis personas intervinientes como pacientes, esperando caracterizar la medida en que la presencia de los elementos psicológicos son representativos a la búsqueda de una adherencia más saludable. Los resultados serán tan significativos en la medida que se aprecie el proceso realizado durante la recolección de información cuyo rigor científico se lo acercó en todo momento para que el producto sea de utilidad a nuevos proyectos. Al final los resultados marcan la integración de los componentes de un sistema complejo que ratifica la interacción entre la conducta, las cogniciones y el ambiente en el que se desenvuelve el paciente.

Adherencia

Tratamiento

Antirretroviral

VIH

## 1. INTRODUCCION

Los grandes avances técnicos, médicos y farmacológicos en el ámbito de la salud ocurridos en las últimas décadas no resuelven los problemas relacionados con el cumplimiento por parte del paciente enfermo del tratamiento médico que se le ha indicado para su recuperación. El conocimiento de las consecuencias de no seguir las recomendaciones del profesional de la salud, no es suficiente para alcanzar un comportamiento adecuado y estilo de vida sano frente a una enfermedad crónica.

*“Se puede asegurar que se dispone cada vez más de medicamentos altamente eficaces y se estudia con mayor profundidad la etiología y las manifestaciones de numerosas enfermedades muy prevalentes como la hipertensión arterial, la diabetes, el VIH o el cáncer, sin embargo el grado de control sobre muchas de ellas es escaso debido a una falta de adherencia a las prescripciones”. (1)*

*Una enfermedad crónica es una condición de salud de duración extendida en el tiempo, mayor de 6 meses y a menudo de por vida, que implica algún grado de limitación en la vida cotidiana del individuo y puede conllevar discapacidad, con largos períodos de cuidado y supervisión, ya sea como consecuencia de su severidad y/o de los efectos del tratamiento (2). Este evento estresante representa un gran desafío adaptativo, que implica modificación en el estilo de vida y un proceso de ajuste, a veces de por vida, a diversos cambios físicos, psicológicos, sociales y ambientales que conlleva la enfermedad y su tratamiento, pudiendo eventualmente generar una incapacidad permanente en quien la padece (Bishop, 2005; Han, Lee, Lee & Park, 2003).*

*(1) Libertad Martín Alfonso, 2006*

*(2) Yeo & Sawyer, 2005*

Esta adherencia terapéutica es parte del comportamiento humano implicado en la salud y expresión de la responsabilidad de los individuos con el cuidado y adecuado mantenimiento de la misma. Es así que, el paciente es quien ejecuta o no el consumo de medicamentos y otras indicaciones médicas, como seguir dietas o practicar ejercicios físicos, evitar el consumo de alcohol y tabaco, etc. Es necesario desarrollar un proceso de adaptación a la enfermedad crónica, que tendrá como uno de sus resultados, una determinada calidad de vida, siendo factores importantes para este resultado el curso del tratamiento, la limitación funcional, el estrés psicosocial asociado con la enfermedad, las características personales y del entorno socio-familiar (Livneh & Antonak, 2005).

*Las dificultades en la adherencia terapéutica se refieren no sólo al consumo de medicamentos como dificultades para su inicio, suspensión prematura, cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones expresadas en errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento). También incluye la ausencia a consultas de seguimiento e interconsultas, la modificación deficiente de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad y la práctica de la automedicación. <sup>(3)</sup>*

El VIH afecta no solo biológicamente sino que condiciona a sus portadores a reestructurar estilos de vida que incluyen comportamientos y pensamientos promotores de la salud, para lo cual los obstáculos económicos, sociales y personales son asumidos de diferente manera y reflejan diferente grado de éxito. Es ahí donde la labor de psicólogo de manera particular y en grupo debe propender a un cuidado autorregulatorio para cumplir el tratamiento.

El tratamiento de estos pacientes ocasiona un menoscabo significativo en la economía nacional por el elevado costo mensual de la atención al infectado y porque afecta mayormente a la población productiva del país, principalmente responsables del enriquecimiento y sostenimiento de éste.

<sup>(3)</sup> *Martín y Grau, 2005*

Para minimizar los efectos biopsicosociales que puede tener la enfermedad crónica y favorecer el desarrollo evolutivo normal del paciente, se deben identificar aquellas características personales que promoverían el ajuste a la enfermedad y una mejor calidad de vida. Nuestra propuesta es describir la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH a través de indicadores como la autoeficacia y la motivación desde un enfoque social cognitivo.

La autoeficacia forma parte del autoconcepto y se desarrolla en interacción con el ambiente social y el proceso de individuación, dado que éste permite la adquisición de conocimientos acerca de uno mismo y el mundo externo, el desarrollo de competencias y, por esta vía, la adquisición del sentido de eficacia personal (Pastorelli, Caprara, Barbaranelli, Rola, Rozsa & Bandura, 2001).

Según como se desarrolle la autoeficacia, se definirá una determinada vulnerabilidad o resistencia al estrés y, por tanto, la capacidad de adaptación a las demandas que implican las transiciones evolutivas (Bandura, Pastorelli, Barbaranelli & Caprara, 1999), así como aquellas que impone la experiencia de vivir con una condición de enfermedad crónica.

La motivación, "*ensayo mental preparatorio de una acción*" (Diccionario de la Real Academia, 1984), es una variable que también implica una creencia importante a la hora de seguir un tratamiento. Los pacientes que acuden a los centros de salud en busca de ayuda, en ocasiones, no están motivados para seguir el tratamiento prescrito por estos. En este sentido, los estudios realizados en pacientes con adicciones han demostrado la importancia de la motivación para iniciar el tratamiento a la hora de predecir la participación el tratamiento y en el mantenimiento en un programa de deshabituación.

Siendo nuestro país afectado cada vez más en su población productiva joven por la infección de VIH, se realiza el presente estudio con el propósito de caracterizar la autoeficacia y la motivación que intervienen en la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran alcance (TARGA) aplicado a estos pacientes seropositivos

quienes tienen antecedentes de no cumplir con las recomendaciones básicas para mantener una salud estable.

Este estudio tiene un enfoque cualitativo y cuantitativo de investigación, con un alcance descriptivo y del tipo no experimental transversal enfocándolo como estudios de caso. En cuanto a los métodos que se usaron son el científico, analítico, sintético, histórico-social, cuyo trabajo se inició en el mes de junio del presente año en el Hospital de Infectología “Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña”.

El problema general planteado se presenta a través de la pregunta ¿cómo se caracterizan factores psicológicos presentes en la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran alcance en pacientes seropositivos del Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña?. Sin duda, un tema que tiene muchos puntos de partida y muchos caminos que tomar, pero como hemos indicado antes será abordado a través de la autoeficacia y la motivación, para lo cual planteamos preguntas específicas como ¿cuál es la caracterización de la autoeficacia en la adherencia al TARGA de pacientes seropositivos del Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña? Y ¿qué elementos afectivo-motivacionales se relacionan a la adherencia al TARGA de pacientes seropositivos del Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña?

Se revisaron varias herramientas de diagnóstico y se eligieron las que nos dieran más información acerca de nuestro tema de estudio. Si bien es cierto nuestra subjetividad puede afectar las pruebas cualitativas, se prestó atención mayor revisando varias veces los resultados con la ayuda del tutor que dieron una valoración sin sesgos. Dichas herramientas fueron la Escala de Autoeficacia Generalizada, el Test de los diez deseos, y un Test de completamiento de frases.

Al ampliar los conocimientos acerca de este tema, contribuimos con bases para la implementación de programas y estrategias psicoterapéuticas que permitan

intervenir en el proceso de mejoramiento continuo de los niveles de salud física y psicológica de las personas portadoras de VIH, sus familiares y cuidadores.

El trabajo presentado a continuación se ha estructurado en cuatro capítulos: el primero presenta el marco teórico conceptual, los estudios previos y las definiciones de conceptos; el segundo capítulo hace referencia al planteamiento del estudio, la metodología que se aplica, los herramientas y procedimientos utilizados en la investigación; el tercer capítulo contiene el análisis de los resultados y la interpretación de esos datos; en el cuarto capítulo exponemos las conclusiones a las que hemos podido llegar, para en el quinto y último capítulo hacer las recomendaciones que alimenten otras actividades de futuras investigaciones.

El VIH se propaga principalmente en poblaciones de hombres y mujeres jóvenes en plena actividad productiva, esto repercute no solo a nivel personal con problemas psicosociales y una disminución de logros académicos, laborales y económicos, sino que además influye en el aumento de la inversión del estado para reinsertarlos en los lineamientos de salud planteados como eje transversal de nuestra sociedad, aumentando el gasto público y limitando la cobertura para atender a un mayor número de enfermos por este tipo de infecciones.

Es así como en base a las preguntas planteadas, nuestro objetivo general de investigación será “caracterizar los factores psicosociales presentes en la adherencia al TARGA en pacientes seropositivos del Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña”, y para alcanzarlo nos planteamos los objetivos específicos de “caracterizar la autoeficacia en la adherencia al TARGA de pacientes seropositivos del Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña” y “describir los elementos afectivo-motivacionales se relacionan a la adherencia al TARGA de pacientes seropositivos del Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña”

Aparte de nuestra responsabilidad social y académica para elaborar este estudio, existen justificaciones legales que apoyan esta iniciativa, empezando por la

Constitución de la República del Ecuador aprobada en el 2008 por la Asamblea Nacional Constituyente, que en su artículo 3 indica:

**Art. 3.-** *Son deberes primordiales del Estado:*

*1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.....*

Además, las leyes, reglamentos, normas y guías que servirán de base para nuestra investigación son:

- Acuerdo Ministerial 0000262 del 24 mayo 2007.
- La Ley Orgánica de Salud en uso de las facultades legales determinadas en los artículos 1, 2, 7, 8, 11, 12, 14, 20 y 27 en concordancia con los artículos 63, 64 y 67 de la Ley para la Prevención y Asistencia Integral del VIH/Sida.

La relevancia social se da en el hecho de que sirve como fuente de información de propuestas para implementar programas y estrategias que permitan intervenir en el proceso de mejorar los niveles de salud de las personas portadoras de VIH y que se encuentren en circunstancias de riesgo.

Este trabajo representa la actividad necesaria no solo para la obtención del título profesional sino también la experiencia que acredita una formación orientada hacia la investigación con resultados confiables y prácticos; pretende ser un aporte científico a la investigación acerca de la adherencia al tratamiento antirretroviral, teniendo una aplicación práctica al realizar la intervención con los pacientes que presentan la casuística, en el nivel psicodiagnóstico y de psicoterapia.

## 2. MARCO TEORICO

### 2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

El Ministerio de Salud Pública de la República de Ecuador creó el Programa Nacional de VIH-Sida e ITS a partir de la detección de los primeros 8 casos en el año 1984. Su implementación permite dar una respuesta integral a la creciente y compleja epidemia que requiere de monitoreo permanente, servicios especializados y de la formación continua de profesionales de salud, para poder hacer frente a los nuevos retos de diagnóstico, cuidado y tratamiento que demanda esta enfermedad.

*“El total de los casos VIH/Sida reportados en Ecuador por el sistema a partir del año 1984 a 2009 es de 21.885, de los cuales 14.844 son personas VIH +, 7.041 presentaron el Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida. Del total se han reportado 4.789 defunciones producidas por enfermedades atribuidas al sida.”<sup>(4)</sup>*

Si bien los nuevos tratamientos antirretrovirales han reducido la morbilidad y mortalidad causada por el VIH, se necesita un cumplimiento estricto de la medicación (90% a 95% de las tomas prescritas), ya que si no se lo hace, el virus se torna resistente a los medicamentos y el avance de la enfermedad se vuelve irrefrenable. (Remor, 2002; Willard, 2003; Villa y Vinaccia, 2006).

Varios son los motivos por los cuales estudiar la adherencia a los tratamientos. En

<sup>(4)</sup> MSP. Guía de atención integral VIH 2010

primer lugar, gran parte de las indicaciones terapéuticas no pueden ser supervisadas cotidianamente por una agente externo al paciente y, al contrario, quedan bajo su directa responsabilidad, entonces, es el paciente quien en definitiva decide si cumplir o no.

En efecto, las bajas tasas de adherencia comunicadas, parecieran apoyar la idea de que el paciente mayoritariamente no cumple con el tratamiento. Investigar las características psicológicas en la adherencia de la población con tratamiento antirretroviral para el VIH, es de suma importancia para diseñar líneas de intervención integral en pacientes vulnerables, por lo que un deterioro de su funcionamiento podría implicar la muerte (OPS, 1999; Di Matteo, 2002; Villa y Vinacia, 2006).

En un estudio sobre la adherencia a los tratamientos terapéuticos de distintas enfermedades, Martín y Grau informan que 40% de los pacientes no cumplen las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas este porcentaje llega a 20%, mientras que en enfermedades crónicas el incumplimiento alcanzaría a 45%.

Cuando los tratamientos generan cambios en los hábitos de vida e invaden diversas áreas (laboral, social, familiar), los porcentajes de no adherencia aumentan significativamente. Por otra parte, si un paciente no cumple con las indicaciones médicas es imposible estimar el efecto del tratamiento, lo que a su vez puede contribuir a prolongar la terapia y perpetuar enfermedades o problemas de salud e incluso conducir a la muerte, con el consecuente costo económico para el estado, tanto en materias relativas a pérdida de productividad y costos asociados a rehabilitación y pensiones de invalidez (por ejemplo, el costo asociado al tratamiento de la hipertensión y sus complicaciones representó 12,6% del gasto total de atención de salud en Estados Unidos de Norteamérica en 1998)<sup>7</sup>.

## **2.2. EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA**

### **2.2.1. Generalidades**

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), es un virus que vive y se multiplica principalmente dentro de glóbulos blancos (los linfocitos clase CD4+), que forman parte del sistema inmunológico. La persona infectada con el VIH puede verse y sentirse bien por muchos años y, por lo tanto, puede no estar consciente de que está infectada; sin embargo, como el sistema inmunológico se debilita, aumenta la vulnerabilidad a contraer enfermedades e infecciones comunes.

Hasta el momento, no hay cura para el VIH ni hay una vacuna para prevenir su transmisión, aunque existen medicamentos eficaces como el tratamiento antirretroviral de gran alcance (TARGA) para tratarlo y ayudar a prevenir la progresión de este virus al SIDA. Las vías de transmisión son:

- Sexo sin protección (anal, oral o vaginal).
- Por contacto sanguíneo directo (agujas infectadas o transfusiones de sangre).
- De la madre al bebé (durante el embarazo, el nacimiento, o la lactancia).

Para que una persona transmita el virus deben cumplirse tres condiciones:

- 1.- El VIH debe estar presente; es decir una de las personas es la portadora.
- 2.- Tiene que haber suficiente virus. En la sangre el virus está muy concentrado, en comparación a otros fluidos (como el fluido vaginal o el pre-semen).
- 3.- El VIH debe entrar en la corriente sanguínea a través de cortes abiertos y membranas mucosas, en contacto con los siguientes fluidos:

- sangre (incluyendo la sangre menstrual)
- secreciones sexuales (vaginales, pre-semen, semen, etc.)
- de la madre al bebé a través de la leche materna.

El VIH no es transmitido por mosquitos, moscas, pulgas, abejas u otros insectos similares, ni compartiendo platos, utensilios o comida y ni siquiera al contacto con saliva, lágrimas, transpiración, heces u orina. En donación de sangre, se usan siempre agujas esterilizadas y cada vez son más los controles que se hacen para evitar infecciones mediante esta vía. Tampoco se transmite por el uso de albercas y piscinas, los químicos que utilizan matan instantáneamente al VIH. Los humanos son los únicos que pueden tener el VIH, por lo que se descarta también transmisiones mediante animales domésticos.

### **2.2.2. Consecuencias biológicas del VIH**

La enfermedad crónica es un proceso que deteriora el funcionamiento biológico de la persona y puede, como el SIDA, conducirla a la muerte. El VIH posee una extraordinaria capacidad de evadir la respuesta inmunológica humana y continuar multiplicándose por muchos años. En este proceso ataca a los linfocitos CD4+, que son las células inmunológicas encargadas de la defensas del cuerpo contra las infecciones. Al ser destruidos gradualmente por el virus, el número de linfocitos baja a un nivel crítico y es ahí cuando se deteriora la respuesta inmune, por lo que las personas infectadas con VIH comienzan a presentar neoplasias, infecciones por agentes patógenos oportunistas o por la aparición de una forma agresiva de sarcoma de Kaposi, entre otras manifestaciones adicionales. (Capra, Janeway, Travers y Walport, 2000f). La infección por VIH no causa SIDA inmediatamente y la infección aguda inicial parece ser controlada por el sistema inmunitario, pero el VIH continúa replicándose rápidamente e infecta nuevas células. (Brooks, Batel y Morse, 2002).

### **2.2.3. Consecuencias psicológicas del VIH**

Según Taylor (2003), varios estudios de pacientes con VIH han encontrado que las creencias negativas sobre sí mismo y el futuro estaban asociadas con el declinamiento de las células CD4 y que las expectativas negativas sobre el curso de la enfermedad podían llevar a que efectivamente se acelere el curso de ésta. En el lado positivo, esta autora señala que la habilidad para encontrar significado en las experiencias de uno mismo parece lentificar el declinamiento de los niveles CD4 y ha sido relacionada a una menor probabilidad de muerte relacionada al SIDA.

Si bien esta enfermedad no se presenta de forma inmediata, implica un quiebre importante en el estado de salud, el cual es un factor esencial de la calidad de vida, que, en los enfermos crónicos, dependerá de su nivel de adaptación a la enfermedad, al tratamiento y a los efectos que tengan ambos (Rodríguez, 1995). La adaptación dependerá de las características específicas de ésta y su carácter estresante se relacionará a muchos factores como la duración; la forma de aparición; la intensidad y gravedad; y, las etapas del proceso de enfermedad (Rodríguez, 1995).

Dado que la enfermedad crónica está sujeta, para su manejo, a la toma de tratamientos de forma intermitente y sistemática, cambios permanentes en las actividades físicas, vocacionales y sociales, además de integrar el rol de pacientes dentro del esquema psicológico de las personas, estos se encuentran después del diagnóstico en un estado de crisis caracterizado por el desequilibrio físico, psíquico y social (Taylor, 2003).

Dentro del amplio rango de emociones que el paciente crónico experimenta, la depresión es una reacción común y a menudo debilitante. Por lo general, es el fiel resultado de esfuerzos fallidos para cambiar el curso de la enfermedad, o puede ser la reacción del paciente que se ha rendido sin intentar vencer su condición (Di Matteo, 2002). Además, la culpa también está presente por haber contraído la

enfermedad, por tener que ser atendido, por no cumplir lo prometido, por su historia personal o porque se siente egoísta. (OPS, 1999).

#### **2.2.4. Consecuencias sociales del VIH**

En el caso de los seropositivos, a todos los factores mencionados se suman el estigma y discriminación por parte de la sociedad –tanto en establecimientos de salud, ámbito laboral y la propia familia- lo que está asociado al carácter infeccioso y mortal del VIH, a la falta de información sobre los medios de transmisión de éste y al imaginario social de las prácticas sexuales asociadas a la infección (Velásquez y Darío, 1996).

Di Matteo (2002) menciona que se ha encontrado que el ser sensible al rechazo de los demás acelera el declive de la salud entre las personas con VIH. Moreno (1999), por su parte, señala que debido a que el contagio de VIH se relaciona en el imaginario social con prácticas sexuales promiscuas u opciones sexuales no aceptadas; la estigmatización, la discriminación social y el rechazo van desde los pacientes hasta sus familias, por lo que desarrollan frecuentemente sentimientos de vergüenza, dolor, impotencia, miedo a ser señalados, a ser aislados y a perder el honor ante los demás.

Aunque ha aumentado la información disponible acerca del VIH y constantemente se expone públicamente los avances en investigaciones mediante medios públicos de información, la falta de orientación y desinterés en gran parte de la sociedad acerca de esta enfermedad produce marginación y aislamiento por creencias equivocadas de contagio y la estigmatización como responsables de comportamientos “inmorales” a todos los afectados, lo que aumenta más aún la problemática social y reduce en gran medida los niveles de apoyo en la comunidad en la que se desenvuelve la persona con el virus.

## **2.3. EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ALCANCE (TARGA)**

### **2.3.1. Generalidades del TARGA**

El panorama para los infectados con VIH ha cambiado notablemente desde el descubrimiento de la enfermedad, el cual suponía antes un enlace fatal a partir de su diagnóstico. En la actualidad, los fármacos antirretrovirales permiten que se hable de un proceso crónico en el que lo que se realiza en el tratamiento como en investigación tiende a encontrar oportunidades para un mejor estilo de vida durante más tiempo de las personas afectadas.

El Tratamiento Antirretroviral de Gran Alcance (TARGA) está indicado para personas que viven con VIH/Sida y que tienen un recuento de CD4 de 350 células/mm<sup>3</sup> o inferior. Su objetivo es disminuir la progresión de la infección y la presencia de nuevas enfermedades oportunistas. Los avances en el aspecto nutricional, en el estilo de vida, en el acompañamiento psicoemocional y espiritual, con el tratamiento oportuno de acuerdo a los protocolos establecidos, han llevado a que las personas viviendo con el virus logren mantener un buen nivel de salud por más de 10 años y que cada vez se retrase más la aparición del SIDA.

En la actualidad una persona, después de haber alcanzado la etapa SIDA, logra con el tratamiento antirretroviral, con una buena nutrición, con el apoyo psicosocial y espiritual, que las células T vuelvan a elevarse al nivel de la media poblacional y el número de virus en la sangre puede llegar de nuevo a ser tan bajo que no se logre detectar en el laboratorio, denominándosele indetectable. Si se logra esto, puede entonces decirse que la persona superó la fase temporal de SIDA y vuelve a gozar de una buena calidad de vida. (ONUSIDA, 2006).

### **2.3.2. Antecedentes históricos del TARGA**

Las primeras formas de tratamiento antirretroviral aplicadas fueron las denominadas monoterapias, con base en drogas individuales (inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa). La más extensivamente utilizada y estudiada de éstas es la zidovudina o AZT. Estos tratamientos fueron el único recurso hasta finales de los años 80, cuando surge la *biterapia* o más exactamente, las *terapias de combinación*, definidas en general como el uso conjunto de dos o más inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa.

Al final de los años 90 surgen las Terapias Antirretrovirales Altamente Activas (TAAA, también llamadas Terapias Antirretrovirales de Gran Actividad - TARGA), el segundo punto de corte en esta clasificación corresponde a las equivalentes a la denominación menos exacta de *triterapias*, que incluyen una amplia categoría de regímenes de tratamiento, usualmente con base en tres o más drogas y que, en pacientes no tratados previamente, se espera que reduzcan los niveles plasmáticos del virus a límites indetectables.

La mayoría de los TARGA incluye drogas de al menos dos de las tres clases de terapia antirretroviral (inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa o NRTI; inhibidores no nucleósido de la transcriptasa reversa o NNRTI; e inhibidores de proteasa o PI), comenzadas a utilizar en 1996. Actualmente, las TARGA constituyen la terapia recomendada como de primera línea por las guías en uso en países desarrollados. Las diferentes combinaciones posibles de los fármacos conforman lo que se conoce como *esquema de tratamiento*.

### **2.3.3. Definición del tratamiento actual**

No existe duda alguna de que el TARGA constituye uno de los adelantos de tratamiento más renombrados en la historia reciente de la medicina. El TARGA, formado por los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los

nucleósidos (generalmente dos) cuando se combinan con inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos, con inhibidores de la proteasa, o con ambos, son sumamente eficaces para reducir la replicación vírica y mejorar los resultados clínicos. En los pacientes con infección por el VIH/SIDA, estos regímenes polimedicamentosos, si bien notablemente efectivos, hacen que el tratamiento contra el VIH constituya uno de los regímenes más complicados alguna vez prescrito para afecciones que requieren tratamiento flexible continuo.

Muchos investigadores creyeron inicialmente que el TARGA erradicaría completamente el virus del huésped. Sin embargo, persisten bajos niveles de replicación vírica en reservorios pequeños aun cuando las cargas víricas son indetectables.

Los linfocitos T de memoria de reposo, que hospedan el ADN proviral, sobreviven mucho más tiempo que lo que se creía anteriormente. Por lo tanto, la adherencia al TARGA debe ser casi perfecta para lograr una supresión vírica duradera. La adherencia en grados menores de 95% predice independientemente la resistencia vírica, los ingresos hospitalarios y las infecciones oportunistas. Aun entre quienes informaron tasas de adherencia  $\geq 95\%$ , un 22% experimenta fracaso virológico durante el período de estudio. En otro estudio, Bangsberg y colegas detectaron que ninguno de los individuos con adherencia mayor de 90% progresó al SIDA, mientras que 38,8% de aquellos con tasas de adherencia entre 50% y 89%, respectivamente, progresaron hacia el SIDA.

## **2.4. LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO TERAPEUTICO**

### **2.4.1. Definiciones del término Adherencia**

En la bibliografía suelen emplearse diversos términos para referirse a un mismo fenómeno, algunos de los cuales aportan matices diferentes, pero sin llegar a un

concepto que sea aceptado por todos y empleado de forma habitual por los investigadores y profesionales interesados en el tema. Los más utilizados son el de “cumplimiento” (*compliance*) y “adherencia” (*adherence*), aunque se han propuesto muchos otros, como cooperación, colaboración, obediencia, observancia, alianza terapéutica, seguimiento, adhesión y concordancia (Basterra, 1999).

Con respecto al término “cumplimiento”, si bien no existe un consenso general en su definición, la que tiene mayor aceptación es la propuesta por Haynes (1979): “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”.

En la práctica médica, este concepto suele circunscribirse casi exclusivamente al uso de los medicamentos de una forma determinada por parte del paciente (Basterra, 1999), sin incluir aspectos higiénico-sanitarios, como seguir una dieta, no fumar, realizar ejercicios físicos regulares, evitar el estrés, llevar a cabo visitas médicas periódicas o cumplir con las programadas para el seguimiento. Dicho término ha generado grandes polémicas, y sobre todo se señala su alcance restringido en cuanto a la complejidad del fenómeno que pretende abarcar, pues se considera que suele emplearse para hacer referencia a la obediencia del paciente a seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional de la salud, con lo que asume el paciente un rol pasivo y sumiso; así, el enfermo sería incapaz de tomar sus propias decisiones al seguir fielmente las recomendaciones que se le proponen (Ferrer, 1995). También se ha señalado que se trata de una definición con importantes deficiencias (Károly, 1993), en el sentido de que tiende a ser unidimensional.

Las personas son “cumplidoras” o “no cumplidoras”, pese a las múltiples posibilidades que puede haber en relación con dicho cumplimiento. Está centrada en el profesional de la salud y en un modelo de salud básicamente autoritario, con tendencia a lograr una estabilidad en la conducta de cumplimiento. Además, es reduccionista, pues sólo toma en cuenta el aspecto relacional e ignora aspectos

subjetivos de otro orden, como las creencias y motivaciones del paciente, por ejemplo.

Con el fin de superar esas limitaciones, se han introducido otros términos, como “adherencia” o “alianza terapéutica”, para expresar una relación más interactiva entre el profesional sanitario y el paciente (Basterra, 1999); de este modo, se le confiere indiscutiblemente un papel al profesional que da la indicación, del cual se haría depender la conducta del paciente; se tendría en cuenta no sólo su propia responsabilidad, sino también las acciones efectuadas por el médico en cuanto a la claridad de las indicaciones y el uso adecuado de los recursos de la comunicación.

El término “*adherence*” se define como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado” (DiMatteo y DiNicola, 1982), y representa un significativo avance en la comprensión de la naturaleza psicológica del problema discutido.

Los vocablos “alianza”, “colaboración”, “cooperación” y “adherencia” parecen permitir una mayor participación del paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. Se supone que el paciente se adhiere a un plan con el que está de acuerdo y en cuya elaboración ha podido contribuir, o al menos que ha aceptado la importancia de realizar acciones concretas que se incluyen en el programa a poner en práctica. De ese modo, implicaría un papel activo de la persona. Como puede inferirse, estamos ante un fenómeno muy complejo por su carácter multidimensional y multifactorial, y esto constituye un reto cardinal para su estudio.

(5) La adherencia terapéutica no hace referencia a una sola conducta sino a un conjunto, a un repertorio de conductas, entre las que se incluyen, a saber:

- aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada sus indicaciones,

(5) Zaldívar, 2003.

- evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables.

Estas conductas se desarrollan básicamente a partir de la interacción del enfermo y los agentes de salud, aunque no existe consenso respecto de los componentes de las conductas mencionadas ni sobre las condiciones que las explican (Amigó, Fernández y Pérez, 1998). El adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica comprende el realizar una serie de tareas que requieren *saber qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer*. El paciente debe disponer de una serie de habilidades con diferente grado de complejidad (Amigó y cols., 1998). Por otro lado, es importante lograr que los pacientes adquieran y mantengan a lo largo del tiempo un hábito de adhesión estricta a los medicamentos y al cumplimiento de todas las indicaciones (Bayés, 2000).

Puede suponerse entonces que se trata de una conducta que debe ser entendida a partir de diversas dimensiones, desde los aspectos propiamente conductuales, mediados por elementos cognitivos, motivacionales y volitivos, unidos a cuestiones relacionales, donde interviene la comunicación con el profesional de salud, la relación del paciente con el entorno social y familiar, hasta el papel de la organización de los servicios de salud. Por otro lado, los términos “cumplimiento” y “obediencia” hablan del grado en que un paciente sigue escrupulosamente las instrucciones y prescripciones del personal de salud, pero denotan su rol pasivo (Eisenthal, Emery, Lazare y Udín, 1979).

(6) Las dificultades en la adherencia terapéutica se refieren no sólo al consumo de medicamentos, sino también conductas como:

- dificultades para su inicio y suspensión prematura,
- cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones expresadas en errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento).
- ausencia a consultas de seguimiento e interconsultas,
- modificación deficiente de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad, y
- práctica de la automedicación.

(6) Martín, 2003; Martín y Grau, 2005, Sánchez, 2006).

Los factores relacionados con la adherencia o no de los pacientes a los tratamientos médicos son múltiples y de distinta naturaleza: factores sociales, económicos, familiares, individuales, propios de las características de la enfermedad y el tratamiento, las particularidades de la organización de los servicios de salud, así como la calidad de la atención médica, en especial, lo referido al proceso de comunicación establecido entre profesionales y pacientes.

#### **2.4.2. Procesos para asumir la enfermedad**

En cuanto a los procesos generales para asumir la enfermedad, se encuentra en primer lugar, aunque muchas veces desestimada, la decisión del paciente de adherirse a un régimen médico prescrito. En efecto, como señala Taylor (2003), muchos médicos asumen simplemente que los pacientes seguirán sus indicaciones, sin tomar en cuenta que el paciente primero debe decidir hacerlo.

Asimismo, Rodríguez (1995) menciona el nivel de satisfacción del paciente con la relación con su médico; los aspectos psicosociales del primero, tanto cognitivos, emocionales, sociales y la percepción de apoyo social; la naturaleza de la enfermedad; y, las características del régimen terapéutico, entre las que se deben considerar el tipo, la complejidad, la exigencia comportamental, la duración, los costos y beneficios, la eficacia, los efectos secundarios y el contexto social.

Las relaciones interpersonales positivas con la familia, amigos y otras personas que viven con VIH pueden hacer que se tomen actitudes óptimas para el manejo terapéutico; la flexibilidad permitiría adecuar las emociones, pensamientos y comportamientos a situaciones cambiantes y adaptarse con facilidad a lo impredecible; y, el optimismo aseguraría una mayor motivación de seguir adelante y tener presentes los beneficios del tratamiento, todo lo cual impulsaría a estas personas a mantener una adecuada adherencia.

### **2.4.3. Factores de riesgo de la adherencia**

Los factores que inciden negativamente en la adherencia están relacionados con: (a) paciente, (b) con la infección VIH/sida, (c) con el tratamiento mismo, (d) con el médico y el sistema de salud. En un grupo de pacientes la alteración mental y la falta de información acerca del potencial terapéutico del tratamiento parece ser el detonante para el no cumplimiento del mismo, también la ingesta de alcohol, las creencias y aceptación en torno al tratamiento, así como de sus beneficios y el apoyo social – familiar del paciente ayudan a una mejor o peor adherencia.

Una baja adherencia se relaciona con la falta de confianza en el médico; el uso de alcohol y drogas; el bajo nivel educativo; el no poder identificar las medicinas cuando se les pregunta por éstas; la falta de acceso a servicios de salud y medicinas; el miedo a los efectos adversos; la inestabilidad en cuanto a vivienda, familia e ingresos; y la violencia doméstica (Instituto de Medicina Tropical Alexander Von Humboldt, 2004). Dentro de los factores personales, múltiples variables pueden mencionarse: falta de motivación, desconocimiento, baja autoestima, etc8. La depresión frecuentemente ha sido asociada con los resultados que se alcanzan en las enfermedades crónicas.

Otros factores que dificultan la adhesión lo constituyen las reacciones emocionales intensas y adversas tales como estrés, ansiedad y depresión. Estos afectos negativos podrían afectar adversamente la adhesión al tratamiento a través de sentimientos y cogniciones de impotencia y apatía, sumados a las limitaciones físicas debido a la pérdida de apetito o la fatiga (Hosek, Harper y Domanico, 2005).

Sobre los factores del sistema de salud y los prestadores, cada día se ha ido estableciendo que la satisfacción y la comunicación del paciente con el equipo de atención en salud, y que una relación de colaboración entre el paciente y los prestadores, puede contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento en

enfermedades crónicas, además esta variable parecería asociarse con mejoras en la participación del paciente en su cuidado, con disminución de cancelaciones a las visitas médicas e incrementos en el compromiso del paciente con su tratamiento.

Respecto a la enfermedad y su tratamiento, las tasas de adherencia parecen ser diferentes si se trata de una patología aguda versus una crónica<sup>2</sup>. Del mismo modo, cuando el tratamiento de la enfermedad consiste en un patrón complejo de conductas e invade diferentes aspectos del paciente o sus resultados son inválidos, tiende a afectar la adherencia terapéutica. Se podría establecer la siguiente relación: a mayor complejidad del tratamiento, menos adherencia terapéutica.

#### **2.4.4. Efectos de la falla de adherencia**

Se ha evidenciado el fenómeno de la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral, las personas no cumplen fielmente con el mismo a pesar de la información recibida por el equipo de salud.

En un estudio de Hernández y colaboradoras <sup>(1)</sup>, 89 médicos venezolanos tratantes a personas con VIH afirmaron que para 2008, 32% de sus pacientes era no adherente; las consecuencias inmediatas de esta actitud son: (a) el VIH en el cuerpo de la persona se hace más resistente, (b) la enfermedad progresa y aparecen infecciones oportunistas, y por ende, (c) la persona que vive con VIH requiere de más especialistas <sup>(2)</sup>, y finalmente, (d) aumenta la probabilidad de que entre en fase sida, y con ello, adquiera mayores riesgos de muerte. Además, cada vez que una persona hace resistencia a un esquema de tratamiento antirretroviral demanda otro más complejo, y por lo tanto, más difícil de sobrellevar por la persona y por el sistema de salud.

Por otra parte, si un paciente no cumple con las indicaciones médicas es imposible estimar el efecto del tratamiento, lo que a su vez puede contribuir a prolongar la terapia y perpetuar enfermedades o problemas de salud e incluso conducir a la muerte, con el consecuente costo económico para el estado, tanto en materias relativas a pérdida de productividad y costos asociados a rehabilitación y pensiones de invalidez (por ejemplo, el costo asociado al tratamiento de la hipertensión y sus complicaciones representó 12,6% del gasto total de atención de salud en Estados Unidos de Norteamérica en 1998)7.

#### **2.4.5. Soporte del profesional de la salud**

Taylor (2003), por su parte, resalta la importancia de una buena comunicación, que pasa por comprender de qué se trata el tratamiento, en lo que es central una explicación, por parte del médico, clara y libre de lenguaje técnico sobre la etiología, diagnóstico y recomendaciones. Taylor hace hincapié en la satisfacción con la relación que se tenga con el médico o proveedor de servicios de salud, ya que mientras más cálido y cuidadoso sea el trato que el paciente percibe en éste, mayor será el grado de adherencia al tratamiento. Por el contrario, si el médico se muestra enojado o impaciente con los enfermos tendrá más pacientes no adherentes.

La infección por el VIH no sólo constituye un inconmensurable problema mundial de Salud Pública, sino también un permanente reto para las autoridades, los investigadores y los profesionales sanitarios, todos los cuales han de enfrentarse a ella cada día mediante, entre otras actividades, la planificación de estrategias, la búsqueda de terapias eficaces, la prevención y el diagnóstico de nuevos casos, y la atención integral a las personas infectadas. A este respecto, la magnitud de la infección por el VIH ha determinado que una parte muy importante de la labor asistencial, investigadora y docente de estos profesionales esté, precisamente, dedicada a ella.

## **2.5. LA TEORIA SOCIAL COGNITIVA: AUTOEFICACIA Y MOTIVACION**

### **2.5.1. Fundamentación filosófica de la Teoría Social Cognitiva.**

Hablar de Psicología Cognitiva es hablar de un impresionante movimiento que se ha expandido por todo el campo de la Psicología en las últimas cinco décadas; aunque con el rótulo de “cognitivo” encontramos infinidad de enfoques o paradigmas teóricos muchas veces contrapuestos, con abordajes metodológicos también diferentes y que solo presentan una característica compartida: la necesidad de centrar su estudio en las variables mediadoras, otorgando la principal importancia a los fenómenos ocurridos en la mente del individuo, concibiéndolo a éste como un operador activo, como un regulador en la transición entre el estímulo y la respuesta (Fernández Alvarez, 1997).

Los orígenes de la Psicología Cognitiva son múltiples remontándose algunos de ellos hasta los griegos y su permanente interés por el Cogito (“Cogito ergo sum” = “Pienso luego existo”) y su naturaleza, a las corrientes nominalistas de la filosofía y su preocupación por definir los límites de aquello que consideramos real, al cogito cartesiano y a la crítica de Kant (Gardner, 1987).

Al mismo tiempo, los modernos orígenes de la Psicología Cognitiva son también diversos: “estudios de la Gestalt alemana con Wertheimer sobre la organización de la percepción y el pensamiento productivo, de Piaget y Vigotsky sobre las relaciones entre pensamiento y lenguaje y el desarrollo cognitivo; de Tolman sobre las variables mediacionales en la conducta propositiva, de Barlett sobre la memoria, de Lashley y Hebb sobre las bases neurofisiológicas de la conducta y de Turing sobre los sistemas de procesamiento lógico, entre otros aportes.” (Mayor, 1980).

En lo que respecta a los modernos orígenes de la Psicología Cognitiva, pueden señalarse seis fuentes determinantes: el conductismo pavloviano y skinneriano, las teorías del procesamiento de la información y la Cibernética, las corrientes

epistémicas constructivistas, las investigaciones en neurociencia, la lingüística de Chomsky y los aportes de los investigadores de la Gestalt.

De estas diversas fuentes surgirán diferentes enfoques teóricos, con un interés en común: **“Su énfasis en los fenómenos mentales como agentes causales del comportamiento”** <sup>(7)</sup>.

Se considera que las principales contribuciones están situadas en el conductismo, la cibernética y la teoría del procesamiento de la información así como los desarrollos del constructivismo, cuyos aportes sientan las bases de la moderna Psicología Cognitiva y particularmente de la Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura, marco teórico del siguiente trabajo.

Tal como afirma Swenson (1984) a medida que las investigaciones dentro del paradigma pavloviano y skinneriano progresaron tanto en la Unión Soviética como en los Estados Unidos, se hizo evidente que los procesos subyacentes a las respuestas que se estudiaban era mucho más complejos que los sugeridos por Pavlov o Skinner, por lo que se realizaron numerosas investigaciones destinadas a develar la caja negra conductista.

En la Unión Soviética se destacaban los estudios e investigaciones de Luria, Anokhin y Vigotsky sobre el papel de la conciencia y el lenguaje en el aprendizaje, que se llevaban a cabo dentro del paradigma pavloviano. En los Estados Unidos se realizaban a su vez importantes investigaciones de la mano de autores como Rescorla y Seligman, quienes utilizaban procedimientos que combinaban los métodos del condicionamiento clásico e instrumental, y en los cuales se reconocía el papel de las expectativas en el aprendizaje. Dentro del paradigma del condicionamiento operante cobraban gran importancia los estudios de Bandura y de Mischel donde se procuraba sintetizar principios operantes y cognitivos.

A mediados de la década del 50, asistimos a una revalorización del papel de los

<sup>(7)</sup> DeVega, 1984.

mediadores cognitivos, indicando que se había llegado a un momento en el cual existía una certeza: el conductismo, hegemónico hasta ese momento, había topado contra obstáculos epistémicos que no le permitían avanzar más por el camino que se había trazado y la metodología propuesta se mostraba incapaz de enfrentar algunas de las problemáticas fundamentales a las que se veían enfrentados los científicos interesados en el “cómo” del aprendizaje y en las cuestiones relativas al conocimiento de la realidad misma (Fernández Alvarez, 1997). Desde adentro (con autores como Luria, Vigotsky, Rescorla, Seligman, Bandura, Mahoney y Miller) y desde afuera del conductismo (destacándose la figura de Chomsky, las investigaciones de Piaget, los aportes de Hebb sobre las bases neurofisiológicas de la conducta y del movimiento cognitivista de orientación gestáltica) comenzó a desarrollarse con mucha fuerza esta nueva forma de enfocar el comportamiento.

Tal como afirma Fernández Alvarez (1997), el instrumento inicial que sirvió a estos fines fue el resultado de la renovación tecnológica: “una de las transformaciones más brutales a que se vio expuesta la humanidad por obra de su propia evolución”. La cibernética, la informática y el incesante despliegue de la tecnología computacional plantearon nuevas reglas en todos los ámbitos de la vida, afectando directamente a los órdenes de la cultura.

En el campo de la Psicología la respuesta a esta revolución tecnológica fue la aparición de los primeros modelos cognitivos, denominada por algunos autores como la primera revolución cognitiva, caracterizados fundamentalmente por el empleo del paradigma del procesamiento de la información.

**“No cabe duda de que, en un primer momento, la nueva psicología cognitiva se abrió paso junto a la gigantesca promesa de descubrimiento que supuso el hallazgo de ciertas semejanzas entre el cerebro y la computadora”.** <sup>(8)</sup>

De esta forma, el primer período de la psicología Cognitiva estuvo caracterizado fundamentalmente por el empleo del paradigma del procesamiento de la información. Los comportamientos se empezaron a describir y explicar en

<sup>(8)</sup> Fernández Alvarez ,1997.

términos del modo en que los seres humanos se comportan como sistemas capaces de operar con la realidad procesando secuencialmente la información.

Sin embargo, muy pronto se hizo evidente que el paradigma del procesamiento de la información era muy limitado para dar cuenta del comportamiento humano, puesto que las personas, a diferencia de las máquinas, despliegan sus conductas en secuencias no lineales (recursivas) y las informaciones con las que opera el individuo están determinadas absolutamente por la esfera social. Era necesario un nuevo cambio de paradigma que diera cuenta del funcionamiento autorregulador del ser humano, con capacidades tanto retroactivas como proactivas (Mahoney, 1982).

Debido a las limitaciones del modelo de procesamiento de la información, el movimiento de la psicología cognitiva se abrió en dos direcciones.

Una de estas ramas se conectó con los desarrollos de la inteligencia artificial y con las formulaciones que dentro de la ciencia cognitiva se vinculan a la elaboración de modelos formales, emparentado con el desarrollo de las ciencias duras.

Otra dio lugar a lo que hoy conocemos como enfoque cognitivo social, en el cual la dimensión cognitiva es tomada como expresión de la actividad social del hombre, entroncado con una visión de éste como constructor de su propia realidad.

La nueva psicología cognitiva (segunda revolución cognitiva) tratará de dar cuenta al mismo tiempo de cómo funciona un organismo y de cómo ese organismo se construye a sí mismo mediante operaciones retroactivas (los resultados de una acción corrigen la marcha del sistema actuando sobre los mecanismos iniciales y regulando la actividad en su conjunto) y proactivas (sistemas de significado prefigurantes de situaciones futuras). A partir de este nuevo enfoque teórico se comienza a considerar la capacidad autoprogramadora y anticipatoria que caracteriza a la conducta del ser humano, el cual empezará a ser considerado como un constructor de su

propia realidad (son innegables los aportes de la corriente constructivista) y de su propio entorno informacional y no solamente un mero procesador de información. Estas teorías destacan el papel activo e instrumental que tiene la persona en todos sus procesos cognitivos. <sup>(9)</sup>

La causalidad lineal será dejada de lado en las explicaciones de este nuevo enfoque y en su lugar aparece una concepción que tiene en cuenta los diferentes procesos anticipatorios que configuran el conocimiento y determinan la realidad de cada sujeto, abordando al sujeto en toda su complejidad y teniendo en cuenta los múltiples factores determinantes de su realidad.

La teoría Social Cognitiva de Albert Bandura se inscribirá dentro del marco de esta segunda revolución cognitiva al proponer un modelo del comportamiento humano que destaca el rol de las creencias autorreferentes, rechazando la indiferencia conductista hacia los procesos internos.

**“En esta perspectiva, los individuos van a ser vistos como proactivos y autorreguladores de su conducta más que como reactivos y controlados por fuerzas ambientales o biológicas” <sup>(10)</sup>.**

## **2.5.2. Fundamentación teórica de la Teoría Social Cognitiva**

### **2.5.2.1. Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura**

La teoría de Albert Bandura ha sido identificada en un primer momento como Teoría del Aprendizaje Social; sin embargo ya en 1985 el autor la redefiniría como Teoría Social Cognitiva, por entender que su teoría se ha preocupado siempre por la comprensión de fenómenos psicológicos, tales como la motivación y la autorregulación, que van mucho más allá del aprendizaje (Garrido Martín, 1987).

<sup>(9)</sup> Mahoney, 1988.

<sup>(10)</sup> Valiante, 2000

Adicionalmente, en esta teoría la misma noción de aprendizaje es totalmente diferente de lo que comúnmente se había entendido por tal en el campo de las teorías del aprendizaje (entendido como el modo condicionado de adquisición de respuestas).

En la Teoría Social Cognitiva el aprendizaje será concebido principalmente como una adquisición de conocimiento a través del procesamiento cognitivo de la información. Por todo esto, sumado el interés del autor por diferenciar su postura de otras teorías del aprendizaje con enfoques diferentes, la teoría pasó a llamarse Social Cognitiva, en donde la parte social será patente en su reconocimiento del origen social de los pensamientos y acciones humanas y la dimensión cognitiva en el reconocimiento de la contribución de los procesos de pensamiento a la motivación, la emoción y la conducta humana. (Bandura, 1987).

La teoría Social Cognitiva abandona el modelo de causalidad lineal aceptado por diferentes posturas teóricas, en nombre de un modelo de determinismo recíproco, el cual permite el estudio del ser humano en toda su complejidad, tomando en cuenta los múltiples factores que operan como determinantes así como sus influencias interactivas. De esta forma, la teoría Social Cognitiva se opone al determinismo ambiental unidireccional en el cual se estudia como la conducta es regulada por los estímulos externos actuales y por la estimulación ambiental del pasado, es decir, el entorno aparece como una fuerza autónoma que determina, organiza y controla la conducta de forma automática.

En esta postura, llevado al extremo por las formas más radicales de conductismo, el entorno aparece siempre como elemento determinante. No obstante, las formulaciones de la teoría Social Cognitiva van a oponerse también a toda forma de determinismo personal unidireccional en el cual se buscan las causas del comportamiento en las predisposiciones del individuo en forma de rasgos, instintos, motivaciones, creencias y otras fuerzas motivadoras. En esta visión, representada por diferentes corrientes teóricas que van desde el psicoanálisis

hasta las formas más extremas del cognitivismo, se subestima el papel determinante de los factores ambientales en lo que el hombre percibe y piensa.

Aunque la mayoría de los autores contemporáneos terminaron por adoptar la concepción de que la conducta es el resultado de la interacción de las personas con el entorno y no un producto de cada factor por separado y son muy pocos los modelos teóricos que conservan visiones reduccionistas en la explicación del comportamiento humano, en el presente asistimos a una controversia acerca del tipo de modelo interactivo propuesto.

Tal como afirma Bandura (1987), los modelos propuestos acerca del carácter interactivo de las principales clases de determinantes han sido de tres tipos.

**Interacción Unidireccional:** se considera a los individuos y a las situaciones como entidades independientes que se combinan para producir la conducta. El enfoque suele representarse de la siguiente manera:  $C = f(P, M)$ , donde C es conducta, P es persona y M es medio.

**Interacción bidireccional parcial:** se reconoce que las influencias personales y las ambientales son bidireccionales, pero mantienen un punto de vista unidireccional con respecto a la conducta. El intercambio individuo-situación origina unidireccionalmente la conducta pero la conducta del individuo por sí misma no afecta a la transacción entre el individuo y la situación. Este enfoque suele representarse como sigue:

$$C = f(P \leftrightarrow M).$$

El tercer enfoque interactivo es el propuesto por la teoría Social Cognitiva basado en una reciprocidad triádica en el cual tanto la conducta, los factores cognitivos y demás factores personales y las influencias ambientales operan en forma

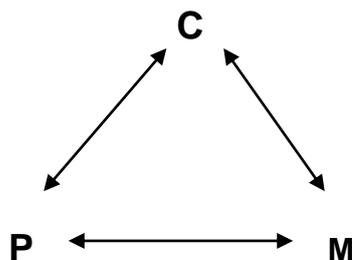
interactiva como determinantes recíprocos. En este enfoque los factores personales y ambientales se determinan entre sí:

**“El individuo crea, modifica y destruye el entorno, y los cambios que introduce en el mismo afectan, a su vez, a su conducta y a la naturaleza de su vida futura”** <sup>(11)</sup>.

En este enfoque la conducta asume un papel excepcional en la forma en la que el individuo afecta a las situaciones las cuales a su vez determinarán sus pensamientos, emociones y conducta:

“En este determinismo recíproco triádico, el término recíproco hace referencia a la acción mutua desarrollada entre los factores causales. El término determinismo se usa aquí para indicar la producción de efectos por parte de ciertos factores, no en el sentido doctrinal de que los actos están determinados completamente por una secuencia previa de causas que actúan de forma independiente del individuo” <sup>(12)</sup>.

Este enfoque suele representarse como sigue:



De esta manera, en la perspectiva cognitiva social, no se considera al ser humano gobernado por fuerzas internas ni controlado por estímulos externos sino que se considera el funcionamiento humano en términos del modelo de reciprocidad triádica en el cual la conducta, los factores personales, cognitivos y de otro tipo, y los acontecimientos ambientales actúan como determinantes interactivos.

<sup>(11)(12)</sup> Bandura, 1987.

La teoría Social Cognitiva subraya la importancia de lo que Bandura denominará “autosistema”, entendiendo por tal al conjunto de procesos por los que el hombre regula su conducta a través de criterios internos y reacciones autoevaluadoras. Este sistema provee mecanismos de referencia y un conjunto de subfunciones que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una capacidad autorregulatoria sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones por medio de cinco capacidades básicas. La conducta humana va a ser la resultante del interjuego entre este autosistema y las influencias del medio externo (Pajares, 1996).

La **capacidad simbolizadora** permite a los seres humanos contar con un poderoso medio de cambio y adaptación al entorno que otorga una gran flexibilidad y permite trascender la propia experiencia sensorial. Esta extraordinaria capacidad permite comunicarse con los demás a cualquier distancia, momento y lugar. Por medio de esta capacidad los individuos pueden representar cognitivamente su entorno y de esta forma ensayar de forma simbólica posibles soluciones a situaciones problemáticas que esté presente; generar nuevos cursos de acción; otorgar significado, forma y continuidad a las experiencias vividas así como anticipar cognitivamente acontecimientos futuros.

La **capacidad de previsión** permite a las personas motivarse y regular sus actos convirtiendo las consecuencias probables en motivadores cognitivos eficaces. Por medio de esta capacidad los sujetos predicen las consecuencias más probables de sus acciones futuras, se ponen metas a sí mismos y planifican cursos de acción para ocasiones previstas del futuro. Esta capacidad puede dar lugar a una conducta incluso cuando las condiciones presentes puedan no ser idóneas para ello, otorgándole a ésta mayor flexibilidad y autonomía de los determinantes del entorno presente. La representación de los acontecimientos futuros tiene un importante rol causal en la conducta presente del individuo. La previsión se va a traducir en acción mediante la ayuda de mecanismos de autorregulación.

Otra importante capacidad de los seres humanos es la capacidad de aprender mediante la observación. La **capacidad vicaria** permite a los seres humanos la

rápida adquisición de patrones de conducta nuevos y de habilidades complejas sin tener que recurrir al ensayo y error. Más aún, algunas capacidades complejas específicamente humanas, tales como las habilidades lingüísticas sólo pueden adquirirse por aprendizaje vicario. Esta capacidad ocupa un lugar primordial en lo que respecta a la transmisión de conductas por medio de señales sociales.

Durante muchos años las teorías del aprendizaje han aceptado que este únicamente puede producirse mediante la emisión de conductas y la posterior experimentación de sus efectos. Sin embargo, si el aprendizaje solo se relacionara al ensayo y error, las probabilidades de supervivencia del ser humano se reducirían considerablemente, tanto más cuanto más costosos y arriesgados sean los posibles errores.

Dos importantes capacidades de fundamental importancia en el ser humano, relacionadas al autosistema, son: la **capacidad autorreguladora** y la **capacidad de autorreflexión**.

Gran parte de la conducta del ser humano está motivada y regulada por criterios internos y reacciones autoevaluadoras de sus propios actos. Mediante esta capacidad las personas determinan sus propios cursos de conducta. Una vez que los criterios internos de evaluación han sido establecidos, el ser humano los utiliza para evaluar sus actuaciones. Las discrepancias entre la actuación y los criterios internos activan las reacciones autoevaluadoras que sirven para influir en la conducta posterior. De esta manera, creando condiciones ambientales facilitadoras, utilizando métodos cognitivos y por medio del Autorreforzamiento el individuo ejerce una función regulatoria sobre sus propios actos y sobre su motivación. Desde esta perspectiva, el subrayar la importancia de esta capacidad no significa desconocer la importancia de las influencias ambientales, ya que los factores del entorno afectan continuamente los componentes del Autosistema y las funciones autorreguladoras tienen su origen en éstos.

Otro componente del Autosistema es una capacidad distintiva del ser humano, la **capacidad de autorreflexión**. Esta capacidad permite a la persona analizar sus

experiencias y reflexionar sobre sus procesos mentales, alcanzando de esta forma un conocimiento genérico de sí mismo y del mundo que le rodea, pudiendo además evaluar y modificar sus pensamientos. Bandura (1987) enfatiza la importancia de esta capacidad, por medio de la cual el individuo puede observar sus ideas, actuar sobre ellas o predecir los acontecimientos a partir de las mismas, juzgar su adecuación a partir de los resultados y modificarlas sobre la base de estos últimos.

### **2.5.2.2. La Autoeficacia**

Entre los tipos de pensamiento autorreferente que afectan la acción y funcionamiento

humano ninguno ocupa un lugar tan central como la Autoeficacia. La autoeficacia se define como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento” (Bandura, 1986).

Estas creencias de eficacia ocupan un rol mediacional en el funcionamiento humano actuando a modo de filtro entre las habilidades y logros anteriores del ser humano y su conducta subsiguiente (Zeldin, 2000).

Para Bandura (1987) estas creencias de eficacia son mejores predictores de la conducta futura que las habilidades, los logros anteriores, o el conocimiento que el sujeto posea de la actividad a realizar, ya que la autoeficacia va a determinar que hace el sujeto con el conocimiento o las habilidades que posee (Valiante, 2000). Sin embargo, un funcionamiento competente requiere tanto precisión en las autopercepciones de eficacia como la posesión de habilidades reales y el conocimiento de la actividad a realizar, así como de los juicios del sujeto acerca de los resultados más probables que una conducta determinada producirá (expectativas de resultados). Todos estos componentes mantienen entre sí relaciones complejas que deben ser consideradas toda vez que se pretenda estudiar la utilidad predictiva de las creencias de autoeficacia.

De acuerdo con la teoría Social Cognitiva, las creencias de autoeficacia afectan el comportamiento humano de cuatro formas. Primero, la autoeficacia influye en la elección de actividades y conductas. Las personas tienden a elegir y comprometerse en actividades en las cuales se consideran altamente eficaces y tienden a evitar aquellas en las cuales se consideran ineficaces. Segundo, la autoeficacia determina cuanto esfuerzo invierten las personas en una actividad, como así también cuán perseverantes serán estas frente a los obstáculos que puedan presentársele. Cuánto mayor la autoeficacia, mayor será el grado de esfuerzo invertido y la persistencia de las personas en la actividad.

Coincidiendo con Pajares y Shunk (en prensa) se puede considerar que esta función de la autoeficacia ayuda a crear un tipo de “profecía autocumplida”, pues la mayor perseverancia asociada a unas creencias de eficacia fuertes conducen a un mejor rendimiento, el cual, a su vez, conduce a un sentido de eficacia personal incrementado, mientras que las creencias de autoeficacia débiles limitan el potencial del sujeto para fortalecer sus creencias de autoeficacia.

La tercera forma mediante la cual la autoeficacia afecta al comportamiento humano es influyendo sobre los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales. Las personas de baja autoeficacia, por ejemplo, pueden considerar a las actividades que deben realizar mucho más difíciles de lo que realmente son, lo cual les ocasionara un alto grado de estrés y ansiedad así como pensamientos negativos acerca de su posible desempeño. Un alto nivel de autoeficacia, por otra parte, brinda una mayor confianza y serenidad en el afrontamiento de tareas difíciles. La autoeficacia influye a su vez en las atribuciones causales que el individuo realiza frente al éxito o al fracaso en las actividades.

La cuarta forma en la cual la autoeficacia afecta el comportamiento es permitiendo al sujeto ser un productor de su propio futuro y no un simple predictor. Aquellos sujetos que se perciben a sí mismos eficaces se imponen retos, intensifican sus esfuerzos cuando el rendimiento no es suficiente de acuerdo a las metas que se habían propuesto, experimentan bajos grados de estrés ante tareas difíciles y presentan una gran cantidad de intereses por actividades nuevas.

Las creencias de autoeficacia se forman a partir de la información aportada por cuatro fuentes: a) logros de ejecución, b) experiencia vicaria, c) persuasión verbal, d) estado fisiológico.

Los logros de ejecución anterior constituyen la fuente de información de autoeficacia más importante, ya que se basan en experiencias de dominio real (Bandura, 1987). El éxito repetido en determinadas tareas aumenta las evaluaciones positivas de autoeficacia mientras que los fracasos repetidos las disminuyen, especialmente cuando los fracasos no pueden atribuirse a un esfuerzo insuficiente o a circunstancias externas. Sin embargo, la capacidad de las experiencias nuevas para modificar la autoeficacia percibida va a depender de la naturaleza y firmeza de las creencias preexistentes.

Las personas con un fuerte sentido de eficacia personal recuperan su confianza más rápidamente después de fracasar en la realización de alguna actividad o en el cumplimiento de una meta, y tienden a atribuir su fracaso a un esfuerzo insuficiente o a un conocimiento o habilidades insuficientes, pero pasibles de ser adquiridas. Por su parte, las personas con un débil sentido de eficacia personal tienden a atribuir sus fracasos a una falta de habilidades, las cuales tienden a percibirse como innatas, permanentes e inmodificables, considerándose a sí mismo incapaces de adquirirlas. Para estas personas, el fracaso es solo otra demostración de su incapacidad.

La segunda fuente de autoeficacia es la experiencia vicaria. Viendo a otras personas ejecutar exitosamente ciertas actividades, o imaginándolo, el sujeto puede llegar a creer que el mismo posee las capacidades suficientes para desempeñarse con igual éxito. Esta fuente de autoeficacia adquiere particular relevancia en los casos en los cuales los individuos no tienen un gran conocimiento de sus propias capacidades o tienen poca experiencia en la tarea a realizar. La experiencia vicaria también involucra las comparaciones sociales que el individuo realiza entre sus propias capacidades y las de los otros.

Estas comparaciones pueden transformarse en poderosas influencias en el desarrollo de autopercepciones de eficacia. Sin embargo, la influencia de estas comparaciones va a estar determinada por la similitud percibida por el sujeto entre sus propias capacidades y las del modelo. De esta forma, el fracaso del modelo en una actividad tendrá un efecto más negativo en la autoeficacia de los observadores si estos se perciben a sí mismos como teniendo un nivel de habilidad comparable al del modelo que si el observador se percibe a sí mismo más eficaz que al modelo (Pajares, 1997).

La persuasión verbal es otra importante fuente de autoeficacia, especialmente en aquellas personas que ya poseen un nivel elevado de autoeficacia y necesitan solamente de un poco más de confianza para realizar un esfuerzo extra y lograr el éxito. Sin embargo, esta fuente de información tiene mayor éxito en la disminución de la eficacia percibida que en el fortalecimiento de esta.

La persuasión verbal no debe confundirse con el simple elogio, sino que por el contrario, los persuasores deben asegurarse de cultivar las creencias de autoeficacia de los persuadidos mientras al mismo tiempo les permiten asegurarse por sí mismos que pueden alcanzar el éxito prometido (Pajares, 1997).

La cuarta fuente es el estado fisiológico del individuo. Los múltiples indicadores de activación autonómica, así como los dolores y la fatiga pueden ser interpretados por el individuo como signos de su propia ineptitud. En general las personas tienden a interpretar los estados elevados de ansiedad como signos de vulnerabilidad y por ende como indicadores de un bajo rendimiento.

El proceso básico de creación y de utilización de las creencias de autoeficacia es bastante intuitivo (Pajares, 1997) : los individuos se comprometen en la realización de una conducta, interpretan los resultados de esta conducta y la información aportada por cada una de las fuentes de autoeficacia, usa estas interpretaciones para crear y desarrollar creencias acerca de sus capacidades y se compromete nuevamente en la realización de conductas en dominios similares, comportándose

de acuerdo a las creencias creadas. La forma en que las personas interpreten la información aportada por las fuentes de autoeficacia va a influir y afectar directamente sus creencias, lo cual afectara su conducta y, de esta forma, su medio ambiente. Vemos, de esta manera, representado el enfoque interactivo de la reciprocidad triádica, base de la teoría propuesta por Bandura.

La interpretación de la información aportada por las cuatro fuentes de autoeficacia va a estar determinada por como sea procesada cognitivamente por el individuo. Es así como, por ejemplo, hay personas que pueden interpretar un estado de ansiedad como un factor motivador que puede contribuir a un rendimiento exitoso, mientras que otras pueden interpretar este estado como predictor de un bajo rendimiento. Para algunos autores (Lent, Brown & Hackett, 1994), la disposición afectiva de la persona es uno de los factores más importantes al influir directamente en la forma en la cual la información de eficacia es procesada.

Por ejemplo, una persona con tendencia al autodesprecio y a los sentimientos negativos puede atender selectivamente a las experiencias de fracaso y no tener en cuenta las experiencias de éxito.

Para Schunk (1989) la evaluación de autoeficacia es un proceso inferencial. Las personas obtienen y combinan la información aportada por diferentes factores situacionales y personales tales como la autoeficacia percibida preexistente en el sujeto, la disposición afectiva, la dificultad de la tarea, el monto de esfuerzo puesto en la tarea, la cantidad de ayuda externa recibida, el resultado de las tareas, el patrón de éxitos y fracasos, la similaridad percibida con los modelos y la credibilidad del persuasor,

Con frecuencia suele confundirse el concepto autoeficacia con otros conceptos utilizados para dar cuenta de los fenómenos relacionados con el pensamiento autorreferente. Uno de estos conceptos es el autoconcepto. El autoconcepto es una visión global de uno mismo, una composición de autoimágenes que el sujeto tiene de sí mismo (Bandura, 1987). El autoconcepto difiere de la autoeficacia en importantes formas:

- ✓ El autoconcepto es una visión global y, en cambio, las creencias de autoeficacia son juicios acerca de las propias capacidades para realizar exitosamente tareas o actividades “específicas”, por lo que pueden variar en función de la actividad, del nivel de dificultad dentro de la misma actividad y de las circunstancias.
- ✓ El autoconcepto no se centra en el logro de una tarea particular sino que incorpora todas las formas de autoconocimiento y sentimientos de autoevaluación (English & English, 1958).
- ✓ Como afirma Pajares (1999), el autoconcepto incluye además, juicios de autovalía, los cuales van a depender del valor que la cultura del individuo otorgue a las capacidades que este posea y de la medida que la conducta coincida con los criterios personales de valía (Bandura, 1987).

Los juicios de autovalía y de autoeficacia no guardan una relación uniforme. Un individuo puede considerarse eficaz para una actividad de la cual no deriva autoaprecio o juzgarse incapaz para una actividad y no ver disminuida su autoestima. Sin embargo, el individuo tiende a cultivar su autoeficacia en aquellas actividades que le brindan la sensación de autovalía, por lo que puede decirse que tanto la autoestima como la autoeficacia realizan una contribución independiente a la calidad de vida del hombre (Bandura, 1987).

En estudios de motivación académica, el autoconcepto es medido generalmente a un nivel de dominio (ser un buen escritor, por ejemplo) mientras que las creencias de autoeficacia son medidas a un nivel de tareas específicas (Escribir un párrafo con oraciones claras y un buen uso de la gramática, por ejemplo). Además, las creencias de autoeficacia son evaluadas por medio de preguntas del tipo “puedo”, mientras que el autoconcepto se evalúa por medio de preguntas del tipo “soy” y “siento”. Las respuestas a las preguntas de autoeficacia revelan si la persona posee una alta o una baja confianza para realizar exitosamente la tarea en cuestión; las respuestas a las preguntas de autoconcepto revelan cuán

positivamente o negativamente las personas se ven a sí mismos en un área determinada.

Si bien se ha señalado que tanto la autoeficacia como el autoconcepto realizan una contribución independiente a la motivación y al logro académico (Bandura, 1987; Pajares y Shunk, en prensa) los resultados de la investigación demuestran el mayor poder predictivo de la autoeficacia para criterios relacionados al logro académico (Pajares y Valiante, 1999).

El importante rol mediacional de la Autoeficacia así como su capacidad predictiva ha recibido un extenso apoyo empírico desde diversos campos de investigación, demostrando la generalidad explicativa y predictiva de la teoría de la autoeficacia. Las primeras investigaciones fueron conducidas por Bandura y sus colegas en contextos terapéuticos entrenando a individuos para afrontar situaciones temidas.

En estas primeras investigaciones se descubrió como los diferentes tratamientos experimentales afectaban la autoeficacia de los individuos para llevar a cabo diferentes comportamientos y examinaron la utilidad predictiva de la autoeficacia de conductas de afrontamiento futuras. Estos estudios pioneros permitieron iniciar el estudio de la autoeficacia tanto como un efecto de intervenciones particulares como un antecedente del cambio conductual. Numerosas investigaciones realizadas posteriormente en contextos tanto clínicos como no clínicos han puesto de manifiesto la importancia de la autoeficacia en la explicación de la conducta humana (Schunk, 1989).

En el ámbito clínico se ha observado que las creencias de autoeficacia están relacionadas con problemas tales como fobias (Bandura, 1983), adicciones (Marlatt, Baer & Quigley, 1995), depresión (Davis & Yates, 1982), habilidades sociales (Moe & Zeiss, 1982), asertividad (Lee, 1983, 1984), estrés (Jerusalem & Mittag, 1995) y control del dolor (Manning & Wright, 1983). En ámbitos no clínicos, se ha comprobado la utilidad de la Autoeficacia para la predicción y explicación de diversas clases de conducta tales como: la activación fisiológica, la conducta de

afrontamiento, los logros atléticos, la autorregulación del comportamiento, la conducta asertiva y el comportamiento vocacional.

La idea de que las personas seleccionan o eliminan activamente actividades futuras por medio de sus propios mecanismos cognitivos provee un modelo heurístico para la comprensión del comportamiento vocacional, enfatizando las interacciones dinámicas entre las personas y sus medios y provee una forma de estudiar al comportamiento vocacional contextualmente (Zeldin, 2000).

La importancia del aporte realizado por la teoría de la Autoeficacia ha sido recalcado por Graham y Weiner (1996, en Valiante, 2000) al concluir que la autoeficacia ha demostrado ser un predictor más consistente del comportamiento que otras autocreencias.

### **2.5.2.3. La motivación**

Motivación es un concepto que se aplica a las circunstancias en las que el comportarse de cierta forma se considera oportuno y pertinente, siempre y cuando una persona *quiera* hacer las cosas.

El principal determinante de los comportamientos relacionados con la salud es una motivación intrínseca o la necesidad subyacente en el individuo de competencia y autodeterminación, que nace de las satisfacciones derivadas de cumplir criterios internos y de una percepción de la eficacia personal obtenida a través del propio rendimiento y de la interacción recíproca con el medio, en la que intervienen mecanismos tales como la persuasión, la comparación social o el modelado.

**“La teoría de la auto-eficacia hace referencia a la influencia que tienen los juicios del individuo acerca de su capacidad en la motivación y la conducta”**  
(13).

(13) Dosil, 2004, p. 137.

De hecho, cuanto mayor es la autoeficacia percibida por un paciente seropositivo, mayor es su resistencia al fracaso, mayor el esfuerzo que emplea para conseguir sus objetivos y, por supuesto, mayor el control que puede ejercer sobre su motivación. En palabras de Bandura, la investigación y la experiencia vienen a demostrar que *“la expectativa de maestría influye en la ejecución”*.

Las expectativas de autoeficacia funcionan como un factor motivacional y determinan, en gran medida, la elección de actividades, el esfuerzo y la persistencia en la adherencia al tratamiento antirretroviral, el estilo de vida, los patrones de pensamiento y las respuestas emocionales. La motivación para adherirse al tratamiento prescrito es influida por el valor que el paciente asigna al hecho de seguir el régimen (relación costos-beneficios) y por el grado de confianza en poder seguirlo. Acrecentar la motivación intrínseca de un paciente mediante el aumento de la importancia percibida de la adherencia y fortalecer la confianza mediante la construcción de aptitudes de autocuidado, son metas del tratamiento comportamental que deben abordarse concurrentemente con las biomédicas si se busca mejorar la adherencia general.

La depresión, el estrés y la manera en la cual los individuos lo enfrentan, se encuentran entre los factores predictivos más significativos de la adherencia, pero las correlaciones con otras comorbilidades psiquiátricas son más débiles. La desesperanza y los sentimientos negativos pueden reducir la motivación para cuidarse a uno mismo y también pueden influir sobre la capacidad para seguir instrucciones complejas.

Una de las evidencias que ha causado mayor consideración en el análisis de la conducta motivada es el hecho de que en ocasiones una persona pueda dedicarse con gran interés y esfuerzo a una actividad, sin que aparentemente obtenga beneficio alguno por realizarla. Tal hecho se ha presentado como evidencia de la relevancia de las tendencias internas de acción, asumiéndose que en ocasiones existe una motivación interna y personal para ejecutar determinadas conductas, simplemente por el mero interés por llevarlas a cabo. A dicha explicación del comportamiento es a lo que tradicionalmente se ha denominado motivación intrínseca, que podemos definirla de forma operativa como los factores

que inducen a la realización de ciertos patrones conductuales que se llevan a cabo frecuentemente y en ausencia de cualquier contingencia externa. Las implicaciones prácticas de la utilidad de la motivación intrínseca se han evidenciado en la intervención en adicciones, entrenamiento deportivo, o habilidades académicas, por poner sólo unos ejemplos.

La motivación intrínseca se diferenciaría de la extrínseca, básicamente porque en esta última el incentivo es *independiente* de las características que tenga la tarea y es *externo* a la misma, mientras que en la motivación intrínseca el incentivo principal es la propia ejecución del comportamiento.

Por otro lado, mientras que en la extrínseca el incentivo es ofrecido por otros agentes, en la intrínseca uno lo consigue con independencia de las acciones de los demás, puesto que el beneficio emana simplemente al llevar a cabo la propia conducta. A motivación intrínseca se apela cuando alguien dedica tiempo y esfuerzo a actividades como tocar un instrumento, dedicarse plenamente a la lectura, realizar una actividad física o deportiva sin que se obtenga incentivo alguno por ello, explorar sin que se tenga como objetivo conseguir nada en concreto, etc. El denominador común de todas estas actividades sería obtener deleite en la ejecución de la acción que se ha emprendido, deleite que emana de la propia acción.

Para que el llevar a cabo una conducta sea el principal motor del comportamiento, ésta debe provocar una serie de consecuencias, principalmente motivacionales y emocionales, que impulsen a la ejecución. En concreto, parece que las características principales que debe tener una conducta para que adquiera motivación intrínseca son que proporcione sentimientos de *competencia* y *autodeterminación*.

Y es que, de alguna manera, este tipo de conductas satisfacen necesidades personales de eficacia, curiosidad, o proporcionan lo que podíamos denominar "*causación personal*", es decir, necesidades psicológicas, tendencias conductuales internas que no requieren que exista una privación biológica, ni

recompensas externas para su aparición y cuya función sería la de dominar su entorno: ser el agente causal de la propia conducta.

#### **2.5.2.4. Otras teorías de la Psicología de la Salud**

Existen algunas teorías que se han propuesto para estudiar el problema de la falla adherencia terapéutica en enfermos crónicos; del conjunto de ellas podemos mencionar a breves rasgos las más conocidas por su aplicación con cierto nivel de resultados aceptables.

**Teoría de la acción razonada:** Relaciona las creencias, actitudes, intenciones y conducta. Señala específicamente que el mejor predictor de la conducta es la intención de llevarla a cabo. A su vez, la intención es predicha por la actitud hacia ejecutar tal conducta y factores sociales, tales como la percepción que los sujetos significativos para el paciente tienen acerca de tal conducta. Tomando en consideración lo sugerido por la teoría, se podría predecir con mayor exactitud que una persona se involucre en conductas saludables indagando sobre la intención que tenga de realizarlas.

**Modelo de creencias en salud:** Integra teorías cognitivas y conductuales para explicar porqué la gente falla en adherir a conductas saludables, considerando el impacto de las consecuencias y expectativas relacionadas con la conducta. Específicamente, la probabilidad que una persona adopte o mantenga una conducta para prevenir o controlar una enfermedad dependerá de: (a) grado de motivación e información que tenga sobre su salud, (b) autopercepción como potencialmente vulnerable ante la enfermedad, (c) percibir la condición como amenazante, (d) estar convencido que la intervención o tratamiento es eficaz y (e) percepción de poca dificultad en la puesta en marcha de la conducta de salud. Apoyo empírico a esta teoría ha sido reportado por varios autores como McCord y Brandenburg trabajando con diabéticos. También se ha señalado que aquellos pacientes no adherentes, creen que la enfermedad no afectará sus vidas. Estos pacientes presentaron al mismo tiempo menor intención de cumplir las instrucciones del médico. Contrariamente, una fuerte creencia en la medicina convencional aumentaría la probabilidad de adherir.

**Modelo transteórico:** Propone etapas de cambio para explicar la adquisición de conductas saludables o la reducción de conductas de riesgo. Se distinguen cinco etapas diferentes para el cambio:

- 1) Precontemplación (el individuo no tiene intención para cambiar en el corto plazo, usualmente medido en los próximos 6 meses);
- 2) Contemplación (el sujeto no está preparado para tomar acciones en el presente, pero podría intentarlo en el corto plazo de aquí a 6 meses);
- 3) Preparación (el individuo está considerando activamente cambiar su conducta en el futuro inmediato, dentro del próximo mes);
- 4) Acción (el sujeto ha hecho un cambio en el pasado reciente, pero este cambio no está bien establecido);
- 5) Mantenimiento (se ha cambiado la conducta por más de 6 meses y se está activamente involucrado para sostenerla)

De acuerdo a este modelo es posible predecir que los pacientes con alguna enfermedad crónica que se encuentren en las etapas de acción (acción y mantenimiento) en contraposición de aquellos que se encuentren en las etapas de preacción (precontemplación, contemplación y preparación) ingieran menos alimentos hipercalóricos, coman durante el día más frutas y vegetales, hayan tenido más visitas al médico, así como también hayan fumado menos, presenten menos problemas psicológicos, etc.

**Modelo de información-motivación-habilidades conductuales:** Sometido a rigurosa investigación empírica, tanto en estudios prospectivos como correlacionales, este modelo demuestra que en conjunto la información, la motivación y las habilidades conductuales explican 33% de la varianza del cambio conductual. Específicamente, demuestra que la información es un prerrequisito

pero por sí sola no es suficiente para alterar la conducta. Además provee evidencia que la motivación y las habilidades conductuales son determinantes críticos que son independientes del cambio conductual. La información y la motivación afectarían la conducta por medio de las habilidades conductuales. Sin embargo, cuando las habilidades conductuales son familiares o no complicadas, la información y la motivación pueden actuar directamente sobre la conducta. En este caso, un paciente puede seguir una prescripción basado en la información entregada por el médico. En el modelo, la relación entre motivación e información es débil. Sin embargo, la presencia de ambos aumenta el poder predictivo del modelo.

## **3. METODOLOGÍA**

### **3.1. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN**

Nuestra investigación es no experimental ya que no habrá manipulación de variables y los sujetos se evaluarán dentro de un proceso natural para él dentro de lo que es la atención de su enfermedad, es decir se lo hará dentro de las entrevistas programadas como parte del tratamiento.

El diseño es transversal descriptivo, tomando la información en un momento de la vida del paciente sin evaluar cambios en periodos de tiempo determinados, y sin profundizar en las causas o antecedentes desencadenantes, solo describiendo los hechos evitando cualquier influencia.

### **3.2. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS EMPLEADAS.**

#### **3.2.1. Procedimientos.**

Para la realización de esta tesis fue necesario pasar las siguientes etapas:

- .- Selección del tema
- .- Aprobación del Tema por la comisión científica
- .- Inicio de seminarios (de mayo-diciembre)
- .- Selección de pacientes.
- .- Desarrollo del tema con cada uno de los expositores cubanos
- .- Selección de técnicas.
- .- Designación de un Tutor para el desarrollo y revisión de la investigación.

- .- Información y solicitud al paciente para ser parte del estudio.
- .- Programación y asistencia a las tutorías
- .- Aplicación de las herramientas de evaluación.
- .- Análisis de los resultados
- .- Conclusiones
- .- Recomendaciones
- .- Entrega de la tesis

Los pacientes se seleccionan luego de revisar los reportes de los Departamentos de Trabajo Social, Estadística y Farmacia, quienes tienen registros de las ausencias a citas y exámenes, antecedentes socioeconómicos y culturales, etc. Se hace una primera entrevista donde el paciente asiste con un familiar para levantamiento de datos actualizados y para que reciba información sobre el estudio que se va a realizar, solicitando su colaboración y aclarando que no se vería afectada negativamente su atención por ser parte del proyecto.

En tres citas siguientes, previo consentimiento informado y explicación de los objetivos del estudio se aplican las pruebas en las dependencias del Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña, situado en la ciudad de Guayaquil con una duración aproximada de 45 minutos en el Departamento de Psicología. Cada test se toma y evalúa de acuerdo a los protocolos correspondientes, iniciando con el de Autoeficacia, luego el test de los diez deseos y el de completamiento de frases.

Con las respuestas a los tests se construye estadísticas con respuestas cerradas, para ir comparando y buscando puntos de convergencia entre los elementos psicológicos que son comunes entre los sujetos de la investigación.

Así mismo, se procede a la codificación de las respuestas de las evaluaciones cualitativas, las cuales se irán clasificando de acuerdo a su área y sentido dando un valor de positivo si la respuesta va hacia un comportamiento individual y social sano, un valor negativo si la respuesta va en sentido contrario y un valor neutro si

no percibimos una tendencia mayor en uno u otro sentido, estableciendo la frecuencia de aparición de estos indicadores, lo que proyectará el nivel de importancia de cada uno en estos pacientes. Posterior a las evaluaciones, se hace una entrevista semiestructurada para complementar datos poco o nada abordados, lo cual servirá como herramienta de triangulación para los resultados obtenidos en los otros tests.

### **3.2.2. Técnicas empleadas.**

Las técnicas empleadas en esta investigación fueron tres:

**Escala de Autoeficacia Generalizada:** mide lo que está definido como la percepción de la capacidad para seguir con el tratamiento antirretroviral (autoeficacia). Evaluada con una escala tipo Likert usando valores de (1) “Nunca”, (2) “A veces”, (3) “Pocas veces”, y (4) “Nunca”.

**Test de los diez deseos:** Este es un test para identificar características proyectivas donde el sujeto recibe una consigna ambigua no necesariamente dirigida a un ámbito específico. Los tres primeros deseos son decisivos, aunque todos nos resultaran importantes. Pero en la jerarquización por algo coloca primero esos tres deseos. La manera de evaluar es cualitativa y nos permite indagar en todas las zonas de interés y motivacionales. Las respuestas son muy útiles para el trabajo individual, a modo de disparadores subjetivos para el trabajo asociativo posterior.

Este test de los diez deseos es un test muy sencillo de tomar y para analizarlo cualitativamente se dibuja una torta de ocho porciones y se empieza a colocar: carrera profesional, una porción; salud, una porción; familia, una porción; amigos, una porción; dinero, una porción; etc. Alguna puede ocupar dos porciones y otra faltar como tiempo libre, ocio, cultura, etc. Y ver por qué sobra lo que sobra y por qué falta lo que falta. Como se puede observar los parámetros o ejes principales son:

-familia

-estudios

- |               |                      |
|---------------|----------------------|
| -trabajo      | -proyectos           |
| -amigos       | -valores humanos     |
| -pareja       | -cultura             |
| -tiempo libre | -situación económica |
| -otros        |                      |

**Test de completamiento de frases:** El test de completamiento de frases de J. Rotter permite conocer los conflictos que tienen los pacientes y en qué área están concentrados los problemas fundamentales, utilizando proyecciones subjetivas.

G.Torroella, amplía la prueba de Rotter y le añade 10 frases, utilizándola con un fin vocacional. En nuestro caso hemos tomado este test también como recurso para el Área de Psicología del Hospital, pero del cual aprovecharemos las preguntas de acuerdo al siguiente esquema:

- Autoconcepto (15,18,23,26,28,33,37,38,49,50).
- Motivaciones generales (1,25,34,35,42,43,45,46,48,51)

En cuanto a la interpretación cualitativa no existe un método en específico, depende como plantea el autor, de la experiencia, entrenamiento y orientación de quien interpreta.

### **3.3. POBLACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA.**

La población atendida en el departamento de Psicología del Hospital de Infectología “Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña” está formado por hombres y mujeres en edades comprendidas de diez años en adelante, ya que los menores a estos son derivados y atendidos en hospitales especiales para niños. A continuación datos de los años pasados.

AÑOS	TOTAL		CASOS NUEVOS		SUBSECUENTES	
	No	%	No	%	No	%
<b>TOTAL</b>	78098	100,0	7396	9,47	70702	90,5
<b>2000</b>	1254	100,0	449	35,8	805	64,2
<b>2001</b>	1416	100,0	320	22,6	1096	77,4
<b>2002</b>	2066	100,0	674	32,6	1392	67,4
<b>2003</b>	2411	100,0	556	23,1	1855	76,9
<b>2004</b>	1807	100,0	463	25,6	1344	74,4
<b>2005</b>	4990	100,0	440	8,8	4550	91,2
<b>2006</b>	8006	100,0	799	10,0	7207	90,0
<b>2007</b>	7021	100,0	717	10,2	6304	89,8
<b>2008</b>	10509	100,0	775	7,4	9734	92,6
<b>2009</b>	13252	100,0	1001	8,2	12251	91,8
<b>2010</b>	19535	100,0	950	4,9	18585	95,1
<b>2011*marzo</b>	5831	100,0	252	4,3	5579	95,7

FUENTE: DPTO. DE INFORMACION Y ESTADISTICA

Cuadro 1.- Estadística de atención en Hospital de Infectología del 2000 al 2011

La unidad de análisis son las personas entre 20 y 50 años con diagnóstico de VIH que asisten al hospital de Infectología Dr. Jose Daniel Rodríguez Maridueña durante el segundo semestre del 2011, que han presentado problemas de adherencia, detectados en meses anteriores.

En este estudio se utiliza una muestra no probalística de 6 sujetos seleccionados en base a una serie de criterios de inclusión y exclusión, de los cuales se atendió a cinco varones y una mujer.

### **Criterios de Inclusión.**

Los criterios de inclusión se determinaron en función de variables relacionadas a su condición médica y a su comportamiento relacionado con la adherencia, ya que es ese nuestro tema a tratar. Estos criterios son:

1. Tener un diagnóstico de VIH superior a los 6 meses.
2. Estar en tratamiento antirretroviral.
3. Disposición a colaborar con el estudio.
4. Antecedentes de consumo de alcohol durante tratamiento médico.
5. Al menos una ausencia a consulta, exámenes o retiro de medicamentos en el último año.

### **Criterios de Exclusión.**

Los criterios de exclusión fueron escogidos por requerir de sujetos cuyo nivel de comunicación sea el mayor posible, sin obstáculos físicos, psiquiátricos, de lenguaje, farmacodependencia o legales, que nos impida concluir con el estudio de cada paciente seleccionado. Estos criterios son:

1. Tener un Diagnóstico Psiquiátrico.
2. Presentar discapacidad severa física o intelectual.

3. Presencia de déficit de lenguaje.
4. Tener problemas legales debido a delitos.
5. Tener problemas de farmacodependencia.
6. Ausencia de disposición para colaborar con el estudio.

### **3.4. CARACTERIZACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN O COMUNIDAD QUE SE ESTUDIA**

Guayaquil tiene un total de 16 parroquias urbanas que conforman la cabecera cantonal, y se encuentran ubicadas al noreste del cantón. El hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña se encuentra ubicado en la denominada Tarqui. Esta parroquia es la de mayor área y población de Guayaquil, ocupando casi la mitad superior de la ciudad, con una población de 835.486 habitantes según el censo poblacional realizado en el 2001. La población dentro de esta zona es diversa, con predominio de organizaciones comerciales y educativas. La infraestructura de las calles es de hormigón armado y la mayoría de construcciones son de cemento. Cuenta con todos los servicios básicos como electricidad, agua potable, alcantarillado, teléfono, y aguas servidas. En las cercanías del hospital se pueden encontrar las siguientes instituciones:

- Hospitales como el de la Policía y el Roberto Gilbert.
- El Instituto Nacional de Higiene.
- La estación del Cuerpo de Bomberos.

- Colegios particulares (3) y fiscales (4).
- Universidades (2).
- Comisariatos (2).
- Concesionarias de autos y centros de servicio mecánico.
- Centros comerciales (2).
- Coliseo Cerrado
- Estadio Alberto Spencer
- Cementerio de la Junta de Beneficencia de Guayaquil.
- Salas de velación y mercado de flores.
- Centros de asilos de ancianos (3)
- Varios parques.
- Varias despensas y farmacias.
- Consultorios médicos y laboratorios.
- Centro de atención del IESS.
- Cuartel Modelo de la Policía.
- Un PAI
- Dos iglesias católicas y una evangélica.

El Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez brinda atención a personas provenientes de todas partes del país pero en especial a los habitantes de Guayaquil y sus poblaciones marginales que no están afiliadas a un seguro como el IESS, el ISPOL ó el seguro del ejercito. Este hospital está ubicado en una zona de fácil acceso a través de líneas de buses y carros particulares, pues se encuentra estratégicamente ubicado en lo que se puede considerar zona céntrica de la ciudad, dentro de la parroquia Tarqui. Proporciona varias opciones de transporte público y privado de fácil acceso, además de estar en una vía que va al aeropuerto de la ciudad y el terminal terrestre.

La cantidad de usuarios atendidos durante el año 2010 es de 19535 personas, que incluyen pacientes nuevos y subsecuentes. Hasta Marzo del 2011 se han atendido 5831 pacientes, lo que indica un leve crecimiento. La población atendida es variada, por lo que se puede encontrar niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, de estratos sociales diferentes pero en especial de las áreas marginales de la ciudad y de escasos recursos económicos. El hospital no está orientado a la atención de la comunidad a su alrededor sino que tiene una cobertura mucho más amplia, abarcando todas las personas que vienen de dentro y fuera del cantón Guayaquil. Además por ser un centro de especialidades en enfermedades infecciosas es un referente que es continuamente recomendado por otros centros de salud, instituciones, clínicas y profesionales de todo el país.

El “Hospital del Infectología Dr. José Rodríguez Maridueña” es de fácil acceso para la comunidad, debido a su ubicación y a la gran afluencia de transportes públicos, la principal entrada al hospital es por Emergencia, que da de lado de la calle Julián Coronel 900 y José Mascote, Limitando al Norte: Cementerio General y Salas de Velación, al Sur: Av. 9 de Octubre, al Este: Hospicio Corazón de Jesús de la Junta de beneficencia, al Oeste: Av. De las Américas y Aeropuerto.

El Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña tiene sus inicios en 1946, cuando en un local del asilo de ancianos Hospicio Corazón de Jesús, regentado por la Honorable Junta de Beneficencia de Guayaquil y ubicado en las

calles Julián Coronel y José Mascote, empieza a albergar pacientes con el mal de Lepra-Hansen y fiebre tifoidea. Estaba orientado a ser un hospital de aislamiento y nadie quería pasar por allí por considerarlo un sitio de alta peligrosidad y contagio debido a los males infecciosos que se atendían. Se lo conocía con el nombre de “Lazareto” y su director en ese entonces era el Dr. Isaías Medina (1946-1951). Su actual directora es la Dra. Alicia Espinoza.

**Misión:** “Ejercer la Rectoría del Sistema Nacional de Salud a fin de garantizar el derecho a la salud del pueblo ecuatoriano, por medio de la promoción y protección de la salud, de la seguridad alimentaria, de la salud ambiental y del acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.”

**Visión:** “Para el año 2020 el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ejerce la Rectoría del Sistema Nacional de Salud, modelo referencial en Latinoamérica, que garantiza la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad”.

**Valores:**

- Talento humano	- Identidad institucional
- Honestidad	- Ética
- Justicia	- Compromiso
- Independencia	- Excelencia
- Solidaridad	- Trabajo en equipo.
- Integridad	- Liderazgo
- Respeto a la diversidad	- Disciplina

Actualmente ofrece los siguientes servicios para atención al usuario:

- ❖ Medicina General.
- ❖ Consulta Externa.
- ❖ Ginecología-Obstetricia.
- ❖ Emergencia.
- ❖ Neonatología.
- ❖ Pediatría.

- ❖ Hospitalización.
- ❖ Farmacia.
- ❖ Terapia Respiratoria.
- ❖ Laboratorio Clínico
- ❖ Psicología
- ❖ Trabajo Social.
- ❖ Consejería.
- ❖ Odontología
- ❖ Nutrición.
- ❖ Imagenología
- ❖ Medicina Interna.
- ❖ Cirugía Menor.
- ❖ Educación para la Salud.
- ❖ Neurología.
- ❖ Cardiología.
- ❖ Estadística.

Sus departamentos por área de trabajo son:

- ✓ Administración y Estadística.
- ✓ Laboratorio de Inmunología.
- ✓ Laboratorio Clínico.
- ✓ Laboratorio Microbiológico.
- ✓ Terapia Respiratoria.
- ✓ Ecografía.
- ✓ Odontología.
- ✓ Educación para la Salud
- ✓ Psicología Clínica.
- ✓ Trabajo Social.
- ✓ Rayos X.
- ✓ Area de Emergencia.
- ✓ Area de Unidad de cuidados intensivos.
- ✓ Hospitalización.
- ✓ Farmacia.

- ✓ Enfermería.
- ✓ Medicina Interna.
- ✓ Consulta Externa.
- ✓ Control Sanitario.
- ✓ Ambulancia.

Actualmente el hospital “Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña” está siendo remodelado y en estos momentos cuenta con una primera área que se encuentra distribuido de la siguiente manera:

- Planta alta → Consultorios, Oficinas Administrativas de RRHH, Dirección, salas de espera y Auditorio.
  
- Planta baja → Area de Emergencia, Laboratorio, Rayos X, Pagaduría, Sala de Espera, Estadística y Farmacia, en el área posterior del departamento, Cuidados Intensivos, Comedor, Bar y Sala de Conferencias. Además cuenta con el Departamento de Lavandería, Comedor, Area de cocina, Salón de Asociación de Empleados, Bar y Guardianía.

La institución es parte de Redes Comunitarias para tratamiento de VIH-SIDA, Redes Comunitarias para tratamiento de tuberculosis, Dirección Provincial de Salud, OMS, entre otras organizaciones, por lo que coordina acciones con agentes externos de salud como son: Promotores de Salud, OMS, Centros y Sub-centros de Salud Comunitaria, Municipio, ONG´s, etc.

### **Diagnóstico institucional (FODA)**

#### **FORTALEZAS:**

- Pertenece a la red de Hospitales Públicos con especialidad en enfermedades infecciosas.
- Constituye un hospital de regional en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas.

- Responde a las expectativas como hospital de referencia provincial en el diagnóstico, tratamiento y hospitalización de pacientes con VIH-SIDA.
- Atiende la demanda de múltiples tipos de cirugía especialmente para los pacientes de SIDA, rechazados por otros hospitales.
- Posee equipos especializados y complementarios en el diagnóstico: laboratorios, microbiología, ecografía, radiografía, electrocardiografía.
- Posee espacio físico para ampliación futura.
- Tiene un equipo humano comprometido con la visión y misión de la institución.

#### **DEBILIDADES:**

- Un alto porcentaje del personal médico no tiene título de especialista en enfermedades infecciosas.
- El personal médico debe tener cursos continuos de actualización de enfermedades infecciosas auspiciados por el hospital.
- El 80% del personal de laboratorio es contratado por autogestión.
- Un alto porcentaje, aprox. 70% del personal médico trabaja bajo contrato de autogestión.
- El personal de rayos X, ecografía, electrocardiografía es contratado por autogestión.
- Los recursos físicos, humanos y materiales se hacen insuficientes cada cierto tiempo por la creciente demanda.

#### **OPORTUNIDADES:**

- La cercanía al Instituto Nacional de Higiene constituye el apoyo fundamental por laboratorio en el diagnóstico de enfermedades infecciosas.
- El Instituto Nacional de Higiene (INH) tiene tarifas elevadas en los exámenes de laboratorio, además que no exonera, por lo que los pacientes tienen limitado acceso al servicio del INH.

- Esta programado y proyectado un curso de maestría en enfermedades infecciosas en convenio con el Hospital de infectología por parte del instituto de investigaciones Medicas de la Universidad de Guayaquil.
- La inversión que se ha hecho en el Gobierno actual ha permitido incrementar los espacios de atención a pacientes de enfermedades infecciosas.

### **AMENAZAS:**

- El Instituto Nacional de Higiene es competencia a nuestro Laboratorio.
- El laboratorio del Colegio de Químicos Farmacéuticos, competencia del que hay en el hospital, queda a pocas cuadras.
- El cambio constate de la Autoridad principal del Hospital resta continuidad en los procesos funcionales, debido a las constantes nuevas disposiciones.
- La creciente demanda de los pacientes de VIH-SIDA es el motivo principal en el retraso del tratamiento por lo que constituye una necesidad implementar el laboratorio con equipos como CITOMETRO DE FLUJO (CD4-CD8).
- No existe un área de Laboratorio dedicado a MICOLOGÍA.
- El espacio físico y los equipos de Odontología son inadecuados para la atención de calidad que merece el paciente.
- Por ser un hospital público suele ser afectado por decisiones políticas o cambios de Gobierno, lo afecta los programas y procesos de atención en salud.

### **Diagnóstico del Departamento de Psicología (FODA).**

#### **FORTALEZAS:**

- Capacidad para Trabajar en equipo.

- Excelente nivel de comunicación.
- Optimas relaciones interpersonales.
- Experiencia en enfermedades infectocontagiosas.
- Personal capacitado.
- Predisposición al aprendizaje.
- Personal organizado en tareas.

#### **OPORTUNIDADES:**

- Reconocimiento del trabajo del psicólogo de pacientes y personal médico.
- Convenios con ONG´s.
- Políticas institucionales que favorecen el trabajo del psicólogo.
- Aptitud colaborativa de otros profesionales de salud.
- Proyecto de ampliación de espacio físico para Psicología.

#### **DEBILIDADES:**

- Falta de instrumentos de apoyo para el diagnóstico.
- Falta de sistemas de computo.
- Suministro irregular de papelería de oficina.
- Espacio físico limitado para consultas e intervención.
- Falta de privacidad.
- Falta de personal de Psicología para atender demanda.
- Falta de asistente de soporte operativo.

#### **AMENAZAS:**

- Políticas no claras con pasantes.
- Falta de convenios para contratar nuevos psicólogos.
- Incremento de usuarios.

- Problemas socioeconómicos de los pacientes.
- Insuficiente inversión del hospital en capacitación para Psicología.
- Cambios de autoridades dependiendo del ambiente político.

El hospital no presenta a atención a las necesidades que tiene que tiene la comunidad del sector, puesto que fue creado para brindar una atención de amplio alcance, y esto ha llegado a ser efectivo a tal punto que tiene afluencia de pacientes de otras ciudades aledañas y de otras provincias, también recibe a pacientes derivados de otros centros médico y hospitalarios de la ciudad debido a la atención especial de enfermedades infecto contagiosas que se desarrollan en toda la ciudad de Guayaquil sobre todo en la zona periférica y en la resto de la Provincia.

Mediante la encuesta realizada, nos hemos dado cuenta que la cobertura del hospital de Infectología en la comunidad no es muy alta, los pobladores de la parroquia Tarqui conocen donde queda su ubicación, pero no acuden a la misma. La mayor cantidad de usuarios del Hospital, son de otras parroquias y vienen de provincias cercanas y lejanas en busca de tratamiento antirretroviral y otros servicios del hospital, estadística nos dieron la información del año 2006 y dijeron que un total de 28.793 personas atendidas.

### **3.5. VARIABLES (CONCEPTUALIZACION Y OPERACIONALIZACION)**

#### **3.5.1. CONCEPTUALIZACION DE LAS VARIABLES.**

- **Adherencia al tratamiento antirretroviral:** Capacidad del paciente con VIH para implicarse correctamente en la elección, inicio y cumplimiento del tratamiento a fin de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral.
- **Autoeficacia:** es un concepto introducido por Bandura (1977) y se refiere a la percepción que tienen las personas sobre su capacidad para responder

a un evento específico. Se considera que conforme los individuos avanzan en sus etapas de cambio, la autoeficacia en ellos será mayor.

- **Factores motivacionales ó motivaciones:** Se integran en la esfera afectiva y están formados por las necesidades, motivos, emociones, sentimientos, voluntad, deseos y aspiraciones
- **Autoconcepto:** En un sentido amplio es el conocimiento de las propias capacidades mentales, incluyendo aspectos cognitivos, como evaluativos/afectivos, constituyendo una organización cognitivo/efectiva que influye en la conducta. Se puede decir que determina la conducta, el pensamiento y las reacciones emocionales ante situaciones conflictivas, y por consiguiente, que influye en la relación interpersonal (*Paya, 1992*).

### **3.5.2. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.**

Variable: Adherencia

Dimensión: Cognitiva

Indicador: Autoeficacia

Herramienta: Test de autoeficacia Generalizada.

Dimensión: Afectiva-motivacional

Indicador: Motivaciones

Herramienta: Test de los diez deseos.

Dimensión: Personológica

Indicadores: Autoconcepto y motivaciones

Instrumento: Test de completamiento de frases

### 3.6. TAREAS INVESTIGATIVAS

Actividades	Sep. 12- 22	Sep. 19- 24	Oct 3- 13	Oc 17- 27	Nov 7-17	Nov 21- Dic1	Dic 5- Dic 15	Ene 9 - 27	Feb 1 - 7
Elaboración de introducción y aprobación del tema de tesis.	X								
Revisión de bibliografía Para marco teórico.		X							
Elección de procedimiento e instrumentos.			X						
Toma de muestra de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión.				X					
Análisis de los datos de uno de los instrumentos.				X	X	X			
Análisis global							X		
Elaboración conclusiones y recomendaciones.							X		
Preparación del resumen								X	
Desarrollo de las correcciones e informe del tutor.									X

### 3.7. RESULTADOS ESPERADOS

Una vez planteado nuestros recursos de investigación y los procedimientos, esperamos desarrollar las actividades con la mayor regularidad posible, siendo conscientes de los imprevistos que puedan surgir conforme vamos avanzando, para lo cual trataremos de buscar la flexibilidad tanto de los sujetos de investigación como de los facilitadores de la institución.

Los objetivos deberán ser cumplidos para poder obtener resultados que nos permitan plantear nuevos estudios científicos de mayor profundidad y haber

contribuido con paso inicial a esta problemática de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH.

Tanto la autoeficacia como la motivación deberían representar categorías importantes para la búsqueda y el mantenimiento de una salud física y psicosocial en estas personas para que les permita continuar sus vidas, entendiendo que esta no comienza ni termina con el VIH, si existe las condiciones internas y externas para salir adelante.

## 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Una vez concluida la tarea de aplicar las pruebas cuantitativas y cualitativas, debemos evaluar los resultados obtenidos en donde se revisaran las tendencias de los indicadores, primero de manera independiente con cada herramienta psicológica y luego haciendo una recopilación de manera global, tomando muy en cuenta el sistema de triangulación que verifique la coherencia de los procedimientos y técnicas propuestas.

### 4.1. ANÁLISIS DE CADA UNA DE LAS TÉCNICAS.

#### 4.1.1. Análisis de resultados de Escala de Autoeficacia Generalizada.

	<b>4138</b>	<b>3104</b>	<b>112512</b>	<b>4163</b>	<b>4088</b>	<b>4112</b>	Suma	Media
1	3	2	3	3	2	2	15	<b>2,50</b>
2	3	3	1	3	3	2	15	<b>2,50</b>
3	3	1	2	2	4	3	15	<b>2,50</b>
4	3	2	1	4	2	3	15	<b>2,50</b>
5	2	1	2	3	3	2	13	<b>2,17</b>
6	2	3	1	2	4	3	15	<b>2,50</b>
7	4	3	3	2	4	3	19	<b>3,17</b>
8	3	3	1	4	4	3	18	<b>3,00</b>
9	4	2	1	4	4	4	19	<b>3,17</b>
10	3	3	1	3	4	2	16	<b>2,67</b>
TOTAL	<b>30</b>	<b>23</b>	<b>16</b>	<b>30</b>	<b>34</b>	<b>27</b>	<b>160</b>	<b>26,67</b>

Cuadro 2. Autoeficacia

Equivalencia de puntaje de cada pregunta:

1= Nunca

2= Pocas veces

3= Algunas veces

4= Siempre

En esta prueba se califica sumando el valor de cada pregunta y comparando con los siguientes valores:

31-40	Alta autoeficacia
21-30	Media autoeficacia
1-20	Baja autoeficacia

Como se puede observar en esta prueba, hay indicaciones que un paciente tiene una baja autoeficacia, 4 con una autoeficacia media, y uno solo con autoeficacia alta. Es decir que la tendencia es hacia una autoeficacia media.

Al sacar un promedio de los valores obtenidos, se obtiene 26,67 que se ubica en el rango de la Autoeficacia Media. Este valor intermedio indica que es muy probable que se necesite aumentar el nivel de la Autoeficacia para mejorar la adherencia al tratamiento y en consecuencia la salud, lo cual lo iremos ratificando o descartando con las otras pruebas.

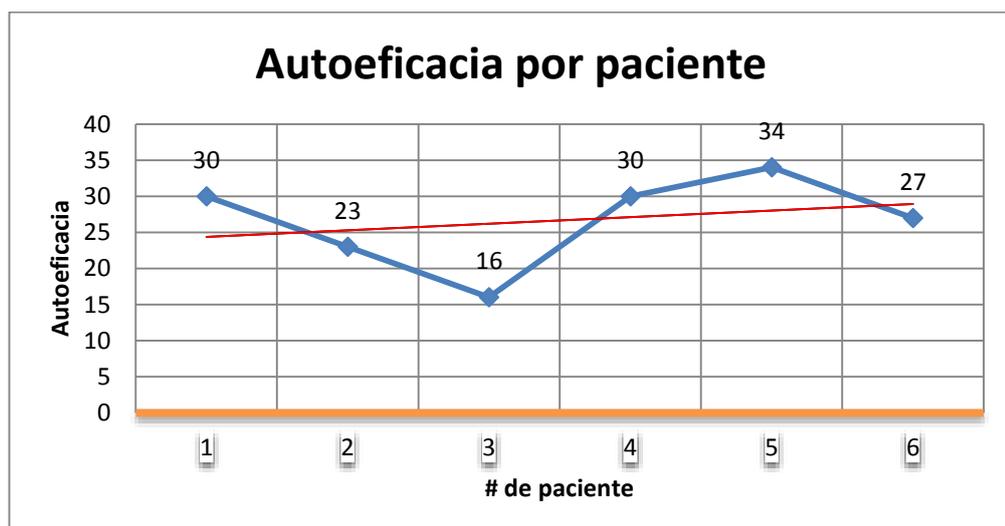


Gráfico 1. Autoeficacia por paciente

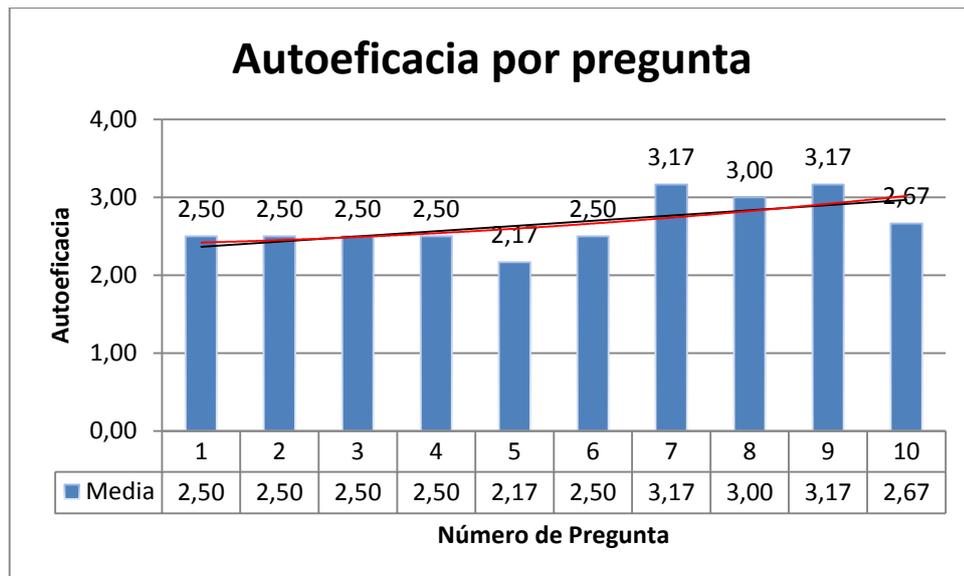


Gráfico 2. Autoeficacia por pregunta

Según este gráfico las preguntas que apuntan hacia una eficacia mayor, osea de una “eficacia media” son las “7” y “9” cuyo texto dice respectivamente como sigue:

“7.- Puedo mantener la calma ante las dificultades, porque puedo confiar en mis habilidades de afrontamiento”.

“9.- Si estoy en problemas, por lo general se pueden encontrar varias soluciones”.

La pregunta que representa una menor autoeficacia es la 5 y dice: “Gracias a mi ingenio yo sé manejar situaciones imprevistas.”

#### 4.1.2. Análisis de resultados del Test de los diez deseos

RESULTADOS DEL TEST DE LOS DIEZ DESEOS							
Deseo #	4138	3104	112512	4163	4088	4112	
1	V	S	E	P	F	F	<b>Areas</b>
2	S	F	SOC	E	E	F	V= Valores
3	E	SOC	SOC	F	E	F	S= Salud
4	V	E	S	L	S	F	P= Pareja
5	P	F	P	L	L	L	SOC= Social
6	SOC	V	E	SOC	E	E	F= Familia
7	F	V	SOC	V	E	E	E= Economía
8	P	E	V	SOC	E	F	L= Laboral
9	E	F	F	S	P	P	
10	F	L	E	V	V	E	

Cuadro 3. Resultados del Test de los diez deseos

Los resultados obtenidos en esta prueba, dan una tendencia del área de sus aspiraciones o deseos, lo que nos puede ayudar a relacionarlo con sus motivaciones para alcanzar esos objetivos.

## Áreas por cada número de deseo.

En la siguiente tabla presentamos el número de deseos relacionados con un área específica por número de deseo, por ejemplo vemos que para la primera pregunta el número de deseos relacionados con Valores es uno, con Salud es uno, con la Pareja es uno, con el ámbito Social no hubo, con la Familia fueron dos, con el área Económica son tres y con lo Laboral no hubo. De la misma forma se aplica para el resto de deseos.

Áreas por número de deseo							
Deseo #	Valores	Salud	Pareja	Social	Familia	Economía	Laboral
1	1	1	1	0	2	0	0
2	0	0	0	0	1	0	0
3	0	0	0	0	1	0	0
4	1	2	0	0	1	0	0
5	0	0	1	0	0	0	0
6	1	0	0	1	0	1	0
7	2	0	0	0	0	1	0
8	1	0	0	1	1	0	0
9	0	1	2	0	0	0	0
10	2	0	0	0	0	1	0

Cuadro 4. Áreas por número de deseo

Hemos querido graficar esta tabla para tener una perspectiva visual más clara de los resultados obtenidos de la siguiente manera:

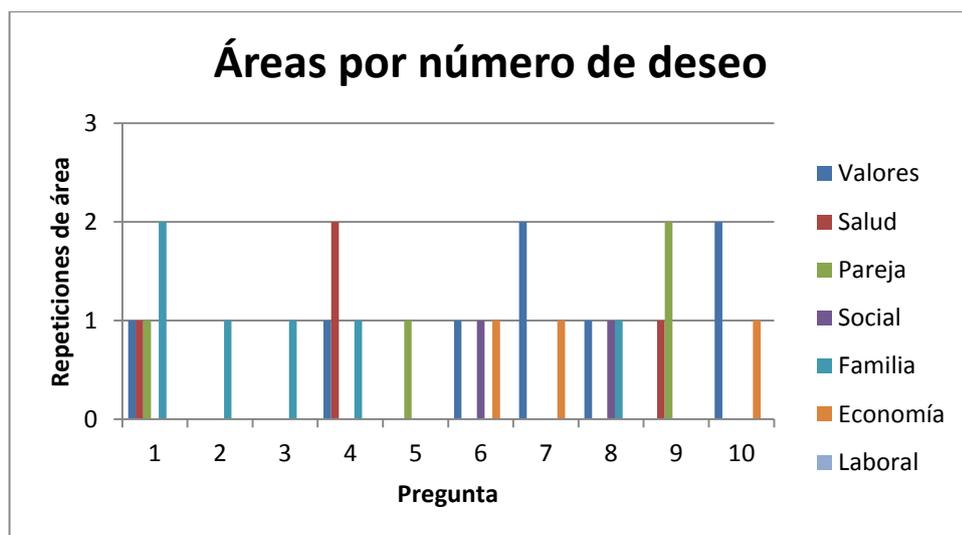


Gráfico 3. Áreas por número de deseo.

Como se puede observar tanto en el gráfico como en la tabla existen predominio de áreas en cinco de los diez deseos. En el primer deseo, las respuestas relacionadas con la familia tuvieron más repetición, lo mismo ocurrió en el cuarto deseo con lo relacionado a la salud, así como en el séptimo y décimo deseo en el área de los valores. En el noveno deseo se vio una mayor tendencia hacia la pareja.

En términos globales se mantiene los deseos en lo que tiene que ver con los valores sociales y éticos, ocupando un segundo lugar la familia, la pareja y la salud, y dejando al último los demás.

Si bien es cierto esto nos puede dar una tendencia, no necesariamente implica que estas áreas son las prioritarias para cada sujeto revisado, sino las que recuerda y creería que también quisiera cumplir, más allá de ser las importantes que podría estar encasillada en un solo deseo.

## Áreas globales de respuestas del Test de los diez deseos.

La siguiente tabla nos indica cuales fueron las áreas que más indicaron los sujetos participantes de este trabajo en la prueba de los diez deseos.

Áreas de motivación de los diez deseos									
Áreas	4138	3104	112512	4163	4088	4112	Total	Porcentaje	
Valores	2	2	1	2	1	0	8	13,33%	
Salud	1	1	1	1	1	0	5	8,33%	
Pareja	2	0	1	1	1	1	6	10,00%	
Social	1	1	3	2	0	0	7	11,67%	
Familia	2	3	1	1	1	5	13	21,67%	
Economía	2	2	3	1	5	3	16	26,67%	
Laboral	0	1	0	2	1	1	5	8,33%	

Cuadro 5. Áreas de motivación de los diez deseos.

Hacemos un acercamiento a los resultados mediante un gráfico para indicar que la familia y lo económico se presenta como lo más mencionado en el total de las respuestas.

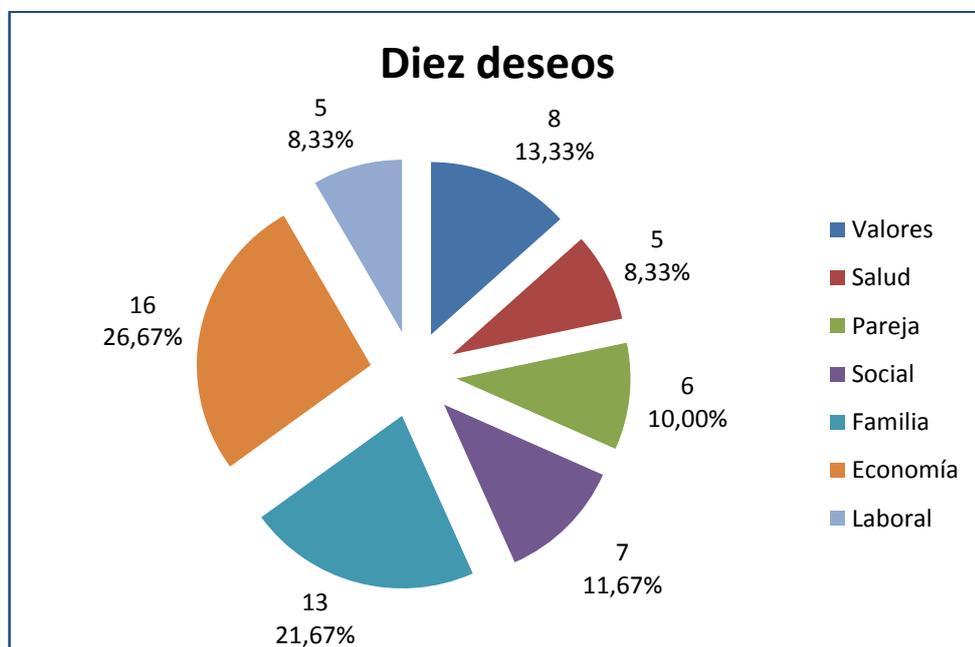


Gráfico 4. Áreas de motivación de los diez deseos.

## Áreas de motivación relacionadas a los primeros tres deseos

A continuación vemos los valores obtenidos para las áreas de motivación en la medición de los primeros tres deseos de los pacientes atendidos.

Áreas de motivación de los primeros tres deseos								
Áreas	4138	3104	112512	4163	4088	4112	Total	%
Valores	1	0	0	0	0	0	1	6%
Salud	1	1	0	0	0	0	2	11%
Pareja	0	0	0	1	0	0	1	6%
Social	0	1	2	0	0	0	3	17%
Familia	0	1	0	1	1	3	6	33%
Economía	1	0	1	1	2	0	5	28%
Laboral	0	0	0	0	0	0	0	0%

Cuadro 6. Áreas de motivación de los primeros tres deseos.

Esta tabla muestra que se mantiene la valoración de la familia y lo económico por sobre las otras áreas de motivación, lo que se puede ver gráficamente de la siguiente manera:

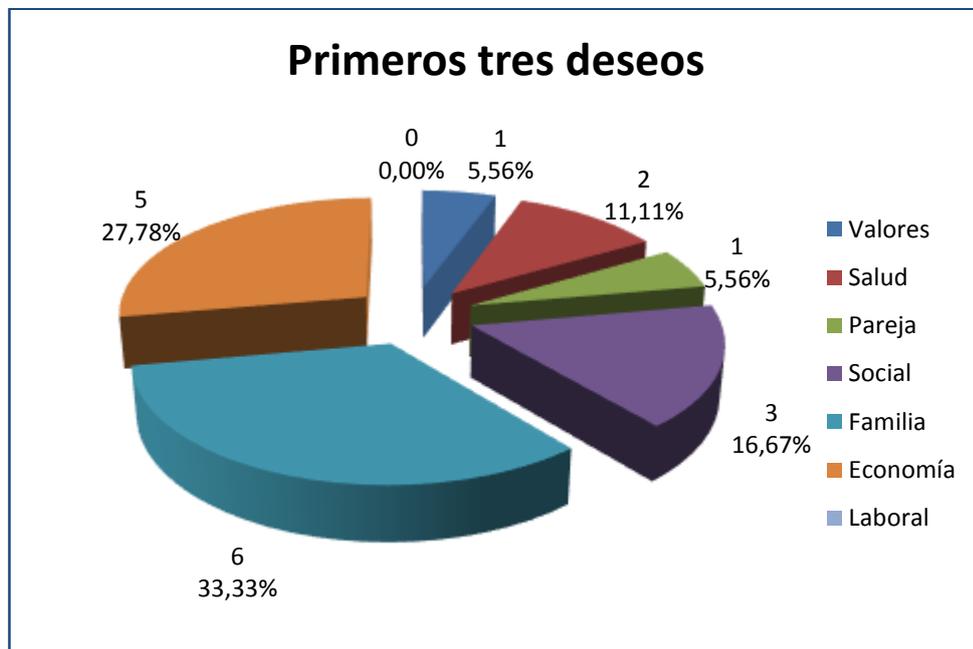


Gráfico 5. Áreas de motivación de los primeros tres deseos.

#### 4.1.3. Análisis de resultados de la Prueba de completamiento de frases.

##### Autoconcepto

La autoeficacia planteada como un componente del autoconcepto, puede verse reflejada en las líneas de respuesta de esta prueba de completamiento de frases.

	4138	3104	112512	4163	4088	4112	Total	%
<b>P(Positivo)</b>	4	5	1	6	5	4	25	42%
<b>N(Negativo)</b>	1	2	2	3	1	1	10	17%
<b>- (Neutro)</b>	5	3	7	1	4	5	25	42%

Cuadro 7. Autoconcepto

Mantienen un nivel similar de importancia (42%) en lo referente a lo negativo y positivo de las manifestaciones expresadas acerca del autoconcepto en esta prueba. Las respuestas sin tendencia clara hacia lo negativo o positivo que hemos llamado neutras son de un 17%.

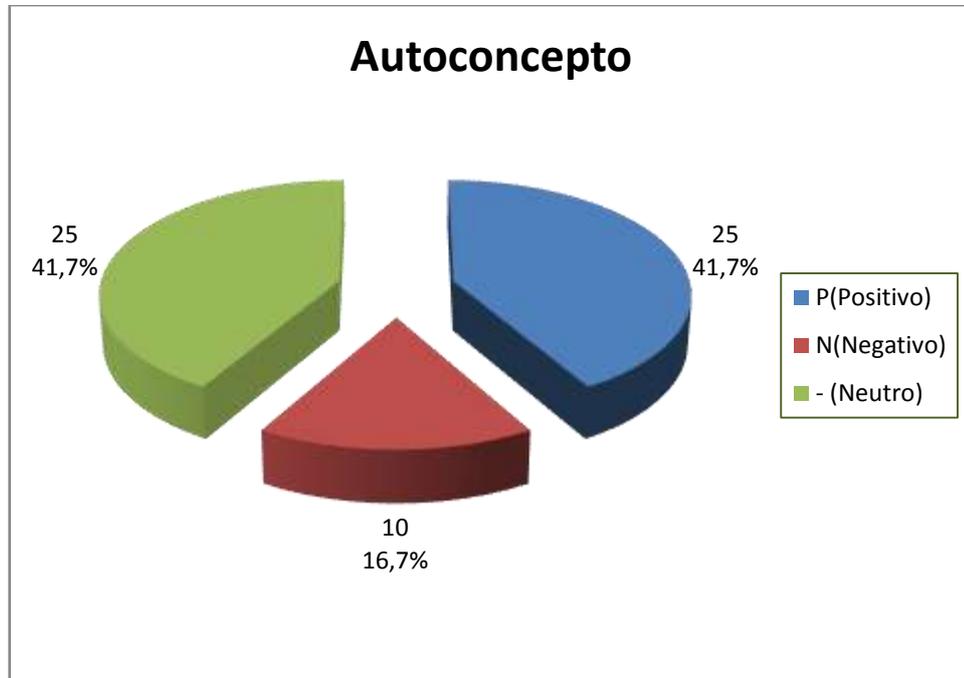


Gráfico 6. Autoconcepto

## Motivación

La motivación se da en algunas áreas de la vida de diferente manera, en este caso vemos que predominan las respuestas positivas con respecto a las negativas y las de tipo neutro, como lo vemos en la tabla siguiente:

	4138	3104	112512	4163	4088	4112	Total	%
P(Positivo)	4	3	3	5	7	6	28	46,7%
N(Negativo)	3	1	4	1	2	1	12	20,0%
- (Neutro)	3	6	3	4	1	3	20	33,3%

Cuadro 8. Motivación.

La motivación es casi la mitad positiva, complementando la otra mitad con respuestas negativas y neutras con respecto a ella.



Gráfico 7. Motivación.

## 4.2 Análisis global

En la primera herramienta de medición de la autoeficacia obtenemos como resultado un nivel medio que no representaría un nivel tan importante como el esperado, lo cual se corrobora con el resultado obtenido en el segmento del instrumento de completamiento de frases incompletas que no atribuye niveles altos al autoconcepto (relacionado con la autoeficacia). Es así que mientras el promedio de autoeficacia es 26,67 en la prueba correspondiente, el valor de un positivo autoconcepto es del 41,7% similar al del negativo que tiene el mismo valor.

Para la motivación, encontramos resultados que vinculan los deseos relacionados a la familia y lo económico como lo más frecuente e importante, de lo que se obtuvo en el test de los diez deseos. Esto se complementa a lo obtenido en la tercera herramienta donde se presentan respuestas positivas en un 47% para la motivación.

Lo que se puede observar, y pudiera ser preocupante es que a pesar de tener una enfermedad crónica como el VIH, no fue mencionada dentro de sus prioridades ni motivaciones en la mayoría de las respuestas, lo que nos pudiera hacer pensar que no representa la salud un área de importancia en sus vidas a pesar de haber presentado síntomas molestos antes de ingresar al hospital y comenzar el tratamiento.

## 5. CONCLUSIONES

Dentro de la adherencia terapéutica de los sujetos estudiados, la motivación influye en la medida que se cumpla con la medicación y se mantenga un estilo adecuado de vida, permitiendo alcanzar los objetivos de una valoración alta en sus expectativas especialmente a nivel familiar y económico.

La autoeficacia sugiere que cualquier cambio de conducta (por ejemplo, volverse adherente al TARGA) se fundamenta sobre la creencia de que una persona puede alcanzar exitosamente la conducta deseada. Sin embargo, este factor no actúa por sobre los demás factores significativos de los pacientes abordados.

La autoeficacia y la motivación son parte de un complejo sistema de elementos psicológicos que intervienen en la adherencia que permite alcanzar no solo un comportamiento adecuado como la toma del medicamento sino también la interacción con el medio y las cogniciones para llevar un estilo de vida que satisfaga expectativas propias para prolongar su estado de salud al mejor posible.

La influencia de este estudio marca un resultado favorable en el sentido de que aporta la utilidad de la Psicología Social Cognitiva dentro de ámbito de la salud y más específicamente de la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran alcance en personas portadoras de VIH. Es así como lo que denominamos Psicología de la Salud toma estos conceptos para implementarlos en sus postulados de aplicación generalizando ciertos criterios de estudio, diagnóstico, tratamiento y recuperación.

## 6. RECOMENDACIONES

La adherencia a un tratamiento terapéutico no solo debe enfocarse en la toma de medicamentos, asistencia a consultas y exámenes, buena alimentación, etc., ya que si estas actividades no son reforzadas con elementos cognitivos y motivacionales que las apoyen, la persona estará expuesta a la disminución o deterioro de su salud a pesar de estar informado de las consecuencias.

A nivel de Gobierno, así como han aumentado los programas de atención de salud a nivel de los médicos y medicinas, debe aumentarse y enfocarse más el área psicológica para prevenir y evitar la presencia de comportamientos perjudiciales al enfermo de VIH, pues como dijimos al inicio no solo es la parte humana que se ve afectada sino también la economía del país al aumentar cada día más el VIH en las personas jóvenes en pleno estado de productividad, disminuyendo su rendimiento y generando más gasto en salud.

A pesar de que existen nuevas áreas en construcción en el Hospital de Infectología, falta el compromiso de las autoridades para incentivar la terminación de las mismas pues más allá de la insuficiencia de recursos económicos, está la gestión directiva que no alcanza para implementar las nuevas áreas de asistencia psicológica, repercutiendo directamente en los pacientes a los que no logra atenderse con mayor calidad como el que se conseguiría con programas donde se aplique los conceptos de la Teoría Social Cognitiva.

La Facultad de Psicología debe continuar con la promoción de estudios acerca de la búsqueda de la salud que generen puntos de discusión a nivel académico, profesional y social, proponiendo promover esas investigaciones a través de charlas de los temas abordados en los mismos, invitando a las personas relacionadas con la atención a pacientes y familiares.

Los profesionales de la salud tanto a nivel médico como psicológico deben refrescar sus conocimientos y actualizarse continuamente para evitar el mecanicismo en sus procedimientos, fomentando un mayor desarrollo personal, institucional y comunitario.

Las personas afectadas con el VIH serán las mayores beneficiadas si logran integrar un comportamiento saludable con cogniciones adecuadas y un ambiente promotor de la salud física y psicológica, sin plantearse un escenario permanente sin problemas sino más bien reconociendo sus fortalezas y limitaciones, aceptando el resultado del uso de sus capacidades para alcanzar sus objetivos.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Libertad Martín Alfonso, 2006
- (2) Yeo & Sawyer, 2005
- (3) Martín y Grau, 2005
- (4) MSP. Guía de atención integral VIH 2010
- (5) Zaldívar, 2003.
- (6) Martín, 2003; Martín y Grau, 2005, Sánchez, 2006).
- (7) DeVega, 1984.
- (8) Fernández Alvarez ,1997.
- (9) Mahoney, 1988.
- (10) Valiante,2000
- (11) (12) Bandura, 1987.
- (13) Dosil, 2004, p. 137.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

Abelson, R. (1998). *La estadística razonada*. Buenos Aires: Paidós.

Bandura, A. (1982). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid: Espasa Calpe.

Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción*. Barcelona: Martínez Roca.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Bandura, A. (2000). *Guía para la construcción de Escalas de Autoeficacia*. EEUU: Universidad de Stanford.

Bandura, A. (2001). *Guía para la construcción de Escalas de Autoeficacia* (versión revisada). EEUU: Universidad de Stanford.

Bandura, A. (1999). *Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Biblioteca de psicología. Bilbao, España: Desclée de Bower

Barriga, S., León, J., Martínez, M. y Jiménez, I. (1990). *Psicología social de la salud*. Sevilla: Sedal.

Betz, N.; Hackett, G. (1983). The relationship of mathematics self-efficacy expectations to the selection of science based college majors. *Journal of Vocational Behavior*, 23, pp. 329-345.

Brooks, G.; Batel, J. y Morse, S. (2002). *Microbiología médica de Jawetz, Melnick y Adelberg*. México D.F: Manual Moderno.

- Busch, T.(1995). Gender Differences in Self-efficacy and Attitudes Towards Computers. *Journal of Educational Computing Research*, 12, pp. 147-158.
- Capra, D., Janeway, Ch., Travers, P. y Walport, M. (2000). *Inmunobiología: El sistema inmunitario en condiciones de salud y enfermedad*. Barcelona: Masson.
- Ciechanowski P., Katon W., Russo J. y Walter E. (2001). The patient-provider relationship: attachment theory in diabetes. *Am j psychiatr*, 158, pp. 29-35.
- Casullo, M. (1994). *Proyecto de vida y Decisión Vocacional*. Bs. As.: Paidós.
- Clement, S. (1987). The self efficacy expectations and preferences of females and males. *Journal of Occupational Psychology*, 60, pp. 257-265.
- Collins, J. (1982). *Self Efficacy and Ability in Achievement Behavior*. Documento presentado en la reunión anual de la AERA ( American Educational Research Association), New York.
- Compeau, D.; Higgins, C.(1995). Computer Self-efficacy: Development of a Measure and Initial Test; *MIS Quarterly*, June.
- Consuegra Aracelly (2005). *Diccionario de psicología*. Colombia.
- De Vega, M (1984). *Introducción a la Psicología Cognitiva*. Madrid: Alianza
- Di Matteo, R. (2002). *Health Psychology*. Boston: Ally & Bacon
- Domínguez García, L. (2005). *Problemas, principios y categorías*. Universidad de La Habana.
- Fernández Alvarez, H. (1997). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Bs. As.: Paidós.

Fretz, B.R.(1982). Perspectives and definition. *The counseling Psychologist*,10, pp.15-19.

Gardner, H. (1994). *Estructura de la mente. Teoría de las Inteligencias Múltiples*. México: Fondo de Cultura Económica

Gardner, H (1996). *La nueva ciencia de la mente*. Historia de la revolución cognitiva. Bs.As.: Paidós

Garrido Martín, E. (1987) Prólogo. En Bandura, A.(1987). *Pensamiento y Acción*. Barcelona: Martínez Roca.

Glass, G; McGaw, B. & Smith, Mary Lee. (1981). *Meta-análisis in Social Research*. California: Sage Publications.

Gómez Benito, J. (1987). *Meta-análisis*. Barcelona: P.P.V.

González Rey, F. (1992). *Personalidad, salud y modo de vida*. Universidad de La Habana.

González Rey, F. (2010). *Psicología de la personalidad*. Universidad de Guayaquil.

Hackett, G.(1999). Autoeficacia en la selección y desarrollo profesional. En Bandura, A. (Ed.). *Auto-Eficacia. Cómo afrontar los cambios de la Sociedad actual*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Hedges, L. & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. San Diego, CA: Academic Press.

Hysong, S. & Qiñones, M. (1997). *The relationship Between Self-efficacy and Performance: A Meta-Análisis*. Documento presentado en la XII Conferencia anual de la Society for Industrial and Organizational Psychology, St. Louis, MO.

Lent, R.; Brown, S.; & Larkin, K (1984). Relation of self efficacy expectations to academic achievement and persistence. *Journal of Counseling Psychology*. 31, 356-362.

Lent, R.; Brown, S.; & Larkin, K (1984). Self efficacy in the prediction of academic performance and perceived career options. *Journal of Counseling Psychology*. 33, pp 265-269.

Lopez, F. G., Lent, R. W., Brown, S. D., & Gore, P. A. (1997). Role of social-cognitive expectations in high school students' mathematics-related interest and performance. *Journal of Counseling Psychology*, 44, pp. 44-52.

Mahoney, M; (1988). *Psicoterapia y procesos de cambio humano*. En Mahoney, M & Freeman, A. comp.(1988). *Cognición y Psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.  
Mahoney, M & Freeman, A. (comp.) (1988). *Cognición y Psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.

Martín, L. y Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la Psicología de la Salud. México: *Psicología y Salud*, enero-junio, vol.14, 89-99.

Mayor, J.(1980) Orientaciones y problemas en psicología cognitiva. *Rev. Análisis y Modificación de la Conducta*. España: Universidad de Valencia.

Meichenbaum, D. y Turk, D. C. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos*. Madrid: Desclée de Brouwer.

Meier, S., McCarthy, P. R., & Schmeck, R. R. (1984). Validity of self-efficacy as a predictor of writing performance. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 107-120.

Ministerio de la Protección Social de Colombia y ONUSIDA. (2008). Plan nacional de respuesta ante el VIH y el sida. Colombia 2008-2011. Recuperado el 20 de junio de 2008, de: [http://www.onusida.org.co/Plan\\_Nacional\\_2008\\_2011.pdf](http://www.onusida.org.co/Plan_Nacional_2008_2011.pdf)

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de atención integral de VIH, 2010.

ONUSIDA (2006) Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006. Documento recuperado el 30 de mayo de 2007 disponible en: [http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/2006GlobalReport/2006-GR\\_es.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/2006-GR_es.asp)

Organización Panamericana de la Salud (1999). *Guía para la atención domiciliaria de personas que viven con VIH/SIDA*.

Ortiz M., Ortiz E. (2005). Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1: Una aproximación psicológica. *Rev Méd Chile* 2005; 133: 307-13.

Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135, 647-652.

Pajares, F. (1996). *Currents directions in self-efficacy research*. Documento presentado en la reunión anual de la AERA (American Educational Research Association), New York.

Pajares, F. (1997). Currents directions in self-efficacy research. En Maehr, M. & Pintrich, P. (Eds.) *Advances in motivation and achievement*, 10, pp. 1-49. Greenwich CT: JAI Press.

Pérez, E. (2000). *Desarrollo y Validación de un Inventario de Autoeficacia en Inteligencias Múltiples*. Actas del II Encuentro de Orientadores del Mercusor. Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo.13.

Pérez, E. (2001). *Construcción de un Inventario de Autoeficacia en Inteligencias Múltiples*. Tesis Doctoral. Inédito. Facultad de Psicología. U.N.C.

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

Rodríguez, J. (1995) *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis Psicológica.

Rosentock I. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monogr.*, 2: 1-8.

Swenson, L.(1984). *Teorías del Aprendizaje*. Madrid: Alianza.

Taylor, S. (2003) *Health Psychology*. Boston: McGraw-Hill

Valiante, G. (2000) *Writing Self-efficacy and Gender Orientation. A developmental Perspective. A Dissertation Proposal*. Atlanta: Emory University.

Van Der Ven N., Weinger K, Vi J., Power F. (2003). The confidence in diabetes self-care scale: Psychometric properties of a new measure of diabetes-specific self-efficacy in Dutch and U.S. patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 713-9.

Velásquez, G. y Darío, R. (1996). *SIDA: Enfoque integral*. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas.

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.

Weissberg-Benchell, J.; Glasgow, A. y Tinaw, W. (1995). Adolescent diabetes management and mismanagement. *Diabetes Care* 1995; 18: pp.77-82.

Willard, S. (2003). Relationship of emotional intelligence and adherence to combination antiretroviral medications by individuals living with HIV disease. Recuperado de la base de datos Proquest el 20 de marzo, 2007.

Zimmerman, B. J., & Bandura, A. (1994). Impact of self-regulatory influences on writing course attainment. *American Educational Research Journal*, 31, 845-862.

## **9. ANEXOS**

## ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL

<b>ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL</b>				
(SCHWARZER)				
<b>Nombre:</b> _____		<b>Edad:</b> _____		
<b>Fecha:</b> _____				
	<b>Nunca</b>	<b>Pocas veces</b>	<b>A veces</b>	<b>Siempre</b>
1) Siempre me las arreglo para resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.				
2) Si alguien se opone a mí, no puedo encontrar medios y maneras de conseguir lo que quiero.				
3) Es fácil para mí mantener mi objetivo y lograr mis metas.				
4) Estoy seguro de que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.				
5) Gracias a mi ingenio, yo sé cómo manejar situaciones imprevistas.				
6) Puedo resolver la mayoría de los problemas si puedo invertir el esfuerzo necesario.				
7) Puedo mantener la calma ante las dificultades, porque puedo confiar en mis habilidades de afrontamiento.				
8) Cuando me enfrento a un problema, por lo general se pueden encontrar varias soluciones.				
9) Si estoy en problemas, por lo general se puede pensar en algo que hacer.				
10) No importa lo que venga en mi camino, por lo general soy capaz de manejarlo.				
Resultado: _____				
Evaluador: _____				

**TEST DE COMPLETAMIENTO DE FRASES**

*(Adaptación del Test de Rotter)*

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Instrucciones: Complete o termine estas frases para que expresen sus verdaderos sentimientos, ideas u opiniones. Trate de completar todas las frases.

1.- Me gusta \_\_\_\_\_

2.- El tiempo más feliz \_\_\_\_\_

3.- Quisiera saber \_\_\_\_\_

4.- En el hogar \_\_\_\_\_

5.- Lamento \_\_\_\_\_

6.- A la hora de acostarme \_\_\_\_\_

7.- Los hombres \_\_\_\_\_

8.- El mejor \_\_\_\_\_

9.- Me molesta \_\_\_\_\_

10.- La gente \_\_\_\_\_

11.- Una madre \_\_\_\_\_

12.- Siento \_\_\_\_\_

13.- Mi mayor temor \_\_\_\_\_

14.- En la escuela \_\_\_\_\_

15.- No puedo \_\_\_\_\_

16.- Los deportes \_\_\_\_\_

17.- Cuando yo era niño (o niña) \_\_\_\_\_

18.- Mis nervios \_\_\_\_\_

19.- Las otras personas \_\_\_\_\_

20.- Sufro \_\_\_\_\_

21.- Fracagé \_\_\_\_\_

22.- La lectura \_\_\_\_\_

23.- Mi mente \_\_\_\_\_

- 24.- El impulso sexual \_\_\_\_\_
- 25.- Mi futuro \_\_\_\_\_
- 26.- Yo necesito \_\_\_\_\_
- 27.- El matrimonio \_\_\_\_\_
- 28.- Estoy mejor cuando \_\_\_\_\_
- 29.- Algunas veces \_\_\_\_\_
- 30.- Me duele \_\_\_\_\_
- 31.- Odio \_\_\_\_\_
- 32.- Este lugar \_\_\_\_\_
- 33.- Estoy muy \_\_\_\_\_
- 34.- La preocupación principal \_\_\_\_\_
- 35.- Deseo \_\_\_\_\_
- 36.- Mi padre \_\_\_\_\_
- 37.- Yo secretamente \_\_\_\_\_
- 38.- Yo ... \_\_\_\_\_
- 39.- Las diversiones \_\_\_\_\_
- 40.- Mi mayor problema es \_\_\_\_\_
- 41.- La mayoría de las mujeres \_\_\_\_\_
- 42.- El trabajo \_\_\_\_\_
- 43.- Amo \_\_\_\_\_
- 44.- Me pone nervioso \_\_\_\_\_
- 45.- Mi principal ambición \_\_\_\_\_
- 46.- Yo prefiero \_\_\_\_\_
- 47.- Mi problema principal en la elección de carrera, profesión o trabajo \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 48.- Quisiera ser \_\_\_\_\_
- 49.- Creo que mis mejores aptitudes son \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 50.- Mi personalidad \_\_\_\_\_
- 51.- La felicidad \_\_\_\_\_