



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Trabajo de grado previo a la obtención del Título de Psicólogo Clínico

**TRABAJO DE GRADUACIÓN**

**TÍTULO DEL PROYECTO:**

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES**

**DIAGNOSTICADOS CON VIH EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL**

**DOCENTE RIOBAMBA, PERÍODO OCTUBRE 2015- MARZO 2016**

**Autor(es):** Cayambe Palacios María José

Haro Gavidia Yajaira Nataly

**Tutor:** Dra. Alexandra Pilco G. Msc.

Riobamba – Ecuador

AÑO 2016

## PÁGINA DE REVISIÓN

Los miembros del Tribunal de Graduación del proyecto de investigación de título:  
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES  
DIAGNOSTICADOS CON VIH EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL  
DOCENTE RIOBAMBA, PERÍODO OCTUBRE 2015- MARZO 2016

Presentado por: Cayambe Palacios María José y Haro Gavidia Yajaira Nataly


Y dirigida por: Dra. Alexandra Pilco G. Msc.

Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación escrito en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH.

Para constancia de lo expuesto firman:

Ps. Cl. Verónica Adriana Freire Palacios.

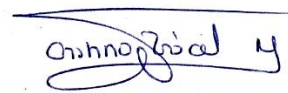
Presidente del Tribunal



Firma

Ps. Cl. Cristina Procel

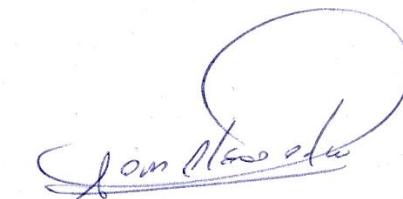
Miembro del Tribunal



Firma

Dra. Alexandra Pilco G. Msc.

Miembro del Tribunal



Firma

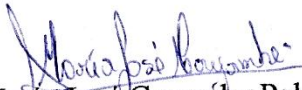
## AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN:

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES  
DIAGNOSTICADOS CON VIH EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL  
DOCENTE RIOBAMBA, PERÍODO OCTUBRE 2015- MARZO 2016

“La responsabilidad del contenido de este Proyecto de Graduación, nos corresponde exclusivamente a: Cayambe Palacios María José - Haro Gavidia Yajaira Nataly y Dra. Alexandra Pilco. Msc.; y el patrimonio intelectual de la misma a la Universidad Nacional de Chimborazo.”

  
Yajaira Nataly Haro Gavidia

CI: 060412687-0

  
María José Cayambe Palacios

CI: 060413313-2

## **AGRADECIMIENTO**

Una de las cualidades más importantes del Ser Humano es la humildad, por lo que mi mayor agradecimiento es a mis Padres que han sido mi fortaleza y mi apoyo incondicional en este proceso de titulación, gracias por no perder la esperanza en mí aun cuando yo misma ya lo hice, Gracias a mi esposo e hijos que son mi motor y motivo para vivir cada día con la intensidad, como si fuera el último día.

Gracias a la Universidad Nacional de Chimborazo que me acogió y brindo las facilidades para continuar con mis estudios.

Gracias a mi tutora, quien más que mi Maestra la considero una amiga, Dra. Alexandra Pilco por su paciencia y dedicación.

*María José Cayambe.*

Al finalizar este trabajo es inevitable pensar en la participación de las instituciones y las personas que nos han facilitado el desarrollo de esta investigación, por ello, es para mí un verdadero placer utilizar este espacio para ser justa y consecuente con ellas expresándoles mis sinceros agradecimientos.

A la Universidad Nacional de Chimborazo por abrirme sus puertas hacia el conocimiento. Al Hospital Provincial General Docente de Riobamba, donde se desarrolló esta investigación.

A la Dra. Alexandra Pilco por su guía, apoyo y confianza.

A mi familia por su apoyo a lo largo de la carrera.

A mi amiga y compañera de tesis María José.

*Yajaira Haro.*

## DEDICATORIA

En el transcurso de mi existencia me he propuesto sueños y metas, algunos que he alcanzado y otros que no, algunos que no estuvieron planeados aún, pero llegaron y cambiaron la secuencia de mi vida, el haber culminado mis estudios ha sido no solo sacrificio mío si no de mis pequeños ángeles: Valeska, Matías y Jorgito, quienes trasnocharon conmigo, se esforzaron y supieron comprender las diferentes dificultades que como estudiante tuve que afrontar, es por esta razón que les dedico de todo corazón el trabajo final de mi carrera de Pregrado.

*María José Cayambe.*

A mi esposo, quien ha sido mi impulso, mi pilar, mi compañero en los momentos más difíciles, su esfuerzo, su sacrificio y amor desinteresado permitieron que siguiera mi pasión y que pudiera convertirme en una profesional; su confianza, su apoyo, sus consejos, sus desvelos durante mi carrera, largas horas escuchándome y el café caliente que me preparaba en las noches de estudio, me motivaron a seguir cada día, sin el esto no sería posible, por eso le dedico este sueño cumplido.

*Yajaira Haro.*

## ÍNDICE GENERAL

PORTADA	I
PÁGINA DE REVISIÓN	II
AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN:	III
AGRADECIMIENTO	IV
DEDICATORIA	V
ÍNDICE GENERAL	VI
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	VIII
ÍNDICE DE TABLAS	IX
ÍNDICE DE GRÁFICOS	X
RESUMEN	XI
ABSTRACT	XII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO IMARCO REFERENCIAL	
1.1. El problema de investigación	5
1.2. Problematización del problema	5
1.3. Formulación del problema	7
1.4. Preguntas directrices o problemas derivados	7
1.5. Objetivos	8
1.5.1. Objetivo general	8
1.5.2. Objetivos específicos	8
1.6. Justificación	8
CAPÍTULO IIMARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación	12
2.2. Fundamentación teórica	14
2.2.1. Estrategias de Afrontamiento	14
2.2.1.1. Definición de afrontamiento	14
2.2.1.2. Definición de estrategias de afrontamiento	15
2.2.1.3. Objetivos de las estrategias de afrontamiento	16
2.2.1.4. Estrategias de afrontamiento en respuesta al estrés	16
2.2.1.5. Modelos de estrategias de afrontamiento	18
2.2.1.6. Estrategias de afrontamiento en los pacientes VIH positivo	24
2.2.1.7. Afrontamiento en la calidad de vida	26
2.2.2. Calidad de Vida	26
2.2.2.1. Definiciones de calidad de vida	26
2.2.2.2. Características de la calidad de vida	27
2.2.2.3. Factores de la calidad de vida	28
2.2.2.4. Dimensiones de la calidad de vida	28
2.2.2.5. Medida de la calidad de vida	29
2.2.2.6. Calidad de vida en pacientes con VIH	30
2.2.2.7. Leyes que amparan al paciente con VIH.	32

2.2.2.8.	La Clínica del VIH y su aporte para mejorar la Calidad de Vida.	33
2.2.2.9.	Intervención psicoterapéutica del paciente con VIH.	34
2.3.	Plan psicoterapéutico	34
2.4.	Hipótesis	38
2.5.	Variables	38
2.5.1.	Variable independiente	38
2.5.2.	Variable dependiente	38
2.6.	Definición de términos básicos	39
<b>CAPÍTULO IIIMARCO METODOLÓGICO</b>		<b>42</b>
3.1.	Diseño de la investigación	43
3.2.	Tipo de investigación	43
3.3.	Nivel de investigación	43
3.4.	Población y muestra	43
3.5.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	44
3.6.	Procedimiento para el análisis de resultados	46
<b>CAPÍTULO IVANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>		
4.1.	Inventario de valoración y afrontamiento	48
4.2.	Cuestionario WHOQOL-BREF	51
4.3.	Comparación entre resultados de cuestionario WHOQOL-BREF e inventario de valoración y estrategias de afrontamiento	55
4.4.	Comprobación de hipótesis	56
<b>CAPÍTULO VCONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>		<b>58</b>
5.1.	Conclusiones	59
5.2.	Recomendaciones	60
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>		<b>61</b>
<b>ANEXOS</b>		<b>63</b>

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Modelo procesual del estrés

18



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Valoración Cognitiva usada por los pacientes con VIH del HPGDR	48
Tabla 2. Estrategias de afrontamiento usada por los pacientes con VIH del HPGDR	49
Tabla 3. Percepción de Calidad de Vida en pacientes con VIH del HPGDR	51
Tabla 4. Percepción de Salud General en pacientes con VIH del HPGDR	53
Tabla 5. Dimensiones de Calidad de Vida en pacientes con VIH del HPGDR	53
Tabla 6: Asociación entre Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento en pacientes con VIH del HPGDR	55

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Porcentaje de pacientes con VIH del HPGDR según su valoración cognitiva	48
Gráfico 2. Porcentaje de pacientes con VIH del HPGDR según su uso de estrategias de afrontamiento	49
Gráfico 3. Porcentajes de pacientes con VIH del HPGDR según su calidad de Vida	51
Gráfico 4. Porcentajes de pacientes con VIH del HPGDR según su percepción de Salud General	53
Gráfico 5. Puntuación de las dimensiones de calidad de vida de los pacientes con VIH del HPGDR	54
Gráfico 6. Porcentaje de personas en la asociación entre Calidad de Vida y Tipo de Afrontamiento	55

## RESUMEN

A nivel mundial 36.9 millones de personas viven con VIH, esta pandemia produce un fuerte impacto emocional al enfrentar estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que amenazan su salud física y mental, por lo que la presente investigación tiene como propósito determinar las estrategias de afrontamiento y niveles de calidad de vida en pacientes diagnosticados con VIH del Hospital Provincial Docente Riobamba, período Octubre 2015 – Marzo 2016 y comprobar la hipótesis planteada: las estrategias de afrontamiento influyen sobre el nivel de calidad de vida de los pacientes con VIH. Es una investigación descriptiva, de enfoque cuantitativo no experimental, tipo correlacional, documental - de campo y corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 120 pacientes diagnosticados con VIH en estado activo en el Sistema de Información Epidemiológica Nacional, mediante criterios de inclusión y exclusión se determinó una muestra de 39 pacientes. Se aplicó técnicas de observación clínica y entrevista psicológica; los instrumentos psicológicos utilizados fueron: Inventario de Valoración y Afrontamiento de Cano y Tobal adaptado por Nora Leibovich y Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL – BREF de la OMS, que permitieron la recolección de datos procesados mediante el programa Excel con tablas y gráficas para su análisis e interpretación. Se encontró que 73% de los encuestados utilizan estrategias de afrontamiento activo (ACS y ACME), que se relaciona con una mejor calidad de vida, salud y sensación de control, frente al 27% que utilizan estrategias de afrontamiento pasivo (AE) relacionado con diestrés, trastornos del ánimo y deterioro de la calidad de vida. El 46% de los pacientes perciben su calidad de vida como moderadamente satisfactoria, los indicadores alarmantes son: baja autoestima, energía, ingresos económicos, apoyo social, vida sexual insatisfactoria. Se elabora un plan psicoterapéutico que incrementan estrategias de afrontamiento activas para mejorar la calidad de vida mediante técnicas cognitivo conductuales.



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, CULTURA FISICA Y TURISMO

## CENTRO DE IDIOMAS

### ABSTRACT

Globally, 36.9 million people live with HIV, this pandemic produces a strong emotional impact in addressing physiological, socio-cultural, economic and psychological stressors that threaten their physical and mental health, so this research aims to determine the coping strategies and quality of life in patients diagnosed with HIV in Hospital Provincial of Riobamba, period October 2015 - March 2016 and to test the hypothesis: coping strategies enhance the quality of life of patients with HIV. It is a descriptive research, of non-experimental quantitative approach, type documentary and correlational – of field and cross section. The studied population consisted of 120 patients diagnosed with HIV in active state in the National Epidemiological Information System; by inclusion and exclusion criteria a sample of 39 patients was determined. Clinical observation techniques and psychological interview were applied; psychological instruments: Inventory Valuation and Coping by Cano Vindel and Tobal adapted by Nora Leibovich and Questionnaire Quality of Life WHOQOL - BREF by WHO, which allowed data collection, which were processed by Excel tables and graphs for analysis and interpretation. It was found that 73% of respondents use active coping strategies (ACS and ACME), which relates to an improved quality of life, health and sense of control, compared with 27% those who use passive coping strategies (AE) related to distress, mood disorders and impaired quality of life. 46% of patients considered their quality of life as moderately satisfactory, the alarming indicators are: low self-esteem, energy, income, social support, unsatisfactory sexual life. A psychotherapeutic plan to increase active coping strategies to improve the quality of life through cognitive behavioral techniques was developed.

Reviewed by

  
Ms. Mercedes Gallegos N.

LANGUAGE CENTER'S TEACHER



## INTRODUCCIÓN

En el campo de las enfermedades crónicas, específicamente en la infección por el Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH), la dificultad radica en establecer, dentro del amplio mundo de las variables psicológicas, cuáles tienen un mayor peso específico a la hora de predecir un mejor ajuste, calidad de vida y un mayor tiempo de supervivencia una vez establecida la enfermedad. Entre las variables psicológicas estudiadas se encuentran las estrategias afrontamiento, que se refieren a cómo la gente se maneja ante las demandas de los sucesos estresantes.

En todo el mundo, hasta el 2014, 36.9 millones de personas están infectadas por el VIH. (OMS, 2015). Se conoce que el estigma y la discriminación que viven son los principales obstáculos de una respuesta eficaz al VIH en todo el mundo, una notable proporción de personas que viven con la enfermedad, declararon haberse enfrentado a discriminación laboral y a la negación de servicios de planificación familiar, dentales y otros servicios de salud, es decir su calidad de vida no es satisfactoria. (ONUSIDA, 2013).

Existen 1,74 millones de infectados en América Latina y el Caribe hasta el 2014. (OMS, 2015). En otros países se ha estudiado la manera en que afrontan la enfermedad las personas que viven con VIH y sentar así las bases para el diseño de programas de intervención que pudieran ofrecerles una mejor calidad de vida. El uso de estrategias de afrontamiento activo, está relacionado con un mejor nivel de la función inmune, mayor bienestar y unos estados afectivos positivos; a su vez, el afrontamiento por evitación está relacionado con estados afectivos negativos y con un menor apoyo social percibido. (Vargas, Cervantes, & Aguilar, 2009)

Según estadísticas del Ministerio de Salud Pública del 2014, sobre VIH hay 33.000 portadores del virus en Ecuador (MSP, 2015), donde existe deterioro en la calidad de vida debido a bajos índices especialmente de apoyo emocional que recibe el paciente con VIH. (Vargas, Cervantes, & Aguilar, 2009)

Los problemas emocionales y conductuales observados en estos pacientes durante la realización de las prácticas pre-profesionales, sumados a la escasez de trabajos que estudien en nuestro país la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en la población de pacientes VIH nos condujo a realizar esta investigación en la

Clínica de VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba (HPGDR), que cuenta con 120 pacientes VIH positivos en estado activo, registrados en el Sistema de Información Epidemiológica Nacional (SIEN).

Se pretende que la investigación contribuya al HPGDR y a la UNACH a contar con datos estadísticos, que facilitará a otros investigadores a tener referencia para futuras investigaciones. Además permitirá proponer un plan psicoterapéutico que apoye al paciente con VIH a aceptar y adaptarse a su diagnóstico como también a que sea capaz de construir las herramientas necesarias para mejorar su calidad de vida en función de su condición de salud.

Es por ello, que el objetivo principal de esta tesis es identificar si las estrategias de afrontamiento influyen sobre el nivel de calidad de vida de los pacientes diagnosticados con VIH del HPGDR, período octubre 2015 a marzo 2016.

Esta investigación consta de cinco capítulos:

Capítulo I: Se plantea la problematización, se generan preguntas directrices y se establecen los objetivos y la justificación de la investigación.

Capítulo II: Se encuentran los antecedentes de la investigación, la fundamentación teórica del afrontamiento y calidad de vida en pacientes con VIH, y se establece la hipótesis.

Capítulo III: Se describe el marco metodológico con el diseño, tipo y nivel de investigación, se establece la población y se define la muestra.

Capítulo IV: Se analiza e interpreta los resultados obtenidos de los instrumentos de evaluación psicológicos de estrategias de afrontamiento y calidad de vida aplicados.

Capítulo V: Basados en los resultados se establecen conclusiones y recomendaciones para mejorar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes VIH y mejorar su calidad de vida.

Finalmente, a partir de los conocimientos adquiridos se elabora un plan psicoterapéutico basado en técnicas cognitivo – conductuales que fomenten estrategias de afrontamiento adaptativas y a su vez mejoren la calidad de vida del paciente diagnosticado con VIH.



# **CAPÍTULO I**

## **MARCO REFERENCIAL**



## **1.1. El problema de investigación**

Durante la realización de las prácticas pre-profesionales en la clínica de VIH del HPGDR, se observó de manera directa que el paciente diagnosticado con VIH oculta su diagnóstico por miedo a ser estigmatizado, otros postergan el tratamiento, llegando a una etapa crónica de su enfermedad o acuden a casas de salud de otras provincias para realizarse nuevamente la prueba. Estos pacientes reconocen que su diario vivir es desgastante al afectar su bienestar físico, emocional y social; estos factores que dificultan la adherencia al tratamiento.

Por referencia de los profesionales que trabajan con los pacientes de la clínica de VIH, la Lic. Paula Cargua y el Dr. Francisco Cabezas se conoce que un 80% de los pacientes que acuden presenta problemas emocionales y comportamentales al no aceptar su diagnóstico y viven un constante duelo psicológico, lo que lleva a pensar en un afrontamiento no adaptativo, además se evidencia principalmente conflictos familiares y problemas de relacionamiento. Por lo que la investigación está encaminada a estudiar las estrategias de afrontamiento y su relación en el nivel de calidad de vida de los pacientes diagnosticados con VIH en el HPGDR.

En la población de la provincia de Chimborazo, poco se ha investigado sobre el ámbito psicológico de los pacientes seropositivos, por todo lo mencionado, nace la motivación de desarrollar en esta área el tema de tesis, ya que por lo descrito es evidente que cada paciente afronta su enfermedad de diferentes maneras, la finalidad es describir que estrategias son utilizadas en mayor medida y su influencia en el nivel de calidad de vida que pueden presentar los pacientes con VIH.

## **1.2. Problematización del problema**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) refiere que hasta el 2014, en todo el mundo 36,9 millones de personas están infectadas por el VIH. No se cuenta con datos estadísticos pero se conoce que el estigma y la discriminación asociados con el VIH persisten como los principales obstáculos de una respuesta eficaz al VIH en todo el mundo, una notable proporción de personas que viven con el VIH declararon haberse enfrentado a discriminación laboral y a la negación de servicios de planificación familiar, dentales y otros servicios de salud, es decir su calidad de vida no es satisfactoria.

(ONUSIDA, 2013) Carrobes, Rodríguez y Alzadora afirman que las personas que viven con VIH se enfrentan a un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental que pueden hacer que el afrontamiento de esta enfermedad sea especialmente difícil. (Casas Gutierrez, 2007)

1,74 millones de infectados están en América Latina y el Caribe hasta el 2014 (OMS, 2015). En México, se ha estudiado la manera en que afrontan la enfermedad las personas que viven con VIH y sentar así las bases para el diseño de programas de intervención que pudieran ofrecerles una mejor calidad de vida. (Vargas, Cervantes, & Aguilar, 2009) El estudio determina que la mayoría de los pacientes reportaban estrategias de afrontamiento activo, con una confrontación adecuada de las propias emociones, está relacionado con un mejor nivel de la función inmune, y que el afrontamiento activo tiene que ver con un mayor bienestar y unos estados afectivos positivos; a su vez, el afrontamiento por evitación está relacionado con estados afectivos negativos y con un menor apoyo social percibido.

Según estadísticas del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2015) sobre VIH en Ecuador se contabilizan 33.000 portadores del virus hasta el 2014. Cuando se ha evaluado la calidad de vida en pacientes portadores de VIH, se ha visto índices bajos, especialmente en el apoyo emocional que recibe el paciente (Vargas, Cervantes, & Aguilar, 2009). Dentro de los principales problemas psicosociales que atraviesa este país está el estigma claramente observable hacia los enfermos de VIH y de ahí que las personas afronten de manera diferente y particular su enfermedad. Existe un estigma interno expresado como el temor a contagiar, conlleva a un aislamiento y por consiguiente a una pérdida en utilizar o buscar el soporte de red social y en algunos casos la pérdida laboral con las consiguientes pérdidas económicas. También hay un estigma externo manifestado como el temor a lo que digan los demás y la culpabilización hacia las personas que fueron infectadas con el virus VIH. (Casas Gutierrez, 2007)

El Hospital Provincial General Docente Riobamba, ubicado en la Av. Juan Félix Proaño s/n y Chile, como su nombre menciona escalificado como docente por su apertura a estudiantes tanto en sus prácticas como en sus investigaciones. La presente investigación se realizará en la Clínica de VIH, que cuenta con 120 pacientes VIH positivos en estado activo, registrados en el SIEN. La investigación es viable, pues se dispone del tiempo,

apertura del lugar y los recursos necesarios para llevarla a cabo, se cuenta con la autorización de la dirección del Hospital y de la colaboración de los miembros de la Clínica del VIH-HPGDR.

A pesar de que en nuestra ciudad se han realizado estudios sobre las estrategias de afrontamiento, no se cuenta con investigaciones en la población de personas infectadas con VIH, las cuales cuentan con características propias por ser una enfermedad crónica y que implica gran carga psicosocial, en la cual se ha evidenciado problemas en cuanto a su calidad de vida.

A partir del significado que tiene para cualquier ser humano el diagnóstico de que ha contraído la enfermedad y la implicación sobre su proyección de vida, sus aspiraciones con respecto a la relación de pareja, su realización como futuros padres, profesionales etc., se puede predecir que si no se mejora la calidad de vida de las personas diagnosticadas con VIH, aumentaría su mortalidad, debido a que el factor emocional influye sobre el sistema inmunológico y la aceptación del organismo a los ARV.

Establecer estrategias de afrontamiento más adaptativas y activas en estos pacientes generará mejor calidad de vida, asumiendo su enfermedad y adaptándose a ella, viviendo como una persona que puede ser padre, hijo, esposo, trabajador y tener el diagnóstico, es decir asumir la enfermedad como parte de la persona no como un todo.

### **1.3. Formulación del problema**

¿Cómo las estrategias de afrontamiento influyen en el nivel de Calidad de Vida de los pacientes diagnosticados con VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba?

### **1.4. Preguntas directrices o problemas derivados**

Conocida la problemática se puede también, identificar varias preguntas derivadas, que a continuación anotamos los más determinantes:

- ¿Cuáles son las Estrategias de Afrontamiento utilizadas por los pacientes con VIH del HPGDR?
- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida de los pacientes con VIH del HPGDR?

- ¿Existe relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes con VIH del HPGDR?
- ¿Existen técnicas psicológicas que fomenten estrategias de afrontamiento adaptativas que mejoren la calidad de vida del paciente diagnosticado con VIH?

## **1.5. Objetivos**

### **1.5.1. Objetivo general**

- Determinar las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de calidad de vida de los pacientes diagnosticados con VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba, período octubre 2015 a marzo 2016.

### **1.5.2. Objetivos específicos**

- Identificar las estrategias de afrontamiento que se presentan en los pacientes diagnosticados con VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba, período octubre 2015 a marzo 2016.
- Describir el nivel de calidad de vida de los pacientes diagnosticados con VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba, período octubre 2015 a marzo 2016.
- Asociar las estrategias de afrontamiento y el nivel de calidad de vida de los pacientes diagnosticados con VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba, período octubre 2015 a marzo 2016.
- Proponer un plan psicoterapéutico que fomente estrategias de afrontamiento adaptativas que mejoren la calidad de vida del paciente diagnosticado con VIH.

## **1.6. Justificación**

Las personas que viven infectadas con VIH, atraviesan una situación en la que interviene no solo la salud física, sino la salud mental y una serie de factores psicosociales que afectan constantemente la estabilidad emocional y la dimensión psicológica del individuo que padece esta enfermedad. La manera en la que las personas afrontan la enfermedad incide en su funcionamiento inmunológico y la calidad de vida, la literatura científica así lo plantea, y las investigaciones realizadas al respecto confirman dichas hipótesis.

El interés de realizar esta investigación nació de la oportunidad de realizar las prácticas pre-profesionales y de la experiencia enriquecedora que se obtuvo al rotar por la clínica de VIH, al poder vivenciar la realidad de los pacientes diagnosticados con VIH, en quienes se evidencia problemas como: negación del diagnóstico, falta de adherencia al tratamiento, las quejas sobre los efectos secundarios del tratamiento farmacológico, sentimientos negativos (tristeza, miedo, angustia, enojo), pensamientos derrotistas, alteraciones del sueño, baja autoestima, conductas de riesgo (relaciones sexuales sin protección, consumo de sustancias), discriminación (por miedo al contagio y sobre creencias del estilo de vida del paciente), despido laboral, problemas familiares y de pareja, etc., los cuales afectan la calidad de vida de los pacientes que padecen esta enfermedad.

Este trabajo de investigación contribuiría al HPGDR y a la UNACH a contar con datos estadísticos realizados en este grupo vulnerable debido a ser la primera investigación en el ámbito psicológico; siendo conveniente ya que permitiría que otros investigadores aprovechen los resultados obtenidos para tomarlo como referencia para futuras investigaciones o bien para replantear alguna teoría. Además sentará las bases para proponer un plan psicoterapéutico que apoye al paciente con VIH a aceptar y adaptarse a su diagnóstico como también a que sea capaz de construir las herramientas necesarias para mejorar su calidad de vida en función de su condición de salud.

El beneficiario directo de esta investigación es el propio paciente, y pretendiendo que este beneficio se extienda a los familiares del mismo, a la clínica del VIH y a la sociedad que a su vez la conformamos todos.

Las limitaciones del estudio se centran en que la muestra con la que se cuenta estará basada en aquellos pacientes que voluntariamente participen del estudio y no con la población de 120 personas en estado activo que consta en el SIEN, debido al manejo confidencial de la información, respaldada por la Constitución del Ecuador del 2008 en el Art.66 y Art. 4 sobre los derechos y amparo al paciente, al igual que el Código Orgánico Integral Penal (COIP) 2014, Art. 179 sobre la intimidad personal y familiar.

La propuesta planteada es factible gracias al apoyo del HPGDR que como su nombre menciona es el Hospital Público de la Provincia de Chimborazo y además calificado como Docente por su apertura a estudiantes tanto en sus prácticas como en sus investigaciones,

además se cuenta con la ayuda de los miembros profesionales de la Clínica de VIH y la confianza y colaboración de los pacientes, que se respalda mediante un consentimiento informado para participar de la investigación.

**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

## 2.1. Antecedentes de la investigación

Los estudios sobre afrontamiento y enfermedad crónica buscan determinar las estrategias que favorecen un mejor ajuste a las condiciones de la enfermedad y que disminuyen los riesgos asociados a las mismas.

- En España en el año 2010 estudiaron las estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal, de acuerdo a los resultados la estrategia más utilizada fue el apoyo social seguida de la resolución de problemas, mientras que la menos utilizada fue la retirada social seguida de la evitación de problemas, se encontraron relaciones significativas positivas entre el uso de estrategias centradas en la emoción activas y los estilos interpersonales cálido agradable y gregario extrovertido; estrategias centradas en el problema pasivas y los estilos interpersonales arrogante calculador, frío de ánimo, reservado introvertido e inseguro dependiente; estrategias centradas en la emoción pasivas y los estilos interpersonales reservado introvertido e inseguro dependiente. (Castaño & Barco, 2010)
- Un estudio transcultural entre España y México estudia la calidad de vida en personas VIH positivas y estrategias de afrontamiento, se llegó a las siguientes conclusiones: Las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas con VIH se relacionan con su calidad de vida. Existen diferencias en los pacientes de España y México, siendo los últimos los que cuentan con un nivel menor de la calidad de vida. Las estrategias más eficaces en relación a la calidad de vida son: pensar que tiene algún aspecto positivo, distraerse, pensar en superarlo uno mismo, solucionar los problemas por sí mismo, ir al médico inmediatamente, confortarse con la comida y la bebida, resignarse, mantener la esperanza, buscar información y buscar ayuda en otras personas. Las estrategias menos eficaces en relación a la calidad de vida son: aislarse, sentirse pesimista, buscar una explicación en el pasado, prepararse para cosas peores, pensar que pasará y sentirse culpable. (García Sánchez, 2010)
- Se han realizado investigaciones relacionando las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en personas que viven con VIH en Venezuela, donde se encontró que las estrategias de Afrontamiento más utilizadas fueron activas y se relacionan de manera positiva y directa con mejores niveles de CD4. En cuanto a la calidad



de vida, la dimensión Energía/fatiga resultó influir de manera significativa y positiva en los niveles de CD4. La negación e indefensión se correlacionan con el deterioro de la calidad de vida. (Dugarte R. & Oxford L., 2008)

- Colombia se investigó el uso de estrategias de afrontamiento en personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana, los pacientes que utilizan afrontamiento activo se adaptan mejor a la condición de enfermedad, debido a que sienten más poder, control y participan de su propio proceso, además variables como las redes de apoyo permiten al paciente maximizar su calidad de vida. (Casas Gutierrez, 2007)
- Otra investigación realizada con supervivientes a largo plazo (Remien, Rabkin, & Williams, 1992), planteó como objetivo identificar qué tipo de estrategia de afrontamiento y creencias sobre la salud, tendían a utilizar este grupo de personas. Los autores parten del supuesto de que el afrontamiento es un posible factor asociado con la habilidad de mantener una buena calidad de vida cuando se está viviendo con VIH/SIDA. Algunos de sus resultados indican que en este grupo no utilizan una estrategia específica de afrontamiento, sino numerosas estrategias de afrontamiento. El estudio concluye que, la ausencia de rechazo, una apropiada vigilancia de los síntomas físicos y cuidado de la salud, el pragmatismo y la adaptación quizás de múltiples estrategias activas de afrontamiento cognitivas y conductuales; son todas ellas asociadas con la resistencia psicológica y los auto-reportes de auto-satisfacción de la persona que extiende su supervivencia padeciendo SIDA.
- Un estudio sobre Afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer realizado en Argentina, donde se evaluaron 79 pacientes con cáncer, registraron la utilización de más estrategias de aproximación (análisis lógico, revalorización positiva, búsqueda de apoyo, resolución de problemas) que de evitación y más centradas en el problema que en la emoción, en cuanto a la CV se evidenciaron menores puntajes en la dimensión psicológica, las relaciones sociales y la percepción del medio ambiente, a diferencia del aspecto físico y el nivel de independencia, se concluyó que las estrategias de afrontamiento del paciente son una variable moduladora de la evaluación subjetiva de la CV. (Llull, Zanier, & García, 2013)

- En la Escuela Superior Politécnica de Litoral – Ecuador , se realizó un estudio de los determinantes de la calidad de vida de los pacientes infectados de VIH bajo tratamiento ART en el Hospital de Infectología de Guayaquil, donde se comprueba que la calidad de vida de los pacientes con VIH está relacionada con las limitaciones en lo que respecta a las actividades cotidianas demostrándose que mientras las personas sienten que les está afectando los síntomas de la enfermedad o los efectos secundarios del tratamiento implica que en la misma medida disminuye su calidad de vida así como también las funciones laborales y sociales del día a día. (ESPOL, 2008)
- En la Provincia de Chimborazo, se investigó sobre las estrategias de afrontamiento psicológico de pacientes con enfermedades crónico degenerativas en los pacientes del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Riobamba, donde se encontró que los pacientes hipertensos y diabéticos usan mayormente estrategias de afrontamiento cognitivo dirigidas a reducir la emoción: desconectarse de actividades del ambiente laboral, despreocupación, pasatiempos, desahogarse expresando sus sentimientos, etc.; considera estas estrategias como positivas ante enfermedades crónicas ya que ayudan al individuo en la aceptación e instaurar accionares que le ayuden a sobrellevar su enfermedad. Además el tipo de afrontamiento menos utilizado es el evitativo, la distorsión de la realidad manteniendo el optimismo, negando la situación o destacando mínima importancia a la misma; se relaciona con niveles más altos de inhabilidad, niveles bajos de salud mental y calidad de vida. (Pilco Guadalupe, 2008)

## **2.2. Fundamentación teórica**

### **2.2.1. Estrategias de Afrontamiento**

#### **2.2.1.1. Definición de afrontamiento**

Rodríguez, Pastor & López (citados por Maza, 2015), hacen referencia al afrontamiento como “la respuesta o conjunto de respuestas ante la situación estresante, ejecutadas para manejarla o neutralizarla, es decir, se habla de afrontamiento en relación a un proceso que incluye los intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que se le plantean en su acontecer vital y restablecer el equilibrio”.

Para Webster (citado por Maza, 2015), “Afrontar significa también ser capaz de competir con alguien o algo que constituye una amenaza”.

Lazarus y Folkman (citados por Vargas, Cervantes, & Aguilar, 2009), lo definen como “aquellos esfuerzos cognoscitivos y/o conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

### **2.2.1.2. Definición de estrategias de afrontamiento**

Fuste y Ruiz (citado por Casas Gutierrez, 2007) señalan que “las estrategias de afrontamiento hacen referencia a la capacidad que el individuo tiene para hacer frente al efecto del estrés; añaden que con esta capacidad se emite una respuesta emocional tras la valoración que se hace de la situación”.

“Las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes y se establecen en función de la situación” (Fernández Abascal, 1997).

Kenneth y Matheny (citado por Caballo, 1998), definieron las estrategias de afrontamiento como “cualquier esfuerzo, saludable o malsano, consciente o inconsciente, para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes o para tolerar sus efectos de la manera menos prejudicial”.

Los esfuerzos de afrontamiento no son siempre saludables y constructivos, como afirma Caballo (1998):

La gente a veces adopta estrategias de afrontamiento que pueden tener un objetivo positivo, pero el resultado del afrontamiento erróneo y realmente le producen más problemas. Como ejemplo podemos mencionar la investigación llevada a cabo entre los hombres homosexuales y bisexuales de San Francisco (Folkman, Chesney, Pollack y Phillips, 1992). El grupo de investigación de Folkman contempló a la conducta sexual con riesgo dentro del contexto de un modelo de afrontamiento del estrés. La investigación sugería que el contacto sexual lo podían utilizar algunas personas como una estrategia de afrontamiento para el alivio de la tensión. Desgraciadamente, esta estrategia puede llevar también a un aumento en el número de compañeros sexuales, lo que aumenta notablemente el riesgo de contagio de VIH. El grupo de Folkman no encontró una

asociación entre la cantidad de estrés y la tendencia de la persona a tener relaciones sexuales sin protección. Sin embargo, el método habitual de afrontamiento del estrés por parte del sujeto tenía efecto. Es decir, era mucho más probable que los sujetos que informaban utilizar la relación sexual como una estrategia de afrontamiento del estrés tuvieran relaciones sexuales sin protección durante períodos de estrés. Esto sugiere que los programas de intervención que previenen el VIH/SIDA deberían tener en cuenta las estrategias singulares de afrontamiento de los pacientes. Además, el programa debería enseñar estrategias de afrontamiento alternativas que reforzaran las conductas autoprotectoras saludables. (p. 458)

### **2.2.1.3. Objetivos de las estrategias de afrontamiento**

Lazarus y Folkman (citado por García Sánchez, 2010) señalan los siguientes objetivos:

- Modificar las condiciones ambientales
- Tolerar o ajustarse a lo negativo
- Mantener una autoimagen lo más positiva posible
- Mantener el equilibrio emocional
- Mantener las relaciones sociales

### **2.2.1.4. Estrategias de afrontamiento en respuesta al estrés**

La relevancia de los factores psicológicos que median los estímulos estresores y las respuestas de estrés, fue definitivamente incorporada por la Teoría Interaccional o Transaccional de Lazarus y Folkman (1966, 1986, 1993). Este enfoque se basa en un proceso donde frente a los estresores, la persona evalúa tanto las demandas internas como externas y le otorga un significado a la situación (*valoración cognitiva*) y produce cambios en consecuencia (*estrategias de afrontamiento*), no en función de cómo es la situación en sí, sino de dicho significado. (Nieto, Abad, Albert & Tejerina, 2004)

Tomaremos la teoría de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984) la cual menciona que la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por el proceso de valoración cognitiva que la persona realiza. En un primer momento, de las consecuencias que la situación tiene para el sujeto (valoración primaria) y, en un segundo momento, si esa situación tiene una significación de amenaza o desafío, el sujeto valora

los recursos de los que dispone con el fin de evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación (valoración secundaria). (German Tomalá, 2015)

“La valoración secundaria constituye así la capacidad de afrontamiento (coping), entendiéndola a ésta como un proceso psicológico que se pone en marcha cuando la situación o el entorno resultan amenazantes” (German Tomalá, 2015).

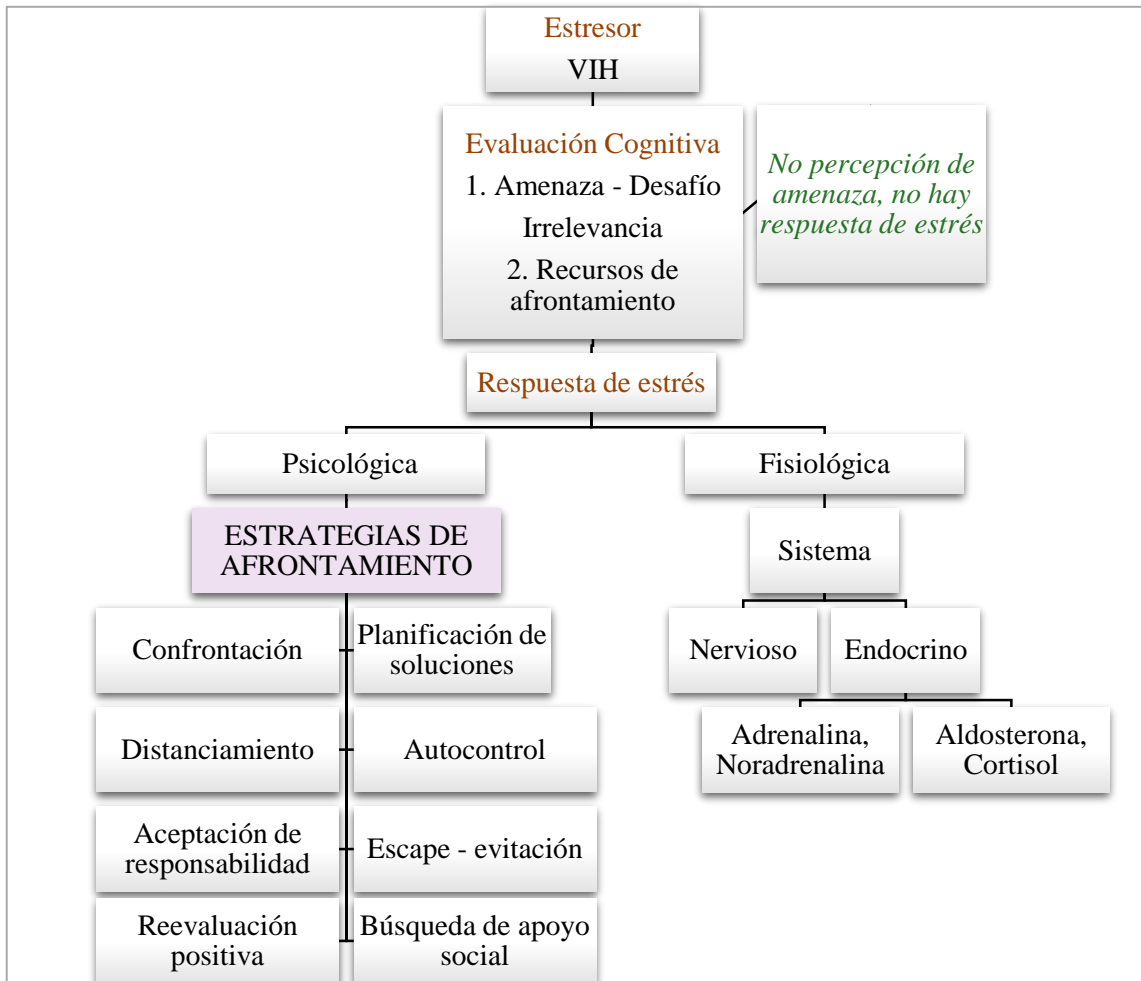
El Informe de investigación sobre Lazarus y Folkman (1986), distinguen 3 tipos de valoración: primaria, secundaria y reevaluación. (Caballo, 1998) (Nieto et al., 2004)

- Valoración primaria: Evalúa el riesgo que se asume en una situación particular. Se identifican 3 tipos básicos.
  - Irrelevante: Valora las demandas del medio como indiferentes. La reacción emocional que produce es neutra y agota el proceso al no hacer nada frente a la enfermedad por considerarla insignificante o fatal a corto plazo. (Nieto et al., 2004)
  - Amenaza: La persona vive su enfermedad como una situación amenazante, como un atentado que interrumpe su integridad, implica una valoración del potencial lesivo de la enfermedad y suele suponer al individuo un gran problema, por tanto dificulta el afrontamiento de la misma. Las consecuencias emocionales de esta forma de entender la enfermedad son la ansiedad, el miedo y el mal humor, que predisponen a estrategias de afrontamiento evitativas, lucha, huida y mecanismos de negación y proyección, dependencia y regresión, para finalmente la aparición de estrategias de afrontamiento pasivas, haciéndole rendirse ante la enfermedad. (Nieto et al., 2004)
  - Desafío: La persona se anticipa a los daños causados por la enfermedad valorando los recursos necesarios para controlar la situación. Generalmente desarrollará estrategias de afrontamiento activas y de carácter adaptativo, donde el enfermo busca ayuda médica a tiempo, coopera en el tratamiento, se informa sobre su enfermedad. (Nieto et al., 2004)
- Valoración secundaria: Cuando se ha valorado la situación como amenazante o desafiante, la persona evalúa los recursos que posee (físicos, sociales, psicológicos, materiales) para hacer frente a la situación y que tan eficaces son,

tomando en cuenta el contexto, las demandas y las consecuencias. (Nieto et al., 2004)

- Reevaluación: Replanteamiento de la primera valoración a partir de nueva información o debido al resultado de esfuerzos cognitivos de afrontamiento. (Nieto et al., 2004)

**Ilustración 1. Modelo procesual del estrés**



FUENTE: Modelo procesual del estrés adaptado de Labrador, 1996.

ELABORADO POR: María José Cayambe y Yajaira Haro

**2.2.1.5. Modelos de estrategias de afrontamiento**

Según Lazarus y Folkman (citado por Nieto et al., 2004, p. 190):

Encontramos dos modelos de afrontamiento el **Centrado en el problema** (control primario, intentar cambiar o controlar algún aspecto de quien sufre el estrés, o algún aspecto del ambiente) y el **Centrado en las emociones** (control secundario, lo prioritario es manejar o regular las emociones negativas asociadas al estresor):

### Estrategias de Afrontamiento Centrado en la Situación:

- a. Confrontación
- b. Planificación de soluciones del problema

### Estrategias de Afrontamiento Centrado en la emoción:

- c. Distanciamiento
- d. Autocontrol
- e. Aceptación de responsabilidad
- f. Escape-evitación
- g. Reevaluación positiva

### Estrategias de Afrontamiento Combinado

- h. Búsqueda de Apoyo Social

***Estrategias de afrontamiento centrado en el problema o instrumental:*** “Esta dirigida a cambiar la relación ambiente-persona actuando sobre una u otra parte para alterar la fuente generadora de estrés” (Nieto et al., 2004).

Sobre las estrategias de afrontamiento centradas en el problema Caballo (1998) menciona como ejemplo:

Consideremos, al miembro de una familia que trata de cuidar a un ser querido crónicamente enfermo. Dicho cuidador puede buscar consejo de los médicos, leer materiales instructivos y asistir a sesiones de grupo para aprender cómo los demás proporcionan ese cuidado. Estos esfuerzos pueden permitir a dicho cuidador reducir, acaso superar, la presión de cuidar a la persona enferma. (...) Un enfoque centrado en el problema parece el más racional, pero el estrés a menudo provoca fuertes conflictos y reacciones emocionales. (p. 324)

- *Confrontación.* Este tipo de afrontamiento incluye acción directa. Describe los esfuerzos agresivos para alterar la situación. Sugiere también un cierto grado de hostilidad y riesgo. (Nieto et al., 2004)
- *Planificación.* “Describe los esfuerzos deliberados y centrados en el problema para alterar la situación, la persona piensa y estudiar el problema, analizando los

diferentes puntos de vista u opciones, y desarrolla estrategias para solucionarlo” (Nieto et al., 2004).

***Estrategias de afrontamiento centrado en la emoción o paliativo:*** Está dirigido a reglar la respuesta emocional del estrés cambiando el modo en que se trata (p. ej., vigilancia, evitación) o interpreta lo que está ocurriendo (p. ej., negación, reevaluación) para mitigar el estrés. (Nieto et al., 2004).

Sobre las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción Caballo (1998) menciona como ejemplo:

Imaginemos que uno de los cónyuges acaba de enterarse que el otro trata de presentar una demanda de divorcio. El primero sentirá normalmente una gran sensación de pérdida, quizás remordimientos de culpa por el fracaso del matrimonio y cierta incertidumbre y confusión sobre el futuro. En las primeras semanas después de enterarse de lo del divorcio, intentará a menudo afrontar la abrumadora sensación de perjuicio y orgullo herido. (p. 324)

- *Distanciamiento.* Describe los esfuerzos para separarse y minimizar el significado de la situación, por ejemplo, olvidar, negarse a tomar en serio la situación, comportarse como si nada hubiese ocurrido. También alude a la creación de un punto de vista positivo. La persona puede esperar hasta que aparezca la ocasión adecuada para actuar o postergar todo tipo de actividades hasta adquirir mayor y mejor información sobre la situación (Nieto et al., 2004)
- *Auto-control.* Describe los esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones, como por ejemplo, guardar los problemas para sí mismo y procurar no precipitarse (Nieto et al., 2004).
- *Aceptación de la responsabilidad.* Reconocimiento de la propia función desempeñada en el problema. La persona identifica su propio error en el problema y trata de corregir la situación (disculparse, criticarse a sí mismo) (Nieto et al., 2004).
- *Escape - evitación.* Describe el pensamiento desiderativo, en lugar de hacer frente a los problemas y retos con la adopción de acciones eficaces. Apartarse del



problema, no pensar en él, o pensar en otra cosa, para evitar que afecte emocionalmente (“Saco el problema de mi mente”), empleo de un pensamiento irreal (o mágico) improductivo (“Ojalá hubiese desaparecido esta situación”), o de un pensamiento desiderativo (deseo de que la realidad no fuera estresante, fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras “esperanza”), realizar actividades como distracción (diversiones relajantes como ver televisión, oír música, leer un libro o tocar un instrumento musical; conductas de autocuidado, como arreglarse, vestirse bien, o hacer deporte; ordenar cosas, salir con amigos a divertirse), o estrategias reductoras de tensión (paliativas) como comer, juego compulsivo, adicción al sexo, fumar, beber alcohol, o usar otras drogas o medicamentos. (Nieto et al., 2004).

Sobre las estrategias evitativas Caballo(1998) cita:

Según los estudios de diferentes autores (Blannon y Feist, 2001; Gard, 1999; Kang, 1999) los pacientes con VIH, la evitación del problema ha sido asociada con un declive del funcionamiento inmune, menor número de linfocitos CD4 y CD8 y una mayor probabilidad de deterioro general, al contrario de los que usaban estrategias de resolución de problemas y búsqueda de apoyo social, que fueron asociados con menor presencia de trastornos depresivos y bajas probabilidades de desarrollar enfermedades oportunistas. (p.454)

- *Reevaluación positiva.* Describe los esfuerzos para modificar el significado de la situación estresante, especialmente atendiendo a los posibles aspectos positivos que tenga, o haya tenido (fijarse en lo positivo), que expresa optimismo, y una tendencia a ver el lado positivo de las cosas y considerarse afortunado. Por ejemplo, considerar el problema de forma relativa, y como un estímulo para el desarrollo personal.(Nieto et al., 2004)

***Estrategias de Afrontamiento Combinado:*** “Las estrategias centradas en la situación o en la emoción no son independientes una de la otra, ambas formas pueden facilitarse o interferir mutuamente”(Caballo, 1998).

- *Búsqueda de apoyo social:* “Describe los esfuerzos para buscar apoyo. Puede consistir en buscar consejo, asesoramiento, asistencia o información o en buscar

apoyo moral, simpatía o comprensión, es un importante recurso para el afrontamiento eficaz” (Nieto et al., 2004).

Sobre el apoyo social Caballo (1998) afirma:

Las evidencias sugieren que el apoyo social, por sí mismo, aporta sólo una pequeña contribución a los esfuerzos de afrontamiento, pero es muy importante cuando se combina con otras estrategias de afrontamiento. El apoyo social puede ayudar a la gente a afrontar el estrés a través de la acción directa o indirecta (Cohen y Wills, 1985). En el efecto indirecto no se reduce o elimina el estrés, solamente protege a la persona de sus efectos negativos. De forma directa puede ser válido y beneficioso en sí mismo, al proporcionar a la gente una sensación de control directo sobre el estrés o asegurar múltiples formas de actuar contra el estrés. (p. 467)

Según Lazarus (citado por Nieto et al., 2004) señala “Aunque el apoyo social consiste tanto en la ayuda que es percibida como en la que es recibida, los efectos del apoyo social percibido (sentirse querido, valorado y estimado) parece ser más significativo que los del apoyo social recibido”. Folkman al igual que varios autores conforme sus investigaciones indican que los síntomas depresivos que muestran las personas con VIH, se relacionan con estrategias de afrontamiento evitativas y escaso apoyo social.

Después de la categoría propuesta por Lazarus y Folkman, finalmente se propone otra categoría por Pastor et. Al (1990), se basa en el tipo de destreza que la persona hace intervenir en la respuesta de afrontamiento y que permite distinguir entre afrontamiento conductual y afrontamiento cognitivo, es decir sus acciones y pensamientos. (Casas Gutierrez, 2007)

Para Lazarus y Folkman es importante evaluar el afrontamiento, ya que su medición permite averiguar la relación de este con consecuencias adaptativas, por ello elaboran el “*Ways of Coping Questionnaire*” (WCQ), que mide las ocho estrategias de afrontamiento ya descritas; sin duda sus aportes teóricos y psicométricos fueron el punto de partida en la investigación sobre el tema. En búsqueda de un instrumento que mejore las falencias de dicho modelo, Antonio Cano Vindel y Juan José Miguel Tobal (1992) crean un

Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA) que recoge tres tipos de valoración y los dos tipos básicos de afrontamiento:

Estrategias de afrontamiento activas:

- **Afrontamiento Cognitivo dirigido a modificar la situación (ACS):**  
Intento de tratar con los problemas mediante cogniciones que implican búsqueda o supresión de información, confrontación y enfrentamiento de la situación. Ej. Cuando pienso en una situación problemática trato de ver algún aspecto positivo de la situación (Vindel & Tobal, 1992)
- **Afrontamiento cognitivo dirigido a reducir la emoción (ACE):**  
Intento de tratar con los problemas mediante cogniciones que implican reducir las emociones negativas. Ej. Cuando pienso en una situación problemática intento eliminar mis pensamientos negativos. (Vindel & Tobal, 1992)
- **Afrontamiento conductual-motor dirigido a modificar la situación (ACMS):**  
Intento de tomar una decisión y cambiar la situación problemática llevando a cabo conductas que la persona supone adecuadas para ello. Ej. Cuando estoy ante una situación problemática trato de actuar en lugar de quedarme sin hacer nada.(Vindel & Tobal, 1992)
- **Afrontamiento conductual-motor dirigido a reducir la emoción (ACME):**  
Intento de tomar una decisión y realizar conductas para cambiar la emoción. Ej. Cuando estoy frente a una situación problemática hago cosas para relajarme.(Vindel & Tobal, 1992)

Estrategias de afrontamiento pasivas:

- **Afrontamiento evitativo (AE):**  
Estrategias cognitivas y comportamentales que permiten escapar de la consideración del problema o de las emociones negativas concomitantes, “salirse del campo” física o psicológicamente. Ej.: Cuando estoy ante una situación problemática intento huir de la situación y cualquier otra relacionada con ella.(Vindel & Tobal, 1992)

- **Afrontamiento pasivo (AP):**

Cuando se omite toda acción y se permanece en situación de duda o espera. Ej. Cuando estoy ante una situación problemática no hago nada especial e intento pasar desapercibido. (Vindel & Tobal, 1992)

#### **2.2.1.6. Estrategias de afrontamiento en los pacientes VIH positivo**

Nieto et al. (2014) menciona de su estudio del comportamiento humano ante la enfermedad:

El diagnóstico de VIH se considera un estresor de gran magnitud que compromete a las esferas cognitivas, emocionales y funcionales de la persona, cuando un paciente es notificado, se pone en marcha una serie de percepciones negativas y se desarrolla toda una serie de expectativas y fantasías de carácter negativo que se asocian a la idea de muerte, incapacidad, interrupción biográfica, alteración de las relaciones interpersonales, consecuencia del empleo de fármacos, en definitiva produce ansiedad, miedo y estado de ánimo depresivo. (p. 245)

El sentido de control de las estrategias de afrontamiento es un concepto básico, ya que en las personas con VIH, la sensación de control sobre su enfermedad se ve disminuida con la aparición de las enfermedades oportunistas, al igual que con las consecuencias negativas de la enfermedad en el aspecto social. Esto hace que en la persona aparezca una sensación de indefensión haciendo que la creación de hábitos saludables se dificulte. (Nieto et al., 2004)

#### ***Fases de respuestas psicológicas en la enfermedad por VIH***

En la enfermedad por VIH, como el de cualquier otra enfermedad, desarrolla una serie de fases, en las cuales el paciente debe poner en marcha los diferentes mecanismos que dispone para enfrentarse a la situación de estrés que se derivan de la vivencia de la enfermedad. Los estilos preferentes de afrontamiento, pueden tener una vinculación con las distintas etapas evolutivas del VIH, ya que estos estilos pueden cambiar como resultado de la experiencia de la enfermedad y de los tratamientos recibidos.

Siguiendo a Fawzy ( citado por Nieto et al., 2004), estas fases serían las siguientes:

- **PREDIAGNÓSTICO:** A lo largo de esta fase se somete al paciente a pruebas de laboratorio (Elisa o Tamizaje), que en muchos casos desencadenan incertidumbre y preocupación y pueden producir respuestas desadaptativas tales como hipervigilancia, preocupación excesiva, hipocondría y alteraciones del sueño. (p. 247)
- **DIAGNÓSTICO:** Se notifica al paciente después de confirmado el diagnóstico mediante las pruebas de laboratorio (IFA o Western Blot), en esta fase se produce, en la mayoría de las ocasiones, un fuerte impacto emocional, en determinados pacientes se produce una reacción de duelo personal donde el paciente anticipa incluso su propia muerte y, como consecuencia, aparecen estrategias no adaptativas como evitación y distanciamiento asociadas con depresión y hostilidad. (p. 247)
- **TRATAMIENTO:** Durante este periodo es frecuente la presencia de distintos miedos, debido a los efectos secundarios al uso de fármacos antirretrovirales (ARV) y, al posible abandono de los demás. que predisponen a que el paciente pueda experimentar diversos síntomas psicopatológicos, como reacciones de ansiedad, cuadros depresivos o reacciones de rechazo al tratamiento o a la efectividad de este. (p. 247)
- **PROGRESIÓN:** Cuando la enfermedad avanza, el paciente suele buscar nueva información, incluso recurren a tratamientos alternativos, se produce una exagerada autoobservación y se ponen en marcha actitudes o expectativas con una alta carga de ansiedad. (p. 248)
- Al presentarse enfermedades oportunistas, se desencadena un nuevo ciclo, con presencia de incredulidad o negación inicial, rabia y hostilidad posterior, los cuadros ansiosos y depresivos son comunes en esta fase en la que el paciente experimenta mayores dificultades para enfrentarse a la enfermedad y, consecuentemente, las probabilidades de que fracasen los mecanismos de adaptación son mayores. (p. 248)

- **TERMINAL-PALEATIVA:** El paciente adquiere conciencia de la irreversibilidad del proceso. Durante esta fase la adopción de mecanismos de negación son un mecanismo adaptativo fisiológico que protege de los efectos negativos del diestrés que produce la percepción de la realidad. (p. 248)

Sobre las estrategias de afrontamiento estudios de Burish y cols. (1984) y de Miller y Managan (1983), (citado por Caballo, 1998):

Los rasgos de personalidad más estables, como el neuroticismo o el lugar de control, pueden ejercer una influencia en las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes para manejar situaciones específicas, en este sentido, los estudios de muestran que la adaptación psicológica a procedimientos médicos resulta más efectiva cuando la intervención se acomoda a los estilos de afrontamiento utilizados por el paciente. Los pacientes con un lugar de control externo se benefician más que los que utilizan un lugar de control interno, a la hora de seguir un tratamiento. (p. 213)

#### **2.2.1.7. Afrontamiento en la calidad de vida**

El afrontamiento en la enfermedad aguda o crónica le permite a la persona tomar decisiones sobre los síntomas y el tratamiento, mediante la imaginación de diversas alternativas que mantengan o mejoren el nivel de calidad de vida de estos pacientes.

El paciente comienza con la decisión de integrar o no el diagnóstico a su vida cotidiana, todas las acciones adaptativas o desadaptativas son posibles entre rehusar o aceptar el diagnóstico, así como las estrategias de afrontamiento para adherirse al tratamiento e implícitamente “adherirse a la vida” y lo que esta conlleva. (Relaciones sociales, bienestar, economía etc.)

#### **2.2.2. Calidad de Vida**

##### **2.2.2.1. Definiciones de calidad de vida**

El término calidad de vida está actualmente en boga, sin embargo hay una falta de unanimidad sobre su concepto, y en la literatura se hace referencia a este concepto como complejo y multifacético, con una variedad de significados y contextos muy diversos (Anderson and Burckhardt, 1999).

La Organización Mundial de la Salud (1991) propuso la siguiente definición de consenso de “calidad de vida”, basada en estudios transculturales: “percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”, que incorpora una serie de dimensiones relacionadas entre sí de forma compleja, tales como salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y las creencias religiosas esto, matizado con su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales. (Nieto et al., 2004)

El concepto de calidad de vida representa un “término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar ‘subjetivo’, también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades”. (Martinez Jaramillo, 2012)

Por lo tanto se expresa que la Calidad de Vida es un juicio subjetivo de la satisfacción alcanzada o un sentimiento de bienestar personal, asociado a indicadores objetivos biomédicos, psicológicos, comportamentales y sociales. Siendo así una percepción global de la vida personal y dependiente de innumerables dominios y componentes. Liem y Bosch (2007), especificando el contexto, presentan una definición de calidad de vida relacionada con la salud, como el nivel óptimo de funcionamiento físico, mental, social y de desempeño, incluyendo las relaciones sociales, percepciones de la salud, buen nivel de condición física, satisfacción con la vida y bienestar. Siendo relacionada con la salud, envuelve aspectos como síntomas, enfermedades, tratamientos y posibles alteraciones del funcionamiento orgánico que pueden condicionar aspectos de vida física, mental y social, bien como la sensación de bienestar de cada persona.

#### **2.2.2.2. Características de la calidad de vida**

La Enciclopedia Libre Universal en Español (2011) menciona las siguientes características de la calidad de vida:

- **Concepto subjetivo:** Cada ser humano tiene un concepto propio sobre la vida, su calidad y la felicidad.

- **Concepto universal:** Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en diversas culturas.
- **Concepto holístico:** La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el **modelo biopsicosocial**. El ser humano es un todo.
- **Concepto dinámico:** Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- **Interdependencia:** Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

#### 2.2.2.3. Factores de la calidad de vida

El grupo de trabajo de la OMS(citado por Nieto et al., 2004), a través de un estudio multicéntrico, ha identificado los diez factores que más influyen en el nivel global de la calidad de vida de un individuo:

- Sentimientos positivos
- Actividades de la vida diaria
- Energía y fatiga
- Sentimientos negativos
- Capacidad de trabajo
- Autoestima
- Actividades de ocio
- Relaciones personales
- Dolor y discomfort
- Sueño y descanso.

#### 2.2.2.4. Dimensiones de la calidad de vida

Según la OMS (citado por Nieto et al., 2004), las tres dimensiones que globalmente comprenden la calidad de vida son:



- **Dimensión física:** percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento, y mantener cierto nivel de independencia como la capacidad de trasladarse por sí mismo de un lugar a otro, capacidad de trabajo, habilidad para realizar actividades cotidianas. (p.74)
- **Dimensión psicológica:** percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, ansiedad, incomunicación, pérdida de autoestima, incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento. (p.74)
- **Dimensión social:** percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral. (p.74)
- **Dimensión ambiental:** son las características del vecindario, la comunidad, como presencia y acceso a servicios, grado de seguridad, transporte, habilidad para adquirir información y características del hogar (Cólica, 2012)

#### 2.2.2.5. Medida de la calidad de vida

Sobre la medida de calidad de vida . Nieto et al. (2004), mencionan:

El constructo de calidad de vida evalúa no solo aspectos físicos o económicos, sino también aspectos psicológicos, sociales y personales, a partir de los diferentes análisis se realiza una distinción de indicadores subjetivos y objetivos imprescindibles al momento de realizar la medición de la calidad de vida. Estos indicadores son cuantificables mediante distintos tipos de escala. Además de clasificarse en objetivos y subjetivos también es posible distinguir indicadores descriptivos (meramente estadísticos) y evaluativos, porque se basan en un modelo y perfilan hipótesis sobre relaciones futuras. (p.73)

Dada la gran diversidad de escalas para medir la calidad de vida, comentaremos brevemente el principal instrumento genérico utilizado para evaluar la calidad de vida: el *World Health Organization Quality of Life*, WHOQOL-BREF (Nieto et al., 2004)

Indicadores de calidad de vida:

Físico

- Dolor y molestias
- Energía y fatiga
- Sueño y descanso

Psicológico

- Sentimientos positivos
- Pensamiento / aprendizaje / memoria / concentración
- Autoestima
- Imagen corporal y apariencia
- Sentimientos negativos

Nivel de independencia

- Movilidad
- Actividades cotidianas
- Dependencia de medicación o tratamiento
- Capacidad de trabajo

Relaciones sociales

- Relaciones personales
- Soporte social
- Actividad sexual

Entorno

- Seguridad física y protección
- Hogar
- Recursos económicos
- Cuidados de salud y sociales
- Oportunidades de adquirir información/habilidades
- Participación y oportunidades para recreo/ocio
- Entorno físico
- Transporte

#### **2.2.2.6. Calidad de vida en pacientes con VIH**

El estrés es un factor psicosocial significativo sobre la salud y la calidad de vida de las personas infectadas por el VIH. Se cree que los estímulos estresantes a los que se enfrentan las personas con VIH que pertenecen a los grupos de riesgo (p. ej., homosexuales y drogadictos) son mayores que los que enfrenta la población general, estos incluyen el temor a contraer el VIH, la discriminación y la estigmatización, duelos numerosos y limitaciones sexuales, la falta de empatía y apoyo por parte de las comunidades médicas y general, la falta de confianza en la tecnología médica para encontrar una cura y los problemas económicos, etc.(Caballo, 1998).

Al sufrimiento que conlleva cualquier enfermedad, al VIH, se le suma una gran exclusión social y discriminación, principalmente derivada del temor de la población al contagio. Los individuos seropositivos se arriesgan a la estigmatización y al alejamiento por parte de la familia, de los amigos y de los superiores cuando dan a conocer su estatus seropositivo, dañando el sistema de apoyo social del individuo. La pérdida del trabajo y del hogar. (Caballo, 1998)

“Se ha identificado al apoyo social como un componente esencial a la hora de predecir la morbilidad y la mortalidad entre los sujetos crónicamente enfermos, incluyendo los que tienen el VIH. Al mismo tiempo, los familiares del enfermo son discriminados ante la sociedad por un mecanismo de asimilación, e incluso se teme, infundadamente, que tengan también la enfermedad y puedan contagiarla”. (García & Martínez , 2012)

Caballo (1998) menciona sobre las manifestaciones neuropsiquiátricas y psicosociales de los pacientes con VIH que:

Casi todos los individuos con el VIH sufren de alguna forma de perturbación afectiva, la prevalencia de trastornos del estado de ánimo en sujetos con el VIH puede ser superior a la de otras poblaciones con enfermedades crónicas y terminales. Considerados globalmente, la ansiedad y la depresión constituyen los síntomas psicológicos identificados con más frecuencia entre las personas con el VIH. (p.457)

Además de las manifestaciones afectivas y físicas, las cogniciones disfuncionales pueden caracterizar al trastorno depresivo. Las pérdidas en el deterioro social y físico pueden producir sentimientos de inutilidad. Frecuentemente, se informa de una culpa excesiva sobre el propio estilo de vida y pensamientos sobre comportamientos pasados a los que se da vuelta una y otra vez. La falta de esperanza para encontrar una cura y sentimientos de indefensión ante el afrontamiento con la enfermedad constituyen, a menudo, patrones autoderrotistas de pensamiento en individuos positivos en VIH. El riesgo de suicidio entre personas con VIH puede ser hasta 66 veces mayor que el de la población general. (p.458)

Los beneficios de los tratamientos ARV muchas veces se ven eclipsados por sus efectos secundarios o por estrictos y complejos horarios en el consumo de medicación que interfieren con su calidad de vida, uno de los medicamentos más utilizados y con mayor complejidad para el paciente es el Efavirenz (EFV) que produce mareos, confusión, cambios de humor, embotamiento mental, afeción al SNC, vértigo, trastornos del sueño,

agitación, por lo general dentro de las dos primeras semanas de adaptación del medicamento al organismo.

En cuanto a la independencia del paciente Nieto et al. (2004) cita:

La independencia del paciente , se ve afectada según avanza la enfermedad, el *AIDS Legal Council of Chicago* publicó una lista de condiciones médicas que el seguro social considera como incapacitantes e incluye los síntomas generales del VIH que causan, por lo menos, una de las siguientes condiciones: marcada restricción de las actividades de la vida cotidiana, dificultades al mantener la función o en completar tareas en el tiempo debido, por incapacidad para concentrarse o trabajar a ritmo adecuado.(p. 256)

#### **2.2.2.7. Leyes que amparan al paciente con VIH.**

La calidad de vida además depende parcial o totalmente de las políticas existentes, el Estado ampara la seguridad y bienestar de las personas con VIH como población vulnerable, entre las leyes de protección que existen, destacamos las siguientes.

#### **Constitución del Ecuador 2008 (VIH y Derechos Humanos)**

- Derecho a la no discriminación y a la igualdad ante la ley. Art. 11
- Derecho a la privacidad. Art.66
- Derecho a la salud: Art. 32
- Derecho a la atención médica prioritaria y medicamentos ARV: Art. 35 Art.50 Art. 363 incisos 5,6,7
- Derecho a la información: Art.362
- Derecho a la confidencialidad: ley de derechos y amparo al paciente Art.4

#### **Acuerdo ministerial N° 398 del ministerio de trabajo y empleo (2006)**

- Sobre la prueba de detección de VIH Art. 3, Art. 4

#### **Código orgánico integral penal, COIP 2014**

- Delitos contra el derecho a la igualdad. Art. 176.
- Delito de odio. Art. 177
- Delitos contra el derecho a la intimidad personal y familiar. Art. 179

## **Ley orgánica de salud 2012**

- Del derecho a la salud y su protección. Art. 3
- Derechos y deberes de las personas y del estado en relación con la salud. Art. 7, Art. 9
- De las enfermedades transmisibles. Art.67, Art.68
- De las enfermedades catastróficas y raras o huérfanas. Art. 1

### **2.2.2.8. La Clínica del VIH y su aporte para mejorar la Calidad de Vida.**

La Clínica del VIH en el HPGDR nació en el año 2008, a cargo del director el Dr. Julián Chuquizala médico internista y la Lic. Paula Cargua coordinadora de la Clínica, quien brinda la consejería pre y post prueba.

Por referencia de la Lic. Cargua, se conoce que esta clínica nace de la necesidad de brindar una mejor atención a la población con diagnóstico de VIH y a sus familiares, los primeros casos de VIH en el Hospital alarmaron al personal médico y asistencial de salud por lo que existió discriminación, temor y restricción para su atención, existía desconocimiento en el adecuado manejo de cadáveres por lo que existieron irregularidades, todo esto debido a la preocupación de ser contagiados.

Actualmente llegan pacientes derivados de los centros de salud o por voluntad propia a realizarse la prueba de diagnóstico de VIH, para la misma es necesario recibir la consejería de la Lic. Paula Cargua quien llena una ficha con datos personales del paciente como de su pareja, datos breves de su vida laboral, afectiva y social, con el fin de brindar la información necesaria sobre la prueba y resultados, en caso de resultados reactivos proporciona acompañamiento al paciente en el proceso de confirmación de resultados y tratamiento de la enfermedad.

El trabajo con los pacientes diagnosticados con VIH es personalizado, ya que cada mes deben acudir a control médico y a la entrega de los ARV, donde el departamento de Consejería realiza una entrevista para actualizar datos y proporcionar apoyo emocional al paciente, en caso de que un paciente no acuda al hospital por un lapso de tiempo, este departamento realiza visitas domiciliarias con total confidencialidad para conocer los motivos por los que el paciente no acudió a su control. En caso de cambio de domicilio

se contactan los hospitales y centros de salud del País mediante el SIEN para reubicar al paciente y que cuente con el apoyo multidisciplinario de los profesionales de salud.

Por referencia de los pacientes se conoce que la clínica de VIH del HPGDR es reconocido a nivel nacional por el manejo confidencial del personal, su empatía y calidad humana al trabajar con los pacientes que comparten este diagnóstico

#### **2.2.2.9. Intervención psicoterapéutica del paciente con VIH.**

Según afirma Caballo (1998), existen tres elementos principales en un programa de intervención cognitivo conductual con pacientes afectados por el VIH y los terapeutas deberían considerar que la intervención se en:

- Reducir el riesgo de transmisión del VIH;
- Mejorar las estrategias de afrontamiento; y
- Fortalecer el apoyo social.

#### **2.3. Plan psicoterapéutico**

Vivir con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana VIH, es una situación en la que interviene no solo la salud física, sino la salud mental y una serie de factores psicosociales que afectan constantemente la estabilidad emocional y la dimensión psicológica del individuo que padece esta enfermedad. Por esta razón, partiendo de la investigación realizada se propone un plan terapéutico que combina técnicas conductuales y cognitivas acorde a los resultados encontrados en la evaluación psicométrica.

**Base teórica:** Se utilizan técnicas cognitivo-conductuales, por ser uno de los enfoques terapéuticos más útiles para multitud de trastornos, centrandose en la modificación de pensamientos, emociones y comportamientos. Este está dirigido a trabajar sobre los patrones de pensamientos erróneos y como condicionan las actuaciones del individuo, con respecto al diagnóstico de VIH. El siguiente trabajo se basa en las teorías de: Albert Ellis, Aron Beck, Bandura, Labrador, Wolpe, Salter, Paulov, D' Zurilla y Goldfried

**Objetivo general:**

- Implementar técnicas cognitivo-conductuales que ayuden al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo al elegir estrategias de Afrontamiento más óptimas que mejoren la Calidad de Vida de los pacientes VIH en función de su condición de salud.

### Etapas de intervención

#### Primera Etapa

- Evaluación / Entrevista
  - Observación Clínica
  - Evaluación Psicométrica

#### Segunda Etapa

- Planificación del Proceso
  - Establecimiento de Objetivos.
  - Selección de técnicas psicológicas.
  - Abordaje Psicológico

<b>Vector: Área de Salud y Autocuidados</b>			
<b>Objetivo General:</b> Mejorar la salud física y mental del paciente mediante los autocuidados.			
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Contenidos a trabajar</b>	<b>Actuaciones del Psicólogo</b>	<b>Técnicas de intervención</b>
Capacitar a los pacientes sobre la importancia del aspecto psicológico en la enfermedad.  Reducir conductas de riesgo para detener la incidencia ascendente de la infección por VIH.	Enfermedades mentales asociadas al VIH.  Conductas de Riesgo vs Conductas Seguras.  Factores psicosociales que facilitan el riesgo.	Enseña al paciente sobre cómo afecta la enfermedad física en el área psicológica y los trastornos que puede desencadenar.  Entrena al paciente sobre la importancia y utilización de medidas de protección de contagio. Alteraciones de la sexualidad.  Evaluar las acciones específicas que conllevan a una percepción errónea del riesgo, como el consumo de drogas y alcohol, estado de ánimo negativo, estilos de relación de pareja.	Psicoeducación

*FUENTE:* Basado en las teorías de: Albert Ellis, Aron Beck, Bandura, Labrador, Wolpe, Salter, Paulov, D' Zurilla y Goldfried

*ELABORADO POR:* María José Cayambe y Yajaira Haro

<b>Vector: Conductual</b>
<b>Objetivo General:</b> Modificar conductas inadecuadas del paciente.

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Contenidos a trabajar</b>	<b>Actuaciones del Psicólogo</b>	<b>Técnicas de intervención</b>
Fortalecer los recursos personales del paciente.  Reforzar en el paciente sobre la elección de estrategias de afrontamiento adaptativo.  Reducir el nivel de ansiedad patológico y sus síntomas.	Autoestima, autoeficacia.  Incidencia de estrategias de afrontamiento desadaptativas.  Respuesta ansiosa que acompaña a la enfermedad.	Alentar al paciente basándose en sus logros y capacidades.  Entrenar al paciente en la recolección de datos mediante la realización de autoregistros.  Identificación de los estados de ansiedad y entrenar al paciente en técnicas de respiración y relajación de Lazarus.	Refuerzo Positivo  Auto observación  Relajación

*FUENTE: Basado en las teorías de: Albert Ellis, Aron Beck, Bandura, Labrador, Wolpe, Salter, Paulov, D' Zurilla y Goldfried*

*ELABORADO POR: María José Cayambe y Yajaira Haro*

<b>Vector: Cognitivo</b>			
<b>Objetivo General:</b> Modificar las cogniciones erróneas del paciente.			
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Contenidos a trabajar</b>	<b>Actuaciones del Psicólogo</b>	<b>Técnicas de intervención</b>
Identificar y eliminar o reducir pensamientos no adecuados del paciente que incide sobre la elección de las estrategias de afrontamiento y su calidad de vida.  Afrontar situaciones estresantes de forma más adaptativa.	Cogniciones negativas  Sentimientos de culpa y pérdida	Reinterpretar las cogniciones erróneas mediante la práctica del modelo ABC  Estimular la instauración de pensamientos más positivos y por ende de mejores estrategias de afrontamiento.  Reducir la ansiedad y el estrés ante los sentimientos de culpa y pérdida producidos por el diagnóstico.	Reestructuración cognitiva  Señalamiento Confrontación  Inoculación del estrés

*FUENTE: Basado en las teorías de: Albert Ellis, Aron Beck, Bandura, Labrador, Wolpe, Salter, Paulov, D' Zurilla y Goldfried*

*ELABORADO POR: María José Cayambe y Yajaira Haro*

**Vector: Familiar**



<b>Objetivo General:</b> Consolidar las relaciones familiares adecuadas y satisfactorias para el paciente.			
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Contenidos a trabajar</b>	<b>Actuaciones del Psicólogo</b>	<b>Técnicas de intervención</b>
Tomar conciencia de su posición en la estructura y dinámica familiar y mejorar su funcionalidad.  Identificar la importancia del diagnóstico en el entorno familiar.	Comunicación Familiar  Violencia intrafamiliar  Apoyo de familia en el tratamiento	Facilita la toma de conciencia y la redefinición de los roles, sistemas de comunicación y pautas relacionales que resulten disfuncionales.  Facilita la incorporación de todos los miembros de la familia al proceso de la enfermedad.  Prepara a la familia para manejar dificultades en la interrelación personal.	Psicoeducación  Habilidades de comunicación  Técnica de resolución de problemas

*FUENTE:* Basado en las teorías de: Albert Ellis, Aron Beck, Bandura, Labrador, Wolpe, Salter, Paulov, D' Zurilla y Goldfried

*ELABORADO POR:* María José Cayambe y Yajaira Haro

<b>Vector: Social</b>			
<b>Objetivo General:</b> Reintegrar al paciente como ente activo de la sociedad			
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Contenidos a trabajar</b>	<b>Actuaciones del Psicólogo</b>	<b>Técnicas de intervención</b>
Establecer y mantener redes de apoyo funcionales para el paciente.  Adquirir, potenciar y mejorar las habilidades sociales.  Aumentar la calidad de vida mediante la disminución del ostracismo	Relaciones y Vínculos Sociales  Conocimiento y ejercicio de sus deberes y derechos como individuo	Detectar pensamientos que inhiben al paciente y práctica de habilidades que mejoren la adaptación, disminuyendo la timidez, ansiedad social y sentimientos de soledad  Incrementar respuestas deseadas y deshabilitar respuestas indeseadas frente a situaciones de discriminación	Entrenamiento en Habilidades sociales  Modelamiento  Ensayo conductual

*FUENTE:* Basado en las teorías de: Albert Ellis, Aron Beck, Bandura, Labrador, Wolpe, Salter, Paulov, D' Zurilla y Goldfried

*ELABORADO POR:* María José Cayambe y Yajaira Haro

## **2.4. Hipótesis**

### **2.4.1. Hi**

- Las estrategias de afrontamiento influyen sobre el nivel de calidad de vida de los pacientes diagnosticados con VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba, período octubre 2015 – marzo 2016.

### **2.4.2. Ho**

- Las estrategias de afrontamiento no influyen sobre el nivel de calidad de vida de los pacientes diagnosticados con VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba, período octubre 2015 – marzo 2016.

## **2.5. Variables**

### **2.5.1. Variable independiente**

- Estrategias de Afrontamiento

### **2.5.2. Variable dependiente**

- Calidad de Vida

## 2.6. Definición de términos básicos

Los siguientes términos fueron definidos por el diccionario virtual ABC, (2015) & definición.de, (2015).

**ACTITUD:** Evaluación relativamente duradera y generalmente de un objeto, persona, grupo, tema o concepto en una escala que va de negativa a positiva. Las actitudes proporcionan evaluaciones resumidas de objetos blancos y a menudo se supone que se derivan de creencias, emociones y conductas previas específicas asociadas con estos objetos.

**AGRESIVIDAD:** Tendencia al dominio social, conducta amenazante y hostilidad. Puede ocasionar un cambio transitorio en la conducta del individuo ser un rasgo característico del mismo.

**AMENAZA:** Son aquellos fenómenos de origen natural (propios de la dinámica de la naturaleza), socio-natural (que se expresan en la naturaleza pero que directa o indirectamente son causados por el ser humano) o antrópicos (claramente causados por acción humana), que de llegar a presentarse en un espacio y tiempo determinados.

**ANÁLISIS TRANSACCIONAL:** Es un sistema de psicoterapia individual y social que se engloba dentro de la psicología humanista. Fue propuesto por el psiquiatra Eric Berne a partir de los años 1950 en Estados Unidos. El análisis transaccional propone una metodología y unos conceptos básicos expresados en un lenguaje que deja de lado los tecnicismos abstractos que predominan en otras teorías psicológicas. Pretende ser un modelo profundo, con técnicas para facilitar la re-estructuración y el cambio personal.

**ANSIEDAD:** Mecanismo del ego que desemboca en la activación de operaciones defensivas para protegerle de una sobrecarga de ansiedad excesiva, se produce la reacción de ansiedad que era experimentada originalmente en una situación traumática.

**ASERTIVIDAD:** Como estrategia y estilo de comunicación, la asertividad se sitúa en un punto intermedio, entre otras dos conductas polares: la agresividad y la pasividad (o no asertividad). Es también una forma de expresión consciente, congruente, directa y equilibrada, cuya finalidad es comunicar nuestras ideas y sentimientos o defender nuestros legítimos derechos sin la intención de herir o perjudicar, actuando desde un

estado interior de autoconfianza, en lugar de la emocionalidad limitante típica de la ansiedad, la culpa o la rabia.

**AUTOESTIMA:** En psicología, la autoestima o autopercepción es la opinión emocional profunda que los individuos tienen de sí mismos y que sobrepasa en sus causas la racionalización y la lógica de dicho individuo. El término suele confundirse con el término coloquial ego, que referencia en realidad a la actitud ostensible que demuestra un individuo acerca de sí mismo ante los demás y no la verdadera actitud u opinión emocional que este tiene de sí.

**CATECOLAMINA:** Neurotransmisor que se vierte en el torrente sanguíneo. Son producidos por las glándulas suprarrenales y en las terminaciones nerviosas, incluyen adrenalina, noradrenalina.

**CD4:** Los linfocitos-T CD4, son un tipo de células que constituyen parte esencial del sistema inmunitario, su función principal es la de activar el propio sistema alentándole de la presencia de patógenos o de una replicación errónea de células humanas, para que puedan hacerles frente y corregir la situación. Son las células preferidas por el VIH para reproducirse.

**CONDUCTA:** La palabra comportamiento generalmente se refiere a acciones de un objeto u organismo, usualmente en relación con su entorno o mundo de estímulos. El comportamiento puede ser consciente o inconsciente, público u oculto, voluntario o involuntario.

**DISTORSIÓN:** Deformación de un sonido, una imagen, una señal, etc., producida durante su transmisión o reproducción.

**EMOCIONES:** La emoción es, en esencia, un impulso que induce la acción, originando en programas de reacción automática que son establecidos a través de la evolución. En psicología se define como aquel sentimiento que se expresa mediante alguna función fisiológica, por ejemplo llorar.

**ESTÍMULO:** Es una señal externa o interna capaz de provocar una reacción en una célula u organismo.

**FEEDBACK:** Es una palabra del inglés que significa retroalimentación, consiste en comunicar en forma verbal y/o no verbal a otra persona o grupo sobre su conducta y cómo ésta nos afecta. Incluye un componente perceptual (lo que yo observo en la conducta del otro) y un componente emocional (qué sentimientos provoca en mí la conducta observada). Sirve para reflejarle a los demás cuáles comportamientos pueden seguir realizando, dado los efectos positivos que causa sobre los otros, o cuáles modificar o cambiar en función del impacto negativo que ejercen.

**PENSAMIENTO DESIDERATIVO:** Pensamiento que emana del deseo y no de la observación de la realidad/fantasía inconsciente

**PERCEPCIÓN:** Es el acto de recibir, interpretar y comprender a través de la psiquis las señales sensoriales que provienen de los cinco sentidos orgánicos.

**SÍNDROME DE EMACIACIÓN:** Pérdida involuntaria de más de 10% del peso corporal (particularmente de masa muscular) y por lo menos 30 días ya sea de diarrea o de debilidad y fiebre. El síndrome de emaciación relacionado con el VIH es una afección característica del SIDA.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1. Diseño de la investigación**

**De enfoque Cuantitativo:** mide fenómenos (estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes y el nivel de calidad de vida que tienen) utilizando estadísticas obtenidas de test estandarizados que permiten analizar una realidad objetiva y a su vez nos permite generalizar los resultados del estudio.

**No experimental:** no modifica las variables, estrategias de afrontamiento, calidad de vida, estas son observadas en su naturaleza.

### **3.2. Tipo de investigación**

**Documental:** Porque para la realización de esta investigación se revisaron diferentes documentos, los cuales permitieron describir, analizar, comparar, explicar y realizar críticas sobre Estrategias de Afrontamiento y Calidad de vida.

**De Campo:** Esta investigación es un proceso sistemático, riguroso y racional, donde se obtiene la información directa de la realidad de los pacientes diagnosticados con VIH que acuden a la Clínica de VIH del HPGDR.

**Transversal:** mide el efecto de la muestra poblacional en un momento en el tiempo, es decir permite estimar las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en su condición de salud desde el mes de octubre 2015 al mes de marzo del 2016.

### **3.3. Nivel de investigación**

**Investigación descriptiva:** Se realiza una identificación, descripción y análisis de las variables: afrontamiento y calidad de vida, en una población específica de pacientes diagnosticados con VIH.

### **3.4. Población y muestra**

#### **Población**

La población del estudio son 120 personas diagnosticadas con VIH positivo que se encuentran registradas en estado activo, en el SIEN y que asisten a la clínica de VIH del HPGDR.

## **Muestra**

De acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión el presente trabajo investigativo se realizó con una muestra de 39 pacientes diagnosticados con VIH.

### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes con diagnóstico de VIH, que reciben tratamiento Antirretrovirales (ARV) de manera regular en el HPGDR.
- Pacientes que acuden a la consulta externa entre el mes de Octubre a Diciembre del 2015
- Pacientes comprendidos entre 18 y 64 años de edad.
- Pacientes con diagnóstico de VIH, que después de explicar el objetivo acepten participar de la investigación firmando el consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes menores de edad.
- Pacientes que padezcan de una enfermedad incapacitante que impida la aplicación de instrumentos de captación de información.
- Pacientes privados de la libertad (PPL).
- Pacientes que no acepten participar de la investigación.

## **3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

### **Técnicas:**

- Entrevista Psicológica: Es una conversación y/o relación interpersonal entre el psicólogo y el paciente con VIH, con objetivos determinados en la que alguien solicita ayuda y otro la ofrece.
- Observación Clínica: es el estudio de las reacciones de los pacientes con VIH que obedecen a una causa-efecto y se basa en los cambios que el experimentador provoca a través de la observación, descripción e investigación de los hechos en un ambiente que el experimentador ha preparado.



## **Instrumentos:**

- **Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA):** de Vindel y Tobal adaptado por Nora B. Leibovich (1992), mide las distintas posibilidades de valoración cognitiva (amenaza, desafío, irrelevancia) frente a un estímulo potencialmente estresante y las posibilidades de afrontamiento (cognitivo/conductual a la situación/ a la emoción , evitativo y pasivo), ante una situación concreta definida por el evaluador, está formado por 42 ítems, para su calificación se asumen puntajes del 1(casi nunca) al 5 (casi siempre), se suman los puntos de cada subtipo de valoración - afrontamiento y se toman en cuenta las mayorías.
- **Instrumento de Evaluación de Calidad de Vida WHOQOL BREF:** De la OMS (1993) que determina la percepción de los individuos de su situación en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en el que viven, y en relación con sus objetivos, expectativas e intereses, el WHOQOL-BREF produce un perfil con 4 ítems puntuados (salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente) y 2 ítems individuales sobre la percepción de la calidad de vida y salud. Los 4 ítems son puntuados en una dirección positiva del 0 al 100, los puntajes más altos muestran una mayor calidad de vida. Así también, los 2 ítems individuales son escalados en una dirección positiva, con una puntuación del 1 al 5, los puntajes más altos denotan una alta calidad de vida.

Para calcular los puntajes de los ítems se suman los puntajes obtenidos en cada pregunta:

- Salud Física:  $[6-(Q3)] + [6-(Q4)] + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$
- Salud Psicológica:  $Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + [6-(Q26)]$
- Relaciones sociales:  $Q20 + Q21 + Q22$
- Ambiente:  $Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$

Nota: Q se refiere al número de la pregunta en el cuestionario, por ejemplo pregunta n° 3 es igual a Q3.

Luego para transformar los puntajes de los 4 ítems a la escala de 0 a 100 se utilizan los rangos más altos de cada ítem y se utiliza una regla de 3. Ejemplo:

En el ítem de salud Física el rango más alto es de 35 puntos, si se obtiene un puntaje de 25 puntos se hace una regla de 3:

$$X = (25 \times 100) / 35$$

$$X = 71 \text{ puntos.}$$

### **3.6. Procedimiento para el análisis de resultados**

Con la aplicación de las técnicas e instrumentos, se obtuvo los datos para el análisis de resultados, Se analizará primero el resultado de Estrategias de afrontamiento (IVA) seguido del Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL BREF, se expondrá dichos resultados a través de tablas con frecuencia absoluto - porcentual y se graficará barras de cada una de las variables con el programa Excel 2013, posteriormente se analizará e interpretará los resultados y se compara con hallazgos de otros autores.

**CAPÍTULO IV**

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE**

**RESULTADOS**

#### 4.1. Inventario de valoración y afrontamiento

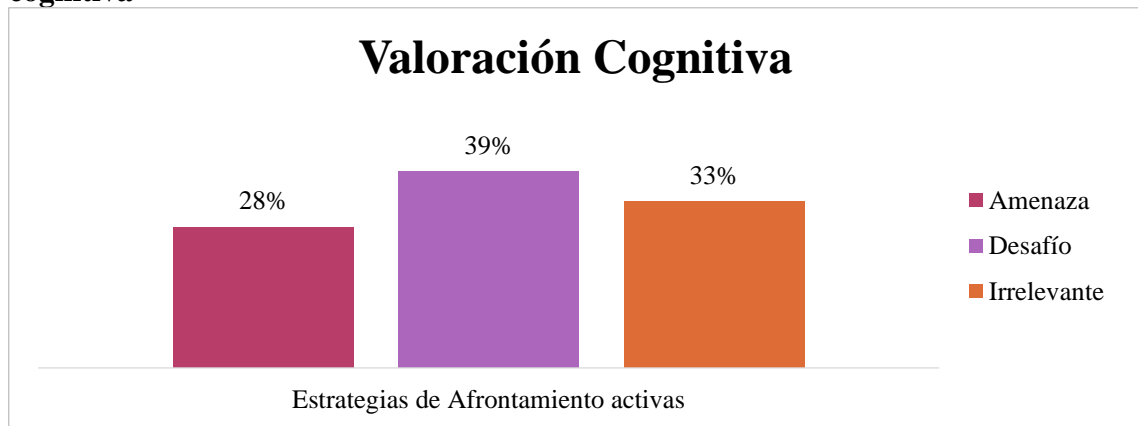
**Tabla 1. Valoración Cognitiva usada por los pacientes con VIH del HPGDR**

INDICADOR	FRECUENCIA ABSOLUTA (f)	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)
Amenaza	11	28%
Desafío	15	39%
Irrelevante	13	33%
PUNTAJE TOTAL:	39	100%

*FUENTE:* Inventario de valoración y afrontamiento (IVA), aplicado a los pacientes de la Clínica de VIH del “Hospital Provincial General Docente Riobamba”

*ELABORADO POR:* María José Cayambe y Yajaira Haro

**Gráfico 1. Porcentaje de pacientes con VIH del HPGDR según su valoración cognitiva**



*FUENTE:* Inventario de valoración y afrontamiento (IVA), aplicado a los pacientes de la Clínica de VIH del “Hospital Provincial General Docente Riobamba”

*ELABORADO POR:* María José Cayambe y Yajaira Haro

**Análisis:** El 39% de los evaluados valora su enfermedad como desafiante, el 33% valora su enfermedad como irrelevante y el 28% valora su enfermedad como amenazante.

**Interpretación:** La mayoría de los evaluados valoran la situación de enfermedad como un desafío, evalúan sus recursos para afrontarla como una oportunidad para mejorar ciertos aspectos conflictivos de su vida y así mantener control sobre la enfermedad, el uso de fármacos ARV contribuye la sensación de control real. Las personas que realizan este tipo de valoración tienden a producir estrategias de afrontamiento adaptativas, buscan consejo médico, cooperan con el tratamiento y se informan sobre su enfermedad. Los resultados concuerdan con los encontrados en el estudio de estrategias de afrontamiento psicológico en enfermedades crónico degenerativas, donde los pacientes hipertensos y diabéticos valoran su enfermedad como desafiante. (Pilco Guadalupe, 2008)

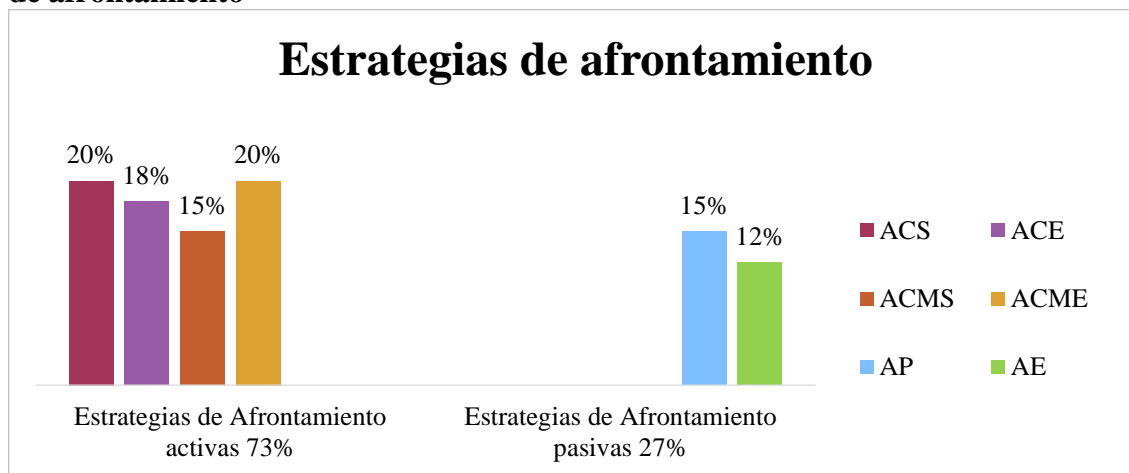
**Tabla 2. Estrategias de afrontamiento usada por los pacientes con VIH del HPGDR**

INDICADOR	FRECUENCIA ABSOLUTA (f)	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)
<b>Estrategias de Afrontamiento activas</b>		
Estrategias de afrontamiento cognitivo dirigido a la situación	8	20%
Estrategias de afrontamiento cognitivo dirigido a la emoción	7	18%
Estrategias de afrontamiento conductual dirigido a la situación	6	15%
Estrategias de afrontamiento conductual dirigido a la emoción	8	20%
<b>Estrategias de Afrontamiento pasivas</b>		
Estrategias de afrontamiento pasivo	6	15%
Estrategias de afrontamiento evitativo	4	12%
<b>PUNTAJE TOTAL:</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>

*FUENTE:* Inventario de valoración y afrontamiento (IVA), aplicado a los pacientes de la Clínica de VIH del “Hospital Provincial General Docente Riobamba”

*ELABORADO POR:* María José Cayambe y Yajaira Haro

**Gráfico 2. Porcentaje de pacientes con VIH del HPGDR según su uso de estrategias de afrontamiento**



ACS: Estrategias de afrontamiento cognitivo dirigido a la situación  
 ACE: Estrategias de afrontamiento cognitivo dirigido a la emoción  
 ACMS: Estrategias de afrontamiento conductual motor dirigido a la situación  
 ACME: Estrategias de afrontamiento conductual motor dirigido a la emoción  
 AP: Estrategias de afrontamiento pasivo  
 AE: Estrategias de afrontamiento evitativo

*FUENTE:* Inventario de valoración y afrontamiento (IVA), aplicado a los pacientes de la Clínica de VIH del “Hospital Provincial General Docente Riobamba”

*ELABORADO POR:* María José Cayambe y Yajaira Haro

**Análisis:** En cuanto a las estrategias de afrontamiento activas, el 20% de los evaluados utilizan estrategias de afrontamiento cognitivo dirigido a cambiar la situación (ACS) y estrategias de afrontamiento conductual motor dirigido a reducir la emoción (ACME), el

18% utiliza estrategias de afrontamiento cognitivo dirigido a la emoción (ACE) y el 15% utiliza estrategias de afrontamiento conductual motor dirigido a la situación (ACMS). En cuanto a las estrategias de afrontamiento pasivas, el 15% de los encuestados utilizan estrategias de afrontamiento pasivo (AP) y el 12 % usa estrategias de afrontamiento evitativo (AE).

**Interpretación:** Los pacientes que utilizan más estrategias activas como: planificación de soluciones, autocontrol, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social, tienden a adaptarse mejor a su condición de salud, mejor control propio del dolor y de la salud en general, así como en autoeficacia; también presentan menor riesgo de padecer depresión y deterioro funcional. Los pacientes que utilizan reiteradamente estrategias pasivas y evitativas, como: pensamiento desiderativo, apartarse del problema, pensamiento irreal e improductivo, distracción; son más propensos a la depresión, incapacidad funcional y presentan menor adherencia. Los resultados coinciden con la investigación en pacientes hipertensos y diabéticos que utilizan mayormente estrategias cognitivas dirigidas a reducir la emoción (Pilco Guadalupe, 2008)

#### 4.2. Cuestionario WHOQOL-BREF

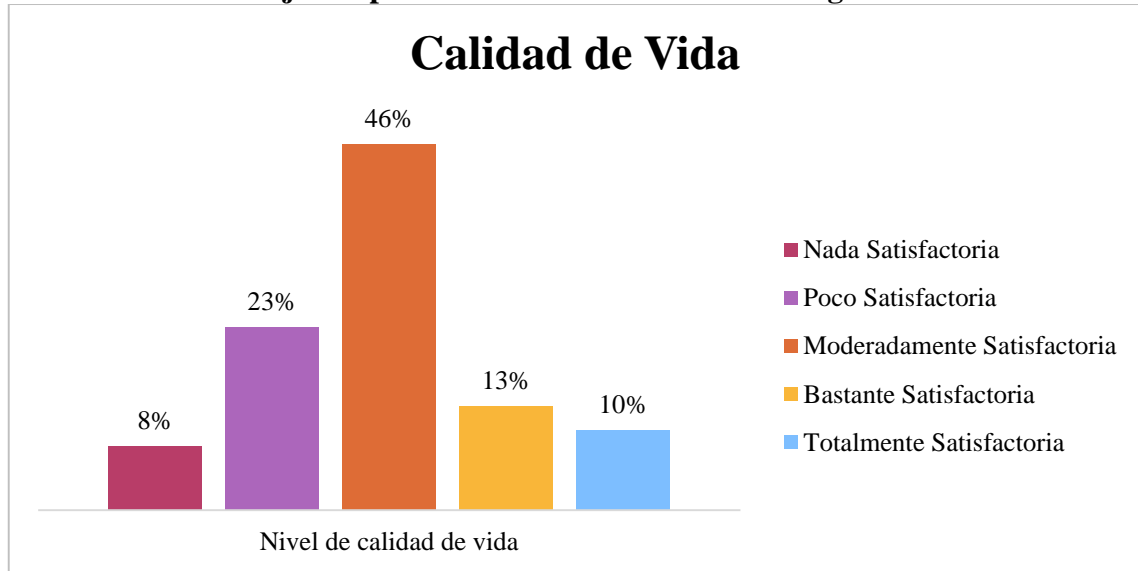
**Tabla 3. Percepción de Calidad de Vida en pacientes con VIH del HPGDR**

INDICADOR	FRECUENCIA ABSOLUTA (f)	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)
Nada Satisfactoria	3	8%
Poco Satisfactoria	9	23%
Moderadamente Satisfactoria	18	46%
Bastante Satisfactoria	5	13%
Totalmente Satisfactoria	4	10%
TOTAL:	39	100

*FUENTE: Cuestionario WHOQOL-BREF, aplicado a los pacientes de la Clínica de VIH del "Hospital Provincial General Docente Riobamba"*

*ELABORADO POR: María José Cayambe y Yajaira Haro*

**Gráfico 3. Porcentajes de pacientes con VIH del HPGDR según su calidad de Vida**



*FUENTE: Cuestionario WHOQOL-BREF, aplicado a los pacientes de la Clínica de VIH del "Hospital Provincial General Docente Riobamba"*

*ELABORADO POR: María José Cayambe y Yajaira Haro*

**Análisis:** De los evaluados, el 46% resulta tener una calidad de vida moderadamente satisfactoria, seguido del 23% que afirmó que su calidad de vida es poco satisfactoria y una minoría del 8% dice que su calidad de vida es nada satisfactoria.

**Interpretación:** “Las características propias de la infección por VIH pueden provocar un deterioro y/o cambio en las funciones físicas, psicológicas y sociales de los pacientes y reducir su calidad de vida”(García Sánchez, 2010). Esto se ve reflejado en los resultados de esta investigación ya que todas las dimensiones se encuentran alteradas en la muestra de manera general, entre los principales aspectos afectados están: la aceptación de la apariencia física, la falta de ingresos económicos, baja energía, poca seguridad en la vida diaria, alteraciones del sueño, falta de apoyo social, ambiente poco saludable, deterioro

en las relaciones sociales y vida sexual insatisfactoria. Sin embargo el mayor índice de evaluados muestran una calidad de vida moderadamente satisfactoria, los resultados muestran que estas personas perciben poca sensación de dolor físico, poca necesidad de tratamiento farmacológico para funcionar, un sentido de vida establecido, tienen acceso a la información, realizan actividades de ocio, son independientes, tienen acceso a servicios sanitarios; los datos arrojados son predecibles dado que la mayor parte de los evaluados acuden a sus controles frecuentes, cumplen con su régimen de medicamentos y tienen más de un año de diagnóstico.



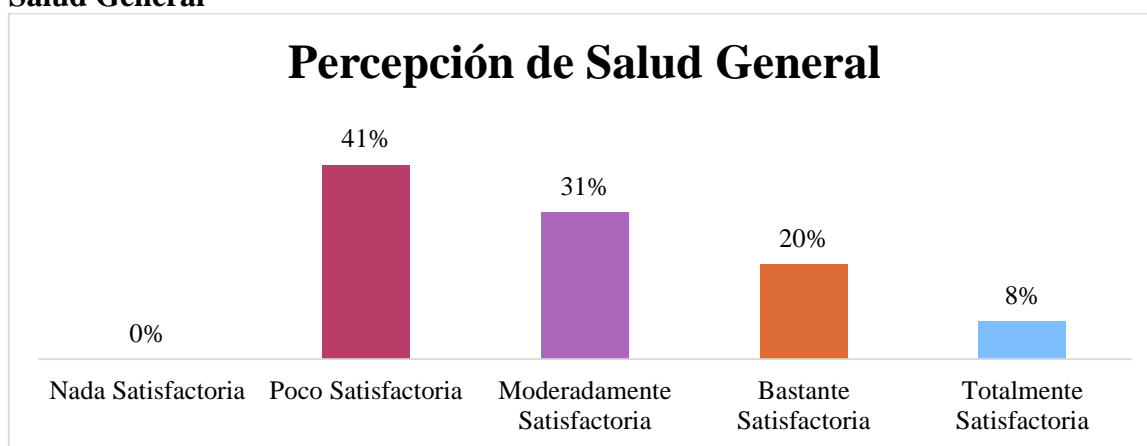
**Tabla 4. Percepción de Salud General en pacientes con VIH del HPGDR**

INDICADOR	FRECUENCIA ABSOLUTA (f)	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)
Nada Satisfactoria	0	0%
Poco Satisfactoria	16	41%
Moderadamente Satisfactoria	12	31%
Bastante Satisfactoria	8	20%
Totalmente Satisfactoria	3	8%
TOTAL:	39	100%

*FUENTE:* Cuestionario WHOQOL-BREF, aplicado a los pacientes de la Clínica de VIH del “Hospital Provincial General Docente Riobamba”

*ELABORADO POR:* María José Cayambe y Yajaira Haro

**Gráfico 4. Porcentajes de pacientes con VIH del HPGDR según su percepción de Salud General**



*FUENTE:* Cuestionario WHOQOL-BREF, aplicado a los pacientes de la Clínica de VIH del “Hospital Provincial General Docente Riobamba”

*ELABORADO POR:* María José Cayambe y Yajaira Haro

**Análisis:** De los evaluados, el 41% Poco satisfactoria, 31% moderadamente satisfactoria, una minoría del 8% percibe su salud como totalmente satisfactoria, y el 0% la percibe como nada satisfactorio

**Interpretación:** Encontramos una baja satisfacción de su salud por parte de los evaluados, resultados que son esperables debido a que la infección por el virus de la inmunodeficiencia no es curable y deteriora su sistema inmune dejando al paciente expuesto a enfermedades oportunistas, además existen varias quejas debido a los efectos secundarios de los medicamentos antiretrovirales; en nuestra cultura es común que el paciente piense que la ingesta continua de fármacos es dañino para su salud, a pesar de conocer la necesidad del control y continuidad de los mismos en el caso del VIH, donde la medicación será de por vida.

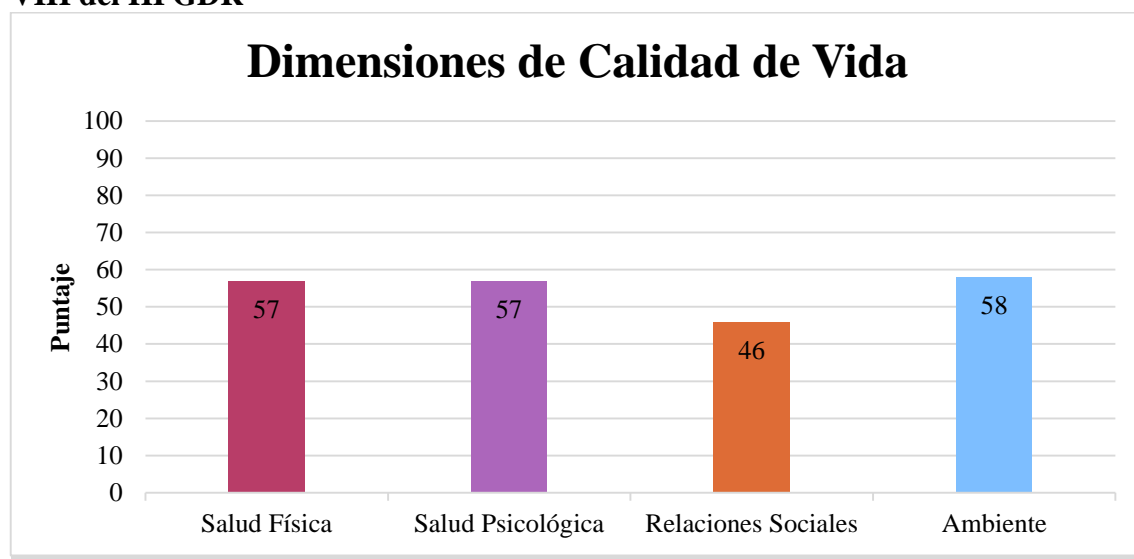
**Tabla 5. Dimensiones de Calidad de Vida en pacientes con VIH del HPGDR**

INDICADOR	PUNTAJE
Salud Física	57/100
Salud Psicológica	57/100
Relaciones Sociales	46/100
Ambiente	58/100

*FUENTE: Cuestionario WHOQOL-BREF, aplicado a los pacientes de la Clínica de VIH del “Hospital Provincial General Docente Riobamba”*

*ELABORADO POR: María José Cayambe y Yajaira Haro*

**Gráfico 5. Puntuación de las dimensiones de calidad de vida de los pacientes con VIH del HPGDR**



*FUENTE: Cuestionario WHOQOL-BREF, aplicado a los pacientes de la Clínica de VIH del “Hospital Provincial General Docente Riobamba”*

*ELABORADO POR: María José Cayambe y Yajaira Haro*

**Análisis:** Los evaluados obtuvieron un puntaje de 58/100 en la dimensión de ambiente, 57/100 puntos en la dimensión de salud física y salud psicológica y 46/100 puntos en la dimensión de relaciones sociales

**Interpretación:** La dimensión mayormente afectada en los evaluados son las relaciones sociales, atribuible al gran estigma interno y externo que existe sobre las personas con diagnóstico de VIH, esto afecta a la integridad del individuo, tal como lo menciona la OMS (1991) “las dimensiones de calidad de vida están interrelacionadas de tal manera que si la dimensión social es inferior, repercute en los aspectos físicos, psicológicos y de entorno”.

#### 4.3. Comparación entre resultados de cuestionario WHOQOL-BREF e inventario de valoración y estrategias de afrontamiento

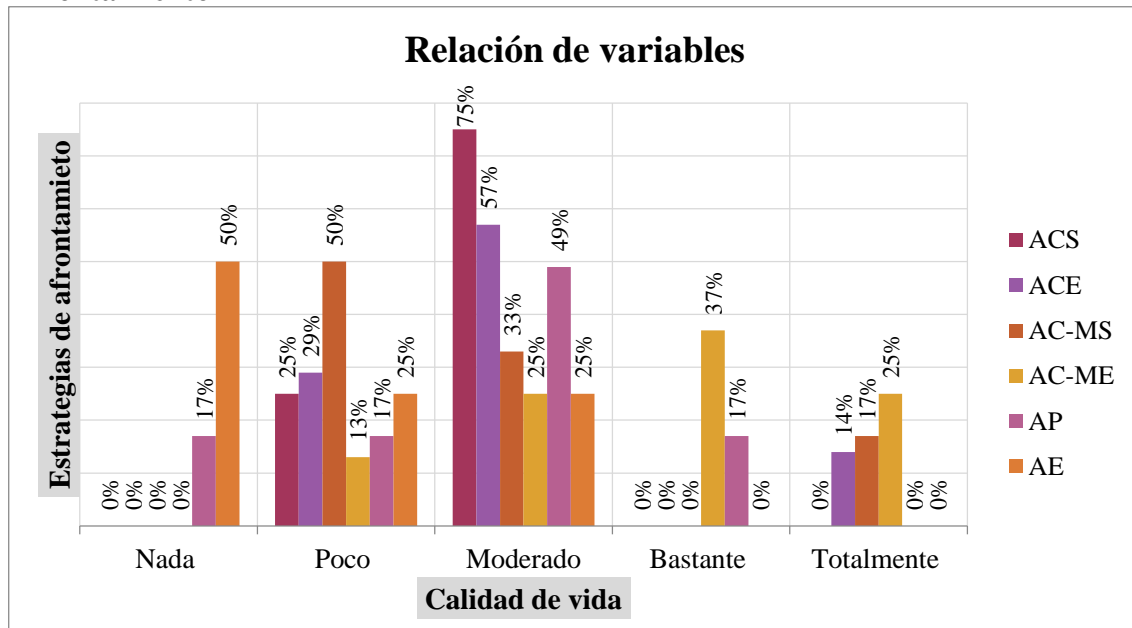
**Tabla 6: Asociación entre Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento en pacientes con VIH del HPGDR**

Estrategias de afrontamiento	Activas								Pasivas			
	ACS		ACE		AC-MS		AC-ME		AP		AE	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Calidad de Vida</b>												
Nada Satisfactoria	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	17%	2	50%
Poco Satisfactoria	2	25%	2	29%	3	50%	1	13%	1	17%	1	25%
Moderadamente Satisfactoria	6	75%	4	57%	2	33%	2	25%	3	49%	1	25%
Bastante Satisfactoria	0	0%	0	0%	0	0%	3	37%	1	17%	0	0%
Totalmente Satisfactoria	0	0%	1	14%	1	17%	2	25%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	8	100%	7	100%	6	100%	8	100%	6	100%	4	100%

*FUENTE: "Inventario de valoración y afrontamiento (IVA) y "Cuestionario WHOQOL-BREF", aplicado a los pacientes de la Clínica de VIH del "Hospital Provincial General Docente Riobamba"*

*ELABORADO POR: María José Cayambe y Yajaira Haro*

**Gráfico 6. Porcentaje de personas en la asociación entre Calidad de Vida y Tipo de Afrontamiento**



- ACS: Estrategias de afrontamiento cognitivo dirigido a la situación
- ACE: Estrategias de afrontamiento cognitivo dirigido a la emoción
- ACMS: Estrategias de afrontamiento conductual motor dirigido a la situación
- ACME: Estrategias de afrontamiento conductual motor dirigido a la emoción
- AP: Estrategias de afrontamiento pasivo
- AE: Estrategias de afrontamiento evitativo

*FUENTE: "Inventario de valoración y afrontamiento (IVA) y "Cuestionario WHOQOL-BREF", aplicado a los pacientes de la Clínica de VIH del "Hospital Provincial General Docente Riobamba"*

*ELABORADO POR: María José Cayambe y Yajaira Haro*

**Análisis:** Las personas con calidad de vida nada satisfactoria, utilizan en un 50% estrategias de afrontamiento evitativas (AE). Las personas con calidad de vida poco satisfactoria, utilizan en un 50% estrategias de afrontamiento conductual motor dirigido a la situación (ACMS). Las personas con calidad de vida moderadamente satisfactoria, utilizan en un 75% estrategias de afrontamiento cognitivo dirigidas a la situación (ACS). Las personas con calidad de bastante satisfactoria, utilizan en un 37% estrategias de afrontamiento conductual motor dirigido a la emoción (ACME). Las personas con calidad de totalmente satisfactoria, utilizan en un 25% estrategias de afrontamiento conductual motor dirigido a la emoción (ACME)

**Interpretación:** En el estudio realizado sobre Afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer en Argentina se concluyó que las estrategias de evitación hacia la enfermedad correlacionan negativamente con la percepción de la Calidad de Vida (Llull, Zanier, & García, 2013). Lo cual es concordante con los resultados encontrados en la presente investigación. Además, la mayor parte de los evaluados que tienen calidad de vida moderadamente satisfactoria (46%), enfocan sus esfuerzos cognitivos en cambiarla situación de enfermedad, Epíteto decía que no se puede cambiar la situación sino la visión de la persona sobre esta situación, la infección por VIH es una amenaza real para el individuo y a muchos pacientes les cuesta aceptar que si bien es una enfermedad controlable, no es curable y se debe cambiar el estilo de vida a uno más saludable para disminuir la vulnerabilidad del sistema inmune. Las personas con calidad de vida totalmente satisfactoria que equivalen al 10% de la muestra, presentan estrategias de afrontamiento que les permiten tener mayor control emocional, una reacción esperable ya que la dimensión mayormente afectada es la de las relaciones sociales y el paciente concentra sus esfuerzos en manejar el estigma característico de la enfermedad.

#### **4.4. Comprobación de hipótesis**

Una vez realizada la investigación referente al tema: “ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON VIH EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA, PERÍODO OCTUBRE 2015- MARZO 2016” Mediante los instrumentos aplicados: el inventario de valoración y afrontamiento (IVA) y el cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF, la entrevista psicológica y la observación clínica, que permitieron la

obtención de información en el proceso investigativo, se pudo obtener los siguientes datos:

Las personas con calidad de vida nada satisfactoria, utilizan en un 50% *estrategias de afrontamiento evitativas* (AE). Mientras que las personas con calidad de vida poco satisfactoria y moderadamente satisfactoria, utilizan en un 50% y 75% *estrategias de afrontamiento dirigidas a la situación* (ACMS y ACS). Las personas con calidad de bastante satisfactoria y totalmente satisfactoria, utilizan en un 37 y 25% *estrategias de afrontamiento conductual motor dirigido a la emoción* (ACME).

Comprobando así la hipótesis planteada (Hi), en nuestro trabajo investigativo que puntualiza: “Las estrategias de afrontamiento influyen sobre el nivel de calidad de vida de los pacientes diagnosticados con VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba, período octubre 2015- marzo 2016”.

Esto se ve reflejado en ascenso del nivel de calidad de vida conforme varia el uso de estrategias de afrontamiento. El uso de estrategias de afrontamiento evitativas, deterioran la calidad de vida (*nada satisfactoria*). El uso de estrategias de afrontamiento activas dirigidas a la emoción, aumentan la calidad de vida (*bastante satisfactoria y totalmente satisfactoria*).

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 5.1. Conclusiones

- Se determina mediante el inventario de valoración y afrontamiento aplicado a 39 pacientes con diagnóstico de VIH, que el 73% utiliza estrategias de afrontamiento activas: mayormente estrategias de afrontamiento cognitivo dirigido a cambiar la situación y estrategias de afrontamiento conductual motor dirigido a reducir la emoción como planificar soluciones, buscar consejo, realzar actividades para relajarse. El otro 27% utiliza estrategias de afrontamiento pasivas: afrontamiento pasivo y evitativo, como: pensamiento desiderativo, apartarse del problema, pensamiento irreal e improductivo, distracción.
- Después de aplicar el cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF, se conoce que, de los pacientes evaluados, el 46% tiene una calidad de vida moderadamente satisfactoria, el 23% tiene calidad de vida poco satisfactoria y el 8% tiene una calidad de vida nada satisfactoria; percepción que corresponde a un déficit de las dimensiones de la calidad de vida, especialmente a las relaciones sociales.
- Al asociar los resultados obtenidos del inventario de valoración y afrontamiento y del WHOQOL-BREF, encontramos que los evaluados con calidad de vida nada satisfactoria, utilizan en un 50% *estrategias de afrontamiento evitativas* (AE) concluyendo que el pensamiento desiderativo, apartarse del problema, el pensamiento irreal, son desadaptativos. Mientras que las personas con calidad de vida poco satisfactoria y moderadamente satisfactoria, utilizan en un 50% y 75% *estrategias de afrontamiento dirigidas a la situación* (ACMS y ACS); por lo que se deduce que mientras el afrontamiento se centra en la situación se percibe menor nivel de calidad de vida. Las personas con calidad de bastante satisfactoria y totalmente satisfactoria, utilizan en un 37 y 25% *estrategias de afrontamiento conductual motor dirigido a la emoción* (ACME), las cuales surgirían frente a la necesidad de control emocional frente al estigma de la enfermedad.
- Se elabora un plan psicoterapéutico que modifique la experiencia (significado del estímulo estresante) sin necesidad de cambiar realmente la situación (diagnóstico de VIH), y que ayude a disminuir la sensación de malestar emocional frente al diagnóstico y sus consecuencias sociales y familiares, aliviando la amenaza y

promoviendo estrategias de afrontamiento que mejoren la calidad de vida del paciente.

## **5.2. Recomendaciones**

- Incentivar que los pacientes utilicen diversas estrategias de afrontamiento dirigida a la situación y a la emoción que generen mejor estado de salud en general y optimismo.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con VIH mediante la realización de talleres que fortalezcan los indicadores: relaciones sociales, salud psicológica, salud física y ambiente.
- Con el fin de mejorar las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida se recomienda que todo paciente diagnosticado con VIH reciba atención de un equipo multidisciplinario que incluya asesoramiento psicológico como evaluación, intervención en crisis, rehabilitación y seguimiento en cuanto al diagnóstico, relación familiar y social. Además de apoyo y acompañamiento terapéutico (cooterapeuta)
- Incentivar en los estudiantes de Psicología Clínica que realizan las prácticas pre profesionales en la clínica de VIH del HPGDR, debido a su cercanía con los pacientes que acuden, la aplicación del plan psicoterapéutico propuesto en este trabajo de investigación.
- El HPGDR, realice capacitaciones dirigidas al personal de salud en cuanto al aspecto psicológico del paciente seropositivo, con el fin de mejorar la relación médico-paciente, la confidencialidad y la empatía.



## BIBLIOGRAFÍA

- Caballo, V. E. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid - España: Siglo XXI de España Editores, S. A.
- Casas Gutierrez, K. S. (2007). *Estrategias de Afrontamiento en personas que viven con el Virus de la Inmuno Deficiencia Humana. VIH/SIDA*. intellectum unisabana.
- Castaño, & Barco, L. d. (2010). *Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal*. España: Universidad de Extremadura.
- Cólica, P. (2012). *Estrés “Lo que Ud. querría preguntar y debe conocer”*. Argentina: Editorial Brujas.
- Dugarte R., J., & Oxford L., M. (2008). Estrategias de afrontamiento en pacientes seropositivos, calidad de vida y su relación con el estadiaje de esta patología. *Sociedad Venezolana de Psiquiatría*, 54.
- Enciclopedia Libre Universal en Español (2011) Calidad de vida. Obtenido de [http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad\\_de\\_vida](http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida)
- ESPOL. (2008). *determinantes de la calidad de vida de los pacientes infectados de VIH bajo tratamiento ART en el Hospital de Infectología de Guayaquil*. Guayaquil - Ecuador: Escuela Superior Politecnica del Litoral.
- García Sánchez, M. D. (2010). Calidad de vida en personas VIH positivas con lipodistrofia, estrategias de afrontamiento y diferencias de género: Un estudio transcultural. *Tesis Doctoral*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- García, M., & Martínez , J. (2012). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. España: Paraninfo.
- German Tomalá, M. L. (2015). *Estrategias de afrontamiento en conductas desadaptativas de adolescentes de los segundos años de bachillerato de las instituciones educativas urbano-fiscales del distrito 1 parroquia la Merced de la ciudad de Ambato*. Ambato-Ecuador: Universidad Técnica de Ambato, carrera de Psicología Clínica.
- Llull, D. M., Zanier, J., & García, F. (2013). Afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer del Hospital Interzonal General de Agudos de Mar de Plata. *Psico-USF*, 175-182.
- Martinez Jaramillo, L. F. (15 de diciembre de 2012). *Calidad de vida en :Chile, Australia, Grecia*. Recuperado el 2016, de <http://cavidac.blogspot.com/2012/12/que-es-calidad-de-vida.html>
- Maza, E. (2015). Afrontamiento en paciente terminal. El Oro, Machala , Ecuador: Universidad Académica de Ciencias Sociales Carrera de Psicología Clínica.

- Moneyham, L., Hennessy, M., Sowell, R., Demi, A., Seals, B., & Mizuno, Y. (1998). La eficacia de las estrategias de afrontamiento utilizadas por las mujeres VIH seropositivas. *Nursing and Health*, 351-362.
- MSP. (Diciembre de 2015). *MSP realiza gran Feria de la Salud por el Día Mundial de la respuesta al VIH*. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/msp-realiza-gran-feria-de-la-salud-por-el-dia-mundial-de-la-respuesta-al-vih/>
- Nieto Munuera, J., Abad Mateo, M. Á., Albert, M. E., & Tejerina Arreal, M. (2004). *Psicología para ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*.
- OMS. (Noviembre de 2015). *VIS/SIDA cifras y datos*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
- ONUSIDA, P. C. (2013). *Informe mundial: ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013*. Biblioteca de la OMS.
- Pilco Guadalupe, A. (Octubre de 2008). Estrategias de afrontamiento psicológico de pacientes con enfermedades crónico degenerativas. *Tesis de postgrado*. Riobamba, Chimborazo, Ecuador: Universidad Central.
- Remien, R., Rabkin, J., & Williams, J. (1992). Las estrategias de afrontamiento y las creencias de salud de los sobrevivientes a largo plazo del SIDA. *Psychology and Health*, 335-345.
- Vargas, J., Cervantes, M., & Aguilar, J. (2009). *Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos*. Psicología y Salud.
- Vindel, A. C., & Tobal, J. J. (1992). Valoración, Afrontamiento y ansiedad. *Universidad Complutense de Madrid*, 129-143.

## **ANEXOS**

## **Anexo1.**

Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA)

## INVENTARIO DE VALORACIÓN Y AFRONTAMIENTO (IVA)

Antonio Cano Vindel y Juan José Miguel Tobal

(Adaptación Nora B. Leibovich de Figueroa)

### Instrucciones:

Diariamente se nos plantean situaciones problemáticas. A continuación le solicitamos escriba una situación problemática de su enfermedad que lo afectó y que aún le continúa afectando, si Ud. ha tenido más de una, elija aquella que más lo afectó.

.....  
.....  
Frente a la situación planteada Ud. ha tenido ciertos pensamientos o ha realizado conductas. Coloque una cruz en el casillero que corresponda a la cantidad de veces (casi nunca / pocas veces / unas veces sí, otras no / muchas veces / casi siempre) que Ud. tiene esos pensamientos o realiza dichas conductas, en relación a la situación problemática que Ud. escribió. Por favor responda a todas las frases.

#### CUANDO PIENSO EN A SITUACIÓN PROBLEMÁTICA QUE ME PASA

VSA

	Casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí, otras veces no	Muchas veces	Casi siempre
<b>PIENSO QUE SE TRATA DE UNA SITUACIÓN</b>					
1. Muy importante en mi vida					
2. Que tiene muchas consecuencias negativas					
3. Dificil o amenazante para mi					
4. Dificil de controlar o resolver					
5. Que no me gusta					
6. En la que reflexiono acerca de lo que pensarán los demás					

VSD

	Casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí, otras veces no	Muchas veces	Casi siempre
<b>PIENSO QUE SE TRATA DE UNA SITUACIÓN</b>					
7. En la que puedo hacer muchas cosas					
8. En la que intento crecer como persona					
9. En la que puedo y debo estar más pendiente de otros que de mi					
10. Que supone un desafío para mi					
11. En la que pienso que podría verme desbordado, pero que puedo controlar					
12. En la que debo esforzarme para conseguir un resultado positivo					

VSI

	Casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí, otras veces no	Muchas veces	Casi siempre
<b>PIENSO QUE SE TRATA DE UNA SITUACIÓN</b>					
13. Como otra más de la vida					
14. A la que no le doy una especial importancia					
15. Sin consecuencias negativas para mí					

ACS

	Casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí, otras veces no	Muchas veces	Casi siempre
<b>PIENSO QUE SE TRATA DE UNA SITUACIÓN</b>					
16. Creo que puedo enfrentarme a esta situación y hacer cosas que ayuden					
17. Trato de restarle importancia a la situación					
18. Intento ver la situación de la manera que me cause menos problemas					
19. Trato de ver algún aspecto positivo de una situación					
20. Creo que puedo cambiar mi visión pesimista sobre esta situación					
21. Puedo tomar decisiones que me ayuden a simplificar los problemas que aparecen					

ACE

	Casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí, otras veces no	Muchas veces	Casi siempre
<b>PIENSO QUE SE TRATA DE UNA SITUACIÓN</b>					
22. Intento que mi atención no se concentre en aquellos pensamientos y conductas que me preocupan					
23. Me digo a mí mismo cosas positivas y me doy ánimos					
24. Trato de concentrarme en la cosas que puedo hacer y no en mis miedos					
25. Pienso que en otras situaciones hice lo que pude y esto me tranquiliza					
26. Intento eliminar mis pensamientos negativos					
27. Intento mejorar mi estado de ánimo					

AC-MS

	Casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí, otras veces no	Muchas veces	Casi siempre
<b>PIENSO QUE SE TRATA DE UNA SITUACIÓN</b>					

28.	Trato de actuar en lugar de quedarme sin hacer nada					
29.	Hago cosas para atraer la atención de los demás hacia el problema, buscando soluciones					
30.	Trato de llevar la situación a un terreno en el que me manejo bien					
31.	Intento crear una situación relajada					
32.	Trato de conocer y prepararme para esta situación					
33.	Busco el contacto con las personas más próximas					

*AC-ME*

	Casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí, otras veces no	Muchas veces	Casi siempre
<b>PIENSO QUE SE TRATA DE UNA SITUACIÓN</b>					
34.	Hago cosas que me ayuden a relajarme				
35.	Hago pequeñas cosas que me ayuden a estar tranquilo y sereno				
36.	Hago cosas para disminuir mi nivel de tensión				
37.	Trato de usar mis mejores habilidades para sentirme más seguro				
38.	Hago cosas que me ayudan a aumentar mi sensación de control				
39.	Intento hablar de una manera espontánea y suave para calmarme				

*AP*

	Casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí, otras veces no	Muchas veces	Casi siempre
<b>PIENSO QUE SE TRATA DE UNA SITUACIÓN</b>					
40.	No hago nada especial e intento pasar desapercibido				
41.	Trato de hablar poco y no ser el centro de atención de las conversaciones				

*AE*

	Casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí, otras veces no	Muchas veces	Casi siempre
<b>PIENSO QUE SE TRATA DE UNA SITUACIÓN</b>					
42.	Intento huir o evitar esta situación y cualquier otra relacionada con ella				

**Anexo 2.**

Instrumento de evaluación de calidad de vida de la  
OMS – WHOQOL



## Cuestionario WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

Tomando en cuenta el diagnóstico de VIH

### 1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

### 2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

### 3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

### 4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

### 5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

### 6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

### 7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

### 8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

### 9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuán totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

**10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

**16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy sa
1	2	3	4	5

**17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

**26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?**

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

**Anexo 3.**  
Consentimiento Informado

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

<b>1.- DATOS GENERALES</b>	
<b>A. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	Estrategias de Afrontamiento y Calidad de vida en pacientes diagnosticados con VIH en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, Período Octubre 2015- Marzo 2016
<b>B. AUTOR (ES)</b>	Cayambe Palacios María José Haro Gavidia Yajaira Nataly
<b>C. DIRECTOR O TUTOR</b>	Dra. Alexandra Pilco
<b>D. UNIDAD DE SALUD DE INVESTIGACION</b>	Hospital Provincial General Docente de Riobamba

**2.- JUSTIFICACIÓN:**

Vivir con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana VIH, es una situación en la que interviene no solo la salud física, sino la salud mental y una serie de factores psicosociales que afectan constantemente la estabilidad emocional y la dimensión psicológica del individuo que padece esta dura enfermedad. Por esta razón, ésta investigación pretende determinar las estrategias de afrontamiento y niveles de calidad de vida en los pacientes que padecen esta enfermedad mediante la evaluación psicométrica que nos permitirá especificar cuáles son las estrategias de afrontamiento más frecuentes, identificar el nivel de calidad de vida que presentan las personas con VIH y son tratadas en la clínica del VIH- HPGDR y la relacionarlos de manera estadística para proponer un plan terapéutico que apoye al paciente con VIH a aceptar y adaptarse a su diagnóstico como también que sea capaz de construir las herramientas necesarias para mejorar su calidad de vida en función de su condición de salud.

**Para ser leído por el proponente.**

**3.- INTRODUCCIÓN**

Las suscritas. Señoritas Cayambe Palacios María José y Haro Gavidia Yajaira Nataly, estudiantes del 5to año de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo se han permitido informarme lo siguiente: que como parte de la formación académica y curricular en la Universidad Nacional de Chimborazo. Las estudiantes de la carrera de Psicología Clínica realizan trabajos de investigación, que consiste en la utilización de datos de confidencialidad de la Historia clínica Única, valoraciones psicométricas y datos obtenidos en la entrevista directa, sobre mi enfermedad o patología actual, y relevante. Y me ha entregado la información necesaria he sido invitado a

participar de esta investigación, además me ha indicado, que No tengo que decidir hoy si participar o no. Antes de decidirme, puedo hablar con alguien que me sienta cómodo, de esta propuesta. Puede que haya algunas palabras que no entiendo por lo cual me permite interrumpirle para su ampliación respectiva, y si tengo alguna duda más tarde puedo preguntar a él (ella) o a alguno de los miembros del equipo.

### **Propósito:**

La presente investigación, la realizamos, por cuanto es un tema de discusión clínico, las Estrategias de Afrontamiento y Calidad de vida en pacientes diagnosticados con VIH tiene relevancia en el quehacer científico de la práctica psicológica y permite profundizar nuestros conocimientos, investigativos, como poner al alcance avances tanto tecnológicos terapéuticos en la patología descrita. Con el presente estudio, queremos contribuir al avance académico y científico de nuestra formación como profesionales de la salud.

Tipo de estudio.- Se realizará una investigación no experimental, de tipo descriptivo a partir del análisis de los datos encontrados.

### **Confidencialidad.**

La información que recojamos por este proceso de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla. **Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre.** No será compartida ni entregada a nadie excepto Dra. Alexandra Pilco (tutora de la investigación)

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial. Se publicaran los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

### **Derecho a retirarse del estudio:**

Usted no tiene por qué tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

### **CONSENTIMIENTO:**

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha (Día/mes/año) \_\_\_\_\_

Si es analfabeto Un testigo que sepa leer y escribir debe firmar (si es posible, esta persona debiera seleccionarse por el participante y no debiera tener conexión con el equipo de investigación). Los participantes analfabetos debieran incluir su huella dactilar también.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo \_\_\_\_\_ Y Huella dactilar del participante

Firma del testigo \_\_\_\_\_

Fecha (Día/mes/año) \_\_\_\_\_

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador \_\_\_\_\_

Firma del Investigador \_\_\_\_\_

Para constancia de lo actuado, firman el día de la fecha:.....

*Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado*

***Autores:** María José Cayambe y Yajaira Haro*