



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR  
SEDE CENTRAL  
SUCRE- BOLIVIA**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN “PSICOLOGÍA CLÍNICA - III Versión”**

**“ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON  
VIH-SIDA DE LA CIUDAD DE SUCRE”**

**Tesis presentada para obtener el  
Grado Académico de Magister en  
“Psicología Clínica”**

**MAESTRANTE: SHIRLEY BRACAMONTE DÁVALOS**

Sucre – Bolivia

2016



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BÓLIVAR  
SEDE CENTRAL  
SUCRE- BOLIVIA**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN “PSICOLOGÍA CLÍNICA - III Versión”**

**“ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON  
VIH-SIDA DE LA CIUDAD DE SUCRE”**

**Tesis presentada para obtener el  
Grado Académico de Magister  
en “Psicología Clínica”**

**MAESTRANTE: SHIRLEY BRACAMONTE DÁVALOS**

**TUTORA: MARÍA GLORIA SEOANE PESQUEIRA**

Sucre – Bolivia

2016

## **DEDICATORIA**

*A mis hijas Lara y Luciana  
por ser mi mayor motivación*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A mis padres por su apoyo incondicional  
en cada etapa de mi vida.*

*A mis maestros por todos los  
conocimientos impartidos.*

*A mi tutora por dedicarle su tiempo  
y dedicación a mi trabajo.*



## Resumen

El propósito de esta investigación fue analizar si los Estilos de Afrontamiento de 27 pacientes con VIH-SIDA estaban relacionados con su Calidad de Vida. Para identificar estas variables en los sujetos, se emplearon los cuestionarios de: MOS-SF-30 de *Wu et.*, (1991) para evaluar la calidad de vida de personas infectadas por el VIH y el Cuestionario de Afrontamiento al VIH – SIDA de *Namir & Cols*<sup>1</sup>. Se apunta que los sujetos de estudio con mayor frecuencia utilizan como Estilo de Afrontamiento el Estilo Activo-Conductual y las Estrategias de Afrontamiento más utilizada es: Crecimiento Personal. En cuanto a la Calidad de Vida el indicador Malestar con Respecto a la Salud es el predominante, es decir que existe un mayor bienestar con respecto a la salud y la calidad de vida media y alta priman en los pacientes.

**Palabras clave:** VIH-Sida, Estrategias y Estilos de Afrontamiento, Calidad de Vida, ansiedad y depresión.

---

<sup>1</sup>Adaptación española, Remor, 2001

**Abstract**

The purpose of this study was to observe if the coping styles of 27 patients with HIV-AIDS were related to their quality of life. The MOS-SF-30 and questionnaire of Coping styles of HIV-AIDS of Namir & were the instruments used. Results showed that the coping style active-behavioral was the most used and the coping strategy most used was personal growth. On quality of life: Upset about health predominates, that means there was a high level of quality of life.

**Key words:** HIV-AIDS, quality of life, coping style, anxiety and depression.

## INDICES DE CONTENIDO

	PAGINAS
<b>PARTE TEORICA.....</b>	<b>1</b>
<b>1. INTRODUCCION.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2. Definición VIH – Sida.....</b>	<b>6</b>
<b>1.3. Estrategias de Afrontamiento .....</b>	<b>9</b>
<b>1.4. Familias de Afrontamiento y Adaptación Psicosocial.....</b>	<b>18</b>
<b>1.5. Concepto de la Salud Mental.....</b>	<b>26</b>
<b>1.6. Definición del concepto Calidad de Vida.....</b>	<b>27</b>
<b>1.7. Calidad de Vida y su relación con la Salud mental .....</b>	<b>29</b>
<b>1.8. Calidad de Vida relacionada a pacientes con VIH-Sida.....</b>	<b>30</b>
<b>1.9. Aspectos emocionales en las personas con VIH-Sida .....</b>	<b>31</b>
<b>1.10. Ansiedad y depresión relacionada a las Estrategias de Afrontamiento en pacientes con VIH .....</b>	<b>33</b>
<b>1.11. Ansiedad y depresión relacionado a la CVRS en pacientes con VIH .....</b>	<b>34</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>36</b>
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>38</b>
<b>3.1. Objetivo general.....</b>	<b>38</b>
<b>3.2. Objetivos específicos .....</b>	<b>38</b>
<b>PARTE EMPIRICA.....</b>	<b>39</b>
<b>4. MÉTODO.....</b>	<b>39</b>
<b>4.1 Características de la investigación .....</b>	<b>39</b>
<b>4.2. Participantes/Sujetos de la investigación .....</b>	<b>39</b>
<b>4.3. Instrumentos.....</b>	<b>40</b>
<b>4.3.1. Cuestionario MOS-SF-30 .....</b>	<b>40</b>
<b>4.3.2. Inventario de Estilos de Afrontamiento a la enfermedad.....</b>	<b>41</b>
<b>4.4. Procedimiento.....</b>	<b>42</b>
<b>4.5. Análisis de datos.....</b>	<b>43</b>
<b>5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION .....</b>	<b>43</b>
<b>5.1. Datos de la sintomatología clínica psicológica en los sujetos.....</b>	<b>49</b>
<b>5.2. Estilos y las estrategias de afrontamiento más utilizados por los pacientes con VIH.....</b>	<b>51</b>
<b>5.3. Estadísticos descriptivos de las medias y desviaciones de la Calidad de Vida del cuestionario MOS-SF-30 en la versión española de Remor (2003) .....</b>	<b>58</b>
<b>6. DISCUSION .....</b>	<b>75</b>

<b>7. CONCLUSIONES .....</b>	<b>78</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>80</b>
<b>INDICE DE TABLAS</b>	
<b>Tabla 1.</b> Media por género.....	44
<b>Tabla 2.</b> Frecuencias por género.....	44
<b>Tabla 3.</b> Estadísticos por edad y sexo.....	44
<b>Tabla 4.</b> Contingencia Orientación Sexual.....	45
<b>Tabla 5.</b> Contingencia Orientación sexual por sexo.....	45
<b>Tabla 6.</b> Contingencia orientación sexual en tipo de trasmisión sexual.....	47
<b>Tabla 7.</b> Tiempo de diagnóstico de los sujetos estudiados.....	48
<b>Tabla 7a.</b> Estadísticos frecuencias media, máximo y mínimo en tiempo de diagnóstico.....	49
<b>Tabla 8.</b> Frecuencia y porcentaje de los síntomas en los sujetos estudiados.....	51
<b>Tabla 9.</b> Medidas y desviaciones de los estilos de afrontamiento de toda la muestra.....	52
<b>Tabla 10.</b> Resumen de los sujetos estudiados por síntoma, en relación al estilo de afrontamiento de cara al VIH – SIDA.....	53
<b>Tabla 11.</b> Medidas y desviaciones de las estrategias de afrontamiento de toda la muestra. ....	55
<b>Tabla 12.</b> Resumen de los sujetos estudiados por síntoma en relación a las estrategias de afrontamiento de los sujetos con VIH – SIDA.....	57
<b>Tabla 13.</b> Medidas y desviaciones de los indicadores de calidad de vida de toda la muestra.....	60

<b>Tabla 14.</b> Resumen de los sujetos estudiados por síntoma en relación a los indicadores de calidad de vida de los sujetos con VIH – SIDA.....	61
<b>Tabla 15.</b> Porcentaje de participantes con un estilo de afrontamiento más definido.....	64
<b>Tabla 16.</b> Descripción de los participantes con un estilo de afrontamiento más definido.....	65
<b>Tabla 17.</b> Relación entre estilos de afrontamiento, edad y tiempo de diagnóstico.....	66
<b>Tabla 18.</b> Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento.....	67
<b>Tabla 19.</b> Relación entre Estilos de Afrontamiento e indicadores de Calidad de Vida.....	68
<b>Tabla 20.</b> Relación entre estrategias de afrontamiento e indicadores de calidad de vida.....	69
<b>Tabla 21.</b> Resultados análisis de regresión.....	70
<b>Tabla 22.</b> Coeficientes de regresión.....	71
<b>Tabla 23.</b> Diferencias entre los participantes con distintos estilos de afrontamiento en las estrategias de Afrontamiento.....	72
<b>Tabla 24.</b> Diferencias entre los participantes con diferentes Estilos de Afrontamiento en los indicadores de la Calidad de Vida.....	73

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Orientación sexual en los pacientes con VIH estudiados.....	45
<b>Figura 2.</b> Orientación sexual por género.....	46
<b>Figura 3.</b> Orientación sexual por género.....	46
<b>Figura 4.</b> Modo de transmisión del virus del VIH-Sida.....	47
<b>Figura 5.</b> Síntomas en los sujetos estudiados.....	51
<b>Figura 6.</b> Total sujetos en relación a Síntomas y Estilo de Afrontamiento Activo-Conductual.....	54
<b>Figura 7.</b> Total sujetos en relación a síntomas y Estrategias de Afrontamiento Crecimiento Personal.....	56
<b>Figura 8.</b> Total sujetos en relación a Síntomas y Estrategias de Afrontamiento Implicación Activa- Positiva.....	56
<b>Figura 9.</b> Total sujetos en relación a Síntomas e indicadores de Calidad de Vida: Malestar con Respecto a la Salud.....	63
<b>Figura 10.</b> Total sujetos en relación a Síntomas e indicadores de Calidad de Vida: Funcionamiento Físico.....	63
<b>Figura 11.</b> Total sujetos en relación a Síntomas e indicadores de Calidad de Vida: Funcionamiento Cognitivo.....	63
<b>Figura 12.</b> Total sujetos en relación a Síntomas e indicadores de Calidad de Vida: Salud Mental.....	63

**INDICE DE ANEXOS**

**ANEXOS**.....88

**ANEXO I**

Cuestionario MOS- SF- 30 para evaluar la calidad de vida de personas  
infectadas por el VIH.....89

**ANEXO II**

Cuestionario de Afrontamiento al VIH – SIDA.....92

**ANEXO III**

Antecedentes del Programa Departamental  
ITS/VIH/SIDA.....96

## **PARTE TEORICA**

### **1. INTRODUCCION**

El mundo se consterno en 1981 por el descubrimiento de lo que ahora es uno de los principales problemas de salud mundial: la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Desde ese entonces millones de personas han padecido y muerto a causa del SIDA. Hoy en día, se conoce que más de 33 millones de personas alrededor de mundo viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Cuando una persona recibe un diagnóstico de una enfermedad, cualquiera que sea, se provoca una actividad intensa a nivel psíquico, que va a desencadenar una problemática con diferentes aristas. Sí la enfermedad es clasificada como grave, tendrá una incidencia sobrecogedora que de alguna manera va a amenazar con la seguridad vital del enfermo. La racionalización de las consecuencias que la enfermedad acarrea una serie de conductas que pueden ser en general negativas y rara vez positivas.

Las secuelas emocionales, sociales y financieras del VIH-Sida en las personas infectadas, puede generar que el afrontamiento de la enfermedad sea substancialmente complejo. Los pacientes que padecen de VIH-Sida deben sopesar con una gama de variables que resultan emanadas del propio estrés, y que son engendradas por el hecho de ser portador de la enfermedad; estos estresores son básicamente de tipo social, cultural, fisiológico, económico y el más importante para esta investigación: el factor psicológico.

Ahora, es evidente que este conjunto de variables negativas para el sujeto van a resultar una potencial amenaza a su salud mental (Vargas, Cervantes, & Aguilar, 2009). Esta tesis investiga cómo es que esas variables que se desencadenan y llegan a convertirse en síntomas, son asumidas por los pacientes —los cuales son los sujetos con VIH-Sida de

estudio de esta investigación— y como se activan las Estrategias de Afrontamiento para mantener o menoscabar la calidad de vida.

Es esencial entender el concepto de la variable de Calidad de Vida en Salud (CVS), ya que se define como la evaluación que la persona realiza sobre su grado de bienestar en diversos dominios de la vida, considerando el impacto que en estos ha podido provocar una enfermedad tanto física como mental y sus consecuencias (Urzúa & Esparcia, 2008).

Existen otras variables que se correlacionan con la variable Calidad de Vida y que van tener influencia, verbigracia son los Estilos de Afrontamiento, definidos estos como variables disposicionales que median sobre la elección de las Estrategias de Afrontamiento (acciones concretas y específicas que la persona utiliza para enfrentarse a la situación) (Urzúa & Esparcia, 2008).

Los estudios reportan que cuanto mayor sea el estrés a la que es sometida la persona, menor será su calidad de vida, ahora bien, lo importante en esta investigación será estudiar cómo es que los sujetos con VIH-Sida usan Estrategias de Afrontamiento al asumir un rol modulador, que ayude a disminuir el impacto provocado por la enfermedad que sufren.

Un factor mediador importante con relación a la adaptación a la enfermedad es el Estilo de Afrontamiento, el cual es considerado crucial para la supervivencia del enfermo, *los Estilos de Afrontamiento* son vinculados a resultados físicos y psicológicos en relación a la salud, existiendo un relativo acuerdo de que existiría una asociación entre enfermedad y Estilo de Afrontamiento. Es bien sabido por lo teóricos y especialistas de este tema, que las investigaciones destinadas a profundizar sobre las relaciones entre tipos de afrontamiento específicos y enfermedad, todavía no han aterrizado de forma contundente y no hay conclusiones decisivas, por lo que no existe un nítido consenso entre los estudiosos en relación a cuáles son los Estilos de Afrontamiento más efectivos.

La tesis de investigación que a continuación se presenta como modalidad de graduación para la Maestría en Psicología Clínica, pretende demostrar tácitamente si hay una relación entre la Calidad de Vida y los Estilos y Estrategias de Afrontamiento en pacientes

que poseen la enfermedad del VIH-Sida. Las repercusiones de tipo psicológico deberán ser parte clave y primordial de este estudio, pues las competencias adquiridas en la formación de la maestría antes mencionada, permiten un análisis conciso a partir de dos indicadores clínicos (ansiedad y depresión), es así que se relacionará estos últimos con las variables de estudio (Estrategias y Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida), presentes en este trabajo de investigación.

Es relevante mencionar que los resultados que se deriven de esta tesis, permitirá elaborar material de apoyo para profesionales en el área de la salud mental, y se procurará realizar la producción de guías para el diseño de intervenciones psicoeducativas que vayan a favorecer tanto al Programa ITS/VIH/SIDA<sup>2</sup> como a los suscritos al programa (la población infectada). El objetivo de las intervenciones se centrará en elevar la calidad de vida, fortaleciendo a través de un Programa de Entrenamiento Psicoeducativo las estrategias que el paciente seropositivo deberá instrumentalizar en su beneficio.

En cuanto los antecedentes del tema que atañen a la investigación presente se debe mencionar que hasta el año 2010 y según el Programa de Naciones Unidas de lucha contra el Sida (ONUSIDA), en promedio existen 65 millones de casos de Sida en el mundo (Au, Chan, Li, & et., 2008).

En Bolivia existen alrededor de 13180 casos confirmados del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA), contabilizados desde 1982 a la fecha y Santa Cruz es el departamento con mayor cantidad de pacientes, seguida de La Paz y luego Cochabamba; un porcentaje menor se distribuye en todo el país. El 97% de las personas infectadas en Bolivia contrajo la enfermedad por transmisión sexual, el 2% de madre a hijo y el 1% por vía sanguínea. Los datos muestran que el mayor porcentaje de afectados es heterosexual y está comprendido entre 25 y 35 años, según un informe oficial de

---

<sup>2</sup> El Programa Departamental ITS/VIH/SIDA, dependiente de la unidad de Epidemiología del Servicio Departamental de Salud de Chuquisaca (SEDES), desarrolla un conjunto de actividades orientadas a la promoción, prevención, control y vigilancia epidemiológica de las infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH y SIDA

programas de salud estatales (La Razón & Ciencia y tecnología, 2013). El 71% (6.902) de enfermos eran heterosexuales, el 10% (1.002) homosexuales; el 5% (530) bisexuales, y sobre el resto no hay datos. Según las estadísticas, la mayor incidencia está en personas de entre 25 a 34 años (35%), mientras que en menor medida están afectadas personas de entre 14 a 25 años (27%) y de entre 35 y 44 años (20%), (La Razón & Ciencia y tecnología, 2013).

En el departamento de Chuquisaca actualmente se han registrado alrededor de 337 casos y en la ciudad de Sucre -donde se realiza la presente tesis investigativa- 211 casos (Los tiempos & Agencia ABI, 2013).

Desde la detección del primer caso de VIH-Sida, en 1991, en Chuquisaca hasta el año 2013, se han diagnosticado a 278 personas con esa patología, de las que el 22.3% ya fallecieron. En 2008 y 2009, la mitad de los casos registrados fallecieron el mismo año en el que fueron diagnosticados. En los últimos dos años, se redujo el diagnóstico tardío del VIH, es decir que se mejoró el tratamiento y la esperanza de vida en las personas (Martínez Carrasco, 2014). En 2013, de cada diez casos con VIH se identificó a una persona con SIDA, mientras que a la fecha, de cada 19 personas con VIH se identifica una con SIDA. Según el Responsable del Programa ITS/VIH/SIDA en el departamento de Chuquisaca, la razón de casos (número de casos de VIH por sida) de Chuquisaca es el mayor de toda Bolivia, ya que en otros departamentos hay relaciones de incluso dos casos de VIH por uno de Sida, por lo que el diagnóstico es más oportuno en el Departamento (Martínez Carrasco, 2014). De los 20 casos diagnosticados en lo que va del año, más del 65% tiene la patología completamente controlada por el tratamiento antirretroviral; los demás aún se encuentran en estadíos de inicio del tratamiento (Martínez Carrasco, 2014).

En relación a los trabajos que relacionan los Estilos de Afrontamiento con la función inmunitaria (Dykema, Bergbower, & Peterson, 1995), donde se pone de manifiesto que éstos mediaran en el desarrollo de ciertas enfermedades relacionadas con el sistema inmune. Desde ahí parte el estudio de los Estilos de Afrontamiento en pacientes con

VIH/SIDA, encontrándose básico para una mejora de la calidad de vida de estos pacientes el potenciar su capacidad de afrontamiento.

Kang, 1999, ha planteado que los tipos de estrategias empleadas por personas con VIH/SIDA pueden ser varias en el *continuum* que es el VIH/SIDA. El responder a la demanda diaria del VIH exige el empleo de distintos modos o Estilos de Afrontamiento. Las personas en estadios asintomáticos, por ejemplo, usan más frecuentemente el Estilo de Afrontamiento de evitación y de distanciamiento y, en cambio, en las personas sintomáticas VIH/SIDA, es el Estilo de Afrontamiento centrado en la emoción.

Existen también investigaciones en las que se halla una asociación entre un afrontamiento inadecuado (negar la enfermedad o aferrarse a una esperanza ilusoria) y niveles elevados de malestar psicológico y de trastornos depresivos (Blannon y Feist, 2001; Gard, 1999; Kang, 1999). Incluso ciertos estudios aluden a una relación entre Estrategias de Afrontamiento pasivas (negación) y progresión del VIH/SIDA (Pernas, y otros, 2001). De hecho, y en este mismo sentido, se ha encontrado en personas con Estrategias de Afrontamiento evitativo-pasivo un peor funcionamiento del sistema inmune, un menor número de linfocitos CD4 y CD8 y una mayor probabilidad de deterioro general (Leserman et al., 2000; Petrie, Booth y Pennebaker, 1998). Por el contrario, un Afrontamiento Activo (incluyendo la Resolución de Problemas y la Búsqueda de Apoyo Social) se relaciona con un proceso adaptativo adecuado y una menor presencia de trastornos depresivos y de estrés (Kang, 1999).

En cuanto a la calidad de vida como función humana con respecto a la salud y la percepción de bienestar personal que implica este concepto, no hay investigaciones concretas y específicas que relacionen los Estilos de Afrontamiento en pacientes con VIH-Sida, pero si hay estudios sobre la calidad de vida y Estilos de Afrontamiento en pacientes con enfermedades crónicas en las cuales se incluye el VIH-Sida. Estos estudios se han centrado en la posible influencia que podría tener un determinado Estilo de Afrontamiento sobre una patología específica, como el Parkinson, área en que se ha planteado que si bien el Estilo de Afrontamiento tiene un modesto impacto directo sobre la calidad de vida su papel es importante para la comprensión de ésta o que un

Afrontamiento Activo sería mejor que un Afrontamiento Evitativo con respecto a las enfermedades crónicas (Frazier, 2000)

Los Estilos de Afrontamiento más discutidos y que aparecen con mayor frecuencia vinculados a una alta calidad de vida son el Activo y centrado en la Resolución de Problemas y a una baja calidad de vida, el Evitativo y centrado en la Emoción, pero los resultados no son concluyentes.

Un grupo de investigaciones han vinculado la presencia simultánea de un Afrontamiento Activo con una mejor calidad de vida y de un Afrontamiento Evitativo o centrado en la emoción a una calidad de vida más pobre (Burgess, Carretero, Elkington, Pasqual-Marsettin, Lobaccaro, & Catalan, 2000)

La línea que sigue el marco teórico de la presente tesis, pretende compilar de forma resumida y concisa los conceptos y definiciones del virus de la inmunodeficiencia humana VIH, como afección de los sujetos base estudiados, luego se analiza las definiciones de los "Estilos y Estrategias de Afrontamiento" y de la "Calidad de Vida Relacionada a la Salud" (CVRS) y por último de la sintomatología (ansiedad y depresión principalmente) presentes en una gran mayoría de los sujetos que padecen de la enfermedad en cuestión.

## **1.2. Definición VIH – Sida**

El síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es el resultado del debilitamiento del sistema inmunológico tras la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (Brannon & Feist, 2001).

Durante esa infección, el virus ataca y destruye los linfocitos CD4 del sistema inmunitario del cuerpo que combaten la infección. La pérdida de linfocitos CD4 dificulta la lucha del sistema inmunitario contra las infecciones (InfoSIDA, 2015).

Cuando el sistema inmunológico falla a la hora de defender al organismo pueden desarrollarse varios trastornos, incluyendo enfermedades virales, bacterianas y

parasitarias, habituales en las personas cuyo sistema inmunológico funcione correctamente, pero en los pacientes con esta enfermedad pueden resultar de suma gravedad e incluso ocasionarles la muerte (Brannon & Feist, 2001).

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o SIDA, es la fase más avanzada de la infección por el VIH (InfoSIDA, 2015).

### **1.2.1 Breve historia de la enfermedad del SIDA**

De manera oficial se puede señalar que el inicio del SIDA data de junio de 1981 cuando se notificaron en los Ángeles, California, cinco casos de neumonía por *Pneumocystis Carinni*, en hombres jóvenes homosexuales. Este microbio usualmente sólo afecta a personas con deficiencias en la respuesta inmunológica. Un mes después se reportaron 26 casos de Sarcoma de Capoci asociados a neumonía por *Pneumocystis Carinni* en hombres homosexuales de Nueva York y California. La aparición de infecciones oportunistas y cánceres en estos pacientes que ya presentaban deficiencia de la respuesta inmunológica hizo pensar en una inmunodeficiencia adquirida de etiología desconocida (Bonet & Ferrer, 1994). Para mediados de 1982 se sospechaba que la causa de la inmunodeficiencia adquirida era un virus contagiado a través de relaciones homosexuales (Bonet & Ferrer, 1994).

En septiembre de ese mismo año, los Centros de Control para Enfermedades de Estados Unidos, formularon la primera definición de los casos para fines de notificación epidemiológica, ésta se asociaba a las características de la población que la había presentado designándola con las siglas GRID (Inmunodeficiencia relacionada con los homosexuales) entre 1982 y 1983 se sospechó que este virus también se transmitía por vía sanguínea en hemofílicos, usuarios de drogas intravenosas y receptores de sangre transfundida, así como, de hemoderivados. Los casos de infección en recién nacidos confirmaron la transmisión de tipo perinatal (Bonet & Ferrer, 1994).

En el Instituto Pasteur de París, Francia en mayo de 1983, el grupo de Luc Montagnier logró aislar al agente del SIDA identificándolo como virus asociado con la linfadenopatía (LAV), para fines de 1983 ya se habían reportado 3000 casos a nivel mundial. En mayo

de 1984, el médico Robert Gallo y colaboradores del Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, aislaron en pacientes con Linfadenopatía generalizada persistente un virus al que denominaron HTLV-III (Virus Linfotrófico T humano tipo III), previamente este grupo de investigadores ya había aislado otros dos retrovirus humanos.

Para esta etapa ya se sospechaba de la transmisión del virus en relaciones heterosexuales (Bonet & Ferrer, 1994).

Entre 1983 y 1984, investigadores del Instituto Pasteur, del Instituto Nacional de Cáncer de EEUU y de la Universidad de California aislaron varias cepas de retrovirus en pacientes con SIDA y las denominaron LAV, HTLV-III y ARV respectivamente. Posterior a esto, un grupo Internacional en Taxonomía lo denominó virus de la inmunodeficiencia Humana tipo I (HIV-1) clasificándolo en la subfamilia Lentivirinae de la familia Retroviridae. El HIV-1 infecta preferentemente a la subpoblación de células CD4+, aunque con menor afinidad, puede infectar otras células como los macrófagos o las células gliales (Gatell A, Mirón M., & Graus R., 1995).

En 1985, se iniciaron las pruebas serológicas para detección de anticuerpos contra el VIH en los bancos de sangre de los Estados Unidos, ya que la mayoría de las mujeres y niños eran infectados de VIH mediante transfusión de sangre contaminada, cuando terminó ese año ya sumaban más de 24 000 casos (Bonet & Ferrer, 1994).

Para el año de 1986 un comité de taxónomos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso utilizar una sola nominación para el virus causante del SIDA; Virus de la Inmunodeficiencia Humana, cuyas siglas en español son: VIH, este nombre sustituyó a los anteriores (LAV, HTLV-III) y otros. Para diciembre de 1987 ya se habían notificado 73 747 casos del SIDA en 129 países del mundo (Bonet & Ferrer, 1994).

Hasta el 30 de abril de 1988 se habían reportado a la OMS 88 081 casos de SIDA a nivel mundial estando en primer lugar de los cuatro continentes notificados América, con 65 464 casos (Bonet & Ferrer, 1994).

Es importante resaltar que la transmisión homosexual sigue siendo significativa en América del Norte, Australia y Europa, pero incluso en dichas zonas la transmisión heterosexual ha crecido a ritmos rápidos, mientras que la transmisión por medio de

sangre contaminada prácticamente se ha eliminado en los países industrializados (ONUSIDA, 2002).

### **1.3. Estrategias de Afrontamiento**

Existe un creciente interés por el estudio de las Estrategias y Estilos de Afrontamiento, producto del reconocimiento que se funda de forma particular en las respuestas ante diferentes situaciones que generan estrés en los individuos, como así también en entender su función positiva de mitigar los efectos nocivos de los sujetos (Leibovich, Schmidt, & Marro, 2002).

Desde los modelos cognitivos de la emoción, se entiende que no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino que el factor que desencadena la emoción es la interpretación que el individuo hace de tales situaciones. Dentro de los modelos cognitivos, el modelo de la valoración cognitiva ha alcanzado una relevancia sobresaliente (Martín Díaz, Jiménez Sánchez, & Fernández-Abascal, 1997)

En esta línea, y desde la concepción teórica desarrollada por Lazarus & Folkman (1985), se sostiene 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).

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

#### **1.3.1. Definición de Afrontamiento**

Lazarus & Folkman (1985) realizan una contundente definición de Afrontamiento como: “aquellos esfuerzos cognitivos y 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”.

Estos autores entienden que el Afrontamiento constituye un proceso cambiante con fines de adaptación, en el que el sujeto y el contexto interactúan de manera permanente y señalan, además, que los individuos varían sus patrones de Estrategias de Afrontamiento en función del tipo de problema a resolver.

Cada sujeto tiende a la utilización de los Estilos de Afrontamiento que domina, ya sea por aprendizaje o por hallazgo fortuito en una situación de emergencia. A su vez, las Estrategias De Afrontamiento pueden resultar, según Girdano & Everly (1986), adaptativas o inadaptativas. Las primeras reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, mientras que las segundas reducen el estrés sólo a corto plazo, pero tienen un efecto nocivo en la salud a largo plazo.

En este punto, se hace preciso diferenciar los Estilos de Afrontamiento de las Estrategias de Afrontamiento. “Los Estilos de Afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de Estrategia de Afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Por otro lado, las Estrategias de Afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes” (Fernández – Abascal, 1997). Así, mientras los estilos son las formas habituales, relativamente estables, que tienen una persona para manejarse con el estrés, las estrategias son situacionalmente dependientes, constantemente cambiantes y están influidas por los estilos que tiene un sujeto de afrontar los problemas de la vida diaria.

Dependen de la combinación de múltiples factores en los que se destacan los aspectos personales y sus experiencias individuales, por un lado, y por el otro, las exigencias del medio ambiente con sus permanentes desafíos y presiones sociales.

Lazarus & Folkman (1985) propusieron ocho Estrategias de Afrontamiento:

1. Confrontación: constituyen los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. Se da en la fase de afrontamiento.

- 2 .Planificación: apunta a solucionar el problema. Se da durante la evaluación de la situación (evaluación secundaria).
3. Aceptación de la responsabilidad: indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como “hacerse cargo”.
- 4 .Distanciamiento: Implica los esfuerzos que realiza el joven por apartarse o alejarse del problema, evitando que éste le afecte al sujeto.
5. Autocontrol: Se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.
- 6 .Re evaluación positiva: supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.
- 7.Escape o evitación: A nivel conductual, implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos. En general, apunta a desconocer el problema.
8. Búsqueda de apoyo social: Supone los esfuerzos que el joven realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral.

Las dos primeras estrategias estarían centradas en el problema (en tanto resultan más instrumentales ya que modifican el problema haciéndolo menos estresante); las cinco siguientes están centradas en la emoción (ya que apuntan a la regulación de la emoción) y la última estrategia se focaliza en ambas áreas.

Más adelante, Fernández – Abascal (1997) realizó un exhaustivo listado de las Estrategias de Afrontamiento que fueron definidas en la literatura científica. Se identificaron 18 estrategias diferentes y se construyó la escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento.

El afrontamiento constituye un proceso que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes; sin embargo, no siempre la puesta en marcha de este proceso garantiza su éxito. Si al hacerlo el individuo tiene éxito para solucionar el evento

presente, repetirá el mismo ante situaciones similares; en caso contrario buscará otro recurso. Así, y según Fernández-Abascal (1997), estaríamos ante una situación de aprendizaje por ensayo y error.

### **1.3.2. Tipos de Afrontamiento con respecto a la enfermedad**

En la literatura de los Estilos de Afrontamiento con respecto a la enfermedad se estudian dos tipos básicos de afrontamiento: el primero que está determinado a resolver el problema, cuando se cree posible que éste sea susceptible de algún cambio, el segundo que está dirigido a controlar la emoción interna, cuando el sujeto hace una valoración del entorno y lo percibe como no modificable y el sujeto intenta cambiar ciertas pautas de conducta o aprender nuevos recursos, ambos se influyen potenciándose o interfiriendo el uno con el otro (Rodríguez Marín, 1995).

En efecto, los sujetos que tienen la creencia de que el resultado depende de sus propias conductas, afrontan de diferente manera los problemas que las que piensan que todo es azaroso, de la casualidad, del destino o de cualquier otro tipo de conclusión que este libre del poder que ejerce el control humano.

Sujetos que con esta primera concepción son los que utilizan estrategias activas, mientras que los segundos responden fundamentalmente con estrategias defensivas (Rodríguez Marín, 1995)

Se distinguen tres tipos de reacción en cuanto el afrontamiento:

De defensa.- Que tiene que ver con las respuestas pensadas que se dan ante la situación de peligro y en busca de seguridad,

De dominio de la situación.- Se corresponde con el buen entrenamiento para superar con éxito los riesgos de la situación

El doping.- Que se aplica específicamente al modo de afrontar la situación de estrés cuando esta situación, bien sea por su dificultad o por lo que tiene de extraordinaria,

exige de la iniciativa del sujeto poner en marcha nuevos recursos (Rodríguez Marín, 1995).

### **1.3.3. Estilos y Estrategias de Afrontamiento en relación a personas infectadas con VIH-Sida**

Las Estrategias o Estilos de Afrontamiento son en realidad diferentes maniobras que ejecutan y le dan la pauta al sujeto para mantenerse estable ante el embate de enfermedad (Lazarus & Folkman, 1994).

Existen formas de afrontamiento como los estilos, modos, conductas o estrategias que se consideran desde un punto de vista afectivo, cognitivo y conductual, aun pensando que es difícil establecer una separación debido a las interrelaciones existentes entre ellos dentro del propio sujeto, entre los distintos individuos y entre cada uno de ellos con el entorno (Lazarus & Folkman, 1994).

Investigaciones que relacionan los Estilos de Afrontamiento con la función inmunitaria como los de: Swindells, Mohr y Justis, 1999; Dykema, Bergbower y Peterson, 1995; Kamen-Siegel, Rodin, Seligman y Dwyer, 1991., exponen de forma manifiesta que éstos median en el desarrollo de ciertas enfermedades relacionadas con el sistema inmune. Esa es la punta del ovillo desde donde parten los estudios de los Estilos de Afrontamiento en pacientes con VIH/SIDA. Roca, Trujols, Tejero y Pinet (2001) enfatizan que se debe potenciar su capacidad de afrontamiento, pues este hecho será vital y básico para una mejora de la calidad de vida de estos pacientes.

Las personas que portan el VIH-SIDA, en las distintas fases, han de hacer frente a múltiples retos y numerosas circunstancias adversas según la estructura cognitiva que posean. Esto quiere decir que y en ese sentido, los procesos de afrontamiento le ayudarán al paciente seropositivo a mantener el control sobre su vida y a encontrar el suficiente bienestar psicológico (Blannon y Feist, 2001; Vera-Villarroel, Pérez, Moreno y Allendes, 2004). Ayuso (1997) en García-Camba (1998), plantea que los modos de

afrontamiento son uno de los factores que más contribuyen a la aparición de problemas de salud mental una vez que se recibe el diagnóstico de seropositividad y, si éstos son insuficientes, pueden incluso llegar a surgir reacciones de descontrol con peligro de autolesiones.

La percepción de control de la enfermedad se asocia con un menor número de síntomas depresivos y ansiosos, y con un mayor grado de adaptación (Remor & Cols., 2001).

El control y la sensación de dominio es un concepto básico en las Estrategias de Afrontamiento. Una persona seropositiva se ve obligada a desistir a su creencia de control sobre su enfermedad, esto en cada ocasión que sufre una recaída o una nueva infección oportunista. En ese entendido, ha de adoptar nuevas creencias respecto a la habilidad de control sobre algunas de las secuelas negativas que conlleva el VIH-Sida, como pueden ser, en cómo afecta ésta a sus relaciones interpersonales y a su apariencia personal (Kenneth y Judith, 1998).

Blannon y Feist, 2001; Kenneth y Judith, 1998., explican que el afrontamiento activo (donde están inmersos la Resolución de Problemas y la Búsqueda de Apoyo social) se van a relacionar con un proceso adaptativo adecuado, por su parte Kang (1999), sugiere que según esta explicación existirá una menor presencia de trastornos depresivos y de estrés (Schmitz y Aystal, 2000).

#### **1.3.4. Estilo Emocional de Afrontamiento**

Este tipo de Afrontamiento es factible predecirlo con precisión debido a que se presenta en pocas circunstancias. No obstante debe admitirse que existen situaciones que permiten suponer con escaso margen de error las respuestas emocionales que desencadenarán (la muerte o enfermedad de un ser querido o una gratificación económica (Lazarus & Folkman, 1994). Es por esto, que los distintos estados afectivos, que pueden aparecer a lo largo de la evolución de una enfermedad, son frecuentemente predecibles, ya que en todo trastorno o lesión severa se produce ansiedad y/o depresión en mayor o menor medida (Caballo & Simón, 1999)

La virtud o cualidad de la respuesta emocional con frecuencia se refleja en la amenaza que experimenta el individuo de acuerdo con su personalidad e historia vital (Lazarus & Folkman, 1994).

Es así que la interpretación personal que el paciente hace de su enfermedad respecto a las consecuencias que ésta tenga sobre sí mismo, su familia, sus actividades, su rol social, y sus metas, condiciona respuestas emocionales que pueden incluir: ansiedad, depresión, rabia, resentimiento, vergüenza, culpa, indefensión, desesperanza, euforia, excitación o manía (Caballo & Simón, 1999).

En líneas generales, las personas de sexo femenino demostraran mayor preocupación por su atractivo físico o su sentido de integridad como mujer, lo cual se traduce en una mayor sensibilización frente a la afectación de la cara, mamas u órganos reproductivos. En cambio, las personas de sexo masculino, se ven más amenazados por la indefensión física y las perspectivas de limitación en la actividad de su función instrumental, como por ejemplo en casos de paraplejia postraumática (Caballo & Simón, 1999).

El cambio súbito de funcionalidad en la persona que es sana y "normal" en un sujeto dependiente que tendrá que manifestar cierta invalidez de sus acciones supone una combinación de retos de afrontamiento en los que la pérdida catastrófica es el estresante central, que anula el sentido de un futuro abierto; en estos casos es fundamental la pérdida de poder, autonomía, autoestima, potencia sexual o del sentimiento de poder ser amado, ejemplos de este tipo pueden verse en casos de mutilaciones faciales extensas, quemaduras de gran superficie o en inmovilizaciones por politraumatismos severos (Caballo & Simón, 1999).

### **1.3.5. Estilo Cognitivo de Afrontamiento**

En relación al estilo cognitivo, cada sujeto presenta patrones más o menos estables, determinados por la influencia que ejercen en él sus percepciones, interpretaciones y actitudes, modelando así una determinada conducta. Según Lipowski (1975), existen dos mecanismos cognitivos básicos, que se traducen en dos tipos diferentes de actitud: el

mecanismo de minimización, asociado a una actitud negativa, y el mecanismo de hipervigilancia que se traduce en una actitud hipocondríaca (Lazarus & Folkman, 1994). Ahora, el mecanismo de minimización se traduce en la tendencia que tiene el sujeto como la falta de atención, ignorancia, negación o racionalización selectiva de los hechos o del significado de la enfermedad y secuelas que conlleva. En diferentes enfermedades y según la condición y esencia de cada una puede haber un proceso adaptativo que permite al paciente una aceptación gradual y plausible de la condición en la que se encuentra. Si se presenta una amenaza seria para la vida o peligro de daño permanente, el paciente frecuentemente no quiere saber el significado completo de los hechos que le alteran. En los déficit orgánicos como las parálisis de diferente índole y localización, pueden emplearse estos mecanismos que tienden a disminuir la sobrecarga que provoca el aceptar la realidad. Algunos individuos, sobre todo aquellos con una personalidad histriónica, pueden presentar cuadros de regresión, negación, amnesia e indiferencia como modelos habituales de afrontamiento y no sólo como respuestas de emergencia (Lazarus & Folkman, 1994).

El mecanismo de hipervigilancia focalizada en los detalles o puntos más importantes para el propio individuo, se acompaña de rigidez de opinión y de inflexibilidad para adaptarse a lo inesperado. Este mecanismo es opuesto al anterior y se da típicamente en el carácter obsesivo, manifestándose como antes se señalaba, en una actitud hipocondríaca. Cuando estos sujetos enferman se muestran compulsivamente atentos a los detalles del tratamiento, y son muy críticos con las demoras en la aplicación de las pautas terapéuticas prescritas por su equipo sanitario. A veces, también se muestran dudosos o escépticos sobre el personal que les atiende, exigiendo explicaciones meticulosas sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Sin embargo, estas actitudes irán desapareciendo en la medida en que vayan siendo informados sobre la evolución de la enfermedad, tratamientos aplicados, posibles complicaciones de forma detallada y cuidadosa (Caballo & Simón, 1999).

### **1.3.6. Estilo de Afrontamiento Conductual**

El Estilo De Afrontamiento Conductual representa una denominada lucha activa que abarca desde el esfuerzo por minimizar los posibles efectos de la enfermedad sobre la capacidad funcional, hasta la hiperactividad imprudente que frecuentemente refleja el estrés generado por la debilidad e indefensión que lleva implícita la aceptación del rol de enfermo (Rodríguez Marín, 1995).

La capitulación se caracteriza por actitudes de pasividad, inactividad y dependencia de los demás. Este tipo de pacientes a menudo provoca disgusto, resentimiento o dejadez en el personal sanitario que los atiende, lo cual a su vez puede condicionar una dependencia más pronunciada y una mayor demanda de servicios por parte del paciente. De algún modo es más importante para él, el que se le preste atención, que las limitaciones producidas por la propia enfermedad. A veces se recurre a consultar con el psiquiatra ante la resistencia que muestran algunos enfermos frente a ciertas medidas terapéuticas que podrían facilitarles una mayor independencia, (Rodríguez Marín, 1995).

La evitación como estrategia se caracteriza por estar orientada a liberarse de la obligación implícita de aceptar la enfermedad. Casi siempre se acompaña del tipo cognitivo de minimización, sobre todo como forma de negación. El miedo suele negarse y a veces llega a ser casi imperceptible, verbigracia de enfermos terminales que creen que lo que les pasa es poco significativo o que se niegan a hablar de su situación (Rodríguez Marín, 1995).

#### 1.4. Familias de Afrontamiento y Adaptación Psicosocial<sup>3</sup>

Skinner y cols., (2003) identifican, a partir de las 400 formas de afrontamiento que obtuvieron de los análisis de 100 medidas de *coping* para adultos y para niños y adolescentes con distintos estresores, 13 familias de *coping* que podrían aplicarse para clasificar las Estrategias de Afrontamiento.

**1. Resolución de Problemas:** Esta familia se caracterizaría por contener clases de ítems agrupados en base a los prototipos de afrontamiento de acción instrumental, activa y centrada en el problema, y relacionadas cercanamente estarían el análisis lógico, esfuerzo, persistencia y determinación. Marcando su funcionalidad en el proceso de adaptación al entorno, ajustando acciones para lograr modificarlo, también incluiría las estrategias de aproximación y focalización en el problema, optimización, compensación y reparación. La toma de decisiones cognitiva (incluyendo estrategia y planificación) caía en el mismo factor de primer orden como resolución de problemas directa (desempeño de acciones directas) (Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, 2003). El metaanálisis de Penley et al. (2002), encontró una asociación positiva entre afrontamiento focalizado en el problema con indicadores globales de salud, especialmente para la salud psicológica. El meta-análisis de Compas et al., (2001) encontró cuatro sobre seis estudios en los que este estilo se asociaba a menor ansiedad y depresión, dos estudios sobre tres que la asociaban con menores problemas de ajuste social y cuatro estudios donde la asociación con el rendimiento académico eran positivos. Sin embargo, la planificación y la resolución del problema en dos estudios se asociaron a más ansiedad y depresión, mientras que tres estudios asociaban el afrontamiento directo a peor ajuste social. En estos casos, los hechos estresantes estaban objetiva o subjetivamente fuera del control de la persona (p.e., conflictos entre los padres que los adolescentes difícilmente podían controlar).

---

<sup>3</sup> El subtítulo que se desarrolla se extrajo íntegramente de artículo "Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes un meta-análisis de 13 estudios" de M.Campos, J.Iraurgi, D.Páez y C.Velasco publicada en el Boletín de Psicología No. 82, en fecha Noviembre 2004, paginas 25-44., País Vasco, España.

**2. Búsqueda de Apoyo Social:** Esta categoría aparecía en 88 de los sistemas revisados por Skinner et al., (2003), incluyendo la búsqueda de contacto y consuelo, la ayuda instrumental o consejo y el apoyo espiritual. La búsqueda de apoyo social, con fines instrumentales, informativos y emocionales, es una forma de afrontamiento frecuente. El 54% de las personas lo utilizaban para enfrentar y tratar de modificar un estado de ánimo negativo, aunque generalmente se asociaba a descargar emociones más que a buscar apoyo, evaluándose como eficaz solo a veces  $-5,6$  en una escala de 1 a 9– (Thayer, Newman y McClain, 1994). El meta-análisis de Penley y colaboradores encontró una ligera relación negativa entre ambas formas de búsqueda de apoyo social y la salud a mayor controlabilidad del estresor y a mayor duración, la búsqueda de apoyo provocaba peor ajuste psicológico. En relación con el apoyo social en niños y adolescentes, en el meta-análisis de Compas et. al., (2002), mezclando la búsqueda de apoyo con la expresión emocional y la resolución de problemas, se encontró una asociación más positiva que el anterior con el ajuste psicosocial. Los resultados indican que la búsqueda de apoyo relacionada con la resolución del problema se asociaba en 25 casos sobre 34 a menores síntomas de ansiedad y depresión, en 13 sobre 15 a menores problemas de conducta, mientras que 13 estudios sobre 16 asociaban el afrontamiento de implicación o de apoyo, resolución de problemas y expresión emocional a mejor rendimiento.

**3. Huida/Evitación:** Esta familia incluye la desconexión mental, desconexión o evitación cognitiva y/o conductual, evitación del problema, denegación, desconexión voluntaria y huida, que implicarían esfuerzos por desengancharse o estar lejos de la transacción estresante o de un entorno que no es contingente con las necesidades y metas de la persona. La distracción no se incluye en esta familia según los estudios (Skinner et al., 2003). La evitación cognitiva (por ej., “Hice esfuerzos para evitar pensar en el problema”), conductual (por ej., “ Evité exponerme a situaciones estresantes o escapé, me fui de ellas”), el pensamiento desiderativo o fantástico (por ej., “Deseé haber podido cambiar lo que sucedió o como me sentí”), el resistirse a aceptar lo ocurrido o negación, el uso de alcohol y drogas para olvidar el problema, son formas de Afrontamiento de

Evitación que siendo inadaptables a largo plazo, son frecuentes en el momento mismo de lo ocurrido y sirven para minimizar la respuesta afectiva en el momento climático del estrés ya que ayudan a coordinar acciones y demandas del entorno. Los meta-análisis de Compas et al., (2001) y de Penley et al., (2002) confirmaron que estas estrategias se asociaban a mayor ansiedad, depresión, menor ajuste social y a la enfermedad. El Afrontamiento de Evitación (“Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo...”) se asociaba negativamente con el bienestar psicológico. El distanciamiento, como es “volcarse en el trabajo para olvidarse de todo”, mostró una relación pequeña negativa con respuestas de salud global, más marcada con los estresores controlables. La asociación entre pensamiento desiderativo y salud psicológica era negativa aunque, la asociación global era más fuerte con aquellos estresores relacionados con la salud y ante estresores con bajo grado de control.

**4. Distracción:** Referida a los intentos activos para tratar con una situación estresante mediante el enganche en una actividad alternativa agradable, esta categoría incluye una variedad de actividades alternativas a la situación estresante (hobbies, ejercicio, ver la TV, ver a los amigos o leer). Se considera una parte de la familia del *coping* por control secundario o acomodativo, que incluye aceptación y minimización junto con reestructuración cognitiva (Skinner et al., 2003). La distracción se asocia a menor depresión y malestar (Compas et al, 2001). Este estilo se considera adaptativo cuando no se vivencia como una obligación compulsiva y se asocia a la gratificación y al placer. Entendiendo la distracción como sublimación o canalización de emociones inadaptables a actividades socialmente aceptables, este Estilo de Afrontamiento habría predicho el ajuste social, la satisfacción vital y el apoyo social 20 años después de ser evaluada (Chabrol & Callahan, 2004)

**5. Reevaluación o Reestructuración Cognitiva:** Se refiere a los intentos activos de cambiar el propio punto de vista sobre la situación estresante, con la intención de verla con un enfoque más positivo. Incluye focalizarse en lo positivo o pensamiento positivo, auto-reconfortarse («Me dije que el problema no era tan importante»), optimismo,

minimización del *distress* o de las consecuencias negativas y crecimiento personal. Se considera parte de afrontamiento acomodativo o secundario y también se puede combinarse con resolución de problemas para formar la familia de *Coping* activo (Skinner et al., 2003). Además, las respuestas de auto-reconfortarse y de auto-controlarse, cuando se asocian a la expresión regulada, hacen parte de la respuesta primaria de regulación emocional, (véase el apartado 9). Penley et al., (2002) encontraron una asociación significativa entre reevaluación positiva y salud global.

**6. Rumiación:** Se refiere a la focalización repetitiva y pasiva en lo negativo y las características amenazantes de situación estresante, incluyendo formas de afrontamiento de menor orden como pensamientos intrusivos, negativos, catastrofismo, amplificación de la ansiedad, auto-inculpación o auto-responsabilización y miedo. También se ha considerado como una forma de perseverancia rígida (opuesto a la acomodación flexible) y junto con la activación psicológica y emocional, se considera una reacción al estrés (Skinner et al., 2003). Es muy frecuente que las personas hagan introspección y se absorban en reflexionar sobre sí mismos en respuesta a un hecho negativo, aunque el auto-responsabilizarse de éstos reforzará las cogniciones negativas sobre sí mismo y probablemente, por esta vía, se reforzará la afectividad negativa – impidiendo además la modificación del sentido de lo ocurrido y la adopción de estrategias constructivas de distracción o solución del problema, si el problema es resoluble. Hay que señalar que las personas que tienden a reprimir sus sentimientos y a evitar pensar también sufren de periodos de pensamientos recurrentes, por lo que la inhibición y la rumiación se consideran asociadas en un mismo proceso disfuncional (Páez Rovira, 1993). Probablemente, la rumiación repetida va a reforzar el estado de ánimo negativo y si no se asocia a la búsqueda de un sentido alternativo tampoco ayudará a la asimilación del hecho traumático. Penley et al., (2002) confirman que la aceptación de la responsabilidad de hechos estresantes es disfuncional para la regulación afectiva, en particular cuando el estresor es incontrolable. Compas et al., (2001) también encontraron que el auto-criticarse se asociaba a un peor ajuste (más depresión y ansiedad, más problemas de conducta y peor rendimiento).

**7. Desesperación o Abandono:** Esta familia de afrontamiento se refiere al conjunto de acciones organizadas en torno al abandono o renuncia del control a la hora de manejar de una situación que se percibe como incontrolable y difícil para lograr evitar castigos y obtener recompensas. Estas respuestas se caracterizan por el abandono conductual (aceptar que no se puede hacer nada) unido a la impotencia (rendirse, indefensión). Incluye la inactividad, pasividad, abandono, estoicismo, parte de resistencia, desesperanza confusión, interferencia cognitiva, abatimiento o desánimo y pesimismo, que serían clásicas del constructo de Indefensión Aprendida (Skinner et al., 2003). En general, el abandono de resolución del problema se asociaba con depresión, mayores problemas de conducta y menor ajuste social (Compas et al., 2001).

**8. Aislamiento Social:** El conjunto de respuestas orientadas a aislarse del entorno social, a ocultar sus sentimientos y protegerse evitando contactar con otros o prevenirse de que otros sepan sobre la situación estresante o sus efectos emocionales, constituye la respuesta de abandono. Incluye la evitación de los demás, ocultación, aislamiento, estoicismo, parte de la desconexión o desvinculación y abandono emocional (Skinner et al., 2003). La evitación del contacto social se asocia con depresión, mayores problemas de conducta y menor ajuste social en niños y adolescentes (Compas et al, 2001).

**9. Regulación Afectiva:** Skinner et al., (2003) la definen como los intentos activos de influir sobre el *distress* emocional y expresar constructivamente las emociones en el momento y lugar adecuados, de manera que los recursos sociales que la persona tiene disponibles queden protegidos sin que la confianza en uno mismo disminuya. Considerada parte de las actividades de autocontrol junto con conductas de autorregulación por algunos autores, en ella se incluirían la expresión emocional, el auto-reconfortarse o tranquilizarse a uno mismo, control emocional, relajación y expresión emocional. Se ha diferenciado una forma de aproximación emocional constructiva, (experiencia, entendimiento y expresión emocional) de las formas de afrontamiento centradas en la emoción que reflejan una descarga incontrolable de

emociones negativas (ventilación emocional). (Stanton, Danoff-Burg, Cameron, & Ellis, 1994). Actividades como la relajación, el ejercicio físico como estimulador del nivel energético (por ej.: dar un paseo) o formas activas de modificación del malestar personal como tomar un baño, se entienden como conductas de reparación directa emocional. Estas eran evaluadas como más eficaces que las formas de reparación emocional pasiva (descansar, dormir, comer, ver la TV, beber café o similares) en el estudio de (Thayer R. , 1998), y se asociaban a la reestructuración cognitiva positiva, la distracción y el humor.

a) El Autocontrol, Estoicismo y Modificación del Yo son respuestas de auto-reconfortarse y autocontrol y se asocian a menores problemas afectivos y de ajuste social (Compas et al., 2001; Stanton et al., 1994), aunque las tentativas de autocontrol son difíciles de aplicar en momentos de enojo intenso (Páez, Fernández, Ubillos, & Zubieta, 2003). Aguantar e ignorar la situación –Aceptación y estoicismo– también se asocia a menor intensidad y displacer en enojo, sugiriendo que aprender a vivir y aceptar el estrés interpersonal es eficaz. El meta-análisis de Penley encontró que el auto-control se asociaba positivamente a la salud física, mientras que se asociaba negativamente al bienestar psicológico. El auto-control o supresión emocional puede ayudar a concentrarse en buscar soluciones y no quemar la red social, facilitando en parte la búsqueda de apoyo instrumental e informativo. Sin embargo, al impedir la comunicación verbal sobre las emociones, limita la búsqueda de apoyo afectivo, la formación de lazos de intimidad, y puede asociarse a sensaciones de aceptación desesperanzada, por lo que tiene efectos psicológicos o emocionales negativos. Por tanto, el autocontrol puede ayudar al ajuste conductual pero, sin el componente de verbalización y expresión modulada de las emociones, probablemente provoca un gasto de inhibición que refuerza el estrés.

b) La regulación mediante la Inhibición o Supresión Emocional de emociones o pensamientos negativos (por ej.: “decirse a uno mismo que la situación no es tan grave”) es una respuesta considerada eficaz en afectividad negativa –de hecho, la distracción se usa para suprimir estos pensamientos asociados a la emoción de enojo– (Baumeister, Heatherton, & Tice, 1993). Además, si la supresión es flexible es eficaz ante hechos

estresantes no demasiado intensos ni prolongados (Chabrol & Callahan, 2004), mientras que el meta-análisis de Suls y Fletcher confirmó que la evitación/inhibición era eficaz a corto plazo para afrontar el estrés (Páez, 1993). Pennley et al., (2002) encontraron que la Evitación del cuestionario de Vitaliano correlaciona negativamente con la salud mental, aunque sólo en el caso de los estresores incontrolables, y mayormente en el caso de las respuestas para estresores agudos.

c) La Catarsis o expresión emocional intensa implicaría conductas emocionales como llorar, gritar, que eran mencionadas por menos del 30% de las personas como forma de modificar un mal estado de ánimo, y que se asociaban a la afiliación o búsqueda de apoyo social, estando evaluadas en conjunto como poco eficaces (Thayer R. , 1998). El meta-análisis de Compas et al., (2001) y el de Penley et al., (2002) encontraron que la descarga afectiva se asociaba negativamente a la afectividad, al ajuste social y a la enfermedad –este último también encontró que la búsqueda de apoyo social afectivo tenía efectos negativos.

d) En relación con la Expresión Verbal de las emociones, es frecuente creer que hablar sobre éstas, incluido el enojo, es beneficioso y que inhibir la comunicación es negativo –opinión dominante en personas occidentales– (Rimé, Finkenauer, Luminet, Zech, & Philippot, 1998), aun percibiéndose como medianamente eficaz para la recuperación de la afectividad negativa (Thayer et al, 1994). Sin embargo, hablar refuerza la intensidad y displacer de las emociones –o no ayuda a disminuir la activación asociada al enojo, tristeza, etc. (Rimé, Finkenauer, Luminet, Zech, & Philippot, 1998). La búsqueda de apoyo social no se asocia claramente a la regulación afectiva en general, aunque sí lo hace la modulación de la experiencia o la expresión regulada (Stanton, Danoff-Burg, Cameron, & Ellis, 1994).

**10. Búsqueda de Información:** Esta familia de afrontamiento haría referencia a la tentativa de aprender más sobre la situación estresante, incluidas sus causas, consecuencias y significado, así como a estrategias de intervención. Constituiría una forma habitual de responder al estrés, siendo similar a otras formas de afrontamiento como la sensibilización, seguimiento y vigilancia –la búsqueda de información repetitiva

se asocia al rasgo de personalidad de sensitización o vigilancia rígida, vinculada a la alta reactividad ante el estrés y a la ansiedad, así como a la rumiación. Pensar voluntariamente, la rumiación y la búsqueda de apoyo social informativo generalmente se asocian, considerándose que la búsqueda de información para atribuirle un sentido a lo ocurrido, junto con la reconstrucción positiva, son las dos tareas cognitivas centrales para asimilar un hecho estresante negativo (Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, 2003); (Páez Rovira, 1993).

**11. Negociación:** Esta familia agrupa, en general, los intentos activos de persuadir a otros, hacer un trato o arreglo, proponer un compromiso o pacto, con el fin de disminuir el estrés, siendo una de las formas más comunes de afrontar los estresores interpersonales. Incluiría el establecimiento de prioridades, reducción de las demandas, y modificación de estresores. En el ámbito de la autodeterminación personal, se considera una respuesta constructiva autónoma a los miedos coercitivos, pudiéndose asociar también a la comunicación asertiva (Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, 2003). Un ejemplo de negociación afiliativa o búsqueda de seguridad social o control vicario sería el ítem “Pensé que otras personas, como amigos y familiares, personas con conocimiento y status, podían influenciar, cambiar o ayudarme con las decisiones sobre mi problema”, que se ha mostrado como más eficaz que el afrontamiento directo ante situaciones de limitado control personal (Morling, Kitayama, & Miyamoto, 2003).

**12. Oposición y confrontación:** Esta familia agrupa el componente conflictivo y de expresión de emociones negativas ante estresores interpersonales, incluyendo la confrontación o expresión de enojo a terceros, agresión o culparles atribuyéndoles la responsabilidad del problema. En ella se incluirían la proyección, reactividad, ira, descarga y ventilación emocional. Es una categoría controvertida al solaparse con problemas externalizados de conducta y con síntomas de psicopatología (Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, 2003). Este Estilo de Afrontamiento se considera inadaptable, y se asocia a la depresión y ansiedad. Sin embargo, junto con la elaboración ideológica y la movilización social forma parte de los Estilos de Afrontamiento de tipo colectivo, que

en algunos casos se asocian a minimización del estrés (Basabe, Páez, & Rimé, 2005). Penley et al., (2002) encontraron que al afrontamiento de expresión del enojo a los responsables de la situación estresante, el tratar que la persona responsable cambiara de ideas y luchar abiertamente por lo que se quería, se asociaba negativamente específicamente con la salud psicológica en 7 de 18 muestras, particularmente con estresores relacionales y agudos.

Afrontamiento mediante participación en rituales públicos, privados y religión: Aunque esta categorización no se recoge en el estudio de Skinner et al., (2003), existe evidencia empírica que muestra los efectos positivos de los rituales públicos y privados religiosos como forma de afrontar hechos estresantes, en particular de pérdida. Además, la religiosidad se asocia al bienestar, y el afrontamiento mediante rezar y participar en ritos religiosos, mencionado frecuentemente en poblaciones de EEUU, se considera efectivo, presentando funciones psicológicas para la adaptación (ayuda a dar sentido y amortiguar el estrés) (Campos, y otros, 2005).

A continuación se estudia los instrumentos de evaluación relacionados al Afrontamiento, que permiten un respaldo teórico sólido de esta tesis.

## **1.5. Concepto de la Salud Mental**

La salud mental puede considerarse como un constructo que no tiene definición directa. Desde esta óptica, para darle contenido, es necesario recurrir a conceptos más concretos. Esta opción resuelve algunos problemas pero genera otros nuevos; para intentar definir la salud mental se utilizan términos como "bienestar/malestar psíquico" "Felicidad" o "satisfacción", que son, igualmente abstractos, o difíciles de operativizar. El término salud mental es el término oficialmente aceptado para referirse tanto a la salud como a la enfermedad mental y, en la práctica, las intervenciones van siempre encaminadas a la recuperación de la salud, dando así cierto sentido al macro concepto de salud mental (Flores, 2006).

Por último, la salud mental no es algo estático sino un estado dinámico y cambiante. La salud nunca es permanente sino que tiene que ir "reciclándose" continuamente, cada vez que las circunstancias internas o externas de las personas cambian (Flores, 2006).

## **1.6. Definición del concepto Calidad de Vida**

En relación a la definición del concepto de Calidad De Vida se puntualiza que Patrick y Erickson (1993) lo definen como una “medida en la que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función a la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, secuelas, tratamiento y políticas de salud”.

En contraste, Schumaker y Naughton (1996) la definen como la “percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo”. Badía y Lizán la definen como la “percepción y vivencia que tiene el paciente frente a los efectos generados por una enfermedad determinada”.

Schumaker y Naughton la definen como la “evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud y el nivel de función física, psicológica y social sobre la posibilidad de alcanzar los objetivos de la vida”. Finalmente, Shipper y col. la definen como el “efecto funcional de una enfermedad y su consiguiente terapia sobre un paciente, tal como es percibido por el paciente”.

En consecuencia la esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal (Schwartzmann, 2003).

Si bien la incorporación de las medidas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud representa uno de los avances más importantes en materia de evaluaciones en salud, no existe aún la claridad suficiente respecto a una base conceptual compartida. El concepto de Calidad de Vida se ha banalizado en grado extremo, en especial en los

campos de la comunicación y del consumo. Por otra parte, es inevitable tener que aceptar la dificultad de poder medir integralmente un fenómeno tan multicausal como es la autoevaluación de la percepción individual, tratando de generar una base empírica, que permita pasar de un discurso genérico e incommensurable a datos que provean evidencia científica de adecuada calidad (Schwartzmann, 2003).

Para finalizar Schwartzmann (2003) puntualiza que; hasta el momento, las evaluaciones de CVRS asumen que las personas son capaces de analizar aspectos de su estado de salud en forma aislada, separándolos de otros aspectos de la vida humana (ingresos, situación laboral, relaciones interpersonales, estrategias personales de afrontamiento). Existen numerosas evidencias de que, a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que podemos encontrar personas con grados importantes de limitación física que consideren que su calidad de vida es buena (Leplège & Hunt, 1998).

#### **1.6.1. Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS)**

La Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) es un concepto que parte de la calidad de vida. Ésta se define como “la percepción adecuada y correcta que tiene una persona de sí misma en su contexto cultural, sobre la sensación de su bienestar físico, mental y social en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (Tavera, 2010). Inicialmente el concepto fue creado para realizar mediciones de corte económico y social. De manera posterior, se introduce el concepto de, como una manera de evaluar la percepción subjetivo del individuo de la influencia que tiene la condición de su salud en su vida.

Patrick y Erickson (1993) citado en Tavera, 2010, definen la Calidad de Vida como una “medida en la que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función a la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, secuelas, tratamiento y políticas de salud”.

### **1.6.2. Medición de la Calidad de Vida Respecto a la Salud**

La medición de la CVRS se lleva a cabo mediante instrumentos denominados cuestionarios, que han sido clasificados en: a) genéricos, aquellos que son aplicables a todo tipo de enfermedades y pacientes y b) específicos, cuando están diseñados y adaptados para un determinado tipo de enfermedad y paciente (Remor, 2001).

El uso de instrumentos genéricos de evaluación de la CVRS es útil, pero hay una tendencia al desarrollo de medidas específicas para cada enfermedad o trastorno, pues éstas posibilitan una información más precisa de la situación del sujeto en relación con su enfermedad, son más sensibles a cambios clínicamente significativos y contribuyen, cuando es necesario, a la toma de decisiones médicas frente a cambios en el tratamiento (Remor, 2001).

### **1.7. Calidad de Vida y su relación con la Salud mental**

Existen relaciones causales y de fondo entre estos dos conceptos, en este marco teórico definiremos una aproximación breve de lo que expresan en esencia teórica y como se retroalimentan de forma paralela. Es relevante analizar esta aproximación teórica de estos dos conceptos, pues los pacientes cero positivos que manifiestan una calidad de vida baja, media o alta también presentarán repercusiones a nivel salud mental, lo que concierne intrínsecamente a esta tesis.

Entonces, a partir de lo dicho anteriormente se cita a la OMS como referencia en cuanto define y plantea una nueva definición de salud, en tanto manifiesta que es el estado de bienestar físico, mental y social, que permitirá desarrollar todas las capacidades y lograr una calidad de vida óptima. Ahora, importante conocer que la medicina está logrando darle muchos años más a la vida, y lo que se propone es que ello se revierta para que haya más vida en cada año. En éste terreno es que se expone la salud mental. La OMS resume que los problemas de salud mental no tienen una base genética, y en contraposición a esta tesis, solo se heredaría la predisposición a sufrir una enfermedad, y que lo esencial de cualquier manera es la calidad de vida.

"El asunto es que la calidad de vida es ignorado por la gente. Allí es donde no se prepara al individuo para la vida. Así al niño no se le deja escuchar música clásica, no se le lleva a una exposición de arte, a una charla, a un salón de danzas, de bailes, a un concierto de la sinfónica, a un museo, etc., igual no le leen un poema, una novela, un cuento, etc. Lo que no se hace de niño, menos se hace de adolescente, ni de joven. Tampoco se crea hábitos de lectura, de cine, de teatro, ni de jugar, hacer deportes, no tomar licor, no fumar, no tomar sustancias estimulantes, comer sano, evitar la vida sedentaria, etc. Todo ello se aprende con salud mental, es decir que solo con salud mental se puede tener calidad de vida. Ello comienza organizando el árbol de la vida, es decir que se organice el sueño, el estudio, el trabajo, las higiene mental" (Zevallos, 2011).

Zevallos (2011) en su blog dice que hoy se trata de vivir con calidad de vida. Ello también implica que la gente tenga dinero para sus necesidades, no tenga hambre, no tenga habitaciones buenas, no le alcance para cubrir la canasta familiar. Es decir la sociedad que aprende salud mental, la cuida y le da calidad de vida a su gente.

El tema de salud mental tiene que ser asumido por las municipalidades para hacer los llamados distritos saludables, igual como que el gobierno lo asuma para hacer una educación de calidad en la que lo que se enseñe como esencial es la salud mental. Primero es formar seres humanos, personas y luego profesionales.

Allí está la importancia de la salud mental porque gracias a ella se previenen las enfermedades generales, físicas, degenerativas, y con ello viviremos más, felices, con calidad de vida.

La calidad de vida implica vivir desarrollando actividades de alto contenido, de valor, que sean útiles para desarrollarnos, avanzar, lograr ser mejores cada día.

### **1.8. Calidad de Vida relacionada a pacientes con VIH-Sida**

En el ámbito de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) la importancia de la evaluación de la CVRS está ampliamente reconocida y se ha desarrollado un gran número de instrumentos específicos con este fin.

## 1.9. Aspectos emocionales en las personas con VIH-Sida

Es básico y trascendente conocer cual el impacto emocional que presentan las personas que se contagian del VIH, la importancia radica en que esta tesis ha sido elaborada gracias a la formación y aprendizaje de conocimientos propiciados por la Maestría en Psicología Clínica, por lo que se deberá perfilar un sustrato clínico-psicológico específico, que pueda de alguna forma explicar didácticamente las intenciones manifiestas del documento de investigación que se presenta.

Una persona que recibe la noticia de que ha sido diagnosticada con la infección por VIH-Sida, genera en su dinámica interna profundos cambios psicológicos y de relación social que requieren apoyo y acompañamiento de profesionales, amigos y de su familia. La forma en que reacciona la persona enferma es variable y se relaciona con varios factores, tales como la estructura de la personalidad, modo de contagio, fase en que se encuentra la enfermedad y el grado de apoyo psicológico y social (Arias, Estrada, & Gómez, 2003)

En Arias (2003) se describen las distintas etapas de la respuesta psicológica y los cambios que surgen:

- a) La reacción ante la prueba diagnóstica.
- b) La reacción inmediata ante el diagnóstico confirmado; choque, miedo, culpa y negación son las respuestas más comunes, ocasionan angustia, ansiedad y depresión.
- c) La reacción en las etapas avanzadas de la enfermedad que se asemeja a la de los padecimientos crónicos o terminales y que pueden incluir:

**1. Rechazo o negación.** Después del choque inicial se desencadena una etapa de bloqueo de sentimientos y una sensación de irrealidad. Los síntomas propios de esta conducta son el rechazo a la enfermedad, la no-aceptación de la realidad, aparición de interrogantes, dudas y temores, sentimientos de rechazo y abandono de los demás, sentimientos de soledad y miedo a lo desconocido (enfermedad y muerte).

**2. Rebeldía.** Al enfrentarse a la realidad, la reacción puede ser de agresividad hacia sus parientes, pareja, amigos, etc. Los posibles síntomas de esta fase son: vergüenza y culpa, automarginación, desesperación, agresividad verbal y rebeldía, comportamientos autodestructivos, repudio hacia los demás y pérdida del valor de la vida.

**3. Negociación o pacto.** Es una etapa que pueda pasar desapercibida incluso a los que están cerca. Esta etapa es un mecanismo que le permite aclarar mejor cada uno de los elementos involucrados en su diagnóstico y tratamiento. En esta fase, el paciente hace esfuerzos por vivir a plenitud cada día, aprende a valorar más a las personas, puede hacer opciones de tipo religioso o bien buscar alternativas de tratamiento y grupos de apoyo.

**4. Depresión.** Cuando una enfermedad hace crisis o empeora, el enfermo se deprime, pues vislumbra la hora de separarse de los seres que ama. En esta fase es importante que el paciente pueda expresar a sus seres queridos su tristeza y el conocimiento de su lucha contra la muerte.

**5. Aceptación o consentimiento.** Si el paciente ha superado las fases anteriores, si ha logrado encontrar un acompañamiento continuo y se han satisfecho sus necesidades físicas, psíquicas y espirituales, podrá vivir esta etapa en calma. En esta fase ya no es el paciente el único que requiere la atención sino toda la familia.

No todos los pacientes atraviesan las diferentes fases de la misma manera, cada uno la vive de forma distinta, original y personal, pues todo paciente es una persona única, con un pasado, una situación familiar particular y con una experiencia social y religiosa diferente.

### **1.10. Ansiedad y depresión relacionada a las Estrategias de Afrontamiento en pacientes con VIH**

En el diseño transversal del estudio de A. Pernas (2001) donde se compara de dos grupos de 105 sujetos seropositivos a VIH (50 toxicómanos y 55 no-toxicómanos) los cuales son evaluados a través de un cuestionario que agrupa escalas de afrontamiento de la seropositividad, variables del estado de ánimo (depresión, ansiedad y afectividad) y el soporte social objetivo y subjetivo, se encontraron los siguientes resultado en relación a las Formas de Afrontamiento y afectividad de pacientes VIH: Las formas de afrontamiento activas, tanto cognitivas como conductuales, están asociadas a una mejor afectividad (mayor afecto positivo; menor ansiedad), mientras las formas evitantes están asociadas a una peor afectividad (mayor depresión; mayor afectividad negativa; mayor ansiedad rasgo y estado). Congruentemente con lo anterior una menor depresión está asociada a un mayor crecimiento personal y a una mayor relación hacia los otros. Por el contrario, el estado afectivo negativo no se relaciona con las estrategias activas ni con las de aproximación a los otros sino que se relaciona con estrategias de evitación y distanciamiento, en concreto, se asocia a la evitación, la resignación pasiva, la rumiación y la distracción. La ansiedad presenta un patrón similar al anterior relacionándose principalmente con las formas evitantes: la ansiedad rasgo se asocia a la evitación, a la rumiación y a la resignación pasiva; por otro lado, también se relaciona con un menor crecimiento personal. La ansiedad estado sólo presenta asociación estadísticamente significativa con la evitación.

De forma específica y revisando la relación entre las diversas Estrategias de Afrontamiento y el estado emocional, un estado afectivo positivo se relaciona con el crecimiento personal, la implicación afectiva, la expresión emocional activa, la relación con otros, y de forma tendencial con la distracción.

### **1.11. Ansiedad y depresión relacionada con la CVRS en pacientes con VIH**

Un factor determinante de la CVRS del paciente que padece de la enfermedad del VIH-Sida es la depresión, habiéndose demostrado que los pacientes VIH la sufren más que la población general (Tate, y otros, 2003). En un estudio reciente se demostró que la presencia de depresión se asociaba a una menor probabilidad de tomar la medicación antirretroviral, de forma que los pacientes con depresión que se trataron de su problema correctamente mejoraron el cumplimiento del tratamiento antirretroviral (Cook, y otros, 2002).

Son varios y variados los estudios que han evaluado la Calidad de Vida Relacionada a la Salud, y que toman en cuenta seriamente los indicadores de depresión y ansiedad fundamentalmente. Verbigracia el instrumento SF-36 que mide el efecto de problemas emocionales en la vida del individuo, es decir en actividades diarias.

Es así que puntualmente se menciona el estudio de Sherbourne et al 2000 citado en Tavera (2010), en el cual se reporta que los niveles de depresión y ansiedad se relacionan de manera inversa con la ansiedad y la depresión, sobre todo con ésta última. El develamiento de la situación de seropositividad (disclosure) se asoció con mejores niveles de autoestima y soporte social, predictores fuertes de la CVRS (Zea et al, 2005 citado en Tavera, 2010). La ausencia de síntomas depresivos o ansiosos se relacionó de manera directa con buenos o muy buenos niveles de CVRS luego de cuatro meses de tratamiento en una muestra de pacientes VIH brasileiros (Nogueira, 2009 citado en Tavera, 2010). En una muestra de pacientes VIH puertorriqueños, 77% de ésta misma mostró algún nivel de depresión, (Hollzemer et al 2009 citado en Tavera, 2010). Alcántara (2008) encontró que los factores de riesgo a desarrollar depresión en pacientes VIH de un hospital público peruano eran: no contar con trabajo, no contar con ayuda económica, no contar con fuente de apoyo externo y la adherencia al tratamiento. Fasce (1999) citado en Tavera (2010), en la misma línea encuentra que la presencia de síntomas se asoció a un mayor nivel de depresión y los que participan en un GAM (grupo de ayuda mutua) presentan también menores niveles de depresión (Tavera, 2010).

Relevante apuntar que los síntomas depresivos pueden ser resultado no sólo del estado psicosocial, también por los efectos físicos de la enfermedad o el tipo de tratamiento (Badía & Lara, s.f citado en Tavera, 2010).

En síntesis, aparentemente la depresión se presenta como una respuesta común en personas diagnosticadas con VIH, resulta en ese sentido riesgoso puesto que la depresión como enfermedad reduce el nivel de defensas y la presencia de la misma en población inmuno-deprimida puede exponer al sujeto al desarrollo de enfermedades intercurrentes.

Hablando de la sintomatología que presenta el sujeto infectado con el VIH (García et al 2001 citado en Tavera, 2010) encontraron que pacientes con criterios definitorios de SIDA y con muy bajos niveles de defensa es decir con una inmunodepresión severa, puntuaron bajo en todos los dominios del SF-36, esto en una muestra de pacientes en España. De igual forma, Bastardo y Kimberlin (2000) citado en Tavera (2010), encontraron que la sintomatología VIH se asoció con todos los dominios de la CVRS, salvo con el funcionamiento social y el rol emocional en una muestra de pacientes venezolanos. Por su parte, Holzemer et al 2009 citado en Tavera (2010), encuentran que los principales síntomas manifestados en una muestra de población puertorriqueña con VIH, eran los dolores musculares, la depresión, la fatiga, temores y preocupaciones y dificultades de concentración y que todos estos se relacionaban con los siguientes dominios: funcionamiento general, satisfacción con la vida, preocupaciones por la salud y preocupaciones por la medicación (Tavera, 2010).

En resumen los estudios que se efectuaron y que se mencionan en líneas superiores de este postulado teórico, encuentran más asociaciones con la depresión y no con la ansiedad, que sería la emoción predominante en el momento del diagnóstico. En estos mismos estudios no se evaluó la calidad de la atención, orientación o consejería y su impacto en la calidad de vida del paciente. Es así que en este último punto se recibe un interés particular, dado que no se han encontrado estudios que vinculen profundamente la CVRS con la percepción y disponibilidad de la atención recibida, por

lo qué; se espera que más adelante los estudios teóricos de la relación entre estas variables sociales y de interacción humana en el campo de la calidad de la atención y el manejo del diagnóstico del VIH, en concordancia con el tratamiento, tengan resultados donde se pueda estudiar las variables y mejoras con respecto a la CVRS que se presentaran en el paciente con VIH-Sida (Tavera, 2010).

## **2. JUSTIFICACIÓN**

El virus del VIH-SIDA se ha incrementado significativamente en los últimos años. Según Bravo (2006), en 1989, se calculaba que el número de casos se duplicaba cada siete meses. En 1987, la OMS calculaba entre 5 y 7 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo. En 1994, se estableció que existían 12 millones de personas infectadas y actualmente se calcula que hay más de 30 millones.

Este incremento implica que las instituciones prestadoras de servicios de salud, se replanteen o establezcan nuevas estrategias que les permitan realmente promover la salud, prevenir la enfermedad y evitar las consecuencias negativas en términos de funcionalidad y productividad en los pacientes, contribuyendo de esa forma al mejoramiento de su calidad de vida y disminuyendo costos sociales y económicos (OMS, VIH/SIDA, 2013).

Páez en 2001, menciona que una persona diagnosticada con el VIH-Sida va a tener que enfrentar una difícil situación, que le obligará a enfrentarse a bastante estrés lo que generará un desequilibrio entre los recursos/capacidades que posee como persona y las demandas del entorno. Los recursos que el sujeto toma en cuenta para valorar la situación pueden considerarse como recursos de afrontamiento y su puesta en práctica para lograr el equilibrio como respuesta de afrontamiento.

Siguiendo lo antedicho, se debe exponer en este capítulo la pretensión concreta de utilizar los resultados de esta investigación para la producción de material de trabajo, que coadyuve en la labor que realizan los profesionales que actúan en el área de la salud mental. Se proyecta el uso y aplicación de guías para el diseño de intervenciones

psicoeducativas en programas como es el Programa ITS/VIH/SIDA del departamento de Chuquisaca. Este programa que es perteneciente al Servicio Departamental de Salud (SEDES) Chuquisaca, atiende pacientes donde existe una tasa elevada de síntomas que generan desequilibrio a nivel psicológico, es así que estas variables deben ser tomados en cuenta seriamente, en tanto y cuanto afectan la calidad de vida de los pacientes que acuden al mencionado Programa. Con los productos y conclusiones que emanen de la tesis de investigación, se intentará cumplir efectivamente con el objetivo de elevar la calidad de vida de los participantes del programa, esto a través de estrategias de entrenamiento psicoeducativo. Está visto que la carencia de este tipo de programas de intervención en las instituciones que atienden a los pacientes seropositivos, atenta la calidad de afrontar el problema e incrementa los riesgos de depresión, ansiedad -entra las más comunes- y otras afecciones de tipo psicológico concomitantes en los pacientes con VIH-Sida.

El Proceso de afrontamiento empieza desde el momento en que la persona recibe el diagnóstico positivo al VIH atraviesa por distintas etapas que van desde el periodo de negación o *shock*, más adelante la aceptación, la reanudación de actividades cotidianas y la adhesión al tratamiento. En cada etapa el paciente pone en práctica sus esfuerzos cognitivos y conductuales para sobrellevar la enfermedad y el uso de las estrategias adecuadas harán más llevadero todo el proceso de enfermedad y de esta manera influyendo positivamente en la calidad de vida; puesto que a mayor estrés percibido menor es la calidad de vida y viceversa (Arias, Estrada, & Gómez, 2003).

Hasta esta instancia se desconocen de estudios o publicaciones que relacionen la Calidad de Vida con los Estilos y Estrategias de Afrontamiento en personas VIH positivas en el país y en el departamento de Chuquisaca, debido a esto se considera relevante las investigaciones y los resultados que provengan de esta tesis. De esta manera la pertinencia de este trabajo se encuentra justificada.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo general**

Analizar los estilos de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes diagnosticados con VIH-Sida de la ciudad de Sucre.

#### **3.2. Objetivos específicos**

1. Realizar un análisis descriptivo de los pacientes en las variables sociodemográficas y clínicas.
2. Identificar los estilos de afrontamiento más utilizados (activo-cognitivo, activo-conductual y por evitación) de los pacientes con VIH.
3. Identificar cuáles son las estrategias de afrontamiento más utilizadas (crecimiento personal, expresión activa/ búsqueda información, confianza activa en otros, implicación activa- positiva, distracción, rumiación/pasivo cognitivo, resignación pasiva y evitación/comportamientos pasivos) por los pacientes con VIH.
4. Conocer el nivel global de calidad de vida, así como las principales dimensiones que lo componen (la salud general percibida, dolor, funcionamiento físico, funcionamiento social, salud mental, energía fatiga, actividad diaria, malestar respecto a la salud, funcionamiento cognitivo, calidad de vida percibida y transición de salud) en los pacientes con VIH.
5. Relacionar los estilos y estrategias de afrontamiento y la calidad de vida, en pacientes con VIH.
6. Analizar las diferencias entre los distintos estilos y estrategias de afrontamiento en calidad de vida y sus indicadores.

## PARTE EMPIRICA

### 4. MÉTODO

#### 4.1 Características de la investigación

El presente trabajo de investigación de la tesis es empírica, basada en análisis descriptivos, correlacionales e inferenciales. El enfoque por tanto es cuantitativo. Cada etapa precede a la siguiente y no se puede "brincar o eludir" pasos, el orden es riguroso. Este tipo de método parte de una idea, que va acortándose y, una vez delimitada, se deriva objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura se construye un marco, o una perspectiva teórica. Las variables se miden en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos), y se establece una serie de conclusiones respecto de los objetivos propuestos (Hérmendez Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010).

El diseño que se utiliza es propio de una **investigación transversal**, en el que se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede (Hérmendez Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010).

#### 4.2. Participantes/Sujetos de la investigación

Los participantes de la investigación son 27 pacientes diagnosticados con VIH-Sida, que acudieron entre noviembre 2014 y enero 2015 a su consulta de control planificada, monitoreada por el Programa ITS/VIH/SIDA (Véase anexo 3, Antecedentes del Programa) de la ciudad de Sucre, programa al que están adscritos. Los sujetos de sexo

masculino eran 14 (51,9 %) y el número de sujetos de sexo femenino eran 13 (48,1%). La edad promedio fue de 30.8 años, con un rango máximo de 60 años y un mínimo de 15 años. La media del tiempo de diagnóstico en los pacientes es de 30,56 meses, una mínima de 8 meses y una máxima de 93 meses.

### **4.3. Instrumentos**

#### **4.3.1. Cuestionario MOS-SF-30**

La Calidad de Vida se evaluó mediante el *cuestionario* Medical Outcomes Study Survey-Short Form 30 Ítems (MOS-SF-30) de Wu et al. El objetivo de los autores del MOS-SF-30, fue desarrollar una medida del estado de salud corta, pero exhaustiva, con la que se pudieran valorar los aspectos del estado funcional y el bienestar en personas con infección por el VIH; para ello partían de la premisa de que para que un instrumento fuese factible para estudios clínicos y multicéntricos, éste debía ser breve y auto administrado; sensible a aspectos clínicos importantes, como síntomas, cambios en el estado clínico, deterioro cognitivo y estados de fatiga, y con capacidad de medir de forma específica las distintas dimensiones de la salud (Remor, 2001).

El MOS-SF-30 se aplicó en la versión española de Remor (2003). Este un cuestionario formado por 30 ítems tipo Likert, donde 22 ítems comprenden a una escala ordinal de 5 puntos (0 a 4) y ocho ítems con 3 puntos (0 a 2). Los ítems se subdividen en 11 subescalas que miden salud general percibida, dolor, funcionamiento físico, funcionamiento social, salud mental, energía/fatiga, actividad diaria, malestar respecto a la salud, funcionamiento cognitivo, calidad de vida percibida y transición de salud. Por último se obtiene una puntuación directa de CVRS global, que tiene un rango de 0 a 100 puntos, el 0 indica el grado más bajo de calidad de vida y 100, el más alto. El cuestionario quiere verificar la capacidad de la escala para diferenciar a los sujetos, por una parte, según el estadio de la infección por el VIH en que se encuentren y, por otra, de acuerdo con los valores de carga viral detectable o indetectable. Los resultados de la validación dieron evidencia de que la versión en español del cuestionario MOS-SF-30 presenta una

consistencia interna buena (entre 0,84 y 0,91 para las distintas subescalas), con un alfa de Cronbach para los 30 ítems de 0,93. La validez concurrente ha sido contrastada mediante medidas médicas. La puntuación total de la escala fue capaz de distinguir a los sujetos en cada estadio de la infección por el VIH y de discriminar a aquellos cuya carga viral es indetectable. Finalmente se llegó a la conclusión de que la versión en español de la escala MOS-SF-30 parece ser una medida válida para la evaluación del estado de salud percibido y de la calidad de vida en personas con infección por el VIH (Remor, 2001).

#### **4.3.2. Inventario de Estilos de Afrontamiento a la enfermedad**

En esta investigación Los estilos y estrategias de afrontamiento serán evaluados con el *Cuestionario de Afrontamiento al SIDA de Namir, Wolcott, Fawzy & Alumbaugh (1987) (Adaptación española, Remor, 2001)*, utilizado para evaluar las respuestas cognitivas y conductuales en el afrontamiento de la infección por VIH y SIDA. El rango de respuestas de este instrumento oscila entre 1 nunca y 5 siempre, ante la pregunta '¿Cuál de estas estrategias ha utilizado para lidiar con su enfermedad?'. El inventario está basado en el Ways of Coping Checklist (Lazarus, DeLongis, Folkman, & Gruen, 1985) y ha sido diseñado para identificar y cuantificar los tres estilos de afrontamiento siguientes: Afrontamiento activo-cognitivo (16 ítems; Alpha 0,72), Afrontamiento activo-conductual (20 ítems; Alpha 0,76), Afrontamiento por evitación (11 ítems; Alpha 0,57). Por otra parte, estos tres estilos de afrontamiento se analizan de forma más específica a través de las ocho estrategias siguientes: Crecimiento personal (Alpha 0,67), Expresión activa/Búsqueda información (Alpha 0,42), Confianza activa en otros (Alpha 0,66), Implicación activa-positiva (Alpha 0,57), Distracción (Alpha 0,41), Rumiación/Pasivo cognitivo (Alpha 0,36), Resignación pasiva (Alpha 0,21), Evitación/Comportamientos pasivos (Alpha 0,19).

#### 4.4. Procedimiento

Para llevar a cabo el estudio se contactó con el Director de **Programa ITS/VIH/SIDA perteneciente al Servicio Departamental de Salud (SEDES) Chuquisaca** y se le explicaron los detalles de la investigación. Una vez obtenido el permiso correspondiente se coordinó con el Servicio de Psicología para acordar los pormenores referentes a calendario y horarios, esto con el fin de aplicar el protocolo de evaluación a los sujetos base de estudio. A continuación, después de que los pacientes facilitasen su consentimiento para formar parte del estudio, procedieron a llenar los instrumentos de recolección de la información. La premisa era muy simple y no se daba detalles profundos de los instrumentos, no surgieron preguntas y se procedió con normalidad. Cabe aclarar que durante la aplicación estuvo presente la autora de este trabajo, esto, para resolver cualquier duda que se presentase en ese lapso de aplicación de las pruebas.

Toda la información referente a variables sociodemográficas y clínicas se recabo de las historias clínicas a las que se tuvo un breve acceso con autorización de la responsable del departamento de psicología. Todo el proceso de recogida de datos se realizó bajo la premisa de la garantía de estricta confidencialidad, aspecto del que se informó a todos los pacientes.

De los pacientes a los que se solicitó su colaboración con el estudio, únicamente uno de ellos se rehusó a colaborar. Siendo que eran 28 pacientes, se quedó con un grupo de 27. El procedimiento descrito en etapas se resume a continuación:

**Etapas:**  
Etapa 1: Después de que la máxima autoridad del Programa aceptó el desarrollo del trabajo de investigación, se aplicaron los instrumentos, esto se realiza en el momento en que los pacientes acuden a sus controles en el Programa ITS/VIH/SIDA.

Etapa 2: A continuación se procede a la recolección de datos obtenidos de los instrumentos.

Etapa 3: Finalmente en esta etapa se realizará el análisis respectivo de los datos recolectados.

#### **4.5. Análisis de datos**

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS (versión 21).

Inicialmente se realizará una exposición de las características sociodemográficas de la muestra. Luego se realizará un análisis descriptivo través de la exposición de frecuencias, medias y desviaciones típicas de las respuestas recogidas del *Inventario de estilos de afrontamiento* de Namir et al. (1987) y del cuestionario de *Calidad de Vida MOS-SF-30* en la versión española de Remor (2003). A continuación, se exploran las relaciones entre los estilos y estrategias de afrontamiento con la calidad de vida y sus indicadores. Finalmente, se lleva a cabo el análisis diferencial entre los distintos tipos de afrontamiento en las variables relacionadas con la calidad de vida y en las estrategias de afrontamiento.

### **5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION**

Los resultados de esta investigación se presentarán en el orden de los objetivos propuestos en la misma.

En cuanto los datos sociodemográficos y clínicos se debe apuntar que el número total de sujetos estudiados fue de 27, de los cuales los sujetos de sexo masculino eran 14 (51,9 %) y el número de sujetos de sexo femenino eran 13 (48,1%), véase tabla 1 y 2. La edad promedio fue de 30.8 años, con un rango máximo de 60 años y un mínimo de 15 años, véase tabla 3.

**Tabla 1.** Media por género

	<b>Sexo</b>	
	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
	Media	Media
<b>Nº</b>	13	14

**Tabla 2.** Frecuencias por género

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Mujeres</b>	13	48,1	48,1
<b>Hombres</b>	14	51,9	100,0
<b>Total</b>	27	100,0	

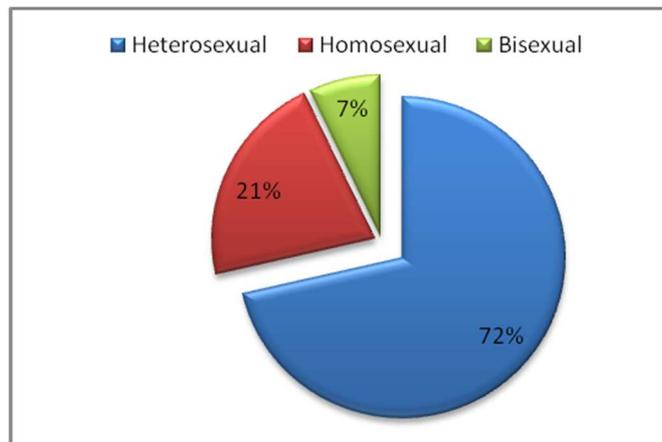
**Tabla 3.** Estadísticos por edad y sexo

		<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>
<b>N</b>	Válidos	27	
	Perdidos	0	
<b>Media</b>		30,81	
<b>Mínimo</b>		15	<i>Mujer</i>
<b>Máximo</b>		60	<i>Hombre</i>

En relación a la orientación sexual de los sujetos, la orientación heterosexual tiene un mayor predominio con 21 sujetos (77,8%) de un total de 27 (100%), 11 son mujeres (84,6%) y 10 son hombres (71,4%); en cuanto a la orientación homosexual se debe indicar que existen un total de 4 sujetos (14,8%), 1 mujer (7,7%) y 3 hombres (21,4%); 2 sujetos obedecen a la orientación bisexual (7,4%), 1 hombre (7,1%) y 1 mujer (7,7%) (Véase tabla 4, 5 y gráficos 1, 2 y 3).

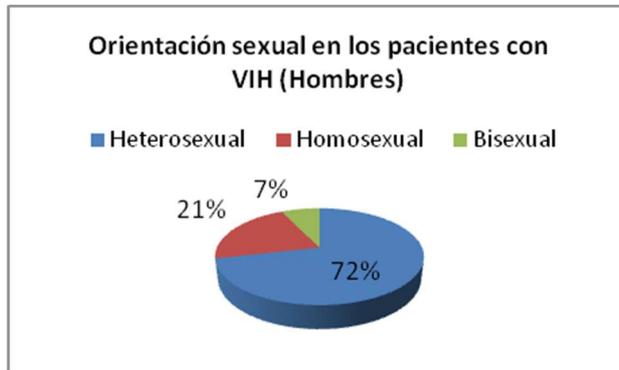
**Tabla 4.**Contingencia Orientación Sexual

		SEXO		Total
		Mujeres	Hombres	Mujeres
ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	11	10	21
	Homosexual	1	3	4
	Bisexual	1	1	2
<b>Total</b>		13	14	27

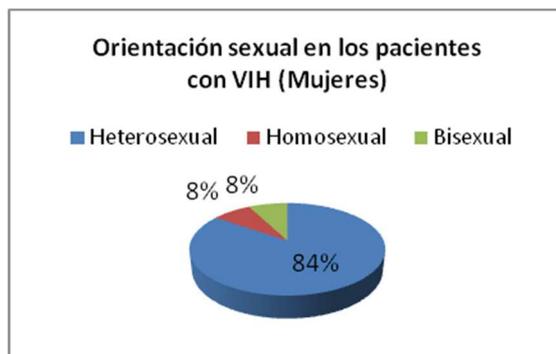
**Figura 1.**Orientación sexual en los pacientes con VIH estudiados**Tabla 5.**Contingencia Orientación sexual por sexo

		SEXO		Total
		Mujeres	Hombres	Mujeres
ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	11	10	21
	Homosexual	84,6%	71,4%	77,8%
	Bisexual	7,7%	21,4%	14,8%
<b>Total</b>		13	14	27
		100,0%	100,0%	100,0%

**Figura 2.** Orientación sexual por género



**Figura 3.** Orientación sexual por género

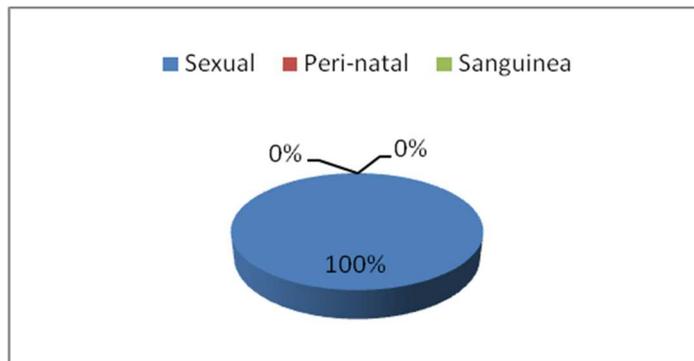


Tratándose del modo de transmisión se debe anotar que un total de 27 sujetos se han contagiado el virus del VIH-Sida por medio de las relaciones sexuales, independientemente de la orientación sexual que poseen. (Véase tabla 6 y Figura 4).

**Tabla 6.**Contingencia orientación sexual en tipo de trasmisión sexual

		<b>Tipo de Transmisión del VIH:</b>	<b>Total</b>
		Sexual	Sexual
<b>Orientación Sexual</b>	<b>Heterosexual</b>	21	21
	<b>Homosexual</b>	4	4
	<b>Bisexual</b>	2	2
<b>Total</b>		27	27

**Figura 4.**Modo de transmisión del virus del VIH-Sida



Ahora obsérvese (Tabla 7), que manifiesta el resumen de los casos estudiados en relación a: tiempo de diagnóstico (según reporte médico que indica la infección de VIH), sexo y edad en los sujetos. En la tabla 7a., se puede apreciar la media del tiempo de diagnóstico con 30,56 meses, una mínima de 8 meses y una máxima de 93 meses.

**Tabla 7.** Tiempo de diagnóstico de los sujetos estudiados

<b>Sujetos</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Tiempo diagnóstico en meses</b>
Sujeto 1	Hombre	21	8
Sujeto 2	Mujer	31	84
Sujeto 3	Hombre	25	93
Sujeto 4	Hombre	27	14
Sujeto 5	Mujer	47	35
Sujeto 6	Hombre	28	29
Sujeto 7	Mujer	30	40
Sujeto 8	Mujer	15	24
Sujeto 9	Mujer	36	30
Sujeto 10	Hombre	27	10
Sujeto 11	Mujer	36	26
Sujeto 12	Hombre	26	24
Sujeto 13	Mujer	23	9
Sujeto 14	Mujer	36	49
Sujeto 15	Hombre	45	61
Sujeto 16	Mujer	27	18
Sujeto 17	Hombre	22	8
Sujeto 18	Mujer	26	28
Sujeto 19	Mujer	32	42
Sujeto 20	Mujer	17	8
Sujeto 21	Hombre	38	29
Sujeto 22	Hombre	28	24
Sujeto 23	Hombre	24	24
Sujeto 24	Mujer	47	34
Sujeto 25	Hombre	21	32
Sujeto 26	Hombre	60	17
Sujeto 27	Hombre	37	25

Se contempla la edad y sexo en los sujetos.

a Limitado a los primeros 100 casos.

Fuente: Elaboración propia, 2015

**Tabla 7a.** Estadísticos frecuencias media, máximo y mínimo en tiempo de diagnóstico

		Tiempo de diagnóstico/ meses
N	Válidos	27
	Perdidos	0
<b>Media</b>		30,56
<b>Mínimo</b>		8
<b>Máximo</b>		93

### 5.1. Datos de la sintomatología clínica psicológica en los sujetos

Los datos de este apartado son proporcionados por el Departamento de Psicología del Programa ITS/VIH/SIDA pertenecientes al Servicio Departamental de Salud (SEDES) Chuquisaca. Se solicitó información acerca de los pacientes que participaron en el estudio y que presentan sintomatología depresiva o de ansiedad. Estos síntomas no necesariamente son latentes, pueden haber aparecido aleatoriamente durante el transcurso del desarrollo del síndrome que padecen los sujetos estudiados. Por ejemplo para Teva, Bermúdez, Hernández, & Buela, (2005) la infección por VIH se constituye como una enfermedad que, es de carácter crónico -esto según recientes conclusiones en la literatura de la enfermedad que se estudia- lo que implica que para el paciente que la padece se presentan niveles altos de incertidumbre y con seguridad va a enfrentarse con una enfermedad censurada y que además en el imaginario social está cargada de estereotipos en la idiosincrasia de la sociedad, y que dicho sea de paso la rechaza vehementemente. Con evidencia en estudios se logra manifestar que la depresión, la ansiedad y la ira son reacciones emocionales que con una alta frecuencia se manifiestan entre los pacientes seropositivos. De cualquier forma, la infección por VIH positivo va a suponer un grado de incertidumbre que se relaciona con los elevados niveles de ansiedad y depresión debido a que los pacientes no conocen como va a evolucionar la enfermedad.

Los síntomas de depresión y su aparición esperable ante el conocimiento del diagnóstico de VIH, pueden convertirse en patología si no desaparecen tras un proceso de ajuste a su nueva situación por parte del individuo (Church, 1998).

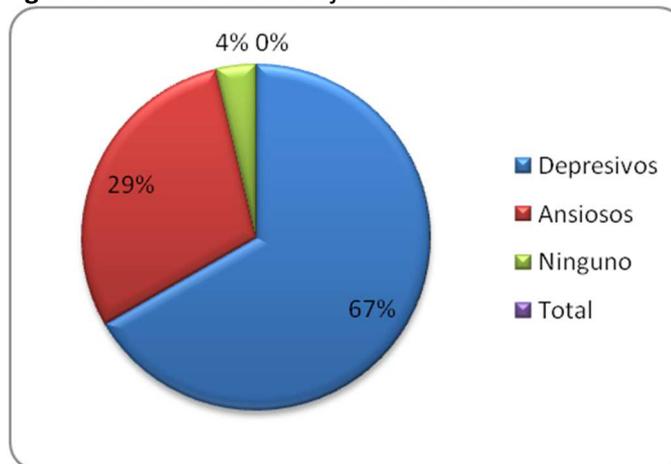
Diferentes investigaciones han encontrado que la depresión es un factor contribuyente a la evolución de la infección por el VIH, y que existen relaciones entre la ira y una evolución más rápida del VIH hacia la fase SIDA (Leserman, y otros, 1999).

En síntesis, lo que se pretende identificar en esta tesis, es la presencia de dos afecciones psicológicas, que estén vinculadas a la calidad de vida de los sujetos que presentan VIH; por lo que se debe apuntar que un 66,7% de los estudiados presentaron en algún momento del cuadro clínico que padecen síntomas de depresión, lo que equivale a 18 sujetos. Con la ansiedad se examinó lo propio, no obstante la intensidad de la ansiedad como tal, es menor que la depresión pues se presenta solo en un 29.6%, lo que equivale a 8 sujetos. De los 27 estudiados solo un sujeto no presenta ningún síntoma (Véase tabla 8 y Figura 5).

**Tabla 8.** Frecuencia y porcentaje de los síntomas en los sujetos estudiados

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Ninguno	1	3,7	3,7%
	Depresión	18	66,7	66,7%
	Ansiedad	8	29,6	29,6%
	Total	27	100,0	100,0%

**Figura 5.** Síntomas en los sujetos estudiados



## 5.2. Estilos y las estrategias de afrontamiento más utilizados por los pacientes con VIH

Ahora se presenta los estadísticos descriptivos de las medias y desviaciones de los estilos y estrategias de afrontamiento que son dimensiones contenidas en el cuestionario de Afrontamiento al VIH – SIDA (Namir et al. (1987)). Considerando la muestra total de (n= 27) pacientes con VIH-Sida. El objetivo de las tablas que a continuación se expone será la de observar de manera gráfica los diferentes Estilos y Estrategias de Afrontamiento que habitualmente utilizan los sujetos estudiados.

Para responder a este objetivo específico de la presente tesis, se identificaron los tres estilos de afrontamiento: afrontamiento activo-cognitivo, afrontamiento activo-conductual y afrontamiento por evitación véase en la tabla número 9.

**Tabla 9.** Medidas y desviaciones de los estilos de Afrontamiento de toda la muestra.

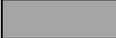
	N	Media	Desv. típ.
<b>Activo- Cognitivo</b>	27	51,9398	7,67292
<b>Activo- Conductual</b>	27	56,6741	11,30647
<b>Evitación</b>	27	24,2290	5,89511
N válido (según lista)	27		

- Los pacientes con mayor frecuencia utilizan como estilo de afrontamiento el **estilo activo-conductual** con una media de 56,6741 y una desviación estándar de 11,30647, lo cual implica un comportamiento directo sobre el problema y la búsqueda de apoyo emocional, informativo e instrumental.

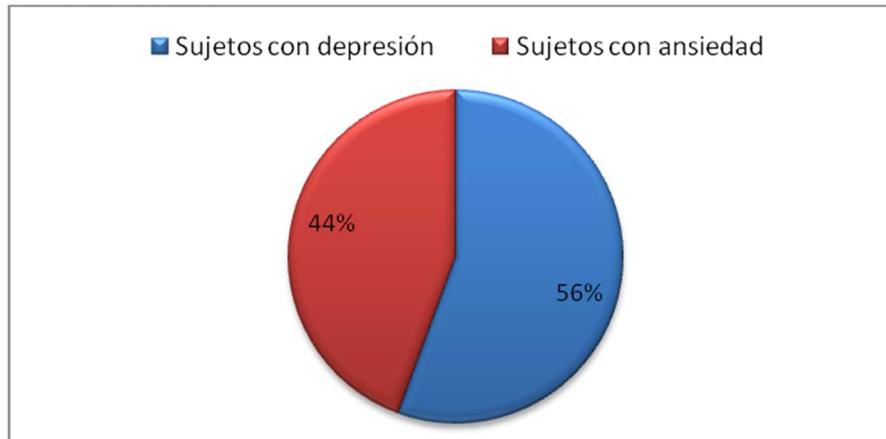
En la tabla 10., se muestra las puntuaciones más altas de cada sujeto en relación a síntomas y estilos de afrontamiento, se rescata que el estilo que utilizan los sujetos estudiados para afrontar su infección de VIH-Sida es el estilo activo-conductual; por lo que se puede apreciar en el Figura 6., cual la incidencia porcentual de estos sujetos en relación a los síntomas de depresión que puntúa un poco más alto con 56%, en relación a la ansiedad con un 44%.

**Tabla 10.** Resumen de los sujetos estudiados por síntoma, en relación al estilo de afrontamiento de cara al VIH – SIDA

SUJETOS	SINTOMAS	ACTIVO-COGNITIVO	ACTIVO-CONDUCTUAL	EVITACION
Sujeto 1	Depresión	52,31	76,25	37,09
Sujeto 2	Depresión	56,31	53,1	27,09
Sujeto 3	Depresión	65,25	80,20	34,27
Sujeto 4	Depresión	56,13	60,1	22,09
Sujeto 5	Ansiedad	60,25	61,15	17,09
Sujeto 6	Depresión	52,25	56,1	24,09
Sujeto 7	Ansiedad	54,19	70,05	22,36
Sujeto 8	Ansiedad	41,13	46,05	22,09
Sujeto 9	Ansiedad	53,31	75,1	21,09
Sujeto 10	Ansiedad	47,31	61,25	22,09
Sujeto 11	Depresión	59,06	44,05	26,09
Sujeto 12	Ansiedad	49,13	64,15	19,18
Sujeto 13	Depresión	58,06	57,05	19,09
Sujeto 14	Depresión	60,31	59,05	21,09
Sujeto 15	Depresión	51,25	49,1	19,09
Sujeto 16	Ansiedad	48,13	56,05	21,09
Sujeto 17	Depresión	50,19	42,2	11,09
Sujeto 18	Depresión	33,06	45,05	25,09
Sujeto 19	Depresión	53,25	39,2	28,09
Sujeto 20	Ninguno	37,06	41,05	24,09
Sujeto 21	Ansiedad	65,31	66,25	36,45
Sujeto 22	Depresión	46,19	58,15	21,18
Sujeto 23	Depresión	55,31	62,1	22,09
Sujeto 24	Depresión	43,06	44,05	28,36
Sujeto 25	Depresión	50,25	54,2	29,27
Sujeto 26	Depresión	56,25	65,05	31,36
Sujeto 27	Depresión	48,06	44,10	22,09

 puntuaciones más altas en cada sujeto.

**Figura 6.** Total sujetos en relación a Síntomas y Estilo de Afrontamiento Activo-Conductual



A continuación se presenta la tabla 11., donde se evidencia que las estrategias de afrontamiento más utilizadas en los sujetos estudiados son:

- **Crecimiento personal** con una media de 21,7143 y una desviación típica de de 4,45155. La estrategia de crecimiento personal es considerada como adaptativa (Páez Rovira, 1993).

Es así que respecto a la infección por VIH, Leserman et al., (1992) han descubierto que la mayor satisfacción con el soporte social y la participación en grupos comunitarios de apoyo al SIDA, está asociada a un afrontamiento más saludable: es decir un mayor crecimiento personal, una menor indefensión y un espíritu de lucha más efectivo. Ahora, el crecimiento personal como estrategia de interacción social con otros, conlleva una mayor animosidad lo que implicaría una disminución de estados depresivos (Páez & Echeverría, 1989).

Otra de las estrategias más utilizadas que puntúan alto en la tabla 11., es la estrategia de:

- **Implicación Activa-Positiva** con una media de 17,7619 y una desviación típica de 3,85572. Esta estrategia que es de potenciación de los recursos personales y el espíritu de lucha, se entiende como una herramienta cognitiva que permite al sujeto poder realizar un proceso de acomodación a la enfermedad que padece y de esta manera

aceptarla y poder usar las circunstancias negativas y transfórmalas en positivas. Es así que se ha observado que las personas afectadas por la enfermedad han potenciado sus recursos y se incrementa la lucha por conseguir su bienestar (Páez Rovira, 1993).

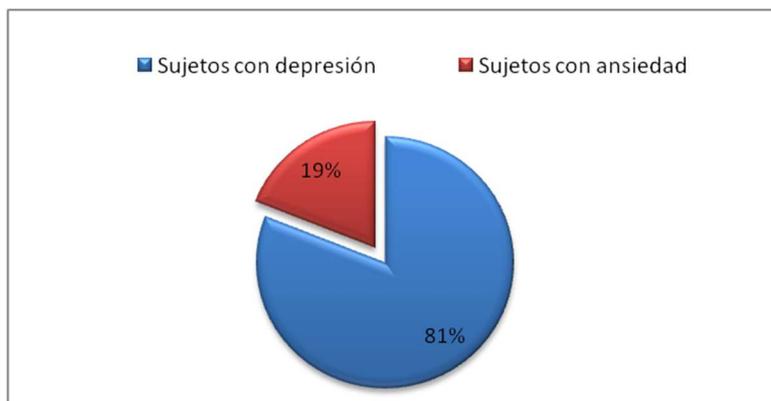
**Tabla 11.** Medidas y desviaciones de las estrategias de afrontamiento de toda la muestra

	N	Media	Desv. típ.
<b>Implicación Activa-Positiva</b>	27	17,7619	3,85572
<b>Expresión activa/búsqueda información</b>	27	6,6790	2,62708
<b>Confianza activa en otros</b>	27	6,7901	2,58389
<b>Crecimiento personal</b>	27	21,7143	4,45155
<b>Rumiación/pasivo cognitivo</b>	27	7,1481	2,25383
<b>Distracción</b>	27	15,1111	3,33846
<b>Resignación pasiva</b>	27	8,6049	1,65389
<b>Evitación/comportamientos pasivos</b>	27	4,4321	2,13200
N válido (según lista)	27		

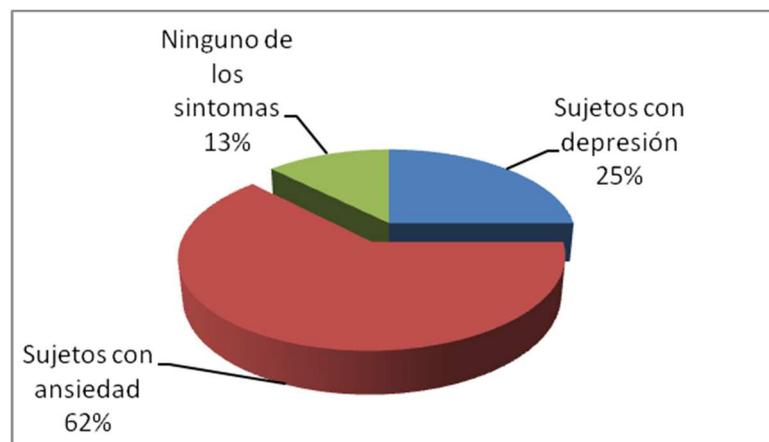
Véase en la tabla 12., donde se muestra que las puntuaciones más altas de cada sujeto en relación a síntomas y estrategias de afrontamiento. Se analiza en el Figura 7: el Crecimiento Personal que es la estrategia de afronte más utilizada en los sujetos estudiados para sobrellevar la infección de VIH-Sida; en concordancia con el síntoma de depresión presenta una relación porcentual del 81%, en contraposición con la ansiedad con un 19%. Si se estudia el Figura 8., se podrá evidenciar que la depresión en los sujetos que presentan una estrategia de Implicación Activa-Positiva es del 37%, lo que se corroboraría con lo que dice la literatura de las Estrategias de Afrontamiento en relación a que la Implicación Activa-Positiva disminuiría los índices o síntomas de depresión en los sujetos del estudio. Con respecto a la ansiedad se presenta una puntuación porcentual de 50%, de lo que se puede deducir que la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986). La ansiedad tiene manifestaciones donde se aprecian pensamientos de peligro, sensaciones de

aprensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras (Campbell, 1986). La ansiedad entonces en este análisis en que la estrategia de Implicación Activa-Positiva puntúa más alto que la depresión en los sujetos estudiados, estará vinculada a una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, donde el espíritu de lucha y potenciación utilizara los recursos energéticos de la ansiedad para llegar a un proceso óptimo de adaptación de esta estrategia de afronte.

**Figura 7.** Total sujetos en relación a síntomas y Estrategias de Afrontamiento Crecimiento Personal



**Figura 8.** Total sujetos en relación a Síntomas y Estrategias de Afrontamiento Implicación Activa-Positiva



**Tabla 12.** Resumen de los sujetos estudiados por síntoma en relación a las estrategias

SUJETOS	SINTOMAS	Implicación Activa-Positiva	Expresión Activa/ Búsqueda de Información	Confianza activa en otros	Crecimiento personal	Rumiación pasiva cognitiva	Distra-ción	Reacción pasiva	Evitación/ Comporta-miento pasivos
Sujeto 1	Depresión	22,71	7,67	11,67	22,71	3	21,83	11,67	9,33
Sujeto 2	Depresión	14,29	5,67	7,33	23,71	8,67	14,67	10,67	3,33
Sujeto 3	Depresión	26,71	11,33	10,67	25,57	9	16,67	9,67	8,33
Sujeto 4	Depresión	19,29	9,67	7,67	23,29	11	8,67	7,33	5,33
Sujeto 5	Ansiedad	18,71	7,67	4,67	27,57	10,33	16,67	8,67	2,33
Sujeto 6	Depresión	18,43	8,33	7	24,57	4,67	14,5	8	2,33
Sujeto 7	Ansiedad	20,14	5,67	7,33	19,43	9,67	19,83	7,67	4,33
Sujeto 8	Ansiedad	14,43	5,33	5,67	17,29	4,67	13,33	8,67	3,33
Sujeto 9	Ansiedad	19,71	11,33	10,67	19,71	6,67	18,83	8,67	4,33
Sujeto 10	Ansiedad	19,71	7,33	8	18,71	6	16,83	10,67	2,33
Sujeto 11	Depresión	15,43	3,67	5,33	23,14	7,67	10,83	10,67	3,33
Sujeto 12	Ansiedad	20,71	7,67	8,67	17,29	4,33	17,67	10,67	2,33
Sujeto 13	Depresión	22,57	7,67	7,67	24,14	3,33	13,67	8,67	2,33
Sujeto 14	Depresión	20,29	6,33	5,67	25,71	9,67	12,83	8,67	3,33
Sujeto 15	Depresión	17,57	5,67	2,33	25,57	4,67	17,5	5,67	3,33
Sujeto 16	Ansiedad	22,57	2,67	6,33	16,29	7,67	12,83	7,67	3,33
Sujeto 17	Depresión	14,71	2,33	6,33	16,43	8,33	11,5	7,33	3,33
Sujeto 18	Depresión	9,29	6,67	3,33	15,14	8,67	9,83	7,33	6,33
Sujeto 19	Depresión	15,14	2,33	3,33	21,57	7,67	11,33	10,33	3,33
Sujeto 20	Ninguno	15,57	2,33	8,33	11,14	6,67	13,17	7,67	3,33
Sujeto 21	Ansiedad	18,43	7,33	11,67	29,71	9,67	21,83	6	8,67
Sujeto 22	Depresión	16,57	8,33	8	22,43	5	14,33	7,33	4,33
Sujeto 23	Depresión	19,71	8,67	4,67	25,71	5,67	17,33	10,67	3,33
Sujeto 24	Depresión	11,71	3,33	3,33	18,14	5,67	15,17	10,67	7,67
Sujeto 25	Depresión	14,43	8,67	7	20,57	9	15,5	7	5
Sujeto 26	Depresión	18,29	10	7,67	28,57	9,33	16,5	6,67	7,67
Sujeto 27	Depresión	12,43	6,67	3	22,14	6,33	14,33	7,67	3,33

de afrontamiento de los sujetos con VIH – SIDA



Indica puntuaciones más altas en cada sujeto.

### **5.3. Estadísticos descriptivos de las medias y desviaciones de la Calidad de Vida del cuestionario MOS-SF-30 en la versión española de Remor (2003)**

Seguidamente se expondrá los estadísticos descriptivos de las medias y desviaciones de la Calidad de Vida del cuestionario MOS-SF-30 en la versión española de Remor (2003). Los indicadores del ya mencionado instrumento valorarán los aspectos del estado funcional y el bienestar en los sujetos (n=27) del presente estudio, infectados con el VIH-Sida. El objetivo de las tablas a continuación será proporcionar al lector de manera gráfica, los indicadores más trascendentes en los sujetos con respecto a su calidad de vida padeciendo de la infección por el VIH. Cabe aclarar que para la evaluación por indicadores (baja, media y alta) de la calidad de vida los ítems son sumados, esto previa inversión de los ítems 13, 15, 17 y 20, y se obtiene una puntuación directa de CVRS global, que varía en un rango de puntuación de 0 a 100, en el que el 0 indica el grado más bajo de calidad de vida y 100, el más alto. De la misma forma, la interpretación de cada sub-escala se obtiene a través de puntuación directa, indicando una mayor puntuación para una calidad de vida más elevada en cada sub-escala (excepto para las subescalas de dolor y malestar respecto a la salud, donde mayor puntuación indica menores dolor y malestar).

En los estadísticos descriptivos que se observan en la tabla 13., se evidencian puntuaciones altas en dos indicadores con respecto a la calidad de vida que pretende el instrumento:

- **Malestar respecto a la salud** que evidencia una media de 10,7407 y una desviación típica de 3,04571., (ver tabla 13) el malestar respecto a la salud en los individuos se refiere básicamente a una percepción negativa que genera una emoción que a la vez provoca un sentimiento de incomodidad. Se destaca, que el fastidio puede ser físico o psíquico, es así que a partir de esta distinción surgen los dos sentidos más usados del término malestar, por un lado, para designar un inconveniente físico y por otra parte un inconveniente a nivel anímico. Entonces, cuando se trata de un malestar localizado en

el cuerpo, o sea, un malestar de tipo físico, el mismo se caracterizará por el dominio de una sensación general de agobio, ausencia de comodidad y dolencia, en tanto, la intensidad de esa sensación dependerá especialmente de la gravedad del caso en cuestión (ABC, 2015). Este indicador puede de alguna manera influir en la calidad de vida del sujeto, pues el impacto emocional de esa percepción negativa puede engendrar somatizaciones y apatía con respecto a actividades de la vida cotidiana. Sin duda, por ser el indicador con la media más alta en los sujetos, se evidencia una calidad de vida alta donde el malestar con respecto a la salud es de menor intensidad que otros indicadores.

- **Funcionamiento Físico** que presenta una media de 10,5556 y con una desviación típica de 1,80455., (ver tabla 13) este indicador hace alusión a la capacidad física y es determinante de la condición física que presenta el individuo. La motivación y energía de la persona lo orientarán hacia la realización de una determinada actividad física y posibilitarán el desarrollo de su potencial físico (Vallejo Marin, 2010). Es así que el estado físico es la habilidad de realizar un trabajo diario con vigor y efectividad, retardando la aparición de la fatiga (cansancio), realizado con el mínimo coste energético y evitando lesiones. Las capacidades físicas básicas son condiciones internas de cada organismo, determinadas genéticamente, que se mejoran por medio de entrenamiento o preparación física y permiten realizar actividades motoras, ya sean soberanas o deportivas (Vallejo Marin, 2010).

- **Funcionamiento cognitivo** presenta una media de 10,3333y una desviación típica de 4,58258., (obsérvese la tabla 13) este tipo de estilo de afrontamiento explica que los sujetos ejecutan procesos mentales que permiten llevar a cabo cualquier tarea. Es decir que el sujeto tendrá un papel activo en los procesos de recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información, lo que le permite desenvolverse en el mundo que le rodea (Neuronup, 2010). El funcionamiento cognitivo es la valoración es un intento de encontrar significado al suceso y valorarlo de tal forma que resulte menos desagradable (Krzemien, Monchiett, & Urquijo, 2004). En este caso este estilo permitirá a los sujetos con VIH-Sida estudiados,

poder asimilar su enfermedad usando sus conocimientos de la enfermedad y entender su actual estado.

- **Salud mental** que evidencia una media de 10,1481 y una desviación típica de 2,49158., (ver tabla 13) la salud mental como indicador de calidad de vida en el MOS-SF-30., se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, ya que puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" (OMS, 2013).

### Estadísticos descriptivos

**Tabla13.** Medidas y desviaciones de los indicadores de calidad de vida de toda la muestra

	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
<b>Salud general percibida</b>	27	1,9259	,99715
<b>Dolor</b>	27	2,8148	,92141
<b>Funcionamiento Físico</b>	27	10,5556	1,80455
<b>Actividad diaria</b>	27	3,5556	,80064
<b>Funcionamiento Social</b>	27	2,7037	1,26536
<b>Salud mental</b>	27	10,1481	2,49158
<b>Energía/Fatiga</b>	27	8,6296	2,51378
<b>Malestar respecto a la salud</b>	27	10,7407	3,04571
<b>Funcionamiento cognitivo</b>	27	10,3333	4,58258
<b>Calidad de vida percibida</b>	27	2,2963	,91209
<b>Transición de salud</b>	27	2,5556	1,01274
<b>N válido (según lista)</b>	27		

Indica puntuaciones más altas en cada sujeto.



Es trascendente continuar con el análisis y tomar en cuenta la consigna de que los estudios muestran que las personas que están infectadas con VIH son más propensas a desarrollar depresión que la población en general (Tsao, Dobalian, A, & C, 2004). La depresión afecta la calidad y expectativas de vida de una persona, así como su capacidad para seguir un tratamiento para el VIH/SIDA; obsérvese en la tabla 14., las puntuaciones más altas de cada sujeto en relación a síntomas e indicadores de calidad de vida que permite evidenciar que en los pacientes estudiados se presentan indicadores de calidad de vida en cuanto a **Malestar con respecto a la salud** (este indicador tiene una connotación positiva por su alta puntuación como ya se indicó anteriormente), el cual viene a ser el indicador más alto en los sujetos del estudio, se observa una tasa de depresión de 75%, y una ansiedad de 25%., véase grafica 9., donde se evidencia la incongruencia de la existencia de sintomatología de depresión en relación al bienestar con respecto a la salud que poseen dichos sujetos, considerándose que los síntomas de depresión como cuadro o como afección pasajera, actúan en diferentes tiempos de la enfermedad del VIH-Sida; tanto en la etapa aguda como en la etapa crónica.

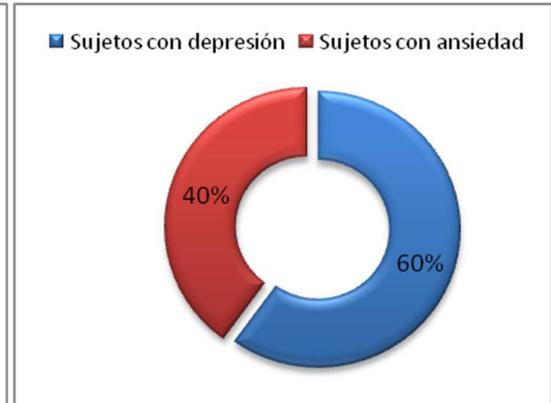
Ahora estúdiese la gráfica 10., el indicador de **Funcionamiento Físico** en relación al síntoma de la depresión, donde se puede apreciar que un 60% de los sujetos dice haber sufrido depresión en algún momento del periodo de diagnóstico o fase activa de la infección del VIH. Ahora bien, la ansiedad presenta un 40% en dichos sujetos con este indicador de calidad de vida, lo que demuestra una contradicción pues el hecho de que una persona tenga un funcionamiento físico óptimo y este indicador eleve su calidad de vida, también permitirá una reducción o anulación de la depresión. Sin embargo, considérese que los síntomas de la depresión actúan en diferentes etapas; tanto en la etapa aguda como en la etapa crónica de la enfermedad.

**Figura 9.** Total sujetos en relación a Síntomas e indicadores de calidad de vida: Malestar con respecto a la salud indicadores de calidad de vida:



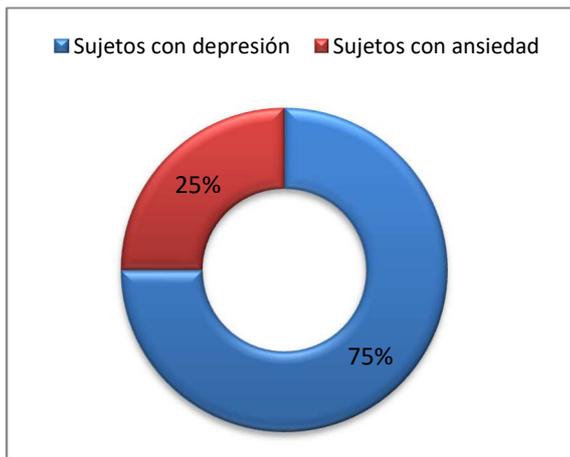
Fuente: Elaboración propia, 2015

**Figura 10.** Total sujetos en relación a Síntomas e indicadores de calidad de vida: Funcionamiento físico



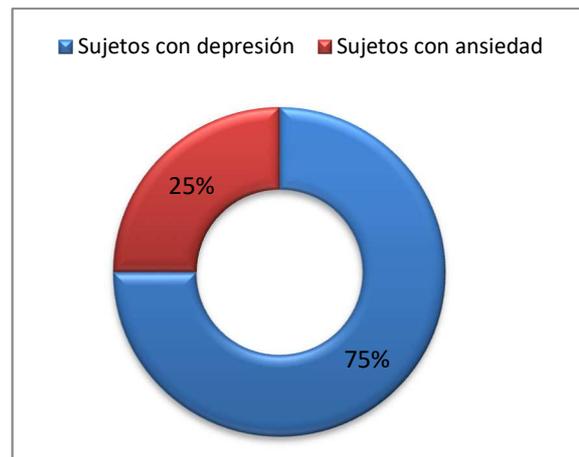
Fuente: Elaboración propia, 2015

**Figura 11.** Total sujetos en relación a Síntomas e indicadores de calidad de vida: Funcionamiento cognitivo



Fuente: Elaboración propia, 2015

**Figura 12.** Total sujetos en relación a Síntomas e indicadores de calidad de vida: Salud Mental



Fuente: Elaboración propia, 2015

El tercer indicador es el de **Funcionamiento Cognitivo** donde se expone la existencia de depresión en un 75%, y de ansiedad en un 25% en los 20 sujetos estudiados. Considerando que el funcionamiento cognitivo es un conglomerado de los procesos de selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información, es lógico que los sujetos sufran de un periodo donde se presentan síntomas de depresión, siendo conscientes de su estado de salud y las consecuencias negativas del deterioro de la salud que compromete la enfermedad de VIH-Sida.

Para dar respuesta a los objetivos 4 y 5 se procedió a seleccionar, de la muestra total de participantes, a aquellos que tienen un estilo de afrontamiento, activo cognitivo, activo conductual y de evitación, más definido. El criterio que hemos utilizado para dicha selección es el siguiente:

*Participantes con un estilo de afrontamiento activo cognitivo* aquellos cuya puntuación en este tipo de afrontamiento lo situaría en el cuartil superior y en los dos otros tipos de afrontamiento (conductual y evitación) estarían en el cuartil inferior.

*Participantes con un estilo de afrontamiento activo conductual* aquellos cuya puntuación en este tipo de afrontamiento lo situaría en el cuartil superior y en los dos otros tipos de afrontamiento (cognitivo y evitación) estarían en el cuartil inferior.

*Participantes con un estilo de afrontamiento de evitación* aquella cuya puntuación en este tipo de afrontamiento lo situaría en el cuartil superior y en los dos otros tipos de afrontamiento (cognitivo y conductual) estarían en el cuartil inferior.

El resultado de este proceso de selección se muestra en la siguiente tabla.

**Tabla 15.** Porcentaje de participantes con un estilo de afrontamiento más definido

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>% válido</b>	<b>% acumulado</b>
<b>Activo Cognitivo</b>	6	22,2	50,0	50,0
<b>Activo Conductual</b>	3	11,1	25,0	75,0
<b>Evitativo</b>	3	11,1	25,0	100,0
<b>Total</b>	12	44,4	100,0	
<b>Eliminados</b>	15	55,6		
<b>Muestra Total</b>	27	100,0		

En la tabla 15 se muestra que de los 27 participantes en el estudio, son solamente el 44% los que tienen un estilo de afrontamiento claramente predominante. De los 12 sujetos seleccionados el 50% tienen un estilo de afrontamiento activo-cognitivo, el 25% tienen estilo de afrontamiento conductual y el otro 25% evitativo.

**Tabla 16.** Descripción de los participantes con un estilo de afrontamiento más definido.

	ESTILOS DE AFRONTAMIENTO																		
	Activo cognitivo 6						Activo conductual 3						Evitación 3						
<b>Género</b>	Mujer 5			Hombre 1			Mujer 2			Hombre 1			Mujer 2			Hombre 1			
<b>Trasmisión</b>	Sexual						Sexual						Sexual						
<b>Orientación sexual</b>	Het	Hom	Bis	Het	Hom	Bis	Het	Hom	Bis	Het	Hom	Bis	Het	Hom	Bis	Het	Hom	Bis	
	4	1	-	1	-	-	2	-	-	1	-	-	1	-	1	-	1	-	
<b>Síntomas clínicos</b>	Dep	Ans		Dep			Ans			Ans			Dep		Dep		Dep		

Según se recoge en la tabla anterior, los cuadros depresivos se asocian, fundamentalmente, con los estilos de afrontamiento Activo-Cognitivo y de Evitación y la ansiedad con el estilo Activo-conductual.

De los 6 participantes con un estilo de Afrontamiento Activo Cognitivo; 5 son mujeres, de las cuales 4 son heterosexuales y 1 es homosexual, las 4 anteriores sufren de depresión, la mujer homosexual sufre de ansiedad, en el caso de los hombres uno solo puntúa en este Estilo y es heterosexual y presenta síntomas de depresión. En relación al Estilo Activo Conductual, se apunta a solo 3 sujetos de los cuales 2 son mujeres y 1 varón. Las dos mujeres son heterosexuales y sufren de ansiedad, el único varón que resalta en este estilo es heterosexual y presenta ansiedad. En el caso del estilo de Afrontamiento de Evitación hay 2 mujeres y un varón; todos presentan un cuadro depresivo y de las

mujeres una es: heterosexual y la otra bisexual, el varón que completa la triada de este Estilo, es homosexual. Para dar respuesta a este objetivo se ha utilizado el coeficiente de correlación de Pearson. En primer lugar, se analiza la relación de los estilos de afrontamiento con la edad y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de los participantes ya que de darse relaciones significativas tendríamos que tenerlas en cuenta en los análisis posteriores.

Posteriormente, se estudian las relaciones entre los tres estilos de afrontamiento con las diferentes estrategias de afrontamiento y con los indicadores de calidad de vida con la finalidad de conocer cual o cuales de las estrategias e indicadores se asocian significativamente con cada uno de los estilos de afrontamiento estudiados.

**Tabla 17.** Relación entre estilos de afrontamiento, edad y tiempo de diagnóstico

		<b>Edad</b>	<b>Tiempo.diagnóstico .meses</b>
<b>Activo Cognitivo</b>	Corr.	-,022	,076
	Sig. (bilateral)	,945	,815
	N	12	12
<b>Activo Conductual</b>	Corr.	-,155	-,142
	Sig. (bilateral)	,630	,659
	N	12	12
<b>Evitación</b>	Corr.	-,062	,372
	Sig. (bilateral)	,849	,233
	N	12	12

Tal y como se refleja en la tabla anterior no existen relaciones estadísticamente significativas entre la edad, el tiempo de diagnóstico de los participantes y los diferentes estilos de afrontamiento.

**Tabla 18.** Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento

		Activo Cognitivo	Activo Conductual	Evitación
<b>Implicación Activa Positiva</b>	Correlación de Pearson	,481	,712	-,879
	Sig. (bilateral)	,113	,009	,000
	N	12	12	12
<b>Expresión activa/búsqueda información</b>	Correlación de Pearson	,141	,791	-,526
	Sig. (bilateral)	,663	,002	,079
	N	12	12	12
<b>Confianza activa en otros</b>	Correlación de Pearson	,066	,800	-,405
	Sig. (bilateral)	,838	,002	,191
	N	12	12	12
<b>Crecimiento personal</b>	Correlación de Pearson	,865	-,092	-,329
	Sig. (bilateral)	,000	,776	,297
	N	12	12	12
<b>Rumiación/pasivo cognitivo</b>	Correlación de Pearson	,403	,099	,079
	Sig. (bilateral)	,193	,759	,807
	N	12	12	12
<b>Distracción</b>	Correlación de Pearson	-,306	,634	-,275
	Sig. (bilateral)	,334	,027	,387
	N	12	12	12
<b>Resignación pasiva</b>	Correlación de Pearson	-,221	-,523	,233
	Sig. (bilateral)	,491	,081	,466
	N	12	12	12
<b>Evitación/comportamientos pasivos</b>	Correlación de Pearson	-,670	-,182	,563
	Sig. (bilateral)	,017	,571	,057
	N	12	12	12

El Estilo de Afrontamiento Activo-Cognitivo se relaciona significativamente con las *estrategias crecimiento personal y comportamientos pasivos*, en el caso de la primera la relación es positiva ( $r = .865$ ), mientras que con la segunda mantiene una relación negativa ( $r = -.670$ ).

Las estrategias de afrontamiento asociadas significativamente con el Estilo de Afrontamiento Activo-Conductual son: *Implicación activa* ( $r = .712$ ), *Búsqueda de información* ( $r = .791$ ), *Confianza activa en otros* ( $r = .800$ ) y *Distracción* ( $r = .634$ ), siendo todas estas relaciones positivas.

En el caso del Estilo de Afrontamiento de Evitación se da una relación significativa negativa con la *estrategia Implicación activa* ( $r = -.879$ ). Señalamos, además, que aunque no llega a alcanzar la significación estadística, este estilo de afrontamiento tiene una relación positiva con la estrategia de afrontamiento *Comportamientos pasivos* ( $r = .563$ ).

**Tabla 19.** Relación entre Estilos de Afrontamiento e indicadores de Calidad de Vida.

		<b>Activo Cognitivo</b>	<b>Activo Conductual</b>	<b>Evitación</b>
<b>Salud general percibida</b>	Correlación de Pearson	-,837	,092	,108
	Sig. (bilateral)	,001	,776	,738
	N	12	12	12
<b>Dolor</b>	Correlación de Pearson	-,125	,043	-,407
	Sig. (bilateral)	,699	,895	,189
	N	12	12	12
<b>Funcionamiento Físico</b>	Correlación de Pearson	-,010	-,556	,057
	Sig. (bilateral)	,976	,060	,860
	N	12	12	12
<b>Actividad diaria</b>	Correlación de Pearson	-,228	-,456	,074
	Sig. (bilateral)	,475	,136	,820
	N	12	12	12
<b>Funcionamiento Social</b>	Correlación de Pearson	-,146	,258	,259
	Sig. (bilateral)	,651	,418	,416
	N	12	12	12
<b>Salud mental</b>	Correlación de Pearson	,252	,435	-,516
	Sig. (bilateral)	,430	,157	,086
	N	12	12	12
<b>Energía/Fatiga</b>	Correlación de Pearson	-,360	-,020	,381
	Sig. (bilateral)	,250	,950	,222
	N	12	12	12
<b>Malestar respecto a la salud</b>	Correlación de Pearson	,403	,538	-,542
	Sig. (bilateral)	,194	,071	,069
	N	12	12	12
<b>Funcionamiento cognitivo</b>	Correlación de Pearson	,531	,213	-,408
	Sig. (bilateral)	,076	,506	,188
	N	12	12	12
<b>Calidad de vida percibida</b>	Correlación de Pearson	,078	-,212	,096
	Sig. (bilateral)	,809	,508	,767
	N	12	12	12
<b>Transición de salud</b>	Correlación de Pearson	,469	-,270	,008
	Sig. (bilateral)	,124	,397	,981
	N	12	12	12
<b>Estimado Calidad de Vida respecto a la salud</b>	Correlación de Pearson	<b>,651</b>	,109	-,448
	Sig. (bilateral)	,022	,736	,144
	N	12	12	12

En la tabla 19, se puede ver las relaciones entre los Estilos de Afrontamiento y los indicadores de Calidad de Vida.

En este caso las relaciones significativas se dan, únicamente, entre el Estilo de Afrontamiento Activo Cognitivo y los indicadores de Calidad de Vida *Salud general percibida* ( $r = -,837$ ) siendo en este caso una relación negativa y *Estimado Calidad de Vida respecto a la salud* ( $r = ,651$ ).

**Tabla 20.** Relación entre estrategias de afrontamiento e indicadores de calidad de vida.

		Implica-ción Activa Positiva	Expre-sión activa/b úsqueda informa-ción	Confian-za activa en otros	Creci-miento personal	Rumi-ación /pasivo cognitiv o	Distra-ción	Resigna-ción pasiva	Evita-ción/ Com-porta mientos
Salud general percibida	Corr.	-,281	-,024	-,047	<b>-,724</b>	-,387	<b>,565</b>	,247	,485
	Sig.	,376	,942	,885	,008	,214	,056	,438	,110
	N	12	12	12	12	12	12	12	12
Dolor	Corr.	,163	-,095	-,059	-,140	<b>-,581</b>	,312	,362	-,143
	Sig.	,613	,769	,857	,664	,047	,323	,247	,657
	N	12	12	12	12	12	12	12	12
Funcionamiento Físico	Corr.	-,209	<b>-,603</b>	<b>-,687</b>	,177	-,145	-,177	,381	-,187
	Sig.	,514	,038	,014	,582	,654	,583	,222	,562
	N	12	12	12	12	12	12	12	12
Actividad diaria	Corr.	-,025	-,136	-,388	-,008	-,237	-,520	-,016	,110
	Sig.	,939	,673	,213	,981	,459	,083	,960	,734
	N	12	12	12	12	12	12	12	12
Funcionamiento Social	Corr.	-,302	,268	,220	-,065	,390	,349	-,425	,432
	Sig.	,341	,399	,493	,841	,210	,266	,168	,161
	N	12	12	12	12	12	12	12	12
Salud mental	Corr.	,475	-,091	-,016	,128	,287	,332	-,110	-,206
	Sig.	,118	,779	,960	,692	,366	,291	,735	,522
	N	12	12	12	12	12	12	12	12
Energía/Fatiga	Corr.	-,213	-,003	,162	-,435	-,124	,050	,049	,321
	Sig.	,506	,993	,614	,158	,700	,877	,879	,309
	N	12	12	12	12	12	12	12	12
Malestar Respecto salud	Corr.	,470	,332	,211	,405	,315	,393	-,517	-,278
	Sig.	,123	,292	,511	,191	,319	,207	,085	,382
	N	12	12	12	12	12	12	12	12
Funcionamiento cognitivo	Corr.	,447	-,062	,183	,324	,070	-,175	,112	-,274
	Sig.	,145	,847	,569	,304	,828	,587	,729	,389
	N	12	12	12	12	12	12	12	12
Calidad de vida percibida	Corr.	,012	-,081	-,100	,135	-,061	-,141	-,178	-,198
	Sig.	,971	,803	,758	,676	,849	,663	,579	,537
	N	12	12	12	12	12	12	12	12
Transición de salud	Corr.	-,004	-,087	-,196	<b>,565</b>	,288	-,425	-,154	-,320
	Sig.	,990	,788	,541	,056	,364	,169	,633	,311
	N	12	12	12	12	12	12	12	12
ECVR	Corr.	,350	,251	,018	<b>,812</b>	,292	-,352	-,213	-,332
	Sig.	,265	,431	,956	,001	,358	,262	,506	,292
	N	12	12	12	12	12	12	12	12

De la tabla anterior, en la que se muestran las relaciones entre los indicadores de Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento resaltamos las siguientes relaciones significativas:

El indicador de Calidad de Vida: *Salud general percibida* mantiene una correlación estadísticamente significativa y negativa entre la estrategia de Afrontamiento Crecimiento personal ( $r=-,724$ ) y, significativa pero positiva con Distracción ( $r=,565$ ).

Entre el indicador de Calidad de Vida: *Dolor* y la estrategia de Afrontamiento Rumiación/pasivo cognitivo se da una correlación estadísticamente significativa y negativa ( $r= -,581$ ).

El indicador de Calidad de Vida: *Funcionamiento Físico* se relaciona significativamente con las estrategias de Afrontamiento Expresión activa/búsqueda información ( $r=-,603$ ) y Confianza activa ( $r=-,687$ ) siendo en ambos casos negativa.

Se da un relación significativa positiva entre el indicador de Calidad de Vida: *Transición de salud* y la estrategia de Afrontamiento Crecimiento personal ( $r=,565$ ).

Por último, entre *Estimado Calidad de Vida respecto a la salud* y la estrategia de Afrontamiento Crecimiento personal se da, también, una correlación estadísticamente significativa y positiva ( $r=,812$ ).

A continuación, se muestran los resultados del análisis de regresión lineal realizado para poner de manifiesto la capacidad predictiva que tienen los diferentes estilos de afrontamiento cognitivo, conductual y evitativo en relación a unos de los indicadores de calidad de vida, concretamente con la salud general percibida, que es el que ha mostrado una relación más alta tal como se muestra en la tabla 19.

**Tabla 21.** Resultados análisis de regresión

Resumen del modelo			
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida
1	,876 <sup>a</sup>	,768	,629
a. Variables predictoras: (Constante), Evitación, Activo Cognitivo, Activo Conductual			

En la tabla 21 se muestra que la variable *Salud general percibida*, queda explicada en un 76.8% por las variables predictoras (Evitación, Activo Cognitivo, Activo Conductual) según el método de regresión lineal aplicado.

**Tabla 22.** Coeficientes de regresión.

Coeficientes <sup>a</sup>						
Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	14,672	3,629		4,043	,004
	Activo Cognitivo	-,197	,036	-1,009	-5,513	,001
	Activo Conductual	-8,174E-005	,021	-,001	-,004	,997
	Evitación	-,087	,059	-,366	-1,480	,177

a. Variable dependiente: Salud general percibida

En la tabla 22., se advierte que de los tres predictores considerados, únicamente el Estilo de Afrontamiento Activo Cognitivo es significativo ( $p=.001$ )

Para analizar las diferencias entre los participantes con distintos estilos de afrontamiento en las estrategias de afrontamiento y en los indicadores de calidad de vida y teniendo en cuenta el tamaño de la muestra ( $n=12$ ) hemos utilizado la prueba de Kruskal-Wallis para determinar las variables en las que se daban diferencias significativas y la prueba U Mann-Whitney para averiguar entre que grupos de participantes con distintos estilos de afrontamiento se daban esas diferencias.

**Tabla 23.** Diferencias entre los participantes con distintos estilos de afrontamiento en las estrategias de Afrontamiento.

		N	Media	Sd	H Kruskal-Wallis	Diferencias entre grupos U Mann-Whitney
<b>Implicación Activa Positiva</b>	Activo Cognitivo	6	18,42	3,08	ns	
	Activo Conductual	3	20,19	,50		
	Evitativo	3	13,76	1,80		
<b>Expresión activa Búsqueda información</b>	Activo Cognitivo	6	6,77	2,05	ns	
	Activo Conductual	3	8,22	2,87		
	Evitativo	3	4,77	3,40		
<b>Confianza activa en otros</b>	Activo Cognitivo	6	6,38	1,32	5,99*	AC-EV(p=.046)
	Activo Conductual	3	8,88	1,67		
	Evitativo	3	4,55	2,11		
<b>Crecimiento personal</b>	Activo Cognitivo	6	24,59	1,72	8,62*	ACG-AC(p=.020) ACG-EV(p=.024)
	Activo Conductual	3	18,80	1,32		
	Evitativo	3	20,09	1,76		
<b>Rumiación/pasivo cognitivo</b>	Activo Cognitivo	6	8,44	2,77	ns	
	Activo Conductual	3	6,88	2,67		
	Evitativo	3	7,44	1,6		
<b>Distracción</b>	Activo Cognitivo	6	12,88	2,83	6,57*	ACG-AC(p=.021) AC-EV(p=.049)
	Activo Conductual	3	18,77	1,08		
	Evitativo	3	14,00	2,31		
<b>Resignación pasiva</b>	Activo Cognitivo	6	9,11	1,31	ns	
	Activo Conductual	3	9,00	1,52		
	Evitativo	3	9,33	2,02		
<b>Evitación/comportamientos pasivos</b>	Activo Cognitivo	6	3,33	1,09	ns	
	Activo Conductual	3	3,66	1,15		
	Evitativo	3	5,33	2,18		

\* $p \leq .05$  ACG= Activo Cognitivo, AC= Activo conductual y EV=Evitativo

En la penúltima columna de la tabla 23 podemos observar que las estrategias de afrontamiento en las que se dan diferencias significativas son confianza activa en otros, crecimiento personal y distracción y en la última columna se muestra entre que grupos de participantes Activo Cognitivo, Activo Conductual y Evitativo se dan dichas diferencias.

- Confianza activa en otros, entre los grupos Activo conductual y Evitativo.
- Crecimiento personal, entre los grupos Activo cognitivo y Activo conductual y Activo cognitivo y Evitativo.
- Distracción, entre los grupos Activo cognitivo y Activo conductual y Activo conductual y Evitativo.

**Tabla 24.** Diferencias entre los participantes con diferentes Estilos de Afrontamiento en los indicadores de la Calidad de Vida.

		<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Sd</b>	<b>H Kruskal-Wallis</b>	<b>Diferencias entre grupos U Mann-Whitney</b>
<b>Salud general percibida</b>	Activo Cognitivo	6	1,16	,40825	7,86*	ACG-AC(p=.015) ACG-EV(p=.021)
	Activo Conductual	3	2,67	,57735		
	Evitativo	3	2,66	1,15470		
<b>Dolor</b>	Activo Cognitivo	6	3,00	1,09545	ns	
	Activo Conductual	3	3,33	,57735		
	Evitativo	3	2,66	1,15470		
<b>Funcionamiento Físico</b>	Activo Cognitivo	6	11,00	1,26491	ns	
	Activo Conductual	3	9,66	2,51661		
	Evitativo	3	11,33	,57735		
<b>Actividad diaria</b>	Activo Cognitivo	6	3,33	,81650	ns	
	Activo Conductual	3	2,66	1,15470		
	Evitativo	3	4,00	,00000		
<b>Funcionamiento Social</b>	Activo Cognitivo	6	2,50	1,04881	ns	
	Activo Conductual	3	2,66	1,52753		
	Evitativo	3	2,66	1,52753		
<b>Salud mental</b>	Activo Cognitivo	6	10,16	2,13698	ns	
	Activo Conductual	3	11,66	4,04145		
	Evitativo	3	7,66	2,30940		
<b>Energía/Fatiga</b>	Activo Cognitivo	6	7,50	1,37840	ns	
	Activo Conductual	3	9,33	2,51661		
	Evitativo	3	9,66	2,08167		
<b>Malestar respecto a la salud</b>	Activo Cognitivo	6	10,33	2,73252	ns	
	Activo Conductual	3	10,00	3,46410		
	Evitativo	3	7,33	1,52753		

<b>Funcionamiento cognitivo</b>	Activo Cognitivo	6	14,33	2,65832	6,40*	ACG-EV(p=.018) AC-EV(p=.049)
	Activo Conductual	3	11,66	4,04145		
	Evitativo	3	4,33	4,04145		
<b>Calidad de vida percibida</b>	Activo Cognitivo	6	2,66	1,03280	Ns	
	Activo Conductual	3	2,33	,57735		
	Evitativo	3	3,00	1,00000		
<b>Transición de salud</b>	Activo Cognitivo	6	3,50	,83666	Ns	
	Activo Conductual	3	2,33	,57735		
	Evitativo	3	3,00	1,00000		
<b>Estimado Calidad de Vida respecto a la salud</b>	Activo Cognitivo	6	2,83	,40825	7,85*	ACG-AC(p=.025) ACG-EV(p=.024)
	Activo Conductual	3	2,00	,00000		
	Evitativo	3	2,00	,00000		

\* $p \leq .05$  ACG= Activo Cognitivo, AC= Activo conductual y EV=Evitativo

En la tabla 24, en la penúltima columna podemos observar que los indicadores de calidad de vida en los que se dan diferencias significativas son salud general percibida, funcionamiento cognitivo y Estimado Calidad de Vida respecto a la salud y en la última columna se muestra entre que grupos de participantes Activo Cognitivo, Activo Conductual y Evitativo se dan dichas diferencias.

- Salud General percibida, entre los grupos Activo cognitivo y Activo conductual y Activo cognitivo y Evitativo.
- Funcionamiento cognitivo, entre los grupos Activo cognitivo y Evitativo y Activo conductual y Evitativo.
- Estimado Calidad de Vida respecto a la salud, entre los grupos Activo cognitivo y Activo conductual y Activo cognitivo y Evitativo.

## 6. DISCUSION

Este estudio tiene como objetivo estudiar la relación entre los Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida en 27 sujetos, los cuales son portadores del VIH-Sida. Además, se ha tenido en cuenta la incidencia de la depresión y la ansiedad, como sintomatología más común en este tipo de pacientes, en las variables antes mencionadas.

Es relevante apuntar que el 97% de las personas infectadas en Bolivia contrajo la enfermedad por transmisión sexual, en este trabajo de investigación y de forma congruente con las estadísticas nacionales, el 100% de los sujetos se contagió el virus del VIH-Sida por medio de las relaciones sexuales, independientemente de la orientación sexual que poseen. Los datos muestran que el mayor porcentaje de afectados es heterosexual y está comprendido entre 25 y 35 años, según un informe oficial de programas de salud estatales, de forma similar en esta tesis se demuestra que la orientación heterosexual tiene un mayor predominio con 21 sujetos (77,8%), y la edad promedio es de 30.8 años.

En relación a la identificación de las Estrategias y Estilos de Afrontamiento más utilizados y según los resultados que facilita el instrumento utilizado en esta tesis, se encontró que la Estrategia que predomina es el Crecimiento Personal y el Estilo que más utilizan los 27 sujetos estudiados entre el Estilo Activo-Conductual, el Estilo Activo-Cognitivo y el Estilo por Evitación, es el primero; sin embargo se debe indicar que los estudios de esta tesis no son concluyentes pues según las investigaciones de Leserman et al., 2000., que indican que las personas con la infección del VIH-Sida presentan estrategias de afrontamiento centradas en la Evitación, las cuales pueden ser más frecuentes en los enfermos de SIDA. En otros varios estudios se ha descubierto que las personas con la infección VIH-Sida esgrimen estrategias de afrontamiento diferentes, y esto se debería a causa del estadio de la enfermedad en el que se encuentran (Kang, 1999); otras investigaciones de autores como Thornton, Tropo y Burgess, 2000., sugieren que no existen diferencias en las estrategias de afrontamiento entre las personas con la infección VIH-Sida y las personas que no son portadoras.

Los Estilos de Afrontamiento no tienen una incidencia univoca en todas las poblaciones, es decir que la variabilidad estará supeditada a los “aditamentos socioculturales”, y no hay un estilo universal que más utilice el paciente, así lo plantea Pelechano et al. (1993). Este autor sugiere también que los sujetos que están asociados a determinadas enfermedades son los que tienden a formar grupos de estilos de afrontamiento similares y no la propia enfermedad. Los mencionados “aditamentos socioculturales”, darán entonces un carácter exclusivo a la hora de determinar los estilos de afrontamiento en los sujetos.

En cuanto a la variable Calidad de Vida y según el instrumento utilizado en este trabajo, se debe puntualizar que el indicador Malestar con Respecto a la Salud es el que más puntúa, es decir que existe un mayor bienestar con Respecto a la Salud en los sujetos de estudio, además se encontró que los indicadores Funcionamiento Físico, Funcionamiento Cognitivo y Salud Mental puntúan alto, en resumen se asevera que existe en 13 sujetos una calidad de vida media y en 14 sujetos una calidad de vida alta. Estos resultados denotan una incongruencia pues existe un indicador alto de depresión en los sujetos, no obstante se debe indicar que los síntomas de la depresión actúan en diferentes etapas; tanto en la etapa aguda como en la etapa crónica de la enfermedad. Otra debilidad del estudio es que no se tiene un diagnóstico que certifique la existencia de depresión y ansiedad, debido a que el departamento de psicología del Programa ITS/VIH/SIDA facilitó este dato según historia clínica, pero sin ningún respaldo documental, esto debido a que las políticas institucionales les prohíben proporcionar las historias clínicas de los pacientes del Programa, lo que impide saber en cada sujeto los tiempos en que se manifestó la depresión y la ansiedad o el tipo de depresión que padecen.

Las personas que están infectadas con VIH son más proclives a sufrir de depresión que el resto de población que no padece de ninguna enfermedad, así lo demuestran en estudios

Tsao, JC& Cols. (2004), a la vez enfatizan en que la depresión afecta la calidad y expectativa de vida de una persona, así como su capacidad para seguir un tratamiento para el VIH-Sida.

En relación a esto último, se puede mencionar que en esta tesis, 18 sujetos sufren de depresión, lo que equivale a un 66,7%, 8 sujetos padecen ansiedad lo que se deduce como un 29,6% y solo un sujeto dice no sufrir de ningún síntoma.

## 7. CONCLUSIONES

Para finalizar, se puede concluir que en función al objetivo general de estas tesis se puede afirmar que no existe una relación de interacción entre los Estilos de Afrontamiento y la Calidad de Vida en los 27 pacientes diagnosticados con VIH-Sida. Antes de estudiar las conclusiones de esta tesis, es preciso señalar que los datos clínicos referidos a la depresión y ansiedad de los sujetos estudiados no se obtuvieron de forma directa usando instrumentos que evalúen su cuadro clínico, los datos son extraídos de las historias clínicas.

Señalamos, a continuación, las conclusiones más sobresalientes a las que se llegó en el estudio.

- El modo de transmisión de un total de 27 sujetos con el virus del VIH-Sida ha sido por medio de las relaciones sexuales.
- El 67% de los sujetos ha presentado sintomatología depresiva y el 29% sintomatología de ansiedad a lo largo de su enfermedad.
- En cuanto a los Estilos de Afrontamiento, se debe indicar que los sujetos estudiados en esta tesis de investigación los participantes no utilizan claramente un único estilo de afrontamiento a lo largo de su enfermedad. De ahí que para dar respuesta a los 2 últimos objetivos se ha seleccionado del total de la muestra (27sujetos) a aquellos pacientes que mostraban un estilo de afrontamiento más definido (12 pacientes) y a partir de ahí se hayan analizado 1) las relaciones entre los estilos y estrategias de afrontamiento con los indicadores de la calidad de vida y 2) las diferencias entre los participantes con distintos estilos de afrontamiento en las estrategias de afrontamiento y en los indicadores de calidad de vida.

- En relación a las Estrategias de Afrontamiento se debe resaltar que las más utilizadas en los sujetos estudiados son: **Crecimiento** Personal e Implicación Activa-Positiva.
- Las puntuaciones más altas en los indicadores con respecto a la Calidad de Vida en los sujetos estudiados son: Malestar respecto a la salud<sup>4</sup> (10,7407), Funcionamiento Físico (10,5556), Funcionamiento cognitivo (10,3333) y Salud mental (10,1481). Lo que indica que los sujetos tienen una percepción positiva acerca de su estado de salud.
- De los 27 participantes en el estudio, un 44% son los que tienen un estilo de afrontamiento claramente predominante, lo que equivale a que 12 sujetos son seleccionados y de estos el 50% tienen un estilo de Afrontamiento Activo-Cognitivo.
- Los cuadros depresivos se asocian, fundamentalmente, con los estilos de afrontamiento Activo-Cognitivo y de Evitación y la ansiedad con el estilo Activo-Conductual.
- Las relaciones significativas se dan, entre el Estilo de Afrontamiento Activo Cognitivo y los indicadores de Calidad de Vida *Salud general percibida*.
- Las estrategias de afrontamiento en las que se dan diferencias significativas son confianza activa en otros, crecimiento personal y distracción.
- Los indicadores de calidad de vida en los que se dan diferencias significativas son Salud General Percibida, Funcionamiento Cognitivo y Estimado Calidad de Vida Respecto a la Salud.

---

<sup>4</sup> Recuérdese que el puntaje elevado en este indicador se traduce en una mejor calidad de vida.

## BIBLIOGRAFIA

- ABC, E. D. (2015). *Definición ABC*. Recuperado el 8 de marzo de 2015, de <http://www.definicionabc.com>
- Arias, J., Estrada, J., & Gómez, E. e. (2003). *Lo que tú necesitas sabes sobre el VIH-SIDA*. México. DF.: Plaza y Valdez S.A.
- Au, A., Chan, I., Li, P., & et., a. (2008). Stress and healthrelated quality of life among HIV-infected persons in Hong Kong. En A. Au, I. Chan, P. Li, & E. al., *Stress and healthrelated quality of life among HIV-infected persons in Hong Kong* (págs. 119-29). Hong Kong: Aidsbehav.
- Badia, X., L. G., Garcia, M., & Podzamczer, D. (1999). La evaluación de la calidad de vida en los pacientes con infección por el VIH y SIDA. *Med Clin (Barc)*.
- Basabe, N., Páez, D., & Rimé, B. (2005). Efectos y procesos psico-sociales de la participación en manifestaciones después del atentado del 11 de Marzo. *Ansiedad y Estrés* .
- Baumeister, R., Heatherton, T., & Tice, D. M. (1993). When ego threats lead to self-regulation failure: Negative consequences of high self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology* , 64(1), 141-156.
- Bonet, R., & Ferrer, J. (1994). Estrategias de Grupo y SIDA. Ayuda mutua. *Revista de Psicología General y aplicación* . , Vol. 47.
- Brannon, L., & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Paraninfo. Thomson Learning.
- Brannon, L., & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo.
- Bravo Garcia, E. (2006). *Sida: Salud Pública*. Mexico D.F.: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Briones, A., & Soriano, V. (1999). Inhibidores de la proteasa del VIH: pros y contras. *Medicina Clínica* , 112, 702-705.
- Burgess, A., Carretero, M., Elkington, A., Pasqual-Marsettin, E., Lobaccaro, C., & Catalan, J. (2000). The role of personality, coping style and social support in health-related quality of life in HIV infection. *Quality of Life Research* , 9(4), 423-437.
- Caballo, V. E., & Simón, M. A. (1999). Acontecimientos estresantes vitales y trastornos psicopatológicos. En O. G, & B. I. E, *Psicología de la salud* (págs. 111-157). Plaza Valdez.

- Campbell, S. B. (1986). Gittelman, Anxiety disorders of childhood. En S. B. Campbell, *Developmental issues in childhood anxiety* (págs. 24-57). New York: Guilford Press.
- Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D., & Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología* , 25-44.
- Campos, M., Páez, D., Fernández-Berrocal, P., Igartua, J., Méndez, D., Ríos, V., y otros. (2005). Las actividades religiosas como formas de afrontamiento de hechos estresantes y traumáticos con referencia a las manifestaciones del 11-M. *Ansiedad y Estrés* .
- Cano-Vindel, A., & Miguel-Tobal, J. (1992). Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA). Madrid, Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. , España: No publicado.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology* , Vol 56 (2), 267-283.
- Cazas Cortez, B. (2010). *El Programa Departamental ITS/VIH/SIDA*. Bolivia: SEDES.
- Chabrol, H., & Callahan, S. (2004). *Mécanismes de défense et coping*. Paris: Dunod.
- Church, J. (1998). The application of cognitive-behavioural therapy for depression to people with Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). Vol. 7: pp. *Psychooncology* , 7, 78-88.
- Compas, B., Connor-Smith, J., Saltzman, H., Thomsen, A., & Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress and potential in theory and research. *Psychological Bulletin* , 127 (1), 87-127.
- Cook, J., Cohen, M., Burke, J., Grey, D., Anastos, K., Kirstein, L., y otros. (2002). Effects of depressive symptoms and mental health quality of life on use of highly active antiretroviral therapy among HIV-seropositive women. *J Acquir Immune Defic Syndr* , 4 (30), 401-9.
- Curran, J. (1985). The epidemiology and prevention of the acquired immunodeficiency syndrome. *PublMed.gov* , 62.
- Definicion.de. (2008). *Definicion.de* . Recuperado el 11 de 5 de 2015, de <http://definicion.de>
- Del Pozo, J., Manubens, A., & Hernáez, S. (2006). Atazanavir. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra* , 50 (1), 41-45. .

Dubovsky, S. L., & Buzan, R. (1999). Trastornos del estado de ánimo. En R. E. Hales, S. C. Yudofsky, & J. A. Talbott, *Tratado de psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Durham, J. D. (1994). Pacientes con SIDA; cuidados de enfermería. México D.F. : Manual Moderno.

Dykema, J., Bergbower, K., & Peterson, C. (1995). Journal of Social and Clinical Psychology, . En *Persistent explanatory style, stress, and illness* (págs. 14, 357-371).

Encarta, P., & Microsoft Corporation, B. (2008). Enciclopedia Premium Encarta®. Estados Unidos de América.

Explorable. (21 de septiembre de 2009). *Explorable.com*. Recuperado el 5 de mayo de 2015, de <https://explorable.com>

Fernández – Abascal, E. G. (1997). *Estilos y estrategias de afrontamiento: Cuadernos de práctica de motivación y emoción*. Madrid: Pirámide.

Flores, R. (2006). Estudio sobre los estilos y estrategias de afrontamiento y calidad de vida en universitarios. En R. Flores, *Estudio sobre los estilos y estrategias de afrontamiento y calidad de vida en universitarios* (págs. 7-8). Sucre: Tesis de maestría en Salud Mental Comunitaria.

Frazier, L. (2000). Coping with disease-related stressors in Parkinson's disease. *The Gerontologist* , 40 (1), 53-63.

Gard, T. (. (1999). *Tesis doctoral: The importance of intimacy and use of avoidance coping in predicting depression among HIV+ individuals*. New York : State University of New York at Albany. UMI.

Gatell A, J., Mirón M., J., & Graus R., F. (1995). Infecciones por retrovirus: SIDA. En R. Farreras, *Medicina Interna Mosby* (págs. 2530-2540.). Deymon.

Girdano, D., & Everly, G. (1986). *Controlling Stress and Tension. 2ª Edición*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Hérmendez Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. P. (2010). Deficiones de los enfoques cuantitativos, sus similitudes y diferencias. En R. Hérmendez Sampieri, C. Fernández Collado, & M. P. Baptista Lucio, *Metodología de la Investigación* (pág. 4). Mexico: McGraw-Hill.

InfoSida. (agosto de 2012). *Aidsinfo.nih.gov*. Recuperado el abril de 2015, de <http://aidsinfo.nih.gov/>

InfoSIDA. (23 de 04 de 2015). *InfoSIDA*. Recuperado el 15 de 02 de 2015, de <https://infosida.nih.gov>

Kang, E. (1999). Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, (págs. 60, 2947).

Krzemien, D., Monchiatt, A., & Urquijo, S. (2004). Afrontamiento activo y adaptacion al envejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar del Plata. En D. Krzemien, A. Monchiatt, & S. Urquijo, *Afrontamiento activo y adaptacion al envejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar del Plata* (pág. 1). Buenos Aires: Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines.

La Razón, P., & Ciencia y tecnología, S. (1 de Agosto de 2013). La mayor población con VIH/Sida en Bolivia es heterosexual y el 97% de transmisión es vía sexual. <http://www.la-razon.com/>, pág. 4.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1994). Estrés y procesos cognitivos. España: Ediciones Roca.

Lazarus, R. S., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985 ). The problem of confounded measures. En R. S. Lazarus, & S. Folkman, *Stress and adaptational outcomes* (págs. Vol 40(7) 770-779.). American Psychologist.

Leibovich, N., Schmidt, V., & Marro, C. (2002). *Afrontamiento. El "malestar" y su evaluación en diferentes contextos*. Buenos Aires: Eudeba.

Léplège, A., & Hunt, S. (1998). El problema de la Calidad de Vida en Medicina. 7, 19-23.

Leserman, J., Jackson, E., Petito, J., Golden, R., Silva, S., Perkins, D., y otros. (1999). Progression to AIDS: the effectes of stress, depressive symptoms, and social support. *Psychosomatic Medicine*, 61, 397-406.

Leserman, J., Petitto, J., Golden, R., Gaynes, B., Hongbin, P., Silva, S., y otros. (2000). Impact of stressful life events, depression, social support, coping, and cortisol on progression to AIDS. *American Journal of Psychiatry*.

López-Ibor, J., & Valdés, M. (2004). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DMS-IV-TR-AP*. Barcelona: Masson.

Los tiempos, P., & Agencia ABI, F. (29 de Noviembre de 2013). VIH sida: en Bolivia. <http://www.lostiempos.com/>, pág. 8.

Marks, I. (1986). *Tratamiento de neurosis*. Barcelona: Martínez Roca.

Marrs, J. (2006). Stress, Fears and Phobias: The Impact of Anxiety. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10 (3), 319-22.

Martín Díaz, M. D., Jiménez Sánchez, M. P., & Fernández-Abascal, E. G. (1997). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento (e3a). (D. d. II, Ed.) *Revista Electronica de Motivación y Emoción*, 3 (4).

Martínez Carrasco, D. (22 de mayo de 2014). Balance: Sida se cobró 62 vidas en Chuquisaca. *Correo del Sur.com*, pág. Digital.

Morling, B., Kitayama, S., & Miyamoto, Y. (2003). American and Japanese Women Use Different Coping Strategies During Normal Pregnancy. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(12) 1533-1546.

Namir, W., & Alumbaugh, F. &. (1987). Coping with AIDS: Psychosocial and health implications. *Journal of Applied Social Psychology*, 17 (3), 309-328.

Neuronup, G. (2010). *Neuronup*. Recuperado el 17 de Abril de 2015, de <https://www.neuronup.com>

OMS. (2012). *La depresión*. Centro de prensa.

OMS. (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Internacional: OMS.

OMS. (2013). *VIH/SIDA*. Internacional: OMS.

ONUSIDA. (2002). *Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA*. Ginebra: UNUSIDA.

Páez Rovira, D. (1993). *Salud, expresión y represión social de las emociones*. Valencia: Promolibro.

Páez, D., & Echeverría, A. (1989). *Emociones: Perspectivas psicosociales*. Madrid: Fundamentos.

Páez, D., Fernández, I., Ubillos, S., & Zubieta, E. (2003). *Emoción y Motivación: Los motivos secundarios de la agresión, frustración y altruismo* (Vol. 2). (M. Abascal, Jimenez, & M. M.D, Edits.) Madrid: Centro de Estudios Ramón Arece.

Paez, D., Pernas, A., Iraurgi, I., Bermejo, P., Basabe, N., Carou, M., y otros. (2001). *Formas de afrontamiento y afectividad en personas con VIH/SIDA*. Psiquis.

Patrick, D. E. (1993). *Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York: Oxford University Press.

- Penley, J., Tomaka, J., & Wiebe, J. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine* , 25(6), 551-603.
- Pernas, A., Iraurgi, I., Bermejo.P., Basabe, N., Carou, M., Páez, D., y otros. (2001). Formas de afrontamiento y afectividad en personas con VIH/SIDA. *Psiquis*.
- Petrie, K. B. (1998). The immunological effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Plan Nacional SNS, M., & Tecnologías, U. E. (2008). Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria. En *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria* (págs. 31-32). Madrid: Agencia Laín Entralgo.
- Remor, E. (2001). *Infección por VIH y SIDA: Características psicológicas y adhesión al tratamiento*. Universidad Autónoma de Madrid, Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. Madrid: No publicado.
- Rimé, B., Finkenauer, C., Luminet, O., Zech, E., & Philippot, P. (1998). Social sharing of emotion: New evidence and new questions. (W. S. Hewstone, Ed.) *European review of social psychology, Vol. 9*, 145-189.
- Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis Psicológica.
- Sandoval, J. A. (2014). *Casos de VIH suben a 14*. Sucre: SEDES.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería IX, 2*, 9-21.
- Shumaker SA, N. M. (1995). The internacional assessment of health-related quality of life: a theoretical perspective. New York: Rapid Communications of Oxford.
- Skinner, E., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the Structure of Coping: A review and critique category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin* , 216-269.
- Soriano, V., & Jiménez-Nácher, I. (1998). Tratamiento antirretroviral: ¿cuándo empezar y con qué? *Medicina Clínica*.
- Stanton, A., Danoff-Burg, S., Cameron, C., & Ellis, A. (1994). Coping through emotional approach: Conceptualization and confounding. *Journal of Personality and Social Psychology* , 78, 1150–1169.

Strock, M. (1994). *Plain Talk About Depression*. Washington, DC: Service national institutes of health.

Tate, D., Paul, R. F., Tashima, K., Nash, J., Adair, C., Boland, R., y otros. (2003). The impact of apathy and depression on quality of life in patients infected with HIV. *S. AIDS Patient Care STD*, 3 (17), 115-20.

Tavera, M. (2010). Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH. *Revista Peruana de Epidemiología*, Vol 14, 7.

Teva, I., Bermúdez, M., Hernández, J., & Buena, G. (2005). Evaluación de la depresión ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. . En *Salud Mental* (págs. 40-49.).

Thayer, R. (1998). *The origin of everyday moods. Managing Energy, Tension and Stress*. New York: Oxford University Press.

Thayer, R., Newman, J., & McClain, T. (1994). Self-regulation of mood: Strategies for changing a bad mood, raising energy, and reducing tension. *Journal of Personality and Social Psychology* , 67, 910–925.

Thornton, S., Tropo, M., & Burgess, A. (2000). The relationship of psychological variables and disease progression among long-term HIV-infected men. En S. Thornton, M. Tropo, & A. Burgess, *The relationship of psychological variables and disease progression among long-term HIV-infected men* (págs. 734-742). International Journal of STD.

Tsao, J., Dobalian, A, M., & C, D. K. ( 2004). Stability of anxiety and depression in a national sample of adults with human immunodeficiency virus. En J. Tsao, Dobalian, M. A, & D. K. C, *Stability of anxiety and depression in a national sample of adults with human immunodeficiency virus* (págs. 111–8). Florida: J Nerv Ment Dis. .  
University N. MX., I., & Health SC, C. (julio de 23 de 2014). *aidsinfo.org*. Recuperado el 27 de 04 de 2015, de <http://www.aidsinfonet.org/>

Urzúa, A., & Esparcia, A. (2008). Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personals con patologías crónicas. *Revista interamericana de psicología*, 42, 151-160.

Vallejo Marin, A. (20 de octubre de 2010). *Educación Física*. Recuperado el 20 de Marzo de 2015, de <http://alejandra501.blogspot.com/>

Vargas, E., Cervantes, M., & Aguilar. (2009). Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados. *Psicología y Salud* .

Villasis, K. (2000). Sida. Aspectos clínicos y terapéuticos. En S. Ponce de León, & S. Rangel, *Mecanismo de transmisión del VIH* (págs. 139-147). Mexico. DF.: Mc. Graw-Hill Interamericana.

Zevallos, A. (20 de 6 de 2011). *Defendiendo la Salud Mental*. Recuperado el 8 de 5 de 2015, de <http://andreszevallos.blogspot.com/>

# ANEXOS

**ANEXO I****Cuestionario MOS- SF- 30 para evaluar la calidad de vida de personas infectadas por el VIH**

1. En general, diría que su salud es:

Excelente	
Muy Buena	
Buena	
Regular	
Mala	

2. ¿Cuánto dolor corporal ha tenido en general en el último mes?

Ninguno	
Muy poco	
Moderado	
Agudo	
Muy agudo	

Durante el último mes, ¿cuánto han limitado su salud las siguientes actividades? Si las ha limitado de alguna forma.

		Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada
3	El tipo o la cantidad de actividades intensas que puedes hacer, como levantar objetos pesados, correr o participar en deportes fatigantes.			
4	El tipo o la cantidad de actividades moderadas que puedes hacer, como mover una mesa o llevar el carro de la compra.			
5	Subir una cuesta o subir escaleras			
6	Girarse, levantarse o inclinarse.			
7	Caminar 100 metros.			
8	Comer, vestirse, ducharse o utilizar el servicio.			

Durante el último mes, ¿cuánto han limitado su salud las siguientes actividades? Si las han limitado de alguna forma.

		Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada

9	Mi trabajo; el trabajo en cosas de la casa; las tareas escolares o de estudio.			
10	El tipo o la cantidad de trabajo, las tareas domésticas o las tareas escolares que puedes hacer debido a tu salud.			

En cada una de las siguientes preguntas, señale, por favor, en casilla correspondiente la respuesta que mejor se adecue al modo en que se ha sentido durante el último mes.

		Casi siempre	A menudo	A veces	Muy pocas veces	Casi nunca
11	¿Han limitado su salud sus actividades sociales: visitar amigos o parientes cercanos, etc.?					
12	¿Has estado nervioso/a?					
13	¿Se ha sentido tranquilo, en calma y en paz?					
14	¿Se ha sentido triste y decaído?					
15	¿Ha sido feliz?					
16	¿Se ha sentido tan profundamente decaído que nada le ha podido animar?					
17	¿Se ha sentido lleno de energía?					
18	¿Se ha sentido agotado?					
19	¿Se ha sentido cansado?					
20	¿Se ha sentido con energía como para hacer las cosas que quería hacer?					
21	¿Se ha sentido abrumado por su problema de salud?					
22	¿Se ha sentido desanimado por su problema de salud?					
23	¿Se ha sentido desesperado por su problema de salud?					
24	¿Ha sentido miedo por su problema de salud?					
25	¿Ha tenido dificultades para razonar y resolver problemas, como hacer planes, tomar decisiones y aprender cosas nuevas, etc.?					
26	¿Se han olvidado cosas que han sucedido recientemente, como dónde puso cosas, citas, etc.?					
27	¿Ha tenido dificultad para mantener la atención en alguna actividad durante cierto tiempo?					
28	¿Ha tenido problemas para realizar actividades que requieren reflexión y concentración?					

29. ¿Cómo ha sido su calidad de vida durante el último mes?, esto es, ¿cómo le han ido las cosas en general?

Muy bien, no podían haberme ido mejor	
Bastante bien	
Ni bien ni mal, casi igual	
Bastante mal	
Muy mal, no podían haberme ido peor	

30 ¿Cómo calificaría su estado físico y emocional actual en comparación con el último mes?

Mucho mejor	
Algo mejor	
Casi igual	
Algo peor	
Mucho peor	

## ANEXO II

## Cuestionario de Afrontamiento al VIH – SIDA

Edad:

Sexo:

Indique con un círculo el número correspondiente a la frecuencia con que ha utilizado cada una de las siguientes estrategias para afrontar las emociones suscitadas cuando piensa en el hecho de ser (PVVS) Persona que vive con el Vih - Sida. Dé sólo una respuesta por cada frase.

	Nunca	A veces	Normalmente	A Menudo	Siempre
1. He pensado mucho más sobre lo que es realmente importante en mi vida					
2. Me ha potenciado a mí mismo como persona					
3. He intentado reducir la tensión fumando más de lo habitual					
4. Me he implicado en actividades políticas relacionadas con mi enfermedad					
5. Creía que el tiempo marcaría la diferencia y que la mejor cosa que podía hacer era esperar					
6. Me volví más sociable					
7. Lloraba, chillaba o me reía más para expresar mis sentimientos					
8. He intentado ir al encuentro de alguien, como un doctor, para hacer algo sobre ello					
9. He intentado reducir la tensión comiendo más de lo habitual					
10. He pensado más sobre el significado de la vida					

11. He tratado que los demás no supiesen cómo me sentía					
12. Bromeaba sobre ello, rechazando adoptar una actitud demasiado seria al respecto					
13. He intentado no preocuparme ni perder la calma					
14. He tomado más vitaminas y he comido de manera sana					
15. He tratado de comprender qué era lo que había ocasionado mi enfermedad					
16. He dependido de los demás para que me animasen y me hiciesen sentir mejor					
17. He evitado estar en compañía de otras personas					
18. He rezado intensamente para que la situación terminase bien					
19. He intentado saber más sobre mi enfermedad					
20. Pensaba sólo en el día a día					
21. Hablaba con otras personas que se encontraban en la misma situación que yo					
22. He intentado reducir la tensión durmiendo más de lo habitual					
23. He aceptado la situación, ya que no podía hacer nada más					
24. He tratado de elaborar un plan de acción en mi mente					
25. He tratado de hablar con gente, sólo para ser capaz de hablar de ello					
26. He intentado comprender lo que otras personas en la misma situación pensaban o sentían					
27. He trabajado para intentar resolver los problemas					

que conllevaba mi enfermedad					
28. He utilizado la meditación, la autosugestión o la imaginación					
29. Me he concentrado en el trabajo o en otras actividades para no pensar en determinadas cosas					
30. He tratado de pensar de qué otra manera podría haber hecho las cosas					
31. He intentado rechazar el pensar en ello					
32. Trataba de recordar los buenos tiempos y soñaba despierto con ellos					
33. Disfruté más de las cosas, acontecimientos y experiencias diarias de lo que acostumbraba					
34. He consultado a algún amigo, o a algún profesional para que me aconsejaran sobre cómo cambiar cosas en mi situación					
35. Confió en mi fe en Dios					
36. Recordaba la situación y le daba vueltas una y otra vez					
37. Confiaba en que mis doctores sabían qué tratamientos eran los más adecuados para mí					
38. He tratado de prepararme respecto al futuro					
39. He tratado de permanecer firme y luchar por lo que deseaba					
40. Compraba o hacía algo especial para mí					
41. He incrementado mi actividad sexual solitaria (masturbación, autocaricias, etc.)					
42. He tratado de trabajar con el fin de alcanzar un pacto o compromiso para cambiar cosas					

43. He pensado en los cambios positivos que se habían producido en mí desde la enfermedad					
44. He tratado de reducir la tensión consumiendo más drogas de lo habitual					
45. He intentado hablar con un amigo o un profesional para que me ayudaran a sentirme mejor					
46. He intentado reducir la tensión bebiendo más alcohol de lo habitual					
47. Hacía más deporte o actividad física					

**ANEXO III***ANTECEDENTES DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL ITS/VIH/SIDA*

El Programa Departamental ITS/VIH/SIDA, dependiente de la unidad de Epidemiología del Servicio Departamental de Salud (SEDES) Chuquisaca, entidad estatal responsable del Programa, presenta lineamientos que permiten mejorar la condiciones de vida de los pacientes que acuden a las dependencias del SEDES en busca de estudios de laboratorio, asesoramiento o atención en salud. El Programa también es responsable de la planificación, programación, evaluación y supervisión de las actividades orientadas a la promoción, prevención, control y vigilancia epidemiológica de las infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH y SIDA., y realiza una coordinación interinstitucional y multisectorial (Cazas Cortez, 2010).

A nivel jurídico-legal se cuenta con el funcionamiento y el respaldo antes indicado, de conformidad a la Ley N° 3729 de 8 de agosto de 2007 relativa a la Prevención del VIH y SIDA y Protección a las Personas que viven con el virus del Sida (PVVS).

El objetivo general del Programa es fortalecer el sistema de vigilancia y control epidemiológico de las ITS/VIH/SIDA, para reducir la ocurrencia de nuevas infecciones por ITS/VIH, así como de la morbilidad y mortalidad de las personas que viven con VIH/SIDA. El Programa cuenta con un recurso humano interdisciplinario, capacitado y sensibilizado, promoviendo la oferta y la atención integral a la población vulnerable, considerando su diversidad sexual, cultural, género, generacional y respetando los derechos humanos(Cazas Cortez, 2010).

En cuanto los servicios se otorgan: IEC, consejería pre y post prueba VIH/ITS, apoyo psicológico, actividades de alcance en lenocinios, en cuanto la atención de laboratorio donde se realizan todas las pruebas necesarias de diagnóstico de ITS y VIH. En cuanto a la red de laboratorios se cuenta con un laboratorio de Referencia Nacional, donde se realizan pruebas confirmatorias para VIH (Western Blot) y exámenes de seguimiento a las PVVS. Existen dentro del programa las respectivas consultas médicas, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, interconsulta, referencias e investigación (Cazas Cortez, 2010).

Entre una de las actividades importantes del Programa Departamental de ITS/VIH SIDA, se encuentra la prevención, control y vigilancia epidemiológica de grupos vulnerables, como son: Trabajadoras Sexuales Comerciales (TSC) y Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH). La atención a las TSC es sistematizada, con esquemas de tratamiento y pruebas de laboratorio para las principales ITS cada 3 meses, se efectúa la prueba de ELISA para VIH cada 6 meses (Cazas Cortez, 2010).

La atención a hombres que tienen sexo con hombres es aún débil en el país, y se tiene una cobertura de 2.2% basado en estimaciones, ya que no se tiene un sistema de vigilancia estructurado en estas poblaciones y no existe un sistema de vigilancia de segunda generación sistemático en esta población vulnerable (HSH).

Por otro lado, el Programa de ITS/VIH SIDA presta atención integral a las Personas que Viven con el VIH/SIDA (PVVS), incluyendo tratamiento antirretroviral y seguimiento de laboratorio con CD4-CD8, carga viral y hemograma completo cada 6 meses en forma gratuita, a partir de la gestión 2004 gracias al ingreso de los recursos de cooperación por parte del Brasil y, del Fondo Global; adicionalmente el país a través del TGN contribuye con un presupuesto en progresivo aumento anual para la compra de medicamentos y gastos operativos.

Con el propósito de detectar el virus del VIH en etapa temprana, el Programa Departamental ITS/VIH/SIDA ha extendido su cobertura a hospitales de segundo nivel y maternidades donde se dispone de pruebas rápidas para el diagnóstico del VIH, como una estrategia de detección temprana y prevención efectiva y necesaria para el control

de la epidemia. Lo que se espera es poder mejorar la oportunidad en el diagnóstico y fortalecer la prevención y control del VIH/SIDA sobre todo en mujeres embarazadas (Cazas Cortez, 2010).



