

Universidad de Pamplona

Facultad de Salud

Programa de Psicología



**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES INFECTADOS CON EL  
VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA VIH/SIDA - FASE INICIAL -  
PERTENECIENTES A LA FUNDACIÓN HOASIS DE CÚCUTA**

Ruth Elizabeth Risther Cabeza

Jose Cuello Ballestas

Pamplona

I-2017

Universidad de Pamplona

Facultad de Salud

Programa de Psicología



**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES INFECTADOS CON EL  
VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA VIH/SIDA - FASE INICIAL -  
PERTENECIENTES A LA FUNDACIÓN HOASIS DE CÚCUTA**

Ruth Elizabeth Risther Cabeza

Jose Cuello Ballestas

Mg. Claudia Patricia Posada Benedetti

Directora

Pamplona

I-2017

*DEDICATORIA.*

*Primeramente debo agradecer a Dios por ser mi guía, a mi madre por su apoyo incondicional fuerza y salvavidas en esos momentos donde sentía desfallecer, a mis tías que aportaron y contribuyeron de forma incansable mi formación, mi hermano que me ha enseñado que por más obstáculos que haya en el camino deben superarse y que sin esfuerzos no hay calidad en los resultados, a Elizabeth porque fue amiga y compañera en este proceso que en muchos momentos donde se perdía el horizonte actuó como brújula para finalizar de manera exitosa este proceso, a nuestra directora gracias por ser esa luz en la oscuridad por su apoyo incansable y compromiso, así como también agradezco a todas esas personas que de una u otra forma contribuyeron en mi formación profesional y personal.*

*JOSE CUELLO BALLESTAS*

*Agradecer a Dios por permitirme culminar satisfactoriamente este proceso, A mis hijos hoy quiero darle el más sentido agradecimiento por haber estado presente siempre, dedicándome su apoyo incondicional. Por ese aguante que como hijos me han dado en esas horas donde sentía que mis fuerzas estaban disminuidas, en las que mi ánimo, muchas veces necesitó del amor de ustedes mis queridos hijos. Cuando uno está casado no es cosa sencilla, ya que la base fundamental para que haya es la confianza y apoyarse mutuamente es por eso que estoy casada con este hombre porque simplemente me ha demostrado que una persona puede dar todo e igual seguir dando así no tenga nada, pues todo su apoyo es sin duda lo mejor que me podido recibir estos años gracias mi querido esposo.*

*A mi tía por ser mi apoyo en todo momento por demostrarme que madre no es solo la concibe Finalmente a mi directora de tesis por sus conocimientos, por su motivación, forma de trabajar, obtuvo mi lealtad y admiración en mi formación como investigadora.*

*ELIZABETH RISTHER C.*

## AGRADECIMIENTOS

*la psicóloga Magister Claudia Patricia Posada Benedetti, directora del proyecto, maestra y amiga, quien a través de su pasión por la psicología y la investigación consiguió impulsarnos para conquistar el inmenso mundo de conocimiento que trae consigo la problemática abordada, desde una visión humana, ética y profesional.*

*A la fundación Hoasis que con su apertura permitió el abordaje; Por permitir el acercamiento a la población en cumplimiento de este sueño, en pro de nuestro desarrollo académico y profesional. A la población participante de este proyecto, agradecemos sinceramente, por disponer de su tiempo y colaboración, en este proyecto, ya que sin ellos no hubiera sido posible cumplir nuestra visión. Al programa de Psicología de la Universidad De Pamplona por la formación Integral que nos ha inculcado a lo largo de la carrera, y por las competencias de los docentes quienes con su dedicación han entregado su saber sobre esta ciencia y motivado en la búsqueda constante del conocimiento. A todas las personas que directa e indirectamente estuvieron cerca de este proyecto.*

## Tabla de Contenido

Resumen	
Abstract	
Introducción	7
Problema de Investigación	9
Formulación del Problema	9
Planteamiento del Problema	9
Descripción del Problema	10
Justificación	12
Objetivos	14
Objetivo General	14
Objetivos Específicos	14
Estado del Arte	15
Estudios Internacionales	15
Estudios Nacionales	18
Marco Teórico.	22
Capítulo I. Virus De Inmunodeficiencia Humana y su Historia	22
Historia del VIH/SIDA	22
Fases y Sintomatología	27
Formas de Transmisión	28
Situación General del VIH en Colombia	30
Prevalencia del Virus en Colombia	32
Atención Psicológica para Pacientes Diagnosticados con VIH	35
Proceso de Devolución del Diagnóstico.	37

Implicaciones Derivadas del Diagnóstico de VIH.	38
Capítulo II. Estrategias de Afrontamiento	39
Tipos de Estilos de Afrontamiento	41
Tipos de Estrategias Afrontamiento	42
Escala de Estrategias de Coping Modificado (EEC-M)	43
Estrategias de Afrontamiento en el VIH/SIDA	44
Marco Legal	46
Ley 1090 de 2006	46
Ley 1616 de 2013	48
Marco Contextual	52
Contextualización de la Fundación	52
Metodología.	54
Resultados	56
Discusión	62
Recomendaciones	71
Referencias Bibliográficas	72
Anexos	67

## Resumen

El afrontamiento es definido como el proceso a través del cual un individuo hace frente a eventos estresores según sus recursos personales del individuo, en este sentido, según como sean evaluadas por ellos mismos, se puede decir, que en el momento en que una persona se enfrenta a una situación excedente de su alcance, en este caso el diagnóstico, se colocan de manifiesto todas las habilidades y capacidades del sujeto para hacerle frente. La adaptación a esta nueva condición de vida tanto para los pacientes como para sus familias implica un esfuerzo psicológico para aceptar el diagnóstico, los trámites para la atención clínica, el sometimiento a exámenes, consultas con un equipo interdisciplinar y un tratamiento con todos sus efectos colaterales que casi siempre resultan aversivos. Es en el transcurso de este proceso, cuando se evidencian las estrategias de afrontamiento psicológico que cada paciente adopta para enfrentar la enfermedad todo esto con el fin de alcanzar el equilibrio o bien para disminuir la ansiedad producida por el evento estresante. Con el propósito de entender este proceso de manera más profunda se realizó una investigación cuantitativa dirigida a describir las estrategias de afrontamiento más utilizadas por un grupo de personas que se encuentran institucionalizados en la fundación Hoasis de la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander, a partir de los hallazgos fue posible caracterizar las estrategias de afrontamiento favorecedoras del proceso de recuperación de los pacientes.

**Palabras clave:** Eventos estresores, Estrategias de afrontamiento psicológico, VIH-SIDA, Ansiedad, Depresión, Bienestar.

**Abstract.**

Coping is defined as the process through which an individual cope with stressful events according to his personal resources of the individual, in this sense, according to how they are evaluated by themselves, it can be said that the moment a person Faces a situation beyond its reach, in this case the diagnosis, all the abilities and abilities of the subject are exposed to face it. Adapting to this new condition of life for both patients and their families implies a psychological effort to accept the diagnosis, procedures for clinical care, examination, consultation with an interdisciplinary team and treatment with all its side effects Which are almost always aversive. It is in the course of this process, when the psychological coping strategies that each patient adopts to face the disease are evidenced in order to reach the balance or to reduce the anxiety produced by the stressful event. In order to understand this process more deeply, a quantitative investigation was conducted to describe the coping strategies most used by a group of people who are institutionalized in the Hoasis foundation of the city of Cúcuta, North of Santander, from Of the findings it was possible to characterize the coping strategies favoring the recovery process of the patients.

**Key words:** Stressful events, Psychological coping strategies, HIV-AIDS, Anxiety, Depression, Well-being

## Introducción

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) según lo planteado por la (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2016) se caracteriza por infectar las células del sistema inmunitario, produciendo alteraciones que van destruyendo su funcionalidad, este virus produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, que termina en “inmunodeficiencia”, cuando el sistema inmunológico deja de contar con la capacidad para hacer frente a infecciones y enfermedades; en los estados más avanzados de la infección por VIH se denomina como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) que se relaciona con al menos 20 infecciones oportunista o tipos de cáncer que conducen a la muerte del afectado.

El VIH es problema de salud pública mundial de moderadas dimensiones que ha dejado hasta la actualidad alrededor de 35 millones de víctimas mortales, para finales de 2015 había 36,7 millones de personas infectadas por el VIH en todo el mundo, de las cuales 2,1 contrajeron el virus durante ese año, además no se cuenta con una cura para la infección por VIH, a pesar que los fármacos antirretrovirales pueden ayudar a controlar el virus; se destaca que este virus puede transmitirse por diferentes vías como el contacto sexual con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes y puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2016).

Por medio de esta investigación de corte cuantitativo se evalúan las estrategias de afrontamiento presentes en pacientes con VIH-SIDA que se encuentran institucionalizados en la fundación HOASIS de Cúcuta, haciendo referencia a las condiciones del entorno del individuo y la relación que este tiene con dicho entorno, además de su influencia en las dimensiones del ser, como lo son el bienestar físico, psíquico o social, las diferentes áreas de ajuste psicológico y la funcionalidad del individuo en su contexto. (Daza & Bilbao, 1999)

En el caso del VIH-SIDA ciertas conductas de riesgo como el comportamiento sexual y consumo de sustancias psicoactivas están relacionados con la adquisición del virus, por lo tanto las personas son a menudo objeto de estigmas a nivel social que generan efectos negativos en su área emocional, exponiéndolos a situaciones altamente estresores que afectan sus actitudes, pensamientos y comportamientos, haciendo necesario contar con un afrontamiento funcional que permita reducir la susceptibilidad frente a la enfermedad y sus consecuencias, mejorando dificultades de autoconcepto, autoestima y habilidades sociales. (Uribe, 2005)

Ante esto, la presente investigación se desarrolla con el objetivo de evaluar las estrategias de afrontamiento en pacientes diagnosticados con VIH-SIDA que se encuentran institucionalizados en la fundación “HOASIS” de la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander, explorando las afectaciones que provoca la enfermedad en las personas con una detección de la enfermedad en su fase inicial y los recursos que disponen a nivel psicológico para soportar estos efectos. Para determinar las variables objeto del estudio se cuenta con apoyo de un instrumento válidos y estandarizados, que permitan obtener información suficiente para realizar un análisis de datos que indique de forma certera la forma en que el afrontamiento utilizado favorece adaptarse a las situaciones estresores propias de la enfermedad.

## **Problema de Investigación**

### **Formulación del Problema**

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan frente a los efectos de su enfermedad los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana VIH/SIDA en su fase inicial, que se encuentran institucionalizados en la fundación HOASIS de Cúcuta?

### **Planteamiento del Problema**

De acuerdo como el (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2005) la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es una patología de salud pública de magnitud alarmante que causa un dramático efecto sobre la calidad de vida del paciente y su familia trayendo efectos devastadores para la salud física y emocional de los afectados y la disminución de su adaptación al entorno y funcionalidad en diferentes áreas de vida, a su vez esta patología es considerada por el Sistema General de Seguridad Social en Salud como una enfermedad de alto costo, ya que genera un fuerte impacto económico sobre sus finanzas, haciendo necesario la prevención de su adquisición y el seguimiento a los pacientes reportados para proporcionar el nivel de atención en salud requerido.

Según cálculos de la (ONUSIDA, 2016), a finales de ese año había en el mundo unos 36,7 millones de personas infectadas por el VIH, de los cuales alrededor de 2,1 millones de personas adquirieron la enfermedad en ese último año y unos 1,1 millones de personas murieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA, cerca del 46% de la población que padece VIH cuenta con el acceso a los tratamientos con antirretrovirales, elevándose esta cifra en las mujeres embarazadas al 77% de acceso a los tratamientos; se destaca un descenso del 50% en las nuevas infecciones por VIH en niños desde 2010, sin embargo las cifras de propagación de la enfermedad

continúan siendo alarmantes y hasta la actualidad han contraído la enfermedad desde su aparición cerca de 78 millones de personas, de las cuales 35 millones de estas han fallecido como consecuencia de la misma.

El impacto del VIH/SIDA a nivel mundial ha sido devastador, cobrando la vida de millones de personas desde su aparición de la década de 1980 incluyendo a personas de todas las edades, sexos y nacionalidades, a pesar de las políticas para la prevención de la enfermedad y las estrategias educativas para dar a conocer los métodos de transmisión, tratamiento y efectos; de acuerdo a estas alarmantes cifras de adquisición de la enfermedad en la población y la presencia de comportamientos, actitudes, pensamientos y patrones psicológicos y socioculturales que dificultan la eficacia de las campañas diseñadas por las entidades encargadas de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad es adecuado conocer las estrategias de afrontamiento más empleadas por la población con VIH/SIDA. (Uribe, 2005)

Teniendo en cuenta las graves afectaciones que trae la adquisición del VIH no solo en las salud corporal sino también en la salud mental, es importante el apoyo psicológico para las personas afectadas por esta patología, puesto que la sola idea de estar expuesto a adquirir la infección con el VIH provoca tensiones extraordinarias en la vida de cualquier persona que es difícil de manejar para la mayoría de las personas, y el enfrentamiento cotidiano a los diferentes efectos que la enfermedad trae para la persona afectada generan secuelas graves en los pacientes, siendo favorecedor contar con una guía apropiada durante el curso de la enfermedad que permita sobrellevar estas afectaciones. (Ministerio de Salud de Panamá, 2002)

## **Descripción del Problema**

Las personas que contraen el virus de inmunodeficiencia humana VIH/SIDA, son abordadas teniendo en cuenta cada una de sus necesidades de las mismas, ya que en muchos casos son diagnosticados por los diferentes profesionales de la salud, y en algunas ocasiones estos no

suelen brindarle un acompañamiento adecuado para la aceptación y manejo de la enfermedad, y es así como los psicólogos se convierten en los guías de estos pacientes para que traten de darle sentido a la vida y se puedan valer por sí solos, sin necesitar de la aprobación de los demás.

Frente a esta situación, y no sólo sobre la base de las implicaciones económicas, sino frente a la calidad de vida y de la atención en los servicios de salud, en diferentes ámbitos se ha venido planteando la necesidad de conocer los factores psicosociales en pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana VIH/SIDA con el fin de mejorar su calidad de vida, con el aporte que el sistema de salud da a los pacientes para acceder a su tratamiento y medicamentos, aunque su salud mental en ocasiones no se aborda por medio de trabajo interdisciplinario exponiendo a los afectados a situaciones como el suicidio, homicidio, aislamiento social, desánimo, sensaciones de desesperación, ansiedad, depresión, pérdida laboral, baja autoestima entre otros, así que es primordial dar el apoyo y guía psicológico para cada caso evitando estas consecuencias.

Por tales razones, esta investigación está dirigida a identificar cuáles las estrategias de afrontamiento en pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana a fin de evaluar la forma en que se hace frente a la ansiedad, estrés, crisis emocionales, depresión y demás efectos negativos de la enfermedad, las cuales van relacionadas a los estilos de afrontamiento y de personalidad de cada individuo; además, se busca fortalecer el rol de la psicología y la importancia de la salud mental en la temática del VIH/SIDA permitiendo promover el cambio de comportamientos y actitudes en la población general para prevenir la adquisición del VIH/SIDA y aminorar el impacto psicológico a las personas que viven con VIH y sus allegados, dotándolos de herramientas para afrontar el diagnóstico e integrarlo como parte de su vida.

## **Justificación**

Para la Organización Mundial de la Salud, la epidemia de VIH/SIDA es una de las principales problemáticas en salud pública en todo el planeta que tradicionalmente se ha concentrado en poblaciones con factores de vulnerabilidad como hombres que se relacionan sexualmente con hombres, usuarios de drogas intravenosas o trabajadores sexuales, por mencionar algunas, en el caso de Colombia y en general de Latinoamérica, esta epidemia se mantiene concentrada en estas poblaciones de mayor vulnerabilidad, en particular en hombres que se relacionan sexualmente con hombres (HSH), y en mujeres trabajadoras sexuales (MTS), sin embargo la prevalencia en la población en general ha aumentado hasta un aproximado de 0,22% y día a día deja de ser progresivamente una epidemia que se concentra solo en ciertos tipos de población, amenazando la salud de diferentes personas que no hacen parte de las poblaciones consideradas tradicionalmente en riesgo. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2012)

Aparte de los graves efectos que trae el VIH/SIDA como condición médica irreversible, se genera también un desequilibrio emocional importante, causado por las afectaciones físicas, médicas y psicosociales que la enfermedad ocasiona, haciendo necesario atender a cada una de estas necesidades por medio de una atención integral que incluya la esfera psicológica y emocional, a fin de mejorar la calidad de vida de las personas y devolverles el equilibrio emocional que implica el ser diagnosticado con VIH positivo, teniendo en cuenta los estilos y estrategias de afrontamiento implementados por las personas afectadas por el VIH evaluando las diferencias de cada caso y el tipo de afectaciones que se presentan con mayor incidencia, adecuadas tanto a nivel intrapersonal como interpersonal. (Avelar, Cornejo, & Torres, 2011)

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, esta investigación es importante para el programa de Psicología y la Fundación HOASIS debido a que permitirá identificar las estrategias de afrontamiento que tienen frente al VIH/SIDA las personas que lo presentan, enfatizando la importancia de poseer un afrontamiento adaptativo para controlar los efectos negativos que trae la enfermedad, se diseña además como un estudio novedoso frente a la escasez de estudios en Colombia y el contexto local que evidencien las estrategias de afrontamiento del VIH/SIDA y la

necesidad de las intervenciones psicológicas para el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes, considerando pertinente este estudio para el contexto de salud nacional en el marco de la reforma de la salud, especialmente en lo relativo a los regímenes de atención del POS y la inclusión de programas de intervención psicológica que se basen en información contextualizada e históricamente situada.

Por otra parte el desarrollo de esta investigación trae contribuciones importantes para la psicología permitiendo ampliar la información con que se cuenta acerca de la temática en el contexto regional, dando a conocer la importancia de las estrategias de atención psicológica para dar apoyo a los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA evitando la aparición de problemáticas psicológicas mayores y proporcionando el tratamiento adecuado a los trastornos mentales que puedan manifestarse generando aportes para el trabajo clínico dentro de la psicología y demás profesiones afines.

Por último se busca dar un aporte a los familiares de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA y a la comunidad en general por medio del desarrollo de este proyecto de investigación y de los resultados que se hallen al final, integrando a las familias y otros sectores de la comunidad en el proceso de apoyo psicológico que se da los pacientes, con el interés de producir cambios de actitudes, conductas y pensamientos frente a esta enfermedad que lleven a un cambio de percepción social de la misma y la disminución de estereotipos y prejuicios acerca de la misma, creando consciencia en la sociedad de la importancia del respeto a la dignidad humana para esta población.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Describir las estrategias de afrontamiento en pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana VIH/SIDA en fase inicial pertenecientes a la fundación HOASIS de Cúcuta a través de una investigación de corte cuantitativo con el uso de la Escala de Estrategias de Coping Modificado (EEC-M)

### **Objetivos Específicos**

Caracterizar sociodemográficamente a los pacientes con VIH/SIDA en fase inicial institucionalizados en la fundación HOASIS de Cúcuta que reciben acompañamiento psicológico.

Establecer las estrategias de afrontamiento utilizadas con mayor frecuencia en los pacientes con VIH/SIDA en fase inicial institucionalizados en la fundación HOASIS de Cúcuta.

Especificar los estilos de afrontamiento que poseen los pacientes con VIH/SIDA en fase inicial institucionalizados en la fundación HOASIS de Cúcuta.

## **Estado del Arte**

A continuación se plasmará una descripción de algunas investigaciones y artículos a nivel nacional e internacional que sirvieron de referencia para la realización de esta investigación, sin embargo algunos de ellos han sido realizados desde otros enfoques científicos, aportando igualmente elementos para la construcción y comprensión del objeto de estudio de acuerdo a la perspectiva con que abordan el problema de investigación.

### **Estudios Internacionales**

En primer lugar se menciona la investigación titulada Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos realizada por Jaime Ernesto Vargas Mendoza, Minerva Cervantes Ramírez y Jorge Everardo Aguilar Morales en México en el año 2008, por medio de esta investigación se evaluaron las estrategias de afrontamiento psicológico en un grupo de veinte pacientes infectados con VIH ante su condición médica y las situaciones estresoras generadas por su diagnóstico a fin de sentar las bases teóricas y metodológicas necesarias para el diseño de programas de intervención que puedan ofrecerles una mejor calidad de vida. (Vargas, Cervantes, & Aguilar, 2008)

Se utilizó como instrumento de evaluación de los estilos de afrontamiento la Escala Breve de Estrategias de Confrontación, encontrando en los resultados algunas diferencias relativas al género de los pacientes y a la antigüedad de su diagnóstico en cuanto al uso de estilos de afrontamiento frente a la enfermedad. Final, se discuten opciones de intervención, de acuerdo a los datos obtenidos concluyendo que la psicoterapia de grupo es la estrategia de intervención psicológica que ha reportado mayores beneficios psicológicos para estos pacientes. (Vargas, Cervantes, & Aguilar, 2008)

Otra de las investigaciones encontradas fue la realizada por las psicólogas Julieta Obiols y Alicia Stolkiner, denominada *Mujeres que viven con VIH/Sida y salud mental: legislación, derechos y dignidad en la atención en el sistema público de salud Ciudad Autónoma de Buenos Aires* en 2013 publicado por la revista Scielo; esta investigación tuvo como finalidad analizar el marco jurídico nacional e internacional relativo a la problemática de la inclusión de prácticas en salud mental como parte de la atención integral de mujeres que viven con VIH/SIDA que han sido madres recientemente en el sistema público de salud. (Obiols & Stolkiner, 2013)

Se busca establecer en qué medida la legislación vigente conforma un marco que posibilita la implementación de estas prácticas y promueve la dignidad en la atención, se realizó un análisis documental cuyo corpus fue la legislación vigente en Argentina relativa a la temática abordada. En las conclusiones se destaca que la atención en salud mental está poco explicitada en la legislación específica de VIH/SIDA, que hace énfasis en el abordaje biomédico, además, la legislación se orienta fundamentalmente a los objetivos de la prevención de la transmisión vertical, relegando las necesidades de las mujeres y poniendo en cuestionamiento la dignidad en la atención de las mismas, la metodología utilizada en la investigación es la siguiente trata de un estudio de tipo exploratorio descriptivo llevado a cabo mediante una estrategia cualitativa en cuanto a posición epistemológica que combina técnicas de producción y análisis de datos cuantitativas y cualitativas bajo control metodológico. (Obiols & Stolkiner, 2013)

Otra de las investigaciones encontradas fue la realizada por Daniel Hernández-Rosete; Olivia Maya García; Enrique Bernal; Xóchitl Castañeda; George Lemp que se denomina *Migración y ruralización del SIDA: Relatos de vulnerabilidad en comunidades indígenas de México* la cual tuvo como objetivos analizar la vulnerabilidad para ITS/VIH entre mujeres Purépechas y Zapotecas unidas en concubinato con varones que practican sexo sin protección. Este estudio etnográfico realizado entre febrero del 2004 y diciembre del 2005 en localidades indígenas de Michoacán y Oaxaca, Mexico, siendo entidades con niveles altos de expulsión migratoria, rezago comunitario y casos registrados de VIH/SIDA. Se aplicaron entrevistas en profundidad a 91 personas: migrantes temporales (24), mujeres indígenas (33), autoridades locales (20) y personal de salud (14). Y se obtuvieron resultados que pueden relacionarse con las prácticas de

iniciación sexual femeninas pero sobre todo con el miedo del migrante a que su concubina tenga relaciones extra-conyugales en su ausencia, siendo el embarazo y la crianza son recursos masculinos de control de las esposas. (Hernández, Maya, Bernal, Castañeda, & Lemp, 2008)

Se continúa mencionado la investigación titulada *Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH* realizada por José Antonio Carrobes, Eduardo Remor y Larissa Rodríguez-Alzamora en España en el año 2003, por medio de este estudio se realiza una descripción de la relación de las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido a nivel afectivo y sanitario con el distrés emocional en 229 hombres y mujeres adultos con infección por VIH de distinto origen cultural, incluyendo personas españolas y peruanas. Se utilizaron como instrumentos el Inventario de estilos de afrontamiento a la enfermedad de 47 ítems de Namir para evaluar las respuestas cognitivas y conductuales en el afrontamiento de la infección por VIH y SIDA, una combinación de las puntuaciones de las subescalas de Ansiedad (HADS-A) y Depresión (HADS-D) de la Escala Ansiedad y Depresión en el Hospital (HADS) de Zigmond y Snaith para medir distrés emocional y preguntas acerca del apoyo social percibido por parte del entorno afectivo y sanitario, variables sociodemográficas y el perfil clínico de cada sujeto. (Carrobes, Remor, & Rodríguez-Alzamora, 2003)

Los resultados señalan la presencia de asociaciones entre las variables de afrontamiento y el apoyo social percibido con el grado de distrés emocional experimentado por los sujetos, sin reportar variaciones en el afrontamiento considerando el avance de la enfermedad y el deterioro inmunológico, para la muestra completa. Por otra parte se encontraron algunas diferencias analizando las muestras por separado, así que las estrategias de afrontamiento específicas de evitación, comportamientos pasivos, poca implicación activa/positiva, rumiación pasivo/cognitiva, confianza activa en otros y la falta de apoyo percibido del entorno afectivo explican el 29% de la varianza total en el distrés emocional, a través de un análisis de regresión múltiple. (Carrobes, Remor, & Rodríguez-Alzamora, 2003)

Finalmente se documenta la tesis doctoral *La percepción del estigma en las personas con VIH*, que el estigma y la discriminación son elementos que traen efectos nocivos para las personas con VIH, tanto en el plano individual como en el grupal y social, trazando como objetivo principal de esta tesis es analizar los efectos que dicho estigma tiene en la calidad de vida de las personas con VIH-SIDA. Se tomó una muestra total de 40 personas con VIH residentes en diferentes ciudades de España, un 50% fueron miembros activos de Organizaciones y un 50% no lo fueron, con respecto al género, un 50% eran mujeres y un 50% hombres. (Fuster, 2011)

Las personas que participaron en el estudio tomaron parte voluntariamente en una entrevista semiestructurada abordando aspectos información sociodemográfica, información sanitaria, bienestar, cuestiones relacionadas con la percepción de estigma y discriminación, a nivel grupal e individual, consecuencias y respuestas, justificación de la discriminación, efectos del estigma y la discriminación respuestas ante la experiencia personal de estigma y autoexclusión, cuestiones relacionadas con la ocultación del estado serológico, la identificación con el grupo de personas con VIH. Los resultados permiten concluir que las personas con VIH son hoy en día víctimas de diferentes formas y expresiones de estigma, cuya fuente son tanto el grupo mayoritario como ellas mismas, a través de los sentimientos y las conductas provocados por la internalización de las actitudes y creencias negativas de la sociedad teniendo un impacto negativo directo en la calidad de vida, siendo limitaciones para el desarrollo de una vida plena y de un proyecto de futuro. (Fuster, 2011)

## **Estudios Nacionales**

En esta investigación que lleva como título *Uso de estrategias de afrontamiento de los pacientes con el VIH y el cáncer en una clínica privada en Santa Marta – Colombia* realizada por Guillermo Augusto Ceballos Ospino, Amparo Echeverri Arias y María Paola Jiménez Villamizar se identifica y analiza el uso de estrategias de afrontamiento en pacientes con VIH y cáncer dentro de una clínica privada de la ciudad de Santa Marta, Colombia, para mejorar el proceso de adaptación a la enfermedad, logrando modificar esquemas y comportamientos en relación a su

salud, además de promover conductas saludables y actitudes de autocuidado en estos pacientes. Se realizó un estudio metodológico transversal, con una muestra de carácter aleatorio simple de 30 pacientes en total, de los cuales 22 eran portadores del VIH y 8 eran pacientes con Cáncer., encontrando como resultado que los pacientes con VIH al igual que los de cáncer, no cuentan con la capacidad para afrontar la situación adversa que presenta. (Ceballos, Echeverri, & Jiménez, 2014)

Teniendo en cuenta los resultados evidenciados se concluye que es necesario establecer un programa de entrenamiento para el uso adecuado de estrategias de afrontamiento, construido con el apoyo de las diversas áreas de intervención en las que se divide la clínica implementando actividades que permitan al usuario y sus familiares, una mejor atención a sus interrogantes con relación a su cuadro clínico o procedimientos quirúrgicos de naturaleza ambulatoria u hospitalaria, capacitando un refuerzo del proceso psicoeducativo que se realiza con base al manejo de diagnóstico, adherencia al tratamiento, manejo de emociones negativas como ansiedad, tristeza, estrés, ira, intervención en crisis, entre otras. (Ceballos, Echeverri, & Jiménez, 2014)

Otra de las investigaciones encontradas fue la realizada Ana Milena Gaviria, Japcy Margarita Quiceno, Stefano Vinaccia, Luz Adriana Martínez, Martha Cecilia Otálvaro y se denominó *Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/SIDA* publicado en el 2014 por la revista Scielo, el objetivo de este estudio fue evaluar las estrategias afrontamiento y la ansiedad-depresión en 92 pacientes de ambos géneros diagnosticados con VIH/SIDA en tratamiento antirretroviral de la ciudad de Medellín, Colombia. La investigación tuvo como diseño un estudio descriptivo transversal correlacional mediante encuesta, para medir las estrategias de afrontamiento se utilizó la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) de 98 ítems y la ansiedad-depresión se midió a través de los cuestionarios de Zung (SAS y SDS). (Gaviria, Quiceno, Vinaccia, Martínez, & Otálvaro, 2009)

Entre los principales resultados se evidenciaron muy bajos niveles de ansiedad y depresión y alto uso de estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo (focalizadas en el problema), de

búsqueda de apoyo en la religión y profesionales de la salud, alto empleo de la estrategia de control emocional y muy bajo uso de la estrategia de reacción agresiva. En conclusión, las estrategias focalizadas en la cognición como búsqueda de alternativas, refrenar afrontamiento, reevaluación positiva e incluso la religión y búsqueda de apoyo profesional que son fundamentales para encontrar soluciones a nivel cognitivo ante los síntomas físicos y reacciones emociones tuvieron más relevancia en los pacientes con VIH/SIDA. (Gaviria, Quiceno, Vinaccia, Martínez, & Otálvaro, 2009)

Otras de las investigaciones pertinentes para el estado del arte es la realizada por Ana Paola Fonseca; titulada *Representaciones Sociales Del VIH/SIDA En Jóvenes con y Sin VIH en La Ciudad de Bogotá D.C*, esta investigación, de corte cualitativo-interpretativo tuvo como objetivo describir las representaciones sociales acerca del VIH/SIDA de dos grupos de jóvenes con y sin VIH en la ciudad de Bogotá. La investigación se basó en los postulados teóricos de Moscovici y en una mirada procesual de las representaciones sociales acerca de los pacientes con VIH/SIDA; los participantes fueron jóvenes, hombres y mujeres entre los 18 y 27 años con quienes se aplicó un diseño multimetodológico que incluyó redes de asociaciones, entrevistas en profundidad y ejercicios de contrastación de imágenes. (Fonseca, 2009)

Los resultados plantearon la presencia de núcleos figurativos diferenciales para los dos grupos en función de la condición de salud, y que se caracterizaron por la confluencia dinámica de dos sistemas de conocimiento: el del saber científico y el de las normas morales en torno a la sexualidad. Los resultados fueron discutidos a la luz de su relación con el conocimiento científico, la construcción de procesos de estigma y discriminación, y los significados propios de los jóvenes con VIH acerca de su enfermedad, concluyendo que la naturaleza dinámica de las construcciones sociales del VIH/SIDA y la necesidad de incorporar una mirada comprensiva de los significados de los jóvenes en el diseño de estrategias de prevención y en los programas orientados a la atención y apoyo de las personas con VIH dan un acercamiento importante a la modificación de estas representaciones sociales. (Fonseca, 2009)

Finalmente se menciona la investigación titulada *Esquemas maladaptativos y estrategias de afrontamiento en sujetos diagnosticados con VIH* desarrollada por Ana María Restrepo Muñoz en 2014, este estudio se llevó a cabo con el fin de realizar un acercamiento a los esquemas maladaptativos y las estrategias de afrontamiento más frecuentes en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (VIH), dado que se ha evidenciado que la forma en que se procesa la información acerca del diagnóstico de VIH puede favorecer o interferir negativamente en la salud y en la adherencia al tratamiento. Se diseñó el estudio según una metodología cuantitativa evaluando los esquemas maladaptativos y las estrategias de afrontamiento en 31 sujetos diagnosticados con VIH de Medellín. Para esto se utilizó la escala de estrategias de afrontamiento y de esquemas maladaptativos tempranos validados para la población colombiana. (Restrepo, 2014)

En los resultados de la investigación se evidenció que existe relación entre algunas estrategias de afrontamiento y algunos esquemas maladaptativos tales como el esquema mal adaptativo de límites insuficientes con reevaluación positiva, abandono con religión, límites insuficientes con evitación emocional, estas relaciones son coherentes con la teoría cognitiva. Se concluyó que el esquema mal adaptativo es el eje central del procesamiento de la información y a partir de este se pueden utilizar determinadas estrategias con el fin de afrontar las situaciones estresantes, como en el caso de tener un diagnóstico de VIH/SIDA (Restrepo, 2014)

Estas nueve investigaciones consultadas a nivel nacional e internacional dan una muestra de diferentes perspectivas acerca del estudio del VIH/SIDA en varios tipos de población generando un acercamiento metodológico y teórico con la temática, sus afectaciones, actitudes, pensamientos y conductas, así como la orientación de las guías de apoyo psicológico y redes de apoyo social para esta población, permitiendo una mayor comprensión del problema de investigación que guía el desarrollo del presente estudio.

## **Marco Teórico.**

En este apartado se consignan los conceptos teóricos pertinentes para el desarrollo del presente estudio de investigación, abordando generalidades acerca del Virus de Inmunodeficiencia Humana, incluyendo síntomas, causas, estadísticas, efectos y características de la enfermedad, impacto psicológico y atención integral, seguidamente se conceptualiza el afrontamiento como eje central del estudio investigativo, definiendo tipos de estilos y estrategias de afrontamiento, para relacionarlos con la enfermedad por VIH/SIDA.

### **Capítulo I. Virus De Inmunodeficiencia Humana y su Historia**

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un tipo de microorganismo que infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función, conduciendo a un deterioro progresivo del sistema inmunitario, y posterior estado de "inmunodeficiencia", es decir aquel punto en que el sistema inmunitario se vuelve deficiente en cuanto al cumplimiento de su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia infecciones oportunistas o algunos tipos de cáncer relacionados con el estado de inmunodeficiencia en que el cuerpo se encuentra. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2016)

#### **Historia del VIH/SIDA**

A través de la historia, las enfermedades infecciosas han desempeñado un papel importante en el bienestar de las naciones, comprometiendo el estado de salud de la población y siendo causantes de gran número de fallecimientos, aunque algunas de estas han desaparecido, en otras

los agentes causales han mutado y así han surgido nuevas enfermedades. Cada etapa de la historia evolutiva de la humanidad se ha caracterizado por la presencia de epidemias de enfermedades infecciosas letales, que generan gran impacto en la sociedad de tal época, en la edad antigua fue la Lepra una de estas enfermedades que cobro la vida de millones de personas, en la edad media fue la Peste Negra y actualmente, en el siglo XXI, el SIDA, surgido a finales de la década de 1970, se muestra como una de las principales enfermedades de tipo infeccioso que han tomado la magnitud de pandemia. (Miranda & Nápoles, 2009)

Durante el comienzo de la epidemia empezaron a detectarse casos esporádicos de una rara enfermedad, todos ellos con un denominador común, infección por *Candida albicans* en la boca y el esófago, acompañada de erupciones cutáneas en distintas partes del cuerpo que correspondían a una forma agresiva de sarcoma de Kaposi, neumonía por *pneumocystis carinii* y en algunos casos, daños neurológicos y una supresión del sistema inmunitario inexplicable, presentándose casos lugares tan distantes como Portugal, Haití, Francia y Estados Unidos, aunque no se tuvieron en cuenta en principio estas similitudes entre dichos casos. (Miranda & Nápoles, 2009)

Para el año de 1981 fue la primera vez que se habló oficialmente de la enfermedad cuando Gottlieb, Siegal y Masur, de la Facultad de Medicina de la Universidad de California, publicaron en el reporte semanal de morbilidad y mortalidad del Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta, en este informe se relataban 5 casos de jóvenes homosexuales estudiados en 3 hospitales diferentes de Los Ángeles, que presentaban neumonía por *Pneumocystis carinii*, el sistema inmunológico de estos jóvenes estaba debilitado o casi desaparecido y no había ninguna razón que lo justificara puesto que no se frecuentaban entre ellos, no tenían amigos comunes y no tenían conocimiento de enfermedades similares entre sus compañeros sexuales. (Miranda & Nápoles, 2009)

Se realizó una recopilación de los casos diagnosticados desde 1978 a julio de 1981 en varones homosexuales de California y Nueva York por parte del doctor Spira, quien reveló la cifra de 15 casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* y 26 casos de sarcoma de Kaposi; algunos

pacientes presentaban linfadenopatía generalizada precediendo el desarrollo de estas manifestaciones infecciosas. Otras enfermedades comenzaron a aparecer de forma inexplicable, linfadenopatía crónica y linfoma no hodkiniano indiferenciado y difuso, todos los casos descritos presentaban una característica común que era un importante deterioro del sistema inmunitario, ante estos casos se produjo una alarma en los médicos e investigadores debido a que los afectados estaban aparentemente sanos y sin ninguna enfermedad de base. (Miranda & Nápoles, 2009)

A partir de estas primeras referencias, en los Estados Unidos se comenzaron a reportar, con una frecuencia cada vez mayor, casos de similar naturaleza, implantándose un sistema de vigilancia en el país para la detección de nuevos casos y en septiembre de 1982 se establece por el Centro de Control de Enfermedades los criterios diagnósticos y la definición de la enfermedad, pues existía el convencimiento de que se trataba de una nueva enfermedad. El hecho de que hubieran sido hombres homosexuales los primeros casos reportados de la enfermedad en los Estados Unidos, a pesar de que ya se habían identificado casos entre mujeres, niños y la población heterosexual, llevó a pensar que el estilo de vida homosexual se relacionaba directamente con la enfermedad. (Miranda & Nápoles, 2009)

Las investigaciones pioneras en esta temática realizadas por el doctor Segal describen que existen pruebas, cuando menos circunstanciales, para completar la pesadilla ideada por el doctor McArthur. Pese a que para el año 1975, la Sección de Virus del Centro de Investigación sobre Armamento Biológico de Fort Detrick, Maryland (EE.UU.) pasó a denominarse Centro Frederick de Investigación sobre el Cáncer, siendo dependiente del Instituto Nacional del Cáncer, organismo que, junto al Centro de Control y Prevención de Enfermedades, tuvo un notable protagonismo en el desarrollo del arsenal biológico estadounidense. (Miranda & Nápoles, 2009)

Existen evidencias de que durante la primera mitad de la década de 1970, el doctor Gallo estuvo trabajando para la CIA en el marco de un proyecto secreto denominado MKNAOMI relativo al desarrollo de armas biológicas, muy similares a lo que hoy conocemos como el SIDA o el Ébola. Durante la etapa en que este programa estuvo en funcionamiento, arreció

la incidencia de ciertos microorganismos infecciosos como la *Escherichia Coli*, los meningococos, así como de nuevos virus como el Ébola, el Hanta y la Hepatitis C entre otros, también se verificaron aumentos en la mortalidad asociadas a cánceres de los tejidos blandos como el de próstata, el de mama o los linfomas; todos ellos comúnmente achacados a la exposición a contaminantes químicos y ambientales o a la acción de toxinas de origen artificial. (Miranda & Nápoles, 2009)

El hecho de que pacientes enfermos del SIDA compartieran varias características tales como la edad, raza, ciudad de residencia y tendencia sexual hizo pensar que se tratara de un mismo agente infeccioso capaz de producir la enfermedad, sin embargo se llegó a sospechar la posible existencia de un indeterminado período durante el cual la persona infectada por el supuesto agente causal careciera de síntomas antes de desarrollar la enfermedad, lo que a su vez supondría que el número de individuos capaces de transmitir el agente era mucho mayor que el número de casos descritos por el Centro de Control de Enfermedades. (Miranda & Nápoles, 2009)

La evidencia epidemiológica apuntaba hacia un agente infeccioso que se transmitía a través de determinados fluidos corporales, incluidos la sangre y los hemoderivados, así se podía empezar a constatar que la transmisión homosexual, en comparación con la heterosexual, variaba de un país a otro. Varios expertos en Salud Pública llegaron a la conclusión de que dicho comportamiento solo podía explicarse si el SIDA era originado por un agente infeccioso transmisible a la manera del virus de la hepatitis B por medios como el contacto sexual, por inoculación de sangre o de hemoderivados y de la madre infectada a su hijo, así a finales de 1982 muchos investigadores estaban ya convencidos de que el SIDA era producido por un agente que se encontrase en la sangre y el semen, y cuya acción provocase la pérdida de células T4. (Miranda & Nápoles, 2009)

Inicialmente se pensó que el causante de la enfermedad podría ser un retrovirus por dos razones, primero que todo porque el único agente conocido hasta el momento capaz de infectar células T, era un retrovirus que se transmitía a través de contactos sexuales y sanguíneos y porque el retrovirus conocido como «Virus de la Leucemia Felina» podía ocasionar inmunodepresión. Por

lo tanto el 3 de enero de 1983, en el hospital parisino de La Pitié, el grupo del profesor Rozenbaum y el doctor Françoise Brun-Vezinet, le extirparon un ganglio cervical a un paciente homosexual de 33 años de edad, del que se sospechaba estuviera enfermo del SIDA. (Miranda & Nápoles, 2009)

El profesor Luc Montagnier, del Instituto Pasteur, examinó la biopsia del ganglio, separando los linfocitos T de este tejido y preparando un cultivo con IL-2 y con anticuerpos contra interferón, quince días después, el doctor Barré-Sinoussi detectó indicios de la enzima transcriptasa reversa en el sobrenadante de los cultivos, lo cual señalaba la presencia de un retrovirus. Simultáneamente el doctor Charles Dagué, obtuvo la imagen de un nuevo virus sirviéndose de un microscopio electrónico, la fotografía es tomada de la misma muestra extirpada al joven francés, la serie de experimentos que siguieron realizándose, los cultivos se expusieron a anticuerpos contra el retrovirus HTLV-I descubierto por el doctor Robert Gallo, exponiéndolo a microscopía electrónica, al final los resultados revelaron que se trataba de un virus diferente a los virus linfotrópicos de células T hasta ese tiempo descritos. (Meneses, 2001; citado por Miranda & Nápoles, 2009).

En mayo de 1983, la revista *Science* publicó el descubrimiento del profesor Montagnier, quien informó del aislamiento del virus del SIDA, denominándolo en ese momento como virus asociado a linfadenopatías o LAV (Lymphadenopathy Associated Virus). En el artículo se señala que el paciente aún no poseía los signos característicos del SIDA, aunque no se dio el suficiente reconocimiento al hallazgo hasta que en abril de 1984, la entonces Secretaria de Salud de los Estados Unidos, Margaret Heckler, anuncia que el profesor Robert Gallo ha descubierto el virus del SIDA, descrito como un tipo de agente de la misma familia del HTLV-I, denominándolo entonces HTLV-III. Estos resultados fueron publicados en cuatro artículos de la revista *Science* en mayo de ese mismo año. (López & Alfonso, 2003; citados por Miranda & Nápoles, 2009).

A partir de ese momento se desata una polémica entre Francia y Estados Unidos a raíz de la paternidad del descubrimiento, puesto que se produjeron implicaciones económicas a causa de

su descubrimiento y los derechos que el hallazgo generaba conduciendo a una reunión entre el presidente norteamericano Ronald Reagan y el primer ministro francés Jacques Chirac, definiéndose una doble paternidad a Gallo y Montagnier, como descubridores del virus una vez que el inglés Robert Weiss demostró que el LAV y el HTLV-III aislados por ambos doctores eran el mismo y único virus. (Miranda & Nápoles, 2009)

### **Fases y Sintomatología**

La infección por VIH/SIDA comprende diferentes fases del virus, con señales, sintomatología y características propias que las diferencian entre sí, estableciéndose tres fases principales que serán descritas a continuación

La primera etapa se define como la infección aguda, es decir la etapa más temprana de infección por ese virus que por lo general, se manifiesta en un lapso de 2 a 4 semanas después de que la persona ha contraído esa infección. Durante esta fase, algunas personas tienen síntomas similares a los de la influenza o gripe, como fiebre, dolor de cabeza y erupción cutánea, en esta fase, el VIH se reproduce rápidamente y se propaga por todo el cuerpo atacando y destruyendo una clase de glóbulos blancos llamada células CD4 o linfocitos CD4 del sistema inmunitario que luchan contra la infección, aunque el VIH se puede transmitir durante cualquier fase de infección, el riesgo es mayor durante la fase aguda. (InfoSIDA, 2016)

Posteriormente se da una etapa de infección crónica por el VIH, también llamada infección asintomática por el VIH o fase de latencia clínica, en esta fase de la enfermedad, el VIH sigue reproduciéndose en el cuerpo pero en concentraciones muy bajas. Aunque personas con infección crónica por el VIH no tienen ningún síntoma relacionado con la misma, pueden propagar el virus a otras; sin tratamiento con medicamentos contra el VIH, la infección crónica suele evolucionar a SIDA en 10 años o más, aunque ese período puede ser menor en algunas personas. (InfoSIDA, 2016)

La fase final de la infección por el VIH es la denominada SIDA, en esta etapa el virus ha destruido el sistema inmunitario, el cuerpo no puede luchar contra las infecciones oportunistas y el cáncer. Las infecciones oportunistas son infecciones y tipos de cáncer relacionados con infecciones que se presentan con más frecuencia o que son más graves en las personas con inmunodeficiencia que en las personas con un sistema inmunitario sano, las personas con el VIH son diagnosticadas con SIDA cuando tienen un recuento de linfocitos o células CD4 de menos de  $200/\text{mm}^3$ , presentan una o más infecciones oportunistas, o ambas cosas. Sin tratamiento, por lo general, las personas con SIDA sobreviven unos 3 años. (InfoSIDA, 2016)

Actualmente se conoce la existencia de dos Virus de la Inmunodeficiencia Humana, cada uno con una distribución territorial sui generis, pero comparten gran similitud en cuanto a los aspectos clínicos y epidemiológicos. Mientras el VIH-1 se extiende por América, África Central y Europa, presentando una mayor virulencia, el VIH-2 es endémico en África Occidental, con difusión relativamente rara en Europa y Brasil. La infección por el VIH en la actualidad se considera incurable, aunque existen medicamentos antirretrovirales que son capaces de contener dicha infección; en los países desarrollados, los infectados pueden llevar una vida totalmente normal, como un enfermo crónico, sin desarrollar un cuadro de SIDA gracias al tratamiento, sin embargo, en otras partes del mundo, donde no están disponibles estos medicamentos, los infectados desarrollan el SIDA y mueren pocos años después de haber sido diagnosticados. (InfoSIDA, 2016)

### **Formas de Transmisión**

Se describen cinco formas principales de transmisión del VIH, a saberse el contacto sexual, la transmisión perinatal, la transfusión sanguínea por exposición a sangre o hemoderivados, accidentes laborales biológicos y uso compartido de jeringas por usuarios de drogas intravenosas (UDI).

La primera forma de transmisión considerada la de mayor magnitud es el contacto sexual, que es aún la principal forma de contagio en el mundo en lugares como África, el Caribe y Sur América, dándose especialmente en que mantienen relaciones heterosexuales, mientras que en

Europa y Norteamérica la transmisión sigue siendo mayor en hombres homosexuales. En el año 2009 en Colombia, de los 44.053 casos (61.6%) en que se reportó el mecanismo probable de transmisión, el 63% corresponde al comportamiento heterosexual, el 34% a homosexual y bisexual. (Álvarez, Acevedo, & González, 2012)

Dentro de los tipos de contacto sexual, el sexo anal receptivo es considerado el que presenta el mayor riesgo de transmisión, correspondiendo al 0,3%, su alta prevalencia se debe a la mayor fragilidad de la mucosa anal, generando inoculación directa del virus al torrente sanguíneo secundario al trauma de la mucosa anal que es generado durante la relación sexual; también el sexo vaginal receptivo presenta informes que muestran un riesgo de 0,2% y el sexo oral se considera con bajo riesgo de transmisión siendo poco probable que a través de ésta vía pueda generarse el contagio del VIH. (Álvarez, Acevedo, & González, 2012)

Otra de las formas de adquisición del virus es la transmisión perinatal que ha aumentado año tras año, señalando que en 1988 el porcentaje de mujeres con SIDA era del 8% del total de infectados, mientras que en el 2006 aumento al 26% y en el 2009 llego al 47% casi igualando a la de los hombres. Se puede hablar de un fenómeno de feminización de la epidemia que causa un aumento significativo de aproximadamente 420.000 niños infectados por el VIH cada año especialmente en África Sub-sahariana, esta forma de transmisión puede ocurrir durante el embarazo, en el momento del parto y durante el proceso de lactancia. (Álvarez, Acevedo, & González, 2012)

Continuando, se menciona la transfusión sanguínea por exposición a sangre o hemoderivados como otra de las formas de transmisión del VIH, estimándose un riesgo actual de transmisión por este medio entre 1 en 200.000 y 1 en 2'000.000 por unidad transfundida, debido a la imposibilidad de detectar el RNA del VIH en las primeras dos semanas, en el periodo de ventana inmunológica, Aproximadamente el 2% de los adultos y el 11% de los niños en EE.UU y el 1% de adultos en España del total de infectados han adquirido el VIH a través de transfusiones, siendo un método de transmisión cada vez menor pues las transfusiones con el paso de los años se han hecho más seguras extremando las precauciones al adoptar medidas preventivas estrictas en los bancos de sangre para evitar la transmisión por esta vía, aunque en algunos países en vía de

desarrollo aun es escasa la implementación de políticas nacionales de transfusión que prevengan este medio de transmisión. (Álvarez, Acevedo, & González, 2012)

Otra de las formas de transmisión del VIH son los accidentes laborales biológicos, que se dan en trabajadores de la salud a través del contacto con material corto-punzante proveniente de pacientes infectados con el VIH, adquiriendo la infección por medio de cortadas o heridas con material contaminado, con formas principales de contagio como heridas percutáneas, contacto de material biológico infectado con mucosas y piel expuesta; el riesgo promedio de seroconversión luego de una herida percutánea a través de una aguja con sangre infectada con VIH es del 0,8% y el riesgo de transmisión por contacto de fluidos con mucosas o con piel discontinua es del 0,09%. (Álvarez, Acevedo, & González, 2012)

La última de las formas de transmisión que mencionan (Álvarez, Acevedo, & González, 2012) es el uso compartido de jeringas por usuarios de drogas intravenosas (UDI), siendo uno de los mayores factores de riesgo desde el inicio de la epidemia del VIH/SIDA, aunque en los últimos años ha cobrado más importancia, puesto que en al menos 20 países incluyendo a Rusia, Ucrania, Italia, Países Bajos, Portugal, España, India, China, Argentina, Brasil, Uruguay, Puerto Rico, Estados Unidos, y Canadá se han reportado tasas de prevalencias de VIH mayores al 20% en usuarios de drogas intravenosas, así entonces el intercambio de jeringas y agujas es una práctica muy común en este sector de la población, principalmente en personas jóvenes, especialmente de sexo masculino.

### **Situación General del VIH en Colombia**

La situación del VIH/SIDA en Colombia ubica al país en el cuarto lugar de prevalencia entre los países continentales de América Latina, según el número total de casos reportados de infección por el VIH/SIDA. El primer caso de SIDA registrado, fue diagnosticado en la ciudad de Cartagena de Indias en 1983, correspondiendo a una mujer, trabajadora sexual, hasta 1986 el Ministerio de Salud nacional implementó el sistema de notificación y vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, desde entonces, la Ficha Única de Notificación ha sido revisada y modificada en varias ocasiones, tratando de mejorar su diligenciamiento y utilidad como fuente de información

de las variables de mayor importancia para el análisis a nivel nacional. (Figueroa, 2004)

En algunos departamentos, como en el caso de Antioquia, la ficha regional incluye un mayor número de variables que la ficha nacional, lo cual facilita un análisis más detallado de las características epidemiológicas regionales, aun así durante la primera década de la epidemia en Colombia, la caracterización de su comportamiento fue dada por el predominio marcado de la transmisión homosexual, sin embargo a partir de los años noventa, se comenzó a evidenciar un cambio notorio en el comportamiento de la epidemia, observándose una transición gradual hacia el predominio de la transmisión heterosexual. (Figueroa, 2004)

Sin embargo en el interior del país, particularmente en la región andina, sigue predominando la transmisión homo-bisexual, aunque las grandes diferencias en la relación de infección heterosexual observadas a mediados de la década de los ochenta, han disminuido progresivamente. En las regiones centro-occidente y en la ciudad de Bogotá, los hombres que tienen sexo con hombre representaron entre el 40% y el 50% de las infecciones registradas entre 1990 y 1994, viéndose una proporción de transmisión heterosexual de 28:1 y una proporción de 9:1 para la transmisión homosexual en el año 1994. (Figueroa, 2004)

Por el contrario, en regiones del norte del país como la Costa Atlántica y Norte de Santander, el contacto heterosexual es la forma de transmisión predominante, situación que se ha evidenciado desde comienzos de la década de 1990 dándose un aumento en el número de nuevas infecciones en mujeres jóvenes en comparación a hombres de la misma edad. Se reporta que el número total de eventos registrados correspondientes a casos de transmisión sanguínea del VIH, representan el 0.5% de todos los eventos notificados a nivel nacional, la transmisión transfusional aporta el 84% de los casos acumulados de transmisión por vía sanguínea. Aunque ha sido evidente la mejoría de las acciones de control en bancos de sangre y unidades de transfusión, entre 1995 y 1998 aún fueron registrados 26 casos de transmisión transfusional, gran parte de los cuales pueden corresponder a infecciones ocurridas años atrás. (Figueroa, 2004)

El más alto nivel de transmisión de VIH/SIDA por vía sanguínea se registró en 1994, año en el que se notificaron 17 casos, que obligaron al Ministerio de Salud y al Instituto Nacional

de Salud a realizar investigaciones para buscar la causa del aumento de las transmisiones por este medio, obteniendo resultados contradictorios en el proceso; para estimaciones de la Asociación Colombiana de Infectología con base en estadísticas del Ministerio de Salud se expone que en el país se han detectado desde 1985 hasta Junio del 2002, 26.657 casos de personas viviendo con VIH/SIDA. (Figueroa, 2004)

### **Prevalencia del Virus en Colombia**

Actualmente la epidemia del VIH/SIDA en Colombia es una de las enfermedades más complicadas y de difícil tratamiento, siendo llamada en ocasiones como la muerte negra del siglo XXI, pues a pesar de las campañas de prevención a nivel mundial, el índice de contagio sigue siendo alto. Los primeros casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida reportados en Colombia se remiten a 1983 en el caso de una joven con antecedentes de prostitución internacional itinerante, que había regresado de los Estados Unidos en estado terminal, muriendo poco tiempo después, para la época surgió un patrón de casos similares que afectaba sobre todo a hombres acostumbrados a mantener sexo con hombres. (Mejia, 2012)

La Organización Mundial de la Salud, establece que la epidemia de VIH es concentrada, cuando la prevalencia es altamente mayor en poblaciones con factores de vulnerabilidad como hombres que se relacionan sexualmente con hombres, usuarios de drogas intravenosas o trabajadores sexuales. Dentro de esta clasificación se ha ubicado a Colombia, y en general a Latinoamérica como territorios en que se mantiene concentrada la epidemia en poblaciones de mayor vulnerabilidad, en particular en hombres que se relacionan sexualmente con hombres (y en mujeres trabajadoras sexuales. A pesar del subregistro y el retardo en la notificación, dentro de los casos reportados existe una proporción creciente de mujeres infectadas, calculandose para la población general una prevalencia de 0,22% (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2012)

Diferentes estudios demográficos muestran una prevalencia de VIH/SIDA en hombres que se relacionan sexualmente con hombres en varias ciudades, en el caso de Barranquilla: 13.6%; Cartagena: 10.0%; Medellín: 9.1%; Pereira 5.6%; Bogotá: 15.0%; Cali: 24.1% y Cúcuta: 10.9%; usuarios de drogas inyectables se encontraron prevalencias mayores al 1% en las ciudades de Pereira: 1,9%; y Medellín: 3,8%; en mujeres trabajadoras sexuales se vieron prevalencias superiores al promedio nacional en Medellín: 1.19% ; Cali 1.67%, Bucaramanga: 3.82% y Barranquilla: 4.54%, se alcanzaron prevalencias superiores al promedio nacional que se estimó para el año 2010 en 0.57%, con 144.290 casos de infección para la población entre 15 y 49 años de edad. Con la última estimación realizada el 30 de marzo de 2012, la prevalencia para el año 2011 se estimó en 0,52% con una población de 129.630 personas infectadas en las edades de 15 a 49 años, viéndose una leve disminución de su prevalencia en miras al interés mundial por mantener debajo de 1% la prevalencia de VIH/SIDA en población entre 15 y 49 años. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2012)

El sistema de vigilancia epidemiológica (SIVIGILA) ha reportado desde 1983 hasta el 31 de diciembre de 2011 un total de 86.990 casos de infección por VIH, casos en estadio de sida y fallecidos, notificando 7.991 personas fallecidas a causa del VIH/SIDA, de los cuales 5.685 fueron hombres (71,1%) y 2.306 mujeres (28,9%). De estos casos, el 97,7% corresponde a transmisión sexual, el grupo poblacional más afectado, fue el grupo de 25 a 29 años con 1.437 personas reportadas lo que equivale al 17.98% del total, seguido muy de cerca con 1.315 registros para las personas entre 30 a 34 años de edad (16.46%). (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2012)

Estas cifras revelan que la epidemia de VIH/SIDA en Colombia, afecta mayoritariamente a la población sexualmente activa, de modo que el 76.4% de los casos notificados en el año 2011 equivalentes a 6.129 casos, se encuentran en el grupo de 15 a 44 años de edad. Por otra parte, es necesario resaltar que, en los últimos años, se evidencia un incremento de casos en personas de 45 y más años con el 21,5% de la participación equivalente a 1.722 casos; igualmente, sobre los casos reportados con edad, se puede afirmar que el 3,09%, 247 casos son menores de 18 años y 1.7%, 136 casos son menores de 15 años. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2012)

La tasa de mortalidad por SIDA en el país en el año 2011 según el DANE fue de 4,53 por 100.000 habitantes correspondiente a 2.088 casos y la mortalidad en los hombres de 7 por cada 100.000 habitantes y en las mujeres 2,10 por 100.000 habitantes; es así que, los departamentos que presentaron mayor tasa de mortalidad por SIDA fueron Quindío con 15,56, Risaralda con 8,6 y Valle del Cauca con 7,9 por 100.000 habitantes, viéndose una mayor prevalencia en el sexo masculino respecto al femenino en todos los departamentos del país. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2012)

En el año 2010 como parte de la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH se tamizaron 553.528 gestantes alcanzando una cobertura del 60% respecto a las 928.306 gestantes estimadas, en el año 2011 se tamizaron 607.682 gestantes, alcanzando una cobertura del 66% con respecto a las 915.835 gestantes estimadas; no obstante, estas cifras pueden deberse más a fallas en el reporte de los exámenes realizados que a una real falta de acceso a la prueba. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud para 2010, el porcentaje de mujeres gestantes a quienes se les ofreció y aceptaron hacerse la prueba de VIH durante atención prenatal fue del 83.5%. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2012)

De las gestantes tamizadas para el año 2011, 554 fueron diagnosticadas con VIH, estableciéndose un porcentaje de seropositividad de 0,09% para esta población, 106 de ellas tenían un diagnóstico previo, para un total de 660 gestantes con VIH atendidas por la estrategia de salud, que incluye tamizaje, diagnóstico, tratamiento antirretroviral ante-parto e intra-parto. Según las metas planteadas para el Objetivo del Milenio 6 que corresponde a combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, la meta el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH se debe reducir al 2% o menos, proponiéndose una línea de base del porcentaje de transmisión materno infantil para el año 2008 del 5,8% que para el año 2009 disminuyó al 4.9%. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2012).

## **Atención Psicológica para Pacientes Diagnosticados con VIH**

La psicología clínica está orientada a la disminución y eliminación de sintomatología negativa y el mejoramiento de la calidad de vida del individuo, en el caso del VIH el abordaje frente a los efectos de la enfermedad en sus pacientes como lo son los momentos críticos de estrés agudo, son una medida de contención vital que abarca una serie de actos, expresiones y conductas dirigidas a proveer a la persona de un marco de referencia en donde pueda sentirse protegida, comprendida y atendida en sus temores y angustias; este proceso de atención tiene el objetivo principal de organizar la intervención de los primeros auxilios psicológicos ofreciendo directrices de actuación que faciliten el trabajo del profesional en este ámbito, por medio de un acercamiento individualizado que permita ajustar su atención a las necesidades y circunstancias de cada persona. (Avelar, Cornejo, & Torres, 2011)

Por lo tanto se diseñan diferentes estrategias para proveer este tipo de apoyo y asesoramiento a pacientes afectados por el VIH/SIDA, comenzando por los grupos de apoyo que son herramientas necesarias en el proceso de la atención, tanto para pacientes como para sus allegados, incluyendo a pareja, amigos, miembros de la familia de origen y de la familia extensa, estos grupos de apoyo creando un espacio de contención y reflexión, para compartir temores, dudas, dificultades, hallazgos, sentimientos y experiencias. Esta modalidad de apoyo abre el espectro de posibilidades sociales, siendo esta una de las áreas de mayor pérdida para los pacientes afectados, así el hecho de escuchar a otras personas que están viviendo situaciones similares, permite tener otras referencias y aprender de la experiencia de ellos. (Arias, 2014)

El trabajo con grupos abiertos que permiten la inclusión de nuevos participantes es favorable como técnica de apoyo para las personas portadoras de VIH/SIDA, la única condición para pertenecer a estos grupos de apoyo es no estar descompensados psiquiátricamente y en caso de ser una persona con adicción a drogas, estar participando en un programa de rehabilitación o abstenerse de presentarse bajo el efecto de drogas durante la actividad. Estos encuentros grupales pueden tener sesiones de una hora y media semanal o pueden ajustarse al horario de los

participantes, una de las reglas es reportarse con algún compañero/a, en caso de que algún miembro se retire o no asista al encuentro para evitar la angustia que esto pueda generar en el grupo. (Arias, 2014)

Cuando se conforma el grupo de apoyo se buscan temas de conversación a través de los cuales sus integrantes compartan experiencias en común, descubran y digan cosas que no podrían comentar de otra manera, resaltando que conversar con otras personas que comparten su situación puede reducir su situación de aislamiento y proporcionar un sentimiento de comunidad. Se ha reportado que quienes hacen parte de los grupos de apoyo expresan que asistir a estas sesiones les proporciona una sensación de alivio a sus problemas personales y una sensación de esperanza, también les agrada la idea de pensar que pueden estar ayudando a otros en su grupo, reportándose también que algunas personas se refugian en la religión dentro del cual el diagnóstico parece menos amenazador. (Arias, 2014)

Otra modalidad de atención que es importante para el apoyo psicológico a los pacientes con VIH/SIDA es la intervención en crisis, es decir el proceso que sirve para ayudar a una persona, familia o grupo, a aceptar un hecho traumático, minimizando la probabilidad de que surjan efectos debilitantes como estigmas emocionales o daño físico a la vez que aumentan la probabilidad de crecimiento personal mediante el desarrollo de nuevas habilidades, perspectivas y opciones de vida. Este es el primer nivel de intervención y es iniciada inmediatamente después del incidente crítico y continúa por dos o tres días, su objetivo principal es restablecer en la persona su capacidad de enfrentamiento inmediato a través del suministro de un apoyo adecuado, la reducción de la mortalidad y la disposición de redes de enlace o recursos de ayuda, de manera que pueda recuperar el nivel de funcionamiento que tenía antes del incidente que precipitó la crisis; es decir, ayudarle a que tome las medidas concretas hacia el enfrentamiento de las crisis, medidas que incluyen el manejo de sentimientos o componentes subjetivos de la situación y el inicio del proceso de solución de problemas. (Arias, 2014)

De acuerdo a lo anteriormente mencionado el apoyo y atención psicológica desde el área clínica para personas portadora de VIH es de vital importancia como estrategia para el mejoramiento de la calidad de vida de la persona y el afrontamiento de las situaciones problemáticas, motivando a realizar cambios positivos en sus vida. Es parte del objetivo del grupo ayudar a que se forme una red de apoyo, de modo tal que si algún participante está mal, ya sea porque fue internado o en el caso de los allegados por haber sufrido la pérdida de su ser querido, el contar con un grupo que acompañe y se solidarice será muy importante para sobrellevar las dificultades, aplicando siempre que se requiera la intervención en crisis frente a situaciones de emergencia emocional para las personas. (Arias, 2014)

### **Proceso de Devolución del Diagnóstico.**

La entrega de la notificación del diagnóstico VIH positivo constituye un punto crucial en la ruta personal de los pacientes con el virus, los resultados del diagnóstico son dados por los médicos sin que exista generalmente un equipo multidisciplinario que integra a un psicólogo y un trabajador social, para que se atiendan otras dimensiones de la enfermedad. Frecuentemente el médico no está capacitado para entregar una noticia de tal magnitud para la vida de una persona, además en algunos lugares de Colombia y sobre todo por casos de personas conocidas o allegadas el proceso de notificación del diagnóstico se hace a través de la post consejería y generalmente es la enfermera o el médico quien la realiza. (Avelar, Cornejo, & Torres, 2011)

Por ende es necesario que el psicólogo realice el proceso de notificación a pacientes con resultados positivos para el virus ya que es el profesional adecuado para proporcionar herramientas y estrategias adecuadas que ayuden a sobrellevar con el virus y asumir el diagnóstico suministrado, encaminando al proceso de aceptación, además de brindar un soporte emocional que permita concienciar sobre el tratamiento médico y psicológico con el fin de evitar diseminar la infección y evitar la reinfección y así poder llevar una calidad de vida satisfactoria a pesar de la infección. (Avelar, Cornejo, & Torres, 2011)

### **Implicaciones Derivadas del Diagnóstico de VIH.**

Las reacciones ante el diagnóstico positivo del VIH se ven acompañadas por una serie de implicaciones, que no solo involucran a la persona diagnosticada con el virus sino que abarcan su contexto social, incluyendo el ámbito emocional, sexual y cognitivo de la persona. En primera instancia se encuentran las implicaciones sociales manifestadas en la tendencia del paciente a disminuir la interacción con otras personas, aislarse de los demás, incluso de su propia familia, ignorando a veces las reacciones que la sociedad expresa con relación al tema. (Avelar, Cornejo, & Torres, 2011)

En segunda instancia se encuentra las implicaciones emocionales que incluyen ansiedad, miedo, culpa y depresión; la ansiedad se manifiesta con un estado constante de alerta y malestar y se acompaña de reacciones físicas como sudoración, palpitaciones, tensión muscular, presión en el pecho, entre otras que son atribuidas erróneamente al diagnóstico seropositivo como efectos físicos directos de la enfermedad, generando la aparición de más signos de ansiedad. En cuanto al miedo este suele asociarse al temor de ser rechazado por los demás, lo cual puede resultar desesperanzador, la culpa generalmente se experimenta por la forma en que el individuo se juzga a sí mismo, sobre todo centrándose en sus prácticas sexuales, que puede incluir infidelidad, falta de protección, promiscuidad, homosexualidad a pesar de haber sido practicados de manera voluntaria genera culpabilidad debido a las opiniones de los demás al respecto o también por el hecho de pensar en la posibilidad de haber contagiado a alguien antes de saber el diagnóstico. (Avelar, Cornejo, & Torres, 2011)

En tercer lugar están las implicaciones sexuales, viéndose disminución de la actividad sexual debido a la concepción de que las relaciones sexuales originan vacío e insatisfacción emocional, o que su diagnóstico es un castigo por sus prácticas sexuales, por lo que se crea culpabilidad que lleva a detener el contacto sexual, aunque puede darse también por algunos trastornos funcionales como la impotencia, incluyendo el temor a contagiar a otras personas aunque se utilicen métodos de protección. (Avelar, Cornejo, & Torres, 2011)

Finalmente se encuentran con las implicaciones cognoscitivas que ocasionan reacciones ante la ansiedad y depresión y acompañan al diagnóstico tales como altos grados de distracción, deterioro de la memoria, mala concentración, alteración de la orientación y confusión general. Es así que los efectos de los trastornos del sistema nervioso originados por el VIH en la conducta se manifiestan por alteraciones afectivas que producen respuestas inadecuadas a crisis o acontecimientos médicos y sociales, trastornos de la personalidad que originan cambios de carácter no predecibles; síndromes como la demencia que incluyen defectos en el habla, falta de seguridad cognoscitiva creciente y estados de delirio. (Avelar, Cornejo, & Torres, 2011)

En conclusión se observa que son diversas las emociones y sentimientos que presentan las personas infectadas con el VIH al conocer su diagnóstico y afrontar los efectos físicos, psicológicos y sociales de la enfermedad, sin embargo entre las más comunes se destacan, sentimientos de ira, depresión, fatiga, temor y culpa, que no representan etapas de la enfermedad, ni siguen un orden establecido. En algunas personas sobresalen más algunos efectos, sintiéndolos con mayor intensidad, mientras que para otras les resultará menos intenso o quizás no experimenten alguno de ellos. Es así que según lo que afirma (Nettleton, 2014; citado por Avelar, Cornejo, & Torres, 2011), “cualquier enfermedad crónica impacta la vida cotidiana de los afectados tanto en sus relaciones sociales, como en el sentido de sí mismos constituyendo el inicio de un largo procedimiento de adaptación, que puede ser definido como una crisis.

## **Capítulo II. Estrategias de Afrontamiento**

El afrontamiento es definido como el proceso a través del cual un individuo hace frente a eventos estresores según sus recursos personales del individuo, en este sentido, (Lazarus y Folkman, 1986; citados en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2012), realizan una de las más celebres definiciones del concepto que han orientado los avances investigativos en el tema, describiendo al afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales que buscan dar respuesta favorable a demandas específicas externas o internas que son percibidas por una persona

como excedentes o desbordantes de sus recursos personales que conducen a situaciones amenazantes que producen altos niveles de estrés, mostrando cambios de acuerdo a cada situación

Teniendo en cuenta que estos esfuerzos son de orden cognitivo-conductual y evidencian cambios importantes según la situación estresora, (Lazarus y Folkman, 1986; citados en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2012) explican que el nivel de estrés percibido por cada situación y la forma de hacer frente a estas se expresa según variables como la valoración que la persona da a nivel cognitivo a la situación, es decir la búsqueda del significado que el suceso tiene para su vida personal; en segundo lugar el tipo de confrontación que da a la realidad una vez que ha realizado la interpretación de la misma, manejando las posibles consecuencias de cada una de las conductas ejecutadas; en tercer lugar el modo utilizado para regular aspectos emocionales en un intento de mantener el equilibrio afectivo.

Este proceso de valoración cognitiva que una persona realiza para hacer frente a una situación estresora tiene como finalidad evaluar las consecuencias negativas que la situación puede conllevarle a su bienestar, buscando reducirlas o eliminarlas, así mismo la persona identifica los elementos del entorno que son amenazantes, como tales variables son totalmente diferentes para cada caso, se emplean entonces estrategias cambiantes para facilitar la adaptación de la persona a cada situación, clasificando varios tipos de estrategias que pueden ser funcionales o disfuncionales para cada caso (Lazarus y Folkman, 1986; citados en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2012)

Antes de exponer algunas de las clasificaciones que se han formulado sobre las estrategias de afrontamiento es pertinente diferenciarlas de los estilos de afrontamiento, que son las predisposiciones relativamente estables que cada persona tiene en su estructura cognitiva para hacer frente a situaciones estresoras dando un enfoque de los recursos del individuo hacia componentes específicos de la situación estresora, influyendo en la utilización de varios tipos de estrategias de afrontamiento, frente a cada uno de los eventos percibidos como estresores (Carr, 2007; citado en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2012)

## **Tipos de Estilos de Afrontamiento**

Continuando con lo anterior, (Carr, 2007; citado en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2012), identifica tres tipos de estilos de afrontamiento, basandose en revisiones teoricas antecedentes, el primer tipo de estilo de afrontamiento que propone es aquel centrado en el problema que se implementa con el fin de resolver problemas de manera activa por medio de análisis lógicos, planeación de estrategias, confrontacion de la situacion problema, busqueda de apoyo social y una actitud constante de independencia y optimismo que permiten una adecuada adaptabilidad de la persona ante la situación.

Otro de los tipos de estilos de afrontamiento que menciona (Carr, 2007; citado en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2012), es aquel centrado en la emociion que se basa en la busqueda de estrategias que permitan disminuir rapidamente los efectos negativos de la situacion estresora a nivel emocional, sin llegar a confrontar directamente la situación o planificar estrategias para modificar el entorno, por lo tanto es frecuente que la persona busque apoyo social y espiritual, tienda a invertir mayo cantidad de tiempo con sus seres queridos, distraerse y relajarse por medio de actividades que impliquen el sentido del humor y el disfrute, con el fin principal de liberar sentimientos y hacer una descarga emocional, llegando en ocasiones a recurrir al consumo de sustancias y la evasion de las situaciones estresoras, siendo así un estilo de afrontamiento que puede considerarse funcional o disfuncional de acuerdo a la situación que se enfrenta.

Un tercer tipo de estilos de afrontamiento es descrito por (Carr, 2007; citado en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2012), descrito como afrontamiento centrado en el replanteamiento que involucra mayor énfasis en la evasion, distracción, escape, distanciamiento o desconexión mental y emocional con las situaciones estresoras, que son evidenciadas en aumento de la diversión social, realización de actividades exigentes, búsqueda de recompensas alternativas y demás actividades que actúen como distractoras del foco central de la situación estresora, siendo en la mayoría disfuncional y contraproducente para el bienestar a largo plazo del individuo.

## **Tipos de Estrategias Afrontamiento**

La principal clasificación realizada de las estrategias de afrontamiento fue propuesta por (Lazarus y Folkman, 1986; citados en Vásquez & Crespo, 2011), en esta clasificación las dos primeras estrategias se basan en estilos de afrontamiento centrados en el problema, las cinco siguientes se basan en estilos de afrontamiento centradas en la emoción y la última estrategia reúne componentes de estas dos clases de estilos de afrontamiento.

1. **Confrontación:** Esta estrategia abarca los esfuerzos cognitivos y conductuales que la persona utiliza para modificar una situación estresora, a fin de modificar el problema directamente llegando en ocasiones a implementar conductas directas e incluso agresivas

2. **Planificación:** Estas estrategias buscan la solución de las situaciones estresoras pensando en desarrollar conductas estructuradas con un sentido lógico para lograr modificar la situación estresora.

3. **Distanciamiento:** Estas estrategias se enfocan en intentos cognitivos y conductuales para apartarse o alejarse de las situaciones estresoras con el fin de disminuir el grado de afectación que traen estas a nivel emocional

4. **Autocontrol:** Por medio de este tipo de estrategias la persona realiza intentos cognitivos y conductuales para controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.

5. **Aceptación de la responsabilidad:** A través de este tipo de estrategias le persona pretende tomar parte en la situación estresora, aceptando los efectos estresores como sujeto activo en el origen o mantenimiento del problema

6. **Escape o evitación:** Este tipo de estrategias se enfoca el empleo de conductas tales como el consumo de sustancias y abuso de medicamentos, comer en exceso o dormir más de lo habitual, también se busca la evitación cognitiva, generando pensamientos irreales improductivos que cambian el enfoque en el problema.

7. **Reevaluación positiva:** Este tipo de estrategias implican valorar a nivel cognitivo los posibles aspectos positivos que tiene o haya tenido exponerse a una situación estresante buscando un aprendizaje de la situación.

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.

### **Escala de Estrategias de Coping Modificado (EEC-M)**

En base a la clasificación básica de estrategias de afrontamiento realizada por (Lazarus y Folkman, 1986; citados en Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango, & Aguirre, 2006) se crea la Escala Estrategias de Coping - Modificada (EEC-M) que esta compuesta de 98 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert y 6 opciones de respuesta, midiendo 12 factores que expresan diferentes tipos de estrategias de afrontamiento que se resumen de manera siguiente:

1. **Solución de Problemas (SP):** Uso de estrategias cognitivas para analizar las causas del problema y generar alternativas de solución.

2. **Búsqueda de Apoyo Social (BAS):** Estrategias comportamentales para expresar la emoción y buscar alternativas para solucionar el problema junto a otras personas.

3. **Espera (ESP):** Estrategias cognitivo-comportamentales a través de las que el individuo espera que la situación se resuelva por sí sola con el pasar del tiempo.

4. **Religión (REL):** Estrategias cognitivo-comportamentales expresadas a través del rezo y la oración dirigidas a tolerar o solucionar el problema o las emociones que se generan ante el problema.

5. **Evitación Emocional (EE):** Estrategias cognitivo-comportamentales en las que se evitan expresar las emociones, dada la carga emocional o la desaprobación social que se genera cuando se expresan estas emociones.

6. Búsqueda de Apoyo Profesional (BAP): Estrategias comportamentales que inducen a la persona a buscar ayuda profesional para solucionar el problema o las consecuencias de este.

7. Reacción Agresiva (RA): Estrategias comportamentales que consisten en expresar la ira y la hostilidad abiertamente como consecuencia de la frustración y la desesperación, reaccionando de manera agresiva hacia los demás, hacia sí mismo o hacia los objetos.

8. Evitación Cognitiva (EC): Estrategias cognitivas en la que se busca eliminar o neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores a través de la distracción.

9. Reevaluación Positiva (EP): Estrategias cognitivas que llevan al individuo a buscar un aprendizaje de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema. Es una estrategia de optimismo que contribuye a tolerar la problemática y a generar pensamientos que favorecen a la persona para enfrentar la situación.

10. Expresión de la dificultad de afrontamiento (EDA): Estrategias que describen la tendencia a expresar las dificultades que genera a la persona el afrontamiento de las situaciones estresoras y el malestar que genera emocionalmente exponerse a las mismas.

11. Negación (NEG): Estas estrategias implican una tendencia a comportarse como si el problema no existiera, dejando de pensar en el problema y alejándose de todas las situaciones que se relacionan con él, a fin de tolerar o soportar el estado emocional que se genera.

12. Autonomía (AUT): Estas estrategias reflejan una tendencia a responder ante el problema buscando de manera independiente las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas tales como amigos, familiares o profesionales.

### **Estrategias de Afrontamiento en el VIH/SIDA**

Una persona que presenta el Virus de Inmunodeficiencia Humana en cualquiera de sus fases enfrenta situaciones estresoras de amplia magnitud que afectan drásticamente su bienestar integral personal, puesto que más allá de la afectación física que la enfermedad conlleva pueden enfrentar múltiples problemas de salud mental evidenciando sentimientos de vergüenza, baja autoestima, culpa, castigo e incluso ideaciones suicidas, adicionalmente sus hábitos sociales,

laborales, educativos, familiares y de salud manifiestan conductas de aislamiento, como una forma de protegerse de insultos, amenazas verbales o físicas, poniéndose limitaciones para entablar relaciones interpersonales y afectivas. (Ceballos, Echeverri, & Jiménez, 2014)

A su vez el afrontamiento del VIH/SIDA involucra varios factores que lo influyen como la forma en que fue comunicado el diagnóstico, el tipo de apoyo social recibido y percibido, las percepciones y creencias sobre la enfermedad y la información que tenga se tenga de ésta. A niveles generales el VIH/SIDA es interpretado por los pacientes como una amenaza grave para varias áreas de sus vidas, como la integridad, autonomía, independencia, bienestar, relaciones familiares, relaciones con amigos, relaciones de pareja, planes futuros, expectativas, motivaciones y bienestar económico; sin embargo la implementación de estrategias de afrontamiento presentan variaciones importantes de acuerdo a cada caso y las situaciones que enfrenta cada persona en el padecimiento de la enfermedad. (Ceballos, Echeverri, & Jiménez, 2014)

Según lo anteriormente mencionado (Ceballos, Echeverri, & Jiménez, 2014), mencionan de acuerdo a sus estudios investigativos que los pacientes con VIH que superan los 60 años presentan mejores estrategias de afrontamiento a la enfermedad, que aquellos que se encuentran en edades entre los 30 a 50 años; la estrategias centradas en la resolución de problemas tienen poca efectividad en la población con VIH/SIDA, bien sean aplicadas acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas, es frecuente encontrar sentimientos de autocrítica, evitación cognitiva y conductual de las situaciones estresoras, aislamiento social, falta de redes de apoyo social y familiar, restricciones en la expresión emocional, generación de pensamientos irreales improductivos y dificultades para percibir posibles aspectos positivos de las situaciones estresoras como principales aspectos en torno al afrontamiento del VIH/SIDA.

Las estrategias de afrontamiento constituyen uno de los recursos más importantes para el abordaje psicológico a personas que sufren diferentes niveles de estrés y afectación emocional ocasionados por situaciones problemáticas que desbordan sus recursos, la enfermedad por VIH/SIDA es entonces una de estas situaciones estresoras que generan grave afectación sobre la

salud física y mental de las personas que la padecen, siendo importante contribuir al mejoramiento del afrontamiento implementado a partir del estudio de las generalidades que muestran los pacientes con VIH/SIDA en cuanto al afrontamiento realizado de su enfermedad y los aspectos específicos.

### **Marco Legal**

En el presente capítulo se mencionan las leyes, normas y parámetros por el colegio colombiano de psicólogos y la ley de salud mental para la atención y participación de las personas que están infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana.

#### **Ley 1090 de 2006**

Por medio de esta ley se rige la profesión de psicología en Colombia, se señalan a continuación algunos aspectos importantes de esta ley que son pertinentes para el desarrollo de esta investigación. (Congreso de Colombia, 2006)

Artículo 2°. De los Principios Generales. Los psicólogos que ejercen su profesión en Colombia se regirán por los siguientes principios universales:

I. Responsabilidad. Al ofrecer sus servicios los psicólogos mantendrán los más altos estándares de su profesión. Aceptarán la responsabilidad de las consecuencias de sus actos y pondrán todo el empeño para asegurar que sus servicios sean usados de manera correcta.

II. Competencia. El mantenimiento de altos estándares de competencia será una responsabilidad compartida por todos los psicólogos interesados en el bienestar social y en la profesión como un todo. Los psicólogos reconocerán los límites de competencia y las limitaciones

de sus técnicas. Solamente prestarán sus servicios y utilizarán técnicas para los cuales se encuentran cualificados. En aquellas áreas en las que todavía no existan estándares reconocidos, los psicólogos tomarán las precauciones que sean necesarias para proteger el bienestar de sus usuarios. Se mantendrán actualizados en los avances científicos y profesionales relacionados con los servicios que prestan.

III. Estándares Morales y Legales. Los estándares de conducta moral y ética de los psicólogos son similares a los de los demás ciudadanos, a excepción de aquello que puede comprometer el desempeño de sus responsabilidades profesionales o reducir la confianza pública en la Psicología y en los psicólogos. Con relación a su propia conducta, los psicólogos estarán atentos para regirse por los estándares de la comunidad y en el posible impacto que la conformidad o desviación de esos estándares puede tener sobre la calidad de su desempeño como psicólogos.

IV. Confidencialidad. Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros.

V. Bienestar del Usuario. Los psicólogos respetarán la integridad y protegerán el bienestar de las personas y de los grupos con los cuales trabajan. Cuando se generan conflictos de intereses entre los usuarios y las instituciones que emplean psicólogos, los mismos psicólogos deben aclarar la naturaleza y la direccionalidad de su lealtad y responsabilidad y deben mantener a todas las partes informadas de sus compromisos.

Los psicólogos mantendrán suficientemente informados a los usuarios tanto del propósito como de la naturaleza de las valoraciones, de las intervenciones educativas o de los procedimientos de entrenamiento y reconocerán la libertad de participación que tienen los usuarios, estudiantes o participantes de una investigación.

VI. Relaciones Profesionales. Los psicólogos actuarán con la debida consideración respecto de las necesidades, competencias especiales y obligaciones de sus colegas en la Psicología y en otras profesiones. Respetarán las prerrogativas y las obligaciones de las instituciones u organizaciones con las cuales otros colegas están asociados.

VII. Relaciones Profesionales. Los psicólogos actuarán con la debida consideración respecto a las necesidades, competencias especiales y obligaciones de sus colegas en la psicología y en otras profesiones.

VIII. Evaluación de Técnicas. En el desarrollo, publicación y utilización de los instrumentos de evaluación, los psicólogos se esforzaran por promover el bienestar y los mejores intereses del cliente. Evitarán el uso inadecuado de los resultados de evaluación. Respetaran el derecho de los usuarios de conocer los resultados, las interpretaciones hechas y las bases de las conclusiones y recomendaciones.

### **Ley 1616 de 2013**

El objeto de esta ley es garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución Política de 1991 y con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la atención primaria en salud, de igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital. (Congreso de Colombia, 2013)

Artículo 3°. Salud Mental. La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

Artículo 4°. Garantía en Salud Mental. El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales. El Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario y las entidades prestadoras del servicio de salud contratadas para atender a los reclusos, adoptarán programas de atención para los enfermos mentales privados de libertad y garantizar los derechos a los que se refiere el artículo sexto de esta ley; así mismo podrán concentrar dicha población para su debida atención. Los enfermos mentales no podrán ser aislados en las celdas de castigo mientras dure su tratamiento.

Artículo 5°. Definiciones. Para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones: Atención integral e integrada en salud mental. La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

## Título II Derechos De Las Personas En El Ámbito De La Salud Mental

Artículo 6°. Derechos De Las Personas. Además de los Derechos consignados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales, Constitución Política, y la Ley General de Seguridad Social en Salud son derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental:

1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.

2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.

3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.

4. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las. Libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.

5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.

6. Derecho a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.

7. Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona

8. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinado por un juez de conformidad con la ley 1306 de 2009 y demás legislación vigente.

9. Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental.

10. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias.

11. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental

12. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos.

13. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento.

14. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.

15. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes.

16. Derecho al Reintegro a su familia y comunidad. Este catálogo de derechos deberá publicarse en un lugar visible y accesible de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que brindan atención en salud mental en el territorio nacional. Y además deberá ajustarse a los términos señalados por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 y demás jurisprudencia concordante.

## **Marco Contextual**

Se describen por medio de este apartado las condiciones de infraestructura física, historia y aspectos funcionales de la fundación HOASIS siendo esta institución el contexto dentro del cual se enmarca el diseño de esta investigación siendo la población a abordar en búsqueda de la obtención de los resultados que se pretenden.

### **Contextualización de la Fundación**

La fundación HOASIS, el refugio es un hogar asistencial para personas que viven y conviven con VIH/SIDA, fue creada en el año 2000 por Ricardo Villamizar Goyeneche quién después de realizar una misión con jóvenes trabajadoras sexuales, en las ciudades de Caracas y Puerto La Cruz, Venezuela, quedó con el espíritu y el entusiasmo de seguir ayudando a las con esta infección; su sede está ubicada en la dirección Calle 17 # 3-11 del Ospina Pérez en la Ciudadela Juan Atalaya de la ciudad de en Cúcuta, Norte de Santander, Colombia, sus números telefónicos son 3202027997 y 3123639334, teniendo como correo electrónico hoasisrefugio@hotmail.com (Fundación HOASIS, 2017)

Al conocer el caso de dos hombres en condiciones inhumanas de abandono y rechazo por sufrir la fase terminal de SIDA, Ricardo Villamizar decidió empezar a construir las bases de lo que es hoy en día la fundación HOASIS el refugio, ofreciendo la oportunidad de tener un estilo y un proyecto de vida nuevo, lleno de esperanzas y ganas de salir adelante para seguir ayudando a más personas en la misma situación, construyendo de ésta manera una sociedad mejor, informada y tolerante respecto al VIH/SIDA. (Fundación HOASIS, 2017)

En la actualidad la fundación está a cargo de su fundador Ricardo Villamizar Goyeneche, cuenta con una planta física amplia, que se divide en dos sedes, primero se encuentra la sede María Fernanda Franco Guerrero donde se encuentran albergados los adultos y la sede María Alejandra Roa Landazábal donde viven los niños y las madres. En ambos hogares los pacientes reciben albergue, acompañamiento médico, apoyo nutricional, espiritual, psicológico y terapias ocupacionales, los adultos aprenden oficios varios y los niños reciben asesorías de tareas y talleres ofrecidos por las personas vinculadas a la fundación, voluntarios o practicantes universitarios que gracias a esfuerzos, donaciones, colaboraciones, voluntarios y benefactores de gran corazón han permitido la consolidación de la fundación. (Fundación HOASIS, 2017)

Esta fundación tiene como misión mejorar la calidad de vida de las personas que viven y conviven con VIH/SIDA, dirigiéndose especialmente a quienes cuentan con menores recursos económicos, a través del albergue, la asesoría, el apoyo médico, espiritual, psicológico y social, acompañado de terapias ocupacionales, considerados aspectos fundamentales en el proceso de mejoría de la persona; como visión de la fundación se plantea que ésta sea líder en atención humanitaria a las personas que viven y conviven con VIH/SIDA en situación de vulnerabilidad de Cúcuta, Norte de Santander y toda la región del oriente colombiano. (Fundación HOASIS, 2017)

## **Metodología.**

### **Tipo de Investigación.**

La presente investigación se enmarca dentro un enfoque de tipo cuantitativo que busca conocer la realidad de la población a estudiar midiendo las variables a investigar por medio de técnicas cuantificables para dar un reporte de los resultados hallados, explicando así la manifestación del problema de investigación en la población. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014)

### **Tipo de Diseño**

El diseño de la investigación es no experimental, porque son estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos, de tipo transeccional descriptivo porque tienen como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014)

### **Población**

Ochenta y tres (83) personas entre niños, madres y adultos institucionalizados en la fundación HOASIS el refugio de la ciudad de Cúcuta.

## **Muestra**

Para la selección de la muestra se tuvo en cuenta a las personas adultas diagnosticadas con el virus de inmunodeficiencia adquirida en fase inicial, la selección de la muestra se llevo a cabo mediante un muestreo por conveniencia buscando personas que cumplan ciertos criterios requeridos por la investigación entre los cuales se está que los participantes se encuentren en fase inicial del VIH, que sean adultos y así mismo que sean estén entre edades comprendidas entre 18 hasta 65 años, siendo seleccionados por estos criterios y no como producto del azar. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014)

## **Instrumento**

### **Escala de Estrategias de Coping Modificado (EEC-M).**

Por medio de este instrumento cuantitativo diseñado por (Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango, & Aguirre, 2006) se evalúan 12 factores que expresan diferentes tipos de estrategias de afrontamiento a través de 98 ítems, con 6 opciones de respuesta tipo Likert, encontrándose las siguientes subescalas: Solución de Problemas (SP), Búsqueda de Apoyo Social (BAS), Espera (ESP), religión (REL), Evitación Emocional (EE, Búsqueda de Apoyo Profesional (BAP), Reacción Agresiva (RA), Evitación Cognitiva (EC), Reevaluación Positiva (EP), Expresión de la dificultad de afrontamiento (EDA), Negación (NEG) y Autonomía (AUT).

## Resultados y Discusión

A continuación se presenta la caracterización de los pacientes de la Fundación Hoasis en tablas de frecuencia estadísticas generadas por el software o paquete estadístico Spss V23.0 donde en cada una de ellas logramos evidenciar la posición de cada uno de los pacientes en el estudio.

### EDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 18-27	9	30,0	30,0	30,0
28-37	7	23,3	23,3	53,3
38-47	5	16,7	16,7	70,0
48-57	6	20,0	20,0	90,0
58-67	2	6,7	6,7	96,7
MAYOR DE 67	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

### SALUD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
VálidoCONTRIBUTIVO	1	3,3	3,3	3,3
SUBSIDIADO	29	96,7	96,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**ESCOLARIDAD**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido PRIMARIA	11	36,7	36,7	36,7
SECUNDARIA	15	50,0	50,0	86,7
UNIVERSIDAD	2	6,7	6,7	93,3
OTROS	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**ESTADO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido SOLTERO	25	83,3	83,3	83,3
CASADO	4	13,3	13,3	96,7
DIVORCIADO	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**OCUPACION**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido HOGAR	12	40,0	40,0	40,0
ESTUDUANTE	1	3,3	3,3	43,3
EMPLEADO	6	20,0	20,0	63,3
DESEMPLEADOS	4	13,3	13,3	76,7

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES INFECTADOS CON EL VIH/SIDA - FASE INICIAL

TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	16,7	16,7	93,3
JUBILADO	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**ESTRATO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido1	29	96,7	96,7	96,7
2	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

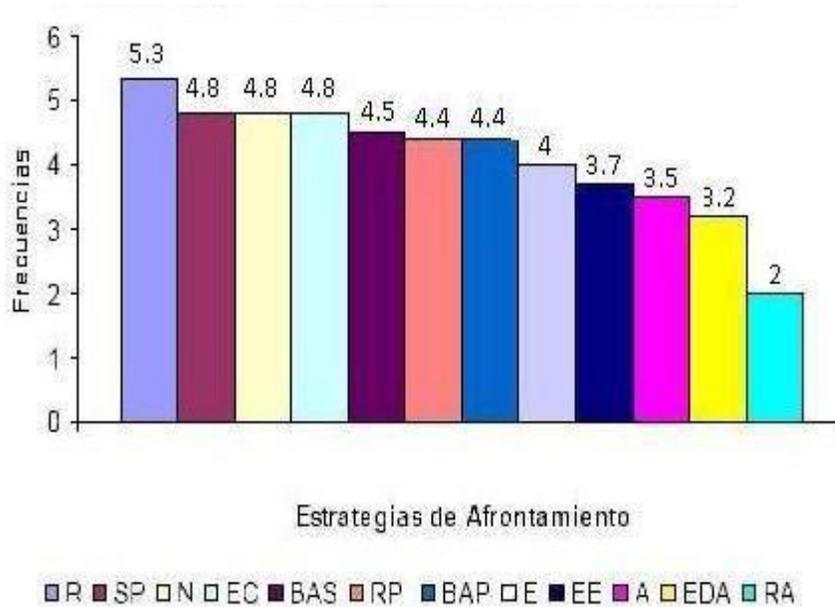
**GENERO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido HOMBRES	16	53,3	53,3	53,3
MUJERES	14	46,7	46,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**CONQUIENVIVE**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido FUNDACION	27	90,0	90,0	90,0
OTRO	3	10,0	10,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

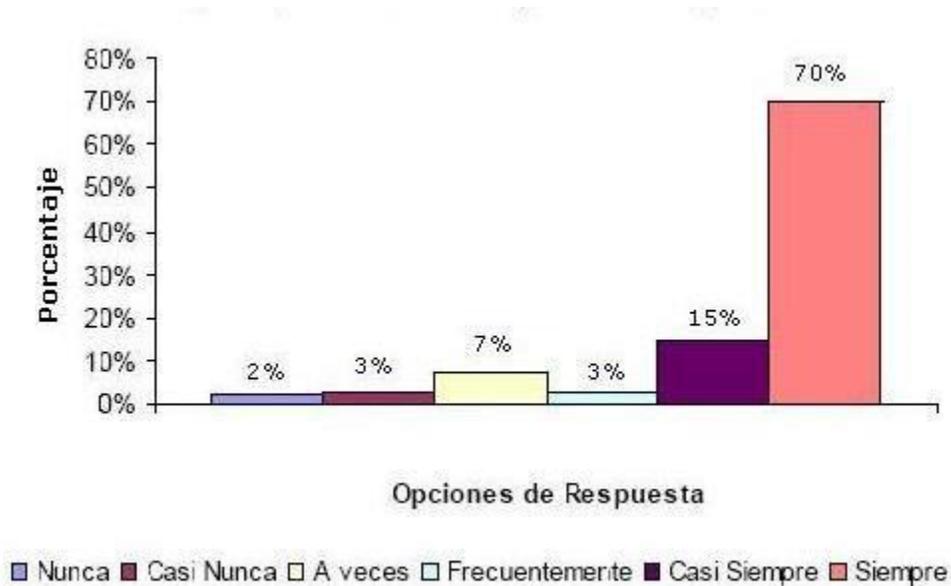
Con el propósito de describir las estrategias de afrontamiento de la población estudiada se aplicó la Escala de Estrategias de Coping Modificada (Eec-M) se pudo establecer que, las estrategias de afrontamiento más empleadas por el grupo de pacientes con VIH/SIDA que recibe acompañamiento psicológico en la Fundación Hoasis son: la religión (R) con un puntaje promedio de 5.3, la solución de problemas (SP) con un promedio de 4.8, negación (N) con un puntaje de 4.8 y evitación cognitiva (EC) con un promedio de 4.8 y las estrategias de afrontamiento menos empleadas fueron la autonomía (A) con un puntaje promedio de 3.5, expresión de la dificultad de afrontamiento (EDA) con un puntaje de 3.2 y finalmente la reacción agresiva (RA) con un promedio de 2,0.



Al realizar un análisis de cada una de las estrategias de afrontamiento evaluadas teniendo en cuenta las opciones de respuesta del instrumento (nunca, casi nunca, a veces, frecuentemente, casi siempre y siempre) se encontró lo siguiente:

### Estrategia de afrontamiento religión

Frente a la estrategia de afrontamiento **religión** que es la más empleada por los sujetos evaluados con un puntaje promedio de 5,3, es posible evidenciar que un elevado porcentaje de pacientes la considera como una herramienta fundamental para enfrentar la enfermedad, aquí es posible evidenciar que el 70% de los pacientes estudiados respondieron que siempre emplean la religión como una estrategia efectiva para enfrentar la enfermedad.



Este hallazgo confirmaría lo propuesto por Gall y Cornblad, citados por García, quienes plantean que los recursos espirituales pueden contribuir a que los pacientes hagan una interpretación de la situación de enfermedad como una prueba de Dios para reafirmar el sentido de la vida y el crecimiento personal, estilo que resulta favorable en el momento de la adherencia al tratamiento y la recuperación. El factor fe considerado como una forma de meditación que incluye oraciones y despierta la respuesta de relajación combinada con un profundo sistema de

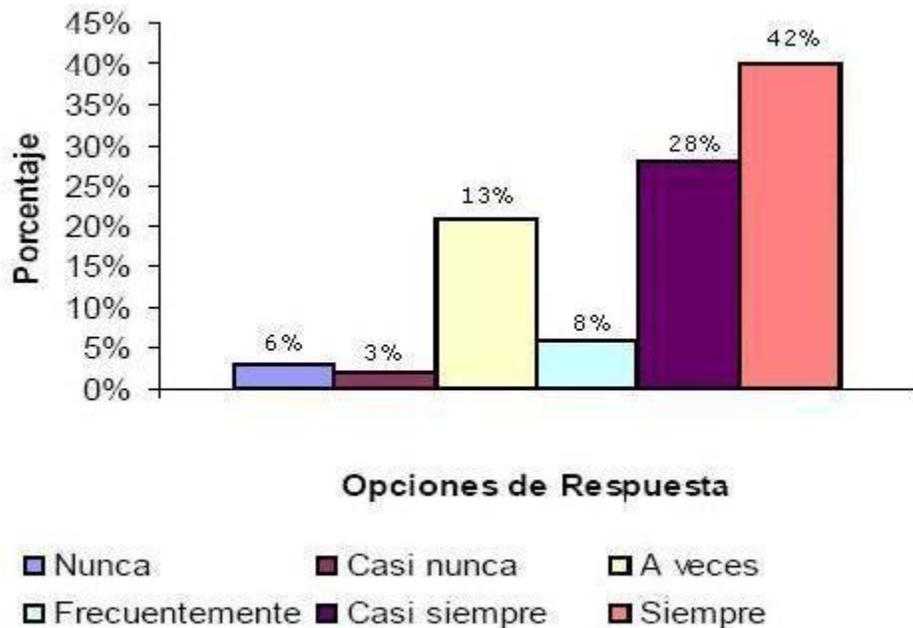
convicciones personales sirve para reducir el estrés de muchas maneras. La oración produce relajación y rompe la cadena de pensamientos inquietantes, ese ciclo de ansiedad que se asocia a menudo con el insomnio, problemas digestivos y otros síntomas de estrés. También se aceptaría el postulado de Faelten, según el cual las creencias religiosas y la oración ayudan a poner en perspectiva los problemas, reduciendo aún más la ansiedad general, además de servir de fuente de energía espiritual, de consuelo y de guía, todo sistema de creencias está conectado con la ayuda comunitaria y los valores comunes de la gente que comparte las creencias; un comprobado factor de resistencia contra el estrés.

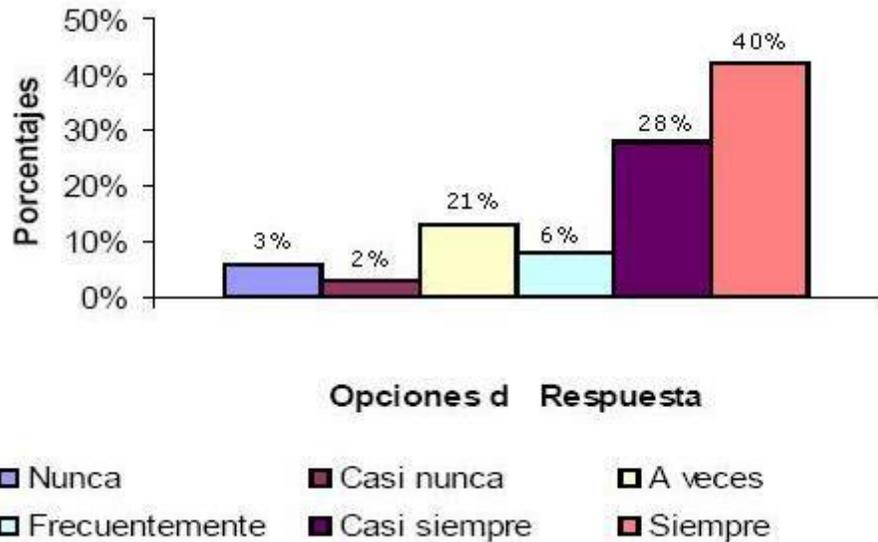
### **Estrategia de afrontamiento - solución de problemas**

En cuanto a la estrategia **solución de problemas** que con un puntaje promedio de 4.8, se ubica como la segunda más empleada por los pacientes y que de acuerdo al instrumento permite indagar las creencias de las pacientes con respecto al origen de su enfermedad y como resultado permite describir cómo reaccionan frente al diagnóstico y qué tipo de recursos movilizan para enfrentar su patología, es posible afirmar que las pacientes atribuyen el origen de su enfermedad a diferentes factores tales como creencias populares de las relaciones sexuales, el contacto físico a factores como la herencia o la genética, y finalmente atribuciones asociadas a conductas poco preventivas como “Se debe esta enfermedad a que me cogió desprevenida, no había pensado que me pasara a mí”.

Estas atribuciones en torno al origen de la enfermedad se asocian a su vez con las soluciones que las pacientes buscaron para enfrentarla correspondiendo a búsqueda de tratamientos médicos “la solución buscar ayuda profesional”, “la solución fue ponerme en manos del médico” y la espiritualidad se consideró como una estrategia de solución de problemas como se evidencia en afirmaciones como “busqué fue acogerme a Dios para salir adelante”, “Pensé en que Dios me daría fortaleza para salir a delante y solo Él me curaría”.

Para Fawzy citado por Sánchez, la solución de problemas, es un estilo de afrontamiento activo, que favorece una mejor adaptación psicológica a lo largo de la enfermedad. Por su parte, para González y Cols citado por Sánchez, este estilo de afrontamiento, al igual que la religión, genera en los pacientes con VIH /sida menores niveles de ansiedad y depresión, además de funcionar como un mecanismo protector contra el estrés de la enfermedad, lo cual representa un adecuado predictor en lo relacionado a la recuperación de la misma. La estrategia de solución de problemas permite contrarrestar los efectos negativos del estrés, restablecer el control y fomenta el bienestar subjetivo del paciente repercutiendo favorablemente en la regulación emocional de las personas afectadas por dicha patología. Esto se evidencia en el grupo de pacientes evaluados, dado que a pesar de los efectos colaterales propios del tratamiento, los pacientes se mantienen adheridos y firmes en su proceso de recuperación.





### Estrategias de afrontamiento - negación y evitación cognitiva

Al analizar las estrategias de afrontamiento **negación y evitación cognitiva** que con un puntaje promedio de 4.79 y 4.78 respectivamente, que corresponden a la tercera y cuarta estrategias más empleadas por los sujetos evaluados, los Gráficos 3 y 4 muestran que un 62% de pacientes emplean la negación casi siempre o siempre como estrategia de afrontamiento y un 60% hace lo mismo con la evitación cognitiva, lo cual hace suponer que son estrategias frecuentemente empleadas por este grupo de pacientes.

En torno a la estrategia de afrontamiento negación se puede plantear que permite que las pacientes, experimenten una minimización de la ansiedad producida por la enfermedad y sus implicaciones, protegiéndolas del estrés producido por la situación de enfermedad tal como lo evidencian afirmaciones como “He evitado pensar en ella, no mencionar tanto mi enfermedad y seguir al ritmo de las actividades diarias para sentirme mas tranquila.”, “Olvidarme de la enfermedad por momentos me ayuda a superar la enfermedad.”, “A veces prefiero pensar en otras cosas, el no pensar en la enfermedad me hace tranquilizarme”. Esta reacción de huida o negación,

permite al paciente reducir su padecimiento, e intentar normalizar su vida alrededor de la enfermedad.

La evitación cognitiva es un resultado esperable dada la situación a la que se enfrentan los pacientes evaluados. Un ejemplo de esta estrategia es: “Recurro a pensar que no tengo la enfermedad, porque así no me siento mal, no me siento enfermo.”, “Dejo de pensar en la enfermedad porque eso me ayuda a distraerme y hacer otras cosas con alegría.” Para Izquierdo citado por Oblitas, la evitación cognitiva, es una de las maneras de afrontar el estrés durante la enfermedad cuando se observa que quejarse inquieta a familiares y amigos, o bien cuando la realidad es dura y difícil de soportar. Tanto la evitación como el uso del sentido del humor o distanciamiento del problema pueden dar temporalmente cierta tranquilidad; pero posteriormente, su eficacia puede interferir en la adaptación a la enfermedad. Sin embargo, esta situación no implica que el grupo de pacientes evaluado no haga esfuerzos cognitivos por resolver el problema; pues constantemente analizan la situación y repiensen lo que tienen que hacer para recuperarse como se demuestra en esta respuesta “Yo trato de olvidarme en mi mente, pero siempre estoy muy pendiente de los horarios del tratamiento y hacer lo que me dicen los médicos”.

Finalmente, cabe destacar que la negación y la evitación cognitiva son estrategias de afrontamiento que pueden contribuir al abandono del tratamiento cuando el paciente no asume conductas de auto cuidado de la salud y que es necesario monitorear permanentemente a los pacientes con el propósito de garantizar que continúen adheridos al tratamiento, así lo corrobora Schnoll citado por Oblitas, quien afirma que el afrontamiento caracterizado por una negación o evitación cognitiva constante o permanente del problema, se asocia con bajos niveles de bienestar que no proporcionan una adecuada adherencia y recuperación.

### **Estrategia de afrontamiento búsqueda de apoyo social**

Frente a esta estrategia, considerada como un estilo de afrontamiento activo puesto que el apoyo percibido es un importante predictor del estado de salud y de mortalidad, así como de la adaptación ante acontecimientos estresantes, es posible afirmar que las pacientes recurren a la búsqueda de apoyo fundamentalmente en la familia y de manera particular en la pareja, los hermanos y los hijos, así se evidencia cuando afirman “Busco el apoyo de mi familia, mi hermano

y mis hijos para que me acompañen en el tratamiento”, “La ayuda está en mis hermanas y mis hijos para que me ayuden emocionalmente y orienten mi camino a seguir”, “De la familia y mi esposo”, otra fuente de apoyo fundamental la constituyen los profesionales y los amigos lo cual se evidencia en afirmaciones como “...en el grupo de oración para que me fortalezcan en el tratamiento”, “El apoyo lo busco en mis amigos y los doctores”.

Para Koopman citado por Barez, el apoyo social ha recibido una gran atención por su capacidad para modular el impacto psicológico asociado a eventos estresantes, el apoyo familiar en concreto mejora la calidad de vida y la adaptación psicológica a la enfermedad.

Sin embargo para Dunkel-Schetter y Cols citados por Latorre y Beneit en 1999, no todo apoyo social es igualmente eficaz como protector contra el estrés. El más efectivo parece ser, tener alguien cercano en quien confiar (esposo o una pareja), lo importante es tener al menos una persona de confianza con la que se establecen lazos íntimos, más que tener muchos amigos o conocidos, además, no es sólo importante tener una red disponible, sino que el individuo sepa y esté dispuesto a extraer de modo efectivo el apoyo que necesita de otros.

De igual manera, dentro del apoyo social, es importante tanto para el paciente como para los familiares la actitud del profesional de la salud, que le brinde la información precisa sobre el tratamiento y las recomendaciones a tener en cuenta para que en este sentido pueda alcanzar un equilibrio a nivel físico, como también emocional dado que el paciente con VIH/SIDA y su familia enfrentan momentos sumamente difíciles, donde se precisa el apoyo de un psicólogo que sea positivo, honesto, compasivo, comprensivo, accesible, comunicativo y muy bien informado..

### **Estrategia de afrontamiento reevaluación positiva**

En torno a la estrategia de **reevaluación positiva** se pudo encontrar que es empleada con relativa frecuencia por los sujetos estudiados con un puntaje promedio de 4.48, ocupando el sexto lugar frente a las doce estrategias evaluadas, lo cual indica que un grupo considerable de pacientes evaluadas emplea siempre (24%) o casi siempre (36%) esta estrategia, esto puede corroborarse en enunciados como “Sí, me siento más cerca de Dios, he dejado cosas que no eran buenas para mí como el fumar y mis relaciones con la familia en especial con mis hijos son mejores”, “Lo bueno

es que ahora estoy mejor con uno de mis hijos con el que no me la llevaba”, “Sí, creo que lo bueno ha sido encontrarme conmigo misma y reflexionar sobre lo que he vivido” según Stanton citado por Restrepo y Portillo, esta estrategia representa un mecanismo protector contra el estrés de la enfermedad en los pacientes con VIH/Sida referido a recoger de cada experiencia aquello que pueda servir para el futuro con lo cual los pacientes se comprometen en su autocuidado y otras metas significativas en su vida propiciando así un mejor ajuste psicológico a largo plazo frente a la enfermedad y el tratamiento.

Sin embargo, cabe destacar que un porcentaje significativo de los pacientes evaluados 9% aproximadamente argumenta nunca o casi nunca emplear esta estrategia de afrontamiento, lo cual se evidencia en aseveraciones como “Nunca he pensado en lo positivo, algunas veces dudo y me pregunto si me voy a recuperar o no”, “No, esto sólo me ha traído dolor”, “No, esto no me trae nada bueno”, “No, yo no conocía esta enfermedad y no sabía lo malo que era” y “Nunca esta enfermedad puede traer algo bueno.” El hecho de que los pacientes evaluados no empleen esta estrategia de afrontamiento implica que no se resignifica la realidad de forma positiva, exponiéndose a mayor tensión emocional y posibles cuadros depresivos, al no dar un nuevo valor a la experiencia por la cual está atravesando la percepción que tiene la persona de la enfermedad, de su vida y su futuro, influyen negativamente en el cómo enfrenta la adversidad, el tratamiento y la recuperación.

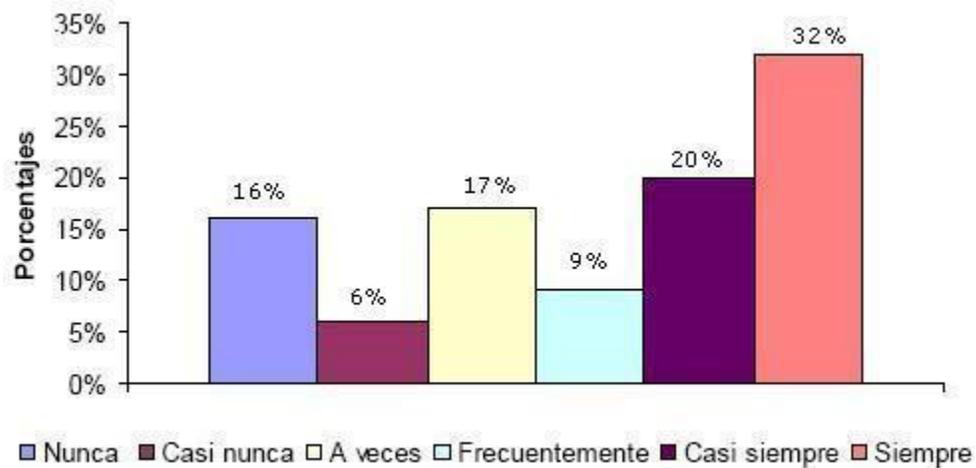
### **Estrategia de afrontamiento búsqueda de apoyo profesional**

Alrededor de esta estrategia se evidencia que los pacientes buscan ayuda en dos profesionales fundamentalmente, los médicos “Solo he buscado la ayuda de los médicos”, “Busco a los médicos para que me ayuden a sentirme mejor y a continuar con el tratamiento” y los psicólogos “Buscando la ayuda de los psicólogos”, “En el momento no, antes si estuve con el psicólogo”. Esta estrategia de tipo comportamental que busca el recurso profesional para solucionar el problema o las consecuencias del mismo, es sin duda una estrategia de afrontamiento que debe potenciarse debido a que ayuda al paciente a expresar todo aquello que en su pensamiento y emocionalidad es difícil de tratar con amigos o familiares y además permite el desarrollo de habilidades concretas para luchar contra la enfermedad, en el grupo evaluado varios pacientes reportan no solicitar apoyo por

no saber cómo buscar esta ayuda “No he buscado ayuda porque soy tímida”, obstruyendo con esto su proceso de recuperación.

**Estrategia de afrontamiento espera**

En cuanto a esta estrategia denominada - **espera** - que ocupa con un puntaje promedio de 4.0 el octavo lugar de preferencia en su uso según los pacientes evaluados, se puede afirmar que la emplean como una herramienta para reducir la ansiedad que produce el vivir con la enfermedad, esto se evidencia en afirmaciones como “Sí, no quiero llenarme de miedo pero por eso no he pensado en abandonar el tratamiento sino en esperar solamente”, “Sí, dejando que las cosas pasen por la voluntad de Dios”, “Sí, quiero ver pasar el tiempo para saber cómo se va solucionando la enfermedad”, “Sí, voy a esperar a ver cómo se van dando las cosas, espero a que esto pase pronto”, esta estrategia de afrontamiento cognitivo-comportamental busca esperar que la situación se resuelva por sí sola con el pasar del tiempo.



**Estrategias de afrontamiento evitación emocional y expresión de la dificultad de afrontamiento.**

Frente a las estrategias denominadas evitación emocional y expresión de la dificultad de afrontamiento que ocuparon el noveno y undécimo lugar con puntajes promedio de 3.7 y 3.5 se puede plantear que las personas o entidades a las que acuden las pacientes para expresar esa dificultad de afrontamiento caracterizada por un sentimiento permanente de ineffectividad, de indefensión y desesperanza frente a la enfermedad se evidencia en expresiones como “hablo con mi familia y amigos pero me siento mal porque ya no se puede hacer nada”, “hablo con otras personas de la fundación y les tocó el tema, también hablo con los médicos que me atienden, les hablo de la muerte y eso les sorprende, pero yo les digo que tarde o temprano uno tiene que morirse”

En cuanto a la estrategia de evitación emocional es importante rescatar que alrededor del 40% de pacientes argumenta emplear casi siempre o siempre esta estrategia para enfrentar su enfermedad tal como se evidencia en el gráfico y se confirma en afirmaciones como “No, nunca hablo de la enfermedad, ni de lo que siento”.



Como lo afirma Hernández esta estrategia incluye la eliminación de sentimientos, encubrimiento de emociones, insinuación de sentimientos contradictorios, distanciamiento y aparentar sentimientos opuestos, al asumir esta estrategia de afrontamiento, las personas que han aceptado estoicamente la enfermedad, manifestando conductas de resignación y de inhibición de emociones, sin “estallar emocionalmente” y sin presentar “explosiones afectivas”, han acelerado el proceso y han dificultado su recuperación según lo muestran las investigaciones de Pettingale, Morris y Compás citados por Villoria en un estudio con 66 pacientes que padecían diferentes tipos de enfermedades terminales, concluyeron que las estrategias de afrontamiento basadas en no afrontar el problema, sino en evitarlo activamente, mostraban una relación directa con la progresión de la enfermedad al cabo de un año. Los autores justifican esta relación postulando que la progresión podría deberse a un mal funcionamiento del sistema inmunitario debido al mantenimiento de la alteración emocional causado por las conductas de evitación y como consecuencia de éstas a un menor cumplimiento o abandono de los tratamientos curativos, por lo tanto este estilo debe evitarse, debido a que no va a favorecer la recuperación de la enfermedad.

### **Estrategia de afrontamiento autonomía**

Una estrategia que debería potencializarse dado el impacto positivo que ejerce sobre la salud es la **autonomía**, referida a la capacidad que tiene el paciente para determinar el curso de acción por sí mismo, que requiere la capacidad de tomar decisiones y la habilidad de implementar las elecciones hechas, sin embargo el grupo de pacientes evaluados emplean en décimo lugar esta estrategia lo cual deja ver que carecen de autonomía para enfrentar su enfermedad, generando dificultades en torno a la toma de decisiones frente a la patología y la adherencia al tratamiento, sin embargo algunos pacientes reportan que su forma de enfrentar la enfermedad se orienta a buscar información y tratamientos alternativos o recogimiento espiritual tal como se evidencia en afirmaciones como “He buscado distintos tratamientos que me ayuden a sentir mejor y en la mayoría de las veces trato de hacer otras cosas para no pensar en la enfermedad”, “A nivel personal mucho recogimiento espiritual, actividades dentro del grupo de oración como visitas a otros enfermos o ancianos y eso es lo que me gusta hacer”.

Frente a esta estrategia algunas investigaciones muestran que el empleo de mayores recursos genera menos síntomas como pena, depresión, síntomas físicos y psicológicos, Kobasa citado por Sala, menciona que las personas que poseen alta fortaleza individual, presentan habilidades mayores para resistir a los efectos negativos de los estresores diarios y por lo tanto tienen menos probabilidad de desarrollar una enfermedad en comparación con las personas con baja fortaleza o autonomía. De la misma forma Florian, Mikulincer y Taubman citados por Llorca evidencian que la fortaleza personal o autonomía es tanto un recurso de resistencia ante el estrés como un mecanismo psicológico por medio del cual se pueden aliviar los deterioros ocasionados por periodos de vida estresantes, así como para superar la enfermedad del VIH.

### **Estrategia de afrontamiento reacción agresiva**

Finalmente, esta estrategia es la menos empleada por los pacientes evaluados, con un puntaje promedio de 2.0, esta estrategia según Poveda, se refiere a experimentar intensos sentimientos de enfado manifestados a través de conductas agresivas verbales o físicas dirigidas hacia otras personas, objetos del ambiente o hacia uno mismo, que puede conducir al paciente a desarrollar un patrón “pasivo-agresivo”, vehiculizado a través de una resistencia pasiva, casi inaparente, a las indicaciones de los profesionales de la salud .(pérdida de recetas, olvidar las citas, cambiar la posología), entre otras, dificultando gravemente la evolución de la enfermedad y su recuperación.

Cabe mencionar que teniendo en cuenta lo anterior según lo citado por Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2012), se puede concluir que en los pacientes de la Fundación Hoasis se evidencia la presencia de los diferentes tipos de estilos de afrontamiento como lo son la capacidad de la resolución de problemas, la búsqueda de estrategias que permitan disminuir rápidamente los efectos negativos de la situación estresora a nivel emocional y el afrontamiento centrado en el replanteamiento

### **Conclusiones**

Para realizar las conclusiones generales es importante resaltar que los objetivos propuestos se llevaron con finalidad logrando un avance en cada uno de ellos, denotando el cumplimiento, concluyendo con un proceso enriquecedor. De esta manera encontramos; Dentro de la investigación realizada, mediante el instrumento elegidos, se pudo

Evidenciar que los pacientes institucionalizados en la fundación hoasis poseen estrategias de afrontamiento siendo la religión la estrategia con mayor promedio dentro de las utilizadas (5.3); Asi como no se hayan diferencias significativas entre las estrategias utilizadas entre hombres y mujeres como tampoco las utilizadas entre jóvenes y mujeres siendo esto posible por el abordaje dado al momento de institucionalizarse y el acompañamiento brindado por la fundación.

## **Recomendaciones**

En relación a los resultados obtenidos de la investigación como se ha descrito en los análisis correspondientes para cada uno de ellos, es pertinente plantear las siguientes recomendaciones futuras

Se considera pertinente seguir abordando este tema con el fin de hacer más hallazgos que permitan hacer una descripción más completa a cerca de las estrategias y estilos de afrontamiento empleados por los pacientes diagnosticados con el virus de inmunodeficiencia VIH-SIDA.

Para proporcionar un acompañamiento adecuado se recomienda a la coordinación de prácticas del programa de psicología establecer o generar un convenio con la fundación HOASIS y esta forma se obtenga un beneficio bidireccional.

Teniendo en cuenta los hallazgos de la presente investigación se debe promover la realización de estudios que permitan el análisis del proceso por el que pasa el paciente diagnosticado y como las estrategias de afrontamiento utilizadas le permiten una mayor adherencia al tratamiento

Propiciar el trabajo que permita asegurar la estabilidad y seguimiento de la fundación, para así asegurar la asistencia y la prestación del servicio por parte de la fundación.

## Referencias Bibliográficas

- Álvarez, C., Acevedo, J., & González, M. (2012). *Factores de riesgo y métodos de transmisión de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3977488.pdf>
- Amarís, M., Madariaga, C., Valle, M., & Zambrano, J. (2012). *Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico*. Recuperado el 24 de Mayo de 2017, de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-417X2013000100007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2013000100007)
- Arias, M. (2014). *De la Psicología Clínica: su historia, definición y conceptos*. Recuperado el 25 de Febrero de 2017, de <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/Psyconex/article/.../18577>
- Avelar, V., Cornejo, I., & Torres, J. (2011). *Efectos psicológicos en personas diagnosticadas con VIH*. Recuperado el 2 de Marzo de 2017, de <http://ri.ues.edu.sv/572/1/10136869.pdf>
- Carrobles, J., Remor, E., & Rodríguez-Alzamora, A. (2003). *Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH*. Recuperado el 25 de Mayo de 2017, de [www.psicothema.com/pdf/1082.pdf](http://www.psicothema.com/pdf/1082.pdf)
- Ceballos, G., Echeverri, A., & Jiménez, M. (2014). *Uso de estrategias de afrontamiento de los pacientes con el VIH y el cáncer en una clínica privada en Santa Marta – Colombia*. Recuperado el 2017, de R.F.S Revista Facultad de Salud Enero - Junio de 2014; 6 (1): 27-33:  
[https://www.researchgate.net/publication/313697270\\_Uso\\_de\\_estrategias\\_de\\_afrontamiento\\_de\\_los\\_pacientes\\_con\\_el\\_VIH\\_y\\_el\\_cancer\\_en\\_una\\_clinica\\_privada\\_en\\_Santa\\_Marta\\_-\\_Colombia](https://www.researchgate.net/publication/313697270_Uso_de_estrategias_de_afrontamiento_de_los_pacientes_con_el_VIH_y_el_cancer_en_una_clinica_privada_en_Santa_Marta_-_Colombia)
- Congreso de Colombia. (2006). Ley 1090 de 2006. *Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y.*

Congreso de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013. *Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.*

Daza, J., & Bilbao, M. (1999). *Factores psicosociales: metodología de evaluación.* Recuperado el 2014 de Febrero de 2017, de [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp\\_443.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_443.pdf)

Figuerola, J. (2004). HIV/AIDS in the Caribbean. The need for a more effective public health response. *West Indian medical journal, Vol. 52*, 156-158.

Fonseca, A. (2009). *Representaciones Sociales Del VIH/SIDA En Jóvenes con y Sin VIH en La Ciudad de Bogotá D.C.* Recuperado el 24 de Marzo de 2017, de [http://www.bdigital.unal.edu.co/1646/1/Tesis\\_Ana\\_Paola\\_Fonseca.pdf](http://www.bdigital.unal.edu.co/1646/1/Tesis_Ana_Paola_Fonseca.pdf)

Fundación HOASIS. (2017). *Reseña Histórica.* Recuperado el 18 de Marzo de 2017, de <http://funhoasis.wixsite.com/funhoasis/historia>

Fuster, M. (2011). *La percepción del La percepción del con VIH: sus efectos y formas de afrontamiento.* Recuperado el 12 de Mayo de 2017, de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=tesisuned:Psicologia-MJfuster&dsID=Documento.pdf>

Gaviria, A., Quiceno, J., Vinaccia, S., Martínez, L., & Otálvaro, M. (2009). *Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/SIDA.* Recuperado el 24 de Marzo de 2017, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082009000100001](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100001)

Hernández, D., Maya, O., Bernal, E., Castañeda, X., & Lemp, G. (2008). *Migración y ruralización del SIDA: relatos de vulnerabilidad en comunidades indígenas de México.* Recuperado el 22 de Marzo de 2017, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000100017)

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación 6ª Edición.* Madrid: McGrawHill.

- InfoSIDA. (2016). *Visión general de la infección por el VIH*. Recuperado el 2 de Marzo de 2017, de <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/19/46/las-fases-de-la-infeccion-por-el-vih>
- Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D., & Aguirre, D. (2006). *Propiedades Psicométricas y Validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una Muestra Colombiana*. Recuperado el 24 de Mayo de 2017, de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672006000200010&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672006000200010&script=sci_arttext&tlng=en)
- Mejia, M. (2012). *VIH y su influencia en Colombia*. Recuperado el 27 de Febrero de 2017, de <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/1849/131369.pdf?sequence=1>
- Ministerio de Salud de Panamá. (2002). *Guía para la asesoría y apoyo psicológico a personas que viven con VIH/SIDA*. Recuperado el 11 de Mayo de 2017, de [http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/santiago\\_guia\\_para\\_la\\_asesoria\\_y\\_apoyo\\_psicologico\\_en\\_vihsida.pdf](http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/santiago_guia_para_la_asesoria_y_apoyo_psicologico_en_vihsida.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2005). *Guía para el Manejo y Prevención del VIH/SIDA*. Recuperado el 20 de Marzo de 2017, de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20PARA%20EL%20MANEJO%20DE%20VIH%20SIDA.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2012). *Resumen de Situación Epidemiológica del VIH/Sida en Colombia 2012*. Recuperado el 11 de Mayo de 2017, de [https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio\\_vih/documentos/monitoreo\\_evaluacion/1\\_vigilancia\\_salud\\_publica/a\\_situacion\\_epidemiologica/RESUMEN%20EPIDEMIA%20VIH%20FINAL%2021%20mayo\\_2012.pdf](https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/a_situacion_epidemiologica/RESUMEN%20EPIDEMIA%20VIH%20FINAL%2021%20mayo_2012.pdf)
- Miranda, O., & Nápoles, M. (2009). *Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana*. Recuperado el 20 de Febrero de 2017, de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol38\\_3-4\\_09/mil073-409.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol38_3-4_09/mil073-409.htm)

- Obiols, J., & Stolkiner, A. (2013). *Mujeres que viven con VIH/Sida y salud mental: legislación, derechos y dignidad en la atención en el sistema público de salud*. Recuperado el 22 de Marzo de 2017, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862013000100034](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862013000100034)
- ONUSIDA. (2016). *Hoja Informativa 2016*. Recuperado el 11 de Mayo de 2017, de [http://www.unaids.org/es/resources/documents/2016/UNAIDS\\_FactSheet](http://www.unaids.org/es/resources/documents/2016/UNAIDS_FactSheet)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *VIH/SIDA*. Recuperado el 12 de Febrero de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
- Restrepo, A. (2014). *Esquemas maladaptativos y estrategias de afrontamiento en sujetos diagnosticados con VIH*. Recuperado el 24 de Mayo de 2017, de <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/me/article/download/870/871>
- Uribe, A. (2005). *Evaluación de Factores Psicosociales de Riesgo para la Infección por el VIH-SIDA en Adolescentes Colombianos*. Recuperado el 11 de Mayo de 2017, de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/828/1/15808920.pdf>
- Vargas, J., Cervantes, M., & Aguilar, J. (2008). *Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos*. Recuperado el 25 de Mayo de 2017, de <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/.../Jaime-Ernesto-Vargas-Mendoza.pdf>
- Vásquez, C., & Crespo, M. R. (2011). *Estrategias de Afrontamiento*. Recuperado el 24 de Mayo de 2017, de <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/psiquiatria-psicologia-clinica-y-psicoterapia/trauma-duelo-y-culpa/94-estrategias-de-afrontamiento/file>

## **Apéndices**

## Apéndice A: Escala de Estrategias de Coping Modificado (EEC-M).

Identificación de los 12 componentes del análisis factorial, con 98 ítems

Londoño N. H., Henao G. C., Puerta I. C., Posada S. L., Arango D., Aguirre, D. C.

### Instrucciones:

A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema.

Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Frecuentemente	5 Casi siempre	6 Siempre												
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Trato de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	1	2	3	4	5	6												
2. Trato de tener mucha resignación con lo que me sucede	1	2	3	4	5	6												
3. Procuro relajarme o tranquilizarme a mi manera	1	2	3	4	5	6												
4. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado	1	2	3	4	5	6												
5. Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)	1	2	3	4	5	6												
6. Procuro no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6												
7. Descargo mi mal humor con los demás	1	2	3	4	5	6												
8. Expreso lo que siento en el momento sin darle importancia a lo que los demás puedan pensar	1	2	3	4	5	6												
9. Intento ver los aspectos positivos del problema	1	2	3	4	5	6												
10. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento	1	2	3	4	5	6												
11. Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional	1	2	3	4	5	6												
12. Asisto a la iglesia	1	2	3	4	5	6												
13. Espero conocer bien el problema antes de darle solución	1	2	3	4	5	6												
14. Espero a que la solución llegue sola	1	2	3	4	5	6												
15. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados	1	2	3	4	5	6												
16. No suelo hacer nada concreto para cambiar la situación	1	2	3	4	5	6												
17. Me dejo llevar por la emoción del momento	1	2	3	4	5	6*												





ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES INFECTADOS CON EL VIH/SIDA - FASE INICIAL

		1	2	3	4	5	6						
		Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre						
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
81.	Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales	1	2	3	4	5	6						
82.	Dejo todo en manos de Dios	1	2	3	4	5	6						
83.	Me doy un tiempo para aclarar la situación	1	2	3	4	5	6						
84.	Espero que las cosas se vayan dando	1	2	3	4	5	6						
85.	Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	1	2	3	4	5	6*						
86.	Me vuelvo muy pesimista con las cosas que me pasan	1	2	3	4	5	6						
87.	Intento mantener la calma	1	2	3	4	5	6						
88.	Trato de evitar mis emociones	1	2	3	4	5	6						
89.	Evito estar en contacto con algo o alguien que tenga que ver con el problema	1	2	3	4	5	6						
90.	Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	1	2	3	4	5	6						
91.	Destruyo o lanzo objetos a raíz de mi mal humor	1	2	3	4	5	6						
92.	Expreso abiertamente mis emociones	1	2	3	4	5	6						
93.	Trato de identificar las ventajas del problema	1	2	3	4	5	6						
94.	Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	1	2	3	4	5	6						
95.	Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	1	2	3	4	5	6						
96.	Busco tranquilizarme a través de la oración	1	2	3	4	5	6						
97.	Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	1	2	3	4	5	6						
98.	Dejo que pase el tiempo	1	2	3	4	5	6						