

**UNIVERSIDAD DE PAMPLONA  
FACULTAD DE SALUD  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**



**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADULTOS JÓVENES INFECTADOS  
CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA VIH/SIDA DE LA  
FUNDACIÓN HOASIS EN LA CIUDAD DE CÚCUTA**

**ANGYE VANESSA HERNÁNDEZ VIASUS  
1093782024**

**KAREN FERNANDA PENAGOS RODRIGUEZ  
1096955258**

**PAMPLONA**

**2018**

**UNIVERSIDAD DE PAMPLONA  
FACULTAD DE SALUD  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**



**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADULTOS JÓVENES INFECTADOS  
CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA VIH/SIDA DE LA  
FUNDACIÓN HOASIS EN LA CIUDAD DE CÚCUTA**

**ANGYE VANESSA HERNÁNDEZ VIASUS  
1093782024**

**KAREN FERNANDA PENAGOS RODRIGUEZ  
1096955258**

**Mgs. CLAUDIA PATRICIA POSADA BENEDETTI  
DIRECTORA**

**PAMPLONA**

**2018**

**TABLA DE CONTENIDO**

<b>Resumen .....</b>	<b>11</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>12</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>13</b>
<b>Problema De Investigación .....</b>	<b>15</b>
Formulación del problema .....	15
Planteamiento del problema.....	15
Descripción del Problema.....	17
<b>Objetivos.....</b>	<b>19</b>
Objetivo General .....	19
Objetivos Específicos.....	19
<b>Justificación.....</b>	<b>20</b>
<b>Estado Del Arte.....</b>	<b>22</b>
Estudios Internacionales.....	22
Estudios Nacionales.....	29
Estudios regionales.....	34
Estudios Locales .....	37
<b>Marco Teórico .....</b>	<b>43</b>
<b>Capítulo I. Virus De Inmunodeficiencia Humana y su Historia .....</b>	<b>43</b>
Historia del VIH/SIDA .....	43
Fases y Sintomatología .....	48
Formas de Transmisión.....	50
Situación General del VIH en Colombia .....	52
Prevalencia del Virus en Colombia .....	54
Atención Psicológica para Pacientes Diagnosticados con VIH.....	56
Procesos de Devolución del Diagnóstico .....	59
Implicaciones Derivadas del Diagnóstico del VIH.....	59
<b>Capítulo II. Estrategias de Afrontamiento.....</b>	<b>62</b>
Definición de Afrontamiento.....	62

<b>Tipos de Estrategias de Afrontamiento .....</b>	<b>63</b>
<b>Tipos de Estilos Afrontamiento .....</b>	<b>65</b>
<b>Capitulo III: Ciclo Vital.....</b>	<b>67</b>
<b>Teorías sobre el ciclo vital .....</b>	<b>69</b>
<b>Erik Erikson.....</b>	<b>70</b>
<b>Abraham Maslow.....</b>	<b>71</b>
<b>Harry Stack Sullivan.....</b>	<b>72</b>
<b>Sigmund Freud.....</b>	<b>72</b>
<b>Carl Gustav Jung.....</b>	<b>73</b>
<b>Jean Piaget.....</b>	<b>73</b>
<b>Daniel Levinson.....</b>	<b>74</b>
<b>Lawrence Kohlberg.....</b>	<b>75</b>
<b>Las variaciones en las etapas del ciclo vital adulto .....</b>	<b>75</b>
<b>Las metas de cada etapa de la vida adulta.....</b>	<b>76</b>
<b>Adulto Joven.....</b>	<b>77</b>
<b>Cambios en el Adulto Joven.....</b>	<b>77</b>
<b>Sexualidad.....</b>	<b>79</b>
<b>Marco Legal .....</b>	<b>80</b>
<b>Constitución Colombiana: derechos fundamentales .....</b>	<b>80</b>
<b>Ley 1090 del 2006.....</b>	<b>83</b>
<b>Ley 1616 de 2013 Salud Mental .....</b>	<b>86</b>
<b>Ley 972 de 2005 (Julio 15).....</b>	<b>89</b>
<b>Reglamento de la Ley General sobre VIH-SIDA, AL-1380-99; No. 27894-S.....</b>	<b>93</b>
<b>Marco Contextual.....</b>	<b>95</b>
<b>Contextualización de la Fundación .....</b>	<b>95</b>
<b>Metodología .....</b>	<b>97</b>

<b>Tipo de investigación .....</b>	<b>97</b>
<b>Diseño de Investigación. ....</b>	<b>97</b>
<b>Población.....</b>	<b>98</b>
<b>Muestra .....</b>	<b>98</b>
<b>Categoría de Análisis .....</b>	<b>99</b>
<b>Técnicas de recolección de información .....</b>	<b>101</b>
<b>Entrevista en profundidad .....</b>	<b>101</b>
<b>Observación.....</b>	<b>101</b>
<b>Historia de vida .....</b>	<b>102</b>
<b>Análisis de información.....</b>	<b>103</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>126</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>132</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>137</b>
<b>Recomendaciones.....</b>	<b>140</b>
<b>Referencias Bibliográficas .....</b>	<b>143</b>
<b>Apéndices.....</b>	<b>150</b>

## Lista de Tablas

Tabla 1. Matriz de Entrevista a Profundidad de categoría Estrategias de Afrontamiento Centrado en el Problema .....	103
Tabla 2. Matriz de Entrevista a Profundidad de categoría Estrategias de Afrontamiento Centrado en la Emoción .....	108
Tabla 3. Matriz de Entrevista a Profundidad de categoría Estrategias de Afrontamiento Combinado .....	116
Tabla 4. Matriz de Historia de Vida de Ciclo Vital .....	119
Tabla 5. Matriz de Observación no participante .....	124
Tabla 6. Matriz de triangulación de instrumentos .....	126

**Lista de Figura**

*Figura 1. Categoría de Análisis..... 100*

## **Lista de Apéndices**

Apéndice A. Entrevista a Profundidad.....	150
Apéndice B. Formato de Observación no Participante .....	153
Apéndice C. Formato Historia de Vida.....	154

## **Agradecimientos**

*Gracias Dios, por tu amor infinito, por permitirme tener y disfrutar de mi familia, y poder compartir este triunfo en compañía de ellos.*

*A mis padres gracias por confiar en mí y mostrarme el camino de la superación, a mi padre Ivan Hernández por cada esfuerzo que ha realizado para poder darme esta oportunidad, a mi hermosa madre Carmen Viasus que siempre ha creído en mí, quien es mi fuerza y la luz de mi vida, y quien nunca me ha dejado desfallecer. Les agradezco, y hago presente mi profundo amor hacia ustedes.*

*A mis hermanos por lo que representan para mí, a mi familia por su amor y cariño que siempre me han ofrecido.*

*A mi compañera Karen Penagos, gracias por querer recorrer este difícil camino, no ha sido sencillo hasta ahora, pero gracias al compañerismo, a su apoyo y su amistad logramos concluir nuestro proyecto de la mejor manera.*

*Angye Vanessa Hernández Viasus*

*A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más, tu amor y tu bondad no tienen fin. A mi familia quienes por ellos soy lo que soy.*

*Para mis padres por sus consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos*

*A mis hermanos gracias por el apoyo, cariño y por estar en los momentos más importantes de mi vida. Este logro también es de ustedes.*

*A mi compañera y gran amiga quien a pesar de las caídas estuvo ahí para sacar este gran logro adelante, gracias por ser esa mujer soñadora y transparente, por esa amistad incondicional que nos unió desde el principio de este sueño profesional.*

*Karen Fernanda Penagos Rodríguez*

## **Resumen**

Las infecciones de transmisión sexual, como lo es el VIH/SIDA es una de las problemáticas de salud pública que más perturba a la población, afectando a 36. 9 Millones de personas que viven con la infección, amenazando la salud física y mental de la persona infectada, debido al impacto que deben enfrentar a los factores estresores fisiológicos, económicos, socioculturales y psicológicos para la adaptación de su nueva condición, por lo que la presente investigación tiene como objetivo describir las estrategias de afrontamiento de dos adultos jóvenes con VIH-SIDA de la fundación Hoasis de la ciudad de Cúcuta, desde una perspectiva cualitativa, proponiendo a futuro lineamientos psicoeducativos para un modelo de intervención. Se realizó bajo el enfoque cualitativo con un diseño de tipo narrativo lo que quiere decir que el investigador hace recolección de historias de vida y de diferentes experiencias de ciertas personas para así poder describirlas y analizarlas; en una muestra de dos adultos jóvenes de 24 - 25 años de la fundación Hoasis en la ciudad de Cúcuta, con el virus de inmunodeficiencia humana VIH/Sida. Se aplicó técnicas de recolección de información como la entrevista a profundidad, la observación no participante y la historia de vida, que permitieron obtener como resultado que los pacientes con VIH/SIDA utilizan las diferentes estrategias de afrontamiento de acuerdo a la fase que se encuentra la infección, en esta investigación hay un mayor grado de utilización en estrategia de afrontamiento centrado en la emoción y combinado.

Palabras Claves: VIH, estrategias de afrontamiento, adulto joven, orientación sexual, sexualidad.

## **Abstract**

Sexually-transmission infections, such as HIV/AIDS, are one of the public health problems that most disturb the population, affecting 36.9 million of people living with the infection, threatening the physical and mental health of the infected person, due to the impact they must face the physiological, economic, sociocultural and psychological stressors for the adaptation of their new condition, so this research aims to describe the coping strategies of two young adults with HIV/AIDS from the Hoasis Foundation of the city of Cúcuta, from a qualitative perspective, proposing to future psychoeducational guidelines for a model of intervention. It was carried out under the qualitative approach with a narrative-type design which means that the investigator collects life histories and different experiences of certain people in order to describe and analyse them; In a sample of two young adults of 24-25 years of the Hoasis Foundation in the city of Cúcuta, with the human immunodeficiency virus HIV/AIDS. Data collection techniques were applied such as in-depth interview, non-participant observation and life history, which resulted in HIV/AIDS patients they use the different coping strategies according to the phase of the infection, in this research there is a greater degree of use in coping strategy focused on emotion and combined.

Key words: HIV, coping strategies, young adult, sexual orientation, sexuality.

## **Introducción**

En el campo de las infecciones de transmisión sexual, específicamente por el Virus de Inmune Deficiencia Humana (VIH), el problema reside en establecer, cuáles son las variables psicológicas que tienen una gran influencia a la hora de predecir un mejor ajuste en cuanto a la calidad de vida, el control sobre la salud y la aparición de otras enfermedades una vez diagnosticada la infección. Dentro de las variables psicológicas investigadas se aprecian las estrategias de afrontamiento, que se refiere a los esquemas mentales intencionales de respuesta ya sea cognitivo, emocional o conductual, y que están encaminados a manejar y/o minimizar las demandas y los conflictos de los sucesos estresantes de la persona.

Para el 2017, 1,8 millones de personas contrajeron la infección por el VIH (ONUSIDA, 2017). Las estadísticas de la ONUSIDA, demuestran que a pesar de los múltiples estudios que se han realizado sobre la infección, y a pesar de la educación en cuanto a la misma, así como el desarrollo de programas de promoción y prevención, el problema radica en las diferentes creencias que se generan de este virus, aumentando la exposición al riesgo.

Hasta la fecha, la epidemia del VIH/SIDA es considerado un verdadero y grave problema de salud pública, que no deja de extenderse por todo el mundo registrando para el año 2017, un total de 36,9 millones de personas infectadas por el VIH (ONUSIDA, 2017). Sin embargo, la huella social que día a día deja el VIH es de gran importancia investigarla, pues se estima que las principales problemáticas a las que se enfrentan las personas con VIH se relaciona con el estigma social y la discriminación, teniendo como resultado unas implicaciones psicosociales que pueden llegar a ocasionar dificultades en la dimensión psicológica de la persona y por ende su calidad de vida.

En este orden de ideas, se debe destacar que, en diferentes partes del mundo, se ha estudiado la manera en que las personas infectadas con VIH afrontan la infección de transmisión sexual y sentando así las bases para el diseño y ejecución de programas de intervención psicológica que pueden mejorar la calidad de vida. El uso de los recursos y estrategias de afrontamiento facilitan y mejora el pensamiento, la emoción y la conducta de la persona.

Por ello, esta investigación será de tipo narrativo lo que quiere decir que se realiza a partir de la ejecución de una entrevista a profundidad e historias de vida y de diferentes experiencias de los dos participantes para así poder describirlas y analizarlas (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Teniendo en cuenta el VIH como problemática social, y todas las implicaciones que consigo trae y la relación de las estrategias de afrontamiento, nos condujo a realizar esta investigación con el objetivo de describir las estrategias de afrontamiento de dos adultos jóvenes con VIH-SIDA de la Fundación Hoasis de la ciudad De Cúcuta, desde una perspectiva cualitativa, proponiendo a futuro lineamientos psicoeducativos para un modelo de intervención.

## **Problema De Investigación**

### **Formulación del problema**

¿Cuáles Son Las Estrategias De Afrontamiento Empleadas Por Dos Adultos Jóvenes Infectados Con El Virus De Inmunodeficiencia Humana Vih/Sida De La Fundación Hoasis En La Ciudad De Cúcuta?

### **Planteamiento del problema.**

El Virus del VIH es una infección de transmisión sexual crónica y estigmatizante, lo que conlleva un importante deterioro físico, bienestar psicológico y calidad de vida de la persona. En este sentido, el Instituto Nacional de Salud (2018) expresa que “las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema de salud pública, por lo que es necesario conocer su comportamiento para poder realizar acciones de promoción y prevención que permitan su control y por ende lleven a que estas se disminuyan”. Igualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) expreso que este problema de salud pública mundial ha cobrado ya más de 35 millones de vidas. Para el año 2016, un millón de personas fallecieron en el mundo por causas relacionadas con este virus.

Si bien, la infección de transmisión sexual más frecuente como el VIH no tiene cura, si da garantías de tratamiento, pero los estigmas sobre la infección, los prejuicios y discriminación conciben en los individuos actitudes negativas o descalificadoras internalizadas generando un impacto negativo, a lo que se suma la invisibilidad de quienes no han sido diagnosticados. Por eso, el estigma interno influye en la manera en que la persona se percibe así misma y en la manera en que cree ser mirada por los demás, lo que ocasiona un desequilibrio físico, psicológico y social. En muchos casos, esto genera sentimientos de vergüenza, culpa, baja autoestima, llegando a pensamientos suicidas.

En este contexto, el estigma relacionado con el VIH/SIDA tiende asociarse con los comportamientos que la sociedad rechaza como la promiscuidad, la prostitución, el consumo de drogas inyectables, las prácticas homosexuales y transexuales; además de los grupos marginales y vulnerables como los desplazados, los migrantes, y los privados de la libertad. La falta de conocimiento, las creencias erróneas, los miedos y el temor al contagio da como resultado la discriminación y el rechazo a las personas que son seropositivas para el virus, y que se tiene como mayor consecuencia que no acudan a un servicio de salud que les brinden un tratamiento oportuno para el control y seguimiento de la infección, lo que conlleva a la propagación de la epidemia (Ministerio de la Protección social, 2008-2011).

En este mismo sentido, la organización sin ánimo de lucro Stop Sida dedicada a la prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual señalan (2017) que “la falta de educación sexual entre y para la ciudadanía y la culpabilización de miedos transmitidos a las personas afectadas se convierten en los ingredientes colaboradores necesarios para el desarrollo de un escenario que amenaza la salud y las libertades de las personas”. A su vez, explican que “el incremento se produce de manera exponencial en relaciones de parejas homosexuales, bisexuales y otro tipo de relaciones, y este incremento es el resultado de factores multiplicadores de la incidencia sobre la población general”.

En síntesis, y de acuerdo con la organización Stop Sida el motor de la incidencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y en este caso al VIH se debe en gran parte a la prevalencia de los discursos inculporio generadores de miedo y culpabilidad a la sexualidad, además influye la ausencia de información especializada y empática y sobre todo de programas, dinámicas o temáticas educativas sobre sexualidad enmarcadas en los derechos sexuales. En otras problemáticas que influyen en el crecimiento en las tasas de incidencia del VIH y otras ITS es las falencias en los servicios de acceso a la salud, temas de desplazamiento y el auge de la prostitución.

### **Descripción del Problema.**

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es una infección que se caracteriza por la afectación al sistema inmunológico del organismo el cual se incorpora en el cuerpo y se reproduce sin causar síntomas por determinado tiempo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) explica que “el Virus de la Inmunodeficiencia Humana infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función y produciendo progresivamente su deterioro, a tal punto que este deja de luchar contra las infecciones y enfermedades”.

Frente a ello, la prevalencia de personas que viven con VIH-SIDA a nivel mundial en el año 2016 fue un total de 36,3 millones y una incidencia en nuevos casos de personas infectadas por el VIH de 1,8 millones. Comparadas al año 2017 fue de 36,9 millones, siendo el 35,1 millón de adultos los que mayor cifra tiene y el 1,8 millón de niños menores de 15 años de edad los que registran con VIH. La incidencia del 2017 fue de 1,9 millones de nuevos casos de personas infectadas con VIH. El número total de nuevas infecciones por el VIH en mayores de 15 años en el año 2017 fue de 1,7 millones comparadas al 2016 con 1,6 millones de personas infectadas, para personas hasta 14 años se registraron un total de nuevas infecciones en el año 2016 180.000 cifra que siguió igual para el año 2017. Y el 75% de las personas que vivían con el VIH conocía su estado serológico con respecto al VIH. (ONUSIDA, 2017).

Así mismo, según la Asociación Colombiana de Infectología (2017) en Colombia 180 mil personas entre los 15 y 50 años están infectadas con el VIH. Y solo 120 mil están registradas en el sistema de salud, según el Instituto de Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del Instituto Nacional de Salud (INS) a lo largo de 2016; 78.8% fueron hombres y 21.1% fueron mujeres, siendo la vía sexual el mecanismo de transmisión en el 98.5% de los casos.

Teniendo en cuenta lo anterior, el Boletín Epidemiológico Semanal (BES), del Instituto Nacional de Salud, desde la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, durante la semana epidemiológica 20 del 2017 se notificaron 295 casos de Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –VIH/Sida-, de los cuales 139 fueron diagnosticados durante esa semana y 156 notificados de manera tardía. Con respecto al año anterior, la cifra aumento puesto que en la misma semana se habían notificado 239 casos. En total, hasta la fecha, han ingresado 4.878 casos confirmados por laboratorio. El panorama no cambia en Norte de Santander siendo uno de los departamentos con más casos registrados de VIH en el país y Cúcuta específicamente, ha sido declarada en epidemia a esta enfermedad, que ha sido atribuida a la llegada de venezolanos y venezolanas a la capital.

Según la ONUSIDA (2017) los grupos de población clave para los riesgos de contraer el VIH es “27 veces mayor entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, 23 veces mayor entre las personas que se inyectan drogas, 13 veces mayor para las trabajadoras sexuales, 12 veces mayor para las mujeres transgénero”.

De acuerdo con las estadísticas anteriormente planteadas, es claro ver que la prevalencia e incidencia del VIH-SIDA está en constante aumento, y ello hace que sea realizar permanentemente estudios de factores de riesgo que influyen en la incidencia como en la prevalencia de esta infección de transmisión sexual a fin de información que sirva para el desarrollo de programas exitosos tanto de prevención y tratamiento.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Describir las Estrategias De Afrontamiento de dos Adultos Jóvenes con VIH-SIDA de la Fundación Hoasis De La Ciudad De Cúcuta, desde una perspectiva cualitativa, proponiendo a futuro lineamientos psicoeducativos para un modelo de Intervención.

### **Objetivos Específicos**

Establecer las estrategias de afrontamiento utilizadas con mayor frecuencia en la muestra estudio en relación a la fase en que se encuentra la infección.

Demostrar cuales son los tipos de estilos de afrontamiento que presenta la muestra de estudio en relación a la fase en que se encuentra la infección.

Diseñar un protocolo de intervención bajo lineamientos psicoeducativos, que a futuro deleve e incorpore estrategias que fomenten estilos saludables y acciones que fortalezcan la salud mental de los Adultos Jóvenes con VIH-SIDA de la Fundación Hoasis De La Ciudad De Cúcuta.

## **Justificación**

Vivir padeciendo la infección crónica de la Inmunodeficiencia humana VIH/SIDA, es una realidad en la que no solo interviene la salud física del paciente sino también el estado mental y emocional, puesto que se ven enfrentados a estresores económicos, socioculturales y psicológicos; con el diagnóstico de tener dicho virus la persona cambia la manera en la que se ve a sí misma y a su vida, afectando en gran parte el auto concepto y su adaptación dependerá de factores como el género, el estatus social, la edad, la educación, el apoyo, los patrones de personalidad, el equilibrio o control emocional, las creencias religiosas, etc.

Una persona con VIH/SIDA, en las diferentes fases, ha de enfrentar múltiples retos y circunstancias adversas, es por esto que nuestra investigación se centra en describir las estrategias de afrontamiento de dos adultos jóvenes con VIH-SIDA de la Fundación Hoasis de la Ciudad de Cúcuta, Norte de Santander desde una perspectiva cualitativa, proponiendo a futuro lineamientos psicoeducativos para un modelo de intervención, lo cual se realizará mediante el diseño y aplicación de una entrevista a profundidad con el fin de establecer cuáles son las estrategias utilizan con mayor frecuencia afrontamiento para sobrellevar la enfermedad y así mismo demostrar cuales son los tipos de estilos de afrontamiento que han desarrollado para su autocuidado.

El interés de realizar esta investigación nace de los altos índices que se evidencian del padecimiento de este virus VIH/SIDA en la zona de Norte de Santander, específicamente en la ciudad de Cúcuta y de la oportunidad de realizar las prácticas pre-profesionales de Psicología en dicha ciudad. Así mismo se elige la fundación Hoasis ya que es un hogar asistencial para personas que viven y conviven con VIH/SIDA buscando mejorar la calidad de vida de dichas personas y así mismo poder vivenciar las realidad de los pacientes diagnosticados con VIH, quienes pueden presentar problemas como: negación del diagnóstico, falta de adherencia al tratamiento, sentimientos negativos, alteraciones del sueño, baja autoestima, conductas de riesgo, discriminación, etc: los cuales afectan la calidad de vida de esta población afectada.

Las limitaciones del estudio se centran en que la muestra con la que se cuenta estará basada en aquellos adultos jóvenes entre los 20 y 25 años que voluntariamente deseen participar del estudio y no con la población total que se encuentra en la fundación Hoasis, debido al manejo confidencial de la información que se respalda mediante un consentimiento informado.

El beneficiario directo de esta investigación será el propio paciente y la fundación Hoasis; pretendiendo que este beneficio se extienda a los familiares, acompañantes, organizaciones, clínicas y a la sociedad que a su vez la conformamos todos; ya que de acuerdo a los resultados obtenidos se diseñarán unos lineamientos psicoeducativos que servirán para el tratamiento y acompañamiento de poblaciones afectadas por el virus del VIH/ SIDA. De igual manera trabajar con esta población nos permite llevar los conocimientos adquiridos durante nuestra formación profesional como psicólogas a la práctica y así mismo obtener un crecimiento en lo personal y profesional para el manejo de poblaciones vulnerables como los pacientes con VIH-SIDA trabajando para el bienestar psicológico tanto en estrategias de afrontamiento como la adherencia al tratamiento y el auto-cuidado. Esto permitirá no solo aumentar la eficiencia en relación a los programas de prevención y promoción, sino planificar con mejores resultados las estrategias eficaces en la creación de un programa especialmente para los pacientes con VIH/SIDA.

También a nivel institucional el programa de psicología de la Universidad de Pamplona obtendría un trabajo que se espera que sea continuado, intensivo no solo con esta población vulnerable, sino aquellos que requieran de la intervención y estimulación en estrategias y estilos de afrontamiento, buscando facilitarles una mayor comprensión del problema que asumen y a su vez, brindarles los primeros auxilios psicológicos sobre como confrontar aquellas situaciones problemas que se asocian a su enfermedad e interfieren con el proceso de bienestar en torno a su salud física y mental.

## **Estado Del Arte**

Para darle respuesta a la pregunta de investigación, se realizó un rastreo bibliográfico que permitió fundamentar el estudio desde términos como estrategias de afrontamiento, calidad de vida, VIH, SIDA, apoyo social, historia de vida, adherencia al tratamiento, modificaciones y alteraciones. Para delimitar la revisión de antecedentes se mencionan cinco investigaciones internacionales y una en inglés, cinco nacionales y dos regionales y tres a nivel local.

### **Estudios Internacionales**

**Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes diagnosticados con VIH en el hospital provincial general docente Riobamba, período octubre 2015-marzo 2016; María José Cayambe Palacios y Yajaira Nataly Haro Gavidia**

En Ecuador, realizaron una investigación con el objetivo de determinar las estrategias de afrontamiento y niveles de calidad de vida en pacientes diagnosticados con VIH del Hospital Provincial Docente Riobamba, periodo octubre 2015 a marzo 2016, para comprobar la hipótesis planteada sobre las estrategias de afrontamiento influyen sobre el nivel de calidad de vida de los pacientes con VIH. Fue una investigación descriptiva, de enfoque cuantitativo no experimental, tipo correlacional, documental - de campo y corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 120 pacientes diagnosticados con VIH en estado activo en el Sistema de Información Epidemiológica Nacional, mediante criterios de inclusión y exclusión se determinó una muestra de 39 pacientes. Se utilizaron técnicas de observación clínica y entrevista psicológica; los instrumentos psicológicos utilizados fueron: Inventario de Valoración y Afrontamiento de Cano y Tobal adaptado por Nora Leibovich y Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL – BREF de la OMS. De acuerdo con esto, las conclusiones a las que llegaron fueron las siguientes:

Se encontró que 73% de los encuestados utilizan estrategias de afrontamiento activo (ACS y ACME), que se relaciona con una mejor calidad de vida, salud y sensación de control, frente al 27% que utilizan estrategias de afrontamiento pasivo (AE) relacionado con diestrés, trastornos del ánimo y deterioro de la calidad de vida. El 46% de los pacientes perciben su calidad de vida como moderadamente satisfactoria, los indicadores alarmantes son: baja autoestima, energía, ingresos económicos, apoyo social, vida sexual insatisfactoria. Y por último, plantearon un plan psicoterapéutico que incrementan estrategias de afrontamiento activas para mejorar la calidad de vida mediante técnicas cognitivo conductuales.

Este antecedente fue de gran relevancia para esta investigación, porque los resultados muestran la importancia de las estrategias de afrontamiento, especialmente en las personas con VIH, por lo que sirve de guía para la presente investigación. Además, su metodología ha sido de gran ayuda en la estructuración de esta investigación, debido a que, es una investigación no experimental: no modifica las variables, estrategias de afrontamiento, calidad de vida, estas son observadas en su naturaleza, así como es una investigación de campo, se relaciona con la presente siguiendo un proceso sistemático, riguroso y racional, donde se obtiene la información directa de la realidad de los pacientes diagnosticados con VIH, así como, realiza una identificación, descripción y análisis de las variables: afrontamiento, en una población específica de pacientes diagnosticados con VIH.

**Factores sociales y psicológicos relacionados a calidad de vida en pacientes con VIH-Sida del HEODRA asociados al grupo de autoayuda de occidente III trimestre 2015; Junieth Samali Cáceres Bolaños y Verónica Lucia Ramírez García en el 2015**

Otra investigación internacional es en Nicaragua, realizada fue sobre los factores sociales y psicológicos relacionados a calidad de vida en pacientes con VIH-Sida del HEODRA asociados al grupo de autoayuda de occidente III trimestre 2015. Cuyo objetivo

fue analizar los factores sociales y psicológicos relacionados a calidad de vida en pacientes con VIH-Sida.

El estudio se realizó con 61 pacientes con VIH-Sida, utilizando cuestionario con preguntas dicotómicas y selección múltiple en la que se midieron aspectos sociodemográficos y los factores sociales y psicológicos. Los resultados que se obtuvieron con este cuestionario fueron: La mayoría se encuentran entre las edades de 26-40 años, donde predomino el sexo masculino, son soltero, la procedencia de mayor numero es la urbana, de los cuales la mayor parte alcanzo la secundaria, en cuanto a la ocupación de los pacientes se obtuvo una equidad en ama de casa y otras ocupaciones laborales, donde la mayoría pertenecen a la religión católica. De estos resultados, concluyeron que ninguno de los datos sociodemográficos se comporta como factor de riesgo para la calidad de vida de los participantes, en cuanto a los factores sociales y psicológicos ninguno se comportó como factor de riesgo estadísticamente significativo.

De este antecedente se destaca el abordaje teórico sobre los factores sociales y psicológicos y como esta se presenta en las personas con VIH, en este sentido, la relevancia de este para esta investigación se centra en los fundamentos teóricos y legales de la parte psicológica, esto tomando en cuenta que las reacciones como se afrontan sigue un comportamiento que debe estudiarse para entenderlo.

Asimismo, sus bases teóricas toman en cuenta que la psicología tiene un papel fundamental en los procesos de diagnóstico, atención y prevención de la infección por el VIH en relación a los factores psicosociales; los cuales son determinante en la infección por el VIH, no solo por el estudio de la conducta de los seres humanos sino también por cuestiones relacionadas con la modificación de conducta; por lo que constituye un aporte importante en el desarrollo de la presente investigación.

**Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida; Liudmila Vilató Frómeta, Mrtín Alfonso Libertad e Iliana Pérez Nariño en el 2015**

En Cuba, realizaron una investigación sobre la adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/Sida en el área de salud. El objetivo de la investigación fue caracterizar la adherencia terapéutica y el apoyo social de los pacientes que viven con VIH/Sida, un estudio descriptivo de corte transversal con uso de metodología cuantitativa, en la cual utilizaron como técnicas de recolección de datos una entrevista semiestructurada, el cuestionario MGB para la evaluación de la adherencia terapéutica y el cuestionario de apoyo social CAS-10, en una muestra de 27 pacientes mayores de 20 años de edad que viven con la infección.

Los resultados que se obtuvieron de esta investigación fueron: Prevalció el nivel parcial de adherencia y desde el punto de vista estructural el componente más afectado fue la relación transaccional entre pacientes y equipo de salud. La relación médico-paciente no propicia el establecimiento de estrategias conjuntas para garantizar el cumplimiento del tratamiento. El estudio arrojó que las personas que viven con VIH incluidas en el estudio presentaron una elevada necesidad percibida de apoyo social, poca satisfacción con la ayuda recibida e insuficientes expectativas de apoyo social.

El trabajo señalado, se tomó como antecedente debido a los resultados obtenidos, los cuales muestran como las personas con VIH tienen una necesidad de recibir apoyo social, marcando un parámetro de comportamiento, por lo que para la presente investigación ayudaría en la comparación de resultados. Por lo que, el aporte más importante de la investigación antes mencionada, fue las técnicas de recolección de la información utilizadas, ya que realizaron entrevista semiestructurada con el objetivo de indagar sobre datos donde profundizó además en las particularidades del apoyo social y como estuvo

compuesto por un análisis documental, donde se revisaron las historias clínicas para tener información relacionadas con el tiempo de diagnóstico de la enfermedad VIH, proporciona una idea óptima a seguir por la presente investigación para poder medir los casos de estrategias de afrontamiento.

### **Historia de vida de las personas viviendo con VIH/sida; Nathaly Blanca Flor Mendoza Farro, Sonia Aleida Rubio Rubio en el 2016**

En México, realizaron una investigación sobre historias de vida de las personas viviendo con vih/sida. El objetivo de su investigación fue conocer sobre la historia de vida de la persona viviendo con vih/sida y analizar su historia. La investigación se realizó de tipo cualitativo, utilizando el método de historia de vida. Para ello trabajaron con una muestra de 11 personas viviendo con VIH/SIDA, utilizando una entrevista semiestructurada que estuvo estructurada por cinco categorías, en la cual obtuvieron las siguientes conclusiones: En lo referente a la respuesta de la persona frente al diagnóstico de la enfermedad, se encontró que la tristeza es el común denominador y que, si bien la mayoría ha logrado realizar un afrontamiento eficaz ante la crisis, existen quienes hacen un duelo patológico.

En la segunda categoría de actitudes de la pareja, familia y amigos frente a su enfermedad, se encuentra el estigma y la discriminación, así como el ocultamiento del diagnóstico para evitarlo; es importante también el apoyo que reciben de su entorno familiar más cercano. En la categoría atención prestada por el servicio de salud, la perciben como de buen trato; en las categorías de motivaciones, cambios de vida y religión, se encontró que los hijos son la principal motivación y que la enfermedad les hizo mejorar el rumbo de sus vidas, siendo la religión un apoyo importante y en el tema de problemas que dificultan su recuperación tenemos los económicos y las adicciones al alcohol y drogas.

Dentro de esta configuración, dicho estudio muestra la importancia de emerger un conjunto de acciones para el fortalecimiento de las historias de vida de las personas viviendo con VIH, para la cual México forma parte de ese proceso investigativo y que mantiene políticas para ayudar en lo social y económico a las personas que padecen dicha enfermedad. Por ello, dicho trabajo a escala internacional es de gran utilidad en la fundamentación teórica pertinente al estudio en curso.

**Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sexuales vinculadas con el VIH/Sida, en Guadalupe, Morona Santiago; Yolanda del Rocío Riera Bravo y Daniela Paola Valdez Siavichay en el 2017**

Por último, en las investigaciones internacionales se encuentra es en Ecuador, realizaron una investigación sobre conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sexuales vinculadas con el VIH/SIDA en Guadalupe, morona, Santiago. Cuyo objetivo describir los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sexuales vinculadas con el VIH/SIDA. Fue una investigación cualitativa fenomenológica, en la que se utilizó una entrevista semiestructurada a una muestra de 5 personas entre hombres y mujeres, desde los 22 y 50 años, en la que se obtuvieran las siguientes conclusiones:

Los resultados demuestran que la gente desconoce el VIH/SIDA y no saben el riesgo al que se exponen por la falta de prevención, un diagnóstico temprano, una ineficaz asistencia médica, y esto se ve afectado principalmente por la información escasa. Existen comportamientos de riesgo relacionados con la liberalidad frente a las relaciones sexuales, resaltando la salida de los hombres a la sociedad de consumo. Esta exposición al riesgo podría mejorar de forma considerable, mediante la intervención del personal de salud, para aplicar medidas educativas, preventivas concientizando relaciones sexuales responsables.

Dicho esto, la investigación antes mencionada cuenta con argumentos teóricos referidos a las personas que padecen VIH, además, establece la importancia del conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sexuales de estas personas, de tal forma que tienen que lograr la satisfacción de una serie de necesidades mínimas esenciales a su propia existencia. De allí, que la presente investigación se vincula con el estudio en curso y, por tanto, es tomada como fundamentación teórica. Además, esta investigación me como se siente el paciente en cuanto a la tristeza y sufrimiento físico, entendiendo cuáles son sus vivencias, cómo afecta a su vida, haciendo referencia a la experiencia cultural y personal de la enfermedad, lo cual, a veces, es más importante para la persona que el propio estado patológico, definiéndola como la enfermedad en primera persona, de este modo, se podrían comparar resultados.

**Assessment of an intervention to reduce the impact of stigma on people with HIV, enabling them to cope with it María J. Fuster-Ruiz de Apodaca, Fernando Molero and Silvia Ubillos in 2016 (Spain)**

In the same way in Spain, he carried out a study where his objective was evaluate an intervention program for reduce the impact of stigma on people with HIV and allow them deal with it. A quasi-experimental design, with no equivalent control. Group and pre and post test were used. The participants were 221 people with HIV, of which 164 received the intervention and 56 formed the non-equivalent. control groups. The dependent variables were the perception of stigma -acted and internalized-, self-esteem, perception of self-efficacy, Strategies used to address the stigma: primary, secondary control. Control and avoidance and quality of life. The results showed reduction of perceived stigma and avoidance. strategies and an increase in perceived self-efficacy to address stigma, willingness to use strategies of approach, self-esteem and quality of life. These The results indicate that it is possible to train people with HIV to cope with stigma.

This antecedent has a direct relationship with the present investigation because its results have shown the possibility to train people with HIV to face the stigma and the positive impact this has had on quality of their lives. The results showed a reduction of the stigma perceived, an increase in perceived self-efficacy to address the stigma and willingness to use strategies approach, a decrease in the strategies of avoidance, and an improvement in self-esteem and quality of life.

### **Estudios Nacionales.**

**Uso de estrategias de afrontamiento de los pacientes con el VIH y el cáncer en una clínica privada en Santa Marta – Colombia; Guillermo Augusto Ceballos Ospino, Amparo Echeverri Arias y María Paola Jiménez Villamizar en el 2014**

Paralelamente a lo anterior, a nivel nacional se han desarrollado estudios como el realizado en Santa Marta, cuyo objetivo fue identificar y analizar las estrategias para hacer frente a la enfermedad en pacientes con VIH y cáncer ingresados en una clínica privada en 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 este tipo de pacientes. Se realizó un estudio 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. Las conclusiones a las que llegaron fueron las siguientes: Los pacientes con VIH al igual que los de cáncer, no cuentan con la capacidad para afrontar la situación adversa que presenta.

Se establezca un programa de entrenamiento para el uso adecuado de estrategias de afrontamiento. Organizar 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 ya sea ambulatoria u hospitalaria, capacitando un refuerzo del proceso psicoeducativo que se realiza Con base a: Manejo de diagnóstico, adherencia al tratamiento,

manejo de emociones negativas (ansiedad, tristeza, estrés, ira...) intervención en crisis, por mencionar solo algunas.

Establecer un régimen de apoyo psicológico-emocional-social, y permitan de tal forma un mejor afrontamiento de su situación actual. En definitiva, dicho trabajo investigativo reúne consistencia teórica y metodológica para ser tomado como fuente o antecedente significativo, dado que plantea el análisis de los elementos de desarrollo sociales, y las estrategias de afrontamiento de los pacientes con el VIH.

**Vivir con VIH: experiencias de estigma sentido en personas con VIH; Yurany Guevara-Sotelo y Paula Andrea Hoyos en el 2018**

Igualmente, en Cali, realizaron una investigación llamada cuyo objetivo principal fue reconocer los significados colectivos y subjetivos que un grupo de personas con VIH tiene respecto a vivir con la enfermedad. Este estudio fue de manera cualitativo explicativo con diseño narrativo; los datos fueron recolectados a través de tres grupos de discusión conformados por 16 personas con VIH, hombres y mujeres entre los 22 y los 49 años de edad, que viven en la ciudad de Cali. Entre los resultados encontramos: Los significados de los participantes giran en torno al vivir el VIH, en relación con el estigma sentido, el estigma real, el estigma percibido y el autoestigma. La experiencia del estigma se relaciona directamente con la percepción que los participantes tienen de sí mismos y la construcción de su autoimagen y autoconcepto se transforma dependiendo de la forma en que se asume la enfermedad; finalmente, las estrategias de afrontamiento que se utilizan se basan en el cuidado de la imagen, en evitar el malestar emocional y sentirse apoyados por alguna persona cercana a ellos.

En ese sentido, el anterior estudio reúne argumentos metodológicos y teóricos vinculados con la variable estrategia de afrontamiento, así mismo, plantean la convicción de promover un escenario social donde los beneficios sean desplegados para todos los ciudadanos y ciudadanas que tengan el VIH, razón por la cual el aporte teórico es considerado para los fines de la investigación, tal es el caso que esta investigación proporciona datos como la evidencia que el VIH es producto de diversas situaciones en cadena, en donde las representaciones sociales construidas alrededor de la enfermedad constituyen un factor central en el afrontamiento y en la forma de vivirlo colectivamente, realizar una intervención desde temáticas como la memoria colectiva, la identidad colectiva y la reconstrucción de la identidad podría permitir resignificar y potencializar la imagen que las personas con VIH tienen de sí mismas y del grupo social al que pertenecen.

**La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales; María Teresa Varela Arévalo y Paula Andrea Hoyos Hernández en el 2015**

De este mismo modo, desarrollaron un estudio llamado en donde su objetivo principal fue describir la adherencia a aspectos no-farmacológicos del tratamiento en personas con VIH/Sida de la ciudad de Cali, Colombia y establecer su relación con aspectos sociodemográficos; mediante un estudio observacional transversal, con una muestra de 277 personas con VIH/Sida de nueve instituciones de salud. Se utilizó el cuestionario de adherencia al tratamiento para el VIH/Sida. Lograron concluir que la adherencia al tratamiento no-farmacológica es baja y parece ser un problema generalizado en la población con VIH/Sida, si bien es más grave en menores de 40 años. Los resultados muestran que es necesario realizar intervenciones que mejoren la adherencia no-farmacológica para contribuir al control de la infección, y que éstas deben implementarse en todas las personas diagnosticadas, con especial énfasis en la población joven.

El análisis fundamental y la investigación desarrollada en los contextos teóricos existentes sobre el tópico permitieron medir las situaciones de salud de las personas con VIH. Por otra parte, el caso descrito anteriormente constituye un soporte teórico para el presente estudio por cuanto los resultados sirven de fundamento referencial y en ellos se refleja la necesidad de implementar una serie de estrategias para conocer los efectos en la salud mental de los pacientes con esta enfermedad. Del mismo modo, las conclusiones proporcionan datos importantes para direccionar la presente investigación, ya que, menciona como la adherencia al tratamiento no-farmacológica es baja y parece ser un problema generalizado en la población con VIH/Sida, por lo que los resultados muestran que es necesario realizar intervenciones que mejoren la adherencia no-farmacológica para contribuir al control de la infección, y que éstas deben implementarse en todas las personas diagnosticadas, con especial énfasis en la población joven.

**Manifestaciones psicológicas y sociales en niños de 0 a 15 años con VIH- SIDA; Andrea Natalia Zapata Rodríguez, Diego Armando Hernández Hernández y Slendy Katherine Acelas Peña en el 2017**

A su vez en Bucaramanga, realizaron un estudio sobre en donde su objetivo principal fue describir las manifestaciones psicológicas y sociales en niños de 0 a 15 años con VIH sida según la revisión sistemática de literatura durante los últimos 10 años, planteándose como pregunta problema ¿cuáles son las manifestaciones psicológicas y sociales en niños de 0 a 15 años que viven con VIH- SIDA. Las conclusiones a las que se llegaron fueron las siguientes:

Las manifestaciones sociales que afectan a los niños infectados por el VIH/SIDA son estigma social, rechazo social, discriminación, exclusión de los juegos y exclusión de las actividades sociales. Las alteraciones psicológicas que se generan en los niños infectados por el VIH/SIDA representan una amplia variedad de trastornos, según orden de evidencia son hiperactividad, ansiedad, impulsividad, tristeza, miedo, angustia y depresión.

La investigación en referencia aporta elementos interesantes para la estructuración de la información teórica sobre las manifestaciones psicológicas y sociales de personas con VIH, por lo que además de guiar, sus resultados serían de ayuda para medir cómo se comportan estos pacientes y poder así diseñar instrumentos de medición. Por consiguiente, como le presente investigación ha sido de revisión literaria se relaciona mucho con la investigación antes mencionada, debido a que es una revisión sistemática de literatura la cual consiste en sintetizar los resultados de múltiples fuentes para dar respuesta a una situación-problema del campo profesional o disciplinar mediante el diseño de investigación documental y retrospectiva.

**Análisis de empleabilidad de las personas diagnosticadas con VIH que asisten en la fundación clínica mega salud; Angie Katherin Guerrero Hernández, María Fernanda Cadena Urquijo y Ruddy Isabel Soto Martínez en el 2017**

Para concluir, se menciona el estudio realizado en Bogotá, donde el objetivo planteado fue analizar la problemática de desempleo de las personas diagnosticadas con VIH que asisten a la fundación clínica mega salud; dicha investigación fue de enfoque Praxeológico el cual integra los métodos cualitativo y cuantitativo, con un alcance descriptivo, ya que el objetivo es conocer a fondo la situación problema a través de la descripción detallada de la población de la Fundación Clínica Mega salud que cuenta con 100 pacientes en la ciudad de Bogotá. Esta investigación obtuvo las siguientes conclusiones:

Se requiere que las entidades u organizaciones formales que brindan ofertas de empleo implementen programas de inclusión laboral a personas diagnosticadas con VIH, estableciendo estrategias a través de capacitaciones y asesorías, que en el marco de responsabilidad social empresarial, permitan contribuir a la minimización de las tasas de desempleo de esta población.

Se requiere que la población mencionada a través de cursos de empoderamiento fortalezca y promuevan la toma de decisiones y participación, a fin de reconocer los elementos y la importancia del derecho al trabajo y la igualdad, los cuales deberán ser fortalecidos para alcanzar los objetivos que se proponen a nivel laboral.

De acuerdo con lo anterior se puede observar que se han realizado diferentes investigaciones que tratan de ayudar a la población con VIH y por ende a la problemática de salud con las infecciones de transmisión sexual, sin embargo, se puede ver las estrategias de afrontamiento, como en las alteraciones sociales y las alteraciones psicológicas y las modificaciones tanto conductuales como psicológicas para el manejo de la infección y la adherencia al tratamiento. Del mismo modo, la problemática pone en conocimiento las causas y consecuencias del desempleo de las personas diagnosticadas con VIH y permite establecer estrategias para minimizar dicha problemática social, que ha causado exclusión laboral a esta población, conociendo de cierto modo, su forma de afrontar tales circunstancias, por lo que la presente investigación se identifica con ella.

### **Estudios regionales.**

**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 y Cabeza Jose Cuello Ballestas. 2017**

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.

El anterior trabajo de investigación muestra como las estrategias de afrontamiento en la etapa inicial de las personas que padecen VIH, es así como serviría de gran ayuda al presente trabajo ya que sus bases legales estarían en concordancia y servirían de guía, debido a que proporciona información sobre el VIH en Colombia que 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 y que el primer caso de SIDA registrado fue diagnosticado en la ciudad de Cartagena de Indias, donde son datos muy importante ya que orientan sobre la situación actual de esta enfermedad.

**Análisis de la relación entre las estrategias de afrontamiento en el ciclo vital del adulto mayor y el mejoramiento de la calidad de vida del “Vivero Los Abuelos” de la ciudad de Cúcuta. Anyela Leoniry Colombani Ortiz y Miguel Enrique Contreras. 2006**

Este trabajo de grado aborda como tema principal, el análisis de las estrategias de afrontamiento en el ciclo vital en el mejoramiento de la calidad de vida de quince (15) adultos mayores que oscilan entre 65 y 75 años de edad, pertenecientes al “Vivero los Abuelos” del Parque Recreacional San Rafael de la ciudad de Cúcuta. Los instrumentos y técnicas que se utilizaron para detectar y analizar la información obtenida fueron principalmente la revisión de cada una de las Historias Clínicas de los adultos mayores, la entrevista semiestructurada y la aplicación del Test de Clifton que consta de dos escalas, una de evaluación a nivel cognitivo y otra de valoración a nivel conductual. Posteriormente se interpretó la información arrojada por los instrumentos con una metodología de análisis mixto de tipo transversal, teniendo como objetivo lograr profundizar en la problemática detectada con el fin de apoyar desde la psicología, referentes que proporcionen aportes relevantes al brindar estrategias de afrontamiento a los adultos mayores que les permitan mejorar su calidad de vida.

Esta investigación se realizó desde la perspectiva del aprendizaje social en adultos mayores, consistiendo en analizar la influencia, de las estrategias de afrontamiento y el ciclo vital en el mejoramiento de la calidad de vida del grupo de adultos mayores pertenecientes al “Vivero los Abuelos” del parque Recreacional San Rafael. El adulto mayor es un ser vulnerable debido a los cambios físicos y fisiológicos que presenta, enfrentan duelos, enfermedades físicas, jubilación, problemas económicos y sociales convirtiéndose en algunas causas que se relacionan con el deterioro de su calidad de vida y la falta de estrategias de afrontamiento positivas para resolver estos conflictos.

Definitivamente la familia juega un papel importante en la vida de cada adulto mayor debido a que la soledad, las relaciones familiares y el tipo de comunicación que utilizan influyen directamente en el desarrollo de su ciclo vital. La creación de redes afectivas y sociales, a través de los encuentros que se desarrollaron en el Programa de Habilidades Sociales permitió el reconocimiento de nuevas estrategias de afrontamiento positivas y de convivencia permitiéndoles desenvolverse plenamente en entorno familiar social y laboral.

Este antecedente tiene relación directa con la presente investigación debido a que las estrategias de afrontamiento proporcionan bases teóricas para el desarrollo de la presente investigación, además por ser una investigación tipo descriptiva sirve de guía para cumplir el objetivo específico ya antes planteado, así como, su metodología de análisis mixto de tipo transversal, es de vital importancia ya logra profundizar en la problemática detectada con el fin de apoyar desde la psicología, referentes que proporcionen aportes relevantes al brindar estrategias de afrontamiento que les permitan mejorar su calidad de vida en la población estudiada, en lo que respecta, sirve como un indicador a seguir.

### **Estudios Locales**

**Afrontamiento en familias víctimas de violencia en la ciudad de Pamplona. Lina Margarita Cote Mendoza y Daniela Maria Salguero Moreno. 2015.**

La presente investigación tiene como objetivo identificar y describir las estrategias de afrontamiento que utilizan los padres de familia víctimas de la violencia acogidos a la asociación “Una luz en el camino” de Pastoral Social en la ciudad de Pamplona, posibilitando el aporte al mejoramiento y fortalecimiento de su calidad de vida y la orientación de intervenciones futuras en la dinámica familiar. Se realiza bajo un enfoque de investigación de tipo mixto, de diseño no experimental - transversal de tipo descriptivo, en el cual se utilizan herramientas como la escala de estrategias coping modificada, el grupo focal y la técnica de observación, las cuales permiten la triangulación de los resultados y a partir de esto se identifica que los sucesos alrededor de la violencia que más se presentan entre los participantes del estudio son el homicidio y el desplazamiento forzado, y las estrategias de afrontamiento utilizadas con mayor frecuencia dentro de la población son la religión, solución de problemas, evitación emocional, expresión de la dificultad de afrontamiento y búsqueda de apoyo profesional.

Teniendo en cuenta tanto los resultados de los instrumentos cualitativos como los cuantitativos se corrobora que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los padres de familia víctimas de violencia acogidos a la asociación “una luz en el camino” de Pastoral Social, son la religión y la expresión de la dificultad de afrontamiento, ya que estas dos estrategias puntuaron alto tanto en la escala de estrategias coping modificada, como en el grupo focal.

Se pudo identificar que esta población ha utilizado en mayor o menor medida alguna de las 12 estrategias de afrontamiento, entre las cuales se encuentran con mayor frecuencia a raíz de la escala aplicada, la religión, la solución de problemas, la evitación emocional, la búsqueda de apoyo social, evitación cognitiva y la expresión de la dificultad de afrontamiento; mientras que los instrumentos cualitativos como el grupo focal y la observación, arrojaron que las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas al interior de la población, fueron la religión, la expresión de la dificultad de afrontamiento, la búsqueda de apoyo profesional y la negación.

Como bien puede observarse, la investigación realizada por Lina Margarita Cote Mendoza y Daniela Maria Salguero Moreno guarda estrecha relación con la presente, debido a que ambas poseen el propósito de medir el afrontamiento y de esta manera, el trabajo en cuestión posee estrecha afinidad con la presente, debida a sus similitudes en lo que a teorías y conceptos se refiere y como la investigación antes mencionada busca el fin de identificar y describir dichas estrategias de afrontamiento presentes en los padres de familia víctimas de violencia acogidos a la asociación “una luz en el camino” de Pastoral Social en la ciudad de Pamplona, por medio de una metodología mixta en la cual se utilizarán herramientas cuantitativas como la escala de estrategias “Coping” modificada, se relaciona de forma directa con la presente investigación.

**Estrategias de Afrontamiento Adaptativas del Cuidador de Pacientes con Alzheimer, Pamplona. Jennifer Yulieth Muñoz Cárdenas y Mauro Edgar Parra Suárez. 2017**

El afrontamiento es uno de los elementos más importantes para la calidad de vida de los seres humanos en cuanto permite hacer frente al estrés desencadenado por numerosas situaciones que desbordan de los recursos emocionales de las personas, por medio de esta investigación cualitativa se explora el tipo de afrontamiento que muestran 2 cuidadores informales de personas con Alzheimer frente al cumplimiento de las funciones de su rol, evaluando el proceso de adaptación que deben realizar para asumir este rol, las afectaciones personales, sociales y económicas que este proceso conlleva y el tipo de herramientas y estrategias que se utilizan para que dicho proceso sea realizado con éxito.

Se implementó una entrevista semiestructurada, un formato de historia de vida y un formato de observación no participante con cada uno de los cuidadores, encontrando que la adaptación al rol de cuidador, afecta especialmente la salud física y psicológica, área social y económica de la persona, encontrando una presencia significativa de estrategias de afrontamiento como la confrontación, planificación y búsqueda de apoyo social que facilitan la adaptación a las situaciones estresoras que genera el cumplimiento de las funciones del cuidador.

El presente trabajo investigativo tuvo como objetivo general explorar las estrategias de afrontamiento adaptativas que vivencian dos cuidadores de personas con Alzheimer, mediante un estudio de caso generando estrategias propicias para el manejo adecuado de los cuidadores, con base a esto se establece que los tipos de estrategias de afrontamiento adaptativas que se usan con mayor frecuencia en la población son la confrontación, planificación y búsqueda de apoyo social, destacando que ésta última tiene un efecto altamente favorecedor para la adaptación al rol de cuidador y las situaciones estresoras implicadas en su desarrollo cotidiano. En cuanto a los objetivos específicos se identifican

los factores determinantes que favorecen y desfavorecen el aprendizaje del rol de cuidador de personas con Alzheimer encontrando que el apoyo social y familiar e nivel emocional y económico, el vínculo afectivo entre el cuidador y paciente, junto a las conductas y/o actitudes resilientes facilitan la adaptación al rol como cuidador, mientras que la escasez de recursos económicos, disminución del tiempo libre e interacción social, afectaciones a la salud y al bienestar por su parte dificulta el aprendizaje y adaptación al rol como cuidador contribuyendo así al estudio del proceso de adaptación que el cuidador de desarrollar para ajustarse a su rol.

De igual manera se determinan qué herramientas implementadas por el cuidador del paciente diagnosticado con Alzheimer para aprender a desenvolverse en este rol, evaluando que la fe y creencias religiosas, el apoyo social y familiar, y la realización diaria de las actividades propias del cuidador van conduciendo a un aprendizaje del rol, motivando al cuidador a perfeccionar con el paso del tiempo la ejecución de su rol para dar una mejor atención al paciente en cuanto su estado de deterioro también va avanzando progresivamente. Por otra parte, se logró describir el proceso adaptación del cuidador de personas con Alzheimer a dicho rol evidenciando la presencia de estrategias de afrontamiento adaptativas como la confrontación, planificación y búsqueda de apoyo social que son favorables para la disminución de efectos negativos en el cuidador.

La relación de la anterior investigación con el presente estudio está fundamentada en que sirve de guía metodológica y teórica, ya que fue aplicada personas con enfermedad y se asemeja a la presente investigación. Así mismo, el caso descrito anteriormente constituye un soporte teórico y práctico para el presente estudio por cuanto los resultados sirven de fundamento referencial y como abarca el proceso de cuidado que proporcionan los cuidadores informales de personas con enfermedades degenerativa, respecto a las afectaciones y el proceso de afrontamiento que con lleva asumir ese rol, al proveer las necesidades y apoyar en sus actividades de la vida diaria a pacientes con Alzheimer que ven disminuido su nivel de autonomía, es así que se relaciona debido a que asume estrategias de afrontamientos similares en personas con enfermedades graves.

**Estrategias de afrontamiento en familias con un miembro discapacitado un estudio de caso. Pamplona. Dayana Hernández Meneses y Karina Moreno Chacón. 2015**

El presente estudio tiene como objetivo identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan las familias con miembros discapacitados por medio de un estudio de caso con el fin de brindar estrategias a futuro para mejorar su calidad de vida, la metodología empleada es de carácter mixta mediante un diseño descriptivo –exploratorio, para la respectiva recolección de la información se utilizó la aplicación de técnicas como la entrevista semiestructurada, la observación participante y el instrumentos de estrategias de afrontamiento de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989), adaptado al castellano por Cano, Rodríguez y García (2006). La investigación se realizó en la ciudad de Pamplona Norte de Santander con la colaboración de tres familias con hijos discapacitados del Instituto la Aurora. Como resultado se obtuvo que las estrategias empleadas por estas familias son el apoyo social, la resolución de problema y la reestructuración cognitiva las cuales se ven reflejadas en el transcurso de la discapacidad de sus miembros.

La investigación antes mencionada posee una estrecha relación con esta investigación, de esta manera es un modelo o guía que servirá para analizar las estrategias de afrontamiento en las personas con VIH. Por otra parte, el caso descrito anteriormente constituye un soporte teórico y práctico para el presente estudio por cuanto los resultados sirven de fundamento referencial, y como identifica y analiza las estrategias de afrontamiento que emplean las familias para enfrentar la discapacidad de uno de sus hijos, además conocer los cambios que se producen al interior de las mismas, del mismo modo esta investigación pretende ser un medio para comprender de qué manera las familias afrontan esta problemática; contribuyendo para que la presente investigación pueda tomar directrices importantes en su desarrollo.

De acuerdo a lo anterior se puede observar que se han realizado diferentes investigaciones que tratan de ayudar a la población con VIH y por ende a la problemática de salud con las infecciones de transmisión sexual, sin embargo, no se encuentran muchos estudios a nivel regional o local que se enfoquen en esta problemática, siendo Norte de Santander uno de los municipios con más índices de VIH/SIDA en el país. Por tanto, se amplió más en las investigaciones internacionales y nacionales enfocadas tanto en las estrategias de afrontamiento, como en las alteraciones sociales y las alteraciones psicológicas y las modificaciones tanto conductuales como psicológicas para el manejo de la infección y la adherencia al tratamiento.

## **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 grandes números 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 fu la Peste Negra y actualmente, en el siglo XXI, el SIDA, surgiendo 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 revelo 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 los 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 Daguét, 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 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 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. (Figuroa, 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 (Figuroa, 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 e 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 928306 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 antes 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).

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, ayudarlo 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 vidas. 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).

### **Procesos 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 del 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**

Para el siguiente capítulo se tiene en cuenta la definición de afrontamiento, y de ello se deriva el modelo de las estrategias de afrontamiento centrado en el problema, en la emoción y estrategia de afrontamiento combinado.

### **Definición de Afrontamiento**

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

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).

### **Tipos de Estrategias de Afrontamiento**

Continuando con lo anterior, (Carr, 2007; citado en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2012), identifica tres tipos de estrategias de afrontamiento, basándose en revisiones teóricas 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, confrontación de la situación problema, y una actitud constante de independencia y optimismo que permiten una adecuada adaptabilidad de la persona ante la situación.

Otro de los tipos de estrategia de afrontamiento que menciona (Carr, 2007; citado en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2012), es aquel centrado en la emoción que se basa en la búsqueda de estrategias que permitan disminuir rápidamente los efectos negativos de la situación 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 mayor 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 evasión 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 estrategia de afrontamiento es descrito por (Carr, 2007; citado en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2012), descrito como estrategias de afrontamiento combinado que involucra las estrategias centradas en la situación o en la emoción no son independientes una de la otra, ambas formas pueden facilitarse o interferir mutuamente.

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.

- La confrontación: los esfuerzos agresivos para alterar la situación, afrontando de manera directa la situación tomando acciones directas, hostiles o agresivas.
- La planificación: pensar y estudiar el problema, analizando y estructurando los puntos de vistas y posibles soluciones, la reevaluación positiva,

modificando el significado de la situación estresante, fijándose a ver el lado positivo de las cosas a pesar de la situación que esté pasando.

- El autocontrol: como el esfuerzo para controlar y ocultar los propios sentimientos y respuestas emocionales
- Distanciamiento: asilamiento social retirándose de la interacción social para afrontar los problemas desde la soledad o huida de los demás
- Escape o evitación apartándose del problema, no pensando en la situación estresante, o pensar en otra cosa para evitar que afecte emocionalmente.
- Reevaluación positiva: describe los esfuerzos por modificar el significado de la situación estresante, atendiendo especialmente a los aspectos positivos que tenga o haya tenido, expresando optimismo ante la situación.
- Aceptación de la responsabilidad: la persona identifica su propio error en el problema y trata de corregir la situación.
- Búsqueda de apoyo social: como la forma de acudir a otras personas cercanas, profesionales o amigos compartiendo la situación estresante, pero sin tratar de hacerlas responsables de lo que esté pasando.

### **Tipos de Estilos Afrontamiento**

Ahora 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).

El estilo de afrontamiento activo “implica una confrontación adecuada de las propias emociones y se encuentra relacionado con un mejor nivel de la función inmune, mayor bienestar y estados afectivos positivos” (Lazarus y Folkman, 1986; citados en Vásquez & Crespo, 2011).

Los estilos pasivos, por su parte, “una tendencia a perder el control sobre la situación y se pasa a depender de otros; éstos se han relacionado con un aumento en la severidad del dolor, depresión y elevado deterioro funcional” (Lazarus y Folkman, 1986; citados en Vásquez & Crespo, 2011).

El estilo de afrontamiento por evitación, “no constituye un estilo efectivo en cuanto predice más síntomas de depresión, estados afectivos negativos, menor apoyo social percibido y, además, no protege a los pacientes del malestar psicológico y el distrés emocional, ya que se asocia con niveles altos de ansiedad y depresión” (Lazarus y Folkman, 1986; citados en Vásquez & Crespo, 2011).

### **Capítulo III: Ciclo Vital**

En este capítulo se pretende dar a conocer la conceptualización de lo que es el ciclo vital y los diferentes enfoques que existen sobre los mismos, a través de un recorrido sobre las diferentes posturas de los autores más influyentes que han aportado sus conocimientos planteado diversas teorías que han sido de gran relevancia en la psicología del desarrollo y la evolución, se tiene en cuenta las formas distintivas en las que se transforma, cómo cada momento vital ayuda a construir ese significado y cómo el ser humano en los diferentes ciclos puede tener una forma única de recrear sus relaciones interpersonales en un ambiente social.

Según el Ministerio de Salud (2018), el ciclo de la vida es una orientación que permite comprender las vulnerabilidades y oportunidades de emplear durante etapas tempranas del desarrollo humano; tiene presente las experiencias que se obtienen en el transcurso de la vida, postulando a su vez que los hechos de una generación se verán reflejados en las siguientes, y que el mayor beneficio de un grupo de edad puede derivarse de intervenciones previas en un grupo de edad anterior. Además, permite optimizar el uso de recursos escasos, para la previa identificación de riesgos, límites y la priorización de intervenciones específicas.

La Organización Mundial de la Salud (2000) expone la importancia de tener en cuenta la totalidad del Ciclo Vital, sus diferentes fases del ciclo de la vida, como el factor temporal y social en juego. El envejecimiento continuo que supone el Ciclo Vital reconoce la presencia de fases sensibles en cuanto a la salud y períodos críticos para la adquisición de habilidades, respondiendo la adolescencia a ambos criterios, se dice que es una fase

sensible ya que desde el psicoanálisis se considera como un momento propicio para el desencadenamiento de factores psicopatológicos; y es un período crítico por la adquisición de aptitudes sociales y cognitivas (Saavedra, Ojeda, Turtl & Suarez, 2016).

El ciclo vital se clasifica en diferentes etapas del desarrollo, aunque se debe tener en cuenta que no se puede generalizar y que a su vez existe una diversidad individual y cultural. La siguiente división es un ejemplo: útero y nacimiento, primera infancia (0-5 años), infancia (6 - 11 años), adolescencia (12-18 años), juventud (14 - 26 años), adultez (27 - 59 años) y vejez (60 años y más). Las intervenciones que crean ambientes de ayuda y que fomentan opciones saludables son importantes en todas las etapas de la vida. El Ciclo de vida aborda las etapas del ciclo vital en términos de la vulnerabilidad producida por diferentes condiciones; las situaciones de vulnerabilidad (temporales) como por ejemplo la pobreza, el desplazamiento, la enfermedad, afectan a las personas a cualquier edad. (MinSalud, 2018).

Existen diferentes definiciones de las etapas del desarrollo humano, como por ejemplo la teoría presentada por Erikson en 1998, teniendo en cuenta el abordaje psicoanalítico. Según Erikson (1987) todo ser vivo tiene un plano básico de desarrollo, y es a partir de este plano que se agregan las partes, teniendo cada una de ellas su propio tiempo de ascensión, maduración y ejercicio, hasta que todas hayan surgido para formar un todo en funcionamiento (citado por Aquino, Gouveira, Gomes, & Bandería, 2017). Este principio, denominado de epigenético, se aplica a los sujetos en sus procesos biológicos (soma), psíquicos (organización de las experiencias) y sociales (ethos).

La maduración física afecta profundamente al crecimiento emocional y psicológico, la capacidad para el movimiento independiente al año de edad, y la aparición del lenguaje a los dos años establece unas interacciones sociales que son imposibles de llevar a cabo antes de alcanzar esos momentos cruciales del desarrollo neurológico. De la misma forma en que los bebés al desarrollarse aprenden a modificar su entorno mediante la manipulación intencionada, el entorno moldea su cerebro en desarrollo. En el nacimiento se posee todas las células cerebrales que seguirán allí por la vida, este número de neuronas no aumentará

con el pasar de los años, solo hay un incremento en su tamaño, estas a su vez se ramifican y se conectan entre sí (arborización), creando así una red neuronal el cual se verá influenciado por fuerzas ambientales. La plasticidad es la que permite que el cerebro en desarrollo consiga la máxima adaptación al entorno en el que madura, así, por ejemplo, aunque se nace con la capacidad de discriminar todos los sonidos vocálicos humanos (percepción fonémica universal), a los dos años se ha perdido la capacidad de reconocer sonidos que no han escuchado en la lengua de su entorno, por ello, es necesario una estimulación ambiental para que el desarrollo cerebral sea normal (Rojas, Gómez & Pazos, 2014).

A su vez, Levinson en 1986 propone los siguientes periodos de desarrollo: preadultez (desde el nacimiento a los 22 años), adultez temprana (de 17 a los 45 años), adultez media (de 40 a los 64 años), adultez tardía (de 60 a los 85 años) y adultez realmente tardía (de 80 años en adelante). A su vez, como lo plantea Aquino se considera la concepción de Barrientos-Parra (2004), donde expresa la necesidad de respetar el contexto cultural y que no se tenga como unas categorías incambiables, una vez que los cambios en los rangos de edades reflejan procesos, se ha tenido en cuenta la siguiente clasificación: jóvenes (18 a los 24 años), adultos jóvenes (25 a los 34 años), adultos maduros (35 a los 59 años) y bajo (Aquino et al 2017). Según este autor es común que los sujetos cuando están alrededor de los 23 procuran afirmarse en la sociedad adulta, logrando la madurez a partir de la separación de su familia de origen, sea por matrimonio o con el fin de vivir solo, después de los 40 años de edad, la persona encuentra estabilidad en la vida, hasta los 60 años, cuando este empieza a no encontrar participación activa en el ámbito laboral y si trata de hallar el proceso de jubilación, caracterizando una fase nueva en su vida, se puede decir que el objetivo es conocer la percepción ontológica del tiempo y la presencia y la búsqueda de sentido cambian durante la vida en personas de la tercera edad (60 o más años) (Aquino et al., 2017).

## **Teorías sobre el ciclo vital**

**Erik Erikson.** Según Saavedra, Ojeda, Turtl & Suarez (2016) Erikson fue un psicoanalista Alemán que no compartió su teoría con la de Freud en cuanto a la importancia de la sexualidad y la clausura del desarrollo básico en las primeras etapas de la vida; sin embargo, coincide en la propuesta de la existencia de fases en el desarrollo de la personalidad que, para él, son psicosociales, de esta manera afirma que los problemas sociales en los diversos períodos son más importantes que los generados por la insatisfacción de los instintos biológicos. Erikson menciona el factor psicosocial o ‘crisis’ específica en cada etapa; es decir, un conflicto entre los impulsos personales y el mundo social. Cuando se resuelve cada problema, crea un nuevo equilibrio entre la persona y la sociedad, es decir que mientras se tengan más ‘éxitos’ se produce un desarrollo sano y una vida gratificante, mientras que resultados desfavorables dificultan el manejo de las crisis posteriores.

Comprende nueve fases que se extienden hasta la vida adulta y la vejez; estas etapas aparecen cuando surgen retos que requieren de una adaptación al entorno; estos retos cada vez son distintos de los anteriores con un grado de complejidad mayor, a su vez deben solucionarse para ser sustituidos por una nueva etapa, se debe tener cuenta que cada crisis puede llevar a un desenlace exitosos a favor de nuevos desarrollos, o pueden tener resultados negativos como el estancamiento, o como desencadenantes de enfermedades físicas o psicológicas (Saavedra, Ojeda, Turtl & Suarez, 2016).

Confianza frente a la desconfianza: Este se da desde el nacimiento hasta el primer año de vida, teniéndose en cuenta que, al nacimiento, la madre y la familia proporcionan el cuidado constante, según las necesidades del niño. En la fase 2 Autonomía frente a vergüenza y duda: del primero hasta los tres años, a medida que el niño es capaz de controlar esfínteres, utilizando sus músculos para el desplazamiento y vocalización, fija su autonomía, la resultante es la voluntad propia. En la fase 3 Iniciativa frente a culpabilidad: se da desde los 3 hasta los 6 años, el niño detalla y se involucra más con su medio externo estableciendo relaciones cercanas con el progenitor del sexo opuesto. En la fase 4 Laboriosidad frente a inferioridad: desde los 6 hasta los 12 años, el niño se desenvuelve industriosamente en la interacción educacional y social. Y en la fase 5 Identidad del ego

frente a confusión de roles: de los 12 a los 20 años, la tarea principal es la consolidación de la identidad, debido a que los cambios físicos y psíquicos de la pubertad generan un período de conflicto psicológico interno (Saavedra, Ojeda, Turtl & Suarez, 2016).

A su vez, en la fase 6 denominada Intimidad frente a aislamiento o etapa del adulto joven: de los 20 a los 40 años, el adulto ejerce un trabajo, se relaciona en forma estable con su pareja, forma una familia, lo que conlleva a fortalecer la capacidad de intimidad; así mismo, etapa requiere de solidaridad y de identidad compartida en pareja, lo contrario produce aislamiento personal. En la fase 7 Generatividad frente a estancamiento o etapa del adulto medio o maduro: de los 40 a los 60 años; lo crucial es fortalecer la capacidad de cuidar y facilitar el desarrollo de las generaciones más jóvenes. Los adultos constituyen guías, padres, profesores, y necesitan de los niños para cuidar de ellos, sin embargo, si no se puede ser generativo, esto conlleva estancamiento y egocentrismo (Saavedra, Ojeda, Turtl & Suarez, 2016).

Y para finalizar la fase 8 llamada Integridad del ego frente a la desesperación o etapa adulto tardío (adulto mayor): después de los 60 años de completar el ciclo y ayudar a las generaciones siguientes, se logra la integridad o aceptación de la sucesión de generaciones y de la finitud de la vida natural, implica el desarrollo de la sabiduría; no obstante, si se pierde esta noción de integridad, ocurre la desesperación, el temor a la muerte, el sentimiento de una vida irrealizada. Fase 9. Desesperación frente a la esperanza y fe: se da hacia los 80 años, su característica es enfrentar un nuevo sentido de sí mismo, en los órganos que fallan, llevando a la necesidad de atención; el resultado es lograr un nuevo sentido de la sabiduría y trascendencia (Saavedra, Ojeda, Turtl & Suarez, 2016).

**Abraham Maslow.** Este autor se enfoca desde una teoría humanista en la que cada individuo tiene su propia naturaleza interna y una fuerte motivación para expresar esa naturaleza. Sin embargo, las necesidades básicas de supervivencia que todos los organismos vivos tienen se deben cumplir; por esto, Maslow creó la jerarquía de las necesidades básicas, las cuales comienzan con alimentos, agua y refugio, llamada necesidades fisiológicas: satisfacer el hambre, la sed y el apetito sexual; en segunda

instancia tiene las necesidades fundamentales que es la necesidad de sentirse seguro y fuera de peligro; el tercer nivel son las necesidades psicológicas es decir, lograr ser competente, obtener la aprobación y el reconocimiento, en esta misma instancia el autor plantea junto con la etapa anterior las necesidades de pertenencia y amor, haciendo alusión a la necesidad de afiliarse con los demás para ser aceptado; si estas necesidades se satisfacen, se pasa a un nivel superior, el de la autorrealización que comprende la necesidad de cumplir un propósito (Aquino, Gouveira, Gomes, & Bandería, 2017).

**Harry Stack Sullivan.** Este autor postula que el desarrollo humano son resultados de factores externos en relación a las interacciones sociales, cada fase del desarrollo corresponde con una necesidad, a una interacción con algunas personas, y la calidad de ellas influenciará la personalidad humana (Aquino, Gouveira, Gomes, & Bandería, 2017).

**Sigmund Freud.** Este autor propone que las fases de la infancia se relacionan con cambios de la energía sexual hacia las partes del cuerpo asociadas con el erotismo: la boca, el ano, los genitales; de acuerdo con ello, se clasifican en fase oral, anal, fálica, de latencia; donde en la etapa oral (0 a 1 año): el neonato siente placer a través de la boca, con lo que encuentra el placer en chupar, aun si esa succión no es nutritiva, comprende dos fases la primera es la Oral perceptiva (0 a 6 meses): el recién nacido solo succiona y la segunda es la Oral canibalística o sádica (6 meses a 1 año); Etapa anal (1 a 3 años): ahora la zona corporal más placentera y sensible es la anal, donde el niño se preocupa por expulsar y retener las heces. En la expulsión, se hace alusión a las restricciones de los padres sobre en dónde tiene que defecar, mientras que con la retención el niño aprende a hacer lo que quiere, a contener sus creaciones corporales. Etapa fálica (3 a 5 o 6 años): el placer se centra en los genitales, el niño encuentra diferencias físicas entre ambos sexos, que desencadenan el conflicto de atracción, rivalidad, celos y temor, que se denomina complejo de Edipo para los niños o de Electra para las niñas, aunque hoy en día se puede utilizar el término complejo de Edipo para los casos. Período de latencia (desde los 5 o 6 años hasta la pubertad): hay cambios en la libido, la persona madura, reprime las preocupaciones sexuales de los años anteriores, continúa con su desarrollo social e intelectual, empiezan los juegos de regla con niños de otro sexo 5. Las experiencias del niño durante estas etapas

moldean la personalidad de adulto: no obstante, si en alguna de ellas no logra resolver los conflictos psicosexuales, bien sea por privación o por exceso, hay probabilidades de que se fije en esa etapa, frenando su desarrollo psicosexual, y su carácter (Rojas et al., 2014).

Cuando surge una fijación en alguna de las etapas anteriormente mencionadas, la persona seguirá experimentando la ‘falta de solución’ e intentará inconscientemente revivir el conflicto de ese período; por ello, se encuentran conductas inmaduras o inadaptadas en una persona competente en todo lo demás, sobre todo en momentos de estrés; además, puede tener regresiones hacia conductas que le daban placer en una fase anterior, pero que han dejado de ser apropiadas en su etapa actual de desarrollo.

**Carl Gustav Jung.** Según, Rojas et al., (2014) Jung hace énfasis en que los elementos externos desempeñan un papel fundamental en el crecimiento y la adaptación del sujeto. Hace mención que la individualización es un proceso de crecimiento y expansión de la personalidad conforme el individuo va tomando conciencia y aprendiendo quién es intrínsecamente. Define la libido como una manifestación de la energía psíquica, donde esta no se limita a la sexualidad o a la agresividad, y si encierra las necesidades religiosas y espirituales, y el impulso para buscar la comprensión clara del significado de la vida.

**Jean Piaget.** Este autor se centra en el enfoque cognoscitivo y tiene como propuesta los estadios del desarrollo donde hacen hincapié en la importancia de la maduración biológica en el proceso del pensamiento, considerando al ser humano como un todo integrado: actividad biológica y psíquica con igual denominador: la adaptación al ambiente en el proceso de crecimiento intelectual. Él sostiene que el niño es un elemento activo en el proceso de interacción con el ambiente ya que este observa, explora, compara, escoge, clasifica sus experiencias, los objetos, etc. Enseña cuatro etapas que dependen del desarrollo del sistema nervioso central y deben superarse con éxito antes de pasar a la siguiente fase; corresponden a la sensoriomotriz, pensamiento preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales. La sensoriomotriz va desde el nacimiento hasta los dos años, nacen con el reflejo de succión; de 0 a 1 mes comienza con la succión del dedo, a lo que se denomina reacción circular, luego incorpora la prensión y la visión, es decir,

comienza la construcción del objeto; posteriormente, las reacciones circulares terciarias y es aquí donde conoce el mundo por la succión. Representativo preoperatorio: 2 a 6 años. En este surge la representación del objeto, aun sin el objeto presente, es decir, si el objeto no está presente el niño es capaz de buscarlo; además, observa, evoca, imagina, dibuja, aparece el lenguaje y accede al mundo simbólico. El pensamiento es intuitivo, preconceptual y prelógico, debido a que los pensamientos no están organizados en forma coherente; la representación se da porque el niño ha podido interiorizar la información y/o acciones. Operaciones concretas: es decir, en esta etapa el niño puede sumar, restar, multiplicar y dividir, para luego trabajar sobre lo virtual; es el claro ejemplo de primero estudiar las tablas para luego solo recordarlas. Su pensamiento es intuitivo operacional. Pensamiento hipotético deductivo: Esta etapa se encuentra presente en los adolescentes, quienes pueden desarrollar problemas más complejos, se le facilita la abstracción. Según Piaget, se presenta unos límites del proceso de aprendizaje, es decir, el progreso del conocimiento involucra no sólo aspectos biológicos, sino psicológicos también, desde este punto de vista, se marcan los límites en tanto que uno no se puede dar con independencia del otro (Rojas et al., 2014).

**Daniel Levinson.** Realizó un estudio enfocado en el desarrollo de la personalidad masculina durante la edad adulta temprana y media, estudió 40 hombres entre los 35 y 45 años. A partir de esta investigación se llegó a la conclusión de que existen etapas fundamentales: infancia y adolescencia (nacimiento hasta los 22 años), etapa adulta temprana (17-45 años), adulta media (40-65 años), adulta tardía (mayores de 65 años). Estas duran alrededor de 25 años y antes de que una etapa termine la otra empieza y con períodos de cinco años de transición entre la finalización de una y el inicio de la otra. George Vaillant y colaboradores analizaron una cohorte de estudiantes en Harvard durante más de 35 años, en donde se evidenció una correlación significativa entre una infancia feliz y rasgos positivos en la edad mediana, manifestados por escasa psicopatología, capacidad de juego y buenas relaciones interpersonales; además, se percibió que, conforme avanzaba la edad, se construía una jerarquía en los mecanismos del ego, y se concluyó que los estilos adaptativos maduran a lo largo de los años y que la madurez depende más del desarrollo interno que de los cambios en el entorno interpersonal. Descubrieron, además, que los acontecimientos vitales negativos afectan a la salud psicológica más que a la salud física, y

que la tensión extrema de los combates militares se asocia con estrés postraumático, no con otras psicopatologías. Estas investigaciones longitudinales han aportado datos sobre la compleja influencia bidireccional entre la predisposición genética y el entorno, y que las experiencias de la infancia temprana, aunque tengan una poderosa influencia, no determinan únicamente la personalidad adulta (Aquino et al., 2017).

**Lawrence Kohlberg.** Según, (Aquino et al., 2017) Lawrence postulaba que la moralidad se desarrolla de forma gradual en la infancia y en la adolescencia. El autor plantea una serie de etapas en la adquisición de juicios que van de la mano con el desarrollo cognoscitivo del niño y a su vez hay una maduración de su juicio moral. Propone tres niveles en el razonamiento moral, cada uno dividido en dos etapas. El cambio de una etapa a otra se da de manera gradual; los tres niveles son: nivel premoral, nivel convencional y nivel de principios. En las etapas preconventionales, la conducta moral está determinada por los conceptos del castigo, recompensas y reciprocidad, mientras que, en la etapa convencional, la conducta moral es congruente con lo que otros creen que es correcto, cumpliendo la ley y manteniendo el orden social. En tanto en la etapa posconvencional, el individuo juzga la conducta moral según su conciencia y principios morales universales, en lugar de en normas sociales.

### **Las variaciones en las etapas del ciclo vital adulto**

Según Di Grillo (2014) el planteamiento del autor cada etapa por la que una persona atraviesa en el transcurso de su vida adulta muestra una pauta de conductas relacionadas directamente con los objetivos que el sujeto se propone cumplir en dicha fase. Se están explorando dos dimensiones de las etapas: las relacionadas con la vida económica o productiva y las que se vinculan con la vida familiar. Ciclo de vida laboral, la persona ingresa en una fase con capacidades laborales que lo habiliten para su desempeño y progreso en su trabajo, adquirirán nuevas habilidades, cursarán estudios, carreras, obtendrán logros, a su vez habrá un punto sus vidas en las que se autodefinirán como “estable laboralmente”, por otra parte, los sujetos pueden mostrar ganas de obtener bienes para su confort y desarrollo personal y familiar hasta lograr la satisfacción de lo que

consideran sus necesidades y por último según el autor superado esta etapa logran la tan anhelada estabilidad económica. Ciclo de vida familiar, para esta etapa se tienen presente unas metas familiares universales a cumplir, aspectos como la constitución de la pareja y la edad de los hijos se vuelven factores determinantes, a su vez, cuando hay hijos o se piensa en procrearlos se avanza en una etapa de crecimiento familiar donde se empieza a tener presente aspectos como la educación de los hijos, etc. luego, pasado cierto punto y donde considera sus metas cumplidas el individuo entra en la fase de estabilidad familiar.

Independientemente de la consistencia de las metas, lo más probable es que el sujeto varíe en sus conductas en pro del cumplimiento de sus objetivos y esta adaptación incida sobre las actitudes. Por lo tanto, si una familia, por ejemplo, se disuelve, los integrantes mayores empiezan en el ciclo vital a experimentar etapas anteriormente vividas, es decir, el hombre a los 50, puede tener que comprar otra casa y la mujer a los 38 puede pensar en criar nuevos hijos, se vuelve a experimentar o atravesar por etapas que habían cumplido a sus 25 años (Di Grillo, 2014).

**Las metas de cada etapa de la vida adulta.** Según, Di Grillo (2014) se postulan metas tanto familiares como económicas, en primera posición esta de Logro y mantenimiento de una actividad remunerada que se prolongue en el tiempo. 2. Logro de las capacidades laborales necesarias para desempeñar los roles laborales específicos. Actualización o reconversión de las capacidades laborales necesarias para continuar trabajando en un contexto de alta rotación laboral y veloz reconversión tecnológica. Adquisición de bienes básicos para la seguridad laboral y económica. Se inicia por los bienes durables como la casa y el automóvil, se siguen los bienes semidurables como los artículos de confort del hogar. Logro de una cobertura de salud que asegure la continuidad laboral propia y la seguridad familiar. Logro continuado del dinero necesario para el mantenimiento cotidiano como comida, aseo y limpieza, seguridad personal y familiar, mantenimiento del hogar y vestimenta, tanto propia como del grupo familiar. Logro y mantenimiento de servicios y bienes de descanso, recreación y esparcimiento para mantener la actividad económica y la vida familiar. 8. Logro del dinero necesario para asegurar la educación y socialización familiar y mantenimiento de la calidad de vida. Aseguramiento de los bienes y servicios

necesarios para permanecer conectado con la comunidad en los ámbitos vecinales, políticos, religiosos y de amistades informales Logro de un monto de ahorros necesarios para afrontar quebrantos o imprevistos en las metas anteriores (Di Grillo, 2014).

Los grupos de ciclo vital. Se constituyen grupos relativamente homogéneos en metas de la vida. En un inicio se pueden identificar 32 segmentos de meta-valor tomando los siguientes criterios: 1. desarrollo o estabilidad laboral, 2. Adquisición o estabilidad económica, 3. Condición de vivir en pareja o sin ella, 4. Presencia de hijos menores de 12 años convivientes en el hogar, mayores de 12 convivientes con hijos independizados que no conviven, sin hijos. Las diferencias de demandas y socialización entre ambos grupos de hijos están justificadas en numerosos estudios del tema (Di Grillo, 2014).

### **Adulto Joven**

Los humanos cambian y crecen en diferentes aspectos durante el período de los 20 a los 40 años, edades límite aproximadas que la mayoría de los estudiosos han establecido para definir al joven adulto. Durante estas 2 décadas se toman muchas de las decisiones que han de afectar al resto de la vida, con respecto a la salud, la felicidad y el éxito del individuo. Es en esta etapa de la vida cuando la mayoría de las personas dejan el hogar paterno, obtienen el primer empleo, se casan, tienen hijos y los crían, es decir, tiene las principales transiciones. Para la sociedad, estos años son los más importantes de toda la vida (Mora Salas, M., & Oliveira, O. 2009).

### **Cambios en el Adulto Joven.**

Uno de los primeros cambios que experimenta el adulto joven son de desarrollo social, ya que el sujeto pasa de una existencia sin responsabilidades a formar una familia, con todo lo que ello supone, además de unas exigencias de horario de trabajo debidas a su nueva actividad laboral. Este es un cambio de obligaciones y deberes, tanto en la planificación de

su futuro, como en la estructura de una nueva vida; todo esto implica un giro en su estatus social y por supuesto en sus relaciones sociales y comportamientos. Todos los cambios que se producen en la edad adulta indican que los aspectos sociales son la clave de la madurez. Lo que especialmente marca el cambio de vida del sujeto, no es tanto la edad, sino la época y la sociedad en la que le ha tocado vivir. El sujeto irá actuando en cada momento según las exigencias que determinan los roles y estatus sobre los que va pasando. Además, cada momento socio-histórico tiene sus normas y tareas (Izquierdo Martínez, A. 2007).

Así mismo se presenta cambios en el desarrollo físico, por lo general los adultos jóvenes se encuentran en la cima de la salud, fuerza, energía y resistencia, también están al máximo de su funcionamiento sensorial y motor. Para los 20 años la mayoría de las funciones corporales están totalmente desarrolladas, la agudeza visual optima entre 20 y 40 años y el gusto, olfato y sensibilidad al dolor y la temperatura usualmente permanecen intactos hasta a los 45 años. Sin embargo, una pérdida gradual de la audición, lo cual es común que comience durante la adolescencia, se hace más evidente después de los 25 años, en especial para los sonidos más agudos. Otros factores de estilo de vida que tienen una relación fuerte y directa con la salud y la condición física es la nutrición, obesidad, el sueño, consumo del alcohol y de drogas donde influyen mucho las influencias indirectas como la posición socioeconómica que tenga, la raza u origen étnico, el género y las relaciones (Izquierdo Martínez, A. 2007).

Del mismo modo, se presentan cambios en el desarrollo emocional. Puesto que la edad adulta temprana es una época de cambios drásticos en las relaciones personales. Los adultos jóvenes buscan la intimidad emocional y física en sus relaciones con los pares y los compañeros románticos. La autorrevelación y un sentido de pertinencia son aspectos importantes de la intimidad. Las relaciones íntimas se asocian con la salud física y mental. Aunque internet ofrece mayores oportunidades de comunicación, también conduce a un debilitamiento de la intimidad y a una disminución en el bienestar psicológico (Mora et al., 2009).

## **Sexualidad.**

Es una etapa en la cual se toman decisiones muy importantes tales como matrimonio, el trabajo y el estilo de vida en general. Para algunos los primeros años de la adultez son tiempos de incertidumbre. Para otros, de satisfacción sexual. Los conflictos aparecen por causa de las culpas sexuales o la inmoralidad conservada de años anteriores. Aparecen patrones de comportamiento sexual tales como el experimentador(a). Este tipo de comportamiento se basa en medir la frecuencia, variedad y eficacia del sexo. El individuo ve al mundo como un campo de juego ya que "ahora es el momento... luego formalizo". Otro tipo de comportamiento sexual es el buscador(a). Esta persona busca la pareja y relación perfecta para casarse. Desarrolla las relaciones sexuales buscando este norte. En ocasiones, se une a otra persona para probar el éxito de una relación formal futura (Mora et al., 2009).

## **Marco Legal**

En el presente capítulo se mencionan las leyes, normas y parámetros establecidos desde la constitución Política de Colombia, El colegio colombiano de psicólogos, El Ministerio de protección Social como La ley de salud mental y otras para la atención y participación de las personas que padecen esta enfermedad.

### **Constitución Colombiana: derechos fundamentales**

#### *Derecho a la Igualdad*

El preámbulo de la constitución de 1991 afirma que la igualdad es uno de los valores fundamentales del Estado Colombiano.

Por su parte, el artículo 13 de la constitución señala lo siguiente:

“Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozaran de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y afectiva y adoptara las medidas a favor de grupos discriminados o marginados.

El estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan”. 83

En su primer elemento, el artículo reúne en una misma frase de tres conceptos distintos pero complementarios de la igualdad: la igualdad ante la ley, la protección igual por parte de las autoridades y la igualdad de trato. Cuando se habla de igualdad ante la ley, estamos ante una concepción puramente formal, procedimental, surgen la cual todas las leyes se aplican por igual a todos y nadie puede invocar privilegios para solicitar que una ley no le sea aplicada.

La Corte, mediante Sentencia C-530 de 1993, observa que la afectividad de la igualdad material de que trata esta disposición es la función emocional de la cláusula transformadora del estado social de derecho, consagrando en el artículo 1 de la carta. En otras palabras, la igualdad formal es la Estado formal de derecho lo que la afectividad de la igualdad material es la de Estado social de derecho.

Igualmente, se destaca que la consagración explícita de la igualdad tiene por lo menos tres dimensiones en la constitución: como generalidad, como equiparación y como diferenciación, así:

La igualdad como generalidad: es la consagración de la igualdad ante la ley para efectos de los derechos y deberes, así como de los procedimientos.

La igualdad como equiparación: se encuentra consagrada en los artículos 43 (igualdad de la mujer y el hombre), y en el artículo 42 (igualdad de derechos y deberes de la pareja).

La igualdad como diferenciación: es la diferencia entre distintos. Está regulada en el artículo 13 incisos 2 y 3 (adopción de medidas a favor de grupos marginados o débiles).

El principio de tratamiento igual reconocido constitucionalmente se configura en un derecho fundamental de cuyo respeto depende de la dignidad y la realización de la persona humana. En consecuencia, cualquier acto que pretenda anular, dominar o ignorar a una persona o grupo de personas, con frecuencias apelando a preconcepciones o prejuicios sociales o personales, como puede serlo el sexo es un acto discriminatorio proscrito por la constitución. 90

*Derecho al Libre Desarrollo de la Personalidad:*

El desarrollo al Libre Desarrollo de la Personalidad se encuentra consagrado en el artículo 16 de la constitución y dice así:

“Todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el ordenamiento jurídico”. 92

*Derecho a la Intimidad:*

Este derecho está consagrado en el artículo 15 y establece que:

“Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. De igual modo, tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bancos de datos y en archivos de identidades públicas y privadas.

En la recolección, tratamiento y circulación de datos se respetarán la libertad y demás garantías consagradas en la constitución.

*La Corte reitera que:*

“El espíritu de la constitución es de armonía y de respeto por todas las manifestaciones de la cultura. Es cierto que el rechazo que existe hacia los homosexuales es injustificado bajo el marco de una filosofía de comprensión y tolerancia, como la que inspira la carta de 1991.

Los dogmatismos están proscritos, y en su remplazo hay un respeto absoluto por las posturas minoritarias, mientras estas no afectan el orden jurídico y los derechos de los demás. En la sociedad contemporánea se ha abierto espacio a la tolerancia y a la comprensión hacia las posturas contrarias. De ahí que, como se ha dicho los homosexuales son titulares de todos los derechos fundamentales de la persona humana, y no hay título jurídico para excluirlos de las actitudes de respeto, justicia y solidaridad. Se recuerda que el derecho a la intimidad este protegido y titulado por nuestro estado social de derecho”. 114

*Derecho a Escoger Profesión u Oficio:*

“Toda persona es libre de escoger profesión u oficio. La ley podrá exigir títulos de idoneidad. Las autoridades competentes inspeccionarán y vigilarán el ejercicio de las profesiones. Las ocupaciones, artes y oficios que no exijan formación académica son de libre ejercicio, salvo aquellas que impliquen un riesgo social.

Las profesiones legalmente reconocidas pueden organizarse en colegios. La estructura interna y el funcionamiento de estos deberán ser democráticos. La ley podrá asignarles funciones públicas y establecer los debidos controles”. 101

### **Ley 1090 del 2006**

Teniendo en cuenta el código de Ética del Psicólogo (Ley 10902006) y el capítulo 16 sobre la “investigación científica” en los apartados 16.4 y 16.5 se plantea la importancia de

inspeccionar las fuentes y origen de las ideas a tratar, en donde se les debe dar crédito y además impedir el plagio de los diferentes resultados científicos que se lleguen a obtener.

De igual manera, el código Deontológico y Ético del Psicólogo (ley 1090, 2006) se tiene en cuenta los apartados sobre la responsabilidad con las poblaciones y personas que participan del estudio. Además del respeto hacia los derechos de autor se da como prioridad el informar de manera suficiente y adecuada a la población participante de los objetivos y pretensiones de la investigación, para ello, se realiza un consentimiento informado en donde se da un compromiso por parte de los investigadores de tener reserva y protección de la información de los participantes.

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 Salud Mental**

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 determinada 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.

### **Ley 972 de 2005 (Julio 15).**

Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida.

El Congreso de Colombia DECRETA:

Artículo 1: Declárese de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, la atención integral estatal a la lucha contra el VIH -Virus de Inmunodeficiencia Humana- y el SIDA -Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

El Estado y el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizará el suministro de los medicamentos, reactivos y dispositivos médicos autorizados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades ruinosas o catastróficas, de acuerdo con las competencias y las normas que debe atender cada uno de ellos.

Parágrafo 1°. El día primero (1°) de diciembre de cada año se institucionaliza en Colombia como el Día Nacional de Respuesta al VIH y el SIDA, en coordinación con la comunidad internacional representada en la Organización de las Naciones Unidas, ONU, y la Organización Mundial de la Salud, OMS.

Parágrafo 2°. Además de los programas regulares desarrollados por el Gobierno, en esta fecha, el Ministerio de la Protección Social coordinará todas las acciones que refuercen los mensajes preventivos y las campañas de promoción de la salud, en concordancia con el lema o el tema propuesto a nivel mundial por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA, Onusida, y promoverá, en forma permanente, y como parte de sus campañas, el acceso de las personas afiliadas y no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, al diagnóstico de la infección por VIH/SIDA en concordancia con las competencias y recursos necesarios por parte de las entidades territoriales y los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 2: El contenido de la presente ley y de las disposiciones que las complementen o adicionen, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la vida y que en ningún caso se pueda afectar la dignidad de la persona; producir cualquier efecto de marginación o segregación, lesionar los derechos fundamentales a la intimidad y privacidad del paciente, el derecho al trabajo, a la familia, al estudio y a llevar una vida digna y considerando en todo caso la relación médico-paciente. Se preservará el criterio de que la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr el tratamiento y rehabilitación del paciente y evitar la propagación de la enfermedad.

Artículo 3: Las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en lo de sus competencias, bajo ningún pretexto podrán negar la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria requerida, según lo aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, a un paciente infectado con el VIH-SIDA o que padezca de cualquier enfermedad de las consideradas ruinosas o catastróficas.

El paciente asegurado será obligatoriamente atendido por parte de la EPS. Si este perdiera su afiliación por causas relativas a incapacidad prolongada, no podrá suspenderse su tratamiento y la EPS en ese caso, recobrará a la subcuenta ECAT del Fosyga según la reglamentación que se expida para el efecto.

El paciente no asegurado sin capacidad de pago será atendido por la respectiva entidad territorial con cargo a recursos provenientes de oferta de acuerdo con la reglamentación que para el efecto se expida.

Parágrafo. La violación a lo dispuesto en la presente ley, por las EPS/IPS, públicas o privadas, sin perjuicio a las acciones civiles y penales que se deriven, generará sanción equivalente a multa, la primera vez, por doscientos salarios mínimos mensuales legales

vigentes y, la reincidencia, multa equivalente a unos mil salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Las investigaciones, multas y sanciones aquí previstas estarán a cargo de la Superintendencia de Salud o quien haga sus veces, la que podrá delegar en las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, las cuales actuarán de conformidad al proceso sancionatorio de que trata el Decreto 1543 de 1997 que, para el presente caso, no superará los sesenta (60) días hábiles. El no pago de las multas será exigible por cobro coactivo, constituyéndose la resolución sancionatoria, debidamente ejecutoriada, en título ejecutivo. Los dineros producto de multas irán con destino al Fondo de Solidaridad y Garantías Subcuenta, ECAT.

Artículo 4: El Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social, diseñará en un término no mayor de seis (6) meses a partir de la promulgación de esta ley, unas estrategias claras y precisas conducentes a disminuir los costos de los medicamentos, reactivos y dispositivos médicos utilizados en las enfermedades de alto costo, en particular el VIH/SIDA, cuyas acciones serán de aplicación inmediata.

Parágrafo. A partir de la vigencia de la presente ley, el Gobierno Nacional, podrá hacer uso de los mecanismos que la normatividad le asigna con el fin de garantizar el acceso de la población a los medicamentos que sean objeto de algún tipo de protección.

Artículo 5: En desarrollo del artículo anterior, y con el objeto de reducir el costo de los medicamentos, reactivos de diagnóstico y seguimiento y dispositivos médicos de uso en enfermedades consideradas ruinosas o catastróficas en particular el VIH/SIDA, la Insuficiencia Renal Crónica y el Cáncer, se faculta el Ministerio de la Protección Social para poner en marcha un sistema centralizado de negociación de precios y compras, que permita conseguir para el país y para el SGSSS reducciones sustanciales de los costos de

estas patologías y tener un mejor control sobre la calidad y la farmacovigilancia de los productos adquiridos.

Artículo 6: Las autoridades responsables de la aplicación de la presente ley, serán el Ministerio de la Protección Social y las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud en el marco de las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001, el Decreto 1543 de 1997 y de las demás normas que la reglamenten, modifiquen, adicionen o sustituyan.

Bajo la dirección, supervisión y control del Ministerio de la Protección Social y para los efectos de la presente ley, actuarán las entidades públicas y privadas que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

### **Reglamento de la Ley General sobre VIH-SIDA, AL-1380-99; No. 27894-S**

El presidente de la república y el ministro de salud en uso de las facultades que les confieren los artículos 140 incisos 3) y 18) de la Constitución Política; 28 de la Ley General de la Administración Pública, y 52 de la Ley General sobre VIH-SIDA, Ley No. 7771, del 29 de abril de 1998.

#### **Medidas contra la discriminación laboral y educativa**

Artículo 25: El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social deberá realizar, en un plazo inferior a 15 días hábiles, una investigación minuciosa y confidencial, ante cualquier denuncia de solicitud ilegal de la prueba del VIH o de discriminación laboral contra cualquier persona portadora del VIH o enferma de SIDA, sus familiares o allegados/as. Deberá remitir copia del informe al/a denunciante, al Consejo Nacional de Atención

Integral al VIH-SIDA, a la Defensoría de los Habitantes de la República y, de ser probada la denuncia, a las autoridades judiciales competentes.

Artículo 26: El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social sancionará administrativamente, observando el debido proceso, a los patronos a quienes se les comprueben estos actos discriminatorios. En el caso de instituciones públicas, deberá comunicársele al(a) superior jerárquico(a) del(a) funcionario(a) en cuestión, para aplicar el régimen disciplinario correspondiente. El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social fiscalizará la aplicación de la sanción correspondiente.

Artículo 27: El MEP deberá realizar, en un plazo inferior a quince días hábiles, una investigación minuciosa y confidencial, ante cualquier denuncia de solicitud ilegal de la prueba del VIH o de discriminación en el ámbito educativo contra cualquier persona portadora del VIH o enferma de SIDA, sus familiares o allegados/as. Deberá remitir copia del informe al(a) denunciante, al Consejo Nacional de Atención Integral al VIH-SIDA, a la Defensoría de los Habitantes y, de ser probada la denuncia, a las autoridades judiciales competentes. El MEP sancionará administrativamente a quienes se les comprueben estos actos discriminatorios.

Artículo 28: Cuando en algún centro de enseñanza o de trabajo se presenten problemas de discriminación entre compañeros/as, la entidad correspondiente deberá implementar, con carácter de urgencia, las medidas informativas que estimulen el respeto mutuo y la no discriminación. Siempre podrá solicitar la asesoría del Consejo Nacional de Atención Integral al VIH-SIDA.

## **Marco Contextual**

En el siguiente capítulo se expondrá la contextualización de la fundación Hoasis de la ciudad de Cúcuta, la cual es la adecuada para el desarrollo de la investigación, ya que en ella se encuentran refugiadas las personas que padecen de la infección de transmisión sexual VIH/SIDA, siendo ellas nuestro principal objetivo para el mejoramiento de su calidad de vida por medio de las estrategias de afrontamiento que utilizan cada día.

### **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**

Se establece en el presente apartado, las especificaciones que incluye la metodología implementada para el presente estudio, el cual incluye el tipo de investigación, diseño de la investigación, población, muestra, categorías, instrumentos, técnica, procedimiento y validez

### **Tipo de investigación**

Esta investigación es de enfoque cualitativo el cual utiliza la recolección de datos sin una medición numérica con esto busca formular y afinar preguntas en el proceso de interpretación. Este enfoque busca comprender las distintas percepciones que tienen los participantes de sus distintas realidades, lo que quiere decir que explora los fenómenos en su ambiente natural con relación al contexto del mismo (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

### **Diseño de Investigación.**

El diseño de esta investigación será de tipo narrativo lo que quiere decir que el investigador hace recolección de historias de vida y de diferentes experiencias de ciertas personas para así poder describirlas y analizarlas (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Se hará la recolección de datos en un tiempo y período determinado lo que permitirá realizar una descripción de las distintas categorías, con ello poder analizarlas e identificar su interrelación e incidencia en un momento dado, por lo que será un diseño transversal (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

### **Población.**

La población objeto de estudio en esta investigación son adultos jóvenes de 24 - 25 años De La Fundación Hoasis En La Ciudad De Cúcuta, Con El Virus De Inmunodeficiencia Humana Vih/Sida, como lo estipula Casas & Gonzales (2005).

### **Muestra**

La muestra de este estudio es de 2 Adultos Jóvenes que cumplan con los requisitos antes mencionados.

**Categoría de Análisis**



*Figura 1. Categoría de Análisis*

## **Técnicas de recolección de información**

Para la recolección de la información se tendrán en cuenta la entrevista a profundidad, la observación no participante, un estudio de caso e historia de vida.

### **Entrevista en profundidad**

Este tipo de entrevista cualitativa busca adentrarse en la vida del entrevistado, detallar, descifrar y comprender la realidad del otro, este es un modelo que pretende un modelo de conversación entre iguales, y que se hace de manera repetida de manera personal entre el investigador y la población (Robles, 2011). Por otro lado como “entrevistas cualitativas en profundidad entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (Taylor y Bogdan, 1987, p. 101).

Este tipo de entrevista depende en gran medida de la información que suministren los entrevistados, incluyendo factores como la intimidad y todos aquellos aspectos que estos consideren relevantes e importantes, por lo que es importante que se desarrolle en forma individual y en espacios donde el entrevistado se sienta seguro y cómodo, para desarrollar las entrevistas a profundidad es importante diseñar un perfil del individuo con datos específicos como la edad, el sexo, el estado civil, entre otras; esta se debe desarrollar mediante un guion en el que se plasme todas las pregunta

### **Observación**

La observación cualitativa implica profundizar en las situaciones sociales y mantener un papel activo, estar atento a los detalles, sucesos, eventos y las interacciones de los individuos. Los propósitos principales de este instrumento de investigación es el de explorar distintos ambientes, contextos, subculturas y aspectos de la vida social; describir comunidades, contextos y ambientes, comprender procesos, vinculaciones entre personas y

sus situaciones o circunstancias, los eventos que suceden a través del tiempo, identificar problemas y generar hipótesis para futuros estudios (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Por otro lado, es importante aclarar que para esta investigación se utilizará el método de observación no participante, este se refiere a que el investigador no se mezcla en las actividades desarrolladas por la población objeto de estudio, solo hace registro de lo que ocurre en el contexto natural del mismo (García & Quintanal, 2014).

En la aplicación de esta técnica, el investigador registra lo observado, más no hace preguntas orales o escritas a los participantes involucrados que le permiten obtener datos necesarios para el estudio o fenómeno que está estudiando. Es importante hacer hincapié en que esta técnica se complementa con la entrevista u otro tipo de técnica de recolección de datos. Dependiendo del tipo y alcance de la investigación. (Apéndice B).

### **Historia de vida**

Es un método de recolección muy utilizado en la investigación cualitativa, se puede llegar a realizar tanto de manera individual como grupal la manera de realizar una historia de vida es obteniendo documentos, registros, por medio de entrevistas en donde se pide a uno o varios individuos que narren sus experiencias de una manera cronológica, en términos generales o sobre aspectos específicos como el trabajo, sobre su educación o sobre su relación de pareja entre otras (Hernández, Fernández y Baptista, 2014)

### Análisis de información

Tabla 1. Matriz de Entrevista a Profundidad de categoría Estrategias de Afrontamiento Centrado en el Problema

PARTICIPANTES	CATEGORÍA		
	ESTRATEGÍA DE AFRONTAMIENTO CENTRADO EN EL PROBLEMA		
	1M	2M	ANÁLISIS
<b>Confrontación</b>	<b>¿Cómo se enteró de su diagnóstico?</b>	<b>¿Cómo se enteró de su diagnóstico?</b>	Teniendo en cuenta lo expuesto por INFOSIDA (2016) de acuerdo a las etapas y
<b>Planificación de soluciones</b>	P1. “Mi diagnostico me entere cuando tenía 17 años, hace 8 años. Cuando sufrí un accidente por un disparo, me detectaron en el hospital, comenzaron hacer pruebas por el género mío, por ser homosexual, comenzaron hacer pruebas y ahí salieron... salió la prueba de VIH. Pero no me dijeron el mismo día, me dijeron el día que	P2. Porque ..eh eh empezó a presentar malestares como diarrea, vómito y mucha fiebre... y pues debido a esos síntomas le realizaron exámenes saliendo positivo el del VIH y le dijeron que solo tenía tres meses de padecer la enfermedad	se puede evidenciar la veracidad de su teoría, ya que dentro de las respuestas dadas por los participantes se logra evidenciar la etapa aguda que corresponde al VIH donde el participante 2 presentó sintomatologías de diarrea, vómito y mucha fiebre; de igual manera este participante ya se encuentra en la segunda etapa llamada crónica en la cual la infección sigue reproduciéndose en el

---

iba a salir... y me dijeron que ya no era VIH lo que tenía... que tenía SIDA, fue tanto el trauma que me dijeron que me daban 6 meses de vida, y ya han pasado 8 años”.

cuerpo en concentraciones muy bajas; así mismo se evidencia la etapa crónica en el participante 1, el cual, se encuentra en la fase final denominada SIDA en donde la infección ha destruido el sistema inmunitario y la padece por más de 9 años.

---

**¿Qué sintió usted cuando se enteró de su diagnóstico?**

P1. “Me pego duro, lo uno porque soy hijo único y lo otro porque usted sabe que para uno llegar a conocer a un nene o una nena y decirle no mire que yo no puedo estar contigo porque tengo esta enfermedad, es muy difícil porque hay personas que lo asumen o que no lo asumen, hay personas que lo acepten y no lo acepten, entonces es muy verraco y toda la vida mía ha sido un poquito complicada”.

**¿Qué sintió usted cuando se enteró de su diagnóstico?**

P2. Pues él me dice “cuando me entere que tenía VIH sentí que mi vida se acabó, me dio mucha rabia y desilusión al saber que mi pareja fue quien me contagio y nunca me dio la cara para explicarme lo sucedido” Y pues...hum ha intentado quitarse la vida y tiene ideas se suicidio. Su familia le dio la espalda y lo dejo solo. Gracias a Dios está yendo a terapias con psicología que la IPS de él le brinda.

2. Según lo propuesto por (Carr, 2007; citado en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2012), de estrategias de afrontamiento centrado en el problema, observando las respuestas dadas por los participantes se logra ver que ninguno estaba preparado para enfrentar la situación estresora de tener la infección del VIH/SIDA, en donde la confrontación y planificación no se desarrolló en el momento por ningún participante.

---

---

**¿Qué pensamiento tuvo cuando fue diagnóstica/o con VIH?**

P1. “Muchos pensamientos, el que todos pensamos SUICIDARNOS, porque uno recibir... imagínese cuando el doctor le dice a uno que a uno le quedan 6 meses de vida, comienza a traumatizarlo a uno, que el pelo se me iba a caer, que después me iba a comenzar a salir yagas, entonces yo en ese tiempo estaba muy niño, muy joven , comencé a sentir temor porque todo el mundo me miraba extraño, mi cuerpo comenzó a secarse, ya no era el mismo de antes, la moral mía se me bajo, me daba miedo que la gente me mirara, me rechazara. Y comenzó así, entonces para mí fue un golpe muy duro, lo único que

**¿Qué pensamiento tuvo cuando fue diagnóstica/o con VIH?**

P2. Pues como le decía, él desde ese momento solo pues piensa en quitarse la vida. Y no... que no quiere nada, no quiere no quiso volver a estudiar, no quiere nada... ósea todavía está en el proceso del duelo de saberse. Lo único que dice es “quiero encontrar a mi ex pareja para que me dé una explicación, era con la única que tenía relaciones hace dos años, se fue sin darme la cara y sin importarle lo que me podría pasar”

Teniendo en cuenta las respuestas dadas por los participantes se puede evidenciar que según lo que propone (Carr, 2007; citado en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2012), no se ve desarrollado la estrategia de afrontamiento centrada en el problema, puesto que ellos no tuvieron un razonamiento lógico al momento de enfrentar la noticia de padecer la infección del VIH/SIDA y de igual manera la planeación de estrategias que permitieran ,confrontación hacia el problema y el optimismo de afrontar la situación.

De igual manera se logra evidenciar que los pensamientos que tuvieron los participantes frente al diagnóstico, fue de suicidio, lo que nos permite ver que no tenían habilidades para generar la conducta agresora en una conducta lógica.

---

---

pensé fue Dios Mío si ya viví tanto tiempo, para que voy a esperar 6 meses, mejor me mato rápido, mato el dolor y así no le hago daño a nadie”.

---

**¿Cómo asumió su diagnóstico?**

P1. “Lo fui asumiendo poco a poco, pero como le digo la gente lo trata a uno muy feo, la gente todavía sigue con el rechazo, entonces aceptando que es una enfermedad que si existe, porque yo pensaba que eso era mentira”.

---

**¿Cómo asumió su diagnóstico?**

P2. Hum... pues le dio duro, él dice que “soy muy joven para tener VIH, no soy mala persona y ahora mi vida no tiene sentido, no quiero seguir viviendo y ya no voy a poder tener la familia que soñé algún día”. Y pues mal echo de la otra persona que estaba con él no haberle dicho que tenía esa enfermedad. Para él ha sido un proceso muy difícil y complicado.

En las respuestas dadas por los participantes, se puede notar que al momento de asumir el diagnóstico de la infección del VIH no presentaban estrategias de afrontamiento centradas en el problema, ya que de acuerdo a la confrontación no desarrollaron los esfuerzos cognitivos y conductuales para la modificación del problema y de igual manera en la planificación no se logra percibir la creación de pensamientos lógicos para el cambio de la situación estresora.

---

**¿De qué manera se ha sentido discriminado o estigmatizado?**

P1. “ en el barrio que yo vivía en

---

**¿De qué manera se ha sentido discriminado o estigmatizado?**

P2. No ahorita, sino. Pues... solo por

---

---

Nidia, en ese barrio son muy discriminatorios, en ese barrio me toco que salirme volado porque ahí me iban a encender a piedra por la enfermedad, a mí me rechazaron muy feo, todas las personas me cerraban las puertas, no me podían ver porque la gente se asustaba, como cuando uno ve un monstruo, así me veían a mí varias veces me echaron los celadores, a veces le mandaban papelitos a mi mamá amenazándola, que si no me sacaba o me sacrificaba, entonces que iban a quemar la casa, porque no querían ver un sidoso en la cuadra”.

“En el hospital fue peor, porque la enfermera... yo estuve 9 días en el hospital...fueron nueve días hospitalizado, y a los tres días las

la familia quienes le dieron la espalda y lo echaron de la casa como si nada y acá en la fundación muy poco interactúa con sus compañeros. Él sale a vender bolsas plásticas y dice que “la gente me trata bien porque no sabe que tengo VIH de lo contrario me tratarían mal”

Teniendo en cuenta las implicaciones derivadas del diagnóstico de VIH, según lo propuesto por (Avelar, Cornejo, & Torres, 2011) referente a las implicaciones sociales se puede ver que los dos participantes disminuyeron su interacción con otras personas debido a la discriminación, estigmatización y juzgamiento por padecer la infección del VIH tanto por su contexto social como familiar.

---

enfermeras me cambiaron la lozas, a los demás le daban en loza normal y a mí me daban en loza desechable, las enfermeras le decían a mi mamá que no se me acercara, y mi mamá con temor de eso le preguntaba a ella que porque no me puedo acercar a mi hijo que tiene mi hijo, y ellas solo le decían que no se me acercará”.

*Tabla 2. Matriz de Entrevista a Profundidad de categoría Estrategias de Afrontamiento Centrado en la Emoción*

PARTICIPANTES	CATEGORÍA		
	ESTRATEGÍA DE AFRONTAMIENTO CENTRADO EN LA EMOCIÓN		
	1M	2M	ANÁLISIS
<b>SUBCATEGORÍA</b>	<b>¿Qué hizo usted cuando se enteró de su diagnóstico?</b>	<b>¿Qué hizo usted cuando se enteró de su diagnóstico?</b>	Según lo propuesto por (Carr, 2007; citado en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2012), de acuerdo a las estrategias de
<b>Distanciamiento</b>	P1. “Como vuelvo y le digo... le	P2. Hum, no. Ósea pues como le	

<b>Autocontrol</b>	entra a uno el pánico del suicidio, digo él aun no lo acepta, no asimila estuve encerrado en un cuarto año todavía de que él tiene una	afrentamiento centrado en la emoción, se puede ver en las respuestas de los
<b>Aceptación de la responsabilidad</b>	y medio, sin querer salir, sin ver la enfermedad. Y la verdad yo lo luz y el sol, encerrado como un conozco a él desde pequeño y vino animalito, viviendo solo, mi a pedirme ayuda. Él dice mamá me llevaba la comidita”. “nunca pensé que cuando me	participantes que las emociones que experimentaron al momento de enterarse del diagnóstico fueron negativas y no permitieron disminuir los efectos para la creación de estrategias emocionales que mitigaran el malestar.
<b>Escape-evitación</b>		
<b>Reevaluación Positiva</b>	“nunca pensé que cuando me enferme era porque tenía VIH, me imagine que tal vez era una gripe o un virus que tenía pero nunca esta enfermedad que acabo con mi vida y por eso no quiero vivir, además mi familia me dejo solo y era el único apoyo que me quedaba”	
<b>¿Cuáles fueron las conductas de riesgo para padecer VIH?</b>	<b>¿Cuáles fueron las conductas de riesgo para padecer VIH?</b>	De acuerdo a las respuestas dadas por los participantes se puede ver que no tenían un autocontrol al momento de tener relaciones sexuales con su pareja sentimental, puesto que no ejercían un control cognitivo-conductual dejándose llevar por el momento sin tomar las medidas preventivas para evitar el contagio de
P1. “la verdad no sé, porque yo siempre me he cuidado en mí trabajo, bueno aunque uno por iluso y por confiar en las	P2. Pues como lo es normalmente, por relaciones sexuales, aunque él solo las mantenía con su ex pareja	

---

<p>personas, yo me entregue por amor, no me cuide, no use preservativo con mi pareja. Me enamoró por tres meses y se desapareció, no volví a saber de él”.</p>	<p>quien fue quien lo contagio, él dice que se cuidaban y ella manejaba métodos de planificación porque en sus planes aún no estaba tener hijos hasta tener una estabilidad.</p>	<p>una ETS. De igual manera, según lo expuesto por (Álvarez, Acevedo, &amp; González, 2012) de las formas de transmisión, el contacto sexual es el que más prevalece en comparación de los demás, lo que podemos evidenciar en las respuestas de los participantes donde exponen que el contagio de la infección fue debido a tener intimidad con su pareja.</p>
--	--	--

---

<p><b>¿Cómo aceptó su condición como afectada/o por VIH?</b> P1. “Por medio de una abuelita, yo le conté de mi enfermedad... y pues yo pensé que me iba a rechazar y no, ella me abrazo y me decía</p>	<p><b>¿Cómo aceptó su condición como afectada/o por VIH?</b> P2. Él no lo acepta, vive aislado, no quiere comer casi... todavía le duela, todavía se niega aceptar la enfermedad por eso está</p>	<p>Aquí se puede evidenciar dos posturas diferentes frente a la aceptación de la situación estresora como lo es padecer la infección del VIH/SIDA. En donde el participante 1 a pesar de su diagnóstico conto con una red de apoyo secundaria que lo ayudo aceptar su enfermedad y a enfrentar las</p>
--	---	--

---

que salga, ehh... “no le dé importancia a la gente, mírese en un espejo, comience a pellizcarse... ehh. Siéntese vivo otra vez, comience a renacer otra vez, que si por algo Dios lo dejó vivo... es porque usted tiene muchos propósitos en la vida”. Y así comencé hacer la terapia cada vez, a los... tarde como un mes para poder hacer la terapia de mirarme en un espejo por un momento, de pellizcarme mi cuerpo y comencé a sentir otra vez... el mismo que yo era antes”.

yendo a terapia con emociones negativas que se entraban psicología que la IPS le da. Él me dice “nunca voy aceptar que la mujer que amaba me destrozó la vida y me contagio de VIH”

generando haciendo que desarrollara la estrategia de afrontamiento centrada en la emoción correspondiente a la reevaluación positiva en donde a pesar de la situación entro a valorar los aspectos positivos llegando a tener un aprendizaje significativo de la situación.

En cuanto al participante 2 no se ha dado la aceptación frente a la situación estresora, lo que aún hace que tenga emociones como la depresión y pensamientos suicidas lo que confirma que está en la estrategia de escape o evitación generando pensamientos irreales que cambian el enfoque del problema.

**¿Qué cambios en su estilo de vida tuvo que realizar?**

**¿Qué cambios en su estilo de vida tuvo que realizar?**

De acuerdo a la respuesta obtenida por el participante 1 se logra ver que ya tiene la

---

P1. “ishhh... muchos... ya uno no puedo tomar, ni fumar, ni trasnochar... porque el trasnocho lo envejece a uno rápido”. “ehhh... si, el dormir, cuidarme en las comidas balanceadas... todo eso”

P2. Muchos, la familia lo abandono, dejó el estudio, su pareja fue quien lo infectó y aun no logra adaptarse a la fundación y el proceso de interactuar con sus compañeros no es muy bueno.

estrategia de afrontamiento centrada en la emoción perteneciente a la aceptación de la responsabilidad, ya que es consciente de los hábitos de vida saludable que debe incorporar en su diario vivir para su bienestar y tratamiento de la infección VIH/SIDA.

En la respuesta dada por el participante 2 sus cambios son los contrarios a los del participante 1, lo que permite identificar la falta de autocontrol, aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva.

---

**¿Cuáles cambios después de su diagnóstico ha tenido su vida sexual?**

P1. “uhhh muchísimos (risas)... porque ya no he sido tan caliente como antes (risas)... ya no es antes como loco, salía y volvía, salía y

**¿Cuáles cambios después de su diagnóstico ha tenido su vida sexual?**

P2. Eh... pues desde su diagnóstico él dice “no quiero volver a tener ningún tipo de relación con nadie, no haré el daño que me hicieron a mí y

Teniendo en cuenta las respuestas dadas por los participantes, según lo propuesto por (Lazarus y Folkman, 1986; citados en Vásquez & Crespo, 2011) frente a los estilos de afrontamiento centrados en la emoción, los dos participantes después de tener su diagnóstico de VIH/SIDA han adquirido autocontrol, aceptación de la responsabilidad

---

---

volvía, ya... ahora toca como más... así como hablan los gamincitos más relajado, o sea pensar en las cosas, en la protección. Igual como yo le digo a la gente, o sea... no es porque uno tenga esa enfermedad debe cuidarse con todo el mundo, porque esa enfermedad depende de una papilonia, de un chancro, de una sífilis, ehh... de una hepatitis, de unaaa tuberculosis, de muchas enfermedades que uno puede procurar porque uno no puede ver a una nena o un nene bonito, o gordito... y decir esta bonito, no tiene ninguna enfermedad”.

---

ya no podré formar la familia que tanto soñé”.

y reevaluación positiva al momento de tener relaciones sexuales, mostrando un control emocional, un pensamiento lógico y una conducta más estable.

**¿Cuáles fortalezas ha desarrollado o tiene usted que le han ayudado a enfrentar la situación?**

P1. “eishh... la fortaleza, el valor, el valorarse a uno mismo”. “siii. Demostrar valor, porque... muy verraco... salir a una cuadra donde a uno lo ven como con otra cara, y después uno destape como esa mascara y ver esa realidad, entonces como que la gente lo quiera rechazar a uno”.

**¿Cuáles fortalezas ha desarrollado o tiene usted que le han ayudado a enfrentar la situación?**

P2. Pues en el momento... pues no se ve que haya desarrollado alguna. Otros pacientes de acá pues siempre han tenido un pro y un contra antes de una prueba de VIH. En cambio él no porque por la diarrea y los otros síntomas lo remitieron y le hicieron la prueba y no esperaba que el resultado fuera positivo. Y lo único que piensa y expresa es quitarse la vida.

En este apartado según lo propuesto por Lazarus y Folkman, 1986; citados en Vásquez & Crespo, 2011) de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción se puede evidenciar que el participante 1, si ha logrado desarrollar fortalezas que le permiten enfrentar la situación estresora, teniendo un control emocional, planificando estrategias para cambiar el entorno y sentimientos producidos a través de la fortaleza del “valor”; invirtiendo tiempo en distraerse y relajarse. En cuanto al participante 2 no se logra observar el desarrollo de ninguna fortaleza, por lo tanto permanece emocionalmente negativo y sin un sentido de vida presentando emociones de escape o evitación frente al problema, sin buscar un autocontrol y reestructuración positiva que le permitan cambiar sus pensamientos y sentimientos

**¿Actualmente**

**que**

**¿Actualmente**

**que**

Dentro de las respuestas se puede evidenciar

**pensamientos tiene sobre su diagnóstico?**

P1. “ishh... bueno anteriormente, cuando me entere tenía en mente el suicidio, ahora ya no, ahora cada día me quiero cada vez más, más y más, veo la vida más bonita y aprendí de la enfermedad, aprendí a valorar más y aprender más”. “aprendí muchas cosas de la vida... que uno... por una enfermedad uno no debe echarse a morir, debe seguir continuando porque la vida es muy hermosa”.

**pensamientos tiene sobre su diagnóstico?**

P2. Terrible...todo son cosas negativas como me quiero matar, no quiero vivir, que ya él ni para hijos ni para nada. Siempre me dice “quiero quitarme la vida pero no he tenido el valor de hacerlo, nunca voy aceptar que tengo VIH y me quede sin familia por alguien que no valía la pena”

que los dos participantes coinciden en el pensamiento del suicidio al momento de enterarse del diagnóstico, pero se logra diferenciar que el participante 1 ya tiene conciencia de la enfermedad y por lo tanto sus pensamientos se han ido modificando positivamente al igual que sus emociones.

En el participante 2 sus pensamientos y emociones siguen siendo de forma negativa, lo que impide el desarrollo de estrategias de afrontamiento que permitan enfrentar la situación estresante y así tener una valoración cognitiva como lo propone (Lazarus y Folkman, 1986; citados en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2012) la cual permite evaluar las consecuencias negativas que la situación genera con el fin de reducirlas o eliminarlas.

**¿Cuáles son sus**

**¿Cuáles son sus**

En las respuestas dadas por los participantes

<b>sentimientos y emociones actualmente al vivir con VIH?</b>	<b>sentimientos y emociones actualmente al vivir con VIH?</b>	se puede observar que a pesar del tiempo de vivir con la infección de VIH/SIDA emocionalmente siguen presentando sentimientos de tristeza, melancolía, ira, etc. Teniendo lo expuesto por (Lazarus y Folkman, 1986; citados en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2012) sobre las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción se puede ver que aún ningún participante las tiene desarrolladas en su totalidad, ya que en ocasiones la enfermedad no les permite enfrentar sus malestares de manera positiva.
P1. “soy muy sentimental, me entregan las ganas de llorar, tristeza y melancolía, sentimientos que a veces despierta la enfermedad”	P2. No, no... él no se acepta, se ve con depresión, tristeza, malgenio, desesperación, ha dejado de comer por eso la droga le ha afectado tanto y ha adelgazado, además él dice que “me gusta fumar cigarrillo porque eso me tranquiliza”	

*Tabla 3. Matriz de Entrevista a Profundidad de categoría Estrategias de Afrontamiento Combinado*

CATEGORÍA			
ESTRATEGÍA DE AFRONTAMIENTO COMBINADO			
PARTICIPANTES	1M	2M	ANÁLISIS
SUBCATEGORÍA	<b>¿A quién o quienes recurrió para</b>	<b>¿A quién o quienes recurrió para</b>	Según las respuestas obtenidas por los participantes

<b>Búsqueda de apoyo social</b>	<p><b>buscar ayuda?</b></p> <p>P1. “A los psicólogos y trabajadoras sociales de la clínica donde me atienden a mí cada mes”.</p>	<p><b>buscar ayuda?</b></p> <p>P2. Él acudió a la IPS y después se comunicaron con las entidades que trabajan con casos de VIH y pues ellos llamaron acá a la fundación y le dicen a uno el caso y lo acepte porque a él lo conozco desde pequeño y él me expreso “solo quiero estar en su fundación, mi familia me abandonó y en usted puedo encontrar el apoyo que necesito”</p>	<p>se logra dar a conocer lo expuesto por (Lazarus y Folkman, 1986; citados en Amarís, Madariaga, Valle, &amp; Zambrano, 2012) en lo referente a las estrategias de afrontamiento combinado en donde se busca ayuda a terceros con el fin de ser orientados y en este caso los participantes acudieron a entidades de salud que le brindaron la orientación y ayuda para poder hacerle frente a la situación estresora con lo es tener la infección de VIH/SIDA; recibiendo consejos, asesoramiento, información, comprensión y apoyo moral.</p>
	<p><b>¿Qué le motivo a buscar ayuda ante su diagnóstico?</b></p> <p>P1. “ishh... muchas cosas (risas)... a pesar de la vida sexual que tenía desordenadamente, me ayudó mucho la vida acomodarla, porque estaba muy desordenado”.</p>	<p><b>¿Qué le motivo a buscar ayuda ante su diagnóstico?</b></p> <p>P2. Porque se encontraba solo, por no tener donde ubicarse por lo de la familia que lo corrió. Él quedo en la calle porque no tenía quien más lo apoyara y la IPS con la ayuda que le brindo logró llegar acá a la fundación.</p>	<p>Teniendo en cuenta lo expuesto por (Avelar, Cornejo, &amp; Torres, 2011) de acuerdo a las implicaciones del diagnóstico se puede verificar lo relacionado con las implicaciones sexuales, en donde después del diagnóstico el participante 1 toma conciencia de la vida sexual que llevaba modificando sus conductas y pensamientos buscando la respectiva ayuda. Con lo referente a las estrategias de afrontamiento combinado se logra</p>

---

observar una estabilidad cognitivo-conductual frente a la situación estresora.

El participante 2, debido al rechazo por parte de su familia, busco ayuda pero aún no tiene una estabilidad emocional y un pensamiento lógico frente a la infección de VIH/SIDA lo que le impide adaptarse a cualquier situación de su diario vivir.

---

**¿Tuvo alguna complicación en la adherencia al tratamiento?**

P1. “al principio si un poco... porque son medicamentos muy fuertes, que debilitan. Pero ya no, soy muy juicioso con los medicamentos”.

**¿Tuvo alguna complicación en la adherencia al tratamiento?**

P2. Si bastante, por lo del medicamento por ejemplo es un componente fuerte que da trastornos, fiebre, ve alucinaciones y se lo tiene que tomar todos los días hasta que se muera y constantemente se le hacen cargas virales cada 6 meses para mirar

Es de notar que los dos participantes han tenido complicaciones a la hora de empezar el tratamiento, porque la medicación es muy fuerte haciendo que sus organismos tengan respuestas secundarias generando malestares físicos y emocionales lo que hace que la adherencia al tratamiento y conciencia de la enfermedad sea ambivalente

---

---

el avance.

---

*Tabla 4. Matriz de Historia de Vida de Ciclo Vital*

---

CATEGORÍA DE CICLO VITAL

---

HISTORIA DE VIDA	¿En su proyecto de vida como se ha visualizado nivel personal?	¿En su proyecto de vida como se ha visualizado nivel personal?	ANÁLISIS
	<p>P1. Pues el querer estudiar, poder prepararme, ser una persona profesional para ayudar a mi mamita que siempre ha estado para mí, poder tener mi casita, un buen carro, yo siempre he querido estudiar una carrera relacionada con el área de la salud, como psicología o trabajo social, son carreras muy bonitas, que entiende y ayudan a la gente, no juzga la vida de las personas. Con una buena carrera, yo podría tener un buen trabajo, que me ayude para el sustento de mi mamita y el mío.</p>	<p>P2. Para mi vida las proyecciones que siempre he tenido en mente es estudiar una carrera universitaria, ser un profesional, lograr un título universitario para que mi familia se sintiera orgulloso de mí. En mi mente me he siempre me veo como un gran abogado, que pudiera ayudar a los demás de las injusticias que la vida les tiene, además de tener una buena entrada económica.</p>	<p>En este apartado se muestra que las variaciones en las etapas del ciclo vital del adulto según lo planteado por Di Grillo (2014) explica que existen unas etapas que están relacionadas a dos dimensiones una económica o productiva y otra a la vida familiar, en las que el sujeto tiene como metas el cursar una carrera, obtener logros y así poder conseguir un trabajo, para estar estable laboralmente y con ello tener la anhelada estabilidad económica que quiere toda persona. Es así como se concluye que lo referido por el autor tiene concordancia con las respuesta por parte de los participantes ya que manifiestan su</p>

---

pensamiento de poder estudiar, y obtener diferentes logro tanto personales, como profesionales y familiares, llegando así a poder conseguir la autorrealización de las metas que se propuso.

**¿En sus relaciones de pareja que busca experimentar?**

**¿En sus relaciones de pareja que busca experimentar?**

P1. Cuando yo tengo una relación de pareja lo que siempre quiero es la compañía de esa persona, que me apoyé en todo momento y en todo lugar, que no sea solamente sexo, más bien una pareja que me ayudé a salir adelante, que sí no hago las cosas bien, no discuta y más bien me de consejos y me entienda, qué no sea una carga para mí, porque para eso me quedo solo. Pues básicamente, que sea muy comprensivo y que los dos prosperemos.

P2. Lo que yo buscaba en una relación, era poder tener una relación estable, porque yo quería tener una familia, tener hijos, una esposa que me quisiera, que me respetara, que me entendiera, que me apoyará. Mi sueño siempre fue casarme con una gran mujer, y que me diera muchos hijos, tener una mujer hermosa a mi lado, y sobre todo sincera y respetuosa y muy fiel, bueno eso era lo que quería antes de que me pasará

Teniendo en cuenta las respuestas de los participantes y la edad de cada uno de ellos, se puede afirmar que se encuentran en la sexta etapa llamada Intimidad vs Aislamiento planteado por Erick Erickson según los autores (Saavedra, Ojeda, Turtl & Suarez, 2016), siendo una etapa en la que el adulto joven se centra en la consecución de relaciones de intimidad, es decir poder crear, mantener y lograr relaciones estrechas con otra persona, de una manera mutua, es de anotar que lo exteriorizado por cada uno de los participantes le da validez a las afirmaciones de los autores, puesto que estos dos jóvenes adultos aún se

esto, ahora mis proyecciones es encontrar en esta etapa , y el primer participante estar solo, no quiero volver a tener aún con su condición de infectado tiene en sus una relación, porque la rabia que ideales él conseguir una pareja, poder construir sienta por la persona que me hizo una relación estable, sólida, y de mucha confianza, esto, me quito las ganas de vivir y todo esto lleva analizar que el participante 1 ha de formar una pareja. conseguido una fuerte identidad, al ser capaz de poder entablar una relación con otra persona y estar dispuesto a fusionarse y arriesgarse a esa relación, caso contrario con el participante 2 que se encuentra en el aislamiento dada su condición de infectado, pues se muestra incapaz de construir nuevamente relaciones estrechas con otra persona.

**¿Qué busca en sus relaciones sociales?**

**¿Qué busca en sus relaciones sociales?**

P1. Bueno pues, buscó una amistad, pero una amistad sincera, sin prejuicios por mi orientación, por mi pasado o por mi condición, una amistad que sea chévere, que me entiendan y que me den buenos consejos, porque amigos no

P2. En ese tipo de relaciones, buscaba ser aceptado tal como soy y con lo que uno vive, amigos que no hablarán de mis espaldas, o que estuvieran de falsos quitándole a uno la novia, panas

En general teniendo en cuenta las respuestas dadas por los participantes se nota que en esta etapa de adulto joven las relaciones sociales están basadas en aspectos fundamentales como la confianza, la lealtad, la sinceridad y el respeto, de esta manera se evidencia concordancia con los autores

---

<p>son todos, y para mí una buena amistad se basa en la lealtad y en la sinceridad, los amigos están en las buenas, y eso amigos son los que uno necesita.</p>	<p>que fueran todo bien con uno, sin tanta vaina, ni envidia ni nada de esas cosas.</p>	<p>(Aquino, Gouveira, Gomes, &amp; Bandería, 2017) sobre la teoría de Harry Stack Sullivan, al referir que el desarrollo humano está en gran medida conformado por acontecimientos externos y, de modo específico, mediante la interacción social.</p>
--	---	--

---

**¿A qué edad comenzó su vida sexual?**

**¿A qué edad comenzó su vida sexual?**

P1. Mi vida sexual la comencé cuando tenía 14 de edad.

P2. Yo comencé a tener relaciones sexuales a los 11 años, cuando era un niño todavía.

Teniendo en cuenta lo expresado por los participantes es de resaltar a los autores (Rojas et al., 2014) sobre la teoría de Piaget, la adolescencia se desarrolla en la etapa de operaciones formales, en la cual comienza una madurez física y el paso del pensamiento concreto al pensamiento formal, además en su desarrollo físico, social y emocional comienza el interés sexual como pensamientos y sentimientos y que son llevados en las relaciones interpersonales con amigos, compañeros, etc.

---

**¿En qué aspectos se fijaba para mantener relaciones sexuales con otra persona?**

P1. Pues en cosas normales, un buen aspecto, que se cuidara, que fuera algo lindo, que besara rico, y que pagara bien cuando me pedían un servicio.

**¿En qué aspectos se fijaba para mantener relaciones sexuales con otra persona?**

P2. Para mí era importante ver una persona con una buena estabilidad económica, que no fuera solo alguien que me buscará para ser el marrano que pagará todo, que fuera muy bonita, coqueta pero solo conmigo, con mente perversa, que no fuera mojigata, para mí una mujer así era perfecta para casarme.

En este apartado se puede identificar que la sexualidad en esta etapa del adulto joven se caracteriza por dos patrones de comportamiento como lo expone el autor (Mora et al., 2009), en la cual el primer participante tiene un comportamiento sexual experimentador, es decir se basa en la eficacia del sexo, mirando aspectos físicos que le satisfagan su deseo en el momento. Mientras que el segundo participante tiene un comportamiento sexual buscador, pues busca ciertos aspectos fundamentales para tener relaciones sexuales que cumplan con el ideal de mujer para casarse y tener una relación de pareja perfecta.

Tabla 5. Matriz de Observación no participante

<b>PARTICIPANTE</b> →	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>ANÁLISIS</b>
<b>CATEGORÍAS</b> ↓			
Activo-cognitivo	En el participante 1 se evidencia un ajuste a nivel de pensamiento en la relación a la infección que tiene, sus pensamientos en relación a su estado es de superación.	Se evidencia un desajuste a nivel de pensamiento en relación a la conciencia de la enfermedad ya que presenta ideas de suicidio, pensamientos de frustración, su sentido de vida está deteriorado, no acepta la realidad y no tiene razonamiento propio.	En general se puede observar que los participantes tienen pensamientos diferentes debido a la etapa de la infección en la que se encuentran.
Pasivo- conductual	Se observa que tiene una conducta acorde a su edad y su estado, ya que trabaja como vendedor ambulante, tiene una relación buena con los compañeros de la fundación.	Se logra identificar que el participante no presenta una autodeterminación, por lo cual depende de otras personas para poder enfrentar las situaciones estresantes que le genera padecer la infección del VIH, en donde también presenta un grado de depresión alto que lo lleva a tener pensamientos de autolesión como el	Dentro de los participantes se puede evidenciar que este estilo se presenta en el participante 2 por la etapa de infección en la que se encuentra, lo que hace notar la diferencia en cuanto al comportamiento que tiene el primer participante en la entrevista.

	suicidio y no tiene pensamientos lógicos		
Lenguaje no verbal	Se logra identificar que el participante tiene buena presentación, que es acorde a su edad, muestra interés por participar de la entrevista, tiene buena postura corporal, lo que evidencia su disposición y atención para responder a la pregunta.	Se logra identificar que el participante no logra mantener contacto visual, su postura muestra desinterés y negación frente al tema tratado, su presentación personal es adecuada, se observa que mantiene aseado.	De acuerdo a lo observado en la conducta no verbal de los participantes en cuanto a las gesticulaciones y la postura para la entrevista, el participante 1 mostraba más confianza para responder a las preguntas, a diferencia del participante 2 que por su estado de ánimo no permitió un contacto directo.
Actitud	El participante tiene buena actitud para la realización de la entrevista, participando activamente de la misma, emocionalmente se muestra estable, y tiene buena expresión para responder a las preguntas.	El participante no muestra interés por el tema ya que está en una etapa de negación frente a su diagnóstico, no participa de la entrevista de manera directa, emocionalmente esta triste, su atención es dispersa y no se logra tener una comunicación directa con él	En el caso del participante 1 se evidencia el interés por participar de la entrevista, se le facilita tener una buena comunicación con las personas, caso contrario a lo que sucede con el participante 2 que evidencia su desinterés por la entrevista y evitación por el tema.

## Resultados

Los resultados que a continuación se presentan son el reflejo de la aplicación de las técnicas de recolección de información como son: entrevista en profundidad, historia de vida y la observación no participante.

*Tabla 6. Matriz de triangulación de instrumentos*

<b>CATEGORÍA</b>	<b>ENTREVISTA A PROFUNDIDAD</b>	<b>HISTORIA DE VIDA</b>	<b>OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE</b>	<b>ANÁLISIS</b>
ESTRATEGÍA DE AFRONTAMIENTO CENTRADO EN EL PROBLEMA	En el grupo de respuestas se ve muy marcado que los participantes al ser diagnosticados con la infección carecían de las estrategias de afrontamiento centrado en el problema como la confrontación y planificaciones de soluciones, especialmente a lo que se refiere el enterarse de la infección, el llegar asumir		Según lo observado se puede constatar que el tiempo es una variable para generar estrategias de afrontamiento en cuanto a la situación problema, ya que el paciente debe asumir un proceso de habituación para aprender a vivir con esta infección.	Según lo planteado por (Carr, 2007; citado en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2012) las estrategias de afrontamiento centrado en el problema son aquellas que tiene como fin resolver la situación de manera activa a través de la implementación de análisis lógico, planeación de estrategias y confrontación de la situación, todo esto por medio de una actitud de optimismo que permite que la persona tenga una adecuada adaptabilidad

---

ese diagnóstico, las emociones o pensamientos que se despertaron frente a la infección y el tener que aprender a vivir con ella, de acuerdo a esto se puede verificar en las respuestas de cada uno de los participantes de esta investigación, que coinciden en afirmar que fueron discriminados tanto por su familia, como por amigos, y personal médico, dado que recibían del medio conductas poco agradables o agresivas, permitiéndole a ellos continuar una vida normal a pesar de la situación estresora.

frente a la situación. Teniendo en cuenta lo anterior, se logra describir que las implicaciones derivadas al recibir la noticia de ser diagnosticado con VIH/SIDA son los detonantes para que las personas infectadas no logren desarrollar estrategias de afrontamiento centradas en el problema en el inicio de la infección, como lo son la confrontación y planificación de soluciones, que permiten generar esfuerzos cognitivos-conductuales y pensamientos lógicos para modificar o sobre llevar la situación estresora.

Debido a que no se desarrollan estas estrategias las personas presentan estados emocionales como la depresión y pensamientos de autolesión como el suicidio, perdiendo su sentido de vida. Por cual se concluye, que este tipo de

---

---

estrategia no se desarrolla en los pacientes al enterarse de su diagnóstico.

---

**ESTRATEGÍA DE AFRONTAMIENTO CENTRADO EN LA EMOCIÓN**

De acuerdo a lo relacionado con las estrategias de afrontamiento centrado en la emoción en las respuestas dadas por los participantes, se logra verificar las implicaciones emocionales que tuvieron frente al diagnóstico como lo son culpa, depresión, ansiedad, miedo, rabia, etc.

En los participantes es evidente la tendencia que existe de entablar relaciones sexuales a muy temprana edad, en donde la orientación sexual es uno de los factores que conlleva a no tener una vida sexual responsable, centrándose en el momento del placer y la satisfacción sexual.

Las personas infectadas por el VIH/SIDA muestran un estado ambivalente en cuanto a sus emociones, como el distanciamiento y evitación con las personas, por el miedo a ser juzgados y discriminados o estigmatizados, experimentando sentimientos como la tristeza, la melancolía, la culpa, entre otros.

Después de salir de un primer estado emocional negativo, desarrollan el autocontrol, la reevaluación positiva y aceptación de la responsabilidad, identificando las conductas de riesgo que realizaron para llegar a dicha problemática. De acuerdo a lo anterior, se puede constatar lo expuesto por (Carr, 2007;

---

De igual modo, se observa la importancia del nivel socioeconómico al momento de entablar este tipo de relaciones, ya que su mayor interés está basado en la cuestión del dinero.

citado en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2012) con el segundo grupo de estrategias de afrontamiento centrado en la emoción que tienen como función la regulación emocional que incluye los esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante.

En conclusión, estas estrategias fueron desarrolladas en los participantes en un periodo transitorio que sirve para disminuir la tensión causada por los diferentes estresores y aumentando su autoestima, además se adaptan de manera más adecuada a las circunstancias

---

ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO COMBINADO	El hecho de revelar su diagnóstico de infectado con VIH/SIDA frente a familia o	Es evidente ver que el desespero causado por el	De acuerdo a lo evidenciado se puede comprobar que esta	Las personas al sentirse rechazadas por su entorno social desarrollan la estrategia de afrontamiento combinado, en donde
---------------------------------------	---	---	---	--

---

---

amigos, hace que la persona se sienta rechazado o aislado por su condición, lo que conlleva a la búsqueda de apoyo social a terceros.

rechazo social, hace que la persona infectada experimente miedo y al tiempo sentimiento de culpa por la situación estresante que está pasando, lo que lleva a buscar otras historias de vidas que se relacionen con la de ella, para así poder enfrentar esta situación en compañía de los mismos.

búsqueda de apoyo social ha hecho que el lugar de refugio para los participantes sea la fundación, donde vive con personas que tiene la misma problemática.

debido a este rechazo por su redes de apoyo acuden a otras personas cercanas u a profesionales, con el fin de tener un asesoramiento, comprensión y apoyo moral para sobre llevar la situación.

De esta manera, (Lazarus y Folkman, 1986; citados en Vásquez & Crespo, 2011) refieren el apoyo social dentro de este tipo de estrategia como los recursos que tiene para la resolución de problemas para la situación estresante.

Así se concluye, que el apoyo social contribuye a la salud mental de los participantes; a partir del apoyo constante y establecimiento de un lugar de refugio, con asistencia por parte de profesionales de la salud, lo que disminuye el impacto emocional.

---



## **Discusión**

Por medio del presente trabajo investigativo fue posible describir y comprender el desarrollo del proceso de afrontamiento de las personas infectadas con VIH/SIDA de la Fundación Hoasis de la ciudad de Cúcuta, para esto se realizó una profunda investigación teórica en torno a los estudios realizados sobre VIH, las estrategias de afrontamiento y el proceso de asimilación del diagnóstico.

La investigación se trabajó bajo el paradigma cualitativo con un diseño narrativo. Para la recolección de la información se aplicaron tres instrumentos, entre ellos: la entrevista en profundidad, la observación no participante y la historia de vida. La entrevista en profundidad fue aplicada individualmente a la población de estudio como expertos en el tema, con el fin de reconocer pensamientos, sentimientos y comportamientos relacionados con la asimilación del diagnóstico por VIH y las estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes.

Dentro de la entrevista en profundidad con los participantes, se indagó sobre cuáles fueron las conductas de riesgo para padecer de VIH, encontrándose que no hacían uso de medidas de protección por el hecho de tener una pareja estable, lo anterior está directamente relacionado con las conductas de riesgo para contraer la infección. Como lo muestra Álvarez, Acevedo, & González (2012), la primera forma de transmisión y de mayor magnitud es el contacto sexual, dentro de los tipos de contacto sexual, está el sexo anal, el sexo vaginal receptivo y el sexo oral, así como el uso compartido de jeringas y transfusiones de sangre sin garantía.

Lo anterior se debe tener en consideración, ya que los adultos jóvenes aún siguen asumiendo conductas de riesgo ante el VIH, si desde hace muchos años se vienen desplegando campañas de sensibilización para generar una concientización sobre el uso del condón en relaciones estables y no estables, por eso es necesario replantear la

forma en como se está llegando a la comunidad con el fin de prevenir el VIH/SIDA y cualquier infección de transmisión sexual, ya que no es solo el uso del condón como forma de protección, también es el respeto por el cuerpo, a la intimidad y la confianza con la otra persona, son aspectos que se deben tener en cuenta para las campañas de prevención de las ITS.

Una vez, los pacientes conocen su diagnóstico de VIH pasan por un proceso de asimilación, no obstante, para los participantes de la investigación la confrontación de la infección se complicó cuando sus redes de apoyo como la familia, amigos y vecinos se enteraron de su diagnóstico, por tanto, afirmaron sentirse discriminados, rechazados, humillados y ofendidos. Lo anterior se puede explicar por medio del modelo de estrategias de afrontamiento, según Carr, (2007); citado en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, (2012), el primer estilo de afrontamiento centrado en el problema se basa en un proceso de valoración de la situación estresante, es decir la persona realiza una evaluación primaria donde realiza una apreciación del momento que está viviendo, de la situación peligro por la que está pasando y de esta manera cae en cuenta de la responsabilidad de su diagnóstico, a partir de ahí el paciente realiza una asimilación de la situación y por ende comienza a confrontar y planear soluciones.

De esta manera, se tiene en cuenta que las estrategias de afrontamiento no se llegan a utilizar desde el inicio del diagnóstico, ya que los pacientes se sienten atacadas, estigmatizadas, rechazadas y sobre todo engañadas por las personas que en su momento le transmitieron la infección. Esto se puede observar en los participantes, al momento de expresar que es muy duro como la gente los trata, porque ya entiende que es una enfermedad que si existe y que siendo tan jóvenes ellos estén pasando por eso. Por ello es importante no solo hablar de teoría y de formas de transmisión de las ITS, también es colocar en contexto la parte humana de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA, pues los jóvenes no toman conciencia de la infección, hasta que no ven y escuchan casos de la vida real, además la prueba de VIH debería ser un examen

que sea obligatorio practicarlos cada mes, así como es de fácil acceso los condones, se deben realizar mensualmente campañas para la realización de la prueba.

Así mismo, se pueden identificar estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción en los participantes. Carr, (2007); citado en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, (2012), se basa en la búsqueda de estrategias que permitan disminuir rápidamente los efectos negativos de la situación estresora a nivel emocional, sin llegar a confrontar directamente la situación o planificar estrategias para modificar el entorno, entre ellas se mencionan:

**Distanciamiento:** aislamiento social retirándose de la interacción social para afrontar los problemas desde la soledad o huida de los demás (Carr, 2007; citado en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, (2012). Se encontró en los participantes que se alejan de las personas, como amigos, familiares y personas relevantes en la vida de ellos, por los sentimientos que pueden tener al enterarse de su diagnóstico como el miedo, el paciente experimenta este sentimiento por el temor a la muerte y el dolor que le pueden causar a sus seres queridos.

**Reevaluación positiva:** describe los esfuerzos por modificar el significado de la situación estresante, atendiendo especialmente a los aspectos positivos que tenga o haya tenido, expresando optimismo ante la situación (Carr, 2007; citado en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, (2012). Entre los participantes, se logró identificar en el primer participante las fortalezas que lo ayudaron a enfrentar la situación, entre ellas se destaca el deseo de superación, la valentía con la que enfrenta su diagnóstico y el bienestar por su mamá.

**Aceptación de la responsabilidad:** la persona identifica su propio error en el problema y trata de corregir la situación. (Carr, 2007; citado en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, (2012). Se puede observar que el participante 2 en un primer

momento asume la situación con pensamientos relacionados con el enojo y la culpabilidad, por lo que no hace nada con corregir o cambiar la situación. Sin embargo, en el participante 1 decide huir de la situación o buscar ayuda, al darse cuenta de la situación que vive el mismo provocó, por ello asiste a sus controles mensuales, toma su medicamento, y cambio su estilo de vida.

En este sentido, se encuentra que uno de los participantes hace uso de los recursos que las estrategias de afrontamiento centrada en la emoción dan para enfrentar la situación que genera el problema; como asumir la infección y enfrentar las consecuencias, aceptando la realidad que tiene y trabajando para el bienestar mental y físico. Solo en el caso del segundo paciente, se presenta unos cuantos recursos que utiliza de este tipo de estrategia, cabe aclarar que es un paciente que tiene tres meses de ser diagnosticado, por lo cual está en un proceso de aceptación de la responsabilidad. Con lo anterior, se puede inferir, que no solo basta con la asistencia periódica a los controles médicos, o a la toma de medicamentos según las indicaciones médicas, o hacer ejercicio y mejorar la alimentación para la adherencia al tratamiento, pues para los médicos especialistas es conocedor, la importancia de la psicología para estos casos, en la son ellos lo que prestan un acompañamiento psicológico para mitigar los factores de riesgo que incidir en la infección, y la búsqueda de un grupo de apoyo social para la adherencia al tratamiento.

Según Carr, (2007); citado en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, (2012), describen como estrategias de afrontamiento combinado aquellas estrategias centradas en la situación o en la emoción que pueden facilitarse mutuamente. De igual manera, se identificaron los recursos que los participantes usan para hacer frente a la situación, como la búsqueda de apoyo social, una estrategia de afrontamiento combinado. Los participantes mencionan que ante la situación estresora reaccionaron de la siguiente manera: buscando ayuda profesional en el seguro, así como la ayuda dada por la fundación Hoasis, buscando un refugio o una red de apoyo fundamental para sobrellevar la infección.

Lo que motiva a buscar ayuda ante la situación estresora del diagnóstico es el sentirse mal emocionalmente, desean cambios en su estilo de vida y no soportan la discriminación o rechazo social, al asumir de manera positiva su situación, realizan cambios en sus proyecto de vida, en el caso del participante 1 decidió continuar planificar nuevas metas de acuerdo a su actual situación, en el caso contrario con el participante 2 por el momento su vida esta orientada a la desesperanza, no planifica metas a largo plazo, esto porque hay total indiferencia por la vida, teniendo a la angustia y desesperación presente.

## **Conclusiones**

Es evidente que las personas diagnosticadas con la infección del VIH/SIDA al momento de saber de su infección experimenten conductas y emociones que les genere un malestar en su sentido de vida, ya que dicha infección es estigmatizada y discriminada socialmente. Es por esto que se ve la necesidad de desarrollar estrategias y estilos de afrontamiento que permitan obtener estilos de vida saludables.

Se logra identificar que las estrategias de afrontamiento que se utilizan con mayor frecuencia por los participantes son las correspondientes a las centradas en la emoción y combinado, puesto que después de obtener el diagnóstico y no desarrollar una confrontación y planificación de posibles soluciones lograron tener un control emocional y cognitivo permitiéndoles así modificar la situación estresora buscando un apoyo social, invirtiendo tiempo en actividades de relajación como lo es el trabajar para tener los recursos necesarios para su supervivencia y creando pensamiento lógicos que les facilita mitigar aquellas emociones y conductas que le generan un malestar. De igual manera, los resultados obtenidos por la muestra nos dan a conocer que a través del tiempo han adquirido la capacidad de autocontrol, aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva con el fin de evaluar las conductas pasadas y así adquirir un compromiso de cambio.

Por otro lado, en lo que se refiere a los estilos de afrontamiento más utilizados por los participantes se logra evidenciar que se presentan todos en donde el estilo activo se ve reflejado en el participante 1, el cual a pesar de estar en la fase del SIDA ha logrado confrontar la problemática y buscar una tranquilidad ante su diagnóstico. En lo que corresponde al participante 2 su estilo de afrontamiento es el pasivo, puesto que no tiene un control sobre la situación y tiende a recurrir a terceros para sobrellevarla mostrando cierto grado de dependencia. Finalmente el estilo de afrontamiento por evitación es desarrollado en los dos participantes ya que en su proceso de adherencia al tratamiento

la medicación hace que se genere en ellos malestares tanto físicos como psíquicos, experimentando niveles de ansiedad y depresión.

Dentro de los conflictos personales que se pueden evidenciar en la muestra de estudio, se encuentran la baja autoestima producto de la no aceptación del medio, causando esto en los adolescentes sentimientos de culpabilidad, que generan pensamientos y cogniciones erróneas sobre sí mismos, con ello surgen emociones negativas como la tristeza o la ira con llevando a la aparición de ansiedad y estados depresivos que se ven intensificados con el pasar del tiempo, es así que en la muestra se vio como en uno de los participantes manifestaba que en varias ocasiones intento suicidarse.

Así mismo se logra concluir que no todas las personas diagnosticadas con la infección del VIH/SIDA asumen la problemática con una misma perspectiva, en donde influye la fase de infección en la que se encuentren, la red de apoyo, su personalidad, inteligencia emocional y su sentido de vida.

La asimilación del diagnóstico por VIH/SIDA es un proceso difícil de aceptar porque a pesar de que actualmente se conoce más sobre la enfermedad se continúa asociándola con la discriminación social. Además, los cambios que se generan en el estilo de vida como la asistencia frecuente al médico, los cambios en la vida sexual y emocional obstaculizan la adherencia al tratamiento. Una vez se asimila la infección y se sale de la depresión tienen deseos de superación y se proyectan al futuro con objetivos encaminados a su bienestar personal.

Por otro lado es importante reforzar la promoción y prevención con respecto al VIH/SIDA ya que la desinformación puede no sólo generar nuevas víctimas sino también un creciente rechazo a la comunidad que convive con el virus. Así mismo debe prevenirse alteraciones psicológicas con una entrega de diagnóstico mal hecha.

En lo que corresponde a la población y muestra abordada se puede concluir que fueron muy colaborativos para lograr el desarrollo de la investigación, mostrándose receptivos y participativos.

El trabajo realizado se enmarca como un proyecto que se espera sea continuado, puesto que al presentar esta evidencia práctica se hace exclusiva la continuidad y el trabajo casi intensivo no solo con esta población vulnerable, sino aquellos que requieran de la intervención y estimulación en estilos de afrontamiento, buscando facilitarles una mayor comprensión del problema que asumen y a su vez brindarles los primeros auxilios psicológicos sobre como confrontar aquellas situaciones problemas que se asocian a su enfermedad e interfieren con el proceso de bienestar en torno a su salud física y mental.

## **Recomendaciones**

De acuerdo con los resultados obtenidos de la investigación, es pertinente plantear las siguientes recomendaciones para aquellos psicólogos o psicólogas en formación que deseen averiguar, analizar y generar nuevas investigaciones con esta población:

Se debe mencionar que los participantes se encuentran en diferentes etapas de la infección, lo que en algún momento puede dificultar el acercamiento con ellos, por el miedo, la vergüenza o la tristeza, por lo tanto para futuras investigaciones se debe tener muy presente que es una población con difícil acceso, ya que no todos cuentan con las estrategias para afrontar la nueva situación, por ello es necesario realizar un empalme con la población antes de implementar técnicas o instrumentos de recolección de información.

De igual modo, se debe mencionar que como limitante que tuvo este estudio y para que los futuros investigadores lo tengan presente es el tiempo, ya que la población para el sustento de la fundación deben trabajar como vendedores ambulantes, no tienen una hora fija de salida o llegada, además trabajar en las calles es algo desgastante y terminan el día agotados y sin ganas de atender a preguntas o instrumentos de recolección de información, teniendo en cuenta si se aplicarán en un solo momento o se necesitará más encuentro con ellos, y así mismo como estudiante es difícil coincidir con los espacios en los que ellos están libre y con disposición.

Por otra parte, las fortalezas del estudio radican en la importancia social que tiene el describir las diferentes estrategias y estilos de afrontamiento en las personas infectadas con VIH/SIDA para poder tener un marco de referencia para futuras investigaciones, otra fortaleza de dicho estudio se tiene, que la fundación cuenta con dos sedes, una para adulto joven y adulto mayor con VIH/SIDA y otra sede con población infantil y adolescente, por lo que el tema a investigar es posible realizarlo con la fundación ya que

el fundador y la coordinadora son muy amables y colaborativos con los investigadores, y sus sedes son de fácil ubicación.

También se recomienda incentivar al programa de psicología al abrir un convenio con la fundación Hoasis, para la realización de las prácticas pre profesionales, donde exista un nuevo escenario desde el área de la salud pública, en la que impulsen a los estudiantes a generar espacios de intervención para el fortalecimiento y mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA.

Con el fin de optimizar la implementación de las estrategias de afrontamiento en los pacientes infectados con VIH, se recomienda que se lleven a cabo una investigación complementaria con el objetivo de explorar ciertos temas que emergieron durante el estudio, tales como las estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar, y el nivel de formación y experiencia del personal interdisciplinario para la adherencia del tratamiento, y partiendo de ahí crear programas preventivos que incluyan dichos aspectos, para una mejorar atención a la población.

Para mejorar la calidad de vida de las personas con VIH/SIDA de la fundación Hoasis, se recomienda la presencia de un equipo interdisciplinario que preste la atención primaria necesaria como el asesoramiento psicológico, la evaluación, la intervención en crisis, seguimiento al diagnóstico, relación familiar y social.

Igualmente, se sugiere a los participantes de la presente investigación, en primera medida realizar cada uno de los encuentros de los lineamientos psicoeducativos que se dejan como propuesta, teniendo en cuenta que es un gran paso para el bienestar de cada uno de ellos. Así motivar a los participantes sobre la importancia de la asistencia continua y la permanencia a cada encuentro con el fin de mantener los niveles de

autoestima adecuados para la adherencia al tratamiento y el mejoramiento de la calidad de vida.

A su vez, es necesario seguir avanzando en esta línea ampliando las muestras de estudio, así como otros aspectos claves para el ajuste psicosocial de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA, como por ejemplo, las relaciones de amistad, los vínculos afectivos, la autoestima, entre otros.

Se recomienda hacer jornadas de concientización sobre las prácticas sexuales de riesgo para transformarlas en conductas sexuales saludables, de esta manera se promueve en los pacientes el autocuidado y el cuidado por lo demás, sin pretender hacer daño a personas ajenas a su situación actual.

Impulsar la creación de campañas de enseñanzas que contribuyan al cambio de patrones culturales sobre el VIH/SIDA con las familias, amigos, vecinos, con el fin de aumentar el apoyo social que es tan necesario en las personas con infectadas y así poder reforzar los sentimientos de aceptación, pertenencia y afiliación que ayudan a aumentar el autoestima y por ende la calidad de vida del paciente.

Realizar convenidos con diferentes entidades de salud para producir programas de capacitación dirigidos a la comunidad en general para reducir el estigma y discriminación de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA.

## 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=S0123417X2013000100007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123417X2013000100007)

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>

Aquino, T., Avellar et al. La percepción de sentido de la vida en el ciclo vital: una perspectiva temporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, [S.l.], v. 35, n. 2, p. 375-386, mayo 2017. ISSN 2145-4515. Disponible en: Fecha de acceso: 25 ene. 2018 doi:<http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.3728>.

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>

Cayambe Palacios, M., & Haro Gavidia, Y. (2016). *Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes diagnosticados con VIH en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, período octubre 2015- marzo 2016*. (Tesis de grado). Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo, 2016. Ecuador.

Encontrado en Repositorio Digital UNACH  
<http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/1931>

Cáceres Bolaños, J., & Ramírez García, V. (2015). Factores sociales y psicológicos relacionados a calidad de vida en pacientes con VIH-Sida del HEODRA asociados al grupo de autoayuda de occidente III trimestre 2015. (Tesis de grado). Recuperado de:  
<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/5595/1/232651.pdf>

Ceballos Ospina, G., Echeverri Arias, A., & Jiménez Villamizar, M. (2014). Uso de estrategias de afrontamiento de los pacientes con el VIH y el cáncer en una clínica privada en Santa Marta – Colombia. RFS Revista Facultad De Salud, 6(1), 27-33. <https://doi.org/10.25054/rfs.v6i1.150>

Colombani Ortiz Anyela Leoniry y Contreras Miguel Enrique. (2006) *Análisis de la relación entre las estrategias de afrontamiento en el ciclo vital del adulto mayor y el mejoramiento de la calidad de vida del “Vivero Los Abuelos” de la ciudad de Cúcuta*. Tesis de grado Universidad de Pamplona.

Cote Mendoza Lina Margarita y Salguero Moreno Daniela Maria. (2015). *Afrontamiento en familias víctimas de violencia en la ciudad de Pamplona*. Tesis de grado Universidad de Pamplona.

Constitución Política de Colombia. (1992) Editorial Témis. Bogotá 1992.

Di Grillo, M. (2014). *Metas y valores situacionales en el ciclo de vida psicosocial*. VIII Jornadas de Sociología de la UNLP, 3 al 5 de diciembre de 2014, Ensenada,

Argentina. En Memoria Académica. Disponible en:  
[http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.4540/ev.4540.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4540/ev.4540.pdf)

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

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

Fuster-Ruiz de Apodaca, María J., Molero, Fernando, & Ubillos, Silvia. (2016). Assessment of an intervention to reduce the impact of stigma on people with HIV, enabling them to cope with it. *Anales de Psicología*, 32(1), 39-48.  
<https://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.1.192121>

Guevara-Sotelo, Y., & Hoyos-Hern, P. (2018). Vivir con VIH: experiencias de estigma sentido en personas con VIH (Living with HIV: Stigmatizing experiences in people with HIV). *PSICOGENTE*, 21(39), 127-139.  
<https://doi.org/10.17081/psico.21.39.2827>

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

Hernández Meneses Dayana y Moreno Chacón Karina. (2015). *Estrategias de afrontamiento en familias con un miembro discapacitado un estudio de caso*. Pamplona. Tesis de grado Universidad de Pamplona.

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-lainfeccion-por-el-vih>

Instituto Nacional de Salud. (26 de Mayo de 2018). Boletín epidemiológico semanal epidemiológica | número 20 de 2017 | 14 al 20 Mayo Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/BOLETIN%20EPIDEMIOLOGICO%20VIH%201983-2017.pdf>

Izquierdo Martínez, A. (2007). Psicología Del Desarrollo De La Edad Adulta: Teorías Y Contextos. *International Journal Of Developmental And Educational Psychology*, 1 (2), 67-86.

Ley 1090 de 2006. Diario Oficial de Colombia. Miércoles 6 de septiembre

Ley 1616 de 2013. Diario Oficial de Colombia. 21 de Enero de 2013.

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>

Mendoza, F; Flor, N & Rubio, S. (2016) Historia de vida de las personas viviendo con vih/sida. In *Crescendo Ciencias de la salud*, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 75-83, dic. 2016. ISSN 2409-8663. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/1422>. Fecha de acceso: 21 ago. 2018 doi:[https://doi.org/10.21895/in\\_cres\\_cs.v3i2.1422](https://doi.org/10.21895/in_cres_cs.v3i2.1422).

Ministerio de la Protección social. *Dirección General de Salud Pública*. Plan Nacional de Respuesta Ante el VIH y el SIDA Colombia 2008-2011 [internet]. 2008 [citado 2013 dic 14]. Disponible en:<http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/6406.pdf?view=1>

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)

MinSalud. (2018). *Ciclo de vida*. [Fecha de consulta: 19 de enero de 2018] Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx>

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)

Mora Salas, M., & Oliveira, O. (2009). Los jóvenes en el inicio de la vida adulta: trayectorias, transiciones y subjetividades. *Estudios Sociológicos*, XXVII (79), 267-289.

Muñoz Cárdenas Jennifer Yulieth y Parra Suárez Mauro Edgar. (2017). *Estrategias de Afrontamiento Adaptativas del Cuidador de Pacientes con Alzheimer, Pamplona*. Tesis de grado Universidad de Pamplona.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017). Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>

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/>

ONUSIDA. (2017). *Hoja informativa*. Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/factsheet>

Rojas, K., Gómez, F., & Pazos, V. (2014). *El ciclo vital individual*. Cali: Precop SCP.

Riera Bravo, Y. R., & Valdez Siavichay, D. P. (2017). Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sexuales vinculadas con el VIH/SIDA, en Guadalupe, Morina, Santiago. *Tesis*. Recuperado a partir de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/30040>

Risther Ruth Elizabeth y Cuello Ballestas Cabeza Jose. (2017). *Estrategias de afrontamiento en pacientes infectados con el virus de Inmunodeficiencia Humana VIH/Sida - Fase Inicial - Pertenecientes a la Fundación Hoasis de Cúcuta*. Tesis de grado Universidad de Pamplona.

Saavedra, M. Ojeda, R. Turtl, M. y Suárez, S. (2016). *Abordaje desde la psicología del ciclo vital del conflicto de generaciones: adolescencia y adultez*. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII

Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Varela Arevalo, M., & Hoyos Hernandez, P. (2015). La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. *Revista de Salud Pública*, 17(4), 528-540. doi:<https://doi.org/10.15446/rsap.v17n4.38429>

Vilató Frómeta, L., Liberta, M., & Pérez Nariño, I. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/Sida. *Revista Cubana de Salud Pública* 2015;41(4):620-630. Recuperado en: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2015.v41n4/o5/es>

Zapata Rodríguez, A. N. [et-al]. (2017) Manifestaciones psicológicas y sociales en niños de 0 a 15 años con VIH- SIDA. Universidad Cooperativa de Colombia, Bucaramanga, Colombia

## Apéndices

### Apéndice A. Entrevista a Profundidad

Categoría	Subcategoría	Pregunta Orientadora	Respuesta
<b>Estrategia de afrontamiento centrado en el problema</b>	Confrontación Planificación de soluciones	1. ¿Cómo se enteró de su diagnóstico?	
		2. ¿Qué sintió usted cuando se enteró de su diagnóstico?	
		3. ¿Qué pensamiento tuvo cuando fue diagnóstica/o con VIH?	
		4. ¿Asumió su diagnóstico como una discapacidad?	
		¿Sintió algún tipo de discriminación?	
		5. ¿Sintió algún tipo de estigmatización?	

		6. ¿Qué hizo usted cuando se enteró de su diagnóstico?
		7. ¿Qué conductas de riesgo considera que pudo haber tenido para el contagio con el VIH?
<b>Estrategia de afrontamiento centrado en la emoción</b>	Distanciamiento	8. ¿Cómo acepto su condición como afectada/o por VIH?
	Autocontrol	
	Aceptación de la responsabilidad	9. ¿Qué cambios en su estilo de vida tuvo que realizar?
	Escape-evitación	10. ¿Después de conocer su diagnóstico como cambio su vida sexual?
	Reevaluación Positiva	11. ¿Qué fortalezas identifico en usted que le ayudaron a enfrentar la situación?
		12. ¿Cómo

		<p>cambiaron sus pensamientos en relación en relación con el diagnóstico?</p>
		<p>13. ¿Cómo cambiaron sus sentimientos y emociones en relación con el diagnóstico?</p>
		<p>14. ¿A quién o quienes recurrió para buscar ayuda?</p>
<b>Estrategia de afrontamiento combinado</b>	Búsqueda de apoyo social	<p>15. ¿A qué personas o institución recurrió al enterarse de su diagnóstico?</p>
		<p>16. ¿Qué la/lo motivo a buscar ayuda ante su diagnóstico?</p>
		<p>17. ¿Tuvo alguna complicación en la adherencia al tratamiento?</p>
		<p>18.</p>

*Apéndice B. Formato de Observación no Participante*

<b>Fecha:</b>	<b>Observadores</b>	
	<b>Entrevistado :</b>	
<b>A quien:</b>		
<b>Hora de inicio:</b>		<b>Hora de finalización:</b>
<b>Objetivo de la Observación:</b>	<b>Temas y Pautas a Observar:</b>	
Analizar la conducta del paciente con VIH/SIDA a través de la técnica psicológica observación no participante con el fin de identificar su comportamiento a nivel cognitivo, emocional y conductual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activo-cognitivo</li> <li>- Activo-conductual</li> <li>- Evitación</li> <li>- Lenguaje no verbal</li> <li>- Actitud durante la entrevista</li> </ul>	
<b>Descripción de la Observación:</b>		

***Análisis:***

--

*Apéndice C. Formato Historia de Vida*

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<b>1. ¿En su proyecto de vida como se ha visualizado nivel personal?</b>	
<b>2. ¿En sus relaciones de pareja que busca experimentar?</b>	
<b>3. ¿Qué busca en sus relaciones sociales?</b>	

<b>4. ¿A qué edad comenzó su vida sexual?</b>	
<b>5. ¿En qué aspectos se fijaba para mantener relaciones sexuales con otra persona?</b>	