

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA**  
**NUEVOS TIEMPOS, NUEVAS IDEAS**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**DR. LUIS CLAUDIO CERVANTES LIÑÁN**



**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA**

**Proyecto de Investigación:**

**Afrontamiento al estrés y la Adherencia al Tratamiento  
antiviral de gran actividad (TARGA) en pacientes con  
VIH/sida del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins**

**Presentado por:**

**ANA MARTHA CROSBY CROSBY**

**Para optar grado de Maestro en  
PSICOLOGÍA**

**ASESORA DE TESIS: DRA. MARIA GUZMAN COLCHADO**

**2017**



Universidad  
**Inca Garcilaso de la Vega**

Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

Escuela de Posgrado

Doctor Luis Claudio Cervantes Liñán

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS**

Ante el Jurado constituido por los señores: DR. Luis Claudio Cervantes Liñán -  
Presidente - DR. Mario Guzmán Colchado, DR. Olces Carmona Marín,  
MG. Basilio Sifuentes Villanueva, MG. Ronny Vera Cortegana -  
Miembros.

el postulante al GRADO DE MAESTRA EN PSICOLOGÍA

Don (ña) ANA MARTHA CROSBY CROSBY

procedió a sustantar su Trabajo de Investigación Titulado: AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS Y  
LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD  
(TARGA) EN PACIENTES GN VIA (SIDA DEL HOSPITAL  
NACIONAL EDUARDO REBAGLIATI MARTINS.

habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado, de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias.

Concluido el acto se realizó la votación correspondiente, resultando el ponente APROBADO POR UNANIMIDAD

Y para constancia se extiende la presente Acta, en Lima, a los 15 días del mes de DICIEMBRE DE 2017.

Presidente del Jurado

Miembro

Miembro

Miembro



Miembro

Miembro

Miembro

## **DEDICATORIA**

A la Memoria de mis padre, y de mi hermano,  
de mis tías quienes están siempre en mi corazón.

A mi madre, hermanos y sobrinos.

A mis mejores amigas y amigos.

## **AGRADECIMIENTOS**

Estas primeras líneas son de sincero agradecimiento a todos mis pacientes que me retroalimentan con su buena voluntad y sus deseos de salir adelante pese a la adversidad y me brindaron su confianza que hicieron posible la culminación de este trabajo.

Seguidamente agradezco de manera muy especial a mis asesores y a mis profesores de universidad que me dieron la motivación y la orientación necesaria en la realización de esta investigación.

También expreso mi gratitud a la Facultad de Psicología y a la ESCUELA DE POSGRADO DR. LUIS CLAUDIO CERVANTES de la UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA por la calidad en la formación, guía y enseñanza de sus maestros.

## RESUMEN

El estudio de los diferentes modos de afrontamiento al estrés sobre los acontecimientos y situaciones que se presentan especialmente si constituyen un impacto significativo en la vida de una persona tal como ocurre en las personas que tienen VIH SIDA y que además deben modificar su estilo de vida al tener que iniciar y continuar de por vida un tratamiento farmacológico nos hizo plantear la interrogante de cómo se relacionan estos modos de afrontamiento al Estrés con la adherencia al tratamiento antiviral en pacientes VIH/SIDA y asimismo conocer las áreas o dimensiones que se podrían considerar significativas para una adecuada adherencia al tratamiento tales como el aspecto social, emocional, el estilo de vida, el medio laboral y los antecedentes de salud y que se pueden ver influenciadas por el modo de afrontamiento al estrés que tiene el paciente con VIH/SIDA. Así el objetivo general fue el de Determinar la relación existente entre el afrontamiento al estrés con la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, Para ello se realizó una investigación descriptiva correlacional M1: OX r OY en una muestra de 50 pacientes VIH/SIDA del hospital nacional Edgardo Rebagliati.

A nivel metodológico los instrumentos utilizados para la medición de las variables fueron el cuestionario de Modos de Afrontamiento del Estrés de COPE forma disposicional de Carver y el cuestionario de Valoración de adherencia de Isabel Rocío Echevarría Vigo distribuidos en cinco dimensiones tales como aspecto Social, emocional, estilo de vida, laboral y antecedentes de salud. Ambas pruebas confirmaron su solidez en las características psicométricas con su validez de constructo y confiabilidad por consistencia interna.

En la hipótesis general se encontraron relaciones significativas positivas entre el afrontamiento al estrés con la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/sida

En las hipótesis específicas elaboradas se encontraron las siguientes hipótesis afirmativas: Existe una correlación significativa positiva en el modo centrado en la emoción y correlación significativa inversa en el modo adecuado del afrontamiento al estrés con la dimensión social de la adherencia al tratamiento

Así mismo existe una correlación significativa positiva entre los Modos de Afrontamiento al Estrés Centrado en el problema, centrado en la emoción y correlación inversa en el modo inadecuado de afrontamiento al estrés con la dimensión del área emocional de la Adherencia al Tratamiento

También se encontró que existe una correlación significativa positiva entre los modos centrado en el Problema y centrado en la emoción del afrontamiento al estrés con la dimensión estilo de vida de la adherencia al tratamiento.

Igualmente se encontraron correlación inversa entre el modo inadecuado del afrontamiento al estrés y la dimensión laboral de la adherencia al tratamiento

No se encontró correlación significativa entre los modos de afrontamiento al estrés y la dimensión Antecedentes de Salud de la adherencia al tratamiento en pacientes VIH/SIDA.

Finalmente se hallaron correlaciones significativas entre la edad y la adherencia al tratamiento así como entre los recuentos de las células inmunológica CD4 y la adherencia al tratamiento.

Palabras clave: estrés, afrontamiento al estrés, adherencia al tratamiento, VIH/SIDA.

## **ABSTRACT**

The study of the different modes of coping with stress about events and situations that are especially present if they have a significant impact on the life of a person such as occurs in people who have HIV and who also have to change their lifestyle to Having to initiate and continue for a lifetime a pharmacological treatment made us ask the question of how these modes of coping with Stress with adherence to antiviral treatment in HIV / AIDS patients are related and also know the areas or dimensions that could be considered significant for Adequate adherence to treatment such as social, emotional, lifestyle, work environment and health history, and which can be influenced by the way the patient is confronted with stress with HIV / AIDS.

Thus, the general objective was to determine the relationship between coping with stress and adherence to treatment in patients with HIV / AIDS at the Edgardo Rebagliati National Hospital. For this purpose, a correlational descriptive investigation M1: OX r OY was performed in a sample of 50 HIV / AIDS patients from the Edgardo Rebagliati National Hospital.

At the methodological level, the instruments used to measure the variables were the Coping Stress Coping Questionnaire, Carver Dispositional Form, and the Isabel Rocío Echevarría Vigo Assessment Questionnaire distributed in five dimensions, such as appearance. Social, emotional, lifestyle, work and health history. Both tests confirmed their robustness in the psychometric characteristics with their construct validity and reliability by internal consistency.

In the general hypothesis we found significant relationships between significant between coping with stress and adherence to treatment in patients with hiv / aids

In the specific hypotheses elaborated affirmative hypotheses were found. There is a significant correlation in the emotion-centered mode and significant inverse correlation in the inadequate mode of stress coping with the social dimension of adherence to treatment

Likewise, there is a significant correlation between Emotion-Centered and Emotion-Centered Stress Coping Modes, and an inverse correlation in the inadequate mode of coping with stress with the dimension of the Emotional Area of Treatment Adherence

We also found that there is a significant positive correlation between the problem-centered and emotion-focused modes of coping with stress with the lifestyle dimension of adherence to treatment.

We also found inverse correlations between inappropriate mode Facing the stress and the labor dimension of adherence to treatment.

No correlation was found between modes of coping with stress and the Health Background dimension of adherence to treatment in VIHSIDA patients.

.

Finally, there are significant correlations between age adherences to treatment as well as between counts of CD4 immunological cells and adherence to treatment.

Key words: stress, coping with stress, adherence to treatment, HIV / AIDS.



## ÍNDICE

RESUMEN .....	5
ABSTRACT .....	7
INTRODUCCION .....	13
CAPITULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
1.1. Marco histórico.....	16
1.1.1. Evolución histórica del VIH/SIDA.....	16
1.1.2. Adherencia al tratamiento en pacientes VIH SIDA. ....	17
1.1.3. Psicología en la adherencia del paciente VIH/SIDA. ....	19
1.1.4. Afrontamiento al estrés.....	20
1.2. Marco teórico .....	23
1.2.1. Teorías sobre el estrés.....	23
1.2.2. Estrategias de afrontamiento al estrés .....	40
1.2.3. Teorías sobre la Adherencia al tratamiento.....	43
CAPITULO II: PROBLEMA .....	51
2.1. Planteamiento del problema .....	51
2.1.1. Descripción de la realidad problemática.....	51
2.1.2. Antecedentes teóricos .....	54
2.2. Definición del problema.....	57
2.2.1. Problema general .....	57
2.2.2. Problemas específicos .....	57
2.3. Finalidad y objetivos de la investigación .....	58
2.3.1. Finalidad.....	58
2.3.2. Objetivos .....	59
2.4. Delimitación del estudio.....	60
2.5. Justificación e importancia .....	61
2.6. Hipótesis y variables .....	63
2.6.2. Hipótesis General.....	63
2.6.3. Hipótesis Específicas .....	64
CAPITULO III. METODOLOGIA.....	69

3.1. Tipo y diseño de investigación .....	69
3.2. Población y muestra.....	69
2.5.2. Diseño utilizado .....	73
3.3.1. Instrumentos.....	73
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	87
4.1. Presentación de Resultados .....	89
4.2. Discusión. ....	100
CAPITULO V: CONCLUSIONES .....	104
REFERENCIAS.....	106
ANEXOS .....	110

## INDICE DE CUADROS Y TABLAS

Cuadro 1. Muestra Según Sexo.....	71
Cuadro 2. Muestra según rango edad.....	72
Cuadro 3. Muestra Según Estado Civil.....	72
Cuadro 3. Muestra según TARGA.....	73
Tabla 1. Análisis de ítems y confiabilidad del puntaje total del Cuestionario de Valoración de Adherencia.....	78
Tabla 2. Análisis de ítems y confiabilidad del área social del Cuestionario de Valoración de Adherencia al Tratamiento.....	78
Tabla 3. Análisis de ítems y confiabilidad del área emocional del Cuestionario de Valoración de Adherencia al Tratamiento.....	79
Tabla 4. Análisis de ítems y confiabilidad del área de estilos de vida del Cuestionario de Valoración de Adherencia al Tratamiento.....	80
Tabla 5. Análisis de ítems y confiabilidad del área laboral del Cuestionario de Valoración de Adherencia al Tratamiento.....	80
Tabla 6. Análisis de ítems y confiabilidad del área de antecedente de salud del Cuestionario de Valoración de Adherencia al Tratamiento.....	81
Tabla 7. Análisis confiabilidad de las áreas del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés – Cope.....	83
Tabla 8. Análisis de ítems y confiabilidad de la escala de Planificación de Actividades del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés – COPE ..	82
Tabla 9. Análisis de ítems y confiabilidad de la escala de Supresión de Actividades del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés – COPE ..	83
Tabla 10. Análisis de ítems y confiabilidad de la escala de Busca de Soporte Social del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés – COPE.....	83
Tabla 11. Análisis de ítems y confiabilidad de la escala de Busca de Soporte Emocional del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés – COPE....	83
Tabla 12. Análisis de ítems y confiabilidad de la escala de Reinterpretación del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés – COPE .....	84
Tabla 13. Análisis de ítems y confiabilidad de la escala de Retorno a la Religión del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés – COPE .....	84
Tabla 14. Análisis de ítems y confiabilidad de la escala de Negación del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés – COPE .....	85

Tabla 15. Análisis de ítems y confiabilidad de la escala de Conducta Inadecuada del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés – COPE..	85
Tabla 16. Prueba de bondad de ajuste a la curva normal de Kolmogorov - Smirnov para los resultados del Cuestionario de Valoración de Adherencia al Tratamiento.....	86
Tabla 17. Prueba de bondad de ajuste a la curva normal de Kolmogorov - Smirnov para los resultados del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés – Cope .....	86
Tabla 18 Relación entre el puntaje total de Adherencia al Tratamiento y los Modos de Afrontamiento al Estrés .....	88
Tabla 19. Correlación entre el área SOCIAL de Adherencia al Tratamiento y los Modos de Afrontamiento al Estrés .....	90
Tabla 20. Correlación entre el área EMOCIONAL de Adherencia al Tratamiento y los Modos de Afrontamiento al Estrés.....	91
Tabla 21. Correlación entre el área de ESTILOS DE VIDA de Adherencia al Tratamiento y los Modos de Afrontamiento.....	.94
Tabla 22. Correlación entre el área LABORAL de Adherencia al Tratamiento y los Modos de Afrontamiento al Estrés.....	95
Tabla 23. Correlación entre el área de ANTECEDENTES DE SALUD de Adherencia al Tratamiento y los Modos de Afrontamiento al Estrés.....	94
Tabla 24. Comparación de Medias y Medianas de adherencia al tratamiento según sexo.....	.97
Tabla 25. Correlación entre la Adherencia al Tratamiento y la variable edad..	96
Tabla 26 Correlación entre la Adherencia al Tratamiento y la variable CD4....	97
Tabla 27 Correlación entre la Adherencia al Tratamiento y la variable Carga Viral.....	97

## INTRODUCCION

El último informe presentado en Nairobi por el Programa de Naciones Unidas para la Lucha contra el Sida, en las estadísticas mundiales (UNAIDS, 2016) refiere que 36,7 millones de personas en todo el mundo viven con el VIH/SIDA

En los países de bajos ingresos económicos menos del 1% de personas con VIH podían acceder al tratamiento en el año 2000.

Se calcula que en el África subsahariana hubo 1,4 millones de nuevas infecciones por el VIH en 2015.

En Oriente Medio y África del Norte, el número estimado de personas que contrajo el VIH aumentó en un 26% entre 2000 y 2016.. En América Latina, el número de nuevas infecciones por el VIH en 2015 fue un 17% menor que en 2000.

El número de nuevas infecciones se ha mantenido igual desde 2000 en Europa Occidental y Central y América del Norte. En Europa Oriental y Asia Central, las nuevas infecciones se incrementaron en un 30% entre 2000 y 2016. Las infecciones por el VIH se redujeron en un 31% en Asia y el Pacífico.

El 40% de personas infectadas con el VIH en el mundo recibieron tratamiento anitretrovìrico en el 2014

Actualmente en los centros de salud a nivel mundial se distribuye el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) que logra reducir la carga viral del paciente con VIH a niveles indetectables.

En Perú el programa de control de Infecciones de Transmisión sexual del Ministerio de Salud MINSa, cuyo primer caso fuera registrado data de 1983, reconoce que existen 70,000 infectados con VIH/SIDA, si bien esto es cierto estas cifras no representan un cálculo exacto y sin embargo indican que la epidemia sigue progresando de manera alarmante desde hace pocos años con un alto costo social y económico para el país. En los últimos cinco años (2012-2016), se han notificado un promedio de 5,840 casos de infección por VIH y 1490 eventos de estadio Sida por año.

El VIH sigue mostrando claramente las desigualdades del mundo. El sida sigue siendo una problemática del presente.

Las resistencias orgánicas a los tratamientos antiretrovirales tienen varias causas entre ellas las inadecuadas observancias y cumplimiento de la ingesta de sus medicamentos, así como los factores psicológicos y sociales relacionados.

En el Hospital Rebagliati, existe un N° de 3.786 pacientes registrados desde el 1998 hasta junio de 2016, de ellos hay 2185 pacientes que se hallan en actividad y seguimiento registrados en el Programa de Infecciones de Trasmisión Sexual ITS/VIH/SIDA

En el Plan Estratégico Institucional de EsSalud de Lima (2012) se encuentra incorporado el programa VIH/SIDA que realiza seguimientos orientados a establecer la prevención, tratamiento y recuperación del paciente con VIH/SIDA basándose en la promoción de la Salud, educación para la prevención, control epidemiológico, identificación oportuna de personas en riesgo, tratamiento de TARGA, rehabilitación, transferencia y coordinación

intersectorial con las redes del Seguro Social EsSalud y el Ministerio de Salud.

La adhesión al tratamiento es entendida como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud. En la misma línea, según Meichenbaum y Turk (1991), el término adhesión se emplea para hacer referencia a una implicación más activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado.

Para que esta adherencia se lleve a cabo de manera óptima se espera contar con un adecuado estilo de vida, control emocional en el paciente así como un medio social, medio laboral, y antecedentes de salud favorables en el paciente VIH SIDA. Por otro lado un factor importante a considerar para obtener una adherencia favorable es el adecuado afrontamiento al estrés.

Para Amigo, Fernández y Pérez (1998) es claro el impacto que tiene la falta de adherencia en el éxito o fracaso de los programas terapéuticos. Para Cáceres (2004) las conductas no adherentes se dan por una compleja interrelación de factores, entre los cuales se encuentran algunos derivados del paciente y su entorno económico, cultural y social, de otros derivados de la enfermedad en sí, del tratamiento farmacológico y sus características, así como aquellos derivados de los servicios de salud y del personal que atiende al paciente.

La no adherencia al tratamiento entonces sigue siendo un problema universal, sin que expertos puedan predecir de manera válida y confiable quienes cooperarán con el tratamiento y quienes no, aunque ha habido

aproximaciones a comportamientos y características que pueden ser útiles para orientar el cumplimiento.

## **CAPITULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### 1.1. Marco histórico

#### 1.1.1. Evolución histórica del VIH/SIDA

El VIH continúa siendo un problema de salud mundial de una magnitud sin precedentes y se ha convertido en uno de los más importantes problemas de salud pública del presente siglo provocando un estimado de 35 millones de fallecimientos en el mundo y ha generado profundos cambios demográficos en los países más afectados. La epidemia del VIH ha trascendido a todos los países del mundo y es el continente africano el que alberga, en forma dramática, el mayor número de casos, seguido de Asia meridional y sudoriental, y en tercer lugar se encuentra América Latina. (ONUSIDA, 2008). Desde los comienzos de la década del 80, que es cuando se reconoce el microorganismo causante del sida, el VIH aparece como el responsable de la enfermedad. El desarrollo de fármacos Inhibidores de la Transcriptasa Inversa y más recientemente (desde el año 1996) de los Inhibidores de la Proteasa y, su combinación en lo que se denomina Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) ha permitido comenzar a hablar del sida como una enfermedad no necesariamente fatal. La introducción de este tipo de tratamiento ha disminuido la morbilidad y mortalidad asociadas con el VIH, transformándose en una enfermedad crónica. El objetivo del tratamiento es bajar la carga viral en sangre, hasta los considerados no detectables, según las técnicas utilizadas, y así preservar la función del sistema inmunológico.



Por ello, considerando que el VIH se multiplica velozmente, es sumamente necesario seguir un tratamiento, de esta manera TARGA, que es un combinación de tres tipos de medicamentos antirretrovirales necesita ser suministrado a todas las personas viviendo con VIH/SIDA, con el objetivo de lograr controlar y reducir la carga viral, hasta niveles indetectables, y mejorar el sistema de defensas del organismo, evitando con ello, adquirir cualquier infección oportunista (UNMSM, s/f). En este sentido, un porcentaje menor del 14% de los linfocitos, genera un desequilibrio en el sistema inmunológico, facilitando el aumento de las infecciones oportunistas (AIDS, 1993, citado por UNUSIDA, 2005). De la misma forma, una insuficiente potencia del régimen y un inadecuado manejo del tratamiento, por parte del paciente, por ejemplo olvidar tomar una dosis, reinfectarse (conductas de riesgo, como el no uso de preservativos). Hace que el virus se siga replicando automáticamente, (aproximadamente 10<sup>7</sup> a 10<sup>8</sup> nuevas células CD4) e incluso llegar a ser resistente y la resistencia a un fármaco puede acarrear a otros y como consecuencia empeorar la enfermedad, alterando el sistema inmunológico, evitando restablecer estado de salud (Vía libre s/f, Mulanovich y Gutiérrez, 2004). Pero a pesar de la disponibilidad de los tratamientos, un porcentaje elevado de Pacientes con VIH no consigue una supresión duradera de la replicación viral, atribuible en gran medida a la falta de adherencia (un tercio según Remor, E. 2002). Este es un problema mundial e involucra no solo a la salud individual sino también a la Salud Pública, ya que favorece la transmisión de cepas resistentes y aumenta la morbimortalidad.

#### 1.1.2. Adherencia al tratamiento en pacientes VIH SIDA.

El grado de adherencia del paciente al tratamiento es un determinante del grado y duración de la supresión viral que se logre con el TARGA. Una

adherencia inadecuada es el factor más importante para el fracaso terapéutico.

Guerra y Parras (2000), definen la adherencia al TARGA como el grado de interacción entre los servicios de salud y el usuario que contribuya al cumplimiento del tratamiento y las indicaciones terapéuticas, en una comunidad determinada, e implica un papel activo por parte del paciente, con una actitud positiva y un compromiso del mismo en la decisión de iniciar y mantener el tratamiento antirretroviral

Por otro lado Villa y Vinaccia (2006) hacen mención que el TARGA tiene dos funciones principales: por un lado defiende al sistema inmunológico y por el otro sirve como tratamiento para las enfermedades oportunistas. Por ello acentúan que no se puede hablar del SIDA, como la etapa terminal, sino como una enfermedad crónica que no necesariamente es fatal.

En el Perú, 64 establecimientos de salud del Ministerio de Salud del Perú (MINSA), dan TARGA, lo que representa el 73% de todos los servicios, la Seguridad Social (ESSALUD) el 25% y otros (ONG's, cárceles) el 2%. La cantidad de pacientes adscritos por cada establecimiento está alrededor de 1,000 en los hospitales de Lima a 1-10 en los hospitales de provincias.

Del mismo modo se reconoce que las personas infectadas con el VIH , al enterarse de su diagnóstico experimentan sentimientos de miedo, impotencia, culpa, entre otros; haciendo que se inhiban socialmente, sobre todo si han sido infectados, a través de la vía sexual, quedándose marginados y con la idea de que nunca deben tener relaciones sexuales, acarreándole un inadecuado manejo de sus relaciones interpersonales (Campos, 2002) por tanto, se puede observar que la infección por el VH, tal como lo menciona (Ruiz et al.,2005) es la que presenta mayor morbilidad psíquica, haciendo que enfrente esta enfermedad con un precario equilibrio de su sistema inmunológico. Es así que el bienestar de la pvvs, no solo

depende de su bienestar físico, sino también de su bienestar mental, por tal motivo es imprescindible insistir en la adherencia (Martínez, 2002).

La mayoría de las investigaciones informan que 50% de pacientes no siguen adecuadamente su tratamiento, lo cual indica una correlación entre mayores niveles de ansiedad, depresión y estrés con menores niveles de adherencia terapéutica; en 23 mujeres infectadas por VIH se ha observado que a mayor nivel de sintomatología depresiva menor probabilidad de utilizar adecuadamente la terapia Antiretroviral.

A la adherencia terapéutica se le han asociado factores como: nivel educativo, grado de información respecto a la enfermedad, creencias culturales, valoración de la gravedad de la enfermedad, percepción de la eficacia del tratamiento, vulnerabilidad percibida, intolerancia a los efectos secundarios, creencia acerca de la toxicidad de los fármacos, relación con el personal médico, inestabilidad en la vida del paciente, estado de ánimo depresivo, ansiedad, problemas psicopatológicos en general, calidad de vida, falta de apoyo social, historia o consumo de alcohol y drogas o simplemente el olvido.

### 1.1.3. Psicología en la adherencia del paciente VIH/SIDA.

En la Psicología, la práctica clínica ha demostrado que los pacientes mejor adaptados psicológicamente aceptan mejor el tratamiento presentando mayores tasas de adherencia terapéutica.

La implicación emocional sobre el curso de la enfermedad en pacientes con infección por VIH está claramente descrita en la literatura, así como su asociación con la adopción de conductas saludables puestas al servicio del enfermo, por lo que las alteraciones psicológicas secundarias al proceso de enfermedad deben ser evaluadas, diagnosticadas y manejadas oportunamente por el profesional de salud mental, con la finalidad de lograr

un manejo multidisciplinario óptimo que permita la reinserción del sujeto infectado a todos los ámbitos de su vida.

El intenso y crónico estrés que desde que aparece el VIH.SIDA ha tenido que afrontar el paciente en cuanto a la marginación, estigma y rechazo social además del temor a la muerte inminente se le ha agregado el verse sometido a un tratamiento indefinido de ingesta de medicamentos antivirales potentes y con no menos efectos secundarios y colaterales, los cuales deben tolerar a fin de reducir la posibilidad de morir en el transcurso de la enfermedad. Lo mencionado ha dado lugar a no pocas investigaciones que relacionan la adherencia al tratamiento antiviral con los factores psicológicos que lo acompañan. Es claro que estas circunstancias convierten a la necesidad de adherencia en un factor de estrés importante que se debe asumir y manejar con los recursos disponibles.

Las investigaciones de Selye (1960) en el campo de las ciencias de la salud sobre el estrés y el Síndrome General de Adaptación (SGA) ejercen una gran influencia en el significado y concepto del estrés. Para Selye el estrés es una respuesta ante las demandas nocivas del entorno, que conlleva a un proceso activo de resistencia del organismo frente a los estímulos mediante el cual intenta restaurar el equilibrio.

#### 1.1.4. Afrontamiento al estrés

Los trabajos pioneros de Lazarus y Folkman definen el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivo y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o sobrepasan los recursos personales” Lazarus y Folkman (1986, p. 164). También Lazarus (2000) sostiene que el afrontamiento depende de la situación a la que se enfrenta la persona y del tipo de persona que es, y cómo tiene que aprender a

adaptarse a la nueva situación. De acuerdo a lo mencionado se destaca: El afrontamiento es considerado como un proceso que cambia a medida que los propios esfuerzos son valorados como exitosos o no son valorados como tales. El afrontamiento, es un patrón de respuesta que puede ser aprendido. El afrontamiento al estrés requiere esfuerzo dirigido a manejar la situación o adaptarse a ella.

Siguiendo en esta misma línea, Folkman y Lazarus (1988), plantearon la presencia de dos procesos de afrontamiento: la evaluación cognitiva y el afrontamiento, como mediadores de la interacción constante individuo-ambiente, que resulta difícil separar. Siendo la evaluación cognitiva un proceso valorativo que hace la persona, para determinar hasta qué punto la relación que se establece entre él y el ambiente es estresante. Distinguen tres tipos de procesos evaluativos: la evaluación primaria, la evaluación secundaria y la reevaluación. La evaluación primaria, hace referencia al proceso de evaluación de la situación y del impacto del evento estresante para la persona. Si el resultado de esta evaluación es considerada como daño, amenaza y/o desafío la situación será calificada como estresante. La evaluación secundaria, está referida a los recursos que tiene la persona para enfrentar la situación estresante. La persona decide qué recursos tiene para resolver el problema de manera efectiva; implica una valoración de las posibilidades de eficacia en la utilización de determinada estrategia de afrontamiento. Ambas evaluaciones, interactúan para determinar las estrategias de afrontamiento que se pondrán en juego. Y a su vez están influidas, tanto por factores personales (motivos, metas, creencias) como por factores ambientales (eventos novedosos que impliquen incertidumbre, ambigüedad, entre otros), posibilitando a la persona seleccionar las probables respuestas que va a utilizar frente a las demandas percibidas. La reevaluación, se refiere a los cambios basados en nuevas informaciones sobre el ambiente o sobre las propias reacciones que se producen en las evaluaciones de la persona. Es decir, la forma en que una persona procesa

la información del ambiente, así como los recursos que dispone para hacer frente a esa situación, son los que van a determinar en qué medida la persona se siente afectada por la situación y qué estrategias pondrá en funcionamiento.

De igual manera, Lazarus y Folkman (1986); Fernández-Abascal y Palermo (1999); Kleinke (2001), refieren que el afrontamiento es un proceso que la persona pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes, si esta, soluciona el problema, cuando surjan situaciones similares repetirá las mismas estrategias; pero si no tiene éxito, aparecerá la ansiedad o el estrés. Los recursos internos o personales, son características individuales que se utilizan en una estrategia de afrontamiento, como: los atributos cognitivos, emocionales, espirituales y físicos, que podrían mejorar las condiciones de la persona, para afrontar de manera efectiva el estrés, desarrollando un papel mediador entre el estrés y la salud Lazarus y Folkman (1986); y los recursos externos o sociales que son características que preparan a las personas para manejar los estresores de forma más efectiva, y de este modo experimentar pocos síntomas o síntomas menos intensos en la exposición al estresor, o en todo caso, recuperarse más rápidamente de esa exposición; estos son las redes de soporte social y financieros. Así, en el área de la salud (Pelechano et al., 1993) encontraron que la búsqueda de información y el apego a la vida se relaciona con una mayor adaptación a la enfermedad crónica, mientras que la desesperación y el inconformismo van unidos a una mayor ansiedad. Dada la naturaleza multicondicionada del afrontamiento al valorar su eficacia, hay que tener en cuenta factores como el área de actividad, en su doble factor de manejo de la ansiedad emocional y de la situación problema, el momento en el tiempo, a corto y a largo plazo, y el contexto, que incluye las variables del entorno, así como fuentes de estrés y duración del estresor (Cohen y Lazarus, 1979). A esta trilogía habría que añadir la importancia de la percepción subjetiva que tiene la persona de dicha eficacia refiriéndose a ella como una autoeficacia percibida, así como

el significado personal de la acción y sus consecuencias. El afrontamiento al estrés puede tener una influencia positiva en los resultados de un área de funcionamiento de la conducta y, a la vez, una influencia negativa en otra área con estrategias como la negación o la expresión de emociones desmedidas

Se considera que es adherencia terapéutica, el término más adecuado, dentro de los propuestos hasta el momento por el sentido psicológico que este entraña y definida como una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado.

## 1.2. MARCO TEORICO

### 1.2.1. Teorías sobre el estrés

El manual de diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-IV) no considera al estrés como un trastorno diferenciado, sólo especifica cuando se trata de estrés postraumático o el trastorno por estrés agudo, y en ambos casos se considera que la persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático.

Desde una lectura psicoanalítica, tampoco se considera al estrés como una entidad clínica. En todo caso al hablar de estrés se refiere a una descripción fenomenológica del comportamiento cotidiano. Lo que comúnmente se considera estrés remite a la expresión subjetiva del afecto, y al posicionamiento frente a los síntomas, las inhibiciones y la angustia. En todo caso la mención del estrés, y de que sea mencionado dentro del listado

de la sicopatología responde más a uso generalizado que a una rigurosidad teórica. Aunque el motivo principal de la difusión de esta denominación se debe a la fácil y rápida utilización del término desde el discurso médico.

Cabe aclarar que las posturas de mayor difusión del término estrés se realizan desde una lectura cognitiva, donde aparece como la expresión de una mala adaptación a situaciones estresantes graves o continuadas, en la que existe una interferencia con los mecanismos de adaptación normal y que por lo tanto llevan a un deterioro del rendimiento social. Se lo puede considerar un trastorno de adaptación, el cual puede contribuir a la aparición de otros trastornos, aunque cabe aclarar que el estrés no es un factor ni necesario ni suficiente, para explicar la aparición y forma de diferentes trastornos. Influyen la vulnerabilidad y la capacidad de adaptación individuales, como se deduce del hecho de que no todas las personas expuestas a un estrés excepcional presentan este trastorno.

Los síntomas tienen una gran variabilidad, pero lo más característico es que entre ellos se incluya, en un período inicial, un estado de "embotamiento" con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. A este estado puede suceder, unas veces un grado mayor de alejamiento de la circunstancia o bien una agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida). Por lo general están presentes también los signos vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor). Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante y desaparecen en dos o tres días (a menudo en el curso de pocas horas). Puede existir amnesia completa o parcial del episodio estresante. Casi siempre se trata de una aparición leve, pero cabe enumerar maneras moderada y grave, el estrés post-traumático, el estrés agudo (como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional



como ser una experiencia traumática devastadora tales como catástrofes naturales, accidentes, batallas, robos, violaciones).

Cuando la aparición del estrés se manifiesta como una respuesta tardía o diferida a un acontecimiento, se habla de estrés post-traumático, donde se manifiestan episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños, y actitudes de evitación de actividades y situaciones evocadoras de la situación generadora o traumática. Por lo general hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Son raras las ideaciones suicidas. El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta los seis meses.

El estrés es una respuesta automática del organismo ante situaciones que exigen mayor esfuerzo de lo ordinario, o en las que puede suceder algo peligroso, nocivo o desagradable. Una persona está sometida a una situación de estrés cuando tiene que enfrentar demandas que sobrepasan sus fuerzas físicas y psíquicas, de manera tal que percibe dificultades para dar una respuesta efectiva. Esto desencadena una respuesta de estrés que consiste en un importante aumento de la activación fisiológica y psicológica que, a su vez, la prepara para una intensa actividad motora. Estos mecanismos ayudan a enfrentar mejor la situación y disponen a la persona para actuar en forma más rápida y vigorosa. Pero cuando la respuesta de estrés es demasiado frecuente, intensa o duradera puede tener repercusiones negativas, con una amplia gama de manifestaciones orgánicas y psicológicas.

El estrés es un proceso dinámico de interacción entre el sujeto y el medio y por lo tanto cada persona responde de manera diferente a un mismo agente estresante. Un suceso será estresante en la medida en que una

persona lo considere como tal, cualesquiera sean las características objetivas del mismo. Conflictos psíquicos individuales o diferencias culturales pueden determinar que un hecho sea neutro para una persona y que para otra desencadene violentas respuestas de estrés. Los sucesos positivos pueden ser tan estresantes como los sucesos negativos, ya que ambos suponen cambios que exigen adaptarse a nuevas circunstancias. No obstante, la mayoría de los investigadores ha encontrado que los acontecimientos indeseables o desagradables indican más consecuencias negativas para la salud.

Las fuentes de estrés son:

- Sucesos vitales intensos y extraordinarios: muerte de un familiar, divorcio, nacimiento de un hijo, enfermedades o accidentes, etc.
- Sucesos diarios de menor intensidad: atascamientos de tránsito, ruidos, discusiones con compañeros, entre otros.
- Situaciones de tensión mantenida: enfermedad prolongada, mal ambiente laboral, exceso de trabajo, disputas conyugales entre otros.

El estrés es la respuesta automática y natural de nuestro cuerpo ante las situaciones que nos resultan amenazadoras o desafiantes. Nuestra vida y nuestro entorno, en constante cambio, nos exigen continuas adaptaciones; por tanto, cierta cantidad de estrés (activación) es necesaria.

En general tendemos a creer que el estrés es consecuencia de circunstancias externas a nosotros, cuando en realidad entendemos que es un proceso de interacción entre los eventos del entorno y nuestras respuestas cognitivas, emocionales y físicas. Cuando la respuesta de estrés se prolonga o intensifica en el tiempo, nuestra salud, nuestro desempeño académico o profesional, e incluso nuestras relaciones personales o de pareja se pueden ver afectadas.

Las señales más frecuentes de estrés son:

- En el área emocional: ansiedad, irritabilidad, miedo, fluctuación del ánimo, confusión o turbación.
- En el área de Pensamientos: excesiva autocrítica, dificultad para concentrarse y tomar decisiones, olvidos, preocupación por el futuro, pensamientos repetitivos, excesivo temor al fracaso.
- En el área conductual: tartamudez u otras dificultades del habla, llantos, reacciones impulsivas, risa nerviosa, trato brusco a los demás, rechinar los dientes o apretar las mandíbulas; aumento del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas; mayor predisposición a accidentes; aumento o disminución del apetito.
- Cambios físicos: músculos contraídos, manos frías o sudorosas, dolor de cabeza, problemas de espalda o cuello, perturbaciones del sueño, malestar estomacal, gripes e infecciones, fatiga, respiración agitada o palpitaciones, temblores, boca seca.

Los eventos externos como generadores de estrés no necesariamente deben ser muy notorios o intensos, sino que pueden "acumularse" en sus efectos hasta llegar al límite. La manera en que se interpreta acerca de lo que le ocurre a casa persona afecta a su perspectiva y experiencia de estrés. De manera que con frecuencia es la interpretación individual lo que genera (o potencia) una reacción negativa de estrés, más que el evento o situación a la que se enfrente.

La reacción a las situaciones del entorno está también afectada por el nivel general de salud y bienestar. Una persona que está siempre agobiada, que duerme poco y no come de manera equilibrada, probablemente disponga de menos recursos para afrontar situaciones difíciles. Se debe equilibrar descanso, alimentación, ejercicio físico, trabajo-estudio y ocio.

Los estudios sobre el estrés, tanto en el campo de la Psicología como en otras ciencias de la salud aumentan de forma considerable, investigando no sólo las características de los estímulos capaces de provocar estrés, sino también centrándose en el estudio de factores personales e individuales como el afrontamiento, que son los que en definitiva van a establecer el resultado final respecto a la adaptación o inadaptación a la situación que vive la persona.

"El estrés es la respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda, ya tenga por resultado condiciones agradables o desagradables. Durante ambos, eustrés ("buen estrés") y distrés ("malestrés") el cuerpo experimenta en la práctica las mismas respuestas inespecíficas a los diversos estímulos positivos o negativos que actúan sobre él. Sin embargo, el hecho de que el eustrés cause mucho menos daño que el distrés demuestra gráficamente que es el "cómo reacciones" lo que determina, en último término, si uno puede adaptarse al cambio de forma exitosa". (Traducción directa de Selye, H. (1978), publicación original en 1956. El término fue acuñado por el endocrinólogo Hans Selye, que consiste en el prefijo griego eu- que significa "bueno", y el estrés, que significa literalmente "estrés bueno".

Eustress fue explorado inicialmente en un modelo de estrés por Richard Lazarus, es la respuesta cognitiva positiva al estrés que es sano, o uno da una sensación de plenitud o de otros sentimientos positivos. Selye acuñó el término como un subgrupo de estrés para diferenciar la variedad de situaciones estresantes y manifestaciones de estrés.

Eustress se refiere a una respuesta positiva que las personas tienen frente a una situación potencialmente amenazante o conflictiva, lo que puede depender de sentimientos actuales de uno de control, conveniencia, ubicación, y el momento del factor estresante. Los indicadores potenciales de eustress pueden incluir la respuesta a un factor de estrés con un sentido

de significado, esperanza, y motivación. Eustrés también se ha correlacionado positivamente con la satisfacción con la vida y bien -Ser.

Así mismo, de acuerdo con lo señalado por Sarafino (1999), el estrés se entiende como un estímulo del medio que exige un esfuerzo inhabitual de los mecanismos homeostáticos de la persona. Por esta razón, un organismo se hace más vulnerable a los problemas de salud, cuando su equilibrio se altera sobre todo, cuando permanece crónicamente alterado (Sandin, 1995). Siguiendo este sentido, definen el “estrés como el resultado de una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” Lazarus y Folkman (1986), es decir, cuanto más amenazante se evalúe un evento y menos efectivos sean los modos de afrontamiento empleados, mayor será el grado de estrés. Empleando el modelo de estrés de Lazarus, se puede decir, que la amputación de uno o dos de los miembros inferiores, provocaría en el paciente un elevado nivel de estrés, según cómo evalúe y cómo afronte el evento traumático de la discapacidad; que a su vez tendría repercusiones en el proceso rehabilitador y en las demás esferas de su vida (Pelenchano, Matud, y De Miguel, 1994).

De acuerdo con Oscar Eduardo Slipak (1991), que tiene un enfoque teórico del estrés vinculado a la psicología clínica, la palabra “estrés” deriva del griego STRINGERE, que significa provocar tensión. Esta palabra se utilizó por primera vez en el siglo XIV y a partir de entonces se empleó en diferentes textos en inglés como STRESS, STRESSE, STREST y STRAISSE.

Hans Selye (1982) decía que el estrés "es la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga". Llega él a esta definición cuando luego de experimentar para descubrir una nueva hormona sexual, inyecta extractos de ovarios de ganado a ratas para observar los cambios

que no se pudieran atribuir a las hormonas ya conocidas. Se encontró entonces con los cambios: Hipertrofia del córtex de la glándula suprarrenal., Atrofia de timo, bazo y ganglios linfáticos, hemorragias y úlceras profundas en estómago y parte superior del intestino.

Observó que cada cambio era interdependiente del otro y el conjunto formaba un síndrome bien definido, al que denominó Síndrome General de Adaptación (Selye 1976) ya que pronto descubrió que todas las sustancias tóxicas, cualquiera fuera su origen, producían la misma respuesta; incluso el frío, calor, infección, traumatismo, hemorragia, factores emocionales, etc.; a los que finalmente en 1950 denominó estresores.

Anteriormente Claude Bernard (1867), sugirió que los cambios externos en el ambiente pueden perturbar el organismo y que una de las principales características de los seres vivos reside en su poder de mantener la estabilidad de su medio ambiente interno aunque se modifiquen las condiciones del medio externo.

Slipak hace hincapié 'en el concepto "la estabilidad del medio ambiente interno es la condición indispensable para la vida libre e independiente". Dice entonces que no cabe duda que lo que distingue y caracteriza la vida y al ser vivo es la facultad de adaptación al cambio. Parece ser la afirmación de Bernard uno de los primeros reconocimientos de las consecuencias provocadas por la ruptura del equilibrio en el organismo, o sea de someter a éste al estrés.

Cannon (1922) propuso el término homeostasia (del griego homoios, similar y status, posición) para designar los procesos fisiológicos coordinados que mantienen constante el medio interno mediante numerosos mecanismos fisiológicos. En 1939 adopta el término stress, y se refirió a los

"niveles críticos de estrés", los cuales definió como aquellos que podrían provocar un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos. Cannon insistió en especial sobre la estimulación del Sistema Nervioso y en la descarga de adrenalina por las glándulas médula suprarrenales que se produce cuando hay agresiones, ya que este proceso autónomo provoca a su vez modificaciones cardiovasculares que preparan al cuerpo para la defensa.

Son éstas quizás las referencias más importantes en las cuales se basa Selye para sus experiencias y la evolución de sus estudios con respecto al Síndrome General de Adaptación y su enorme repercusión en los diferentes órganos de los seres humanos, como así también de los animales.

Slipak menciona reiteradamente una breve definición de estrés como "la respuesta no específica a toda demanda que se le haga". Sostiene que dicho con mucha simpleza, esto implicaría la interacción del organismo con el medio ambiente ya sea éste otro organismo o el medio en que se desenvuelve, lo que podría llevar a definir el estrés según el estímulo (a), la respuesta (b) o el concepto (c) estímulo-respuesta , según el cual:

- (a) Estrés es la fuerza o el estímulo que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta de tensión.
- (b) Estrés es la respuesta fisiológica o psicológica que manifiesta un individuo ante un estresor ambiental y
- (c) Estrés es una consecuencia de la interacción de los estímulos ambientales y la respuesta idiosincrásica del individuo.

Slipak plantea adherir en esa breve definición que cualquier demanda, sea física, psicológica, externa o interna, buena o mala, provoca

una respuesta biológica del organismo idéntica y estereotipada. Esta respuesta lleva a cambios hormonales cuantificables por datos de laboratorio y por las modificaciones que estas secreciones hormonales provocan sobre nuestro organismo, responsables de nuestras reacciones ante el estrés, ya sean funcionales u orgánicas.

Si estos cambios se hacen en armonía, es decir si las respuestas son adecuadas al estímulo o para explicarlo de otra manera, si están adaptadas a las normas fisiológicas del sujeto, se habla de eustrés o buen estrés, indispensable para el desarrollo, el funcionamiento del organismo y la adaptación al medio. Si las demandas del medio son excesivas, intensas y/o prolongadas, aún agradables, y superan la capacidad de resistencia y de adaptación del organismo, llegamos al distrés o mal estrés.

Cada factor de estrés tendrá por supuesto, una respuesta específica de acuerdo al agente causal, pero estará siempre acompañado por "una respuesta complementaria biológica y común a todos esos factores y por lo tanto no específica, es decir, independiente del tipo de factor causante y que se traduce por un conjunto de cambios y de reacciones biológicas y orgánicas de adaptación general.

Si bien el Síndrome General de Adaptación tal cual se describió inicialmente se lo tomaba como enfermedad, podríamos hablar del Sistema de Adaptación que poseen las personas y la mayoría de los animales, integrado por un sinnúmero de mecanismos biológicos y fisiológicos que preparan al organismo para la adaptación, la defensa y aún el ataque para lograr la supervivencia en un medio inicialmente hostil y en lucha con factores climáticos, ambientales, animales superiores de los cuales defenderse o más pequeños de los cuales alimentarse; y que es utilizado por humanos y otros seres vivos para adaptarse a la naturaleza.



Este Sistema de Adaptación a veces no distingue entre factores realmente agresivos o exigencias de la civilización a una sociedad que evoluciona rápidamente, mucho más rápido que nuestros conceptos y sentimientos.

Es hoy el estrés, el de la civilización, un estrés atribucional, emocional. Los órganos de percepción externa y la interpretación de los estímulos; las dudas, angustias y conflictos de nuestro inconsciente, provocan igualmente la puesta en marcha del eje hipotalámico-médulo o córtico adrenal, con liberación de adrenalina, glucocorticoides; neurotransmisores y hormonas en cerebro y órganos internos que preparan a ese organismo para la lucha, como cualquier situación de enfrentamientos que hubieran tenido nuestros ancestros.

Un examen, un informe laboral, una cita, un éxito inesperado o una frustración real o aparente por expectativas exageradas, pueden provocar cambios cardiovasculares, musculares energéticos, plaquetarios, preparando al organismo para la lucha, la que no siempre se produce, generando permanentes cambios funcionales en nuestros órganos, con una energía que no se consume y que irá provocando, si el estrés es prolongado, las enfermedades de adaptación o si el mismo es intenso y agudo, claudicación de órganos de acuerdo a la labilidad particular del individuo o tipo de personalidad.

La correcta utilización de sus mecanismos y el conocimiento de nuestra personalidad podrán llevarnos a la prevención de enfermedades sicosomáticas y somatosíquicas. Quizás el recuerdo de Hans Selye, "el hombre moderno debe dominar su estrés y aprender a adaptarse, pues de lo contrario se verá condenado al fracaso profesional, a la enfermedad y a la muerte prematura", sea hoy mejor interpretado.

Hans Seyle (1936) sostuvo que aunque comúnmente se considere al estrés como algo perjudicial, la vida sin estrés sería monótona y aburrida. El estrés transformado en fuerza creadora puede ser fuente de motivación y paso previo a la concreción de metas. Igualmente, demasiados estímulos estresores pueden intervenir seriamente en el funcionamiento efectivo de las habilidades de un individuo.

Lazarus y Folkman (1984) consideran al estrés como un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo ésta valorada como algo que excede sus propios recursos y pone en peligro su bienestar personal. Por lo tanto, cada persona poseerá una apreciación diferente de lo que interpreta como un acontecimiento estresante.

Hoy en día, debido a estar insertos en una sociedad con reglas de convivencia establecidas, las situaciones estresantes no pueden ser resueltas directamente y, por lo tanto, no se puede liberar la tensión física, acumulándose y provocando los síntomas fisiológicos relacionados con el estrés.

Que una persona sufra de estrés implica que el mismo es excesivo, al igual que el esfuerzo que necesita realizar el organismo para sobreponerse al nivel de resistencia que posee para el mismo. El estrés siempre provocará síntomas fisiológicos, independientemente de que sus factores sean psicológicos.

Los problemas que acarrea el sufrir niveles excesivos de estrés por períodos de corta duración, considerables.

Según estudios recientes el estrés:

- debilita el sistema inmunológico,
- aumenta el riesgo de enfermedades cardíacas y cáncer,

- influencia nuestro ánimo y nuestro funcionamiento,
- distorsiona el ciclo normal del sueño,
- contribuye al desarrollo de disfunciones sexuales,
- destruye las relaciones interpersonales,
- produce una sensación general de insatisfacción.

En cambio, si por un largo tiempo se padece de estrés elevado, los efectos pueden ser más severos:

- Fatiga y agotamiento
- Depresión
- Cansancio extremo
- Colapso nervioso

El estrés puede ser causado por el estilo de vida o de trabajo de cada uno, como por el medio que nos rodea y hasta la comida y bebida que ingerimos.

Entre las fuentes del estrés se encuentran:

- Estrés por instinto de conservación.
- Estrés debido a la ansiedad.
- Estrés ambiental.
- Estrés por trabajo y estilo de vida.
- Estrés debido a fatiga y por trabajo en exceso.
- Estrés por personalidad tipo A.

En cuanto al estrés postraumático, la investigación reciente sobre este trastorno se ha centrado en la respuesta subjetiva de cada persona frente al trauma, debido a que por simple definición el factor principal de este trastorno sería el estrés, pero no todos desarrollan un trastorno por estrés postraumático luego de haber sufrido una experiencia traumática. Más aún, existen personas que se enfrentan a experiencias traumáticas muy grave

que no presentan este tipo de trastorno y algunas personas que experimentan sucesos menos catastróficos pero debido al significado subjetivo del acontecimiento, sufren de un trastorno por estrés postraumático. En personas solteras, divorciadas, viudas, con problemas económicos o aisladas socialmente, es más probable que el trastorno se presente. Se estima que existe de 1 a un 3% de prevalencia en la población general de este trastorno. Puede aparecer a cualquier edad, pero entre los jóvenes adultos es más prevalente.

El trastorno por estrés postraumático posee un comienzo agudo. Se diagnostica cuando una persona desarrolla determinada sintomatología, después de haber experimentado una situación que podría ser categorizada como traumática para cualquiera.

Este evento es de una magnitud tal, debido a que produce intenso miedo, desesperanza u horror, junto con lesiones severas o riesgo para la propia o para una tercer persona, sobre su integridad física o amenaza de muerte. Se incluye también como traumático el hecho de haber tomado conocimiento de una situación horrorosa inesperada que haya sufrido una persona significativa. Dentro de estos traumas están incluidos las catástrofes naturales, las violaciones, ser secuestrado, las experiencias de combate, las torturas, diagnósticos de enfermedades mortales y los accidentes serios.

La respuesta sintomatológica al evento traumático es la re experimentación intensa del mismo (a través de recuerdos intrusivos, flashbacks, pesadillas, malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos que simbólicos o asociados, o la sensación de volver a vivir el acontecimiento), la evitación de todo estímulo asociada a él y un entorpecimiento de su capacidad de respuesta (esfuerzos para evitar actividades o pensamientos relacionados con el evento, incapacidad para

recordar aspectos importantes del trauma, reducción del interés en actividades antes placenteras, desapego, sensación de un futuro de desolación, y restricción de la vida afectiva) y aumento de la activación (trastorno del sueño, irritabilidad, problemas de concentración, hipervigilancia, respuestas de sobresalto exageradas). Estos síntomas deben causar perjuicios en el funcionamiento normal del individuo.

Un criterio importante para el diagnóstico de este trastorno es la duración de estos síntomas, ya que debe prolongarse por más de un mes, de lo contrario se trataría de un trastorno por estrés agudo. Si los síntomas aparecen luego de seis meses de haber sufrido, presenciado o tenido noticia del acontecimiento, se lo especifica como trastorno por estrés postraumático de inicio demorado. De durar los síntomas tres meses o más se lo considera crónico y agudo, si la duración es menor a los tres meses.

En el caso de una persona que sufre de trastorno por estrés postraumático, el tratamiento se recomienda tanto la psicofarmacoterapia, como la psicoterapia y la psicoeducación. Un importante parte del tratamiento de estos individuos es el apoyo, para que así pueda explicar, contar el suceso traumático que han experimentado. Los grupos de apoyo son elementos fundamentales para el paciente como para la familia, si un apoyo adicional es necesario.

Por lo general las personas asocian el estrés con experiencias desagradables e incómodas ya que cualquier cambio que requiera adaptación genera estrés. Pero, cuando el estrés es mantenido o alcanza niveles elevados sus consecuencias negativas pueden ser múltiples (Selye, 1974), en la medida que la tensión entre la presión que percibimos y capacidad para hacerle frente, están condicionadas por factores individuales como las características predisponentes de la personalidad, motivaciones y actitudes; estos van a determinar cómo las personas perciben y valoran las demandas de la situación. Esta evaluación influye sobre los modos de

afrontamiento y las respuestas emocionales de las personas (Sarafino, 2002).

Asimismo, Lazarus y Folkman (1986), ponen de relieve, a la evaluación cognitiva como mediadora entre los estímulos y las reacciones de estrés. De este modo, las experiencias estresoras que viven las personas provienen de tres fuentes básicas: el entorno, el propio cuerpo y los propios pensamientos.

a. El entorno, que presiona al sujeto con demandas de adaptación, como ruidos, tránsito desordenado, presión laboral, desempleo, entre otros.

b. El propio cuerpo, tensa a la persona, con los cambios que suceden en las distintas etapas del ciclo vital, o en la enfermedad. Igualmente Cannon (1935), hace referencia que hay cambios que son estresantes, como la forma de reaccionar ante los problemas y los peligros al sentirnos amenazados; que se traducen en una serie de reacciones fisiológicas como: los músculos se tensan para responder al desafío, la sangre es bombeada hacia el cerebro para aumentar la llegada de oxígeno a las células y favorecer así los procesos mentales que están ocurriendo, las pupilas se agrandan para mejorar la visión y el oído se agudiza, la frecuencia cardíaca y respiratoria aumentan o la sangre se desvía preferentemente hacia la cabeza y el tronco quedando las extremidades frías y sudorosas. Si no se libera al organismo de estos cambios ocurridos durante la fase del reconocimiento de la amenaza, la persona entra en estado de estrés crónico, siendo los resultados negativos por el deterioro de la salud.

Nuestros propios pensamientos, son fuente de estrés de acuerdo al modo de interpretar y catalogar las experiencias y el modo de ver el futuro, pueden servir tanto para relajarnos como para estresarnos.

### 1.2.2. Estrategias de afrontamiento al estrés

Al abordar el tema de las estrategias de afrontamiento es preciso destacar las características de la personalidad, asumiendo que la elección de estrategias frente a situaciones particulares pueden derivar de rasgos de personalidad, que conforman un estilo de disposiciones de afrontamiento que a la persona le ha resultado útil y familiar emplear ante una crisis en el pasado. Las disposiciones personales pueden explicar por qué algunas personas son más vulnerables a sufrir desajustes psicológicos, que otras, en relación con el empleo de las estrategias de Lazarus Siguiendo con los planeamientos de Lazarus y Folkman, en torno a las estrategias de afrontamiento, estos investigadores, las definen como los “esfuerzos cognitivos y conductuales orientados a manejar las demandas internas y externas de una determinada situación estresante” (Lazarus y Folkman (1984, p. 171), y señalan a su vez, que el afrontamiento tiene dos funciones tipificadas como: afrontamiento dirigido al problema y afrontamiento dirigido a la emoción.

El afrontamiento dirigido al problema, se relaciona con el manejo de las demandas ambientales que suponen una amenaza y desequilibrio de la relación entre la persona y su entorno. Esta estrategia tiene por objetivo la resolución de la situación o la realización de conductas que modifican la fuente de estrés. Se pone en marcha cuando el individuo aprecia que las condiciones de la situación pueden ser susceptibles de cambio. Estas estrategias pueden dirigirse al entorno, modificando las presiones ambientales o los obstáculos, y pueden orientarse hacia el propio sujeto mediante cambios en el nivel de aspiraciones, adquiriendo destrezas, o buscando otras vías de gratificación, entre otros.

El afrontamiento dirigido a la emoción, tiene por objetivo reducir o manejar el malestar emocional asociado o provocado por la situación, cambiando el modo en que se interpreta lo que está ocurriendo, e intenta

modificar las cogniciones que alteran el significado de los hechos. Esta estrategia de afrontamiento, tiene más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lascivas, amenazantes o desafiantes del entorno, de acuerdo con lo señalado por Lazarus y Folkman (1984, 1988). Del mismo modo, estos autores sostienen que, tanto el afrontamiento dirigido al problema como el afrontamiento dirigido a la emoción, pueden estar presentes en una misma situación interactiva sujeto-ambiente y pueden facilitarse o interferirse entre sí. De tal manera que elegir la estrategia de afrontamiento viene determinada por el proceso de evaluación de la situación y de la valoración que se hace de los recursos personales, sociales y culturales.

Así mismo Carver y Scheier (1988) sostienen que existen dos aspectos del afrontamiento que guardan relación con la postura de Lazarus y Folkman (1986):

- El afrontamiento situacional: conceptualizan el afrontamiento como un proceso cambiante y dinámico, en el cual las personas afrontan las situaciones estresantes de forma completa, combinando distintos enfoques y aplicándolos de múltiples formas en diferentes situaciones.
- El afrontamiento disposicional: ha sido definido, como un estilo personal de afrontar el estrés, lo cual significa que es relativamente estable. Las personas llevan consigo un conjunto de estrategias de afrontamiento que permanecen más o menos estables a través del tiempo y de las circunstancias. Es decir, las personas desarrollan formas habituales de enfrentar las situaciones estresantes, y estas se tornan en estilos, que pueden influir en sus reacciones ante situaciones nuevas.

Carver y cols. (1989), proponen trece dimensiones que se agrupan en las dos categorías clásicas de Lazarus:



#### 1.2.2.1. Estrategias centradas en el problema.

Estas estrategias de afrontamiento se agrupan del siguiente modo:

- **Afrontamiento activo:** Es el proceso de ejecutar acciones directas incrementando los esfuerzos con el fin de apartar o evitar el estresor, o aminorar sus efectos negativos.
- **Planificación:** Implica pensar en cómo manejarse frente al estresor, organizando estrategias de acción y estableciendo cual será la mejor forma de manejar el problema.
- **Supresión de actividades competentes:** Se refiere a dejar de lado, o incluso dejar pasar, otros proyectos o actividades, con la finalidad de poder manejar el estresor.
- **Postergación del afrontamiento:** Consiste en esperar hasta que se presente la oportunidad apropiada para actuar sobre el problema evitando hacer algo prematuro.
- **Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales:** Consiste en buscar en los demás consejo, asistencia e información con el fin de solucionar problemas.

#### 1.2.2.2. Estrategias centradas en la emoción.

Estas estrategias se agrupan de la siguiente manera:

- **Búsqueda de apoyo social por razones emocionales:** Consiste en buscar en los demás apoyo moral, empatía y comprensión con el fin de aliviar la reacción emocional negativa.
- **Reinterpretación positiva y crecimiento:** Consiste en evaluar el problema de manera positiva, otorgándole connotaciones favorables a la experiencia en sí misma y en otros casos asumiéndola como un aprendizaje para el futuro.

- Aceptación: Engloba dos aspectos durante el proceso de afrontamiento. El primero se realiza durante la fase de evaluación primaria, cuando la persona acepta que la situación estresante realmente existe, y el segundo tiene lugar durante la evaluación secundaria y consiste en aceptar la realidad como un hecho con el que se tendrá que convivir ya que es inmodificable.
- Negación: Consiste en rehusarse a creer que el estresor existe, o tratar de actuar pensando como si el estresor no fuera real.
- Acudir a la religión: Es la tendencia de volcarse a la religión en situaciones de estrés con la intención de reducir la tensión existente.

#### 1.2.2.3. Otras inadecuadas

Asimismo, Carver et al. (1989), encontraron tres escalas de afrontamiento que no se agrupaban en las categorías anteriores y las unieron en una categoría llamada otras escalas, las cuales hacen referencia a estrategias usualmente consideradas inadecuadas para manejar el estrés

- Enfocar y liberar emociones y consiste en focalizarse en las consecuencias emocionales desagradables que se experimenta, expresando abiertamente estas emociones.
- Desentendimiento conductual: Consiste en la disminución del esfuerzo dirigido al estresor, dándose por vencido, sin intentar lograr metas para superar el estresor que está interfiriendo.
- Desentendimiento mental: Implica que la persona permite que una amplia variedad de actividades la distraigan de su evaluación de la dimensión del problema

### 1.2.3. Teorías sobre la Adherencia al tratamiento

Relacionada al cumplimiento (compliance) y adherencia (adherence), aunque se han propuesto muchos otros términos como: cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia.

En cuanto al “cumplimiento”, la definición de mayor aceptación es la propuesta por Haynes, como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”.

Se define como: “Acción y efecto de cumplir”.

En la práctica médica este concepto, suele circunscribirse casi exclusivamente al uso de los medicamentos por parte del paciente, de una forma determinada, pero debe ser considerado como un concepto amplio, que incluye aspectos higiénico–sanitarios, como seguir una dieta, no fumar, realizar ejercicios físicos regularmente, evitar el estrés, no tomar o al menos no abusar del alcohol, usar cinturón de seguridad, realizar visitas médicas periódicas o cumplir con las de seguimiento, programadas como parte del propio tratamiento. Concretamente se sugiere que el término “compliance”, suele emplearse para hacer referencia a la obediencia del paciente al seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional de la salud y que este tendría un rol pasivo y sumiso, creyendo que el enfermo es incapaz de tomar sus propias decisiones al seguir fielmente las recomendaciones que se le proponen. Con el fin de superar estas limitaciones se introducen otros términos, que tratan de reflejar el mismo concepto, pero aportando elementos diferentes.

Asimismo aparece, la discusión acerca del vocablo adherencia, en cuanto a sus implicaciones semánticas para la Lengua Española. Adherencia se define como “convenir en un dictamen o partido utilizando un recurso entablado por la parte contraria”, aquí se le confiere indiscutiblemente un papel al profesional que da la indicación, como la “parte contraria”, lo cual haría depender la conducta del paciente, no sólo de su propia responsabilidad, sino también, de las acciones, efectuadas por el médico, en cuanto a claridad de las indicaciones, uso adecuado de los recursos de la comunicación y tiempo dedicado a este acto, entre otras cosas. Por otro lado la adhesión, se define como “acción y efecto de adherir o adherirse”. Como definición “adhesión”, se refiere a una acción y el de “adherencia” se refiere a una propiedad.

. .Por otro lado, la adherencia terapéutica hace referencia, no a una sola conducta, sino a un conjunto de conductas, entre las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo, incorporar al estilo de vida conductas saludables.

Se considera que es adherencia terapéutica, el término más adecuado, dentro de los propuestos hasta el momento por el sentido psicológico que este entraña y definida como una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado.

Para que se produzca la adhesión al tratamiento es necesario que se vislumbren en este proceso los momentos siguientes:

- a) Aceptación convenida del tratamiento, entre el paciente y su médico, entendida como la relación de colaboración establecida entre médico y paciente, con vistas a elaborar la estrategia comportamental que garantiza el cumplimiento y la aceptación de esta por ambos.
- b) Cumplimiento del tratamiento. Medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas por el terapeuta.
- c) Participación activa en el cumplimiento. Grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento.
- d) Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento, entendido como la medida en que la persona participa en la ejecución de las acciones realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones.

#### 1.2.4. Tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) y Adherencia

Desde los comienzos de la década del 80, que es cuando se reconoce el microorganismo causante del sida, el VIH aparece como el responsable de la enfermedad. El desarrollo de fármacos Inhibidores de la Transcriptasa Inversa y más recientemente desde el año 1996, de los Inhibidores de la Proteasa y, su combinación en lo que se denomina Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) ha permitido comenzar a hablar del sida como una enfermedad no necesariamente fatal. La introducción de este tipo de

tratamiento ha disminuido la morbilidad y mortalidad asociadas con el VIH, transformándose en una enfermedad crónica. El objetivo del tratamiento es bajar la carga viral en sangre, hasta los considerados no detectables, según las técnicas utilizadas, y así preservar la función del sistema inmunológico.

Por ello, Considerando que el VIH se multiplica velozmente, es sumamente necesario seguir un tratamiento, de esta manera TARGA, que es un combinación de tres tipos de medicamentos antirretrovirales necesita ser suministrado a todas las personas que viven con el virus de inmunodeficiencia adquirida, con el objetivo de lograr controlar y reducir la carga viral, hasta niveles indetectables, y mejorar el sistema de defensas del organismo, evitando con ello, adquirir cualquier infección oportunista.

En este sentido, un porcentaje menor del 14% de los linfocitos, genera un desequilibrio en el sistema inmunológico de la facilitando el aumento de las infecciones oportunistas (AIDS, 1993, citado por UNUSIDA, 2005).

De la misma forma, una insuficiente potencia del régimen y un inadecuado manejo del tratamiento, por parte del paciente, por ejemplo olvidar tomar una dosis, reinfectarse (conductas de riesgo, como el no uso de preservativos) hace que el virus se siga replicando automáticamente, (aproximadamente 10<sup>7</sup> a 10<sup>8</sup> nuevas células CD4) e incluso llegar a ser resistente y la resistencia a un fármaco puede acarrear a otros y como consecuencia empeorar la enfermedad, alterando el sistema inmunológico, evitando restablecer estado de salud (Via libre s/f, Mulanovich y Gutiérrez, 2004).

Pero a pesar de la disponibilidad de los tratamientos, un porcentaje elevado de no consigue una supresión duradera de la replicación viral, atribuible en gran medida a la falta de adherencia (un tercio según Remor, E. 2002). Este es un problema mundial e involucra no solo a la salud individual sino también a la Salud Pública, ya que favorece la transmisión de cepas resistentes y aumenta la morbimortalidad de las personas con VIH.

El grado de adherencia del paciente al tratamiento es un determinante fundamental del grado y duración de la supresión viral que se logre. La

adherencia inadecuada es el factor más importante para el fracaso terapéutico. Se requiere que el paciente tome el 95% de las dosis para mantener el virus suprimido a largo plazo, a esto se llama adherencia óptima. Una cifra menor se considera como adherencia inadecuada.

Guerra y Parras (2000), definen la adherencia al Tratamiento antiviral de gran actividad como el grado de interacción entre los servicios de salud y el usuario que contribuya al cumplimiento del tratamiento y las indicaciones terapéuticas, en una comunidad determinada, e implica un papel activo por parte del paciente, con una actitud positiva y un compromiso del mismo en la decisión de iniciar y mantener el tratamiento antirretroviral

Por otro lado Villa y Vinaccia (2006) hacen mención que el Tratamiento antiviral de gran actividad TARGA tiene dos funciones principales: por un lado defiende al sistema inmunológico y por el otro sirve como tratamiento para las enfermedades oportunistas. Por ello acentúan que no se puede hablar del SIDA, como la etapa terminal, sino como una enfermedad crónica que no necesariamente es fatal.

En el Perú, 64 establecimientos de salud del Ministerio de Salud del Perú (MINSA), dan TARGA, lo que representa el 73% de todos los servicios, la Seguridad Social (ESSALUD) el 25% y otros (ONG's, cárceles) el 2%. La cantidad de pacientes adscritos por cada establecimiento está alrededor de 1,000 en los hospitales de Lima a 1-10 en los hospitales de provincias.

Del mismo modo se reconoce que las personas infectadas con el VIH, al enterarse de su diagnóstico experimentan sentimientos de miedo, impotencia, culpa, entre otros; haciendo que se inhiban socialmente, sobre todo si han sido infectados, a través de la vía sexual, quedándose marginados y con la idea de que nunca deben tener relaciones sexuales, acarreándole un inadecuado manejo de sus relaciones interpersonales (Campos, 2002) por tanto, se puede observar que la infección por el VIH, tal como lo menciona (Ruiz et al.,2005) es la que presenta mayor morbilidad psíquica, haciendo que enfrente esta enfermedad con un precario equilibrio

de su sistema inmunológico. Es así que el bienestar de la persona viviendo con el virus, no solo depende de su bienestar físico, sino también de su bienestar mental, por tal motivo es imprescindible insistir en la adherencia (Martínez, 2002).

- La adherencia al tratamiento antiviral de Gran actividad (TARGA) es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento antirretroviral de manera de mantener rigurosamente el cumplimiento del mismo, a fin de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral. Con el cumplimiento del tratamiento antiviral se espera controlar la progresión o multiplicación del VIH en el organismo, aumentando las células CD4 del sistema inmunológico, disminuyendo la carga viral, reduciendo los efectos secundarios y por ende, incrementando la calidad de vida, ya que se evitará la aparición de enfermedades oportunistas o se combatirán con mayor probabilidad de erradicarlas.
- El ingreso al Programa de Tratamiento es voluntario y depende del estado físico y psicológico de las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS), para lo cual pasa por evaluación clínica, virológica e inmunológica; por lo que García (2006) señala que este tratamiento tiene como objetivo controlar la cantidad de virus en la sangre y mejorar el sistema de defensas del organismo.
- Los investigadores refieren que para la supresión óptima del virus, se requiere entre un 90 – 95 % de adherencia al tratamiento.



### 1.3. Marco conceptual

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:** El concepto de adherencia terapéutica es un concepto complejo que se define como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el profesional de la salud, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado” (Martín y Grau, 2004, citado por Villa y Vinaccia, 2006).

**ADHERENCIA AL (TARGA)** Es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) de manera de mantener rigurosamente el cumplimiento del mismo, a fin de conseguir un adecuado efecto en la supresión de la replicación viral de VIH SIDA

**AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS:** Modo en que se enfrenta el ser humano a una amenaza real o imaginaria

Los trabajos pioneros de Lazarus y Folkman definen el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivo y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o sobrepasan los recursos personales”

#### DIMENSIONES DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO

**AREA DEL MEDIO SOCIAL:** Son los recursos sociales que tiene el paciente con VIH/SIDA para favorecer su adherencia al tratamiento

**AREA DE ASPECTO EMOCIONAL:** Son los recursos emocionales que posee el paciente con VIH/SIDA para evitar sentimientos depresivos que dificulten su adherencia al tratamiento.

AREA DEL ESTILO DE VIDA: Son comportamientos en la vida diaria del Paciente VIH/SIDA que le lleven a tener una buena calidad de vida y que le permitan una adecuada adherencia al tratamiento.

AREA DEL MEDIO LABORAL: Es el clima laboral percibido por el paciente VIH SIDA que le permita el cumplimiento de la toma de sus antivirales

AREA DE ANTECEDENTES DE SALUD: está referido al estado de salud mental de miembros de la familia y el estado mental del paciente VIH SIDA luego del diagnóstico de VIH SIDA.

SIDA: SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, enfermedad oportunista que ataca sistema inmunitario por el VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH)

Desde 1981, en que fue descrito por primera vez el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), cuyos agentes etiológicos son los tipos de virus de inmunodeficiencia humana (VIH), esta enfermedad se ha convertido en una epidemia mundial que afecta a diversas poblaciones y regiones geográficas, volviéndose mucho más extensa de lo que se predijo hace apenas una década (Brooks, Batel y Morse, 2002)

ESTRÉS- Estado de tensión y alarma del organismo frente a una amenaza externa o interna.

MODO O ESTILO DE AFRONTAMIENTO CENTRADO EN EL PROBLEMA: Consiste en estrategias de afrontamiento donde se acentúan esfuerzos activos, se planifica acciones, se concentra en la solución dejando otras actividades y se espera la oportunidad para afrontarla, recurriendo incluso a apoyo externo para una orientación mejor que resuelva el problema a enfrentar.

MODO O ESTILO DE AFRONTAMIENTO CENTRADO EN LA EMOCION: donde se usan estrategias relacionadas a la búsqueda de apoyo moral y

emocional donde se sienta comprendido y donde se trata de ver de manera positiva el problema considerándola un aprendizaje así como se logra aceptar la situación estresante pudiendo también negarla o incorporarla buscando la ayuda de la religión.

**OTROS MODOS O ESTILOS DE AFRONTAMIENTO INADECUADOS:** Son modos de afrontamiento al estrés no adaptativos donde se recurren a estrategias inadecuadas y se generan pensamientos negativos de índole catastróficas, se rinden ante la adversidad, se desentienden mental y conductualmente del problema

## **CAPITULO II: PROBLEMA**

### 2.1. Planteamiento del problema

#### 2.1.1. Descripción de la realidad problemática

El VIH continúa siendo un problema de salud mundial de una magnitud sin precedentes y se ha convertido en uno de los más importantes problemas de salud pública del presente siglo provocando un estimado de 35 millones de fallecimientos en el mundo y ha generado profundos cambios demográficos en los países más afectados.

La epidemia del VIH ha trascendido a todos los países del mundo y es el continente africano el que alberga, en forma dramática, el mayor número de casos, seguido de Asia meridional y sudoriental, y en tercer lugar se encuentra América Latina. En el PERU existen 70,000 infectados con VIH/SIDA

Los avances logrados en los últimos años han permitido conocer mejor la magnitud del problema, tanto en el diagnóstico de laboratorio, el tratamiento antirretroviral y mayor acceso a los programas eficaces de tratamiento y prevención.

Por otro lado ONUSIDA señala que 35,0 millones [28,9 millones–41,5 millones] de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida desde el comienzo de la epidemia. En 2016, 36,7 millones [30,8 millones–42,9 millones] de personas vivían con el VIH, de los cuales existen 34,5 millones [28,8 millones–40,2 millones] adultos, 17,8 millones [15,4 millones–20,3 millones] mujeres (mayores de 15 años) y 2,1 millones [1,7 millones–2,6 millones] niños (menores de 15 años)

En el Perú el Ministerio de Salud (MINSA) ha notificado que existen más de 70,000 personas con VIH, de este grupo una de cada cuatro personas (alrededor de 16,250) no saben que tienen la infección y solo en el 2016 ocurrieron cerca de 2,700 nuevas infecciones en el país, por lo que es necesario que la población se informe respecto a cómo se adquiere el virus. Más aún, considerando que la infección por VIH no muestra síntomas durante los primeros años de adquirido y solo se manifiesta en una etapa avanzada, a la cual llamamos síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida).; las ciudades más afectadas se encuentran en la región costa y la selva, mientras que en la sierra la prevalencia es más baja. El 71% de casos registrados de SIDA pertenecen a la ciudad de Lima y Callao y el 29% corresponde al resto del país. Siendo el principal modo de transmisión por la vía sexual sin protección; madre a hijo y parenteral. El índice de infección aumenta de manera alarmante, al igual que el índice de muertes, por ello la importancia de la adherencia al tratamiento.

En el campo del tratamiento de la infección por VIH/SIDA hasta el 2014 han surgido avances notables, lo que ha representado un aumento de la supervivencia, mejoría de la calidad de vida de las personas con dicha infección y disminución de las complicaciones asociadas. Es así que con la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) se ha reducido significativamente las tasas de mortalidad y morbilidad asociadas a la infección por VIH y al SIDA, convirtiendo a esta infección en una enfermedad crónica tratable y ya no una enfermedad terminal. A pesar que el TARGA mejora la respuesta clínica, inmunológica y viral del paciente, es sumamente necesario mantener un buen nivel de adherencia al tratamiento.

Un porcentaje elevado de Pacientes (30%) con VIH no consigue una supresión duradera de la replicación viral, atribuible a la falta de adherencia según Remor, E. 2002

Para que esta adherencia se lleve a cabo de manera óptima se espera contar con un adecuado estilo de vida, control emocional así como un medio social, medio laboral, y antecedentes de salud favorables. Por otro lado un factor importante a considerar para tener una adherencia favorable es el adecuado afrontamiento al estrés.

Por lo anteriormente señalado es menester comprender el impacto y el afrontamiento al estrés experimentado por los pacientes ante la asunción de la enfermedad y la necesidad de un afronte adecuado sobre el tratamiento que deben seguir a fin de lograr una adherencia óptima que le permita controlar la enfermedad.

El lugar de la investigación es el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati siendo éste un Hospital que acoge a la población mayoritaria del seguro social con diagnósticos de VIH SIDA donde los pacientes cuentan con un Programa de Control de enfermedades de ITS y VIH/SIDA. También se

presentan resistencias al tratamiento y/o baja adherencia al mismo lo cual nos permite explorar sobre el manejo por parte de los pacientes en la aceptación e su ingesta de antivirales y nos hace establecer las interrogantes sobre las formas y comportamientos al asumir su tratamiento antiviral.

### 2.1.2. Antecedentes teóricos

La revisión de literatura permitió identificar investigaciones realizadas a nivel nacional e internacional relacionadas a la problemática del afrontamiento y la adherencia al tratamiento, encontrándose los siguientes investigaciones internacionales: El estudio preliminar de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH/SIDA, Ahumada Marcelo Escalante Eduardo Santiago Isabel Argentina, 2011

En la que se administraron las técnicas: entrevista semiestructurada (se administra el cuestionario SMAQ -Simplified Medication Adherence Questionnaire- que mide adherencia, CRI (Coping Responses Inventory de Moos, R.), que mide estrategias de afrontamiento y el Cuestionario de Apoyo Social Percibido Duke-UNC-11, que mide apoyo social confidencial y afectivo. Se han encontrado algunas asociaciones entre los niveles de adherencia al tratamiento terapéutico y las respuestas de afrontamiento y apoyo social.

Investigaciones Nacionales como las de Alvis, De Coll, Chumbimune, Díaz, y Reyes (2009), en su investigación prevalencia y los factores asociados a la no adherencia al Targa en adultos infectados con el VIH-sida. El diseño de estudio fue transversal. La investigación se llevó a cabo en el Servicio de Infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza a pacientes infectados con el VIH que se encontraban recibiendo tratamiento antirretroviral en el hospital, se aplicó un cuestionario estructurado,

elaborado en función a instrumentos que evalúan la adherencia y factores asociados. Para determinar la asociación, se empleó las pruebas de chi cuadrado y t de student, se estableció un nivel de significación estadística  $p < 0,05$ , y para calcular el riesgo se utilizó el OR, con intervalos de confianza de 95%. Se realizó análisis de regresión logística. Principales medidas de resultados: No adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. Resultados: Se encuestó 465 personas; la edad promedio fue  $36,8 \pm 9,1$  años; 64,1% era varón. El 35,9% de los encuestados resultó ser no adherente. Los factores independientemente asociados a la no adherencia fueron: ser homosexual/bisexual (OR: 3,85, IC95% 1,98 a 7,51), tener una baja calidad de vida relacionada a la salud (OR: 6,22, IC95% 3,47 a 11,13), poco apoyo social (OR: 5,41, IC95% 3,17 a 9,22), no tener domicilio fijo (OR 3,34, IC95% 1,93 a 5,79), tener morbilidad psíquica (OR 2,93, IC95% 1,78 a 4,82) y tener mayor tiempo en tratamiento (OR 1,04, IC95% 1,02 a 1,07). Por lo tanto la prevalencia de no adherencia fue mayor a la reportada previamente en este mismo hospital, pero similar a la encontrada en diferentes estudios, pese a la heterogeneidad de los mismos. Los factores de tipo psicosocial fueron los que influyeron de forma más importante en la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral.

Echevarría (2009), investigó el Estilo de afrontamiento del cuidador primario y la adherencia al TARGA de las personas que viven con VIH-SIDA. La investigación fue de tipo sustantiva de nivel descriptivo; en 42 cuidadores primarios, cada uno con su respectivo paciente que eran atendidos en los consultorios externos y en el pabellón del servicio de infectología del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Se utilizó el Cuestionario de modos de afrontamiento (COPE) y un cuestionario para evaluar niveles de adherencia. Se encontró que sí existe una asociación estadísticamente significativa entre los estilos de afrontamiento que utiliza el cuidador primario de las personas que viven con VIH-SIDA, considerando el nivel de

adherencia al TARGA de dicha persona con al menos seis meses de estar recibiendo el tratamiento

Izaguirre (2011), investigó los Factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en pacientes con VIH/SIDA del centro médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távora" periodo noviembre 2009 - abril 2010. El estudio fue de tipo observacional, longitudinal, prospectivo; en 32 pacientes con VIH/SIDA del Servicio de infectología del centro Médico Naval, de edades entre 23 y 66 años, con una edad promedio de 41.6+- 12,2 años, siendo un solo paciente de sexo femenino. Donde 81,3% de los pacientes presento adherencia a su tratamiento antirretroviral, mientras que el 18,7%no presento. Del análisis de la adherencia se concluye que no existe un factor determinante para la adherencia en los pacientes en estudio, ya que no se encontró una asociación significativa ( $p < 0,05$ ) entre las variables socioeconómica, psicológica, de régimen terapéutico y administrativos con la adherencia al TARGA, por lo que las causas de la adherencia en los pacientes se consideraron multifactoriales

Alcántara (2008), investigo la sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento en pacientes con VIH. El tipo de investigación fue de tipo correlacional descriptivo con un diseño no experimental. La población se obtuvo a través del muestreo no probabilístico; constituida por 50 adultos mayores de 18 años, 26 hombres (52%) y 24 mujeres (48%), con una edad promedio de 34,6 años (D.E. = 9.85) con respecto a la orientación sexual, tenemos que un 70% de participantes son heterosexuales, 20% son homosexuales y 10% bisexuales; quienes tenían un diagnóstico de Seropositividad y recibían tratamiento antirretroviral en los diferentes hospitales nacionales de Lima metropolitana con fases asintomáticas o



sintomáticas encontrando que la adhesión al tratamiento mejoraba cuando disminuía síntomas depresivos.

## 2.2. Definición del problema

Por lo expuesto ha sido necesario el planteamiento de los siguientes problemas.

### 2.2.1. Problema general

¿Cómo se relaciona el afrontamiento al Estrés con la adherencia al tratamiento antiviral en pacientes VIH/SIDA?

### 2.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cómo se relacionan las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés con la dimensión el medio social de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA?

2. ¿Cómo se relacionan las dimensiones Modo Centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés con la dimensión aspecto emocional de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA?

3. ¿Cómo se relacionan las dimensiones: Modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés con la dimensión estilo de vida de la adherencia al tratamiento en los pacientes con VIH/SIDA?

4. ¿Cómo se relacionan las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés con la dimensión medio laboral de la adherencia al tratamiento en los pacientes con VIH/SIDA?

5. ¿Cómo se relacionan las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés con los antecedentes de salud de la adherencia al tratamiento en los pacientes con VIH/SIDA?

### 2.3. Finalidad y objetivos de la investigación

#### 2.3.1. Finalidad

Esta investigación tiene por finalidad proveer información que permita llegar con objetividad a conocer los comportamientos de afrontamiento al estrés que podrían estar implicados en el proceso de tratamiento y mantenimiento de una adecuada adherencia al tratamiento el cual está dirigido a propiciar la reducción de la carga viral así como el mantenimiento y/o aumento de la estabilidad inmunológica, contribuyendo de este modo, tanto a la prevención como a la promoción de una adaptación y afronte saludable al estrés con la adherencia adecuada al tratamiento antiviral (TARGA)

El estudio que se expone, es una investigación que va a poder identificar los modos de afrontamiento al estrés del paciente VIH SIDA en relación a la capacidad de valoración de su adherencia al Tratamiento Antiviral

De igual manera, el conocimiento obtenido en este estudio tiene por finalidad dar mayores elementos empíricos para el abordaje de la problemática crucial que afrontan los pacientes con VIH SIDA en cuanto a su desempeño en el medio social, laboral, emocional, en sus antecedentes de salud y en su estilo de vida a fin de mejorar su capacidad de valoración a la

adherencia al tratamiento antiviral TARGA igualmente, será un aporte para los centros de salud que los albergan, para evitar recidivas en su salud general y por ende disminuir los costos de la atención

## 2.3.2. Objetivos

### 2.3.2.1. Objetivo General

Determinar la relación existente entre el afrontamiento al estrés con la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

### 2.3.2.2. Objetivos específicos

Establecer la relación de las dimensiones: Modo Centrado en el problema, Modo centrado en la Emoción y modo no adecuado del afrontamiento al estrés con la dimensión medio Social de la adherencia al tratamiento en pacientes VIH SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Precisar la relación de las dimensiones: Modos Centrados en el Problema, modo centrado en la Emoción y modo no adecuado del afrontamiento al estrés con la dimensión aspecto emocional de la adherencia al tratamiento en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Identificar la relación de las dimensiones: Modo Centrado en el problema, modo centrado en la emoción y modo no adecuado del afrontamiento al estrés con la dimensión Estilo de vida de la Adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Establecer la relación de las dimensiones: Modo Centrado en el Problema, Modo Centrado en las Emociones y Modo no adecuado del Afrontamiento al estrés con la dimensión Medio Laboral de Adherencia al tratamiento en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Determinar la relación de las dimensiones Modo Centrado en el problema, Modo centrado en la emoción y modo no adecuado del Afrontamiento al estrés con la dimensión antecedentes de salud de la Adherencia al tratamiento en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

#### 2.4. Delimitación del estudio

- Delimitación espacial: la investigación se desarrolla en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, en consulta ambulatoria.
- Delimitación social: la población en estudio está conformado por 360 pacientes que se encuentra en el Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual VIH/SIDA que reciben tratamiento antiviral de los cuales se selecciona una muestra aleatoria de 50 pacientes.
- Delimitación conceptual: los conceptos vertidos en el trabajo de investigación son: afrontamiento al estrés, valoración de la adherencia al tratamiento, Modo de afrontamiento centrado en el problema, Modo de afrontamiento centrado en las emociones, modos Inadecuados, medio social, aspecto

emocional, estilo de vida, medio laboral, antecedentes de salud mental.

## 2.5. Justificación e importancia

En la actualidad se reconoce cómo ha ido incrementándose el índice de personas con VIH/SIDA, además de observar la no adherencia a su tratamiento. Es así, que Lima constituye el departamento del Perú más afectado por la epidemia del VIH/SIDA; es por ello que se realiza el trabajo de investigación en una institución hospitalaria de dicho departamento.

Al recibir el diagnóstico el paciente pasa a vivir en un marco donde prima la incertidumbre, la desesperanza, el miedo y la impotencia. Por lo que Antígona (1995) refiere que el diagnóstico produce cambios drásticos en el estilo de vida del paciente, ocasionando diversas reacciones, que sin un manejo adecuado, se tornaran en amenazas, que pueden ir desde sumirse en una profunda depresión, hasta asumir irresponsablemente su enfermedad, perjudicando a otras personas. Es así como se ven disminuidos los recursos de manejo del estrés de los pacientes y sus actitudes así como sus comportamientos pueden actuar en detrimento de su tratamiento y control de la enfermedad.

Es por ello que es necesario conocer los factores comportamentales de los pacientes y como estos influyen en su adherencia al tratamiento antiviral. Por ello la importancia en tratar este tema en beneficio de los miles de seropositivos al virus de Inmunodeficiencia humana con la finalidad de reforzar las actividades asociadas a la mejoría del paciente y mantener la práctica de determinados comportamientos de adherencia al tratamiento a lo largo del tiempo, contrarrestar el impacto emocional conociendo su particular modo de afrontamiento al estrés y, reactivar sus proyectos de vida que les

permita mantener por el mayor tiempo posible su condición de portadores asintomáticos.

Asimismo, la importancia de alcanzar una adherencia óptima al Tratamiento antiviral, por parte de los pacientes con VIH/SIDA, es porque con ello se puede lograr el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas y posibilitar la disminución de las réplicas virales, lo que participará en una mejora del sistema inmunológico, mejor calidad de vida y por ende prolongación del tiempo de supervivencia. Siendo las consecuencias fatales en caso contrario.

La importancia de la investigación recae asimismo, en la necesidad de contar con un estudio empírico con variables de alta incidencia en ésta problemática para conocer en qué medida las variables presentadas, modos de afrontamiento al estrés y la adherencia al tratamiento se relacionan en la población estudiada.

Igualmente, será un aporte para los centros de salud que los albergan, para evitar recidivas en su salud general y por ende disminuir los costos de la atención.

Así mismo permitirá diseñar programas de intervención psico-educativos orientados a trabajar sobre aspectos básicos de la infección, y desarticular la relación SIDA /muerte, enfatizando la prevención y optimización de la salud psicológica promoviendo y formando las habilidades de afrontamiento al estrés en estos pacientes para mejorar su calidad de Vida.

También el estudio ofrece un aporte a la psicología clínica y de la salud, proporcionando instrumentos especializados que cuentan con validez y confiabilidad, para la población de pacientes con VIH SIDA, cuyos resultados de evaluación, podrían proporcionar las características particulares de estos pacientes; de este modo, orientar la realización de nuevos programas de intervención con el paciente y su familia.

## 2.6. Hipótesis y variables

### 2.6.1. Supuestos teóricos

Basados en las investigaciones que definen al afrontamiento al estrés como “esfuerzos cognitivos y conductuales orientados a manejar las demandas internas y externas de una determinada situación estresante” (Lazarus y Folkman (1984) y siendo estas acciones necesarias para un adecuado afronte al estrés es que se estudia asimismo la respuesta de los pacientes que viven con el VIH SIDA a un estresor significativo como es el Virus de Inmuno deficiencia Adquirida VIH SIDA así como el lograr dar cumplimiento efectivo al tratamiento médico con antivirales de alta potencia (TARGA) de manera indefinida para preservar su sistema inmunológico y evitar las replicaciones virales que ponen en riesgo la vida del paciente han sido motivo de estudios relacionados a diferentes factores que influyen en la baja o adecuada adherencia a estos tratamientos tales como son referidos por estudios latinoamericanos sobre las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH/SIDA, de Marcelo Ahumada, Eduardo Escalante e Isabel Santiago Argentina, 2011

. Tomando en cuenta estos supuestos es por ello que nos planteamos las hipótesis que motivan el estudio

### 2.6.2. Hipótesis General

Ha: El afrontamiento al estrés se relaciona positivamente con la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Ho: El afrontamiento al estrés no se relaciona positivamente con la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

### 2.6.3. Hipótesis Específicas

1. Ha: Las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés, se relaciona positivamente con la dimensión medio social de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Ho: Las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés, no se relacionan positivamente con la dimensión medio social de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

2. Ha: Las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés, se relaciona positivamente con la dimensión aspecto emocional de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Ho: Las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés, no se relacionan positivamente con la dimensión aspecto emocional de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

3. Ha: Las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés, se relaciona positivamente con la dimensión estilo de vida de la adherencia al



tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Ho: Las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés, no se relacionan positivamente con la dimensión estilo de vida de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

4. Ha: Las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés, se relaciona positivamente con la dimensión medio laboral de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Ho: Las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés, no se relacionan positivamente con la dimensión medio laboral de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

5. Ha: Las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés, se relaciona positivamente con la dimensión antecedente de salud de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Ho: Las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés, no se relacionan positivamente con la dimensión antecedente de salud de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

#### 2.6.4. Clasificación de variables

Variables cualitativas: Afrontamiento al estrés y adherencia al tratamiento.

#### 2.6.5. Definición constitutiva

- Afrontamiento al estrés: son aquellos esfuerzos cognitivo y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o sobrepasan los recursos personales
- La Adherencia al tratamiento es el grado de interacción entre los servicios de salud y el usuario que contribuya al cumplimiento del tratamiento y las indicaciones terapéuticas; y el cumplimiento adecuado de la medicación Antirretroviral (dosis, horarios, requisitos alimentarios y otros) por parte de pacientes con VIH/SIDA del Programa Tratamiento antiviral de Gran actividad TARGA

Definición Operacional de variables		
Variables	Dimensiones	Indicadores
<b>Afrontamiento al estrés</b>	Modo centrado en el problema	Afrontamiento activo ejecutando acciones para resolver el problema
		Planificación de los pasos a seguir para resolver el problema.
		supresión de actividades ajenas al problema para concentrarse en resolverlo
		Postergar acciones hasta esperar momento oportuno para resolver el problema
		Búsqueda de apoyo social que pueda opinar y apoyar en el conocimiento sobre el problema..
	Modo centrado en la emoción	búsqueda de apoyo emocional
		Reinterpretación positiva de la experiencia obtenida con el problema contribuyendo al desarrollo personal.
		Aceptación de la realidad de la presencia del problema.
		Búsqueda de apoyo espiritual religioso
		Análisis de las propias emociones y capaz de liberar aquellas emociones perturbadoras.
	Otros modos no adecuados	Negación del problema ignorándolo.
		Disminución de esfuerzos para conseguir solución del problema dejando de lado las metas a alcanzar..
		Distracción del pensamiento sobre el problema evitando de este modo abordarlo y enfrentarlo.

Definición Operacional de variables		
VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
<b>Adherencia al tratamiento</b>	Medio social	Amistades que favorecen toma de medicamentos
		Se reúne con amigos que ayudan a toma de medicamentos
		Acude a reuniones con amigos del mismo diagnóstico.
	Aspecto emocional	sentimientos de culpa por enfermedad
		sentimientos de rechazo por enfermedad
		Tristeza en los últimos tres meses
	Estilo de vida	Usa preservativo
		Mantiene apetito
		tiene razones para vivir
		Toma puntual de medicinas
		Planteo de metas
		piensa dejar medicamentos
		Recuerda siempre la toma de medicamento
		Asiste a puntual a controles médicos
		.
		Medio laboral
	Toma antivirales en el trabajo. Dificultad para tomar antiviral	
	Percibe discriminación en ambiente laboral	
	Antecedentes de salud	Algún miembro de la familia presenta enfermedad mental, trastorno emocional, consumo de drogas o excesivo consumo de alcohol.
		comportamiento agresivo

### **CAPITULO III. METODOLOGIA**

#### **3.1. Tipo y diseño de investigación**

El estudio de la presente investigación es descriptivo correlacional, por cuanto se orienta a determinar el grado de relación existente entre dos o más variables de estudio, sin precisar sentido de causalidad en una misma muestra de participantes (Sánchez y Reyes, 2009).

Los datos fueron recolectados en un solo momento, buscando describir las variables de estudio y analizar su incidencia o interrelación en un momento dado tal como se dan en su contexto

#### **3.2. Población y muestra**

La población está constituida por 360 Pacientes Adultos VIH SIDA con tratamiento antiviral del Programa de Control de ITS / VIH SIDA del HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS.

. De una población de 360 pacientes se procedió a aplicar a 50 pacientes de VIH/SIDA en tratamiento antiviral los instrumentos debidamente validados en la muestra y se recoge información de cada paciente VIH/SIDA con tratamiento antiviral de por lo menos 6 meses de inicio.

Se ha utilizado el muestreo no probabilístico. en 50 pacientes con Tratamiento antiviral (Targa) del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

##### **3.2.1. Criterios de selección de los participantes**

a. Criterio de inclusión: Paciente VIH Sida de atención ambulatoria de por lo menos 6 meses de diagnóstico y tratamiento.

b. Criterio de exclusión: pacientes nuevos de reciente diagnóstico que no pertenezcan aún al programa de tratamiento de VIH/SIDA.

c. Criterio de eliminación: pacientes los que no completaron la evaluación en los instrumentos.

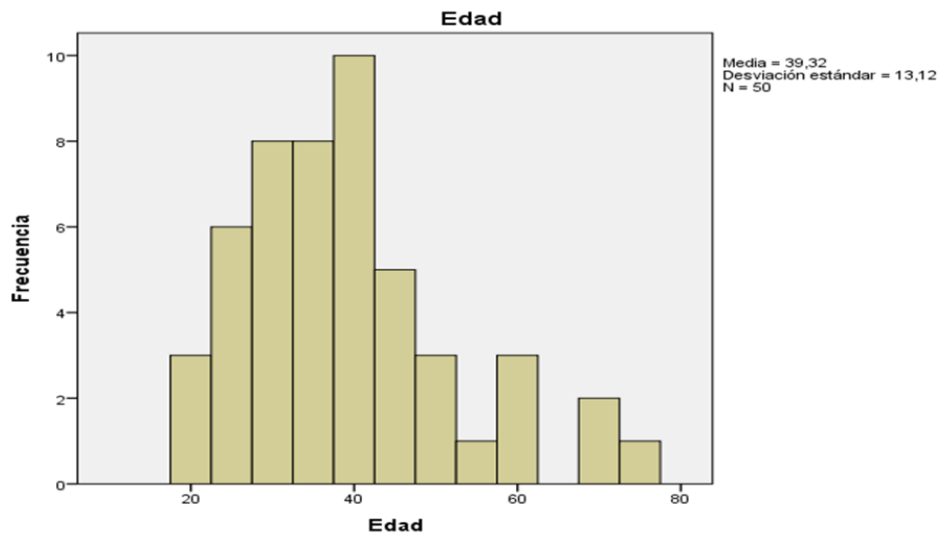
### 3.2.2. Características de los Participantes

Los participantes del presente estudio fueron adultos con un diagnóstico correspondiente al VIH / SIDA que se atienden en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins del Seguro Social- EsSalud (N = 50). Según el Cuadro 1, el 74% de ellos (37 participantes) son de sexo masculino, el 26% de sexo femenino (13 participantes), y el rango de edad varía desde los 20 hasta los 73 años ( $M = 39.32$ ,  $DE = 13.12$ ). Cuadro 2.

Cuadro 1

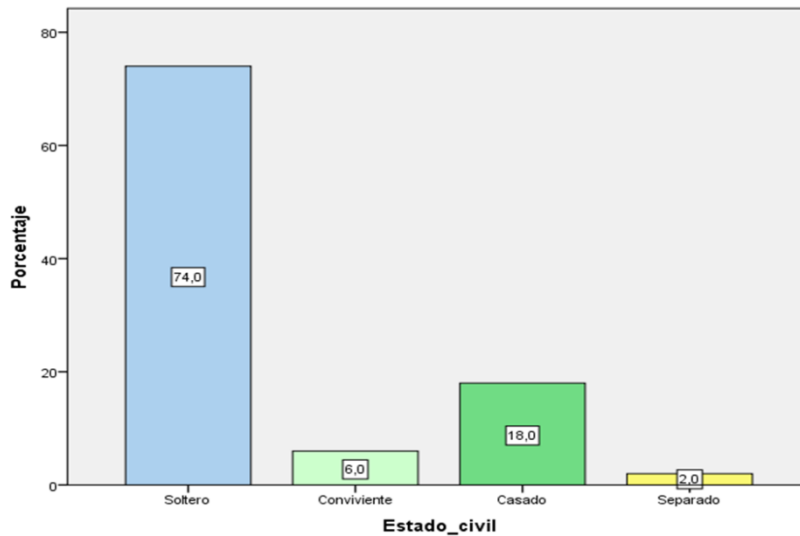
	Sexo	
	Frecuencia	Porcentaje %
Mujer	13	26,0
Hombre	37	74,0
Total	50	100,0

Cuadro 2

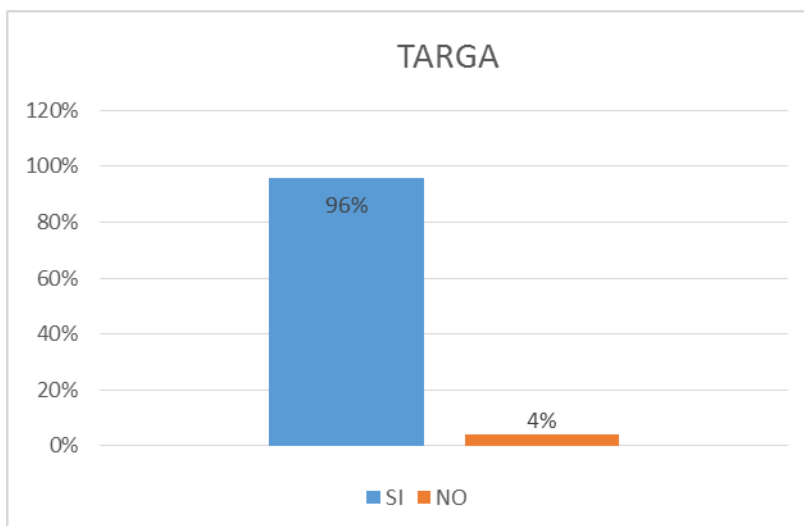


Cuadro 3

	Estado_civil	
	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	37	74,0
Conviviente	3	6,0
Casado	9	18,0
Separado	1	2,0
Total	50	100,0



En el cuadro 3 se observa el estado civil de los participantes, el 74% (37 participantes) se encuentran solteros, el 18% casado (9 participantes), el 6% convive (3 participantes) y solo el 2% está separado (1 participante). (cuadro 2, grafico 2)



Cuadro 4 En lo que respecta a las características del tratamiento, el 96% de los participantes (48 personas) se encuentra recibiendo Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad- TARGA



## 2.5.2. Diseño utilizado

### DISEÑO CORRELACIONAL

Transversal Ya que nos permitió estudiar las variables tal y como se presenta en la realidad favoreciendo la veracidad de los hallazgos relacionando el modo de afrontamiento al estrés y la valoración de la adherencia al TARGA de los pacientes con VIH/SIDA Del Hospital Nacional E. Rebagliati Martins en un tiempo y espacio determinado

M1: OX r OY

Donde OX es el afrontamiento al estrés, y OY es la adherencia al TARGA.

## 3.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

### 3.3.1. Instrumentos

A nivel metodológico, los instrumentos empleados en la investigación: modos de afrontamiento al estrés (COPE) y valoración de adherencia al Tratamiento antiviral de Gran Actividad TARGA, confirmaron su solidez en las características psicométricas con su validez de constructo y confiabilidad por consistencia interna; siendo útiles para la evaluación de los pacientes, así como para la realización de futuras investigaciones sobre el afrontamiento a la adherencia al Targa en pacientes VIH/ SIDA.

Cuestionario de modos de afrontamiento al estrés (COPE)

Ficha Técnica: El COPE fue diseñado por Carver, Scheir y Weintraub (1989), adaptado al Perú por Casuso (1996). Tiene 3 modos o Estilos de

afrontamiento distribuidos en trece dimensiones de afrontamiento, y cuenta con 52 ítems dicotómicos redactados en primera persona. Su administración es individual o colectiva, siendo aplicable a personas de 16 años a más, en 20 minutos aproximadamente. Su objetivo es la evaluación de los modos de afrontamiento al estrés.

Estructura de la prueba: el instrumento incorpora tres modos afrontamiento al estrés:

Modos de afrontamiento enfocados en el problema: afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competentes, postergación del afrontamiento, búsqueda de apoyo social (por razones instrumentales).

Modos de afrontamiento que se centran en la emoción: búsqueda de apoyo social (por razones emocionales), reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, negación, acudir a la religión.

Otros modos de afrontamiento no adecuados: enfocar y liberar emociones negativas, desentendimiento conductual, y desentendimiento mental

#### Validez y confiabilidad

La validez de constructo del COPE, fue realizado por Carver et al., (1989), a través del análisis factorial de las respuestas de 978 estudiantes de la Universidad de Miami. El análisis arrojó 12 factores con eigenvalues de valores mayores a 1.0, de los cuales 11 fueron fácilmente interpretables. El restante, que no llegó a una carga factorial superior a 0.3, siendo excluido del resultado final. La composición de aquellos 11 factores concordó con la asignación de los ítems a las escalas, a excepción de los ítems de las escalas búsqueda de soporte social, afrontamiento activo y de planificación, que aparecieron juntos en un mismo factor; sin embargo, se consideró adecuado mantenerlos como factores independientes de acuerdo a los criterios del modelo teórico.

Asimismo, Carver et al., (1989), obtuvieron la confiabilidad del COPE, mediante el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach, el cual fue analizado para cada escala. Los valores arrojados fueron altos, oscilando entre 0,60 y 0,92, a excepción de la escala de desentendimiento cognitivo que alcanzó el valor de 0,45. La confiabilidad test retest tuvo un rango de 0,42 a 0,89 para seis semanas y de 0,46 a 0,86 para ocho semanas, entre ambas aplicaciones (Carver et al., 1989).

En el Perú, Casuso (1996) realizó la adaptación del instrumento en su versión disposiciones, aplicándolo a 817 estudiantes de una universidad privada de Lima y otra pública. Al realizar el análisis de validez encontró una composición factorial de trece escalas con eigenvalues mayores a 1,1 mediante un análisis de rotación varimax con cargas factoriales satisfactorias. En la confiabilidad halló valores alfa de Cronbach de 0,68 para los modos enfocados en el problema, 0,75 para los modos centrados en la emoción y 0,77 para otros modos de afrontamiento, denominado también modos no adecuados.

## DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO DE VALORACION A LA ADHERENCIA

Elaborada por: Isabel Rocío Echevarría Vigo (2008, Lima-Perú). De aplicación individual y colectiva.

Consta de 22 ítems, en formato lickert de 3 puntos de calificación (del 1 al 3), el tiempo de aplicación es de 25 minutos aproximadamente. Se encuentra distribuido en 5 áreas:

Área del medio social, aspecto emocional, estilo de vida, medio laboral y antecedentes de salud.

a) Ficha técnica

Nombre: Cuestionario de Valoración de Adherencia

Autor: Isabel Rocío Echevarría Vigo

Año: 2008

Lugar: Lima, Perú.

Forma de aplicación: Individual y colectiva

Número de ítems: 22 ítems, en formato tipo Likert de 3 puntos de calificación (del 1 al 3)

Tiempo de aplicación: 25 min. Aproximadamente

Áreas que evalúa: Los ítems están distribuidos en seis áreas

Área del medio social.

Área del aspecto emocional.

Área del estilo de vida.

Área del medio laboral.

Área de antecedente de salud

b) Descripción del cuestionario

El Cuestionario de Valoración de Adherencia, fue construido en base a lo desarrollado por la Red de psicólogos del MINSA, quienes lo elaboraron basándose en las áreas que García destacó por medio del estudio diagnóstico en usuarios que han fracasado al TARGA, en el año 2007.

Este cuestionario evalúa las áreas: social, familiar, emocional, laboral, estilo de vida y antecedentes de salud, pues son consideradas trascendentes e influyentes en la adherencia al TARGA. Se incrementó el número de ítems en determinadas áreas, obteniéndose 32 ítems, con los que se realizó la validez de contenido por criterio de jueces (anexo, tabla N°15). Luego con el análisis de ítems y la confiabilidad se eliminaron 10 ítems, quedando finalmente el cuestionario compuesta por 22 ítems.

c) Normas de aplicación

Se entrega el cuestionario indicándole que deberá marcar con una aspa (x) en las palabras No, A veces o Si, sí dicha alternativa concuerda con su experiencia personal.

d) Normas de corrección y calificación

La calificación consiste en sumar los puntajes obtenidos en cada alternativa, teniendo en cuenta que el valor de cada uno de los ítems es de 1,2 ó 3, dependiendo si es positiva o negativa.

25 – 49: adherencia inadecuada

50 – 75: adherencia adecuada

#### 2.5.4 Procesamiento de datos

Se crea una base de datos mediante el SPSS VERSION 23 para obtener tablas y gráficos con frecuencias y porcentajes presentando así la Estadística Descriptiva. Mediante el uso de pruebas paramétricas y no paramétricas es decir a través de la Estadística inferencial se procedió a correlacionar los datos y contrastarlos con las hipótesis planteadas.

Finalmente, se comprueban las hipótesis mediante el uso de pruebas paramétricas y no paramétricas a través de la Estadística inferencial.

##### 2.5.4.1 Fiabilidad del Cuestionario de Valoración de Adherencia al Tratamiento

En el presente estudio se procedió a analizar la confiabilidad de las pruebas utilizadas mediante el coeficiente alfa de Crombach, obteniéndose inicialmente que el puntaje total del Cuestionario de Valoración de Adherencia al Tratamiento presenta un índice de confiabilidad de .73, lo cual refleja la confiabilidad con respecto a los estudios anteriores. No obstante, a pesar de que la mayoría de los ítems obtienen una correlación ítem-test corregida mayor a .10, algunos ítems muestran una correlación negativa (ítem 8 = -.02, ítem 20 = -.05, ítem 22 = -.03), por lo que se procedió a eliminarlos

para la creación de esta área, elevándose así el índice de confiabilidad a .78. A continuación, en la tabla 1, se muestra las correlaciones ítem test-corregida final

**Tabla 1.** *Análisis de ítems y confiabilidad del puntaje total del Cuestionario de Valoración de Adherencia*

Ítems	Correlación ítem test-corregida	Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado
01	.57	.74
02	.61	.74
03	.40	.76
04	.69	.73
05	.47	.75
06	.56	.74
07	.25	.77
09	.12	.78
10	.34	.76
11	.06	.78
12	.52	.75
13	.32	.76
14	.04	.79
15	.08	.78
16	.15	.78
17	.44	.75
18	.40	.76
19	.36	.76
21	.21	.77
Coeficiente alfa de Cronbach = .78		

Con respecto al área social del Cuestionario de Valoración de Adherencia al Tratamiento, el análisis de confiabilidad muestra un índice de confiabilidad .74, evidenciándose además que todas las correlaciones ítem-test corregidas son mayores a .10. Ello demuestra la confiabilidad adecuada del área social del cuestionario. En la tabla 2 se presentan los resultados de ítems correspondientes a esta área.

**Tabla 2. *Análisis de ítems y confiabilidad del área social del Cuestionario de Valoración de Adherencia al Tratamiento.***

Ítems	Correlación ítem test-correctada	Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado
01	.68	.53
02	.76	.38
03	.37	.85
Coeficiente alfa de Cronbach = .74		

En cuanto al área emocional del Cuestionario de Valoración de Adherencia al Tratamiento, los resultados del análisis muestran un índice de confiabilidad adecuado al evidenciar un alfa de Cronbach de .71, observándose también que todas las correlaciones ítem-test corregidas son mayores a .10. A continuación, se muestran los resultados de los ítems de esta área.

**Tabla 3. *Análisis de ítems y confiabilidad del área emocional del Cuestionario de Valoración de Adherencia al Tratamiento.***

Ítems	Correlación ítem test-correctada	Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado
04	.64	.47
05	.47	.69
06	.50	.66
Coeficiente alfa de Cronbach = .71		

Con respecto al área de estilos de vida del Cuestionario de Valoración de Adherencia al Tratamiento, el análisis de confiabilidad un alfa de Cronbach de .53. Ello refleja la confiabilidad aceptable del área estilos de vida para el presente estudio. En la tabla 4, se muestran los resultados de los ítems pertenecientes a esta área.

**Tabla 4. *Análisis de ítems y confiabilidad del área de estilos de vida del Cuestionario de Valoración de Adherencia al Tratamiento.***

Ítems	Correlación ítem test-correctada	Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado
09	.17	.53
10	.29	.47
11	.32	.42
12	.40	.36
13	.27	.45
Coeficiente alfa de Cronbach = .53		

En cuanto al área laboral del Cuestionario de Valoración de Adherencia al Tratamiento, los resultados de los análisis muestran un índice de confiabilidad adecuado al evidenciar un alfa de Cronbach de .53, evidenciándose además que las correlaciones ítem-test corregidas de todos los ítems que componen esta área son mayores a .10. A continuación, en la tabla 5, se muestran los resultados de los ítems de esta área.

**Tabla 5. *Análisis de ítems y confiabilidad del área laboral del Cuestionario de Valoración de Adherencia al Tratamiento.***

Ítems	Correlación ítem test-correctada	Alfa de Cronbach
16	.23	.52
17	.42	.30
18	.32	.43
19	.26	.47
Coeficiente alfa de Cronbach = .53		

Finalmente, con respecto al área de antecedentes de salud del Cuestionario de Valoración de Adherencia al Tratamiento, el análisis de confiabilidad realizado muestra inicialmente un índice de confiabilidad de .31, evidenciando además que la correlación ítem-test del ítem 20 es de carácter negativo ( $r_{itc} = -.18$ ). Se procedió a eliminar dicho ítem para la creación de



esta área, obteniéndose finalmente un índice de confiabilidad de .84 y correlaciones ítem-test corregidas mayor a .10. Ello demuestra la confiabilidad adecuada del área de antecedentes de salud del cuestionario. En la tabla 6, se muestra los resultados obtenidos de los ítems de esta área.

**Tabla 6. *Análisis de ítems y confiabilidad del área de antecedente de salud del Cuestionario de Valoración de Adherencia al Tratamiento.***

Ítems	Correlación ítem test-correcta	Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado
21	.72	.
22	.72	.
Coeficiente alfa de Cronbach = .84		

### **1. Fiabilidad del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés - Cope**

Para analizar la confiabilidad de las escalas del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés – Cope se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach. En la tabla 7, se muestra los índices de confiabilidad que se obtuvo en cada área del cuestionario, evidenciándose que los componentes de *Afrontamiento directo*, *Retracción de afrontamiento*, *Aceptación*, *Análisis de emociones* y *Distracción* no presentan índices de confiabilidad aceptables (coeficiente de Cronbach menor a .05), por lo que no serán considerados para la realización de análisis estadísticos posteriores.

**Tabla 7. Análisis confiabilidad de las áreas del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés – Cope**

Área del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés – Cope	Coefficiente de Alfa de Cronbach
Afrontamiento directo	.39
Planificación de actividades	.67
Supresión de actividades	.61
Retracción de afrontamiento	.01
Busca de soporte social	.76
Busca de soporte emocional	.62
Reinterpretación	.64
Aceptación	.45
Retorno a la religión	.69
Análisis de emociones	.42
Negación	.51
Conducta inadecuada	.78
Distracción	-.18

A continuación se presentan las correlaciones ítem-test corregidas de las escalas cuyos índices de confiabilidad se mostraron aceptables.

**Tabla 8. Análisis de ítems y confiabilidad de la escala de Planificación de Actividades del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés – COPE**

Ítems	Correlación ítem test-corregida	Alfa de Cronbach
2	.37	.65
15	.61	.48
28	.47	.59
41	.36	.65
Coeficiente alfa de Cronbach = .67		

Tabla 9. *Análisis de ítems y confiabilidad de la escala de Supresión de Actividades del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés – COPE*

Ítems	Correlación ítem test-correctada	Alfa de Cronbach
3	.34	.59
16	.55	.42
29	.42	.52
42	.28	.62
Coeficiente alfa de Cronbach = .61		

Tabla 10. *Análisis de ítems y confiabilidad de la escala de Busca de Soporte Social del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés – COPE*

Ítems	Correlación ítem test-correctada	Alfa de Cronbach
5	.48	.75
18	.57	.70
31	.77	.58
44	.44	.77
Coeficiente alfa de Cronbach = .76		

Tabla 11. *Análisis de ítems y confiabilidad de la escala de Busca de Soporte Emocional del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés – COPE*

Ítems	Correlación ítem test-correctada	Alfa de Cronbach
6	.32	.61
19	.49	.48
32	.43	.53
45	.36	.58
Coeficiente alfa de Cronbach = .62		

**Tabla 12. Análisis de ítems y confiabilidad de la escala de Reinterpretación del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés – COPE**

Ítems	Correlación ítem test-correctada	Alfa de Cronbach
7	.59	.46
20	.27	.69
33	.34	.64
46	.57	.48
Coeficiente alfa de Cronbach = .64		

**Tabla 13. Análisis de ítems y confiabilidad de la escala de Retorno a la Religión del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés – COPE**

Ítems	Correlación ítem test-correctada	Alfa de Cronbach
9	.58	.51
22	.70	.44
35	.39	.63
48	.21	.77
Coeficiente alfa de Cronbach = .69		

**Tabla 14. Análisis de ítems y confiabilidad de la escala de Negación del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés – COPE**

Ítems	Correlación ítem test-correctada	Alfa de Cronbach
11	.29	.45
24	.37	.38
37	.38	.37
50	.19	.53
Coeficiente alfa de Cronbach = .51		

**Tabla 15. *Análisis de ítems y confiabilidad de la escala de Conducta Inadecuada del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés – COPE***

Ítems	Correlación ítem test-correctada	Alfa de Cronbach
12	.58	.73
25	.52	.76
38	.72	.65
51	.53	.75
Coeficiente alfa de Cronbach = .78		

En este acápite se presentan los estadísticos inferenciales a partir de los datos obtenidos en la muestra de pacientes con VIH / SIDA que se atienden en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

En la Tabla 16 y 17, se muestran los resultados de la prueba de bondad de ajuste a la curva normal de Kolmogorov - Smirnov para el Cuestionario de Valoración de Adherencia al Tratamiento y el Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés – Cope. Como se puede observar, casi todos los componentes de ambas pruebas, a excepción del área emoción de la Adherencia al Tratamiento, presentan índices de  $p < .05$ ; por lo que se rechaza la hipótesis de normalidad. Se concluye, entonces, que las puntuaciones de las variables de Adherencia al Tratamiento y de los Modos de Afrontamiento al Estrés no se ajustan a una distribución normal, a excepción del área emocional de la Adherencia al Tratamiento. Esto hace necesario el uso de pruebas no paramétricas en los análisis correlacionales.

$p < .05$

**Tabla 16.** Prueba de bondad de ajuste a la curva normal de Kolmogorov - Smirnov para los resultados del Cuestionario de Valoración de Adherencia al Tratamiento

	N	Kolmogorov – Smirnov	P
Adherencia Global	50	.13	.03
Área Social	50	.31	.00
Área Emocional	50	.12	.06
Área de Estilos de Vida	50	.20	.00
Área Laboral	50	.28	.00
Área de Antecedentes de Salud	50	.35	.00

**Tabla 17.** Prueba de bondad de ajuste a la curva normal de Kolmogorov - Smirnov para los resultados del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés – Cope

	N	Kolmogorov – Smirnov	P
Planificación de actividades	50	.21	.00
Supresión de actividades	50	.19	.00
Busca de soporte social	50	.23	.00
Busca de soporte emocional	50	.22	.00
Reinterpretación	50	.38	.00
Retorno a la religión	50	.30	.00
Negación	50	.20	.00
Conducta inadecuada	50	.34	.00

$p < .05$

## **CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **4.1. Presentación de Resultados**

A continuación se presentan los estadísticos correlacionales a partir de los datos obtenidos en la muestra de 50 pacientes con VIH / SIDA que se atienden en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Se procede a presentar los resultados de los análisis correlacionales entre los modos de afrontamiento al estrés y la adherencia al tratamiento

Se responde de este modo a los planteamientos del problema a través de la presentación de los datos correlacionales del puntaje total del Afrontamiento al estrés y del Cuestionario de Valoración de la Adherencia al tratamiento así como con cada una de las dimensiones del cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés – Cope y el de las dimensiones de valoración de la adherencia al tratamiento, especificando el contraste de hipótesis correspondiente.

#### **Relación entre el puntaje total de Adherencia al Tratamiento y los Modos de Afrontamiento al Estrés**

En la Tabla 18 se presenta la información referida al coeficiente rho de *Spearman* entre el puntaje total de Adherencia al Tratamiento y los Modos de Afrontamiento al Estrés agrupados en tres dimensiones. Se observa relaciones significativas con por lo menos un modo de afrontamiento al estrés perteneciente a cada dimensión. De esta manera, se encuentra que la adherencia al tratamiento se relaciona de manera positiva con el modo de afrontamiento centrado en el problema en la busca de soporte social y con el modo de afrontamiento centrado en la emoción en la busca de soporte emocional. En contraste, se observa que la adherencia al tratamiento se relaciona de manera negativa con el modo de afrontamientos inadecuados en cuanto a la conducta inadecuada.

**Tabla 18**

Modos de Afrontamiento al Estrés	N	Coefficiente de Spearman con Puntaje Total	Sig. (bilateral)
Modos centrados en el problema	Planificación de actividades	.11	.42
	Supresión de actividades	-.10	.46
	Busca de soporte social	<b>.28*</b>	.04
Modos centrados en la emoción	Busca de soporte emocional	<b>.40**</b>	.00
	Reinterpretación	.17	.21
	Retorno a la religión	-.03	.81
Modos inadecuados	Negación	-.22	.10
	Conducta inadecuada	<b>-.47**</b>	.00

\*\* La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral)

\* La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral)

A partir de la información brindada en la Tabla 18, se procederá a contrastar de manera individual cada uno de los hallazgos en el presente estudio.

Los resultados mostrados en la Tabla 18 confirman una relación significativa de carácter directamente proporcional entre la busca de soporte social como modo de afronte al estrés centrado en el problema y la adherencia al tratamiento (sig. = 04). Por tanto, a mayor uso del modo de afrontamiento al estrés de busca de soporte social, se evidenciaría una mejor adherencia al tratamiento. Cabe señalar además, que el tamaño de la correlación obtenida correspondería a una relación de magnitud pequeña ( $\rho = .28$ )

En referencia a la relación positiva entre la busca de soporte emocional como modo de afronte al estrés centrado en la emoción y la adherencia al tratamiento en los resultados obtenidos, evidencian una relación significativa de carácter directamente proporcional entre la busca de soporte emocional



como modo de afronte al estrés centrado en las emociones y la adherencia al tratamiento (sig. = 00). Ello demostraría que a mayor uso del modo de afrontamiento al estrés centrado en la emoción de búsqueda de soporte emocional, se presentaría una mejor adherencia al tratamiento. Cabe señalar además, que el tamaño de la correlación obtenida correspondería a una relación de magnitud mediana ( $\rho = .40$ )

.Sobre la relación negativa entre el modo de conducta inadecuada y la adherencia al tratamiento los resultados mostrados en la Tabla 18 evidencian así una relación significativa de carácter inversamente proporcional entre la conducta inadecuada como modo inadecuado de afronte al estrés y la adherencia al tratamiento (sig. = 00). Por tanto, a mayor uso del modo de afrontamiento al estrés de conducta inadecuada, se evidenciaría una baja adherencia al tratamiento. Estas evidencias permiten corroborar la hipótesis general planteada en que el afrontamiento al estrés se relaciona positivamente con la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

### **Relación entre el área social de Adherencia al Tratamiento y los Modos de Afrontamiento al Estrés**

En la Tabla 19 se presenta la información referida al coeficiente rho de *Spearman* entre el área social de la Adherencia al Tratamiento y los Modos de Afrontamiento al Estrés agrupados en tres dimensiones. Se evidencia que el área social de la adherencia al tratamiento se relaciona significativamente con dos modos de afrontamiento al estrés. Así, se encuentra una correlación positiva con el Modo Centrado en la emoción en la busca de soporte emocional y una correlación negativa en Modos Inadecuados del afronte al estrés con la conducta inadecuada por lo que se confirma de manera parcial la Hipótesis específica alternativa 1 Ha: Las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés, se relacionan positivamente con la

dimensión medio social de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

**Tabla 19:** *Correlación entre el área SOCIAL de Adherencia al Tratamiento y los Modos de Afrontamiento al Estrés*

Modos de Afrontamiento al Estrés		N	Coefficiente de Spearman con el área social	Sig. (bilateral)
Modos centrados en el problema	Planificación de actividades	50	.14	.30
	Supresión de actividades	50	.02	.88
	Busca de soporte social	50	.25	.07
Modos centrados en la emoción	Busca de soporte emocional	50	<b>.28*</b>	.04
	Reinterpretación	50	.16	.24
	Retorno a la religión	50	-.03	.82
Modos inadecuados	Negación	50	-.10	.45
	Conducta inadecuada	50	<b>-.30*</b>	.03

\*\* La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral)

\* La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral)

### **Relación entre el Área emocional de Adherencia al Tratamiento y los Modos de Afrontamiento al Estrés**

En la Tabla 20 se presenta la información referida al coeficiente rho de *Spearman* entre el área emocional de la Adherencia al Tratamiento y los Modos de Afrontamiento al Estrés agrupados en tres dimensiones. Se observa que el área emocional como dimensión de la adherencia al tratamiento se relaciona significativamente con las tres dimensiones. En relación al modo de afrontamiento al estrés centrado en el problema y el área emocional de la adherencia al tratamiento se evidencia una correlación positiva específicamente con la planificación de actividades y una correlación positiva con la busca de soporte social.

En cuanto a los modos de afrontamiento centrados en la emoción, el área emocional de la dimensión de la adherencia presenta una correlación

positiva con la busca de soporte emocional y una correlación positiva con la reinterpretación del problema del afrontamiento al estrés centrado en las emociones. Finalmente, con respecto a los modos inadecuados de afrontamiento al estrés, el área emocional muestra una correlación negativa con la conducta inadecuada. Todo lo cual corrobora de manera parcial la hipótesis específica Ha 2: Las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés, se relaciona positivamente con la dimensión aspecto emocional de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

**Tabla 20:** *Correlación entre el área EMOCIONAL de Adherencia al Tratamiento y los Modos de Afrontamiento al Estrés*

Modos de Afrontamiento al Estrés		N	Coefficiente de Spearman con el área emocional (adherencia)	Sig. (bilateral)
Modos centrados en el problema	Planificación de actividades	50	<b>.27*</b>	.05
	Supresión de actividades	50	-.12	.38
	Busca de soporte social	50	<b>.42**</b>	.00
Modos centrados en la emoción	Busca de soporte emocional	50	<b>.47**</b>	.00
	Reinterpretación	50	<b>.33*</b>	.01
	Retorno a la religión	50	.00	.98
Modos inadecuados	Negación	50	-.20	.15
	Conducta inadecuada	50	<b>-.52**</b>	.00

\*\* La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral)

\* La correlación es significativa al nivel .05 (bilatera)

## Relación entre el área de estilos de vida de Adherencia al Tratamiento y los Modos de Afrontamiento al Estrés

En la tabla 21 se presenta la información referida al coeficiente rho de Spearman entre el área de estilos de vida de la Adherencia al Tratamiento y los Modos de Afrontamiento al Estrés agrupados en tres dimensiones. El área de estilos de vida se relaciona significativamente con algunos de los modos de afrontamiento centrados en el problema y centrados en la emoción. Se observa una correlación positiva tanto con la planificación de actividades y con la busca de soporte social (Modos centrados en el problema). Hay una relación positiva con la busca de soporte emocional y una relación positiva con la reinterpretación (Modos centrados en la emoción) corroborando parcialmente la hipótesis específica Ha3: Las dimensiones Modo Centrado en el problema, modo Centrado en la emoción y el Modo no Adecuado de afrontamiento al estrés se relacionan positivamente con el estilo de vida como dimensión de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

**Tabla 21:** Correlación entre el área de ESTILOS DE VIDA de Adherencia al Tratamiento y los Modos de Afrontamiento al Estrés

Modos de Afrontamiento al Estrés		N	Coeficiente de Spearman con el área estilos de vida	Sig. (bilateral)
Modos centrados en el problema	Planificación de actividades	50	<b>.28*</b>	.04
	Supresión de actividades	50	-.06	.63
	Busca de soporte social	50	<b>.32*</b>	.02
Modos centrados en la emoción	Busca de soporte emocional	50	<b>.47**</b>	.00
	Reinterpretación	50	<b>.39**</b>	.00
	Retorno a la religión	50	.13	.34
Modos inadecuados	Negación	50	.17	.21
	Conducta inadecuada	50	-.22	.11

\*\* La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral) \* La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral)

### Relación entre el área laboral de Adherencia al Tratamiento y los Modos de Afrontamiento al Estrés

En la Tabla 22 se presenta la información referida al coeficiente rho de Spearman entre el área laboral de la Adherencia al Tratamiento y los Modos de Afrontamiento al Estrés agrupados en tres dimensiones. Se observa que el área laboral se relaciona significativamente con el modo de afrontamiento al estrés Modos Inadecuados en la conducta inadecuada (-.31\*); siendo esta correlación de carácter negativo inverso.. A mayor conducta inadecuada como modo de afrontamiento al estrés menor adherencia al tratamiento en la dimensión del área laboral. Los modos centrado en el problema y centrado en emociones del afrontamiento al estrés no presentan correlación significativa. Ha: Las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés, se relacionan positivamente con la dimensión medio laboral de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

**Tabla 22:** *Correlación entre el área LABORAL de Adherencia al Tratamiento y los Modos de Afrontamiento al Estrés*

		N	Coeficiente de Spearman con el área laboral	Sig. (bilateral)
Modos centrados en el problema	Planificación de actividades	50	.02	.85
	Supresión de actividades	50	-.07	.61
	Busca de soporte social	50	.02	.85
Modos centrados en la emoción	Busca de soporte emocional	50	.14	.32
	Reinterpretación	50	-.08	.59
	Retorno a la religión	50	-.11	.46
Modos inadecuados	Negación	50	-.26	.07
	Conducta inadecuada	50	<b>-.31*</b>	.03

### Relación entre el área de antecedentes de salud de Adherencia al Tratamiento y los Modos de Afrontamiento al Estrés

En la Tabla 23 se presenta la información referida al coeficiente rho de *Spearman* entre el área de antecedentes de salud de la Adherencia al Tratamiento y los Modos de Afrontamiento al Estrés agrupados en tres dimensiones. Se puede apreciar que el área de antecedentes de salud no guarda ninguna relación significativa con los modos de afrontamiento al estrés.

**Tabla 23.** Correlación entre el área de ANTECEDENTES DE SALUD de Adherencia al Tratamiento y los Modos de Afrontamiento al Estrés

		N	Coeficiente de Spearman con el área antecedentes de salud	Sig. (bilateral)
Modos centrados en el problema	Planificación de actividades	50	-.15	.28
	Supresión de actividades	50	-.14	.30
	Busca de soporte social	50	.08	.54
Modos centrados en la emoción	Busca de soporte emocional	50	.03	.81
	Reinterpretación	50	-.01	.91
	Retorno a la religión	50	.09	.51
Modos inadecuados	Negación	50	-.25	.07
	Conducta inadecuada	50	.13	.33

\*\* La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral)

\* La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral)

## Resultados Descriptivos

En los resultados descriptivos que fueron obtenidos a través de los instrumentos de evaluación, se presentan las medidas de tendencia central en la adherencia al tratamiento y los modos de afrontamiento al estrés. Además cada una de estas variables se analizó según las variables: sexo, edad, marcadores de CD4 y Carga Viral.

### 1. Descripción de Adherencia al Tratamiento según sexo, edad, marcadores CD4 y carga viral.

En la Tabla 24, se muestra los estadísticos U de Mann – Whitney y T-student según corresponde a la distribución de normalidad de cada variable. Se observa que no existen diferencias significativas en el puntaje de la adherencia al tratamiento ni en sus componentes según sexo, a excepción del área social. Es decir, tanto varones como mujeres puntuaron similar en la adherencia global y sus áreas, a excepción del área social.

Tabla 24 comparación de Medias y Medianas de la Adherencia al tratamiento según sexo.

	Mujeres				Varones				U de Mann Whitney	t- student	Z	p
	M	DE	Mdn	RI	M	De	Mdn	RI				
Adherencia Global	41.69	5.83	40.00	7	44.00	6.92	44.00	12	200.00	-	-.89	.37
Área social	3.62	1.50	3.00	1	4.98	2.01	5.00	4	149.00	-	-2.21	.02
Área emocional	6.62	1.75	6.00	2	6.16	2.06	6.00	4	-	.70	-	.48
Área estilos de vida	13.31	1.49	13.00	1	12.84	2.15	14.00	4	227.00	-	-.30	.76
Área laboral	10.80	1.68	12.00	3	10.38	1.90	10.00	3	162.00	-	-.64	.53
Área antecedentes de la salud	5.69	.630	6.00	1	5.19	1.24	6.00	1	192.00	-	-1.25	.22

En la Tabla 25 se presenta la información referida al coeficiente de correlación, rho de *Spearman* y *r* de *Pearson* según sea el caso, entre la Adherencia al Tratamiento y la edad. Se evidencia que la variable edad muestra una relación significativa con el área de antecedentes de salud, siendo esta una correlación positiva baja. Por lo tanto, se podría sugerir que a mayor edad existe una mejor adherencia en el área de antecedentes de salud de la adherencia al tratamiento

Tabla 25. *Correlación entre la Adherencia al Tratamiento y la variable edad*

	N	Coeficiente de Spearman con edad	Coeficiente de Pearson con edad	Sig. (bilateral)
Adherencia Global	50	-.06		.66
Área social	50	-.19		.18
Área emocional	50		0.3	.79
Área estilos de vida	50	.04		.75
Área laboral	50	-.05		.72
Área antecedentes de la salud	50	<b>.28*</b>		.04

\*\* La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral)

\* La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral)

En la Tabla 26 se presenta la información referida al coeficiente rho de *Spearman* entre la Adherencia al Tratamiento y el marcador de CD4. Se observa correlaciones significativas y positivas con el puntaje total de la adherencia al tratamiento y con el área de antecedentes de salud, siendo la primera relación baja y la segunda una relación mediana. Por lo tanto, a mayor nivel de adherencia al tratamiento, específicamente en el área de antecedentes de salud, mayores niveles de CD4.



Tabla 26 *Correlación entre la Adherencia al Tratamiento y la variable CD4*

	N	Coefficiente de Spearman con CD4	Sig. (bilateral)
Adherencia Global	50	<b>.37**</b>	.00
Área social	50	.05	.69
Área emocional	50	<b>.27*</b>	.05
Área estilos de vida	50	.25	.07
Área laboral	50	.21	.15
Área antecedentes de la salud	50	<b>.41**</b>	.00

\*\* La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral)

\* La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral)

En la Tabla 27 se presenta la información referida al coeficiente rho de Spearman entre la Adherencia al Tratamiento y el marcador de Carga Viral. No se evidencia relación significativa positiva entre la adherencia al tratamiento y la variable Carga Viral.

Tabla 27 *Correlación entre la Adherencia al Tratamiento y la variable Carga Viral*

	N	Coefficiente de Spearman con Carga Viral	Sig. (bilateral)
Adherencia Global	50	-.25	.07
Área social	50	-.18	.21
Área emocional	50	.14	.32
Área estilos de vida	50	-.15	.27
Área laboral	50	-.23	.11
Área antecedentes de la salud	50	.15	.29

\*\* La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral)

\* La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral)

## **4.2. Discusión.**

### **4.2.1. Alcances de los resultados**

Los resultados obtenidos se analizaron en función de los objetivos propuestos, los cuales están referidos a la relación de los modos de afrontamiento y la adherencia al tratamiento en pacientes VIH/SIDA, igualmente de manera complementaria, se detallaron los resultados obtenidos en la parte descriptiva de cada una de las variables estudiadas. Finalmente, se expone el análisis psicométrico de confiabilidad y validez de los instrumentos empleados en el estudio. La rigurosidad estadística empleada ha permitido encontrar de una manera objetiva las relaciones entre las variables implicadas en la presente investigación para que sea lo más acertado posible el resultado estadístico basándonos en la confiabilidad y validez de ambas pruebas aplicadas a la muestra obtenida.

### **4.2.2. Análisis inferencial**

En los resultados inferenciales, se observó que las variables estudiadas presentaron correlaciones significativas positivas y negativas. En los resultados estadísticos encontrados se observa que la adherencia al tratamiento se relaciona significativamente con los tres modos de afrontamiento al estrés. Se relaciona de manera positiva el afrontamiento al estrés centrado en el problema en la búsqueda de soporte social y el afrontamiento al estrés de modo centrado en las emociones en la búsqueda de soporte emocional y se relaciona de manera inversa con el modo no adecuado del afrontamiento al estrés mediante las conductas inadecuadas encontradas. Asimismo estos resultados hacen posible confirmar los estudios científicos que corroboran la importancia que tienen los modos de afrontamiento al estrés en forma adecuada para que se faciliten la resolución de los problemas suscitados y en el caso de la presente investigación para obtener una adecuada valoración de la adherencia al tratamiento al TARGA en pacientes VIH/SIDA.

Igualmente podríamos demostrar que se corrobora la Hipótesis General alternativa planteada: Ha El afrontamiento al estrés se relaciona positivamente con la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

En el análisis inferencial del área social de la adherencia al tratamiento se encontró que se relaciona significativamente con dos modos de afrontamiento al estrés. Se relaciona de manera positiva con la busca de soporte emocional del modo centrado en la emoción del afrontamiento al estrés y se relaciona de manera negativa inversa con la conducta inadecuada del Modo no adecuado del afrontamiento al estrés lo cual permite interpretar que la adherencia al tratamiento de los pacientes VIH/SIDA se correlaciona con el Modo de afrontamiento al estrés centrado en la emoción mediante la búsqueda de soporte emocional del paciente el cual considera relevante para obtener su bienestar al afrontar el estrés y confirma las investigaciones de autores nacionales como Alvis, De Coll, Chumbimune, Díaz, y Reyes (2009) quienes encontraron la importancia de los factores psicosociales tales como el que se encuentra en la comunicación y compartir las emociones con otras personas en la adherencia al tratamiento en pacientes VIH SIDA..

Asimismo estos resultados permitieron dar por aceptada parcialmente la hipótesis específica alternativa del presente estudio: Ha 1: Las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés, se relaciona positivamente con la dimensión medio social de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

En la correlación encontrada entre el área emocional de la Adherencia al Tratamiento y los Modos de Afrontamiento al Estrés agrupados en tres dimensiones. Se observa que el área emocional como dimensión de la

adherencia al tratamiento se relaciona significativamente con las tres dimensiones.

En relación al modo de afrontamiento al estrés centrado en el problema y el área emocional de la adherencia al tratamiento se evidencia una correlación positiva específicamente en la planificación de actividades y una correlación positiva con la busca de soporte social del Modo Centrado en el Problema del afrontamiento al estrés.

Se encontraron que el modo de afrontamiento al estrés centrado en la emoción especialmente en la busca de soporte emocional y en la reinterpretación del problema se encuentran correlacionados positivamente con el área emocional de la dimensión de la adherencia. Finalmente, con respecto a los modos inadecuados de afrontamiento al estrés, el área emocional muestra una correlación negativa es decir inversa con Modos inadecuados del afrontamiento al estrés específicamente en la conducta inadecuada.

Estos resultados nos indican la importancia del afrontamiento al estrés para incrementar la posibilidad de darle una mayor valoración a al aspecto emocional en una adecuada adherencia al tratamiento. Así mismo corrobora parcialmente la Hipótesis específica alternativa:

Ha2. : Las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés, se relaciona positivamente con la dimensión aspecto emocional de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

El área de estilos de vida de la Adherencia al Tratamiento y los Modos de Afrontamiento al Estrés se relaciona significativamente con modos de afrontamiento centrados en el problema y centrados en la emoción. No se encuentra correlación con el modo inadecuado del afrontamiento al estrés.

La correlación positiva encontrada en el modo de afrontamiento centrado en el problema mediante la planificación de actividades y la búsqueda soporte social con la dimensión del estilo de vida de la adherencia al tratamiento nos permite vincular la capacidad del paciente para obtener recursos de pensamiento motivadores y formar parte activa del proceso de adherencia a su tratamiento. El encontrarse una relación positiva entre el Modo de afrontamiento al estrés centrado en la emoción mediante la busca de soporte emocional y la reinterpretación del problema con la dimensión Estilo de vida de la adherencia al tratamiento igualmente nos permite verificar el nivel de compromiso del paciente de mejorar su estilo de vida en la adherencia a su tratamiento. Lo cual permite aceptar parcialmente la Hipótesis alternativa Ha3.: Las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés, se relaciona positivamente con la dimensión estilo de vida de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

La correlación entre la dimensión área laboral de la Adherencia al Tratamiento y los Modos de Afrontamiento al estrés es significativa en los Modos Inadecuados de afrontamiento al estrés en la conducta inadecuada (-.31\*); esta nos evidencia una correlación inversa. Por lo cual se puede afirmar que a mayor conducta inadecuada como modo de afrontamiento al estrés menor adherencia al tratamiento en la dimensión del área laboral. Por lo tanto se acepta la hipótesis nula: Las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés, no se relacionan positivamente con la dimensión medio laboral de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

La dimensión de antecedentes de salud de la adherencia al tratamiento no guarda ninguna relación significativa con los modos de afrontamiento al

estrés en sus tres dimensiones por lo tanto se acepta la Hipótesis Especifica nula Ho 5: Las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés, no se relacionan positivamente con la dimensión antecedente de salud de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

En este mismo sentido, los resultados obtenidos guardan relación con lo señalado por Lázarus y Folkman (1986) quienes explican que el afrontamiento depende, en gran medida de las características individuales, que proporciona la apreciación cognitiva que tienen las personas de la situación a afrontar y `por lo tanto no consideran en este caso relevantes sus antecedentes de salud como para asumir un modo específico de afrontamiento al estrés.

### **Análisis Descriptivos**

En los resultados descriptivos que fueron obtenidos a través de los instrumentos de evaluación, se presentan las medidas de tendencia central en la adherencia al tratamiento y los modos de afrontamiento al estrés. Además cada una de estas variables se analizó según las variables: sexo, edad, marcadores de CD4 y Carga Viral.

Se encontró que no existen diferencias significativas en el puntaje de la adherencia al tratamiento ni en sus componentes según sexo, a excepción del área social. Es decir, tanto varones como mujeres puntuaron similar en la adherencia global y sus áreas, a excepción del área social.

. Se evidencia asimismo que la variable edad muestra una relación significativa con el área de antecedentes de salud, siendo esta una correlación positiva baja. Por lo tanto, se podría sugerir que a mayor edad existe una mejor adherencia en el área de antecedentes de salud de la

adherencia al tratamiento y este resultado podría tener relación con la capacidad adquirida de una persona a través de los años para tomar en cuenta su estado de salud física y mental de forma responsable en el proceso de adherencia a su tratamiento

.Se observaron correlaciones significativas y positivas entre los CD4 células ayudantes t inmunológica con el puntaje total de la adherencia al tratamiento y con el área de antecedentes de salud, siendo la primera relación baja y la segunda una relación mediana. Por lo tanto se interpreta que a mayor nivel de adherencia al tratamiento, específicamente en el área de antecedentes de salud, mayores niveles de CD4. Estos hallazgos nos permiten vincular una adecuada adherencia al tratamiento de un paciente con VIH/SIDA con el mantenimiento de sus defensas inmunológicas al tomar las medidas oportunas para obtener una adherencia adecuada al tratamiento antiviral especialmente si es que se hace responsable de su estado mental y físico en forma preventiva alejándose de conductas inadecuadas como adicciones al alcohol, fumar y otros tales como violencia u agresividad a fin de lograr que actúen en favor de su tratamiento. No se evidencia relación significativa positiva entre la variable adherencia al tratamiento y la variable Carga Viral de la muestra, este hallazgo puede sustentarse en que la mayoría de los pacientes atendidos se encuentran ya con baja carga viral debido a los medicamentos antivirales y dos de ellos se encuentran suspendidos los medicamentos debido a resistencia orgánica a los medicamentos asimismo el recuento de la carga viral tienen más bien por lo general relación inversa con los fármacos antivirales cuya función es eliminar los virus VIH.

## **CAPITULO V: CONCLUSIONES**

Seguidamente se exponen las conclusiones de acuerdo al análisis de los resultados, considerando los objetivos planteados en la presente investigación:

Existen correlaciones positivas significativas entre la dimensión del afrontamiento al estrés con la dimensión de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH SIDA

Existe correlaciones positivas significativas entre las dimensiones modo centrado en la emoción y correlación inversa entre el modo no adecuado del afrontamiento al estrés con la dimensión medio social de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA

Existen correlaciones positivas significativas entre las dimensiones Modos centrado en el Problema, modo centrado en la emoción del afrontamiento al estrés con la dimensión aspecto emocional de la adherencia al tratamiento en los pacientes con VIH/SIDA.

Existen correlaciones significativas inversas entre el modo no adecuado del afrontamiento al estrés con la dimensión aspecto emocional de la adherencia al tratamiento en los pacientes con VIH/SIDA lo que significa a mayor afrontamiento con el modo inadecuado al estrés menor adecuación en el aspecto emocional de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH SIDA.

Existen correlaciones positivas de las dimensiones: Modo Centrado en el problema, modo centrado en la emoción y correlación negativa inversa entre el modo no adecuado del afrontamiento al estrés con la dimensión Estilo de vida de la Adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA



Existen correlaciones positivas significativas entre de las dimensiones: Modo no adecuado del Afrontamiento al estrés con la dimensión Medio Laboral de Adherencia al tratamiento en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

No Existen correlaciones significativas entre los las dimensiones Modo Centrado en el problema, Modo centrado en la emoción y modo no adecuado del Afrontamiento al estrés con la dimensión antecedentes de salud de la Adherencia al tratamiento en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

#### **4.1 LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

El alcance de la investigación se ve limitado por ser esta únicamente de tipo descriptivo correlacional, orientada a averiguar la relación existente entre los modos de afrontamiento al estrés y las dimensiones de la adherencia al tratamiento en pacientes VIH sida.

También en razón al método de muestreo utilizado, los resultados sólo podrán ser generalizados para poblaciones de pacientes VIH sida, con características similares a las señaladas en el criterio de inclusión de la muestra estudiada.

Es necesario continuar con las investigaciones psicológicas que nos permitan abordar un alcance mayor y confirmatorio de los hallazgos durante la investigación.

## 4.2 RECOMENDACIONES

Al ser de suma importancia los resultados y alcances obtenidos en la presente investigación relacionada a las dimensiones de afrontamiento al estrés y la valoración de los indicadores que permitan la adherencia al tratamiento en pacientes VIH SIDA se recomienda ampliar las investigaciones en este tema para contribuir con eficacia y eficiencia en el tratamiento integral de esta población.

Implementar estrategias psicoterapéuticas que permitan un mejor control y manejo del estrés en los pacientes VIH sida encaminados a lograr el objetivo de una adherencia efectiva al tratamiento antiviral TARGA que pueda aumentar sus defensas inmunológicas y disminuir progresiva y significativamente su carga viral.

Elaborar programas psicológicos de tratamiento integral haciendo énfasis en la salud emocional y social del paciente VIH SIDA.

Crear y adaptar pruebas psicológicas pertinentes que logren determinar los factores personales, comportamentales, emocionales, y sociales que inciden en la adherencia al tratamiento antiviral, TARGA.

## REFERENCIAS

- .Ahumada Marcelo Escalante Eduardo Santiago Isabel 2011, Estudio preliminar de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH/SIDA, Argentina
- Alcántara, N. (2008). Sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento en pacientes con VIH. Tesis para optar el título de licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú

- Alvis, De Coll, Chumbimune, Díaz, y Reyes (2009) prevalencia y los factores asociados a la no adherencia al Targa en adultos infectados con el VIH-sida., Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Antígona, J. (1995). Manual de atención integral del paciente. Lima: instituto Peruano de Seguridad social.
- Asociación Vía Libre (s.f). Información básica sobre VIH. Consultado el 12 de mayo del 2012 en: <http://www.vialibre.org.pe/infosida.htm>
- Ballester R. 2005 Aportaciones al tratamiento psicológico de las personas con VIH. Rev Psicopatol Psicol Clín; 10: 53-69.
- Bensabat, S.: Stress, Ed. Mensajero, Bilbao, España. 1984
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief, Miami, USA
- Casuso, L. (1996). Adaptación de la prueba COPE, sobre los estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima (Tesis de licenciatura). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Crosby M., (2002) Intervención Psicoterapéutica en Psiconeuroinmunología, Revista Científica Paradigmas, artículo: N° 5-2002- año 5-vol. 3, Lima, Colegio Psicólogos de Perú.
- Crosby, M, (2011) Psychoneuroimmunology and the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) revista FLANC Recuperate in [http://issuu.com/flanc/docs/revista flanc vol 17](http://issuu.com/flanc/docs/revista_flanc_vol_17)
- Crosby, M., (2005) Abordaje Psicoterapéutico desde el enfoque Psiconeuroinmune y su influencia en la disminución de síntomas clínicos en pacientes con VIH/SIDA, Lima, Edit. Hospital E. Rebagliati Martins.
- Echevarría, I. (2009). Estilos de afrontamiento del cuidador primario y la adherencia al TARGA de las personas que viven con VIH/SIDA. Tesis para optar el título profesional de psicóloga. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

- Estrategia TARGA: Fundamentos, evaluación y monitoreo. Para los servicios de salud de los establecimientos penitenciarios. Módulo II. Lima: UNMSM.
- García, A. (2006). Estudio diagnóstico en usuarios que han fracasado al TARGA. Médicos sin fronteras. Lima, Perú.
- Guerra, L., y Parra, F. (2000). La adherencia a los antirretrovirales: una tarea de todos. *Enf Emerg* 2(1), 5-9.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación. México D.F: McGraw-Hill.
- INEI, (2005). Informe sobre el desarrollo Humano. Lima –Perú.
- Izaguirre, R. (2011). Factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), en pacientes con VIH/SIDA, Callao, Perú.
- Izaguirre, R. (2011). Factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), en pacientes con VIH/SIDA
- Lazarus, R. (2000). Estrés y emoción: Manejo e implicancias en nuestra salud. Bilbao: desclee de Brouwer, S.A.
- MINSA. (2007). Guía nacional de consejería en ITS y el SIDA. Lima: Ministerio de Salud.
- Oblitas, L. (2004). Psicología de la salud y calidad de vida. México: Thomson Learning.
- Prada, E. (2005). Psicología Positiva y Emociones Positivas. En UNMSM – Facultad de Medicina (s/f).
- Remor E. 2002; Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*
- Rodríguez, J. (1995). Estrés psicosocial y afrontamiento. Psicología social de la salud. Madrid: Editorial Síntesis de Psicología.
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2009). Metodología y diseños en investigación científica. Lima: Editorial Visión Universitaria.
- Sarafino, F. (1999). *Health Psychology: Biopsychosocial interactions*. (3era ed). Nueva York: Wiley.
- Selye, H, 1975, Tensión sin angustia. Ed. Guadarrama, Madrid, España.

Selye, H. (1978), publicación original en 1956). (Traducción directa )  
<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/617/595#>

Slipak Oscar 1991 Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría  
[https://www.alcmeon.com.ar/1/3/a03\\_08.htm](https://www.alcmeon.com.ar/1/3/a03_08.htm).

UNAIDS Actualización global del SIDA 2016.  
[http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2017/july/20170710\\_data](http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2017/july/20170710_data)

Valdés, M. y De Flores, T 1985 Psicobiología del estrés. Ed. Martínez Roca, Barcelona.

Vera, B. (2006). Psicología Positiva: una nueva forma de entender la psicología. Papeles del Psicólogo, 27(1), 3-8.

Villa, C. y Vinaccia, S. (2006). Adherencia terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes de VIH-SIDA. Psicología y Salud, 16(1), 51-62. [www.redalyc.cohttp://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2011/ip114h.pdf](http://www.redalyc.cohttp://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2011/ip114h.pdf)

# ANEXOS

TÍTULO	DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	CLASIFICACIÓN DE VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	METODOLOGÍA	POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	INSTRUMENTOS
<p>Afrontamiento al estrés y la Adherencia al Tratamiento antiviral de gran actividad (TARGA) en pacientes Con VIH/sida del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins</p>	<p>¿Cómo se relaciona el afrontamiento al Estrés con la adherencia al tratamiento antiviral en pacientes VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?</p> <p><b>Problemas específicos</b></p> <p>1. ¿Cómo se relacionan las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés con la</p>	<p><b>OBJETIVOS GENERAL</b></p> <p>Determinar la relación existente entre el afrontamiento al estrés con la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins</p> <p><b>ESPECÍFICOS</b></p> <p>Establecer la relación de las</p>	<p><b>Hipótesis General</b></p> <p>Ha: El afrontamiento al estrés se relaciona positivamente con la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins</p> <p>Ho: El afrontamiento al estrés no se relaciona positivamente con la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins</p>	<p><b>VARIABLES CUALITATIVAS</b></p> <p>Afrontamiento al estrés</p> <p>Adherencia al Tratamiento Antiviral -TARGA</p>	<p>Afrontamiento al estrés</p> <p>Adherencia al tratamiento antiviral (TARGA),</p> <p>DIMENSIONES de adherencia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medio Social</li> <li>2. Aspecto Emocional</li> <li>3. Estilo de Vida</li> <li>4. Medio Laboral</li> <li>5. Antecedentes de Salud.</li> </ol> <p>DIMENSIONES de afrontamiento al Estrés</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modo Centrado en el Problema</li> </ol>	<p>TIPO</p> <p>- Descriptivo</p> <p>Correlacional</p> <p>DISEÑO</p> <p>-</p> <p>CORRELACIONAL</p> <p>M1: OX r OY</p>	<p>UNIVERSO 2,200 Adultos con VIH SIDA EN TRATAMIENTO ANTIVIRAL</p> <p>POBLACION 360 Pacientes con tratamiento antiviral AMBULATORIOS De un Establecimiento de Salud de Lima</p> <p>MUESTRA La muestra está constituida por 50 pacientes adultos VIH SIDA con tratamiento Antiviral MUESTREO se Obtendrá utilizando el muestreo</p>	<p>Cuestionario de MODOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS de COPE Forma Disposicional de CARVER Y Col.</p> <p>CUESTIONARIO DE VALORACION A LA ADHERENCIA . Elaborada por: Isabel Rocío Echevarría Vigo (2008, Lima-Perú). De aplicación individual y colectiva. Consta de 22 ítems, en formato lickert de 3 puntos de calificación (del 1 al 3),</p>

	<p>dimensión el <b>medio social</b> de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins?</p> <p>2.¿Cómo se relacionan las dimensiones Modo Centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés con la dimensión <b>aspecto emocional de la adherencia al tratamiento</b> en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nac. Edgardo Rebagliati Martins?</p>	<p>dimensiones:</p> <p>Modo Centrado en el problema, Modo centrado en la Emoción y modo no adecuado del afrontamiento al estrés con la dimensión medio Social de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins</p> <p>Precisar la relación de las dimensiones:</p> <p>Modos Centrado en el Problema, modo centrado en la Emoción y modo</p>	<p><b>Hipótesis Específicas</b></p> <p>1.Ha:</p> <p>Las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés, se relacionan</p>		<p>2 Modo Centrado en la Emoción</p> <p>3 Otros modos no adecuados</p>		<p>no probabilístico. en 50 pacientes con Tratamiento antiviral (targa) del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins</p>	<p>el tiempo de aplicación es de 25 minutos aproximadamente. Se encuentra distribuido en 5 áreas: Área del medio social, aspecto emocional, estilo de vida, medio laboral y antecedentes de salud .</p>
--	--	---	--	--	--	--	--	---



	<p>3.¿Cómo se relacionan las dimensiones: Modo centrado en problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés con la dimensión <b>estilo de vida de la adherencia al tratamiento</b> en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nac. Edgardo. Rebagliati Martins?</p> <p>4.¿Cómo se relacionan las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés con la dimensión <b>Estilo de vida de la</b></p>	<p>no adecuado del afrontamiento al estrés con la dimensión aspecto emocional de la adherencia al tratamiento.</p> <p>en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins</p> <p>Identificar la relación de las dimensiones:</p> <p>Modo Centrado en el problema, modo centrado en la emoción y modo no adecuado del afrontamiento al estrés con la dimensión Estilo de vida de la</p>	<p>positivamente con la dimensión medio social de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p> <p>Ho: Las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés, no se relacionan positivamente con la dimensión medio social de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital</p>					
--	--	---	--	--	--	--	--	--

<p>afrontamiento al estrés con la dimensión <b>medio laboral de la adherencia al tratamiento</b> en los pacientes con VIH/SIDA de del Hospital Nacional . E. Rebagliati Martins?</p> <p>5. ¿Cómo se relacionan las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado de afrontamiento al estrés con la dimensión <b>antecedentes de salud de la adherencia al tratamiento</b> en pacientes con</p>	<p>Adherencia al tratamiento en pacientes VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins</p> <p>Establecer la relación de las dimensiones: Modo Centrado en el Problema, Modo Centrado en la Emoción y Modo no adecuado del Afrontamiento al estrés con la dimensión Medio Laboral de Adherencia al tratamiento en los pacientes con VIH/SIDA del</p>	<p>Nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p> <p>2.Ha: Las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés, se relaciona positivamente con la dimensión aspecto emocional de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p> <p>Ho: Las dimensiones modo centrado en el problema, modo</p>						
--	--	---	--	--	--	--	--	--

	<p>VIH/SIDA del Hospital Nacional . E. Rebagliati Martins?</p>	<p>Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins</p> <p>Determinar la relación de las dimensiones</p> <p>Modo Centrado en le problema, Modo centrado en la emoción y modo no adecuado del Afrontamiento al estrés con la dimensión antecedentes de salud de la Adherencia al tratamiento.</p> <p>en pacientes con VIH/SIDA</p> <p>del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins</p>	<p>centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés, no se relacionan positivamente con la dimensión aspecto emocional de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p> <p>3.Ha:</p> <p>Las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés, se relacionan</p>					
--	--	---	---	--	--	--	--	--

			<p>positivamente con la dimensión estilo de vida de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p> <p>Ho: Las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés, no se relacionan positivamente con la dimensión estilo de vida de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p>					
--	--	--	---	--	--	--	--	--

			<p>4. Ha:</p> <p>Las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés, se relacionan positivamente con la dimensión medio laboral de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p> <p>Ho: Las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del</p>					
--	--	--	---	--	--	--	--	--

			<p>afrontamiento al estrés, no se relacionan positivamente con la dimensión medio laboral de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p> <p>5. Ha: Las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés, se relacionan positivamente con la dimensión</p>					
--	--	--	---	--	--	--	--	--

			<p>antecedente de salud de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p> <p>Ho: Las dimensiones modo centrado en el problema, modo centrado en la emoción y el modo no adecuado del afrontamiento al estrés, no se relacionan positivamente con la dimensión antecedente de salud de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--	--

## ANEXOS

<b>ESCALA DE VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA (Calificación)</b>			
	<b>si</b>	<b>A veces</b>	<b>No</b>
<b>MEDIO SOCIAL</b>			
1. Tienes amigos en quien confiar para que te ayuden a tomar tus antirretrovirales.	3	2	1
2. Con frecuencia, te reúnes con tus amigos, que te apoyan para tomar tus medicamentos.	3	2	1
3. Acudes a reuniones con personas que tienen tu mismo diagnóstico (GAM).	3	2	1
	<b>si</b>	<b>A veces</b>	<b>No</b>
<b>ASPECTO EMOCIONAL</b>			
4. T e sientes culpable por tu condición de diagnóstico.	1	2	3
5. Sientes que las personas te rechazan por tu diagnóstico.	1	2	3
6. En los últimos tres meses te has sentido triste o desanimado por tu diagnóstico.	1	2	3
	<b>si</b>	<b>A veces</b>	<b>No</b>
<b>ESTILO DE VIDA</b>	3	2	1
7. Usas preservativo en cada relación sexual.	3	2	1
8. Concilias el sueño sin dificultad.	3	2	1
9. Se mantiene adecuado el apetito.	3	2	1
10. Consideras que tienes razones para vivir.	3	2	1
11. En las dos últimas semanas has tomado puntualmente tus medicinas.	3	2	1
12. Te has planteado metas para tu futuro.	3	2	1



13. El tratamiento te cae mal, por eso has pensado dejarlo.	1	2	3
14. Utilizas alguna estrategia para recordar la toma de tus medicamentos	3	2	1
15. Asistes a todos tus controles médicos.	3	2	1
	<b>si</b>	<b>A veces</b>	<b>No</b>
<b>MEDIO LABORAL</b>			
16. Actualmente estás trabajando.	3	2	1
17. Puedes tomar los antirretrovirales sin dificultades en el trabajo.	3	2	1
18. Tienes dificultad para tomar tus medicamentos en tu ambiente laboral y por eso te inhibes de hacerlo.	1	2	3
19. Percibes algún tipo de discriminación en tu entorno laboral por tu diagnóstico.	1	2	3
	<b>si</b>	<b>A veces</b>	<b>No</b>
<b>ANTECEDENTES DE SALUD</b>			
20. Algún miembro de la familia presenta alguna dificultad o enfermedad, como trastorno emocional, consumo de drogas o excesivo consumo de alcohol.	1	2	3
21. Suelen presentar comportamiento agresivo desde que conociste tu diagnóstico.	1	2	3
22. Suelen reaccionar violentamente ante las situaciones que ocurren desde que conoces tu diagnóstico.	1	2	3

## CUESTIONARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

### FORMA DISPOSICIONAL

NUNCA – (NO)

SIEMPRE-(SI)

- 1.- Ejecuto acciones adicionales para deshacerme del problema
2. Elaboro un plan de acción para deshacerme del problema
3. Dejo de lado otras actividades para concentrarme en el problema
4. Me esfuerzo esperando el momento apropiado para enfrentar el problema.
5. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares sobre lo que hicieron
6. Hablo con alguien sobre mis sentimientos
7. Busco algo bueno de lo que está pasando
8. Aprendo a convivir con el problema
9. Busco la ayuda de Dios
10. Emocionalmente me perturbo y libero mis emociones
11. Me niego a aceptar que el problema ha ocurrido
12. Dejo de lado mis metas
13. Me dedico a trabajar o realizar otras actividades para alejar el problema de mi mente
14. Concentro mis esfuerzos para hacer algo sobre el problema
15. Elaboro un plan de acción
16. Me dedico a enfrentar el problema, y si es necesario dejo de lado otras actividades
17. Me mantengo alejado del problema sin hacer nada, hasta que la situación lo permita.
18. Trato de obtener el consejo de otros para saber qué hacer con el problema
19. busco el apoyo emocional de amigos o familiares

20. Trato de ver el problema en forma positiva
21. Acepto que el problema ha ocurrido y no podrá ser cambiado
22. Deposito mi confianza en Dios
23. Libero mis emociones
24. Actúo como si el problema no hubiera sucedido realmente
25. Dejo de perseguir mis metas
26. Voy al cine o miro la TV, para pensar menos en el problema
27. Hago paso a paso lo que tiene que hacerse
28. Me pongo a pensar más en los pasos a seguir para solucionar el problema
29. Me alejo de otras actividades para concentrarme en el problema
30. Me aseguro de no crear problemas peores por actuar muy pronto.
31. Hablo con alguien para averiguar más sobre el problema
32. Converso con alguien sobre lo que me está sucediendo.
33. Aprendo algo de la experiencia
34. Me acostumbro a la idea de que el problema ya ha sucedido
35. Trato de encontrar consuelo en mi religión
36. siento mucha perturbación emocional y expreso esos sentimientos a otros
37. Me comporto como si no hubiese ocurrido el problema
38. Acepto que puedo enfrentar el problema y lo dejo de lado
39. Sueño despierto con otras cosas que no se relacionan al problema
40. Actúo directamente para controlar el problema
41. Pienso en la mejor manera de controlar el problema
42. Trato que otras cosas no interfieran en los esfuerzos que pongo para enfrentar el problema
43. Me abstengo de hacer algo demasiado pronto

44. Hablo con alguien que podría hacer algo concreto sobre el problema.
45. Busco la simpatía y la comprensión de alguien
46. Trato de desarrollarme como una persona a consecuencia de la experiencia
47. Acepto que le problema ha sucedido
48. Rezo más de lo usual
49. Me perturbo emocionalmente y estoy atento al problema
- 50 Me digo a mí mismo: "esto no es real"
51. Disminuyo los esfuerzos que pongo para solucionar el problema
52. duermo más de lo usual