

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL**



Tesis

**Afrontamiento al estrés y Calidad de vida en pacientes con VIH
positivo del Hogar San Camilo en Lima 2019**

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Presentado por:

Kerly Katherine Muñoz Quispe

Lima-Perú

2020

DEDICATORIA

A mis hermanos Jorge y Elmo, que, desde alguna parte de este universo, siguen siendo mi inspiración.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, quienes siempre han sido mi apoyo incondicional y me han demostrado su amor en todo momento.

A la institución Hogar San Camilo, en especial al Director P. Alex Ballena Ríos, por darme la oportunidad de ser parte de su institución, y permitirme realizar mi investigación. Así mismo, agradecer al coordinador de visitas domiciliarias Alberto Méndez, por permitirme participar junto a él del programa y poder servir a los pacientes.

A los pacientes del Hogar San Camilo, por abrirme las puertas de sus casas y compartir sus historias conmigo.

A la Universidad Inca Garcilaso de la Vega por abrirme sus puertas y con ello la gran oportunidad de transformarme y servir.

A mi mejor amiga Deysi López, por su amistad incondicional, respeto y lealtad.

A Joao Córdova por ser mi soporte emocional y mi compañero de vida.

RESUMEN

El afrontamiento al estrés, representa un impacto importante en la vida de una persona, como en el caso de personas que viven con el VIH/SIDA; además, la forma en cómo afrontan su estrés va a tener consecuencias en su calidad de vida, de modo tal que en la investigación se planteó la siguiente interrogante: ¿cómo se relacionan el afrontamiento al estrés y la calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA? Así mismo, conocer si existen o no diferencias en el afrontamiento al estrés y calidad de vida según el género, la edad y el tiempo de diagnóstico. El objetivo general fue el de determinar la relación que existe entre el afrontamiento al estrés y la calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hogar San Camilo en Lima, para el desarrollo de la investigación se utilizó un diseño no experimental, transversal, de tipo descriptivo correlacional, en una muestra de 100 pacientes con VIH/SID del Hogar San Camilo, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional. A nivel metodológico los instrumentos utilizados para la medición de las variables fueron el cuestionario de Modos de afrontamiento del estrés (COPE) de Carver, Scheier y Weintraub, y el cuestionario de Índice de calidad de vida (ICV) de Robles et al. Ambas pruebas confirmaron su solidez en las características psicométricas con su validez de constructo y confiabilidad por consistencia interna. Los resultados obtenidos permiten concluir que existe correlación significativa entre el afrontamiento al estrés y la calidad de vida, así mismo, no existe diferencias significativas entre el afrontamiento al estrés y la calidad de vida según el género, la edad y la calidad de vida según el tiempo de diagnóstico; sin embargo, si existe diferencia significativa en el afrontamiento al estrés según el tiempo de diagnóstico, mostrando que los que tiene igual o mayor a 16 años de diagnóstico, tienen un mejor afrontamiento al estrés.

Palabras claves: estrés, afrontamiento al estrés, calidad de vida, VIH/SIDA.

ABSTRACT

The way people cope with stress has a major impact on a person's life, especially in the case of people living with HIV / AIDS. The way people cope with stress has an impact on their quality of life. In this research paper the following question was posed: How do stress coping modes relate to quality of life in patients living with HIV / AIDS? This paper will also try to find out whether there are differences in coping with stress and quality of life by gender, age and diagnosis time. The research was carried out in "Hogar San Camilo" in the city of Lima, Perú. This study uses a non-experimental, cross-sectional, descriptive correlational design. The sample was made by 100 patients with HIV / AIDS from "Hogar San Camilo", they were selected through a non-probabilistic intentional sampling. The instruments used for measuring variables were the questionnaire modes of coping with stress (COPE) by Carver, Scheier and Weintraub, and questionnaire index quality of life (ICV) by Robles et al. Both tests confirmed their strength in the psychometric characteristics with their construct validity and internal consistency and reliability. The results suggest that there is significant correlation between coping with stress and quality of life, likewise, there is no significant difference between coping with stress and quality of life by gender, age and quality of life in the time of diagnosis; however, if there is significant difference in coping with stress as time of diagnosis, showing that it has equal or greater than 16 years of diagnosis they have better coping with stress.

Key words: stress, coping with stress, quality of life, HIV / AIDS.

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I: ESTRUCTURA	
1.1 Planteamiento del Problema	
Descripción de la realidad problemática	11
Definición del problema general y específicos	12
1.2 Marco Teórico de la Investigación	
Marco Histórico	13
Bases Teóricas	20
Antecedentes del estudio	34
Marco Conceptual	40
1.3 Objetivos, delimitación y justificación de la investigación	
Objetivo general y específico	41
Delimitación del estudio	42
Justificación e importancia del estudio	43
1.4 Hipótesis, Variables y Definición operacional	
Hipótesis general y específicas	44
Variables, definición operacional e indicadores	45
1.5 Método, Técnica e Instrumento	
Tipo de la Investigación	48
Diseño a utilizar	48
Universo, población, muestra y muestreo	48
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	49
Procesamiento de datos	51

CAPÍTULO II: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	52
CAPÍTULO III: DISCUSIONES	61
Conclusiones	63
Recomendaciones	64
REFERENCIAS	65
ANEXOS	68

INDICE DE TABLAS

TABLA DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE GÉNERO	52
TABLA DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE EDADES	52
TABLA DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE TIEMPO DE DIAGNÓSTICO	53
TABLA DE RELACIÓN ENTRE EL AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA	54
TABLA DE DIFERENCIA EN EL AFRONTAMIENTO SEGÚN EL GÉNERO	54
TABLA DE DIFERENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL GÉNERO	56
TABLA DE DIFERENCIA EN EL AFRONTAMIENTO SEGÚN LA EDAD	57
TABLA DE DIFERENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA EDAD	58
TABLA DE DIFERENCIA EN EL AFRONTAMIENTO SEGÚN EL TIEMPO DE DIAGNÓSTICO	59
TABLA DE DIFERENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL TIEMPO DE DIAGNÓSTICO	60

INTRODUCCIÓN

El VIH es aún uno de los mayores problemas en la salud a nivel mundial, según el último informe del Programa de Naciones Unidas para la Lucha contra el SIDA (2019), indica que 37,9 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo, de los cuales dos tercios (25.7 millones) viven en la Región de África, y en América latina 1.9 millones. Según el reporte del MINSA (2019) en el Perú 115,797 personas viven con el VIH y 41,684 con SIDA.

A pesar de ser una enfermedad que ha cobrado muchas vidas desde 1983, en la actualidad la infección por el VIH es un problema de salud crónico llevadero, dado que permite llevar una vida larga y saludable gracias al tratamiento y a la atención eficaz del VIH, incluyendo la prevención y el diagnóstico, de tal manera que según la OMS (2019) el 62% de los adultos y el 54% de los niños infectados por el VIH en países de ingresos bajos y medios estaban recibiendo tratamiento antirretrovírico (TARGA) de por vida.

Livingston (1988, citado en Caballo 1998) explica que el estrés es un factor psicosocial muy importante que influye sobre la salud y la calidad de vida de las personas con SIDA y de los infectados por el VIH. Diversos autores han sugerido que los estímulos estresantes a los que se enfrentan los grupos de alto riesgo para el VIH (p. ej., homosexuales y drogadictos) son más elevados que aquellos de la población general. La falta de empatía y apoyo por parte de las comunidades médicas y general, la falta de confianza en la tecnología médica para encontrar una cura y los problemas económicos, constituyen sólo unos cuantos obstáculos a los que se enfrentan los individuos seropositivos. (p.458)

Caballo (1998) explica que la mayoría de los individuos que viven con el VIH, al enterarse de su estado, todas las áreas de su funcionamiento personal y social se encuentran afectadas

Los individuos seropositivos se arriesgan a la estigmatización y al alejamiento por parte de la familia, de los amigos y de los superiores cuando dan a conocer su estatus seropositivo. La pérdida del trabajo, del hogar y de la posibilidad de contratar seguros constituyen amenazas reales para su existencia. (p. 459)

Según Coppari, Acosta, Buzó, Nery-Huerta y Ortiz (2013) quienes estudiaron estrategias de afrontamiento y la percepción sobre calidad de vida y salud, encontraron que un factor mediador importante para la adaptación a una enfermedad crónica, es el afrontamiento al estrés, y también repercute en la percepción de la calidad de vida.

Vinaccia (2005) en su investigación expone que, frente a un diagnóstico de una enfermedad crónica, la respuesta siempre tiene repercusiones complejas a nivel psicológico y social

la calidad de vida es el eje que permite el desarrollo de nuestro bienestar y potencialidades.

El objetivo de la investigación se centrará en la relación del afrontamiento al estrés y la calidad de vida en pacientes con VIH positivo. Para tal fin, en el primer capítulo se presentará la definición del problema, objetivos, justificación, delimitación, hipótesis, variables, definición operacional, marco teórico, método, técnica e instrumento. En el capítulo 2, el análisis de los resultados. Finalmente, en el capítulo 3, las discusiones, conclusiones y recomendaciones.

1. Estructura

1.1 Planteamiento del problema

1.1.1 Descripción de la realidad problemática

En el mundo entero, las personas con enfermedades crónicas son vulnerables a padecer del estrés, muchas de ellas no desarrollan estilos de afrontamiento en esa situación, afectando directamente su calidad de vida.

En América latina, Coppari, Acosta, Buzó, Nery-Huerta y Ortiz (2013) en Paraguay estudiaron estrategias de afrontamiento y la percepción sobre calidad de vida y salud, resultó que el estilo de afrontamiento ha sido considerado como un factor mediador importante con relación a la adaptación de una enfermedad y, por lo tanto, en la percepción de la calidad de vida.

En el Perú y específicamente en Lima, Crosby (2018), estudió el afrontamiento al estrés y la adherencia al tratamiento antiviral de gran actividad (TARGA) en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, y resultó que se encontraron relaciones significativas positivas entre el afrontamiento al estrés con la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA.

En el Hogar San Camilo se ha detectado que los pacientes con VIH positivo constantemente se someten a situaciones estresantes y muchos de ellos no saben afrontar su estrés.

Existen diferentes causas en el problema mencionado, pero en este estudio se ha identificado que estas personas con VIH positivo no tienen información sobre el diagnóstico o tienen información, pero no es la correcta.

Si estas personas con VIH positivo, no saben cómo afrontar su estrés en el proceso de su diagnóstico, porque no tienen información sobre el diagnóstico o tiene

información, pero no es la correcta, la calidad de vida que ellos tengan, será deteriorada totalmente.

Si los pacientes con VIH positivo desarrollan con dificultad o no desarrollan estilos de afrontamiento al estrés, se podría capacitar a ellos y sus familias dándoles charlas sobre el diagnóstico del VIH/SIDA, dado que el conocimiento empodera a las personas; así mismo, se podría dar charlas sobre cómo desarrollar la autoestima sana, incentivando a una mejor autovaloración y eso conllevar a un mejor autocuidado; además, charlas sobre la resiliencia para lograr que estos pacientes logren adaptarse positivamente en esta situación tan adversa como lo es tener el diagnóstico del VIH/SIDA.

1.1.2 Definición del problema general y específicos

Problema general

¿Cuál es relación que existe entre el afrontamiento al estrés y calidad de vida en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima?

Problemas específicos

- 1) ¿Cuál es la diferencia que existe en el afrontamiento al estrés en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo, según el sexo?
- 2) ¿Cuál es la diferencia que existe en la calidad de vida en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima, según el sexo?
- 3) ¿Cuál es diferencia que existe en el afrontamiento al estrés en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima, según la edad?

- 4) ¿Cuál es la diferencia que existe en la calidad de vida en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima, según la edad?
- 5) ¿Cuál es la diferencia que existe en el afrontamiento al estrés en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima, según el tiempo de diagnóstico?
- 6) ¿Cuál es la diferencia que existe en la calidad de vida en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima, según el tiempo de diagnóstico?

1.2 Marco Teórico de la Investigación

1.2.1 Marco Histórico

2.2.1.1 VIH/SIDA

El SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) es una de las enfermedades infecciosas más devastadoras en la historia de la humanidad. Según el UNAIDS (2018) confirma: “Aproximadamente, 37.9 millones de personas viven con el VIH en todo el mundo; 23,3 millones de personas tienen acceso a la terapia antirretrovírica; y, 770.000 de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA” (p.1).

Historia

Boza (2016) en su investigación relata que, en los años 50, el desarrollo de la virología recibe un gran impulso, puesto que se da la implementación de los cultivos de células en el laboratorio, lo que permitió estudiar diferentes virus patogénicos, así como el desarrollo de las primeras vacunas contra enfermedades virales.

En la época de los años 70 aumentó el interés sobre *Pneumocystis carinii*, el cual era considerado un parásito que producía principalmente infecciones pulmonares críticas, en personas inmunocomprometidas o con cáncer de alta mortalidad.

En la década de los 80, los estudios sobre la red de regulación inmunológica y su relación con las enfermedades infecciosas, cobraron mucha importancia. Es así, que, desde el punto de vista de la medicina, estas investigaciones en la inmunología se vieron plasmados en el desarrollo de innovadoras técnicas para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades infecciosas.

En la segunda mitad del siglo XX, se desarrollaron rápidamente el conocimiento de la epidemiología, la fisiopatología, las manifestaciones clínicas y el diagnóstico de diversas virosis, entre ellas las producidas por los virus del grupo Herpes, capaces de alterar profundamente el funcionamiento del sistema inmunológico.

En 1911, el médico Peyton Rous, laboraba en el Instituto Rockefeller en New York, estudiando un tumor en pollo, y fue capaz de reproducirlo en otros pollos mediante la inoculación de un filtrado del tumor original, descartó la posibilidad de que fueran bacterias o parásitos, y propuso como causa un “agente filtrable”, al que luego se le denominó como Virus del Sarcoma de Rous (VSR). De esa forma, la importancia de los virus en la génesis de tumores fue un campo que se desarrolló a gran escala en los años 70.

En los Estados Unidos, en el Instituto Nacional del Cáncer, se estableció un laboratorio, responsable del estudio de los retrovirus y virus relacionados a tumores que estuvo bajo el mando por muchos años por el Dr. Robert Gallo, y visitado por importantes investigadores de todo el mundo, donde se realizaron investigaciones pioneras que aclararon la función de algunos virus en la génesis de tumores y en otras patologías humanas, identificándose retrovirus como HTLVI y II, virus linfotróficos de células T humanas (VLTH) o

anteriormente llamados virus asociados a leucemia de células T Humanas. Virus capaces de interactuar con las células T humanas, provocando un tipo de tumor y diversos grados de inmunosupresión al paciente. Es así que en 1980 el Dr. Michael Gottlieb de la UCLA (Universidad de California en Los Ángeles) así como el Dr. Alvin Friedman-Kien de New York publicaron en el boletín de los CDC^{3,4} a un grupo de varones jóvenes, previamente sanos, homosexuales, algunos de ellos con antecedentes de usar drogas endovenosas, con un extraño síndrome caracterizado por neumonía por *P. carinii*, candidiasis orofaríngea severa, sarcoma de Kaposi, un raro tumor presente en algunas poblaciones de la cuenca del Mediterráneo y algunas otras infecciones hasta entonces poco vistas. En diciembre de ese año, se publicaron hallazgos de esta nueva entidad que denominaron separadamente “una nueva inmunodeficiencia adquirida o una manifestación inicial de una disfunción inmune celular”, dados los hallazgos de las pruebas de función de la respuesta inmunológica en sus pacientes como eran linfopenia de células T, inversión en la relación de células T cooperadoras sobre células T supresoras, anergia cutánea a diversos antígenos, ausencia de una respuesta proliferativas de los linfocitos a diversos antígenos, concentraciones normales o altas de inmunoglobulinas y función normal de los neutrófilos y del complemento. Luego, se demostraría esa entidad clínica en diversas poblaciones y con el desarrollo de la prueba serológica ELISA en 1985, se confirmó que era una pandemia. Es así que, en 1982, se le denominó SIDA o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; sin embargo, su etiología no se aclaró hasta el año 1983, cuando Françoise Barré-Sinoussi y Luc Montagnier del Instituto Pasteur de París, lidera un grupo de científicos franceses, logrando aislar e identificar un retrovirus en un hombre homosexual con linfadenopatía crónica, al que llamaron LAV o virus asociado a la linfadenopatía, que era un nuevo retrovirus, pero a diferencia de lo hallado por el grupo de Robert Gallo,

quienes también aislaron de pacientes con ese síndrome, un virus, no lo consideraron pertenecientes a los VLTH8.

Se generó un gran debate sobre quiénes habían sido los primeros en identificar este agente, concluyendo que el virus estudiado por el grupo de Robert Gallo, era el mismo aislado en Francia, habiendo este contaminado los cultivos celulares en los Estados Unidos como parte del trasiego de muestras, tal que no era un VLTH sino un nuevo retrovirus, como habían ya planteado los investigadores franceses desde el principio, y que a partir del año 1984, se denominó VIH o Virus de la inmunodeficiencia humana. En el 2008, les fue concedido el premio Nobel en Fisiología y Medicina a F Barré-Sinoussi y L Montagnier por ese descubrimiento.

El VIH/SIDA, desde 1981 que se reportara en primer caso oficial, hasta la actualidad, significa un gran reto para los científicos, profesionales de la salud y la población en general.

2.2.1.2 Estrés

Lumsden (1981) explica que la palabra “estrés”, empieza a usarse en el siglo XIV, en aquel entonces se usaba para referirse a las dificultades, luchas, adversidad o aflicción (citado en Lazarus, 2009). Lazarus (2009) relata en su libro que, a fines del siglo XVII, Robert Hooke (físico-biólogo) contribuye formulando un análisis de ingeniería sobre el estrés, contempló el modo en cómo las estructuras, como los puentes, creadas por el hombre, deberían diseñarse, para que pudieran soportar cargas pesadas, resistir el golpe del viento, temblores y otras fuerzas naturales. Este estudio que hizo Hooke produjo tres conceptos básicos: carga (fuerza externa como el peso), estrés (área de la estructura sobre la que se aplica la carga), y tensión (deformación de la estructura producida por la carga y estrés). El análisis de Hooke influyó significativamente sobre los modelos de estrés del siglo XX,

entendiendo que la carga es equivalente a un estímulo externo estresante, y la tensión es equivalente a la respuesta de estrés o reacción. Cuando estas ideas desde el campo de la ingeniería, se aplicaron a la sociedad, al cuerpo y a la mente de un individuo, los conceptos básicos se volvieron a readaptar y a menudo se usaron de forma diferente, sobreviviendo fundamentalmente los términos de “estrés” y “tensión”.

En la actualidad, se habla de un estímulo de estrés o estresor como el “input externo” y de respuesta de estrés o reacción como el “output”. La “tensión” aún sigue usándose por los fisiólogos para referirse al cambio orgánico producido por el estrés. En el caso de los sociólogos, invierten el orden de los términos, refiriendo una tensión en el sistema social y de las reacciones de estrés en los individuos que participación en dicho sistema. Independientemente de los términos usados, en el estrés casi siempre existen un “estímulo” (suceso externo o estresor) y, una respuesta o reacción. Finalmente, se necesita mucho más que el input o el output para comprender en su plenitud el proceso del estrés. En el pasado, estrés era apreciado como un concepto unidimensional, como un continuo que oscilaba de bajo a alto. Durante una época, hubo interés en el concepto de “activación”, lo que vinculaba una dimensión psicológica, oscilando desde la somnolencia hasta la excitación en estado de alerta, con una dimensión de actividad e inactividad en áreas del sistema nervioso autónomo. Sin embargo, hubo dos propuestas iniciales influyentes por dividir el estrés en tipos. Uno propuesto por Hans Selye en 1974, sugería dos tipos: “Distrés” (dolor, angustia), de tipo destructivo y perjudicial para la salud; y “eustrés” del tipo cognitivo, ilustrado por emociones vinculadas a la preocupación empática por los demás y que protege la salud del individuo. Esta importante propuesta no ha sido defendida ni refutada por la investigación empírica.

La segunda propuesta fue hecha por Lazarus (1966) diferenció tres tipos de estrés psicológico: daño/pérdida (se asocia con el perjuicio o pérdida que se haya producido),

amenaza (se relaciona con daño o pérdida que no se ha producido aún, pero que es posible que suceda en un futuro cercano) y, desafío.

2.2.1.3 Calidad de vida

Vinaccia (2005) en su investigación expone que, frente a un diagnóstico de una enfermedad crónica, la respuesta siempre tiene repercusiones complejas a nivel psicológico y social. Esto ha dado lugar a que los cuidadores profesionales, establezcan objetivos en el control de la enfermedad y la calidad de vida, la comprensión de calidad de vida ha ido evolucionando junto con la comprensión y el tratamiento médico de las enfermedades crónicas.

A mediados de los años 50, en el área de la medicina, se incluye el concepto de calidad de vida, posteriormente se acogió en la psicología. Desde aquel momento, hasta la actualidad, el concepto de calidad de vida ha ido teniendo varias modificaciones. Al inicio, se relacionaba con el cuidado de la salud personal, luego se refirió a la preocupación por la salud e higiene pública. Luego, Rodríguez-Marín (1995), hizo mención a los derechos humanos, laborales y ciudadanos; posteriormente se refería a la capacidad de acceso a los bienes económicos y, finalmente, pasó a ser la preocupación por la experiencia del individuo de su vida social, de su actividad cotidiana y de su salud (citado en Vinaccia ,2005).

Con el pasar de los años, el concepto de calidad de vida, se puso de moda, y con muchos otros términos, es versátil y multidimensional, se usa con significados distintos. A medida que fue creciendo las enfermedades crónicas, también fue aumentando el interés por la calidad de vida del enfermo, y por los distintitos factores biopsicosociales que influyen sobre ella.

Tradicionalmente, el nivel de la salud de una población, se ha medido a través de las tasas de mortalidad y morbilidad; sin embargo, desde hace algunos años, la calidad de vida, pese a que aún tiene un concepto definido de diferentes maneras en distintos campos, se ha ido introduciendo en la literatura, es así que, Barquin (2001), explica que se ha hecho necesario desarrollar indicadores subjetivos y psicosociales, así como la generación y uso de instrumentos que permitan evaluar de forma general la calidad de vida. Por ejemplo, en psico-oncología, se ha incrementado con fuerza el gran interés por la calidad del paciente neoplásico, inicialmente por los distintos parámetros que abarca cada vez más el término, y por los increíbles resultados observados a partir de poner en práctica la evaluación de la calidad de vida, para luego optimizar las condiciones de los pacientes oncológicos (citado en Vinaccia ,2005).

Según Bayes (1994), explica:

Evaluar la calidad de vida del paciente crónico es importante porque permite: conocer el impacto de la enfermedad y/o del tratamiento, a un nivel relevante, diferente y complementario al del organismo; conocer mejor al enfermo, su evolución y su adaptación a la enfermedad; conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos; evaluar mejor las terapias paliativas; eliminar resultados nulos de determinados ensayos clínicos; ampliar los conocimientos sobre el desarrollo de la enfermedad; ayudar en la toma de decisiones médicas; potenciar la comunicación médico- paciente; y facilitar la rehabilitación de los pacientes. (citado en Vinaccia 2005, p.128)

1.2.2 Bases Teóricas

2.2.2.1 Estilos de afrontamiento al estrés

Estrés

El estrés hoy en día es considerado una enfermedad, los grupos humanos afectados son cada vez más extensos. La palabra “estrés” proviene del griego “stringere”, que significa provocar tensión. El “estrés” es un término que ha sido estudiado por diversos autores, por ejemplo:

Cannon (1932) introdujo:

El término homeostasis, que posteriormente estaría íntimamente ligado con el término “estrés”. La homeostasis es la tendencia del organismo de mantener un estado constante, es decir, un nivel óptimo de funcionamiento físico: ante las desviaciones que se puedan producir en el organismo, éste tenderá a mantener su nivel óptimo (citado en Jaureguizar y Espina, 2005, p. 7)

Posteriormente, Selye (1936) lo describe como: “Como un conjunto de respuestas fisiológicas inespecíficas (respuestas del sistema nerviosos simpático y de los sistemas neuroendocrinos cortico suprarrenales y medulosuprarrenal) a estímulos físicos externos o internos” (citado en Sierra, Ortega y Zubeidat, 2006, p. 7)

Desde otro punto de vista, Holmes (1979) conceptualizó:

Como un acontecimiento estímulo que requiere una adaptación por parte del individuo. Así, entendido el estrés como estímulo, cualquier circunstancia que, de una manera inusual o extraordinaria, requiera del individuo un cambio en su modo de vida habitual, será considerado como una circunstancia estresante (citado en Jaureguizar y Espina, 2005, p. 8)

Sin embargo, Lazarus y Folkman (1984) refutan esa concepción, afirmando:

El estrés como respuesta o como estímulo. Por una parte, sostienen que el estrés no se puede entender simplemente como respuesta fisiológica, ya que son muchos los acontecimientos que provocan un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo (por ejemplo, el ejercicio físico), y sin embargo no constituyen acontecimientos estresantes. Además, la misma respuesta fisiológica puede ser interpretada como positiva en un contexto y como negativa en otro. Por otro lado, si tenemos en cuenta el hecho de que existen diferencias muy relevantes en la forma en que distintas personas reaccionan ante los mismos estímulos, tampoco se podría entender el estrés como estímulo. Por todo ello, dichos autores proponen una tercera aproximación al estrés: definen el estrés como proceso, basándose fundamentalmente en la valoración cognitiva del individuo (citados en Jaureguizar y Espina, 2005, p. 8)

En este estudio, se comparte el concepto de Lazarus y Folkman (1984) porque en sus estudios concluyen que el concepto de “estrés” es un proceso complejo y completo, el cual explica de forma más exacta y profunda lo que es el estrés.

Fases

Folkman y Lazarus (1984) distinguen tres fases en dicho proceso:

Fase de anticipación, en la que el sujeto se prepara ante el estresor pensando en cómo será y qué consecuencias puede tener. Fase de espera, en la que el sujeto espera el feedback sobre lo adecuadas que son sus respuestas de afrontamiento ante el estresor. Fase de resultado, que incluye la exposición y reacciones de la persona ante el resultado exitoso o fracaso de su respuesta de afrontamiento. En todo este proceso destacan dos conceptos que juegan un papel muy importante: la evaluación cognitiva, evaluación

que realiza el sujeto sobre el estresor: si es importante o no para su bienestar y, en caso de que lo sea, si es potencialmente bueno o malo; y la respuesta de afrontamiento, que sería el esfuerzo cognitivo, conductual y/o emocional que realiza el sujeto para manejar el estresor (citados en Jaureguizar y Espina 2005, p. 8-9).

Factores

Sarason (1980) por su parte, señala los siguientes factores que intervienen en el desarrollo de la respuesta al estrés:

Demanda del medio (o naturaleza de la tarea a desarrollar), habilidades específicas del organismo para llevar a cabo la tarea o cumplir con las demandas, características personales (fisiológicas, cognitivas y motoras), apoyos sociales y ambientales y experiencias previas e historia personal (citados en Jaureguizar y Espina, 2005, p. 12-13).

Situaciones potencialmente estresantes

Jaureguizar y Espina (2005) explican:

Aun teniendo en cuenta la enorme idiosincrasia individual en la respuesta al estrés, se han identificado una serie de características comunes a las situaciones potencialmente estresantes: incertidumbre, incontrolabilidad, cambio, falta de información, sobrecarga, falta de conductas y falta de apoyo social. (p. 15-16)

Consecuencias

Jaureguizar y Espina (2005) detallan:

Consecuencias a nivel fisiológico: aumento en niveles de catecolaminas en sangre y orina, aumento en cortico esteroide en sangre y orina, incremento de niveles de azúcar en sangre, aumento del ritmo cardiaco, elevación de presión arterial, sequedad de boca, sudoración intensa, dilatación de pupilas, dificultada para respirar, periodos de calor y frío, adormecimiento y hormigueo en los miembros. Consecuencias a nivel emocional: ansiedad, depresión, frustración, sentimientos de culpa, irritabilidad, baja autoestima, nerviosismo, tristeza. Consecuencias a nivel cognitivo: incapacidad de tomar de decisiones, incapacidad de concentrarse, olvidos frecuentes, bloqueos mentales, hipersensibilidad a la crítica (p.24).

Afrontamiento al estrés

En algún momento, todos nos hemos enfrentado con el estrés; sin embargo, no siempre hemos tenido éxito, ya sea porque carecemos de recursos o no hemos aprendido correctamente a cómo usar esos recursos de afrontamiento.

Caballo (1998) explica: “Afrontar (to cope with) es un dicho coloquial británico. Significa literalmente enfrentarse a un adversario o a un obstáculo de frente, o luchar contra algún enemigo victoriosamente, en un plano de igualdad” (p. 324).

Lazarus y Folkman (1984) lo definieron como:

El cambio constante de los esfuerzos cognitivos y conductuales para responder a las demandas específicas que se valoran como elementos que exceden los recursos de una persona. El afrontamiento está específicamente enlazado con la clase de emoción que

el sujeto experimenta de un determinado contexto y ella dependerá de los valores, las metas, y las creencias con la que los individuos se hallan comprometidos. Un evento percibido con carga de estrés, exige la puesta en marcha de diversos recursos de la persona para afrontar la situación y restablecer el equilibrio. En ese sentido, el afrontamiento tiene como principal función reducir el malestar vivenciado y el impacto sobre la persona (citados en Chesterton y Espinoza, 2016, p. 33-34).

Caballo (1998) expone:

El afrontamiento eficaz depende de tener determinados recursos preparados para alimentar el esfuerzo. Estos recursos pueden ser rasgos personales, sistemas sociales o atributos físicos. Entre los rasgos personales más importantes se encuentran la autoeficacia, el optimismo, la percepción de control y la autoestima. Los recursos sociales incluyen la familia, los amigos, el trabajo y los sistemas oficiales de ayuda. Los recursos físicos incluyen una buena salud, adecuada energía física, alojamiento funcional y un mínimo de estabilidad financiera. (p. 326)

Estilos de afrontamiento

Existen dos estilos de afrontamiento según Lazarus y Folkman (1986); Carver y colaboradores incrementan el estilo de afrontamiento de huida y evitación en su cuestionario de modos de afrontamiento COPE en 1989:

Estilo de afrontamiento centrado en el problema, es cuando la persona se centra en hacer frente a la situación, buscando soluciones al problema que ha provocado la disonancia cognitiva. Hay una búsqueda deliberada de solución, de recomposición de equilibrio, roto por la presencia de la situación estresante; este tipo de estrategias son

la confrontación, la búsqueda de apoyo social y la búsqueda de soluciones. Estilo de afrontamiento centrado en la emoción, aquí la persona busca la regulación de las consecuencias emocionales activadas por la presencia de la situación estresante. Si no funcionan o son insuficientes el primer tipo de estrategias, se pretende aminorar el impacto sobre el individuo; las estrategias son el autocontrol, el distanciamiento, la reevaluación positiva, la autoinculpación y el escape/evitación. Estilo de afrontamiento de huida y evitación, tomando en cuenta diversas formas de distracción o desentendimiento sobre el problema al cual se enfrenta la persona (citados en Chesterton y Espinoza 2016, p. 35)

Cuadros (2005) define de forma detallada:

Las estrategias de afrontamiento que especifica Carver en el test COPE, son aquellas formas de actuar específicas que la persona tiene sobre el problema, identificándose tres conjuntos de éstas para ser parte de los estilos de afrontamiento que marcarían un rasgo general de comportamiento ante el estrés.

-Afrontamiento Activo. Es el proceso de ejecutar acciones directas para tratar de apartar o evitar el estresor para sí aminorar sus efectos, acciones directas y en cierta forma agresivas para alterar la situación.

-Planificación. Es pensar en determinadas estrategias de acción, pasos a seguir y tomar en cuenta las mejores alternativas para afrontar el problema tomando en cuenta un previo análisis de ésta de manera realista para poder aminorar la ansiedad.

-Supresión de actividades competentes. Es el poner atención plena (dentro de lo que se pueda) al afrontar la situación estresante, dejando de lado otros proyectos que se haya podido tener antes de presentarse el estresor actual.

-Postergación del afrontamiento. Es cuando una persona toma en cuenta cuál será el mejor momento para tomar acciones al momento de afrontar el estresor.

-Búsqueda de apoyo instrumental. Es la búsqueda de información orientada específicamente a la solución del problema, por ejemplo, la información de un médico.

-Búsqueda de apoyo social emocional. Es la búsqueda de apoyo moral, sentimental y comprensión por parte de otras personas.

-Reinterpretación positiva y desarrollo personal. Es darle facultades positivas al problema, buscándole temas positivos en relación, como el aprendizaje para el futuro o compartir las experiencias para ayudar de manera social. Reduce la amenaza no en la realidad sino en la mente de la persona.

-Aceptación. Es saber que van a tener que convivir con la situación estresante y por tanto es algo que se debe aceptar. Lazarus y Folkman denominan a esta estrategia como aceptación de la responsabilidad.

-Acudir a la religión. Es buscar en las creencias religiosas un apoyo emocional, siendo para muchas personas el puente para llegar a la reinterpretación positiva y uso de estrategias activas de afrontamiento.

-Focalizarse en las Emociones y liberarlas. Es el desahogo emocional que tienen las personas que se caracteriza inicialmente por centrarse en lo negativo de la experiencia. Esta estrategia puede ser útil en tanto sea en periodos cortos de tiempo, ya que si es por largos periodos puede impedir el correcto ajuste a la situación estresante.

-Negación. Es cuando una persona no cree en el estresor, haciendo de cuenta como si el estresor no fuese real o poniendo excusas para poder ignorarlas. Al igual que la focalización de emociones, si es que esta estrategia se mantiene por un largo periodo de

tiempo no ayuda a la aproximación activa para el afrontamiento quedando así una persona vulnerable a los hechos.

-Desentendimiento Conductual. Es darse por vencido, sobre todo al intentar cumplir con las metas personales.

-Desentendimiento Emocional. Es tomar en cuenta un conjunto de actividades distractoras para poder alejar los pensamientos sobre el problema que se enfrenta (citado en Chesterton y Espinoza 2016, p. 35-37).

2.2.2.2 Calidad de vida

Partiendo de que la vida es sumamente importante, porque de otra manera, no podríamos existir, la calidad de vida es el eje que permite el desarrollo de nuestro bienestar y potencialidades en nuestro entorno socio cultural. De las múltiples definiciones existentes sobre calidad de vida, se ha tomado como referencia los siguientes:

Zimmerman (1998) expone: “Implica de manera determinante, la idea de constancia en el medio ambiente que nos rodea. El entorno deberá, de manera razonable y estable, ser susceptible de sujetarse a los márgenes reales de adaptación dictados por un tipo determinado de cultura”. (p.128)

Para Patrick y Erickson (1993), refiere: “Es el valor asignado a la duración de la vida, esta se altera por discapacidades, estados funcionales, percepciones y oportunidades sociales que son determinadas por enfermedades, lesiones, tratamientos o políticas” (citado en Dapuetto 2012 p. 48).

Por otro lado, Dapuetto (2012) explica: “Está vinculado con las nociones de felicidad, bienestar, satisfacción, placer, plenitud, salud, desarrollo personal, entre otras. Las

múltiples definiciones reflejan la amplitud y profundidad del tema. Desde una perspectiva ética, se pondrá énfasis en la importancia de una vida plena”. (p. 22-23)

De igual manera que Cella (1995), dice: “La calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la medida en la cual el bienestar físico, emocional o social, habitual o esperado, se afecta como consecuencia de una enfermedad médica o por su tratamiento” (citado en Dapuetto 2012 p.48).

En este estudio, se comparte el concepto expuesto por Dapuetto, dado que, al mencionar cada área involucrada en la calidad de vida, tiene como resultado una definición más extensa y específica.

Dimensiones de la calidad de vida

Calman (1984), propone dimensiones relacionadas con los problemas físicos, como lo son: la dimensión física; dimensión de toxicidad; dimensión de la imagen corporal y movilidad. Otra dimensión propuesta son las relacionadas con los factores psicológicos, sociales y espirituales, que incluyen la dimensión psicológica; dimensión interpersonal; dimensión de la felicidad; dimensión espiritual; dimensión económica. Por último, las dimensiones más amplias, que considera a la dimensión individual, dado que la calidad de vida es un tema personal del paciente y resultado inadecuado para un médico, enfermera u otro profesional juzgar la calidad de vida de otra persona; dimensión cultural, entendiendo que los valores culturales varían de grupo en grupo y es un error común asumir que una cultura en particular tiene la razón, en ese sentido, los valores de cualquier contracultura deben ser tenidos en cuenta de la misma manera; dimensión política, se refiere a la filosofía política que un país determina para los individuos como el empleo, vivienda, salud, servicios sociales; dimensión filosófica, que ven a la

felicidad de dos maneras: la primera es el utilitarismo, que incluye el hedonismo (placer y felicidad), el consecuencialismo (el valor de la acción está determinado por sus consecuencias) y la maximización (la mayor felicidad para el mayor número); las cuales contrastan con las teorías deontológicas, las cuales se preocupan por los derechos y los deberes; dimensión temporal, así como el tiempo cambia muchas cosas, la calidad de vida también cambia, este cambio es visto como relevante porque frente a la presencia de una enfermedad, las prioridades se alteran, las relaciones cambian y el plazo de vida se afecta (citado en Dapuetto 2012)

Instrumentos de medida

Dapuetto (2012) explica:

-Entrevistas y cuestionarios

Los instrumentos utilizados para la medición de estados de salud y calidad de vida son cuestionarios estructurados o entrevistas personales pautadas. Cada uno de esos procedimientos plantea ventajas y desventajas. Las entrevistas representan una forma flexible de recolección de datos en ciencias sociales y tienen como ventajas que se pueden aplicar a un rango muy grande de pacientes, incluyendo ancianos, iletrados o con discapacidad; facilitan la exploración de las respuestas, posibilitando un conjunto de datos más completos y detallados, y permiten la recolección de datos observacionales y no verbales. Desde el punto de vista de las desventajas, insumen mucho tiempo tanto para el paciente como para el investigador, se requiere personal muy entrenado para disminuir sesgos y errores. Los cuestionarios, al tiempo que sacrifican la riqueza de datos obtenidos, aportan mucha practicidad, son formas eficientes y confiables de recoger información, en especial cuando se utilizan en estudios longitudinales en los

que se requieren mediciones reiteradas en el tiempo. Algunos pacientes, además, se sienten más cómodos cuando tienen que contestar un cuestionario que cuando tienen que hablar con un entrevistador. Estos cuestionarios están compuestos por preguntas o ítems. La dimensión a medir se considera una variable latente. Un ítem es un punto de indagación de la variable latente, la cual se pondrá de manifiesto a través de la respuesta de la persona a esa pregunta. (p.49)

Calidad de vida en personas con VIH/SIDA

Livingston (1988), expone que:

El estrés es un factor psicosocial muy importante que influye sobre la salud y la calidad de vida de las personas con SIDA y de los infectados por el VIH. Diversos autores han sugerido que los estímulos estresantes a los que se enfrentan los grupos de alto riesgo para el VIH (p. ej., homosexuales y drogadictos) son más elevados que aquellos de la población general. Los estímulos estresantes potenciales con los que se encuentran los grupos de alto riesgo incluyen el temor a contraer el VIH, la discriminación y la estigmatización por parte del público, duelos numerosos y limitaciones sexuales. Es probable que el estrés aumente después de la infección por VIH. La falta de empatía y apoyo por parte de las comunidades médicas y general, la falta de confianza en la tecnología médica para encontrar una cura y los problemas económicos, constituyen sólo unos cuantos obstáculos a los que se enfrentan los individuos seropositivos (citado en Caballo 1998 p.458).

Caballo (1998) explica:

La mayoría de los individuos que viven con el VIH, al enterarse de su estado seropositivo suele ocurrir durante la flor de la vida. Virtualmente, todas las áreas de su funcionamiento personal y social se encuentran afectadas. El revelar el propio estado con respecto al VIH a la familia y a los amigos frecuentemente daña el sistema de apoyo social del individuo. Además, se ha identificado al apoyo social como un componente esencial a la hora de predecir la morbilidad y la mortalidad entre los sujetos crónicamente enfermos, incluyendo los que tienen el VIH. Aunque los comportamientos positivos y de compasión se han ido haciendo más frecuentes conforme la epidemia ha ido avanzando, muchos individuos que viven con el VIH temen constantemente, o sufren, el rechazo social. Los individuos seropositivos se arriesgan a la estigmatización y al alejamiento por parte de la familia, de los amigos y de los superiores cuando dan a conocer su estatus seropositivo. La pérdida del trabajo, del hogar y de la posibilidad de contratar seguros constituyen amenazas reales para su existencia. (p. 459)

1.2.3 Investigaciones o antecedentes del estudio

Antecedentes nacionales

- Buendía (2017) “Estrategias de afrontamiento ante la enfermedad en personas viviendo con VIH (PVV) en la provincia de Chincha”. El objetivo general fue determinar las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad en personas viviendo con VIH (PVV), en la provincia de Chincha. La muestra fue personas con

VIH positivo en Chíncha. El diseño que empleó fue descriptivo, de enfoque cuantitativo. El instrumento que se utilizó fue la Escala Breve de Estrategias de afrontamiento ante el estrés (Brief COPE), adaptada a partir de Carver (1997). Sus resultados indican que las estrategias de afrontamiento ante su enfermedad en personas viviendo con VIH, el 50% de la muestra es poco frecuente usar las estrategias de afrontamiento. El 41% frecuentemente usan el afrontamiento centrado en el problema, para el 53% de la muestra es poco frecuente el afrontamiento centrado en la emoción y la evitación, y el para 62% de las personas viviendo con VIH es poco frecuente que utilice el afrontamiento espiritual.

- Crosby (2018) “Afrontamiento al estrés y la adherencia al tratamiento antiviral de gran actividad (TARGA) en pacientes con VIH/sida del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”. El objetivo general fue determinar la relación existente entre el afrontamiento al estrés con la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati. La muestra fue 50 pacientes VIH/SIDA del hospital nacional Edgardo Rebagliati. El diseño utilizado fue descriptivo correlacional. Los instrumentos utilizados 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. Se encontraron relaciones significativas positivas entre el afrontamiento al estrés con la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA.

-Huarcaya (2018) “Estigma y calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018”. El objetivo fue determinar la relación entre el estigma y la calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un

Hospital Nacional de Lima Este. La muestra estuvo conformada por 104 pacientes adultos diagnosticados con VIH. El diseño usado fue descriptivo, correlacional. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Berger para estigma relacionado al VIH y el Cuestionario de Salud WHOQOL-BREF 26. Los resultados indicaron que existe relación significativa entre el estigma y la calidad de vida en las personas con diagnóstico de VIH, por otro lado no se encontró relación entre el estigma y la dimensión salud física, no se encontró relación entre el estigma y la dimensión relaciones sociales, no se halló relación entre el estigma y la dimensión ambiente, pero si se halló relación significativa entre el estigma y la dimensión salud psicológica, por lo que se afirmó que la presencia de estigma afecta la calidad de vida.

-Ramos (2018) “Estado emocional y calidad de vida de personas con VIH/SIDA que asisten a ESNITSS Hospital Regional de Ica diciembre 2017”. El objetivo fue determinar el estado emocional y calidad de vida de personas con VIH/SIDA que asisten a ESNITSS Hospital Regional de Ica. La muestra estuvo constituida por 50 personas de sexo femenino y masculino que viven con VIH/SIDA. El diseño utilizado fue descriptivo, enfoque cuantitativo. El instrumento utilizado fueron dos escalas, una para cada variable. Para la primera variable, el estado emocional se utilizó una escala dividida en: estado emocional global, dimensión afectiva, dimensión social, y dimensión laboral. Para medir la calidad de vida, se utilizó una escala dividida en: calidad de vida global, dimensión física, dimensión mental, y dimensión nutricional. Se encontró que el nivel del estado emocional global fue que el 62% resultó ser medianamente favorable, el 28% favorable y el 10%

desfavorable. La calidad de vida global fue que el 56% resultó ser regular, el 30% bueno y el 14% malo.

-Cotrina (2017) “Afrontamiento y adaptación según modelo teórico de Callista Roy en personas en salud con VIH/Sida, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2016” El objetivo fue determinar el Nivel afrontamiento y adaptación de los Usuarios Ambulatorios Adultos con VIH/SIDA según el Modelo Teórico de Callista Roy del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión el 2016. La muestra constituida por 92 usuarios con diagnóstico de VIH/SIDA. El diseño usado fue descriptivo, enfoque cuantitativo, el instrumento utilizado fue el Coping Adaptation Processing Scale (CAPS). Se encontró que el 51,1 % presentan una mediana capacidad de afrontamiento y adaptación, seguido de un 30,4 % que tienen una alta capacidad y por ultimo encontramos que el 18,5 % mantienen una baja capacidad de afrontamiento y adaptación.

Antecedentes internacionales

-Cayambe y Haro (2016) “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes diagnosticados con VIH en el Hospital provincial general docente Riobamba, período octubre 2015- marzo 2016”. El objetivo general fue determinar las estrategias de afrontamiento y niveles de calidad de vida en pacientes diagnosticados con VIH del Hospital Provincial Docente Riobamba. La muestra fue 39 pacientes diagnosticados con VIH en estado activo en el Sistema de Información Epidemiológica Nacional. El diseño usado fue descriptivo correlacional. Los

instrumentos utilizados fueron Inventario de Valoración y Afrontamiento de Cano y Tobal adaptado por Nora Leibovich y Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL – BREF de la OMS. Los resultados encontrados fue que el 73% de los encuestados utilizan estrategias de afrontamiento activo, que se relaciona con una mejor calidad de vida, salud y sensación de control, frente al 27% que utilizan estrategias de afrontamiento pasivo relacionado con diestrés, trastornos del ánimo y deterioro de la calidad de vida. El 46% de los pacientes perciben su calidad de vida como moderadamente satisfactoria.

-Restrepo (2015) “Esquemas maladaptativos y estrategias de afrontamiento en sujetos diagnosticados con VIH”. El objetivo fue realizar un acercamiento a los esquemas maladaptativos y las estrategias de afrontamiento más frecuentes en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana. La muestra estuvo conformada por 31 personas diagnosticadas con el VIH de Medellín. El diseño fue descriptivo, enfoque cuantitativo. Los instrumentos utilizados fueron el YSQ-SF fue elaborado por Young (1998) y validado por Londoño et al. (2012) para población colombiana y la Escala Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M), validada para población colombiana por Londoño et al. (2006). En los resultados se evidencia que existe relación entre algunas estrategias de afrontamiento y algunos esquemas maladaptativos tales como el esquema maladaptativo de límites insuficientes con reevaluación positiva, abandono con religión, límites insuficientes con evitación emocional; las relaciones son coherentes con la teoría cognitiva.

-Vallejos (2016) “Calidad de vida en portadores del virus de inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral”. El objetivo fue determinar la calidad de vida

en pacientes con VIH que reciben tratamiento en el Hospital Nacional de Itauguá en el año 2015. La muestra incluyó a 102 pacientes portadores de VIH en tratamiento antirretroviral que acudían al Hospital Nacional de mayo a octubre del 2015. El diseño fue observacional, descriptivo y prospectivo. El instrumento usado fue el cuestionario MOS-SF-30 y mediciones inmunológicas del CD4 y carga viral. Se encontró en los resultados que en el 100% la transmisión fue por vía sexual. En cuanto a la cantidad de CD4 se halló un rango entre 3 y 1530 cel/mm³. El 70,59% presentaba carga viral indetectable en el momento de la encuesta. En cuanto a la percepción de la calidad de vida, 66,67% de los sujetos refería poseer una muy buena calidad de vida, en contraste con la suma total del puntaje donde sólo el 8,8% de los mismos se situó por encima del percentil 90.

-Cabrera, Arteta, Meré, Cavalleri (2018) “Calidad de vida relacionada a la salud en personas con VIH y factores asociados”. El objetivo fue evaluar calidad de vida relacionada a la salud en personas con VIH y variables socio-demográficas y clínicas asociados, con énfasis en la adherencia al tratamiento antirretroviral. La muestra estuvo conformada por 101 personas con VIH, mayores de 18 años, recibiendo TARV, asistidas en el subsector público en un período de 24 meses. El diseño usado fue descriptivo, enfoque cuantitativo. Los instrumentos utilizados fueron la encuesta MOS-HIV SF30 (CVRS) y el cuestionario SMAQ para evaluar adherencia. Los resultados encontrados fueron que el score global de CVRS fue $71,71 \pm 17,76$. Fue peor el score global y en algunas dimensiones en pacientes con carga viral indetectable: funcionamiento físico, $p=0,016$; energía/fatiga, $p=0,008$; calidad de vida percibida, $p=0,025$. En mujeres el score fue peor en dolor, $p=0,034$;

funcionamiento físico, $p=0,006$; funcionamiento social, $p=0,031$; salud mental, $p=0,040$. El score fue significativamente mejor en algunos dominios entre adherentes (salud general percibida, $p=0,027$; funcionamiento social, $p=0,030$); en varones gay/bisexuales (dolor, $p=0,025$; actividad diaria, $p=0,028$); entre quienes tuvieron relaciones sexuales en el último mes (salud general percibida, $p=0,011$).

-Alexandre, Galvão, Cunha (2017) “Calidad de vida y diagnósticos de enfermería de mujeres con AIDS”. El objetivo fue evaluar la calidad de vida y los diagnósticos de enfermería de mujeres con SIDA. La muestra estuvo constituida por 70 mujeres con sida en seguimiento ambulatorial. El diseño utilizado fue descriptivo, enfoque cuantitativo. Los instrumentos usados fueron el Formulario Sociodemográfico y Clínico para PVVS y el instrumento World Health Organization Quality of Life HIV (WHOQOL-HIV bref), validado en Brasil. Se encontró que la mayoría de las mujeres tenían entre 18 y 59 años (98,6%), era heterosexual (97,2%) y con carga viral indetectable (54,3%). Presentaron calidad de vida intermedia en todos los campos de la escala y se encontraron 14 diagnósticos de enfermería, destacándose el Patrón de Sexualidad Ineficaz, Miedo y la Ansiedad Relacionada con la Muerte.

1.2.4 Marco Conceptual

Para esta investigación se ha tomado como referencia del marco conceptual la teoría de Carver, Scheier y Weintraub, quienes dividen los estilos de afrontamiento al estrés en 3 dimensiones: centrado en el problema, centrado en la emoción y centrado en la percepción.

Para medir la calidad de vida se ha tomado el concepto de Robles et al, quienes dividen la calidad de vida en 3 dimensiones: satisfacción con el

sentido vital, satisfacción con la integridad personal, satisfacción con el funcionamiento productivo.

1.3 Objetivos, delimitación y justificación de la Investigación

1.3.1 Objetivo general y específico

Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el afrontamiento al estrés y calidad de vida en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima.

Objetivos específicos

- 1) Determinar la diferencia que existe en el afrontamiento al estrés en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo, según el sexo.
- 2) Determinar la diferencia que existe en la calidad de vida en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima, según el sexo.
- 3) Determinar la diferencia que existe en el afrontamiento al estrés en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima, según la edad
- 4) Determinar la diferencia que existe en la calidad de vida en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima, según la edad.
- 5) Determinar la diferencia que existe en el afrontamiento al estrés en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima, según el tiempo de diagnóstico.

6) Determinar la diferencia que existe en la calidad de vida en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima, según el tiempo de diagnóstico.

1.3.2 Delimitación del estudio

Esta investigación tiene un alcance social porque para alcanzar los objetivos y responder las hipótesis se encuestará a una muestra representativa de 100 pacientes con VIH positivo.

Además, cuenta con un alcance geográfico o espacial que considera a los pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima.

Respecto, al alcance temporal este se refiere a que se realizará el presente estudio en el año 2019, y en los meses desde agosto hasta octubre.

Este estudio tiene limitaciones en cuanto a la muestra porque se ha circunscrito a 100 pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima y no puede generalizarse a otros ámbitos ni a otras personas. Además, hay limitaciones respecto a las variables, puesto que en un grupo de 100 pacientes con VIH positivo existen muchas variables interesantes e importantes que se pueden investigar.

Por otro lado, es necesario mencionar los inconvenientes de algunos pacientes para responder los cuestionarios, aduciendo la falta de tiempo, los pocos o nulos cambios que ellos creen que pueden ver en su entorno, además del temor ante los resultados. Es por estas razones, que se deja abierta la posibilidad de que otros investigadores amplíen o profundicen el estudio presente.

1.3.3 Justificación e importancia del estudio

Este estudio cuenta con una justificación teórica porque presenta el aporte teórico de otros autores que han estudiado las variables en estudio.

Así mismo, tiene una justificación práctica en la medida que ayuda a prevenir este problema actual.

Además, presenta una justificación económica puesto que colabora con el ahorro o evita gastos económicos a las personas que tienen el VIH positivo y naturalmente a sus familias, puesto que, al trabajar en el desarrollo de estilos de afrontamiento al estrés en estas situaciones, se evita gastos médicos, psicológicos psiquiátricos, reduciendo notablemente las estadísticas de ansiedad, suicidio, depresión y contagio.

De igual manera, tiene una justificación social porque se está trabajando con personas involucradas en una problemática social como lo es la salud física y mental.

Además, de una justificación investigativa puesto que los resultados darán pie a que se realicen más estudios en este campo y posiblemente, estudiar otras variables que en este estudio no se han considerado, así como en otros grupos de personas.

1.4 Hipótesis, Variables y Definición Operacional

1.4.1 Hipótesis general y específicas

Hipótesis general

Existe una relación significativa entre el afrontamiento al estrés y calidad de vida en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima.

Hipótesis específicas

- 1) Existe diferencia significativa en el afrontamiento al estrés en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima, según el sexo.
- 2) Existe diferencia significativa en la calidad de vida en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima, según el sexo.
- 3) Existe diferencia significativa en el afrontamiento al estrés en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima, según la edad.
- 4) Existe diferencia significativa en la calidad de vida en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima, según la edad.
- 5) Existe diferencia significativa en el afrontamiento al estrés en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima, según el tiempo de diagnóstico.
- 6) Existe diferencia significativa en la calidad de vida en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima, según el tiempo de diagnóstico.

1.4.2 Variables, definición operacional e indicadores

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Estilos de afrontamiento al estrés	Esta variable se va a medir a través del cuestionario COPE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ afrontamiento centrado en el problema. ▪ afrontamiento centrado en la emoción. ▪ afrontamiento centrado en la percepción. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Afrontamiento activo. ○ Planificación. ○ Supresión de actividades competentes. ○ Postergación de afrontamiento ○ Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales. ○ Búsqueda de apoyo social por razones emocionales. ○ Reinterpretación positiva y crecimiento. ○ Aceptación ○ Acudir a la religión. ○ Negación. ○ Enfocar y liberar emociones. ○ Desentendimiento conductual. ○ Desentendimiento mental.

Calidad de vida	Esta variable se va a medir a través del cuestionario ICV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfacción con el sentido vital ▪ Satisfacción con la integridad personal ▪ Satisfacción con el funcionamiento o productivo ▪ Satisfacción social 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Plenitud personal ○ Satisfacción espiritual ○ Calidad de vida global. ○ Bienestar físico ○ Bienestar psicológico ○ Autocuidado ○ Funcionamiento ocupacional ○ Funcionamiento interpersonal ○ Apoyo social-comunitario ○ Apoyo comunitario y de servicios
-----------------	---	--	---

1.5 Método, Técnica e Instrumento

1.5.1 Tipo de Investigación

Según Hernández (2014) Esta investigación es de tipo básico porque es descriptivo, en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido. Las inferencias sobre las relaciones entre variables se realizan sin intervención o influencia directa, y dichas relaciones se observan tal como se han dado en su contexto natural. (p. 153)

1.5.2 Diseño a utilizar

Según Hernández (2014) El diseño es cuantitativo porque se utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías. (p.4). Es correlacional, porque tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular (p 93). Es prospectivo, puesto que, se recogen los datos desde la fecha actual hacia adelante (p. 166), y transversal porque se recolectan datos en un solo momento, su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. (p. 154)

1.5.3 Universo, población, muestra y muestreo

La población está constituida por 100 pacientes mayores de edad, con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima.

La muestra será igual a la población.

Según Hernández (2014) en esta investigación se utiliza el muestreo no probabilístico porque la selección de un elemento de la población que va a formar parte de la muestra no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación. (p. 176)

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de edad, con VIH positivo, que deseen participar de la investigación.
- Pacientes mayores de edad, con VIH positivo, que pertenezcan a algún programa de personas viviendo con el VIH (PVV) del Hogar San Camilo.

Criterios de exclusión:

- Pacientes mayores de edad, con VIH positivo, que no deseen participar de la investigación.
- Pacientes mayores de edad, con VIH positivo, que no pertenezcan a algún programa de personas viviendo con el VIH (PVV) del Hogar San Camilo.

1.5.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

En la presente investigación se empleará la encuesta como técnica de recolección de datos.

Instrumentos

Se emplearán dos instrumentos para lograr la recolección de datos, el primero es el Inventario de Estimación de Afrontamiento COPE, de Carver, Scheier y Weintraub, adaptado en Lima por Cassaretto y Pérez (2016), a través del cual evaluaremos sobre la variable estilos de afrontamiento.

Validez

En el estudio de Cassaretto (2013) se estableció la validez de contenido, mediante la opinión de cinco jueces expertos en el tema de la Pontificia Universidad Católica del Perú; los cuales determinaron su aplicabilidad del instrumento.

Confiabilidad

En Cassaretto (2013) se realizó la confiabilidad por consistencia interna, utilizando el estadístico Alpha de Cronbach en vista que el instrumento tiene una escala politómica, con un valor de 0,856 indicando una fuerte confiabilidad del instrumento.

El segundo instrumento es el Índice de calidad de vida (ICV), de Mezzich et al, adaptado en Lima por Robles, Saavedra, Mezzich, Sanez, Padilla, y Mejia (2016), para evaluar la variable calidad de vida.

Validez

En el estudio de Robles, Saavedra, Mezzich, Sanez, Padilla, y Mejia (2016) la validez de constructo se examinó a través del análisis factorial utilizando el método de componente principales con rotación Varimax.

Confiabilidad

Robles, Saavedra, Mezzich, Sanez, Padilla, y Mejia (2016), la confiabilidad se evaluó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach (consistencia interna) con un valor de 0,87 indicando una elevada confiabilidad del instrumento.

1.5.5 Procesamiento de Datos

En este estudio se procederá a realizar una estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes) para la presentación de los resultados y finalmente, se contrastarán las hipótesis con los estadísticos correspondientes como la correlación de Spearman, y comparación de medias (Prueba T para muestras independientes), según el análisis estadístico SPSS versión 24

Tabla 1

Tabla de Frecuencia y Porcentaje de varones y mujeres

Género		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	masculino	36	36,0	36,0	36,0
	femenino	64	64,0	64,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

En la Tabla 1, se muestra el porcentaje según el género de los 100 entrevistados, así obtenemos 64% del género femenino y 36% del género masculino.

Tabla 2

Tabla de Frecuencia y Porcentaje de edades, según intervalos

Edad		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	<= 20	1	1,0	1,0	1,0
	21 - 25	5	5,0	5,0	6,0
	26 - 30	18	18,0	18,0	24,0
	31 - 35	13	13,0	13,0	37,0
	36 - 40	13	13,0	13,0	50,0
	41 - 45	10	10,0	10,0	60,0
	46 - 50	21	21,0	21,0	81,0
	51 - 55	11	11,0	11,0	92,0
	56+	8	8,0	8,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

En la Tabla 2, se observa la distribución de frecuencias y porcentajes según el intervalo de edades, y tenemos que el 21 % de los pacientes están en el intervalo de 46 a 50 años, el 18%

en el intervalo de 26 a 30 años, el 13% en el intervalo de 31 a 35 años, repitiéndose el 13% en el intervalo de 36 a 40 años, el 11% en el intervalo de 51 a 55 años, el 10% en el intervalo de 41 a 45 años, el 8% en el intervalo de 56 a 60 años, el 5% en el intervalo de 21 a 25 años y finalmente el 1% a la edad de 20 años.

Tabla 3

Tabla de Frecuencia y Porcentaje de tiempo de diagnóstico, según intervalos

Tiempo de diagnóstico		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	<= 3	1	1,0	1,0	1,0
	4 - 8	23	23,0	23,0	24,0
	9 - 13	28	28,0	28,0	52,0
	14 - 18	20	20,0	20,0	72,0
	19 - 23	21	21,0	21,0	93,0
	24 - 28	6	6,0	6,0	99,0
	29+	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

En la Tabla 3, se observa la distribución de frecuencias y porcentajes de tiempo de diagnóstico según los intervalos que se muestra, así tenemos que el 28% de los pacientes pertenecen al intervalo de 9 a 13 años con el diagnóstico, el 23% al intervalo de 4 a 8 años con el diagnóstico, el 21% al intervalo de 19 a 23 años con el diagnóstico, el 20% al intervalo de 14 a 18 años con el diagnóstico, el 6% al intervalo de 24 a 28 años con el diagnóstico, el 1% al intervalo de 29 a 30 años con el diagnóstico, y finalmente el 1% tiene 3 años con el diagnóstico.

Tabla 4

Relación entre el Afrontamiento al estrés y Calidad de vida

		Afrontamiento	Calidad
Rho de Spearman	Afrontamiento	Coficiente de correlación	de 1,000 ,678**

	Sig. (bilateral)		,000
	N	100	100
Calidad	Coefficiente de correlación	,678**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	100	100

***La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral)*

En la Tabla 4 se presenta la información referida al coeficiente rho de Spearman entre el Afrontamiento al estrés y Calidad de vida. Se observa que el valor de p es de .000, se rechaza la hipótesis nula, mostrando que existe relación positiva entre el afrontamiento al estrés y calidad de vida.

Tabla 5

Diferencia en el afrontamiento del estrés, según sexo

Estadísticas de grupo					
	Género	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Afrontamiento	masculino	36	136,22	18,365	3,061
	femenino	64	142,11	15,288	1,911

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de confianza inferior	intervalo de la diferencia Superior
Afrontamiento	Se asumen varianzas iguales	2,14	,149	-1,718	98	,089	-5,887	3,428	-12,689	,915
	No se asumen varianzas iguales			-1,632	62,342	,108	-5,887	3,608	-13,099	1,325

En la Tabla 5 se muestra las medias del total de la escala de afrontamiento al estrés entre hombres y mujeres, dando como resultado que el valor p es de .089 siendo menor a .108, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula, la cual indica que no existe diferencia significativa entre hombres y mujeres.

Tabla 6

Diferencia en la calidad de vida, según sexo

Estadísticas de grupo										
	Género	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar					
Calidad	masculino	36	67,89	14,483	2,414					
	femenino	64	70,83	10,859	1,357					

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas			prueba t para la igualdad de medias					
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	Inferior Superior
Calidad	Se asumen varianzas iguales	4,531	,036	-1,149	98	,253	-2,939	2,558	-8,015	2,136
	No se asumen varianzas iguales			-1,061	57,445	,293	-2,939	2,769	-8,484	2,605

En la Tabla 6 se muestra las medias del total de la escala de calidad de vida entre hombres y mujeres, dando como resultado que el valor de p es de .253 siendo menor a .293, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula; es decir, no existe diferencia significativa entre hombres y mujeres.

Tabla 7

Diferencia en el afrontamiento al estrés, según edad

Estadísticas de grupo					
	edades	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Afrontamiento	<= 40	50	136,96	17,623	2,492
	41+	50	143,02	15,112	2,137

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Afrontamiento	Se asumen varianzas iguales	1,698	,196	-1,846	98	,068	-6,060	3,283	-12,575	,455
	No se asumen varianzas iguales			-1,846	95,773	,068	-6,060	3,283	-12,577	,457

En la tabla 7 se muestra las medias del total de la escala de afrontamiento al estrés según el intervalo de edades, dando como resultado que el valor de p es de .068 es igual a .068, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula, quiere decir, que no existe diferencia significativa entre los intervalos de edades.

Tabla 8

Diferencia en la calidad de vida, según la edad

Estadísticas de grupo					
	edad	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Calidad	<= 40	50	69,84	14,050	1,987
	41+	50	69,70	10,397	1,470

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas			prueba t para la igualdad de medias			95% de intervalo de confianza de la diferencia		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
Calidad	Se asumen varianzas iguales	6,471	,013	,057	98	,955	,140	2,472	-4,765	5,045
	No se asumen varianzas iguales			,057	90,284	,955	,140	2,472	-4,770	5,050

En la tabla 8 se muestra las medias de la escala de calidad de vida entre los intervalos de edades, dando como resultado que el valor de p es de .955 siendo igual a .955; se acepta la hipótesis nula, quiere decir, que no existe diferencia significativa entre los intervalos de edades.

Tabla 9

Diferencia en el afrontamiento al estrés, según el tiempo de diagnóstico

Estadísticas de grupo						
	Tiempo de diagnóstico (Agrupada)	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	
Afrontamiento	<= 15	63	136,11	17,163	2,162	
	16+	37	146,59	13,438	2,209	

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias			95% de intervalo de confianza de la diferencia			
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
Afrontamiento	Se asumen varianzas iguales	2,413	,124	-3,184	98	,002	-10,483	3,293	-17,017	-3,949
	No se asumen varianzas iguales			-3,391	90,038	,001	-10,483	3,091	-16,625	-4,342

En la Tabla 10 se muestra las medias de la escala de afrontamiento según los intervalos de tiempo de diagnóstico, dando como resultado que el valor p es de .002 siendo mayor a .001; es decir, si existe diferencia significativa entre los intervalos de tiempo de diagnóstico, evidenciando que existe un mayor afrontamiento entre los que tienen mayor a 16 años con el diagnóstico.

Tabla 10

Diferencia en la calidad de vida, según el tiempo de diagnóstico

Estadísticas de grupo										
	Tiempo de diagnóstico (Agrupada)	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar					
Calidad	<= 15	63	69,19	13,402	1,688					
	16+	37	70,76	10,243	1,684					

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		de prueba t para la igualdad de medias			Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)			Inferior	Superior
Calidad	Se asumen varianzas iguales	4,743	,032	-,613	98	,541	-1,566	2,555	-6,637	3,504
	No se asumen varianzas iguales			-,657	91,233	,513	-1,566	2,385	-6,303	3,170

En la Tabla 10 se muestra las medias del total de la escala de calidad de vida entre los intervalos de tiempo de diagnóstico, dando como resultado que el valor p es de .541 es mayor a .513, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula, evidenciando que existe una mayor calidad de vida entre quienes tienen mayor a 16 años con el diagnóstico

CAPÍTULO III: DISCUSIONES

En los resultados obtenidos se observó que las variables afrontamiento al estrés y calidad de vida presentaron correlación significativa, confirmando el estudio realizado por Coppari, Acosta, Buzó, Nery-Huerta y Ortiz (2013) donde encontraron que el afrontamiento ha sido considerado como factor mediador importante con relación a la percepción de la calidad de vida. Así mismo, en la investigación realizada por Cayambe y Haro (2016) hallaron que los pacientes diagnosticados con VIH que utilizan estrategias de afrontamiento activo, se relacionan con una mejor calidad de vida, frente a pacientes que utilizan estrategias de afrontamiento pasivo, que se relacionan con diestrés, trastornos del ánimo y deterioro de la calidad de vida.

Se encontró que no existe diferencia significativa en cuanto a hombres y mujeres respecto al afrontamiento al estrés, mostrando un resultado distinto a lo que encontró el American Psychological Association (APA) en el 2011, en su investigación “Estrés y Género”, encontrando que si bien es cierto que hombres y mujeres son capaces de reconocer el impacto que el estrés puede tener en su salud física, los hombres parecen ser más incrédulos respecto al impacto del estrés en su salud. Así mismo, los hombres dan menos importancia a la necesidad de controlar su estrés que las mujeres. Los hombres ven a los psicólogos como menos útiles y es menos probable que empleen estrategias para hacer cambios en su estilo de vida. Los hombres tienen más probabilidades de ser diagnosticados con enfermedades físicas crónicas relacionados con altos niveles de estrés y estilos de vida poco saludables, lo que indica que puede haber algunas diferencias de género importantes en lo que respecta al manejo del estrés. Así mismo, también se halló que no existe diferencia significativa en la calidad de vida, según el sexo, evidenciando que cada persona aborda su calidad de vida desde diferentes perspectivas, las cuales podríamos clasificarlas según Brinbracher y Sandoe (1999) citados en Civera y Herrera (2007) en perfeccionismo (se argumenta que las personas llegan a tener una buena

calidad de vida porque desarrollan sus capacidades o potencialidades humanas), hedonismo (plantea que la buena vida de las personas consiste en tener estados de placer mental, a los cuales se llega eliminando o evitando la sensación de dolor) y teoría de la preferencia-satisfacción (corresponde a la satisfacción de preferencias o deseos que tienen los individuos es lo que permite tener una mejor calidad de vida). Se encontró que no existe diferencia significativa en el afrontamiento al estrés y calidad de vida, según la edad, mostrando que, aunque la edad lleva asociadas ventajas en términos de conocimientos y habilidades adquiridas, también existen condiciones específicas asociadas a la edad que pueden suponer una disminución de recursos para hacer frente al afrontamiento al estrés y, por lo tanto, a su calidad de vida.

Por último, se encontró que existe diferencia significativa en la calidad de vida, según el tiempo de diagnóstico, evidenciando que el paciente que tiene mayor a 16 años con el diagnóstico, es capaz de percibir la satisfacción o la no satisfacción de su calidad de vida. Además, se encontró que, si existe diferencia significativa en el afrontamiento al estrés, según el tiempo de diagnóstico, mostrando que existe un mayor afrontamiento en los pacientes que tienen más de 16 años con la enfermedad, mostrando que los años conviviendo con la enfermedad, le han permitido desarrollar mejores estrategias de afrontamiento y; por lo tanto, una mejor resiliencia.

CONCLUSIONES

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

Existe correlación significativa entre el afrontamiento al estrés y la calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA.

No existe diferencia significativa en el afrontamiento al estrés, según el sexo.

No existe diferencia significativa en la calidad de vida, según el sexo.

No existe diferencia significativa en el afrontamiento al estrés, según la edad.

No existe diferencia significativa en la calidad de vida, según la edad.

Existe diferencia significativa en el afrontamiento al estrés, según el tiempo de diagnóstico, mostrando que existen un mayor afrontamiento en los pacientes que tienen más de 16 años de diagnóstico.

Existe diferencia significativa en la calidad de vida, según el tiempo de diagnóstico, mostrando que existe una mayor calidad de vida en los pacientes que tienen mayor a 16 años con el diagnóstico.

RECOMENDACIONES

Al ser de suma importancia los resultados obtenidos en esta investigación relacionado al afrontamiento al estrés y la calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA, se recomienda entregar los resultados a la institución “Hogar San Camilo” para que puedan actualizar su diagnóstico situacional de su población. Así mismo, ampliar investigaciones en este tema para seguir contribuyendo con información que permita mejorar el afrontamiento y por lo tanto la calidad de vida en personas que viven con el VIH/SIDA.

Implementar programas que den al paciente recursos psicológicos para poder afrontar el proceso de la enfermedad.

Crear estrategias eficientes y eficaces que permitan al profesional de la salud abordar de manera más empática a los pacientes con VIH/SIDA.

Sensibilizar a la población en general sobre el VIH/SIDA, con el fin de reducir las estadísticas de personas con la enfermedad, mejorar la adherencia al tratamiento, y sobre todo ser empáticos con las personas que están afrontamiento la enfermedad.

REFERENCIAS

Alexandre, H. D. O., Galvão, M. T. G., & Cunha, G. H. D. (2017). Calidad de vida y diagnósticos de enfermería de mujeres con AIDS. *Enfermería Global*, 16(48), 121-150.

Boza, R (2016) Orígenes del VIH/SIDA. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina*. 6 (4), 48-60

Buendía Chilquillo, M. R. (2017). Estrategias de afrontamiento ante la enfermedad en personas viviendo con VIH (PVV) en la provincia de Chincha, febrero 2017.

Caballo, V. (1998). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Madrid: España Editores, S. A.

Cabrera Alonso, S. G., Arteta Dalchiele, Z., Meré Rouco, J. J., & Cavalleri Ferrari, F. (2018). Calidad de vida relacionada a la salud en personas con VIH y factores asociados. *Revista Médica del Uruguay*, 34(1), 3-41.

Cassaretto, M., & Pérez-Araníbar, C. C. (2016). Afrontamiento al estrés: adaptación del cuestionario COPE en universitarios de Lima. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 2(42), 95-109.

Chesterton Chirinos, T., & Espinoza Mamani, M. C. (2016). Género y estilos de afrontamiento en pacientes con VIH/SIDA de ESNITSS en el Hospital Goyeneche.

Coppari, N., Acosta, B., Buzó, J., Nery-Huerta, P., y Ortiz, V. (2013) “Calidad de vida y afrontamiento en pacientes con cáncer y SIDA de Paraguay”

Cotrina Tucto, Z. (2017). Afrontamiento y adaptación según modelo teórico de Callista Roy en personas en salud con VIH/Sida, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2016.

Crosby Crosby, A. M. (2018). Afrontamiento al estrés y la adherencia al tratamiento antiviral de gran actividad (TARGA) en pacientes con VIH/sida del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Cueto, M. (2001). *Culpa y Coraje: Historia de las Políticas sobre el VIH/Sida en el Perú* (Vol. 7). Lima, Perú: Consorcio de investigación económica y social.

Dapuetto, J. (2012). *Calidad de vida*. Montevideo: Universitarias

Gavidia, H., Nataly, Y., Palacios, C., & José, M. (2016). *Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes diagnosticados con VIH en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, período octubre 2015-marzo 2016*(Bachelor's thesis, Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo, 2016.).

Grupo Océano (s/f) *Psicología para todos: Relaciones de grupo, estrés y dolor*. Barcelona: Océano, 576-602

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Selección de la muestra. *Metodología de la Investigación* (6ª ed., pp. 170-191). México: McGraw-Hill.

Huarcaya Quispe, K. Z. (2018). *Estigma y calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este*, 2018.

Jaureguizar, J., & Espina, A. (2005). *Enfermedad física crónica y familia. Un programa de intervención en la Enfermedad de Crohn y colitis Ulcerosa*.

Lazarus, R. S. (2009). *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Retrieved from <https://ebookcentral.proquest.com>

Medrano Quinde, K. P. (2016) “Calidad de vida que tienen las personas con VIH/SIDA de la ciudad de Esmeraldas”

MINSA (2018). Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. “Situación actual del VIH/SIDA en el Perú”.

Muñoz, A. M. R. (2015). *Esquemas mal adaptativos y estrategias de afrontamiento en sujetos diagnosticados con VIH*. *Memorias*, 28, 57-72.

OMS (2019). *VIH/SIDA* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

ONUSIDA (2018). Hoja Informativa- Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia del SIDA

Ramos Arango, F. I. (2018). Estado emocional y calidad de vida de personas con VIH/SIDA que asisten a ESNITSS Hospital Regional de Ica diciembre 2017.

Real Academia Española Virtual (2018). Diccionario de la Lengua Española. Retrieved from <https://dle.rae.es/?w=diccionario>

Robles, Y., Saavedra, J. E., Mezzich, J. E., Sanz, Y., Padilla, M., & Mejía, O. (2016). Índice de calidad de vida: Validación en una muestra peruana. *Revista Anales de salud mental*, 26(2).

Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2006). Ansiedad, angustia y estrés: Tres conceptos a diferenciar. Retrieved from <https://ebookcentral.proquest.com>

Urzúa Morales, A., Jarne Esparcia, A. (2008) Calidad de Vida y Estilos de Afrontamiento en Personas con Patologías Crónicas. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*. 42 (1), 151-160

Vallejos, S. (2016). Calidad de vida en portadores del virus de inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*. Vol. 3 (Nº. 1). Recuperado desde <https://dialnet.unirioja.es>

Vinaccia, S., Orozco, L (2005) Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Revista Diversitas*. 1 (2), 125-137

Zimmerman, M. (1998) *Psicología ambiental y calidad de vida*. Santa Fe de Bogotá: Ecoe

American Psychological Association (2011). *Stress in America. Stress and Gender*.

Civera, M., Herrera, M. (2007) *Estudios de antropología biológica*. México D.F: Instituto de Investigaciones Antropológicas.

Guzmán Campos Areli Elizama. (2013, noviembre 6). *El proceso administrativo según varios autores*. Recuperado de <https://www.gestiopolis.com/el-proceso-administrativo-segun-varios-autores/>

Montalvo-Prieto, A., Cabrera-Nanclares, B., & Quiñones-Arrieta, S. (2012). Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura. *Aquichan*, 12(2). Recuperado

de <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2120/2926>

Albillos, V. (1979) Aproximación al concepto psicológico de adaptación. *Revista española de pedagogía* 37 (146) 95-114.

Richelle, M. (1992) Skinner, mentalismo y cognitivismo. *Anuario de psicología* (52) 3-15.

Libera Bonilla, Blanca Esther. (2007). Impacto, impacto social y evaluación del impacto. *ACIMED*, 15(3) Recuperado en 07 de julio de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102494352007000300008&lng=es&tlng=es.

ANEXOS

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Independiente
¿Cuál es relación que existe entre los estilos de afrontamiento al estrés y calidad de vida en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima?	Determinar la relación que existe entre los estilos de afrontamiento al estrés y calidad de vida en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima.	Existe una relación significativa entre los estilos de afrontamiento al estrés y calidad de vida en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima.	Estilos de afrontamiento al estrés
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	Dependiente
1) ¿Cómo se presentan los niveles de estilos de afrontamiento al estrés en los pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima? 2) ¿Cómo se presentan los niveles de calidad de vida en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima? 3) ¿Cuál es la relación que existe entre los niveles de estilos de afrontamiento al	1) Identificar los niveles de estilos de afrontamiento al estrés en los pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima. 2) Identificar los niveles de calidad de vida en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima. 3) Determinar la relación que existe entre los niveles de estilos de afrontamiento al estrés y los niveles de	1) Existe una relación significativa entre los niveles de estilos de afrontamiento al estrés y los niveles de calidad de vida en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima. 2) Existe una relación significativa entre los estilos de afrontamiento al estrés y calidad de vida en pacientes con VIH positivo	Calidad de vida

<p>estrés y los niveles de calidad de vida en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima?</p> <p>4) ¿Cuál es la relación que existe entre los estilos de afrontamiento al estrés y calidad de vida en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima, según sexo?</p> <p>5) ¿Cuál es la relación que existe entre los estilos de afrontamiento al estrés y calidad de vida en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima, según edad?</p> <p>6) ¿Cuál es la relación que existe entre los estilos de afrontamiento al estrés y calidad de vida en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima, según tiempo con el diagnóstico?</p>	<p>calidad de vida en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima.</p> <p>4) Determinar la relación que existe entre los estilos de afrontamiento al estrés y calidad de vida en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima, según sexo.</p> <p>5) Determinar la relación que existe entre los estilos de afrontamiento al estrés y calidad de vida en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima, según edad.</p> <p>6) Determinar la relación que existe entre los estilos de afrontamiento al estrés y calidad de vida en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima, según tiempo con el diagnóstico.</p>	<p>del Hogar San Camilo en Lima, según sexo.</p> <p>3) Existe una relación significativa entre los estilos de afrontamiento al estrés y calidad de vida en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima, según edad.</p> <p>4) Existe una relación significativa entre los estilos de afrontamiento al estrés y calidad de vida en pacientes con VIH positivo del Hogar San Camilo en Lima, según tiempo con el diagnóstico.</p>	
---	---	--	--

INVENTARIO ESTIMACIÓN DE AFRONTAMIENTO COPE
(Carver, Scheier y Weintraub, 1989, Miami, Estados Unidos)

Instrucciones:

Estamos interesados en conocer la forma cómo responden las personas cuando se enfrentan a diferentes tipos de problemas, dificultades o situaciones estresantes en sus vidas. Hay muchas maneras de manejar esas situaciones. Este cuestionario te pide indicar que es lo que tú generalmente haces o sientes cuando experimentas este tipo de situaciones. Naturalmente, en diferentes situaciones reaccionas de forma diferente, pero piensa qué es lo que habitualmente haces tú.

A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones sobre cómo actuar o sentir en esas situaciones. Señala en cada una de ellas si coinciden o no con tu propia forma de actuar o sentir, de acuerdo a lo siguiente:

NO IMPORTA LO QUE LA MAYORÍA DIRÍA O HARÍA. ELIGE LA RESPUESTA MÁS ADECUADA PARA TI.

Qué es lo que *tú generalmente* haces o sientes cuando experimentas situaciones difíciles, estresantes.

MUCHAS GRACIAS, SU PARTICIPACIÓN ES DE SUMA IMPORTANCIA.

1 = Casi nunca hago esto

2= A veces hago esto

3= Usualmente hago esto

4= Hago esto con mucha frecuencia

AFIRMACIONES	1	2	3	4
1.- Me esfuerzo mucho con tal de superar mis problemas.				
2.- Trato de encontrar cuáles son las cosas que tengo que hacer para solucionar mis problemas.				
3.- Me dedico solamente a mis problemas y dejo de lado todo lo demás.				
4.- Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo que me ayude a solucionar mis problemas.				
5.- Pregunto a personas con problemas similares a los míos lo que hicieron para solucionarlos.				
6.- Le cuento a alguien cómo me siento.				
7.- Trato de encontrar el lado positivo a mis problemas.				
8.- Aprendo a vivir con mis problemas.				
9.- Le pido a Dios que me ayude.				
10.- Me molesto y expreso todo lo que siento.				
11.- Me rehúso a creer que eso ha sucedido.				
12.- Dejo de esforzarme por conseguir lo que quiero.				
13.- Me dedico al trabajo o hago otra cosa para no pensar en mis problemas.				
14.- Me esfuerzo mucho por hacer algo respecto a mis problemas.				
15.- Pienso bien en las cosas que tengo que hacer para solucionar mis problemas.				
16.- Me dedico totalmente a mis problemas y, si en necesario, dejo				

de lado otras cosas.				
17.- No hago nada hasta que la situación se aclare.				
18.- Le pido a alguien que me aconseje sobre lo que tengo que hacer.				
19.- Busco el apoyo de amigos o parientes.				
20.- Trato de entender mis problemas de otra manera para que se vean más positivos.				
21.- Acepto mis problemas y el hecho de que no puedo cambiarlos.				
22.- Pongo mi confianza en Dios.				
23.- Expreso lo que siento.				
24.- Me hago la idea de que nada ha ocurrido.				
25.- Dejo de intentar conseguir lo que quiero.				
26.- Me voy al cine o veo televisión para no pensar tanto en mis problemas.				

27.- Hago paso a paso lo que debe hacerse para solucionar mis problemas.				
28.- Pienso bien en lo que tengo que hacer para resolver mis problemas.				
29.- No me dejo distraer por otros pensamientos o actividades.				
30.- Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar demasiado rápido.				
31.- Hablo con quien pueda darme más información sobre la situación.				
32.- Le cuento a alguien cómo me siento.				
33.- Aprendo algo bueno de mis problemas.				
34.- Me hago la idea de que el hecho ya sucedió.				
35.- Trato de encontrar consuelo en mi religión.				
36.- Siento que me altero mucho y expreso demasiado todo lo que siento.				
37.- Hago como si ningún problema hubiera ocurrido.				
38.- Reconozco que no puedo más con mis problemas y dejo de hacer algo por resolverlos.				
39.- Pienso en cosas diferentes a mis problemas.				
40.- Hago lo que tengo que hacer para solucionar mis problemas.				
41.- Pienso en cómo podría enfrentar mejor mis problemas.				
42.- Trato de evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos por resolver mis problemas.				
43.- Me controlo para no hacer las cosas apresuradamente.				
44.- Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto sobre mis problemas.				
45.- Voy donde alguien que me acepte y me comprenda.				
46.- Trato que los problemas vividos me ayuden a madurar.				
47.- Acepto la realidad de lo sucedido.				
48.- Rezo más que de costumbre.				
49.- Me molesto y me doy cuenta de ello.				
50.- Me digo "no puedo creer que esto me esté pasando a mí".				
51.- Me esfuerzo menos por solucionar mis problemas.				
52.- Duermo más de lo usual.				

**Índice de calidad de vida-adaptación
Mezzich y colaboradores, 2000**

Con respecto a los siguientes aspectos de su vida, califique de 1 a 10 su situación actual, donde 1 es malo y 10 es excelente:

1. Bienestar físico; es decir, sentirse con energía, sin dolores ni problemas físicos.	_____
2. Bienestar psicológico o emocional; es decir, sentirse bien y satisfecho con sí mismo.	_____
3. Autocuidado y funcionamiento independiente; es decir, cuidar bien de su persona, tomar sus propias decisiones.	_____
4. Funcionamiento ocupacional; es decir, ser capaz de realizar un trabajo remunerado, tareas escolares y/o domésticas.	_____
5. Funcionamiento interpersonal; es decir, ser capaz de responder y relacionarse bien con su familia, amigos y grupos.	_____
6. Apoyo social-emocional; es decir, poseer disponibilidad de personas en quien confiar y de personas que le proporcionen ayuda y apoyo emocional.	_____
7. Apoyo comunitario; es decir, poseer un buen vecindario, disponer de apoyos financieros y de otros servicios.	_____
8. Plenitud personal; es decir, sentido de realización personal y de estar cumpliendo con sus metas más importantes.	_____
9. Satisfacción espiritual; es decir, haber desarrollado una actitud hacia la vida más allá de lo material y un estado de paz interior consigo mismo y con las demás personas.	_____
10. Calidad de vida global; es decir, sentirse satisfecho y feliz con su vida en general.	_____
Total	_____

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Kerly Katherine Muñoz Quispe, de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. La meta de este estudio es determinar la relación que existe el afrontamiento al estrés y calidad de vida en pacientes con VIH positivo. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder 2 cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la realización de los cuestionarios le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradezco su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____.
He sido informado (a) de que la meta de este estudio es

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono _____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha