

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LOS PACIENTES DIAGNÓSTICADOS  
CON VIH DE LA FUNDACIÓN RASA, 2016

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA



Sara Ospina Duque  
Juliana Robledo Mejía  
Alejandra Vahos Suárez

Asesora:  
Giselly Matagira Rondón

Facultad Ciencias de la Salud  
Enfermería VII

Medellín, Colombia  
2018



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE INVESTIGACIONES

**NOTA DE ACEPTACIÓN**

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto de Grado: "Estrategias De Afrontamiento de los Pacientes Diagnosticados Con VIH de la Fundación RASA 2016", elaborado por los estudiante **Juliana Robledo Mejía, Sara Ospina Duque y Alejandra Vahos Suarez**, del programa de Enfermería. Nos permitimos conceptuar que éste estudio cumple con los criterios teóricos y metodológicos exigidos por la Facultad de Ciencias de la Salud y por lo tanto se declara como:

Sobresaliente

Medellín, Octubre 17 del 2018

Teresita Marrugo Puello

**Dra. Teresita Marrugo Puello**  
Presidente

Giselly Matagira Rondón

**Mg. Giselly Matagira Rondón**  
Secretario

Juliana Robledo Mejía

**Juliana Robledo Mejía**  
Estudiante

Sara Ospina Duque

**Sara Ospina Duque**  
Estudiante

Alejandra Vahos Suarez

**Alejandra Vahos Suarez**  
Estudiante

Personería Jurídica según Resolución del Ministerio de Educación No. 8529 del 6 de Junio de 1983 / NIT 860.403.751-3

**Cra. 84 No. 33AA-1 PBX. 250 83 28 Fax. 250 79 48 Medellín <http://www.unac.edu.co>**

## AGRADECIMIENTOS

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta investigación a:

A todas las personas de la fundación que participaron en el desarrollo de esta investigación, gracias por su colaboración, sin ellos no hubiese sido posible este trabajo.

A la Fundación RASA Red de Apoyo Social de Antioquia, por reconocer la importancia de la investigación en enfermería, brindándonos la posibilidad de desarrollar este trabajo en sus instalaciones.

A nuestra asesora metodológica Giselly Matagira, por su apoyo incondicional y sabias recomendaciones durante todo este tiempo.

A la Corporación Universitaria Adventista, a todos los docentes y ayudantes quienes con sus valiosos conocimientos nos acompañaron en este proceso de formación en enfermería.

MSc Salud Publica Giselly Matagira Rondón: Asesora metodológica.

Milton Jara: Asesor

José Chávez: Asesor

Bernardo Herrera: Analista Estadístico

Natalia Sáenz: Directora Fundación RASA

Pacientes de la Fundación RASA

## TABLA DE CONTENIDO

1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.1	JUSTIFICACIÓN .....	13
1.2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	16
1.3	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	20
1.4	OBJETIVOS .....	20
1.4.1	OBJETIVO GENERAL .....	20
1.4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	20
1.5	VIABILIDAD.....	21
1.6	ALCANCE.....	21
1.7	DELIMITACIONES.....	22
1.8	LIMITACIONES .....	22
2.	MARCO TEÓRICO .....	23
2.1	MARCO CONCEPTUAL .....	23
2.1.1	Adaptación.....	23
2.1.2	Afrontamiento.....	23
2.1.3	Enfermedad de alto costo .....	23
2.1.4	SIDA.....	24
2.1.5	VIH.....	24
2.2	MARCO REFERENCIAL.....	25
2.3	MARCO INSTITUCIONAL .....	35
2.4	MARCO LEGAL.....	36
2.5	MARCO DISCIPLINAR.....	38

2.6	MARCO TEÓRICO .....	42
2.6.1	VIH/Sida.....	42
2.6.2	Enfermedades de alto costo .....	43
2.6.3	Afrontamiento.....	44
2.6.4	Escalas de Afrontamiento:.....	46
2.6.5	Adaptación.....	51
2.6.6	Duelo .....	54
3.	METODOLOGÍA.....	57
3.1.1	DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN .....	57
3.1.2	ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	57
3.1.3	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	57
3.1.4	SELECCIÓN DE LA MUESTRA .....	57
3.1.5	CRITERIOS DE INCLUSIÓN: .....	58
3.1.6	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: .....	58
3.1.7	INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN: ..	58
3.1.8	ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....	64
3.1.9	ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE DATOS .....	64
3.2	ASPECTOS ETICOS .....	65
3.3	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	66
4.	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN .....	67
4.1	RESULTADOS .....	67
4.1.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS .....	67
4.1.2	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	70
5.	DISCUSION.....	74

5.1	CONCLUSIONES.....	77
5.2	RECOMENDACIONES.....	79
6.	BIBLIOGRAFÍA.....	80
7.	ANEXOS.....	86

## TABLA DE ANEXOS

Anexo 1: Variables sociodemográficas .....	86
Anexo 2: Escala de Estrategias Modificada de Coping.....	87
Anexo 3: Consentimiento informado .....	93
Anexo 4: Cronograma .....	94
Anexo 5: Presupuesto .....	95
Anexo 6: Insumo para el personal de la Fundación .....	95

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Resumen del estado del arte .....	25
Tabla 2: Instrumento de recolección de la información: .....	63
Tabla 3: Distribución porcentual de los 12 factores de las estrategias de afrontamiento por percentiles en el total de los encuestados, RASA 2016.....	71
Tabla 4: Correlación individual de los diferentes factores con relación a la media del baremo de los encuestados, RASA 2016.....	73



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribución por sexo de los encuestados, RASA 2016 .....	68
Figura 2: Distribución por estrato socioeconómico de los encuestados, RASA 2016 .....	68
Figura 3: Distribución por estado civil de los encuestados, RASA 2016.....	69
Figura 4: Distribución por escolaridad de los encuestados, RASA 2016.....	69
Figura 5: Resultado total de cada factor de las estrategias de afrontamiento de los encuestados, RASA 2016 .....	72

## **Resumen**

### **Introducción**

El VIH/SIDA es una de las enfermedades que actualmente ha causado mayor impacto en el mundo desde su aparición, adquiriendo una gran trascendencia por el hecho de no ser curable. . lo anterior, debido a la capacidad que tiene el virus para modificar el ADN y replicarse, es por esto que sólo se ha logrado controlar a través de tratamientos antirretrovirales que dificultan la multiplicación viral y retrasan la aparición del SIDA.

Por lo tanto, al no tener cura es necesario intervenir de otra manera además del tratamiento farmacológico como por ejemplo en sus esquemas de personalidad negativos y ayudarlos a que logren interpretar de forma objetiva la información.

La Enfermería como parte integral de un trabajo interdisciplinario, se configura como un determinante para el control de los factores de riesgo y la incentivación en los pacientes portadores de VIH para la formación de factores de protección, que lo lleven a enfrentar su enfermedad y la aceptación de su realidad, logrando la interrelación con el medio en el cual se desarrollan de una forma más saludable y adaptativa, generando en él una toma de conciencia que lo lleve a responsabilizarse de su proceso de salud enfermedad y a mejorar la forma de relacionarse intra e interpersonalmente.

Es por esto que la investigación tuvo como fin generar una perspectiva más amplia sobre cuáles son las estrategias de afrontamiento que un paciente con VIH adopta para vivir con la enfermedad, permitiendo que el personal de salud comprenda de una manera global las necesidades de ellos para reforzar las intervenciones que promuevan su propio cuidado y el de los demás.

### **Objetivo:**

Determinar cuáles son las estrategias de afrontamiento que prevalecen en los pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la fundación RASA, con el propósito de generar un insumo que permita fortalecer el conocimiento del personal asistencial en beneficio del cuidado integral brindado a estos pacientes durante las actividades realizadas por la fundación.

**Metodología:**

El estudio se realizó con personas diagnosticadas con VIH sin distinción de género que asisten a la fundación RASA de la ciudad de Medellín. El enfoque de esta investigación es cuantitativo, tipo descriptivo. El instrumento que se utilizó para el estudio fue La Escala de Estrategias de Coping Modificada, EEC-M, conformada por 98 ítems y 14 componentes, se analizó su confiabilidad, validez y consistencia interna a partir del coeficiente de su Alfa de Cronbach de 0,893. Se realizó un muestreo no probabilístico a conveniencia en pacientes que asistieron a la fundación RASA a una actividad con fines educativos; en total asistieron 18 personas. El análisis se hizo utilizando el programa estadístico para ciencias sociales, SPSSPC (versión 21). Las variables cualitativas se evaluaron con medidas de frecuencia y las cuantitativas con medidas de tendencia central.

**Resultados:**

En cuanto a la edad de los participantes del estudio se encontró que el promedio de los encuestados fue de 39 años con una desviación estándar de 9, el tiempo de conocimiento del diagnóstico es de 9 años con una desviación estándar de 5 y el tiempo que llevan asistiendo a la Fundación RASA es de 4,5 años con una desviación estándar de 3. Respecto a la caracterización sociodemográfica de los encuestados se logró determinar que el sexo masculino predominó en este estudio con un 84% de la población y la mayoría pertenecientes a estrato socioeconómico 3, siendo en un 95% solteros y con escolaridad de universitarios en pregrado de un 36,8%.

Respecto a las estrategias de afrontamiento, se encontró que en la población encuestada predominó la estrategia de afrontamiento de búsqueda de apoyo profesional (86,56%), seguida por evitación cognitiva (72,89%), espera (70,11%), religión (69,44%). Por otra parte, la estrategia menos utilizada fue expresión de dificultad de afrontamiento (31,6%).

**Conclusiones:**

Al determinar las estrategias de afrontamiento que más prevalecen en los pacientes diagnosticados con VIH, se logró comprender cuál era la importancia de conocer dichas estrategias para beneficiar el cuidado integral que se le brinda a estos pacientes en la fundación.

Aunque la fundación invita a incluir en todo el proceso a los familiares y amigos, en los resultados se evidencia que la estrategia de apoyo social no es de más las usadas, por lo tanto la fundación podría apostarle más a la inclusión de este círculo social porque permitiría aportarles apoyo emocional e información para tolerar o enfrentar la situación que pueda generar estrés debido a esta enfermedad.

Lo evidenciado en los resultados da prueba del trabajo holístico y humanizado que realiza día a día la fundación RASA en los pacientes diagnosticados con VIH de la ciudad de Medellín.

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 JUSTIFICACIÓN**

El ser humano es un ser integral único e irreplicable con características que pueden ser compatibles con otros seres humanos pero que indiscutiblemente presentan diferencias significativas gracias a que en la estructuración de su personalidad confluyen factores internos y externos que se alimentan de las experiencias significativas vivenciadas en todas las etapas de su vida, siendo determinantes en sus diferentes niveles de desarrollo.(1)

Cada persona tiene una forma única de interpretar, asimilar y adaptarse a las diferentes circunstancias de la vida, desarrollando estrategias de afrontamiento orientadas por sus motivaciones intrínsecas y extrínsecas, y logrando aprender de sus experiencias y generar hábitos de conducta que los guiará a lo largo de su vida para adquirir estilos de vida saludables o autodestructivos, como respuesta a su formación integral y estructuración de su personalidad.(1)

El VIH/SIDA es una de las enfermedades que actualmente ha causado mayor impacto en el mundo desde su aparición adquiriendo una gran trascendencia por el hecho de no ser curable. Lo anterior debido a la capacidad que tiene el virus para modificar el ADN y replicarse, es por esto que sólo se ha logrado controlar a través de tratamientos antirretrovirales que dificultan la multiplicación viral y retrasan la aparición del SIDA. (2)

Por lo tanto al no tener cura es necesario intervenir de otra manera además del tratamiento farmacológico como por ejemplo en sus esquemas de personalidad negativos y ayudarlos a que logren interpretar de forma objetiva la información, debido a que el diagnóstico en estos casos es muy complicado, ya que los síntomas del SIDA como pérdida de la energía física y del interés por el mundo están íntimamente relacionados; una persona puede

interrumpir sus actividades por depresión, por fatiga o por falta de capacidad física. No tratar la depresión conlleva el riesgo de que la persona deje de tomar sus medicamentos y acelere su muerte, deben neutralizarse estas conductas generando estilos de vida saludables e incentivando la aparición de factores de protección que contrarresten en sí los factores de riesgo que puedan presentarse y afecten su relación consigo mismo y el medio en el cual se encuentran inmersos.(3)

Es así como La Fundación Red De Apoyo Social De Antioquia RASA, hace un aporte social como organización privada sin ánimo de lucro con el objetivo de proteger los derechos de los usuarios del SGSSS promoviendo la salud sexual, reproductiva y los hábitos de vida saludable con énfasis en VIH/SIDA entre otras patologías de alto costo, en pacientes de diferentes edades y estratos, generando en ellos un impacto psicoadaptativo que ayude a aumentar sus estrategias de afrontamiento para hacerle un frente positivo al diagnóstico.

Desde esta perspectiva y entendiendo que el diagnóstico puede ser un factor desencadenante de muchas patologías que afecten al individuo en todas sus esferas de desarrollo biopsicosocioespiritual, se hace necesario focalizar la intervención en la búsqueda, identificación y fortalecimiento de sus principales estrategias de afrontamiento, logrando con la aceptación de la enfermedad, generar un punto de partida para garantizar la eficacia del tratamiento y alcanzar el desarrollo integral y holístico del paciente, su estructura de personalidad y sus auto esquemas, potencializando con esto el autocuidado y por ende el cuidado hacia los demás.

Ha sido esto lo que ha generado gran inquietud y necesidad de investigar acerca del tema, debido a que se trabaja habitualmente de forma indirecta en la atención de salud de los pacientes portadores del virus, pero poco se sabe de cuáles pueden ser las estrategias más utilizadas para afrontar el diagnóstico, sobrellevarlo y darle un aporte positivo a su salud, manteniendo una capacidad mental de adaptación a nuevos retos que favorezcan el sistema inmunológico y le hagan frente positivo a la enfermedad.

La Enfermería como parte integral de un trabajo interdisciplinario, se configura como un determinante para el control de los factores de riesgo y la incentivación en los pacientes portadores de VIH para la formación de factores de protección, que lo lleven a enfrentar su enfermedad y la aceptación de su realidad, logrando la interrelación con el medio en el cual se desarrollan de una forma más saludable y adaptativa, generando en él una toma de conciencia que lo lleve a responsabilizarse de su proceso de salud enfermedad y a mejorar la forma de relacionarse intra e interpersonalmente.

Es por esto que la investigación tiene como fin generar una perspectiva más amplia sobre cuáles son las estrategias de afrontamiento que un paciente con VIH adopta para vivir con la enfermedad, permitiendo que el personal de salud comprenda de una manera global las necesidades de ellos para reforzar las intervenciones que promuevan su propio cuidado y el de los demás.

En Medellín son poco conocidas las fundaciones que se encargan del manejo de las enfermedades de alto costo velando por el cumplimiento de los derechos de estos pacientes, por eso es importante demostrar el impacto positivo que tiene el quehacer diario de fundaciones como RASA, que permiten a estos pacientes encontrar apoyo social, legal, tecnológico, psicológico y médico-asistencial todo en pro de un mejor estado de salud.

Es desde esta perspectiva como enfermería que es sinónimo de cuidado puede sacar provecho de esta información para permitirse brindar no solo una atención en salud sino asesoría individualizada desde el conocimiento de la enfermedad y los beneficios que trae en ella un apoyo integral.

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de defensa contra las infecciones y contra determinados tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias e impide el normal funcionamiento de la inmunidad, la persona infectada va cayendo gradualmente en una situación de inmunodeficiencia. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de linfocitos CD4.

La fase más avanzada de la infección por el VIH es el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida o sida que, en función de la persona, puede tardar de 2 a 15 años en manifestarse. Las personas que padecen sida pueden contraer ciertos tipos de cáncer e infecciones o presentar otras manifestaciones clínicas de gravedad.(2)

Llegando a este punto las siguientes estadísticas empleadas por la ONU SIDA buscan contextualizar en base a como se está viviendo en el año 2017 el VIH a nivel mundial con el fin de crear conciencia acerca del rápido crecimiento del virus; por medio de estos datos estadísticos se obtuvo que: “ 21,9 millones de personas tenían acceso a la terapia antirretrovírica y 36,9 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo en el 2017, también 1,8 millones de personas contrajeron la infección por el VIH, 1 millón de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida, 76,1 millones de personas contrajeron la infección por el VIH desde el comienzo de la epidemia., 35,0 millones de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida desde el comienzo de la epidemia”.(4)

Según el Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo de acuerdo al informe global en Colombia para el 2016, 44.556 hombres y 16.618 mujeres viven con VIH, Antioquia representa el quinto departamento con más prevalencia en esta enfermedad con 0.15% de la población, en relación con las ciudades Medellín tiene la mayor incidencia con un porcentaje de 0.24%, en general con un promedio de edad entre 30 y 48 años. (5)



La enfermedad de VIH ha sido catalogada como enfermedad de alto costo en Colombia, que genera impacto económico en el SGSSS y en la calidad de vida de las personas que lo padecen como lo menciona el Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo:

A partir del acuerdo 245 de 2003 se reconoció el VIH/sida y la Enfermedad Renal Crónica (ERC) como las patologías que más impacto financiero generaban dentro del grupo de enfermedades denominadas “indicativas”, lo que hizo pertinente la adopción de una política integral para el manejo del alto costo. Desde el año 2007, la Cuenta de Alto Costo (CAC) contribuye con el mantenimiento de la estabilidad del sistema de salud a través del ajuste de riesgo permitiendo que la atención de pacientes que viven con VIH pueda ser manejada con alta calidad técnico-científica.(5)

La alta incidencia de esta enfermedad permite cuestionar cuales son las razones que explican que en la actualidad donde se cuenta con un gran número de barreras protectoras se evidencien cifras tan significativas de contagios, buscando explicarlo desde otro punto de vista se entiende que las experiencias emocionales son una de las fuentes de información que tienen las personas acerca de sí mismas y además es uno de los factores que determina la accesibilidad de una información o pensamiento. Debido a esto, la evaluación que hace un individuo de su estado de salud puede variar dependiendo de cuál sea su estado anímico, lo que lleva a preguntar ¿el estado emocional influye en el reconocimiento o interpretación de síntomas físicos?, específicamente; las personas que exhiben un estado anímico negativo están más predispuestas a interpretar un indicio fisiológico como un posible problema de salud, como lo menciona: López, M “Toda enfermedad y el mismo hecho de enfermar tienen aspectos psicológicos y sociales que influyen en la aparición, manifestación, curso y pronóstico, por lo que es muy importante tratar de establecer relaciones entre aspectos psicológicos, sociales y biológicos como desencadenantes de una enfermedad, más que una relación única de causa-efecto”(6)

Aspecto sumamente relevante en las personas con VIH; Estos antecedentes tienen una importancia mayor, pues los eventos estresantes, luego de un diagnóstico como este y todo

su curso pueden influir de forma negativa o positiva según su rasgo de personalidad. Empíricamente, se ha observado que las personas, desde el momento en que reciben el diagnóstico o incluso desde la toma de muestras para el examen diagnóstico, experimentan en menor o mayor grado algún tipo de alteración emocional, con severidad, tiempo e intensidad variables, Sánchez M. afirma “el hecho de que estos enfermos conozcan que se encuentran infectados por el virus, puede ser un factor estresante suficiente para producir un estado de inmunodepresión capaz de incrementar el grado de vulnerabilidad a la acción del virus y de favorecer la enfermedad”(7)

En tal perspectiva, múltiples investigaciones realizadas en la última década muestran cómo el estrés, el afrontamiento y los estados emocionales influyen en el curso del VIH. Al respecto, hay evidencia de que la depresión y el estrés producen cambios en el sistema nervioso, inmunológico y endocrino, lo que influye para el desencadenamiento y evolución de la enfermedad.

Las reacciones emocionales que experimentan las personas afectadas por el VIH pueden calificarse como alteraciones universales, generales, lógicas y variables. Universales en cuanto pueden ser experimentadas, en mayor o menor cantidad o intensidad, por los seropositivos o enfermos de SIDA de todas las partes del mundo; generales y no específicas o exclusivas de la infección por el VIH porque ya han sido descritas con anterioridad en otros tipos de enfermedades; son consecuencias lógicas de la enfermedad puesto que se trata de respuestas de la persona ante un suceso estresante que pone en peligro su existencia; y variables debido a que existen diferentes reacciones entre los afectados y dentro del propio enfermo ya que, su estado psicológico fluctúa mucho a lo largo de todo el proceso de la enfermedad. (8)

Lo primero que necesita una persona en condición de VIH es resiliencia que es la capacidad de enfrentar un problema y superarlo, en este caso, es un problema latente y constante, si no se está en capacidad de enfrentarse a los problemas que son inherentes al diagnóstico, esto le hará perder el sentido de vida y traerá a futuro un posible estado depresivo, que actúa como efecto comorbido e influye de manera directa y negativa en la situación de salud que está viviendo el paciente, en su sistema inmunológico, calidad de vida y sentido de vida, ya que la salud es un estado de bienestar completo según la OMS, por lo tanto si un paciente tiene buenas estrategias de afrontamiento va a tener buena salud mental y buena salud física.

Según Lazarus y Folkman : El “esfuerzo” cognitivo y conductual que debe realizar un individuo para manejar esas demandas externas (ambientales, estresores) o internas (estado emocional) y que son evaluadas como algo que excede los recursos de la persona, es lo que se ha acordado denominar estrategias de afrontamiento.

Desde el marco teórico del modelo transaccional del estrés, Lazarus sugiere que ante una situación de estrés hay que tener en cuenta: a) la valoración o apreciación que la persona hace de los estresores, b) las emociones y afectos asociados a dicha apreciación y c) los esfuerzos conductuales y cognitivos realizados para afrontar dichos estresores.(9)

Esta investigación pretende conocer y caracterizar los tipos de afrontamiento en los pacientes diagnosticados con VIH de la Fundación RASA y determinar cómo desde el cuidado que se brinda en la Fundación se pueden apoyar positivamente las estrategias que permitan la adherencia al diagnóstico de estos pacientes, dándoles a conocer cuáles son las más utilizadas por ellos para aceptar y adherirse con más facilidad a su diagnóstico, con el fin de mostrar a los cuidadores y pacientes que se encuentran en la Fundación, cómo la ayuda brindada por ellos facilita el manejo del diagnóstico, el apoyo psicológico y emocional de estas personas.

### **1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento que prevalecen en los pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la fundación RASA, Medellín 2016?

### **1.4 OBJETIVOS**

#### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar las estrategias de afrontamiento que prevalecen en los pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la fundación RASA, 2016.

#### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar socio demográficamente a la población con VIH que asiste a la Fundación RASA.
- Identificar las estrategias de afrontamiento que prevalecen en los pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la Fundación RASA.
- Generar un insumo que permita fortalecer el conocimiento del personal asistencial en beneficio del cuidado integral brindado a estos pacientes durante las actividades realizadas por la fundación.

## **1.5 VIABILIDAD**

Se considera viable este proyecto porque se tuvo la participación directa en uno de los encuentros educativos que brinda la Fundación RASA para tener un acercamiento a la población en estudio, lo que permitió tener fácil acceso a la Fundación, con la autorización de la Directora, la participación y el consentimiento de los pacientes para realizar la encuesta. A su vez contamos con el aval de la Psicóloga que hizo uso del instrumento de la Escala de Estrategias de Coping Modificada que se utilizó en nuestro trabajo validada para una muestra Colombiana. Sin representar mayor costo económico.

## **1.6 ALCANCE**

El alcance de esta investigación tuvo como fin describir cuáles son las estrategias de afrontamiento que prevalecen en los pacientes de la Fundación RASA, haciéndolo a la luz de la teórica de Enfermería Merle H. Mishel quien menciona la incertidumbre y el afrontamiento de una manera particular que genera la necesidad de asumir conductas que permitan afrontar situaciones de estrés y de ansiedad a través de manejos adecuados de autocuidado y de afrontamiento.

## **1.7 DELIMITACIONES**

Para el análisis de la discusión y los resultados se tuvo en cuenta la teoría de enfermería de Merle H. Mishel quién menciona la incertidumbre y el afrontamiento frente a la enfermedad, se realizó específicamente en la Fundación Red de Apoyo Social de Antioquia RASA sin ánimo de lucro, que se encuentra ubicada en la Ciudad de Medellín carrera 81B n. 49-66 Barrio Calasanz, la encuesta se aplicó a los pacientes que asistan a un encuentro educativo semanal que realiza la Fundación.

## **1.8 LIMITACIONES**

Actualmente no se tiene un número exacto de la cantidad de personas que asisten a las sesiones semanales que realiza la Fundación con los pacientes diagnosticados con VIH, solo se contará con el acceso directo a los paciente para realizar la encuesta en un solo día. Además no hay certeza de que todos los pacientes que asistan acepten participar de la encuesta.

Otro aspecto importante fue que en el año 2015 cuando se inició la investigación la Corporación Universitaria Adventista no contaba con Comité de Ética, por lo tanto no lo cobija la norma para ser aprobado antes de llevarse a cabo, a pesar de esto se trabajó a luz de la norma de la confidencialidad del consentimiento informado.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 MARCO CONCEPTUAL.**

#### **2.1.1 Adaptación**

Capacidad de la persona para adecuar su conducta a las características del medio en que vive, consiguiendo el máximo aprovechamiento del mismo sin perder su equilibrio interno. Como proceso (proceso de adaptación), incluye mecanismos de asimilación (integración de nuevos datos a los patrones de conducta ya constituidos), acomodación (los nuevos datos transforman un patrón o esquema preexistente) y modificación del medio externo, que tienen como objetivo asegurar el equilibrio de la relación entre el organismo y su medio de vida.(10)

#### **2.1.2 Afrontamiento**

Conjunto de esfuerzos conductuales y cognitivos que realiza el individuo para hacer frente a las situaciones estresantes, así como para reducir el estado de malestar que produce el estrés. (11)

#### **2.1.3 Enfermedad de alto costo**

Las enfermedades de alto costo se caracterizan por presentarse en subgrupo de la población cuyos rasgos, en especial su estado de salud, les atribuye una mayor probabilidad de elevar el consumo de servicios. Adicionalmente son enfermedades cuyos desenlaces negativos son evitables ya que se pueden ofrecer intervenciones que permitan gestionar el riesgo y disminuir las complicaciones (hospitalizaciones, mayor consumo de medicamentos, entre otros), así como episodios no planeados dentro de la atención que derivan e inadecuados resultados en salud y sobrecostos.(5)

#### **2.1.4 SIDA**

Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Un conjunto de síntomas que surgen cuando el sistema inmunológico, debilitado por el VIH, permite la aparición de ciertas enfermedades, llamadas “oportunistas”.(12)

#### **2.1.5 VIH**

Es el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el cual afecta al sistema de defensas del organismo, llamado sistema inmunológico.

La función del sistema inmunológico es proteger al ser humano de las enfermedades. El VIH ataca a las células conocidas como Linfocitos T CD4, que participan de la función de dar la alerta al resto del sistema inmune sobre los gérmenes extraños que entran al cuerpo, para que los destruya. Si éstos fallan, es posible que distintos microorganismos (bacterias, virus, parásitos y hongos) que normalmente no afectarían la salud provoquen enfermedades.

Una persona que vive con VIH tiene el virus en su cuerpo. Vivir con VIH no necesariamente implica haber desarrollado síntomas o enfermedad, pero sí es posible transmitir el virus a otras personas.(12)



## 2.2 MARCO REFERENCIAL

Se puede evidenciar como se encuentra el estado del arte frente al tema de las estrategias de afrontamiento de las personas que conviven con el VIH, alrededor del mudo, teniendo en cuenta que las culturas, adaptaciones, estilos de vida y pensamientos son tan cambiantes, resulta interesante encontrar puntos en común que finalmente pueden ayudar a dilucidar cuál es el patrón de afrontamiento más repetitivo en estas personas. Ver tabla 1.

Tabla 1: Resumen del estado del arte

Año de publicación	Título	Lugar
2009	Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida	Medellín
2009	Caracterización de pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana egresados del Hospital "Manuel Fajardo Rivero"	Cuba
2010	Un modelo psicológico de adhesión en personas VIH+: modelamiento con ecuaciones estructurales	México
2011	Estudio preliminar de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con la adherencia al tratamiento de	Argentina

	personas que viven con VIH/SIDA	
2013	Estilos de afrontamiento en un paciente joven con virus de inmunodeficiencia humana/sida	Cuba
2013	Capacidad de afrontamiento y adaptación de pacientes con VIH-sida según modelo "Callista Roy" en una IPS de II nivel, Cartagena	Cartagena
2013	Estados afectivos, autorregulación psíquica y conductas frente a la enfermedad en pacientes con inicio de sida	Habana
2014	Sida: sufrimiento de las personas con la enfermedad	Cartagena
2014	Depresión en personas con VIH en dos municipios de Angola	Habana
2014	Desarrollo de un nuevo cuestionario para medir las estrategias que las personas con VIH usan para afrontar el estigma y la discriminación	España
2014	El uso de estrategias de afrontamiento de los	Santa Marta

	pacientes con el VIH y el cáncer en una clínica privada en Santa Marta	
2015	Estrategias de enfrentamiento utilizadas por personas viviendo con SIDA frente a la situación de enfermedad	Brasil
2015	Esquemas maladaptativos y estrategias de afrontamiento en sujetos diagnosticados con VIH	Medellín
2015	Estrategias de afrontamiento religioso y espiritual en personas que viven con VIH/SIDA	Brasil
2015	Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/Sida en Quindío	Quindío, Colombia
2018	Calidad de vida relacionada a la salud en personas con VIH y factores asociados	Uruguay, Montevideo

Una de las investigaciones que está más acorde con el tema en cuestión en este proyecto es la realizada por: Gaviria A. para la Universidad San Buenaventura en Medellín, titulada como: Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida (2009) que tuvo como objetivo principal: examinar la frecuencia y la eficacia de las estrategias de afrontamiento más utilizadas en el manejo de la ansiedad en una muestra y su metodología fue utilizar la escala de coping modificada en 92 pacientes

voluntarios entre los 23 a 68 años de ambos géneros, con diagnóstico de VIH/Sida en tratamiento antirretroviral en una Entidad Prestadora de Servicios de Salud (EPS) de la ciudad de Medellín. El resultado arrojado fue que los pacientes con VIH/Sida no presentaron niveles clínicamente significativos de ansiedad y depresión. Por este motivo es de gran ayuda y explicación, guiarnos en este trabajo de investigación, y canalizar nuestro estudio hacia unos resultados cuantitativos realizando encuestas tipo Likert, que nos arrojen resultados precisos acerca de lo que queremos estudiar en los pacientes diagnosticados con VIH. (13)

Además, se revisó una investigación realizada por García H. 2009, Cuba, que habla sobre la caracterización de los afrontamientos personales exitosos en pacientes con VIH. Donde se aplicó una encuesta a pacientes portadores de VIH/SIDA de evolución prolongada que se encontraban integrados a labores de salud, para conocer las estrategias personales encaminadas a lograr una convivencia con VIH efectiva, y para describir las regularidades en este sentido, un cuestionario semiestructurado a tales efectos. Se aplicó también la escala CRS para explorar la presencia o ausencia de depresión y su magnitud. Se constataron diferencias personales en el impacto del diagnóstico, no a todos les afectó por igual la noticia; en la mayoría de los casos (92 %), tuvo lugar una modificación de la personalidad, en los estilos de vida, renuncia a hábitos de riesgo para la salud y adquisición de nuevas motivaciones y comportamientos pro-sociales de compromiso con la superación personal. Se constató un énfasis y mayor poder regulador de los valores espirituales, una tendencia generalizada hacia un desarrollo humano de alta calidad, así como la consideración de la adversidad que implica la infección por VIH para estimular ese desarrollo.(14)

González M. 2010, México, en su estudio comenta Con base en un modelo psicológico se condujo un estudio transversal cuyo objetivo fue el evaluar con ecuaciones estructurales la influencia de un conjunto de variables psicológicas y sociales sobre los comportamientos de adhesión en 69 personas con VIH. El modelo estructural final reveló la influencia de las variables motivos y apoyo social sobre los mencionados comportamientos, explicando

ambas el 49% de la varianza total; asimismo, se observó una influencia de los comportamientos de adhesión sobre los niveles de carga viral y de este marcador biológico sobre las cuentas de linfocitos T CD4+. Este estudio contribuye a un mejor entendimiento de las variables que subyacen a la práctica eficiente de los comportamientos de adhesión en personas con VIH, por lo que los programas de intervención tendientes a promover y/o mantener esos comportamientos deben considerar el peso específico de algunas variables psicológicas y sociales, a lo largo del continuo de interacción.(15)

En el estudio realizado por Fuster Ruiz, España, donde se: “Desarrollo de un nuevo cuestionario para medir las estrategias que las personas con VIH usan para afrontar el estigma y la discriminación” (2011) cuyo objetivo fue elaborar un cuestionario para medir las estrategias que las personas con VIH usan para afrontar el estigma. Los resultados de esta investigación mostraron

“Que las personas con VIH usan tanto estrategias de aproximación como de evitación para afrontar el estigma, y que estas estrategias se dirigen tanto al estigma percibido hacia el grupo como al experimentado personalmente. En este sentido, este estudio ha hallado formas de afrontamiento concretas para el estigma asociado al VIH que no habían sido puestas de manifiesto por otros estudios y que pueden clasificarse según los factores descritos por el modelo: afrontamiento de Control Primario recoge estrategias dirigidas a alterar las condiciones objetivas, como el estresor o las respuestas emocionales ante él; afrontamiento de Control Secundario es aquel que se centra en las estrategias dirigidas a adaptarse al problema; y estrategias de Evitación recoge estrategias dirigidas a desimplicarse del problema o evitarlo” (16)

Es importante mencionar la investigación realizada por Ahumada M. 2011, Argentina, en la que habla de cómo la dinámica de la epidemia del VIH ha cambiado en los últimos tiempos. La aparición de la Terapia Antirretroviral Altamente Activa ha permitido comenzar a hablar del VIH como una enfermedad no necesariamente fatal, sino crónica. Además, ha reducido la morbilidad y la mortalidad asociadas con el VIH. Pero a pesar de tener acceso a este tipo de tratamiento, las personas viviendo con el VIH/sida (PVVs) muchas veces no cumplen con el tratamiento prescrito. Esto produce preocupación entre los equipos de salud, por lo que se han volcado a intentar encontrar aquellos elementos asociados con la no adherencia al tratamiento por parte de las PVVs. Estos han sido

múltiples y muy variados, por eso el presente trabajo pretende identificar algunas de las variables psicosociales asociadas con la adherencia al tratamiento por parte de las PVVs, específicamente las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido. Se exploró en 11 sujetos PVVs (tanto hombres como mujeres) que concurrieron a una OSC (Organización de la Sociedad Civil) que trabaja en la temática. Se administraron las técnicas: entrevista semiestructurada (se administra el cuestionario SMAQ -Simplified Medication Adherence Questionnaire- que mide adherencia, CRI (Coping Responses Inventory de Moos, R.), que mide estrategias de afrontamiento y el Cuestionario de Apoyo Social Percibido Duke-UNC-11, que mide apoyo social confidencial y afectivo. Se han encontrado algunas asociaciones entre los niveles de adherencia al tratamiento terapéutico y las respuestas de afrontamiento y apoyo social.(17)

Por otra parte, el Estudio de Rodríguez Y. 2013, Santiago de Cuba donde se presenta el caso clínico de un joven de 26 años de edad con virus de inmunodeficiencia humana/sida, quien muestra actitud negativa ante la vida, estilos de vida inadecuados y dificultades con la adhesión terapéutica, atendido por los integrantes de un equipo de salud del Policlínico Universitario " Se analizó el estilo de afrontamiento ante la enfermedad, para lo cual se utilizó la entrevista en profundidad y el análisis de contenido. Los resultados señalaron un afrontamiento pasivo, que se observa de forma relativamente estable, relacionado con prejuicios, actitudes, creencias y personalidad dependiente.(18)

De igual modo se efectuó el estudio de Barros S. 2013 del cual habla de la capacidad de afrontamiento y adaptación de pacientes con VIH-sida según modelo "Callista Roy" en una IPS de II nivel, Cartagena. Al medir el nivel de afrontamiento y adaptación de los pacientes de acuerdo a los cinco factores del modelo de Callista Roy, se logra inferir que en cuanto a las características personales y físicas que relacionan el proceso de afrontamiento y adaptación, la muestra estudiada no presentó en ninguno de los pacientes un nivel bajo de capacidad de afrontamiento y adaptación, donde la minoría de los individuos asumieron medianamente estrategias de afrontamiento y adaptación encaminadas a manejar las situaciones personales y físicas; y mayormente manifestaron un nivel de alta y muy alta

capacidad para asumir estrategias encaminadas al manejo de situaciones personales y físicas.(19)

Por otra parte, en el estudio que realizó Arraiga G. 2013, Habana, se reportó la relación entre VIH/sida y enfermedad mental, se estimaron estados afectivos, autorregulación psíquica, conductas frente a la enfermedad, linfocitos CD4+ y carga viral en 42 pacientes con inicio de sida con y sin síntomas psicopatológicos. Se emplearon estadísticas descriptivas y de comparación de medias para relacionar variables. Los estados afectivos negativos no fueron buenos indicadores de alteración psíquica, con medias homogéneas entre grupos. En pacientes sintomáticos predominó la toma de decisiones reflexivas-responsabilidad, con medias superiores para descontrol e inferiores en autocontrol indicadoras de peor afrontamiento. Puntajes altos para autocontrol se asociaron con baja carga viral, pero no con conteos de LT CD4+; no se relacionaron variables psíquicas con inmunocompetencia. (20)

Por otra parte, el estudio realizado por Montalvo A. titulado: Sida: sufrimiento de las personas con la enfermedad,2014, Cartagena, tuvo como objetivo Identificar el grado de Sufrimiento de las personas que conviven con el sida en dos instituciones de salud de Cartagena. De acuerdo a los resultados obtenidos se identificó que el grupo en estudio presentó miedo a lo desconocido, al avance de la enfermedad y a la muerte; tristeza y angustia por el rechazo o el señalamiento. Consideraron su sufrimiento máximo y moderado, condición que podría repercutir sobre la evolución de la enfermedad.(21)

Así mismo se realizó el estudio de Ceballos G. 2014 sobre el uso de estrategias de afrontamiento de los pacientes con el VIH y el cáncer en una clínica privada en Santa Marta, Colombia que tenía como objetivo identificar y analizar las estrategias para hacer frente a la enfermedad en pacientes con VIH y cáncer ingresados en una clínica privada en la ciudad de Santa Marta, Colombia, para mejorar el proceso de adaptación a la enfermedad, logrando modificar esquemas y comportamientos en relación a su salud, además de promover conductas saludables y actitudes de autocuidado en este tipo de

pacientes. Se realizó un estudio transversal, con una muestra de carácter aleatorio simple de 30 pacientes en total, de los cuales 22 eran portadores del VIH y 8 eran pacientes con Cáncer. Resultados: Los pacientes con VIH al igual que los de cáncer, no cuentan con la capacidad para afrontar la situación adversa que presenta.(22).

Fuster MJ. 2014, España, realizó un estudio que tuvo como objetivo elaborar un cuestionario para medir las estrategias que las personas con VIH usan para afrontar el estigma. Se partió para su desarrollo del modelo de Compas et al. (2001) sobre el estrés y su afrontamiento. Para ello, en primer lugar, y con la finalidad de obtener evidencias de validez de contenido, se realizó un estudio cualitativo. Este estudio, se realizaron 40 entrevistas en profundidad a personas con VIH para conocer que estrategias usaban estas personas para afrontar el estigma y la discriminación. A partir de las categorías halladas en el análisis del contenido de las entrevistas, se diseñaron los ítems de la escala. Se seleccionaron los más relevantes por un grupo de jueces expertos. En segundo lugar, se llevó a cabo un estudio cuantitativo de carácter correlacional en el que se realizó una primera aproximación a la estructura factorial del cuestionario. En este estudio participaron 557 personas con VIH. Los resultados de esta investigación han mostrado que las personas con VIH utilizan una variedad de estrategias de afrontamiento tanto de Control Primario, como Secundario y de Evitación. Conocerlas abre la puerta al diseño de intervenciones para capacitar a las personas con VIH para afrontar el estigma y la discriminación.(23)

Por último, Antonio L. 2014, Habana, demostró en su estudio la importancia del estado anímico en las estrategias de afrontamiento y estado de salud en un paciente con VIH entendiendo que la depresión constituye un evento frecuente en las personas con VIH, de ahí que su estudio haya cobrado interés, entre los profesionales encargados de la atención a este segmento de la población. Tuvo como objetivo estimar la frecuencia de la depresión y su relación con factores sociodemográficos en personas con VIH/sida. Concluyó que en la población estudiada la frecuencia de depresión fue relativamente baja con predominio de mujeres, personas jóvenes, con apoyo social y no asociada al empleo, al estado civil, ni a la escolaridad.(24)



De este mismo modo es importante resaltar la investigación realizada por Tabares R, Brasil 2015, donde se habla de las Estrategias de enfrentamiento utilizadas por personas viviendo con SIDA frente a la situación de la enfermedad, se pretende identificar las estrategias de afrontamiento de personas viviendo con SIDA frente a la situación de la enfermedad y analizarlas según variables sociodemográficas, clínicas y hábitos de vida.

El estudio identificó mayor media para el modo de enfrentamiento utilizado por personas viviendo con SIDA centrado en la emoción, o sea, relacionada al factor reevaluación positiva. Las mujeres y aquellos que trabajan posiblemente utilizan las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y en el problema semejantemente. El contexto afectivo familiar y la religiosidad pueden influenciar en el afrontamiento de la enfermedad de forma positiva. La adhesión al tratamiento puede ser identificada con un resultado positivo del afrontamiento. El entretenimiento y la práctica de actividad física pueden estar asociados a una forma de desviarse de los problemas advenidos de la enfermedad. En cuanto al tiempo de escolaridad y la renta se acredita en la influencia de la educación y de los recursos financieros en los modos de afrontamiento de la enfermedad.(25)

De la misma manera se realizó un estudio por Restrepo A. 2015, Medellín, el cual se evidencian esquemas maladaptativos (emt) y estrategias de afrontamiento en sujetos diagnosticados con VIH, dado que en los estudios se ha evidenciado que la forma en que se procesa la información puede favorecer o interferir negativamente en la salud y en la adherencia al tratamiento, se evaluaron los esquemas maladaptativos y las estrategias de afrontamiento en 31 sujetos diagnosticados con VIH de Medellín. Para esto se utilizó la escala de estrategias de afrontamiento y de esquemas maladaptativos tempranos validados para la población colombiana, donde se evidenció 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. Concluyendo que el esquema maladaptativo es el eje central del procesamiento de la información, a partir de este se pueden utilizar determinadas estrategias con el fin de

afrontar las situaciones estresantes, como en el caso de tener un diagnóstico de VIH-sida.(26)

Hay que mencionar también el estudio de Phino C. 2015, Brasil, donde se evalúa la religiosidad y las estrategias de afrontamiento religioso-espiritual en personas que viven con VIH/SIDA. Estudio transversal, descriptivo, con abordaje cuantitativo, llevado a cabo en un ambulatorio de referencia en VIH/SIDA de un hospital universitario de la ciudad de Recife, Brasil,. Del estudio, han participado 52 sujetos que viven con VIH/ SIDA, en lo cual se empleó cuestionario propio, la escala de religiosidad Duke, versión brasileña, y la escala de afrontamiento religioso espiritual (CRE). Se muestra relevante alentar las actividades religiosas y estrategias de CRE, en el pasado conocidas como inapropiadas en la práctica clínica.(27)

En el estudio realizado por Cardona D. 2015, Quindío, quien menciona que La Terapia Antirretroviral ha sido una respuesta efectiva ante la infección por VIH; sin embargo, al ser esta una enfermedad crónica algunas variables psicológicas pueden interferir en la adaptación al tratamiento y calidad de vida de los pacientes. Tuvo como objetivo identificar indicadores de depresión y factores asociados en un grupo de personas viviendo con VIH/sida en Quindío, Colombia. La depresión puede afectar con frecuencia a las personas que viven con VIH y los altos niveles de ansiedad se asocian a ella. Contar con una relación de pareja podría favorecer el estado de ánimo en estos pacientes, probablemente porque es fuente de apoyo social.(28)

Se encontró el estudio realizado por Cabrera S. 2018, Montevideo, en donde se menciona que aunque existe una mejoría significativa en la supervivencia consecuencia del impacto del tratamiento antirretroviral (TARV), numerosos estudios demuestran que existe una afectación de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en personas con virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Estudio transversal de una muestra no probabilística de personas con VIH, mayores de 18 años, recibiendo TARV, asistidas en el subsector público en un período de 24 meses. Se aplicó la encuesta MOS-HIV SF30 (CVRS). Se aplicó el

cuestionario SMAQ para evaluar adherencia. El score global de CVRS fue bueno a pesar de ser una población con múltiples vulnerabilidades. Si bien la adherencia se relacionó a mejor percepción de CVRS en algunos dominios, no tuvo impacto en el score global. La carga viral indetectable no fue predictor de mejor CVRS, lo que reafirma que los parámetros biológicos aislados no dan cuenta de la complejidad de la salud percibida. (29)

### **2.3 MARCO INSTITUCIONAL**

La Fundación Red de Apoyo Social de Antioquia (RASA) es una organización sin ánimo de lucro dedicada especialmente a la protección de los derechos de los usuarios del sistema general de salud, contemplados dentro de la norma vigente, entendiendo la salud como un derecho universal, en el que deben prevalecer los principios de equidad, solidaridad, oportunidad, calidad e inclusión.

Dicha fundación trabaja en pro del mejoramiento del desarrollo de actividades relacionadas con la protección de los derechos de los usuarios, vigilando el acceso a los servicios médicos contemplados a través de la normativa vigente, además trabaja para que los pacientes de alto costo puedan acceder a sus tratamientos y sus necesidades sean atendidas, desde la sospecha de la enfermedad, la detección de síntomas hasta la remisión, curación o cuidados paliativos.

Por medio de la incidencia de los escenarios de tomas de decisiones en la política de salud de Colombia tiene como fin asesorar al usuario en materias de garantías y derechos en el acceso a los servicios de salud. Servir como soporte a la población en general, y de manera especial a las personas diagnosticadas con enfermedades consideradas como alto costo.

Los servicios que prestan son: asesoramiento en los servicios de salud, asesoramiento en sistemas de pensiones, veeduría ciudadana en salud.(30)

La fundación RASA se destaca por su trabajo humanitario y por su equipo multidisciplinario permitiendo que los pacientes logren tener una buena calidad de vida, partiendo de este punto se definió realizar la investigación en este lugar.

## 2.4 MARCO LEGAL

- Dentro del marco legal de la investigación se tiene en cuenta la ley 100 de 1993, la cual ampara que todos los habitantes deberán estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y todos los afiliados recibirán un Plan Obligatorio de Salud – POS (31).
- Además, como la población serán pacientes diagnosticados con VIH es importante también la ley 972 de 2005, en la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado Colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida (32).
- También se incluye el decreto 1543 de 1997, en el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ITS) (33).
- Es indispensable tener en el marco legal la resolución 3442 DE 2006 en la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH / SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica (34).
- Es importante tener en cuenta el plan decenal de salud 1841 de 2013 en el cual el Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales.(35)
- En el Acuerdo 306 de 2005 se garantizará la atención en salud a todos los afiliados en los siguientes casos: Casos de infección por VIH. El Plan cubre la atención integral

necesaria del portador asintomático del virus VIH y del paciente con diagnóstico de SIDA en relación con el Síndrome y sus complicaciones (36).

- Igualmente se cuenta con el acuerdo 336 de 2006 donde se incluye en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado la Prueba de Genotipificación para el VIH, de acuerdo a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH /SIDA, a partir del 1° de enero del 2007 (37).
- Finalmente se tiene presente el acuerdo 380 de 2007 Por medio del cual se incluyen medicamentos anticonceptivos hormonales y el condón masculino en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (38)

## 2.5 MARCO DISCIPLINAR

Teoría de la Incertidumbre frente a la enfermedad Merle H. Mishel:

Esta teoría se relaciona con el proyecto porque está orientada hacia los profesionales de salud que trabajan a diario con pacientes con enfermedades crónicas y muchas veces terminales, ayudando a entender integralmente al paciente y lograr identificar de manera efectiva y oportuna los cambios de la condición clínica, tanto en el paciente como en su familia desde una perspectiva orientada hacia el cuidado y la atención.

La teoría de la Incertidumbre frente a la enfermedad se encarga de explicar los factores estresantes ante una condición de gravedad, es la ansiedad anticipatoria que el paciente desarrolla frente a sus temores, a través de procesos que responden por medio de la incertidumbre, y cómo los profesionales de salud pueden otorgar información valiosa para que el paciente aprenda a manejarla y contrarrestar sus ideas disfuncionales, logrando que controle sus emociones negativas y pueda llegar a utilizarla de forma positiva y adaptativa.

Cada persona afronta y se adapta al entorno de una manera única y particular, la necesidad de asumir conductas saludables que les permitan hacer frente a situaciones adversas en salud a través de manejos adecuados de autocuidado y de afrontamiento contribuye en el proceso de mejoramiento y adaptabilidad ante situaciones que aquejan la salud y que afectan la calidad de vida de las personas, cuidadores y familias.

Es evidente que las enfermedades crónicas se convierten día a día en indicadores importantes de morbimortalidad con tendencias a la creciente. Lo que se convierte en un reto para el personal de salud, quienes deben procurar implementar nuevas estrategias y programas que permitan un abordaje integral a las personas.(39)

M. Mishel propuso este modelo para evaluar la incertidumbre frente a la enfermedad basada en modelos ya existentes de procesamiento de la información de Warburton y en el estudio de la personalidad de Budner, lo que es exclusivo de Mishel es la aplicación del marco de la incertidumbre como factor estresante en el contexto de la enfermedad. Para ello

conceptualiza el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad como la incapacidad de la persona de determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad, siendo incapaz de dar valores definidos a los objetos o hechos y por lo tanto no puede predecir los resultados de los fenómenos motivado por la falta de información y conocimiento.

El marco estructural de la teoría de la Incertidumbre ante la enfermedad se compone de tres elementos principales:

1. Antecedentes de incertidumbre: Se refiere al marco de estímulos; a la forma, composición y estructura que la persona percibe, es decir, como se presentan los síntomas y entiende esté el patrón o configuración de estos, lo cual a la vez se le convierte en un factor de reconocimiento si estos son constantes. De esta manera le permitirá realizar en tal caso una interpretación y comprensión de la situación que afronta actualmente. Se requiere para ello de un buen procesamiento de la información, es decir, una buena capacidad cognitiva y a la vez de buenos proveedores de estructura los cuales les brindaran recursos para la debida interpretación.

2. El proceso de valoración: este punto señala el nivel de reconocimiento, la clasificación y la formación de la expresión del esquema cognitivo que la persona ha alcanzado, a través de la organización de los eventos y las tareas preceptuales en relación con la enfermedad. Se resalta que la experiencia de la incertidumbre es neutral, no es una experiencia deseada ni evitada hasta que no es valorada; la valoración de la incertidumbre comprende dos procesos principales:

- La inferencia: se construye a partir de las disposiciones de la personalidad y de las creencias generales acerca de uno mismo y de la relación que tiene uno con el ambiente.
- La ilusión: se define como la creencia construida sin incertidumbre y ésta puede ser vista con una luz particular con énfasis en los aspectos positivos.

3. Enfrentamiento de la enfermedad: Basado en la valoración, la incertidumbre puede ser vista como un peligro o una oportunidad: Incertidumbre, peligro y afrontamiento: una valoración peligrosa ocurre cuando la precisión predictiva de la inferencia es desconocida y esto se asocia con altos niveles de ansiedad y depresión, y pueden influir en la pérdida o ausencia de la credibilidad en las autoridades y falta de cuidado durante el diagnóstico y el tratamiento.

La teoría planteada por Merle H. Mishel sobre la incertidumbre ante la enfermedad permite acoplarse a las situaciones cambiantes y demandantes en salud que están surgiendo en la actualidad. Se debe de profundizar en la esfera biopsicosocial para no tratar de seguir la tendencia creciente de medicalizar la experiencia de sufrimiento frente al final de la vida de una persona y así tratarlas desde un enfoque integral.

La persona que se encuentra en una situación adversa frente a su salud no solo debe ser vista como un receptor de las acciones diseñadas, ofertadas y brindadas por los servicios de salud, sino también como un actor social y sujeto que define sus propias metas en la vida y por tanto toma decisiones respecto a su salud de manera consciente y sistemática. Por consiguiente, se debe procurar alcanzar y brindar una Atención Integral en Salud, para que las personas permanezcan sanas y en caso de enfermar, recuperen rápidamente su salud evitando en lo posible la ocurrencia de discapacidad o muerte.

Metaparadigma de enfermería según la teoría de Merle H Mishel:

- Persona: es un sistema biopsicosocial, la incertidumbre, invade casi todos los aspectos en la vida del ser. Este se encuentra lejos de un estado de equilibrio, donde pasa gradualmente de la negación a la aceptación y asimilación de enfermedad como parte de su realidad; y así mantener un estado salud y bienestar.
- Cuidado o enfermería: el profesional encargado interviene y trata de ayudar al paciente con la interpretación de los hechos surgidos a raíz de la enfermedad. Aplicando conocimientos que ha adquirido mediante la práctica.
- Salud: es lo ideal, carecer de enfermedad y hacer que el paciente acepte su estado de bienestar como algo normal en su vida. Se trata de hacer que el individuo acepte su estado de enfermedad a raíz de situaciones de incertidumbre.
- Entorno: constituido por diversos contextos donde se maneja ya sea la recuperación de la salud de la persona o un ambiente donde el paciente está en interacción con un personal encargado, de este depende la adaptación del individuo ya que dicha incertidumbre pueda hacer cambiar la perspectiva que tenga de la vida y su enfermedad.(39)



Cada persona es un mundo, al ser único y diferente tiene diversas formas de afrontamiento y adaptación en el entorno en el que se desenvuelve de una u otra forma en particular, por lo tanto, se establece la necesidad de asumir conductas funcionales que nos habiliten para identificar los factores desencadenantes y nos permitan a su vez, enseñar al paciente a afrontar situaciones generadoras de estrés y de ansiedad, enseñándoles manejos adecuados de autocuidado que puedan contribuir en el proceso de aceptación de la enfermedad como estrategia de afrontamiento ante situaciones de incertidumbre que son causadas por los diferentes desencadenantes de la enfermedad y las circunstancias adversas en salud padecidas por el paciente.

Es evidente que las patologías de alto costo y las enfermedades crónicas se convierten día a día en indicadores importantes de morbimortalidad con altos indicadores de incidencia generando tendencias a la creciente y aumento paulatino de los casos. Lo que se configura en un reto para el personal de salud y los equipos asistenciales interdisciplinarios, quienes deben procurar implementar nuevas estrategias y programas que permitan un abordaje integral a las personas procurando por el control de la enfermedad, mantenimiento de los estados de salud y el mejoramiento de la calidad de vida del paciente.

De igual forma es necesario fortalecer la forma como el paciente se interrelaciona consigo mismo y con su entorno familiar y social como factor determinante en su proceso de intervención y tratamiento.(40)

## **2.6 MARCO TEÓRICO**

### **2.6.1 VIH/Sida**

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH o HIV, por su siglas en inglés) es un virus que afecta al sistema de defensas del organismo, llamado sistema inmunológico. Una vez debilitado por el VIH, el sistema de defensas permite la aparición de enfermedades. Esta etapa avanzada de la infección por VIH es la que se denomina Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida). Esto quiere decir que el sida es un conjunto de síntomas (síndrome) que aparece por una insuficiencia del sistema inmune (inmunodeficiencia) causada por un virus que se transmite de persona a persona (adquirida).

Por eso, no toda persona con VIH tiene sida, pero sí toda persona que presenta un cuadro de sida, tiene VIH. Una persona con VIH no necesariamente desarrolla síntomas o enfermedades. Sin embargo, puede transmitirlo.

Llamamos enfermedades oportunistas a las infecciones o tumores que se desarrollan en el contexto de un sistema inmunológico deteriorado y son las que marcan un cuadro de sida. Las personas que llegan a la etapa de sida, pueden acceder a tratamientos que permitan revertir ese estado, superando la enfermedad que haya aparecido y recuperando un nivel adecuado de defensas.(41)

#### **2.6.1.1 Diagnóstico de VIH**

Las pruebas serológicas, entre ellas los análisis rápidos y los enzimoimmunoanálisis (EIA), detectan la presencia o ausencia de anticuerpos contra el VIH-1, el VIH-2 y el antígeno p24 del virus. Ninguna prueba permite diagnosticar por sí sola la presencia del VIH. Es importante combinar estas pruebas en un orden específico que haya sido validado basándose en la prevalencia del virus en la población objeto de examen. La infección por el

VIH se puede detectar con gran exactitud mediante pruebas precalificadas por la OMS en el marco de un enfoque validado.

Es importante señalar que las pruebas serológicas permiten detectar los anticuerpos que se generan como parte de la respuesta inmunitaria para luchar contra patógenos externos, y no el propio VIH.

En la mayoría de las personas, los anticuerpos contra el VIH aparecen a los 28 días de la fecha en que se contrajo la infección y, por tanto, no se pueden detectar antes. Este lapso se denomina periodo de seroconversión y es el momento de mayor infectividad, pero la transmisión puede producirse en todas las fases de la infección.

La práctica más correcta es realizar una nueva prueba de detección a todas las personas que hayan dado positivo en una primera prueba diagnóstica antes de atenderlos y tratarlos, con el fin de descartar que los resultados sean incorrectos o se haya proporcionado una información equivocada. Sin embargo, una vez se ha diagnosticado la infección y se ha empezado el tratamiento no se deben realizar nuevas pruebas diagnósticas.(42)

#### **2.6.1.2 Tratamiento para el VIH**

Es posible inhibir el VIH mediante tratamientos en los que se combinan tres o más fármacos antirretrovíricos. Aunque el TAR no cura la infección, frena la replicación del virus en el organismo y permite que el sistema inmunitario recobre fortaleza y capacidad para combatir las infecciones.(42)

#### **2.6.2 Enfermedades de alto costo**

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un lentivirus de la familia Retroviridae que infecta a las células del sistema inmunológico, alterando o anulando su función.

Esta infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunológico, con la consiguiente inmunodeficiencia. Se considera que el sistema inmunológico es deficiente cuando deja de cumplir su función de defensa contra las infecciones y enfermedades.

Mediante las Resoluciones 4725 de 2011 y 0783 de 2012 la Cuenta de Alto Costo (CAC) realiza el registro de la información de esta patología desde el 2008. Para el año 2014 se reportaron a la CAC 53.408 personas viviendo con VIH, una incidencia de 11.59 por cada cien mil afiliados y la prevalencia para el país fue de 0.12 por cada cien mil habitantes.(5)

### **2.6.2.1 Datos y cifras del VIH**

El VIH, que continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, se ha cobrado ya más de 35 millones de vidas. En 2016, un millón de personas fallecieron en el mundo por causas relacionadas con este virus.

A finales de 2016 había aproximadamente 36,7 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo, y en ese año se produjeron 1,8 millones de nuevas infecciones.

El 54% de los adultos y el 43% de los niños infectados están en tratamiento antirretrovírico (TAR) de por vida.

La cobertura mundial del TAR para las mujeres infectadas que están embarazadas o en periodo de lactancia es del 76%.

De acuerdo con los datos de 2016, en la Región de África de la OMS había 25,6 millones de personas infectadas. Esta Región es la más afectada y en ella se registran casi dos tercios de las nuevas infecciones por el VIH en el mundo.(42)

### **2.6.3 Afrontamiento**

Stone y Cols (1988) definieron el afrontamiento como “la serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles. Consiste, por lo tanto, en un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible las demandas internas y ambientales”.

Por otro lado, Lazarus y Folkman (1986), definen al afrontamiento como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para

manejar las demandas específicas externas y/ o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”(43)

El afrontamiento plantea una manera de manejar los pensamientos, sentimientos, emociones y conductas frente a situaciones estresantes en nuestra vida diaria; su concepto refleja una finalidad adaptativa, convirtiéndose en las herramientas necesarias para completar el proceso de supervivencia en un determinado medio, pues si bien es cierto, existe un elemento inicial, siendo en este caso la situación estresante, seguido estará el tipo de afrontamiento, extrayendo recursos frente al mismo y como último se tiene la respuesta adaptada de acuerdo a cada sujeto.(43)

### **2.6.3.1 Tipos de afrontamiento**

Cuando sucede un evento nuevo para el sujeto y se desconoce un evento similar, así como también los pensamientos y reacciones inherentes a él, se empieza a modificar el esquema mental del sujeto, incrementando en su inicial «tabula rasa» aquella nueva situación, junto con dicha emoción y conducta. Así entonces, el sujeto al estar frente a una situación similar a la que vivió inicialmente, sabrá de manera casi automática el pensamiento a generar, la reacción y la conducta que terminará por realizar.

Lazarus y Folkman (1986) plantean dos estilos de afrontamiento: centrado en el problema y centrado en la emoción.

Basándose en la explicación antes dada, el estilo de afrontamiento centrado en el problema, hará más relación al aspecto cognitivo, pues el sujeto empezará a crear pensamientos racionales entorno a la situación, logrando establecer vías y alternativas de salida, reflejando un aparente panorama de solución viable frente al mismo.

Por otro lado, el estilo de afrontamiento centrado en la emoción, se manejará entorno al sujeto mismo y en las emociones que le generen dicha situación; pues mientras el aspecto cognitivo reveló una aparente respuesta viable, descuidó por completo la carga emocional que la situación trajo consigo, haciendo que la intensidad de estrés y malestar emocional lleven todo el peso de la situación recayendo sobre el sujeto.

De esta forma encontraremos diversos sujetos con problemas o situaciones similares utilizando diferentes estilos de afrontamiento, es decir diferente forma de reaccionar y actuar, caracterizándose e identificándose entre sí (43)

#### **2.6.4 Escalas de Afrontamiento:**

Existen diferentes instrumentos y métodos para evaluar las estrategias de afrontamiento, en su mayoría derivados de la teoría de Lázarus y Folkman (1984).

Entre ellas las más nombradas son:

El inventario de Respuestas de Afrontamiento para adultos CRI-A de autoría del doctor Rudolf H. Moos, Ph. D, traducida y adaptada por la doctora Isabel María Mikulic, tiene como objetivo la evaluación de los diferentes tipos de repuestas de afrontamiento ante situaciones estresantes de la vida, combinando dos dimensiones: el foco del afrontamiento (en el problema o en la emoción) y el método del afrontamiento (cognitivo o conductual).

El Inventario evalúa ocho respuestas de afrontamiento, así:

- **Análisis lógico:** Esta escala se refiere a los intentos cognitivos de comprender y Prepararse mentalmente para enfrentar un estresor y sus consecuencias.
- **Revalorización positiva (R):** se refiere a los intentos cognitivos de construir y reestructurar un problema en un sentido positivo mientras se acepta la realidad de una situación.
- **Búsqueda de orientación y apoyo (BA):** referida a los intentos conductuales de buscar información, apoyo y orientación.
- **Resolución de problemas (RP):** referida a los intentos conductuales de realizar acciones conducentes directamente al problema.
- **Evitación cognitiva (EC):** referida a los intentos cognitivos de evitar pensar en el problema de forma realista.
- **Aceptación/Resignación (A):** referida a los intentos cognitivos de reaccionar al problema aceptándolo.
- **Búsqueda de gratificaciones alternativas (BG):** referida a los intentos conductuales de involucrarse en actividades substitutivas y crear nuevas fuentes de satisfacción.

- Descarga emocional (DE): referida a los intentos conductuales de reducir la tensión expresando sentimientos negativos.

El coeficiente alpha del instrumento fue elevado (0.97) y los coeficientes de las escalas específicas, adecuados. El uso de este tipo de inventarios, por su versatilidad, permite utilizarlo como instrumento de investigación y de evaluación de personas, pudiendo abarcar aspectos cuantitativos y cualitativos, elemento concomitante con el diseño mixto escogido para este ejercicio, su principal ventaja es que permite consultar a una población amplia de una manera rápida y económica (44)

Carver, Scheier y Weintraub (1989) construyeron el cuestionario multifactorial de afrontamiento COPE para evaluar los diferentes estilos con los cuales las personas respondían al estrés. Se realizó con estudiantes de pregrado que estaban enfrentados a un episodio estresante específico. El cuestionario contiene cinco escalas que miden estrategias de afrontamiento centradas en el problema (afrontamiento activo, planeación, supresión de actividades competitivas, afrontamiento restringido, búsqueda de apoyo social instrumental), cinco escalas de afrontamiento orientadas a emoción (búsqueda de apoyo social emocional, reinterpretación positiva, aceptación, negación y refugio en la religión) y tres escalas que evalúan las respuestas de afrontamiento (enfocado en la ventilación de emociones, desenganche comportamental y desenganche mental).

El indicador de Estrategias de afrontamiento (del inglés The Coping Strategy Indicator, CSI), fue construido por Amirkhan (1994).

Se demostró la adecuada consistencia psicométrica de la prueba tanto en un estudio realizado en laboratorio como en personas que participaron en programas educativos y terapéuticos. Martín, Jiménez y Fernández- Abascal (1997) describen que el coeficiente alpha de esta prueba oscila de 0,76 a 0,93. El cuestionario para niños Schoolagers' Coping Strategies Inventory (SCSI) de Ryan-Wenger (1990), es derivado de esta escala, y fue construido para evaluar la frecuencia y efectividad de las estrategias de afrontamiento al estrés en niños. Se reportó una adecuada consistencia interna (0,79) y en la prueba test-retest un reporte de 0,73 y 0,82, respectivamente (45)

El WCI de Lázarus y Folkman (1984), fue construido para evaluar el afrontamiento haciendo que las personas reconstruyeran situaciones estresantes recientes y describieran lo que pensaron, sintieron e hicieron en el momento. El cuestionario incluye 67 ítems con cuatro opciones de respuesta: (0) en absoluto, (1) en alguna medida, (2) bastante, (3) en gran medida.

La lista mide modos de afrontamiento dirigidos a la emoción y a la resolución de problemas. También se incluyen cuatro formas básicas de afrontamiento: acción directa, inhibición de la acción, búsqueda de información y una categoría compleja designada como afrontamiento intrapsíquico o cognitivo. El análisis factorial de los modos de afrontamiento distingue factores dirigidos a la resolución del problema (desarrollo de estrategias cognitivas y conductuales como son conseguir varias soluciones, buscar información y realizar un plan de acción y seguirlo) y factores dirigidos a la emoción (que influyen la búsqueda de apoyo social emocional, el distanciamiento, la evitación, la acentuación de los aspectos positivos de la situación y el autorreproche) (Lazarus & Folkman, 1986).

Charot y Sandín (1993) realizaron una versión modificada y mejorada del WCI, denominada Escala de Estrategias de Coping-Revisado (EECR). El instrumento está compuesto por nueve escalas: 1) Focalización en la situación problema, 2) Autocontrol, 3) Reestructuración cognitiva, 4) Búsqueda de apoyo social, 5) Religión o espiritualidad, 6) Búsqueda de apoyo profesional, 7) Autofocalización negativa, 8) Expresión emocional abierta y 9) Evitación.

Esta escala de Charot y Sandín fue seleccionada en investigaciones para analizar su validez, en uno de esos estudios que realizaron con la escala se identificó que las estrategias definidas como espera, conformismo y refrenar el afrontamiento no estaban representadas en el instrumento. Por otro lado, el grupo de investigadores realizó un análisis teórico de la escala, y expresó la necesidad de especificar las dimensiones cognitiva, comportamental y emocional de la estrategia que tenía definida la prueba como evitación, y diferenciar en la estrategia definida en la prueba como expresión emocional abierta, la reacción agresiva y la reacción depresiva.



Dado que estos cambios implicaban modificar la estructura del instrumento, se consideró que el procedimiento conducía a una modificación de la escala. Se especificaron los componentes y se construyeron nuevos enunciados, los cuales fueron identificados en un manuscrito el cual fue enviado a cinco jurados expertos, psicólogos residentes en Colombia con trayectoria clínica e investigativa, los cuales conocían y habían empleado el instrumento. El manuscrito contenía en hojas por separado cada uno de los diferentes componentes identificados como estrategias de afrontamiento al estrés con sus respectivos ítems, además de especificarse cuáles provenían del instrumento Coping EEC-R y cuáles fueron contruidos y adicionados al cuestionario por los investigadores.

Se identificaron las siguientes 15 estrategias: Búsqueda de alternativas, Conformismo, Control emocional, Evitación emocional, Evitación conductual, Evitación cognitiva, Reevaluación positiva, Reacción depresiva, Reacción agresiva (irritabilidad), Religión, Búsqueda de apoyo social, Búsqueda de apoyo profesional, Preocupación, Refrenar el afrontamiento.

Luego de obtener el concepto de los evaluadores expertos, el instrumento fue modificado de acuerdo con las sugerencias planteadas. Quedó conformado por 14 estrategias de afrontamiento: búsqueda de alternativas, conformismo, control emocional, evitación emocional, evitación comportamental, evitación cognitiva, reacción agresiva, expresión emocional abierta, reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social, búsqueda de apoyo profesional, religión, refrenar afrontamiento y espera. 98 preguntas conforman el instrumento, 7 preguntas por cada una de las estrategias de afrontamiento evaluadas. Este instrumento fue denominado Escala de Estrategias de Coping - Modificada (EEC-M) (45)

La Escala Estrategias de Coping - Modificada (EEC-M) fue construida con 98 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert, en un rango de frecuencia de 1 a 6 desde Nunca hasta Siempre. Se construyeron 14 escalas, pero el análisis de la validación de la escala para la muestra colombiana determina el uso únicamente de 12 componentes con un total de 69 preguntas, los componentes de la escala son los siguientes:

1. Solución de problemas: esta estrategia puede describirse como la secuencia de acciones orientadas a solucionar el problema, teniendo en cuenta el momento oportuno para analizarlo e intervenirlo
2. Apoyo social: esta estrategia refiere el apoyo proporcionado por el grupo de amigos, familiares u otros, centrado en la disposición del afecto, recibir apoyo emocional e información para tolerar o enfrentar la situación problema, o las emociones generadas ante el estrés.
3. Espera: esta estrategia se define como una estrategia cognitivo-comportamental dado que se procede acorde con la creencia de que la situación se resolverá por sí sola con el pasar del tiempo.
4. Religión: el rezo y la oración se consideran como estrategias para tolerar el problema o para generar soluciones ante el mismo
5. Evitación emocional: esta estrategia se refiere a la movilización de recursos enfocados a ocultar o inhibir las propias emociones.
6. Apoyo profesional: esta estrategia se describe como el empleo de recursos profesionales para tener mayor información sobre el problema y sobre las alternativas para enfrentarlo.
7. Reacción agresiva: esta estrategia hace referencia a la expresión impulsiva de la emoción de la ira dirigida hacia sí mismo, hacia los demás o hacia los objetos, la cual puede disminuir la carga emocional que presenta la persona en un momento determinado.
8. Evitación cognitiva: a través del empleo de esta estrategia, se busca neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, por medio de la distracción y la actividad.
9. Reevaluación positiva: a través de esta estrategia se busca aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema.
10. Expresión de la dificultad de afrontamiento: describe la tendencia a expresar las dificultades para afrontar las emociones generadas por la situación, expresar las emociones y resolver el problema.
11. Negación: describe la ausencia de aceptación del problema y su evitación por distorsión o desfiguración del mismo en el momento de su valoración.

12. Autonomía: hace referencia a la tendencia a responder ante el problema buscando de manera independiente las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas tales como amigos, familiares o profesionales. (45)

Como se pudo evidenciar anteriormente existen múltiples instrumentos y escalas que permite evaluar o medir el uso de las estrategias de afrontamiento ante una situación estresante vivenciada por el ser humano.

Teniendo en cuenta los diferentes criterios a abordar, en esta investigación se decidió utilizar la Escala de Estrategias de Coping- modificadas dado que es una escala que fue validada específicamente para una muestra colombiana con un Alpha de Cronbach de 0.893, luego de ser analizada y verificar que cumple con los diferentes parámetros a evaluar, además de soportar un método que indica la fiabilidad de una escala de medida, y evidenciar que su coeficiente es bueno, de conformidad a lo esperado. (46)

Es válido mencionar que la escala ha sido previamente utilizada por unos estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Medellín, en donde se aplicó el instrumento a pacientes diagnosticados con VIH, evidenciándose el cumplimiento de objetivos esperados, según lo inicialmente establecido. Adicionalmente, y como criterio de respeto a la privacidad y derechos de autor, para la toma de decisiones al elegir el instrumento idóneo para realizar la investigación y la recolección de la encuesta de los diferentes criterios a evaluar, en el momento de hacer las respectivas consultas sobre la escala, se tomaron las medidas correspondientes para hablar con la persona encargada de la validación y hacer un adecuado uso de la escala, es así como la psicóloga encargada de hacer la validación a Colombia aprobó directamente la utilización de esta escala para nuestro estudio, explicando de una forma precisa y detallada como se debía utilizar el instrumento en cuestión de medición, evaluación e interpretación.

### **2.6.5 Adaptación**

Callista Roy, Teórica de Enfermería, describe a las personas como seres holísticos, con partes que funcionan como unidad con algún propósito, no en una relación causa-efecto.

Los sistemas humanos incluyen a las personas como individuos, grupos, familias, comunidades, organizaciones, y a la sociedad como un todo”.

Los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizaje adquiridos mucho tiempo atrás; por esta razón, la enfermera debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte de un contexto del cual no se puede separar. Este concepto está directamente relacionado con el de adaptación, de tal forma que la percepción que tiene de las situaciones a las cuales se enfrenta es individuales y diferentes para cada uno.

Al realizar la valoración se destaca la necesidad de evaluar a la persona como un todo; la valoración del modo fisiológico y psicosocial constituye una oportunidad para conocer no solo su estado de salud, sino también la percepción que tiene de la situación que está viviendo en este momento, cómo la está afrontando y cuáles son sus expectativas frente al cuidado de enfermería, para promover su adaptación.

Ello permite establecer las estrategias más efectivas para lograr en forma conjunta la meta de enfermería, que, de acuerdo con los planteamientos del modelo, es promover la adaptación, entendida esta como un estado de bienestar del ser humano.(47)

#### **2.6.5.1 Estímulos de Adaptación de Roy:**

En el modelo, Roy define los estímulos como “todo aquello que provoca una respuesta. Es el punto de interacción del sistema humano con el ambiente”.

Clasificados así:

- Estímulo focal. “Es el objeto o evento que está presente en la conciencia de la persona. La persona enfoca toda su actividad en el estímulo y gasta energía tratando de enfrentarlo”. Este estímulo es el factor que desencadena una respuesta inmediata en el paciente, que puede ser adaptativa o inefectiva, según si promueve o no la adaptación.
- Estímulos contextuales. Son todos aquellos que contribuyen al efecto del estímulo focal. Es decir, ayudan a mejorar o empeorar la situación.
- Estímulos residuales. Son factores ambientales dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos, cuyo efecto no es claro en la situación actual.

Roy también identifica unos estímulos comunes a todas las personas, que en un momento dado pueden ser focales, contextuales o residuales.

Entre estos se encuentran:

- Los estímulos culturales, que comprenden el nivel socioeconómico, la etnicidad y el sistema de creencias.
- Los estímulos familiares, que involucran la estructura y las tareas del grupo familiar.
- Los estímulos relacionados con la etapa de desarrollo.
- Los estímulos relacionados con la integridad de los modos adaptativos, con la efectividad del mecanismo cognitivo y el nivel de adaptación.
- Los estímulos relacionados con el ambiente, tales como los cambios en el ambiente interno y externo, el manejo médico, el uso de drogas, el alcohol, el tabaco, la situación social, política y económica.

Estos estímulos siempre están presentes y son relevantes al conjugarse con otros, pues desencadenan respuestas adaptativas o inefectivas en el individuo. Si tomamos como ejemplo la etapa de desarrollo, que es un estímulo común, y la conjugamos con un evento como una caída, vamos a encontrar que la respuesta varía si se presenta en un niño o en un anciano. En la mayoría de los casos, el niño podrá adaptarse mucho más fácilmente a las consecuencias de esta. En un anciano, si la caída no tiene complicaciones, como fracturas, el solo hecho de haberse presentado puede ocasionar mayor inseguridad y temor a los desplazamientos, lo cual podría limitar su actividad física. Si, por el contrario, la caída ocasiona una fractura de fémur, las consecuencias de esta situación pueden ser catastróficas e incluso las complicaciones de la inmovilidad pueden llevar a la muerte.

La identificación de los estímulos, al igual que la adaptación, es un proceso dinámico; en la medida en que varía la situación cambian los estímulos, y en un momento dado, un estímulo que no era importante se puede volver focal, contextual o residual.

El análisis permanente de la relación estímulo–respuesta permite al profesional de enfermería determinar la prioridad e individualidad de los planes de cuidado, y de esta manera pueden ajustarse a los cambios que se presentan en el nivel de adaptación.(47)

### **2.6.5.2 Niveles de adaptación:**

El nivel de adaptación describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo, para satisfacer las necesidades humanas.

En el nivel compensatorio los mecanismos reguladores y cognitivo se activan, como un reto de los procesos integrados para buscar respuestas adaptativas, procurando restablecer la organización del sistema.

El nivel de adaptación comprometido se presenta cuando las respuestas de los mecanismos mencionados son inadecuadas y, por lo tanto, resulta un problema de adaptación.

La condición cambiante del nivel de adaptación afecta la habilidad del sistema adaptativo humano para responder positivamente a la situación. Actúa como un sistema de amortiguación del estímulo focal y se comporta a su vez como otro estímulo; de aquí la importancia de establecer el nivel previo a la situación actual del individuo. El nivel de adaptación depende fundamentalmente de la estructuración de los subsistemas regulador y cognitivo, que constituyen los mecanismos de enfrentamiento de la persona.(47)

### **2.6.6 Duelo**

El duelo es un proceso normal vivenciado por el ser humano cuando se enfrenta a una experiencia de ruptura emocional, pasando por diferentes etapas que van desde la negación del suceso traumático hasta la aceptación de la realidad y el desarrollo de estrategias de afrontamiento para lograr la adaptación funcional o la generación de componentes psicológicos disfuncionales que no le permiten al ser humano superar las etapas y desarrollar emociones funcionales, por lo tanto es normal y natural que se manifieste una reacción emocional displacentera que puede afectar el comportamiento y la forma como se interrelaciona consigo mismo y el medio en el cual se desenvuelve, vivenciándose de diferentes formas donde existe la tendencia de expresar emociones de sufrimiento y aflicción especialmente cuando un vínculo afectivo se rompe o se presenta un cambio trascendental que afecte todo su entorno o la forma como desarrolla su estilo de vida, por ejemplo en el caso específico de una enfermedad.

Desde una perspectiva de desarrollo biopsicoespiritual y afrontamiento objetivo de la realidad, se puede lograr una respuesta adaptativa normal que incluye componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión de los sentimientos o pensamientos que se pueden estar viviendo y la forma como se interprete la realidad a la cual se enfrenta. Sin embargo y teniendo en cuenta que el ser humano es único y diferente cada uno puede reaccionar de diversas formas ante el mismo estímulo o situación, lo cual dificulta determinar la existencia de una respuesta concreta a la pregunta ¿en qué momento se ha terminado un duelo?, por lo tanto es necesario realizar un abordaje integral e interdisciplinario al paciente logrando analizar e identificar sus diferentes formas de afrontamiento y considerar que es imprescindible haber completado las diferentes etapas solo hasta llegar al restablecimiento emocional.

Durante este periodo el enfermo y la familia experimentan una serie de sentimientos que los prepara emocionalmente para este destino que incluye una gran preocupación por el enfermo, la preparación para el desenlace y la adaptación a los cambios que conlleva. El primer paso para comenzar este duelo es aceptar la realidad que nos ha sido informada, para así tomar conciencia de lo que está sucediendo, liberando las emociones que surgen frente a lo inevitable y brindando al doliente mayores recursos internos para manejar sus emociones. Por lo tanto el duelo anticipado comprende el periodo de tiempo que va desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la muerte siendo testigo del debilitamiento progresivo que sufre el enfermo. (48)

Kübler-Ross señaló que las personas que se encontraban en duelo transitaban por cinco fases durante el duelo: negación, ira, pacto/negociación, depresión y aceptación. La autora observó que estas fases duraban diferentes periodos de tiempo; y se sucedían unas a otras o que en ocasiones se solapaban.

Kübler-Ross definió negación como la imposibilidad de aceptar y reconocer como un hecho real que se padezca la enfermedad, por lo que el diagnóstico recibido se atribuye a errores médicos o algún tipo de equivocación.

La ira es definida como una reacción emocional de rabia, envidia, resentimiento y hostilidad por haber perdido la salud y es dirigida hacia todo el entorno que se percibe

como sano o responsable de la enfermedad, ya sea personal sanitario, familiares, amistades, incluso hacia Dios. También incluye la ira u hostilidad dirigida hacia sí mismo al culparse de haberse provocado la enfermedad, pudiéndose incurrir en conductas de riesgo autodestructivas.

El pacto/ negociación es una forma de afrontar la culpa y se entabla, de forma imaginaria o real, con aquéllos hacia las cuales dirigió la ira. Ahora no se perciben como culpables, sino comprometidos con la recuperación del paciente, por lo que éste les hace promesas para alcanzar metas terapéuticas, de supervivencia o desarrollo personal. Se abandona cualquier conducta autodestructiva y empieza a comprometerse con la recuperación.

La depresión son sentimientos de un profundo vacío y dolor ante la penosa situación que el paciente vive, adoptándose una actitud de claudicación ante la enfermedad. En esta fase puede abandonar el tratamiento y dejar de ir a las citas médicas.

La aceptación se define como el reconocimiento de la enfermedad y situación de dolor y limitaciones que conlleva, sin buscar culpables, ni adoptar una posición de derrota, sino asumir una actitud responsable de lucha y supervivencia. A esta fase se alcanza tras realizar un balance de la pérdida y dar nuevos significados a la situación que se vive.(48)



### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN**

Personas diagnosticadas con VIH sin distinción de género ni rangos de edad que asisten a la fundación RASA de la ciudad de Medellín.

#### **3.1.2 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN**

El enfoque de esta investigación es cuantitativo porque partió de una idea delimitada de la cual se derivaron objetivos y una pregunta de investigación, se revisó la literatura, se construyó un marco teórico, se determinaron variables y luego se desarrolló un plan para medirlas. (49)

#### **3.1.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación es de alcance descriptivo porque mide conceptos, definen variables, se analiza el comportamiento de estas mediciones realizadas en la población con métodos estadísticos y se establecen conclusiones respecto a la pregunta de investigación. Es de corte transversal debido a que la temporalidad de las mediciones se realiza en un periodo específico del tiempo. (50)

#### **3.1.4 SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

Se realizó un muestreo no probabilístico a conveniencia en pacientes que asistieron a la fundación RASA a una actividad con fines educativos; en total asistieron 19 personas, con exclusión de la encuesta número 15 debido a que tenía un porcentaje mayor al 50% de preguntas sin respuesta, a las 18 personas se le aplicó la escala de estrategias de Coping - Modificada (EEC-M) en el cual se miden 14 ítems, pero se excluyeron los factores: control

emocional y expresión emocional con las siguientes preguntas: 1, 2, 3, 8, 13,16, 17, 19, 20, 22, 30, 31, 34, 36, 37, 45, 50, 51, 59, 69, 72, 76, 77, 83, 86, 87, 89, 91, 92 esto se hizo según la modificación que se presentó con la validación de la escala por la psicóloga para la muestra Colombiana.

### **3.1.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Pacientes diagnosticados con VIH independiente del género, la edad, distinción de variables sociodemográficas y el régimen de seguridad social.

### **3.1.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

Durante la investigación se excluyó aquellas personas que no quisiera firmaron el consentimiento informado.

### **3.1.7 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:**

Se realizó una tabla de variables con preguntas relacionadas con la información sociodemográficas lo cual permitió caracterizar a la población. Ver Anexo 1.

También se usó La Escala Estrategias de Coping - Modificada (EEC-M) (Ver Anexo 2), validada para Colombia por la Psicóloga Nora Londoño, fue construida con 98 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert, en un rango de frecuencia de 1: Nunca, 2: Casi nunca, 3: A veces, 4: Frecuentemente, 5: Casi siempre, 6: Siempre. A continuación se presenta que significa cada tipo de afrontamiento y el número de pregunta que lo evalúa:

**1. Solución de problemas:** esta estrategia puede describirse como la secuencia de acciones orientadas a solucionar el problema, teniendo en cuenta el momento oportuno para analizarlo e intervenirlo (SP) 15, 27, 29, 41, 43, 55, 57, 71, 97

15. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados

- 27. Espero el momento oportuno para resolver el problema
- 29. Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo
- 41. Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación
- 43. Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones
- 55. Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas
- 57. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema
- 71. Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas
- 97. Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar

**2. Apoyo social:** esta estrategia refiere el apoyo proporcionado por el grupo de amigos, familiares u otros, centrado en la disposición del afecto, recibir apoyo emocional e información para tolerar o enfrentar la situación problema, o las emociones generadas ante el estrés. (BAS) 10, 24, 38, 39, 52,66, 80

- 10. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento
- 24. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema
- 38. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema
- 39. Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema
- 52. Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal
- 66. Pido a algún amigo o familiar que me indique cual sería el mejor camino a seguir
- 80. Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos

**3. Espera:** esta estrategia se define como una estrategia cognitivo-comportamental dado que se procede acorde con la creencia de que la situación se resolverá por sí sola con el pasar del tiempo. (ESP) 14, 28, 42, 44, 56, 58, 70, 84, 98

- 14. Espero a que la solución llegue sola
- 28. Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona
- 42. No hago nada porque el tiempo todo lo dice
- 44. Dejo que las cosas sigan su curso
- 56. Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar
- 58. Me resigno y dejo que las cosas pasen
- 70. Considero que las cosas por sí solas se solucionan
- 84. Espero que las cosas se vayan dando
- 98. Dejo que pase el tiempo

**4. Religión:** el rezo y la oración se consideran como estrategias para tolerar el problema o para generar soluciones ante el mismo. (REL) 12, 26, 40, 54, 68, 82, 96

- 12. Asisto a la iglesia
- 26. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro
- 40. Tengo fe en que Dios remedie la situación
- 54. Rezo
- 68. Acudo a la iglesia para poner velas o rezar
- 82. Dejo todo en manos de Dios
- 96. Busco tranquilizarme a través de la oración

**5. Evitación emocional:** esta estrategia se refiere a la movilización de recursos enfocados a ocultar o inhibir las propias emociones. (EE) 18, 32, 33, 46, 60, 62, 74, 88

- 18. Procuero guardar para mí los sentimientos
- 32. Procuero que los otros no se den cuenta de lo que siento
- 33. Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema
- 46. Trato de ocultar mi malestar
- 60. Inhibo mis propias emociones
- 62. Niego que tengo problemas
- 74. Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros
- 88. Trato de evitar mis emociones

**6. Apoyo profesional:** esta estrategia se describe como el empleo de recursos profesionales para tener mayor información sobre el problema y sobre las alternativas para enfrentarlo.

(BAP) 11, 25, 53, 67, 81

- 11. Procuero conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional
- 25. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten
- 53. Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar
- 67. Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión
- 81. Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales

**7. Reacción agresiva:** esta estrategia hace referencia a la expresión impulsiva de la emoción de la ira dirigida hacia sí mismo, hacia los demás o hacia los objetos, la cual puede disminuir la carga emocional que presenta la persona en un momento determinado. (RA) 7, 21, 35, 49, 63

- 7. Descargo mi mal humor con los demás
- 21. Me comporto de forma hostil con los demás
- 35. Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias

- 49. Me dejo llevar por mi mal humor
- 63. Me salgo de casillas

**8. Evitación cognitiva:** a través del empleo de esta estrategia, se busca neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, por medio de la distracción y la actividad. (EC) 47, 48, 61, 75, 90

- 47. Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema
- 48. Evito pensar en el problema
- 61. Busco actividades que me distraigan
- 75. Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema
- 90. Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas

**9. Reevaluación positiva:** a través de esta estrategia se busca aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema. (RP) 9, 23, 65, 79, 93

- 9. Intento ver los aspectos positivos del problema
- 23. Intento sacar algo positivo del problema
- 65. A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo
- 79. Tengo muy presente el dicho “al mal tiempo buena cara”
- 93. Trato de identificar las ventajas del problema

**10. Expresión de la dificultad de afrontamiento:** describe la tendencia a expresar las dificultades para afrontar las emociones generadas por la situación, expresar las emociones y resolver el problema. (EDA) 64, 73, 78, 85

- 64. Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento
- 73. Me es difícil relajarme
- 78. Así lo quiera, no soy capaz de llorar
- 85. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas.

**11. Negación:** describe la ausencia de aceptación del problema y su evitación por distorsión o desfiguración del mismo en el momento de su valoración. Negación (NEG) 4, 5, 6

- 4. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado
- 5. Me alejo del problema temporalmente (Tomando unas vacaciones, descansando, etc.)
- 6. Procuero no pensar en el problema

**12. Autonomía:** hace referencia a la tendencia a responder ante el problema buscando de manera independiente las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas tales como amigos, familiares o profesionales. (AUT) 94, 95

94. Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás

95. Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional

Tabla 2: Instrumento de recolección de la información:

Aparte de estas variables se adicionaron las preguntas para caracterización sociodemográfica como se puede observar en la Tabla 2.

<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>NATURALEZA</b>	<b>NIVEL DE MEDICIÓN</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>CATÉGORIA DE VALORES</b>
Edad	Número de años cumplidos	Cuantitativo-discreta	Razón	Años	
Sexo	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos	Cualitativa Dicotómica	Nominal		1.Masculino 2.Femenino
Estrato socioeconómico	Clasificación de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos.	Cualitativa Politómica	Ordinal	Números	1.1 2.2 3.3 4.4 5.5 6.6
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Cualitativa- Politómica	Nominal		1.Soltero (a) 2.Casado (a) 3.Divorciado (a) 4.Separado (a) 5.Viudo (a) 6.Unión libre
Escolaridad	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Cualitativa- politómica	Ordinal		1.Primaria 2.Bachillerato 3.Tecnica 4.Tecnologia 5. Pregrado 6.Posgrado 7. Ninguna

Desde cuando conoce el diagnostico	Tiempo en meses de ser diagnosticado.	Cuantitativo-Discreto	Razón	Meses	
Tiempo asistiendo a la fundación RASA	Tiempo en meses que asiste a la Fundación RASA que es una organización sin ánimo de lucro, dedicada a la protección de los derechos de los usuarios.	Cuantitativo-Discreto	Razón	Meses	

### **3.1.8 ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

El instrumento que se utilizó para el estudio fue La Escala de Estrategias de Coping Modificada, EEC-M, conformada por 98 ítems y 14 componentes, se analizó su confiabilidad, validez y consistencia interna a partir del coeficiente de su Alfa de Cronbach de 0,893. (1)

### **3.1.9 ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE DATOS**

El análisis se realizó utilizando el programa estadístico para ciencias sociales, SPSS-PC (versión 21).

Las variables cualitativas se evaluaron con medidas de frecuencia y las cuantitativas con medidas de tendencia central. (45)

El análisis total de la escala se hizo de acuerdo al baremo de la autora.



### 3.2 ASPECTOS ETICOS

De acuerdo con los principios bioéticos establecidos en la Declaración de Helsinki (51) y en la Resolución 8430 de octubre 4 de 1993 (52) y debido a que esta investigación se consideró como un estudio de riesgo mínimo y en cumplimiento con los aspectos mencionados con el Artículo 6 de la presente Resolución, este estudio se desarrolló conforme a los siguientes criterios:

- De acuerdo a la Declaración de Helsinki y bajo la Resolución 008430/93 se tuvieron presente los cuatro principios bioéticos que se respetaron en todo el transcurso de la investigación, los cuales fueron: Autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Estos se cumplieron al no ocasionar ningún daño intencional, se buscó siempre el bienestar del participante, quien en todo momento tuvo libertad de actuar según sus convicciones.
- El instrumento utilizado en esta investigación ya fue realizado en una población colombiana.
- Los resultados que se obtendrán en esta investigación no se puede obtener por otro medio idóneo que no sea por medio del instrumento aplicado.
- Este estudio se clasifica como investigación con riesgo mínimo por emplear una encuesta para la recolección de datos, pero dejando claro que la investigación garantiza la seguridad de los participantes mientras realizan la encuesta.
- Se cuenta con el consentimiento informado escrito realizado bajo las normas legales dispuestas en la Resolución 008430/93 (Ver Anexo 3)
- Esta investigación se llevó a cabo cuando se obtenga la autorización del representante legal de la institución investigadora y de la Fundación RASA donde se realizará la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes.

Se informó a los participantes sobre los objetivos del estudio y las condiciones éticas del mismo, y quienes voluntariamente decidieron participar en el estudio, firmaron el consentimiento informado y respondieron el cuestionario.

### **3.3 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**

El cronograma de actividades se realizó desde el inicio de la propuesta de investigación en año 2015, en el transcurso se programó la fecha para junio de 2016 para realizar la toma de la muestra y se modificó de acuerdo a los cambios realizados durante las ponencias en los semilleros internos, el encuentro regional de RedCOLSI en la UPB en Medellín el 5 de Mayo de 2016, y en el encuentro nacional de RedCOLSI en la ciudad de Cúcuta el 14 de octubre de 2016 finalmente se terminó la construcción con la asignación de asesor final para presentar el proyecto (Ver anexo 4) de la misma forma se modificó el presupuesto (Ver anexo 5).

## **4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

### **4.1 RESULTADOS**

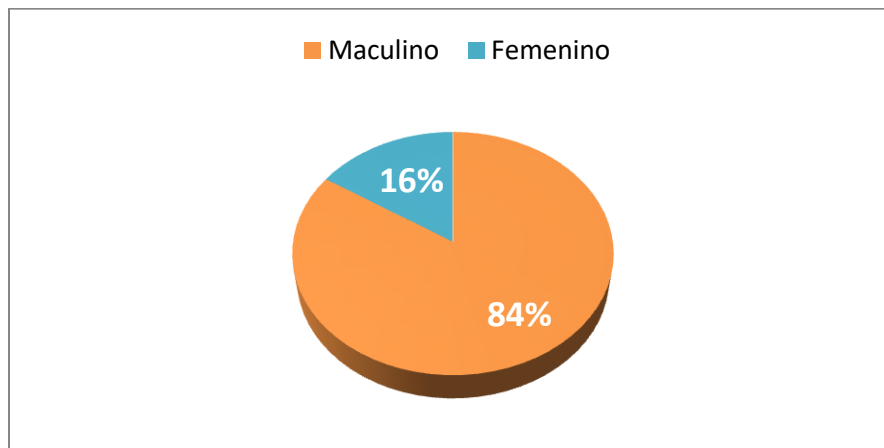
#### **4.1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

En el presente estudio se trabajó con una población de 18 personas diagnosticadas con VIH de la Fundación RASA Medellín 2016, en donde se caracterizó sociodemográficamente la población encuestada.

En cuanto a la edad de los participantes del estudio se encontró que el promedio de los encuestados fue de 39 años con una desviación estándar de 9, el tiempo de conocimiento del diagnóstico es de 9 años con una desviación estándar de 5 y el tiempo que llevan asistiendo a la Fundación RASA es de 4,5 años con una desviación estándar de 3.

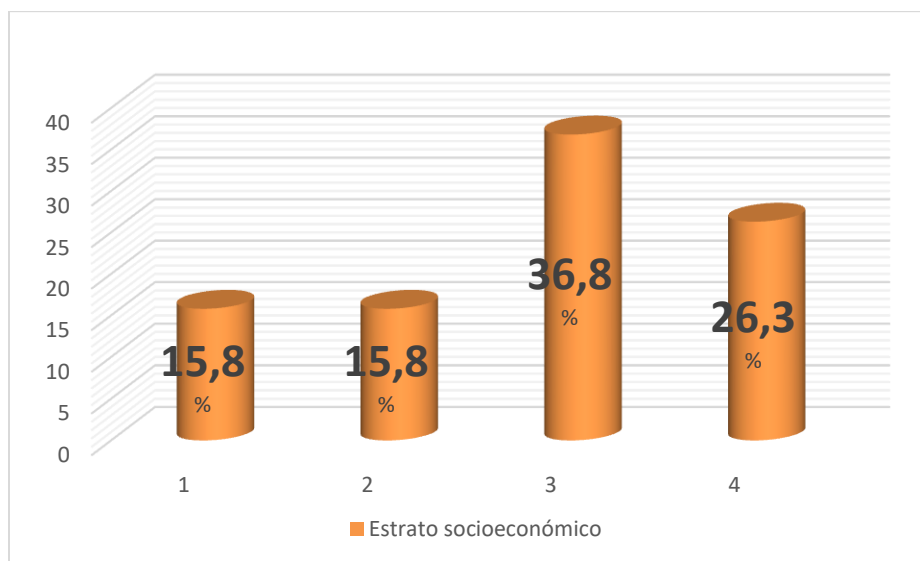
Respecto a la caracterización sociodemográfica de los encuestados se logró determinar que el sexo masculino predominó en este estudio con un 84% de la población (Figura 1), y la mayoría pertenecientes a estrato socioeconómico 3 en un 36.8% (Figura 2). Siendo en un 95% solteros (Figura 3) y con escolaridad de universitarios en pregrado de un 36,8% (Figura 4)

**Figura 1: Distribución por sexo de los encuestados, RASA 2016**



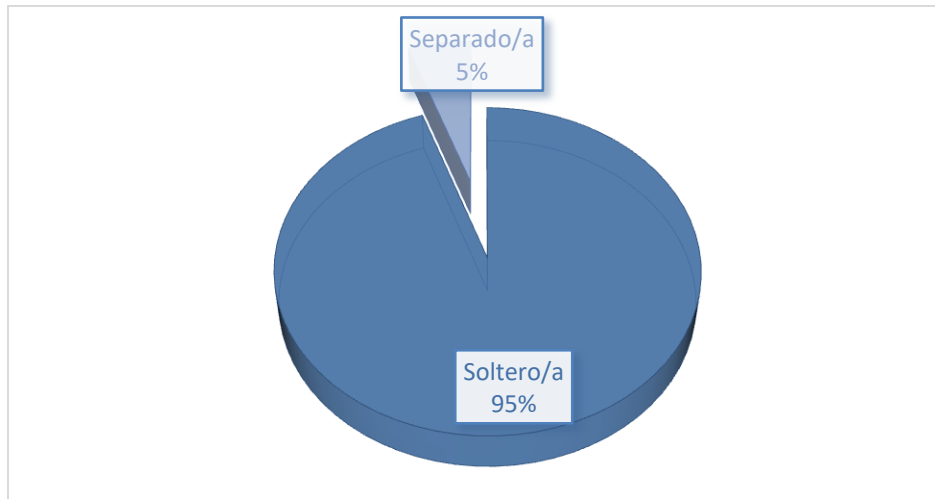
Fuente: Creación de las autoras

**Figura 2: Distribución por estrato socioeconómico de los encuestados, RASA 2016**



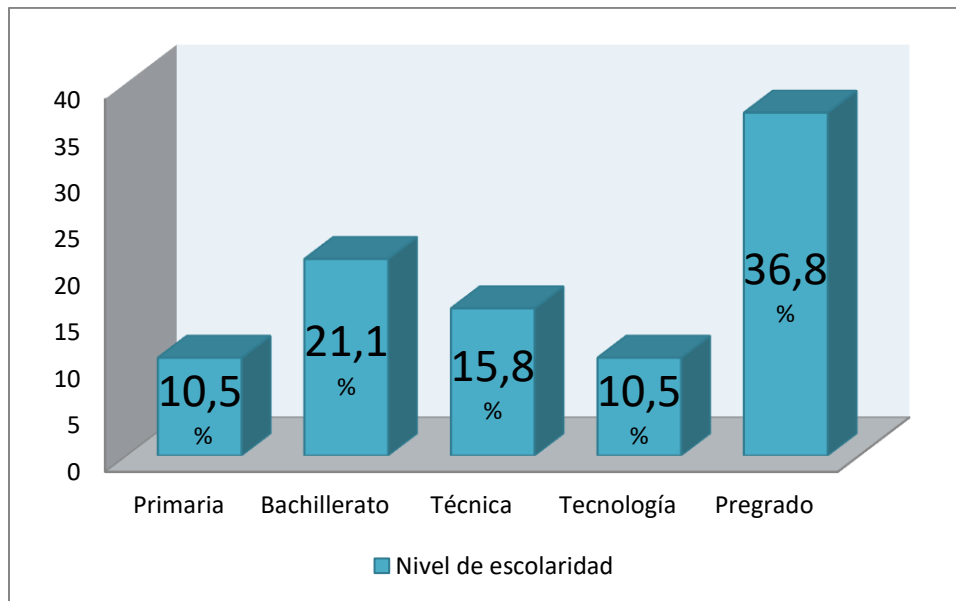
Fuente: Creación de las autoras

**Figura 3: Distribución por estado civil de los encuestados, RASA 2016**



Fuente: Creación de las autoras

**Figura 4: Distribución por escolaridad de los encuestados, RASA 2016**



Fuente: Creación de las autoras

#### **4.1.2 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

Los resultados que se presentan a continuación hacen referencia a las puntuaciones obtenidas por los sujetos en los cuestionarios utilizados.

Al realizar el análisis estadístico univariado en el resultado arrojado por el instrumento para descubrir las estrategias de afrontamiento, se encontró que en la población encuestada predominó la estrategia de afrontamiento de búsqueda de apoyo profesional (86,56%), seguida por evitación cognitiva (72,89%), espera (70,11%), religión (69,44%). Por otra parte, la estrategia menos utilizada fue expresión de dificultad de afrontamiento (31,67%); el resto de las estrategias se ubicaron en niveles dentro del promedio (Tabla 3).

En la figura 5 se observa la distribución general.

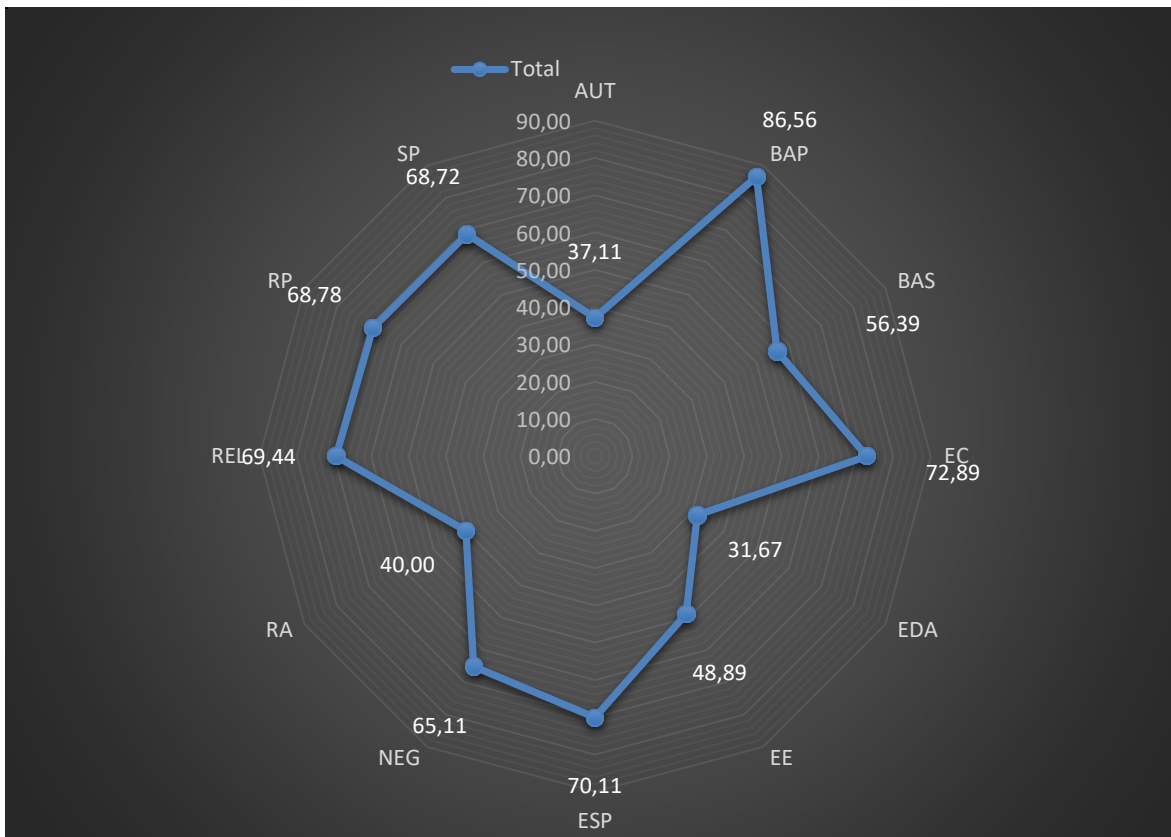
Cada resultado se clasificó en “por encima, por debajo o normal” según el baremo establecido y validado para la población Colombiana. (Tabla 4).

**Tabla 3: Distribución porcentual de los 12 factores de las estrategias de afrontamiento por percentiles en el total de los encuestados, RASA 2016**

<b>n</b>	<b>18</b>
<b>FACTORES</b>	<b>PROMEDIO</b>
Expresión de dificultad de afrontamiento (EDA)	31,67%
Autonomía (AUT)	37,11%
Reacción agresiva (RA)	40,00%
Evitación emocional (EE)	48,89%
Búsqueda Apoyo social (BAS)	56,39%
Negación (NEG)	65,11%
Solución de problemas (SP)	68,72%
Reevaluación positiva (RP)	68,78%
Religión (REL)	69,44%
Espera (ESP)	70,11%
Evitación cognitiva (EC)	72,89%
Búsqueda Apoyo profesional (BAP)	86,56%

Fuente: Creación de las autoras

**Figura 5: Resultado total de cada factor de las estrategias de afrontamiento de los encuestados, RASA 2016**



Fuente: Creación de las autoras y analista.



**Tabla 4: Correlación individual de los diferentes factores con relación a la media del baremo de los encuestados, RASA 2016.**

N	SP	BAS	ESP	REL	EE	BAP	RA	EC	RP	EDA	NEG	AUT
1	Normal	Por Debajo	Por Encima	Por Encima	Normal	Normal	Por Encima	Por Encima	Normal	Por Debajo	Por Encima	Por Debajo
2	Por Encima	Por Encima	Normal	Por Encima	Normal	Por Encima	Por Debajo	Por Encima	Normal	Normal	Normal	Normal
3	Por Encima	Por Encima	Por Encima	Por Encima	Por Encima	Por Encima	Por Debajo	Por Encima	Por Encima	Normal	Por Encima	Normal
4	Por Encima	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Por Encima	Por Debajo	Por Encima	Normal
5	Por Encima	Normal	Normal	Por Encima	Por Encima	Por Encima	Por Debajo	Por Encima	Normal	Normal	Normal	Normal
6	Por Encima	Por Encima	Normal	Por Encima	Por Debajo	Por Encima	Por Debajo	Normal	Normal	Por Debajo	Por Debajo	Normal
7	Por Debajo	Normal	Por Encima	Por Debajo	Normal	Por Encima	Normal	Por Encima	Normal	Normal	Normal	Normal
8	Por Encima	Por Encima	Por Encima	Por Encima	Normal	Por Encima	Normal	Por Encima	Por Encima	Por Encima	Normal	Por Encima
9	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Por Debajo	Normal	Normal	Normal
10	Normal	Normal	Por Encima	Por Encima	Por Encima	Por Encima	Por Encima	Normal	Normal	Normal	Por Encima	Normal
11	Normal	Normal	Por Encima	Por Encima	Normal	Por Encima	Por Debajo	Normal	Por Encima	Por Debajo	Normal	Normal
12	Normal	Por Encima	Por Encima	Por Encima	Normal	Por Encima	Normal	Por Encima	Por Encima	Normal	Por Encima	Normal
13	Por Encima	Normal	Por Encima	Por Encima	Por Encima	Por Encima	Por Debajo	Por Encima	Por Encima	Normal	Por Encima	Normal
14	Normal	Normal	Normal	Por Debajo	Normal	Por Debajo	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
15	Normal	Normal	Normal	Normal	Por Debajo	Por Encima	Normal	Normal	Por Encima	Normal	Normal	Normal
16	Normal	Normal	Normal	Normal	Por Debajo	Por Encima	Por Debajo	Normal	Por Encima	Normal	Normal	Por Debajo
17	Por Encima	Por Encima	Normal	Por Debajo	Por Debajo	Por Encima	Normal	Normal	Normal	Normal	Por Debajo	Normal
18	Normal	Normal	Normal	Por Encima	Por Debajo	Por Encima	Normal	Por Encima	Normal	Normal	Normal	Normal

Fuente: Creación de las autoras

## 5. DISCUSION

En el presente estudio se trabajó con una muestra de 18 pacientes de la fundación RASA Medellín, mayoritariamente hombres lo que confirma los datos expuesto por el fondo colombiano de enfermedades de alto costo que informó que para el 2016, 44.556 hombres vivían con VIH(5); adultos jóvenes, solteros, de estrato socioeconómico medio-bajo, con un nivel educativo superior, con un promedio de 9 años de conocer el diagnóstico de la enfermedad, lo que contrasta con la misma referencia anteriormente mencionada.

El objetivo de esta investigación fue identificar las estrategias de afrontamiento que más prevalecen en estos pacientes, con la finalidad de generar un insumo que permita fortalecer el conocimiento de dichas estrategias en el personal asistencial de este grupo poblacional y al mismo tiempo incentivar un cuidado integral.

Según los resultado arrojados por el instrumento para identificar las estrategias de afrontamiento, se observa que las estrategias más usadas por los pacientes fueron búsqueda de apoyo profesional, evitación cognitiva, espera y religión lo que concuerda con la investigación que realizo Muñoz ARM sobre esquema maladaptativos y estrategias de afrontamiento en sujetos diagnosticados con VIH en una población de Medellín(51). Estas estrategias de afrontamiento favorecen la resolución de problemas físicos y emocionales, lo que indica desaparición de pensamientos negativos cambiándolos por pensamientos positivos que les favorecen soportar, planificar o buscar alternativas ante la enfermedad o cualquier otra situación.

Por otro lado la investigación realizada por Gaviria AM, Quiceno JM, acerca de las estrategias de afrontamientos y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH en la ciudad de Medellín (13), mostró que la estrategia de afrontamiento de espera es menos

utilizada contrario a lo encontrado en esta investigación, lo que significa que los paciente manifiestan una actitud positiva al creer que la situación se resolverá por si sola con el pasar del tiempo.

Por el contrario las estrategias de afrontamiento menos utilizadas por estos pacientes son: expresión de dificultad de afrontamiento, autonomía, reacción agresiva y evitación emocional, las cuales se asemejan a los datos evidenciados en las investigaciones realizadas por Gaviria AM(52) y Muñoz ARM. (51), a pesar que tener dificultad para expresar su afrontamiento, la ausencia de las demás estrategias demuestran que hay evitación de reacciones agresivas frente a situaciones que puedan alterar fácilmente su estado anímico.

Los resultados evidencian que aunque hay estrategias menos utilizadas por estos pacientes como las anteriormente mencionadas se convierten en positivas en el momento de tomar decisiones propias, porque ayudan a disminuir la carga emocional, el grado de trastorno emocional, ayudan a hacer comparaciones positivas, extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos y evitan reacciones negativas en sus emociones.

No obstante el hallazgo sobre la estrategia de afrontamiento de autonomía es significativa para la investigación puesto que puede ser positiva o negativa dependiendo de la perspectiva que se tenga : al ser evaluada por la búsqueda de ayuda de otras personas tales como amigos, familiares o profesionales y la solución de los problemas sin ayuda de los demás, teniendo más relevancia la búsqueda de apoyo de otras personas abarcándose esta de forma completamente positiva en el momento de buscar las estrategias de afrontamiento frente a la enfermedad. (53)

Cabe mencionar que para la investigación fue altamente significativo el resultado obtenido del uso de la religión como estrategias de afrontamiento expresada a través de la oración, el rezo y la meditación, así como la búsqueda de apoyo de profesionales de salud y familia son un soporte que ayuda a liberar y sobrellevar la carga emocional generada por la enfermedad, lo cual tiene relación con la investigación de Barros S. sobre la capacidad de

afrentamiento y adaptación de pacientes con VIH-sida según modelo de “Callista Roy” (19); puesto que la perspectiva espiritual de cada paciente juega un papel paliativo en el transcurso de la enfermedad.

Por ultimo en cuanto a la teoría de Mishel atribuye parte de su teoría a la valoración afrontamiento y la aplicación del marco de la incertidumbre como factor estresante en el contexto de la enfermedad. Para ello conceptualiza el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad como la incapacidad de la persona de determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad, siendo incapaz de dar valores definidos a los objetos o hechos y por lo tanto no puede predecir los resultados, fenómenos motivados por la falta de información y conocimiento. De esta forma, si las estrategias recopiladas son efectivas, entonces ocurrirá la adaptación. La dificultad de la adaptación dependerá de la habilidad de las estrategias recopiladas para manipular la incertidumbre en la dirección deseada, ya sea para mantenerla, si se valora como oportunidad, o para reproducirla, si se valora como un peligro (54)

## 5.1 CONCLUSIONES

- Al determinar las estrategias de afrontamiento que más prevalecen en los pacientes diagnosticados con VIH, se logró comprender cuál era la importancia de conocer dichas estrategias para beneficiar el cuidado integral que se le brinda a estos pacientes en la fundación.
- Para este estudio con los factores sociodemográficos se concluye que la enfermedad prevalece más en los hombres y fue sorprendente que la mayoría de la población encuestada tuviera un estudio superior, aunque este estudio no midió la relación entre variables, se puede concluir que la enfermedad no está altamente relacionada con el nivel de escolaridad sino con el conocimiento propio, la toma de decisiones y el autocuidado. Posiblemente la enfermedad altera notablemente el desarrollo de las relaciones interpersonales puesto que la gran mayoría de ellos se encontraban solteros.
- En el análisis frente a la negación se pudo evidenciar que ellos no asocian a la enfermedad como un problema, por el contrario viven libremente con la enfermedad debido al conocimiento, la seguridad, la información, el seguimiento y el apoyo que brinda la fundación RASA a las personas que asisten a ella. Todo esto da evidencia del resultado encontrado en la estrategia de búsqueda de apoyo profesional que fue la más relevante en estos pacientes.
- La fundación pretende integrar en sus pacientes la estrategia de espera, permitiéndoles asumir una actitud positiva, tranquila y guiada para tener capacidad de resolución del problema.
- Aunque la fundación invita a incluir en todo el proceso a los familiares y amigos, en los resultados se evidencia que la estrategia de apoyo social no es una de las más usadas, por lo tanto la fundación podría apostarle más a la inclusión de este círculo social porque permitiría aportarles apoyo emocional e información para tolerar o enfrentar la situación que pueda generar estrés por esta enfermedad.
- Debido a esto la conclusión que arrojan los resultados del estudio indica que hay una gran relevancia de las estrategias de afrontamiento positivas que son

incentivadas a diario por el personal asistencial de la fundación, como por ejemplo la reevaluación positiva, debido a las técnicas que utilizan para llevar a estos pacientes información clara, veraz y oportuna acerca de qué es la enfermedad, como tratarla, como cuidarse y cuidar a los demás y como vivir sanamente con ella para garantizar su propio bienestar en el estado de salud general.

- Sin duda alguna el papel que juega la fundación RASA en estos pacientes, es muy importante, por la fomentación de las estrategias de afrontamiento, puesto que la más evidente en ellos es la que está directamente relacionada con la búsqueda de apoyo profesional que es lo que se les brinda en la fundación con la presencia de psicólogos, trabajadoras sociales, consejería, médicos entre otros.
- En relación a la teórica Merle Mishel sobre la incertidumbre frente a la enfermedad, que busca entender integralmente al paciente y lograr identificar de manera efectiva y oportuna los cambios de la condición clínica al mismo tiempo que explica los factores estresantes ante una condición de gravedad, sin duda alguna con los resultados encontrados podemos concluir la manera en que los pacientes afrontan la enfermedad del VIH, comprendiendo que cada uno afronta y se adapta de una manera diferente a su situación de salud pero también entender que hay estrategias de afrontamiento más utilizadas que otras, por ejemplo la de buscar apoyo profesional que fue una de las más prevalentes en nuestro estudio. Merle Mishel en su teoría enuncia que la incertidumbre como factor estresante en el contexto de cualquier enfermedad es la incapacidad de la persona de determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad, pero en base a nuestros resultados, se puede concluir que los pacientes al buscar estrategias de afrontamientos no quieren vivir con la incertidumbre que les produce su enfermedad sino por el contrario buscar asumir conductas saludables que les permitan hacer frente a su situación de salud.
- Lo evidenciado en los resultados da prueba del trabajo holístico y humanizado que realiza día a día la fundación RASA en los pacientes diagnosticados con VIH de la ciudad de Medellín.

## 5.2 RECOMENDACIONES

- Sería interesante realizar más investigaciones acerca del tema, en las cuales se puedan aumentar las muestras y tener en cuenta más variables sociodemográficas de la población de estudio aplicando la escala de estrategias de Coping modificada.
- También sería importante estudiar y dar a conocer la valiosa labor que realizan las fundaciones encargadas de apoyar y orientar a personas diagnosticadas con VIH para poder extender la investigación a otras instituciones en condiciones diferentes pero con una muestra poblacional mayor.
- Se recomienda investigaciones que midan la relación entre las variables que influyen en el afrontamiento.
- Otra recomendación encaminada a las estrategias, es reforzar las que no fueron tan relevantes en la investigación y que generan bienestar en los integrantes de la fundación, los paciente y sus familiares, por ejemplo la estrategia de apoyo social.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Schmidt, V. Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. *Revista Internacional de Psicología*. Jul 2010; 11(2):1-21. Disponible en: <file:///C:/Users/Portatil/Downloads/Dialnet-ModeloPsicobiologicoDePersonalidadDeEysenck-6161336.pdf>
2. OMS | VIH/sida [Internet]. WHO. [citado 22 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
3. Gonzalez I, Dominguez Y, Pérez Calderón M, Lartigue T. Trastorno límite de la personalidad y su asociación con el VIH/SIDA en gestantes. *Perinatol Reprod Humana*. 2004;18(2):103-18.
4. Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida [Internet]. [citado 15 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
5. Cuenta de Alto Costo [Internet] Colombia: SAINET; 2007 [ 2018/03/15] Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/Situacio%CC%81n%20del%20VIH%20en%20Colombia%202015.pdf>. 2018.
6. Ibor L, I M. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *An Med Interna*. mayo de 2007;24(5):209-11.
7. Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplásicas y cardiovasculares [Internet]. [citado 15 de marzo de 2018]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/hih/vol22\\_3\\_06/hih02306.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/hih/vol22_3_06/hih02306.html)
8. Alarcón MTE, Arnal RB. Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos. *Rev Psicopatología Psicol Clínica*. 1 de mayo de 2006;11(2):79-90.
9. Agustín E. Martínez. Relaciones entre Inteligencia Emocional y Estrategias de Afrontamiento ante el Estrés [Internet] [Consultado 2018 Marzo 15] Disponible en : <http://www.javiercastilloformacion.com/wp-content/uploads/2016/11/Relaciones-entre-Inteligencia-Emocional-y-Estrategias.pdf>.
10. ¿Qué es adaptación? [Internet]. [citado 19 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/adaptacion>



11. ¿Qué es afrontamiento? [Internet]. [citado 19 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/afrontamiento>
12. Todo sobre el SIDA - Hospital Alemán [Internet]. [citado 19 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.hospitalaleman.org.ar/prevencion/todo-sobre-el-sida/>
13. Gaviria AM, Quiceno JM, Vinaccia S, Martínez LA, Otalvaro MC. Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. *Ter Psicológica*. julio de 2009;27(1):5-13.
14. Garcia H. Caracterización de los afrontamientos personales exitosos en pacientes con VIH, la Habana; 2009 [Internet]. [citado 22 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0309/hph02309.html>
15. Ramírez MTG, López JAP. Motivos, apoyo social y comportamientos de adhesión en personas con VIH: modelamiento con ecuaciones estructurales. *Univ Psychol*. 25 de junio de 2010;10(2):399-409.
16. Apodaca FR de, José M, Molero F, Tello H, Pablo F, Sansinenea E. Desarrollo de un nuevo cuestionario para medir las estrategias que las personas con VIH usan para afrontar el estigma y la discriminación. *Acción Psicológica*. diciembre de 2013;10(2):87-99.
17. Ahumada M, Escalante E, Santiago I. Estudio preliminar de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH/SIDA. *Subj Procesos Cogn*. junio de 2011;15(1):55-70.
18. Rodríguez Avila Y, Andreu Diez M. Estilos de afrontamiento en un paciente joven con virus de inmunodeficiencia humana/sida. *MEDISAN*. agosto de 2013;17(8):4023-8.
19. Barros S. Capacidad de afrontamiento y adaptación de pacientes con VIH-sida según modelo "Callista Roy" en una Ips de II nivel, Cartagena. 2012-2013 [Internet]. [citado 22 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://siacurn.app.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/791/capacidad%20de%20afrontamiento%20y%20adaptacion%20de%20pacientes%20con%20vih-sida%20seg%c3%9an%20modelo%20%e2%80%9ccallista%20roy%e2%80%9d%20en%20.pdf?sequence=1>
20. Arriaga Garza L, González Pérez U, Castro Peraza M, Ávila P, L J, González AA. Estados afectivos, autorregulación psíquica y conductas frente a la enfermedad en pacientes con inicio de sida. *Rev Cuba Invest Bioméd*. 2013;32(4):389-401.
21. Montalvo Amparo. SIDA: sufrimiento de las personas con la enfermedad, Cartagena: Universidad de Cartagena; 2014 [Internet]. [citado 22 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n1/v33n1a10.pdf>

22. Ospina GAC, Arias AE, Villamizar MPJ. Uso de estrategias de afrontamiento de los pacientes con el VIH y el cáncer en una clínica privada en Santa Marta – Colombia. *RFS Rev Fac Salud*. 8 de enero de 2014;6(1):27-33.
23. Apodaca FR de, José M, Molero F, Tello H, Pablo F, Sansinenea E. Desarrollo de un nuevo cuestionario para medir las estrategias que las personas con VIH usan para afrontar el estigma y la discriminación. *Acción Psicológica*. diciembre de 2013;10(2):87-99.
24. Nhamba LA, Hernández Meléndrez E, Veá B, Demetrio H. Depresión en personas con VIH en dos municipios de Angola. *Rev Cuba Salud Pública*. diciembre de 2014;40(4):276-88.
25. Tavares R. Estrategias de enfrentamiento utilizadas por personas viviendo con SIDA frente a la situación de la enfermedad, Brasil; 2018 [Internet]. [citado 22 de marzo de 2018]. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/es\\_0104-1169-rlae-26-e2985.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/es_0104-1169-rlae-26-e2985.pdf)
26. Muñoz AMR-. Esquemas mal adaptativos y estrategias de afrontamiento en sujetos diagnosticados con VIH. *Memorias*. 28 de enero de 2015;12(22):57-72.
27. Pinho CM, Dâmaso BFR, Gomes ET, Trajano M de FC, Andrade MS, Valença MP, et al. Religious and spiritual coping in people living with HIV/Aids. *Rev Bras Enferm*. abril de 2017;70(2):392-9.
28. Cardona-Duque DV, Medina-Pérez ÓA, Castaño H, Milena S, Gómez O, Andrea P. Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/Sida en Quindío, Colombia, 2015. *Rev Habanera Cienc Médicas*. diciembre de 2016;15(6):941-54.
29. Alonso C, Gabriela S, Arteta Dalchiele Z, Rouco M, José J, Cavalleri Ferrari F. Calidad de vida relacionada a la salud en personas con VIH y factores asociados. *Rev Méd Urug*. 201803;34(1):7-20.
30. Observatorio - Sí a Mis Derechos [Internet]. [citado 22 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.siamisderechos.org/portal/inicio.php?uid=0&leng=es&todo=0>
31. Colombia. El Congreso de la Republica de Colombia. Ley 100 de 1993 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso de la República; 1993. [Internet]. [citado 27 de marzo de 2018]. Disponible en: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)
32. Colombia. El Congreso de Colombia. Ley 972 de 2005. por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado Colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida. Bogotá: El Congreso; 2005. [Internet]. [citado 27 de marzo de 2018]. Disponible en:

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley\\_0972\\_de\\_2005.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley_0972_de_2005.pdf)

33. Colombia. Ministerio de Salud. Decreto número 1543 de 1997. Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana, VIH, el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA, y las otras Enfermedades de transmisión sexual, ETS. Bogotá: El Ministerio; 1997. [Internet]. [citado 27 de marzo de 2018]. Disponible en: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_127709.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127709.pdf)
34. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución número 3442 de 2006. Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH / SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica. Bogotá: El Ministerio; 2006 [Internet]. [citado 27 de marzo de 2018]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCi%C3%93N%203442%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCi%C3%93N%203442%20DE%202006.pdf)
35. Colombia. Ministerio de salud y protección social. Resolución número 1841 de 2013 [Internet]. [citado 25 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>
36. Colombia. Consejo nacional de seguridad social en salud. Acuerdo 306 de 2005. por medio del cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado. Bogotá: Consejo Nacional; 2005. [Internet]. [citado 27 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=18283>
37. Colombia. Consejo Nacional de seguridad social en salud. Acuerdo 336 de 2006. Por el cual se actualiza parcialmente el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, se incluyen otras prestaciones en los Planes de Beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se modifica el valor de la UPC para el 2006 y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Consejo; 2006 [Internet]. [citado 27 de marzo de 2018]. Disponible en: [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/acuerdo\\_cnsss\\_0336\\_2006.htm](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/acuerdo_cnsss_0336_2006.htm)
38. Colombia. Ministerio de la protección social. Acuerdo número 380 de 2007. Por medio del cual se incluyen medicamentos anticonceptivos hormonales y el condón masculino en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado. Bogotá: El Ministerio; 2007 [Internet]. [citado 27 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/ACUERDOS/380%2007.pdf>

39. Incertidumbre frente a la Enfermedad: Aporte Teórico De Merle H. Mishel a La Enfermería, Universidad de Sucre; 2017. Disponible en:  
file:///C:/Users/Usuario/Downloads/576-1436-1-PB.pdf
40. Peña JJM. Incertidumbre frente a la enfermedad: aporte teórico de Merle H. Mishel a la Enfermería. REVISALUD Unisucre [Internet]. 5 de octubre de 2017 [citado 15 de marzo de 2018];3(1). Disponible en:  
<http://revistas.unisucre.edu.co/index.php/revisalud/article/view/576>
41. ¿Qué es el VIH y cómo se detecta? [Internet]. Fundación Huésped. [citado 27 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.huesped.org.ar/informacion/vih/que-es-y-como-se-detecta/>
42. OMS | VIH/sida [Internet]. WHO. [citado 27 de marzo de 2018]. Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
43. Sofía Isabel Cadena Alarcón. Estilos de afrontamiento en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama [Informe Final del Trabajo de Titulación de Psicóloga Clínica] Quito: Universidad Central del Ecuador Facultad de Ciencias Psicológicas carrera de psicología clínica; 2012 [Internet]. [citado 27 de marzo de 2018]. Disponible en:  
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1752/1/T-UCE-0007-51.pdf>
44. Mikulic IM, Crespi MC. Adaptación y validación del inventario de respuestas de afrontamiento de moos (CRI-A) para adultos. Anu Investig. diciembre de 2008;15:0-0.
45. Londoño NH, López H, Cecilia G, Puerta IC, Posada S, Arango D, et al. Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra Colombiana. Univ Psychol. mayo de 2006;5(2):327-50.
46. Oviedo HC. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2005; (p 577) [Internet]. [citado 28 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80634409.pdf>
47. Enfermería G de estudio F de. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Aquichan [Internet]. 28 de mayo de 2009 [citado 27 de marzo de 2018];2(1). Disponible en:  
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/18>
48. Ávila MM, Rubia JM de la. El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. Psicooncología. 6 de mayo de 2013;10(1):109-30.
49. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P, Méndez Valencia S, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación. México, D.F.: McGraw-Hill Education; 2014.

50. Hernández,R. Metodología de la investigación. 6a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2014. [Internet]. [citado 6 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.ebooks7-24.com/onlinepdfjs/view.aspx>
51. Muñoz AMR-. Esquemas mal adaptativos y estrategias de afrontamiento en sujetos diagnosticados con VIH. Memorias. 28 de enero de 2015;12(22):57-72.
52. Gaviria AM, Quiceno JM, Vinaccia S, Martínez LA, Otalvaro MC. Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/Sida. Ter Psicol. 2009;27(1):5-13.
53. Londoño NH, López H, Cecilia G, Puerta IC, Posada S, Arango D, et al. Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra Colombiana. Univ Psychol. mayo de 2006;5(2):327-50.
54. Torres A A, Sanhueza A O. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. Cienc Enferm. junio de 2006;12(1):9-17.

## 7. ANEXOS

### Anexo 1: Variables sociodemográficas

<b>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b> (Previa autorización, consentimiento informado)	
Fecha:	
Nombres:	
Apellidos:	
Documento de identidad:	
Departamento/Municipio:	
Fecha de Nacimiento:	
Edad:	
Sexo:	
Estrato socioeconómico:	
Estado civil:	
Escolaridad:	
Ocupación:	
Religión:	
Afiliación al SGSSS:	
¿Hace cuánto tiempo conoce su diagnóstico?	
¿Se encuentra en tratamiento antirretroviral en este momento?	SI:                      NO: ¿POR QUÉ?
Patologías que ha presentado o presenta en el momento:	
¿Hace cuánto tiempo visita la Fundación RASA?	

## Anexo 2: Escala de Estrategias Modificada de Coping

MARQUE CON UNA (X) SEGÚN LA RESPUESTA QUE USTED CONSIDERE.

	1	2	3	4	5	6	
	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre	
	123456	1	2	3	4	5	6
1. Trato de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	123456						
2. Trato de tener mucha resignación con lo que me sucede	123456						
3. Procuero relajarme o tranquilizarme a mi manera	123456						
4. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado	123456						
5. Me alejo del problema temporalmente (Tomando unas vacaciones, descansando, etc.)	123456						
6. Procuero no pensar en el problema	123456						
7. Descargo mi mal humor con los demás	123456						
8. Expreso lo que siento en el momento sin darle importancia a lo que los demás puedan pensar	123456						
9. Intento ver los aspectos positivos del problema	123456						
10. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento	123456						
11. Procuero conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional	123456						
12. Asisto a la iglesia	123456						
13. Espero conocer bien el problema antes de darle solución	123456						
14. Espero a que la solución llegue sola	123456						
15. Trato de solucionar el problema siguiendo unos	123456						

pasos concretos bien pensados							
16. No suelo hacer nada concreto para cambiar la situación	123456						
17. Me dejo llevar por la emoción del momento	123456						
18. Procuo guardar para mí los sentimientos	123456						
19. Me vuelco en el trabajo o en otra actividad	123456						
20. Intento olvidarme de todo	123456						
21. Me comporto de forma hostil con los demás	123456						
22. Lloro	123456						
23. Intento sacar algo positivo del problema	123456						
24. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema	123456						
25. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten	123456						
26. Tengo fe en que puede ocurrir algún Milagro	123456						
27. Espero el momento oportuno para resolver el problema	123456						
28. Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona	123456						
29. Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo	123456						
30. No hago nada frente a los problemas, dado que no depende de mí la solución de los mismos	123456						
31. Intento no actuar precipitadamente ni dejarme llevar por mi primer impulso	123456						
32. Procuo que los otros no se den cuenta de lo que siento	123456						
33. Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	123456						



34. Trato de pensar en otras cosas	123456						
35. Expreso mi rabia sin calcular las Consecuencias	123456						
36. Me provoca no hacer nada	123456						
37. Experimento personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”	123456						
38. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	123456						
39. Procuero hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	123456						
40. Tengo fe en que Dios remedie la Situación	123456						
41. Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	123456						
42. No hago nada porque el tiempo todo lo dice	123456						
43. Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones	123456						
44. Dejo que las cosas sigan su curso	123456						
45. Trato de controlar mi tensión valiéndome de mis propias habilidades	123456						
46. Trato de ocultar mi malestar	123456						
47. Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	123456						
48. Evito pensar en el problema	123456						
49. Me dejo llevar por mi mal humor	123456						
50. Expreso mi tristeza este solo o acompañado	123456						
51. Pienso que las cosas podrían ser peor	123456						

52. Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	123456						
53. Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	123456						
54. Rezo	123456						
55. Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas	123456						
56. Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar	123456						
57. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	123456						
58. Me resigno y dejo que las cosas pasen	123456						
59. Me digo a mí mismo cosas que me hagan sentir mejor	123456						
60. Inhibo mis propias emociones	123456						
61. Busco actividades que me distraigan	123456						
62. Niego que tengo problemas	123456						
63. Me salgo de casillas	123456						
64. Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	123456						
65. A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	123456						
66. Pido a algún amigo o familiar que me indique cual sería el mejor camino a seguir	123456						
67. Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	123456						
68. Acudo a la iglesia para poner velas o rezar	123456						
69. Asumo que es mejor esperar para aclarar el problema	123456						
70. Considero que las cosas por sí solas se solucionan	123456						

71. Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	123456						
72. Tolero pasivamente la situación	123456						
73. Me es difícil relajarme	123456						
74. Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	123456						
75. Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	123456						
76. Trato de convencerme que el problema no existe	123456						
77. Me agredo física o verbalmente	123456						
78. Así lo quiera, no soy capaz de llorar	123456						
79. Tengo muy presente el dicho “al mal tiempo buena cara”	123456						
80. Procuero que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	123456						
81. Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales	123456						
82. Dejo todo en manos de Dios	123456						
83. Me doy un tiempo para aclarar la situación	123456						
84. Espero que las cosas se vayan dando	123456						
85. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	123456						
86. Me vuelvo muy pesimista con las cosas que me pasan	123456						
87. Intento mantener la calma	123456						
88. Trato de evitar mis emociones	123456						

89. Evito estar en contacto con algo o alguien que tenga que ver con el problema	123456						
90. Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	123456						
91. Destruyo o lanzo objetos a raíz de mi mal humor	123456						
92. Expreso abiertamente las emociones	123456						
93. Trato de identificar las ventajas del problema	123456						
94. Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	123456						
95. Pienso que no necesito ayuda de nadie y menos de un profesional	123456						
96. Busco tranquilizarme a través de la oración.	123456						
97. Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	123456						
98. Dejo que pase el tiempo							

Anexo 3: Consentimiento informado

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA DE COLOMBIA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
SEMILLERO DE INVESTIGACIÓN CUIDADO DE LA VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INVESTIGACIÓN:

LA PSICOINMUNOLOGÍA Y EL CUIDADO INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN  
PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON VIH DE LA FUNDACIÓN RASA, 2016.

Cuidad y fecha: \_\_\_\_\_

El presente documento está construido a partir de la legislación Colombiana, del decreto 8430 de 1993 Artículo 5: “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar”. Esta es una investigación de riesgo mínimo, donde se entiende como una intervención epistemológica en el individuo.

Se informa que: Su participación en esta investigación es libre y voluntaria y está en libertad de retirarse de ella en cualquier momento.

Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente.

Yo, \_\_\_\_\_

Identificado/a con documento: \_\_\_\_\_

Una vez informado/a sobre los propósitos, objetivos procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar, autorizo a la realización de las encuestas.

Firma o huella del participante \_\_\_\_\_

Firma o huella del encuestador \_\_\_\_\_

#### Anexo 4: Cronograma

Cronograma de actividades				
Mes/Año	2015	2016	2017	2018
Febrero	Selección del tema de investigación	Presentación del proyecto al personal encargado de la fundación	En espera de asesor asignado por la universidad.	Construcción capítulo 1.
Marzo	Selección de los pacientes. Presentación encuentro interno de semilleros de investigación	Encuentro semillero interno de investigación.		Construcción capítulo 2.
Abril	Construcción de la pregunta de investigación y los objetivos.	Preparación encuentro regional.		Construcción capítulo 3.
Mayo	Búsqueda de información, base de datos.	Presentación encuentro regional de investigación, universidad pontificia bolivariana.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construcción capítulo 4.</li> <li>• Análisis cuantitativo con software MAXQDA/SPSS.</li> </ul>
Junio	Selección de la población			Presentación preliminar hasta el capítulo 3
Julio	Selección de instrumentos para la recolección de información	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consentimiento informado.</li> <li>• Aplicación de escala a los pacientes.</li> <li>• recolección de datos.</li> </ul>		Presentación preliminar del capítulo 4.
Agosto			Reestructuración del proyecto de investigación.	Construcción capítulo 5.
Septiembre				Entrega trabajo final a la asesora. Preparación ponencia final en la UNAC.
Octubre		Presentación encuentro nacional de investigación Cúcuta.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ponencia final UNAC</li> <li>• Entrega de boletín para publicación.</li> </ul>
Noviembre				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publicación de artículo en la revista de salud de la UNAC</li> <li>• Ponencia de los resultados en RASA</li> </ul>

Anexo 5: Presupuesto

<b>Insumos</b>	<b>Valor</b>
Impresiones y fotocopias.	\$150.000
Tiquetes Cúcuta.	\$450.000
Transporte regional.	\$20.000
Transporte fundación.	\$40.000
Alimentación.	\$230.000
CD.	\$10.000
Papelería.	\$20.000
Software estadístico-análisis.	\$200.000
Artículo, edición y publicación.	\$300.000
Total:	\$1.420.000

Anexo 6: Insumo para el personal de la Fundación

(ver pdf)