

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA**

(Creada por Ley N°. 25265)



**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**TESIS**

**AFRONTAMIENTO Y VULNERABILIDAD EN  
PACIENTES CON VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL  
HOSPITAL REGIONAL "ZACARÍAS CORREA  
VALDIVIA" HUANCAMELICA, 2017**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

**SALUD PÚBLICA**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:**

**DE LA CRUZ MELCHOR, Lucy  
LULO GUZMÁN, Ángela Y.**

**HUANCAMELICA - PERÚ**

**2017**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS**

En la ciudad universitaria de Paturpampa , auditórium de la facultad de enfermería, a los 15 días del mes de Agosto del año 2017 siendo las horas 15:00, se reunieron los miembros del jurado calificador y asesor (a) conformado de la siguiente manera:

Presidente(a) Dr. César Cipriano ZEZA MONTESINDS  
 Secretario (a) Me. Raúl LIRETA JURADO  
 Vocal Dra. Marisol Susana TAPIA CAMARCO  
 Asesor (a) Dra. Lida Inés CARHUAS PEÑA

Designado con resolución N° 189-2017-COFA-ENF-R-UNH de la tesis titulada: Afrontamiento y vulnerabilidad en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional "Zacarias Correa Valdivia" Huancavelica, 2017

Cuyo autor (es) es (son) el (los) graduado (s):

BACHILLER (ES):

DE LA CRUZ MELCHOR, Lucy  
LULO GUZMÁN, Ángela Yura

a fin de proceder con la evaluación y calificación de la sustentación de tesis antes citado, programado mediante resolución N° 057-2017-D-FENF-R-UNH

Finalizado con la evaluación; se invitó al público presente y al sustentante abandonar el recinto, y luego de una amplia deliberación por parte del jurado, se llegó al siguiente resultado:

DE LA CRUZ MELCHOR, Lucy

APROBADO  Por: Unanimidad

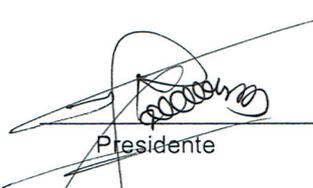
DESAPROBADO

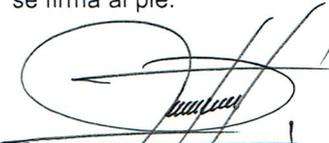
LULO GUZMÁN Ángela Yura

APROBADO  Por: Unanimidad

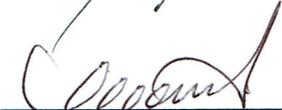
DESAPROBADO

En señal de conformidad a lo actuado se firma al pie.

  
Presidente

  
Secretario

  
Vocal

  
Asesor (a)

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

(Creado por Ley Nº 25265)



## FACULTAD DE ENFERMERÍA

### ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

#### TESIS

**AFRONTAMIENTO Y VULNERABILIDAD EN PACIENTES  
CON VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL  
REGIONAL “ZACARÍAS CORREA VALDIVIA”  
HUANCAMELICA, 2017**

PRESENTADA A LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA Y COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA.

APROBADO POR:

Presidente : Dr. César Cipriano ZEA MONTESINOS .....

Secretario : Mg. Raúl URETA JURADO .....

Vocal : Dra. Marisol Susana TAPIA CAMARGO .....

HUANCAMELICA, 2017

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA**  
(Creado por Ley N° 25265)



**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**  
**TESIS**

**AFRONTAMIENTO Y VULNERABILIDAD EN  
PACIENTES CON VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL  
HOSPITAL REGIONAL “ZACARÍAS CORREA  
VALDIVIA” HUANCABELICA, 2017**

PRESENTADA A LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA Y COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA.

APROBADO POR:

ASESOR:

Dra. Lida Inés CARHUAS PEÑA

HUANCABELICA, 2017

A la población vulnerable de nuestra sociedad cambiante que se expone a una práctica de sexo inseguro.

Lucy

A los adolescentes y jóvenes, quienes luchan por la vida de ser libre que es lo más valioso.

Ángela

## **AGRADECIMIENTO**

A los profesionales de enfermería del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” por el apoyo y colaboración durante la etapa de ejecución del trabajo de investigación.

Gratitud a la asesor Dra. Lida CARHUAZ PEÑA por su apoyo en el desarrollo del trabajo; de igual manera a todas aquellas personas que contribuyeron de diferente manera para mejorar el contenido y enriquecer así las etapas de la investigación.

A mis padres y hermanos, por su apoyo incondicional, y comprensión; ya que sin ello no sería posible la realización de este trabajo de investigación.

A los docentes de la Facultad de Enfermería quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa Universidad Nacional de Huancavelica, la cual abrió sus puertas a jóvenes como nosotros, para prepararnos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien

A todos ellos muchas gracias.

**Los autores**

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
ACTA DE SUSTENTACIÓN	ii
PÁGINA DE JURADOS	iii
PÁGINA DE ASESORES	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
TABLA DE CONTENIDOS	vii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE FIGURAS	xii
LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS	xiii
RESUMEN	xiv
SUMMARY	xv
INTRODUCCIÓN	1

### Capítulo I

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del Problema	3
1.2. Formulación del Problema	3
1.2.1 Pregunta general	4
1.2.2 pregunta específica	5
1.3. Objetivos	5
1.3.1. General	5
1.3.2. Específicos	5
1.4. Justificación	6
1.5. Delimitaciones	6
1.6. Limitaciones	7

### Capítulo II

#### MARCO REFERENCIAS

2.1. Antecedentes del Estudio	8
2.1.1. Internacional	8

2.1.2. Nacional	10
2.2. Marco Teórico	13
2.3. Marco conceptual	14
2.3.1. Historia del VIH/SIDA	14
2.3.2. Definición de vulnerabilidad	18
2.3.2.1. Tipos de vulnerabilidad	18
2.3.2.2. Vulnerabilidad en los grupos de vida	21
2.3.3. Definición de afrontamiento	22
2.3.3.1. Tipos de afrontamiento	22
2.3.4.1 Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA)	25
2.3.4.2 patogenia	25
2.3.4.3 Situaciones clinicodiagnostico de SIDA	27
2.3.4.4 Fisiopatología	28
2.3.4.5 Fases de la Infección por VIH	30
2.3.4.6 Formas de la transmisión del VIH	32
2.3.4.7 Manifestaciones clínicas	32
2.3.4.8 Diagnostico	33
2.3.4.9 Complicaciones	34
2.3.4.10tratamiento	35
2.3.5 Adolescencia y juventud edades vulnerables para contraer las ITS y VIH/SIDA	35
2.3.6 Rol educativo de la enfermera(o) en la prevención de las ITS Y VIH/SIDA	37
2.4. Definición de Términos Básicos	38
2.5. Hipótesis	39
2.5.1. Hipótesis general	39
2.5.1. Hipótesis específicas	39
2.6. Variables	39

2.7.	Operacionalización de variables	40
2.8.	Ámbito de estudio	52

### **Capítulo III**

#### **Marco Metodológico**

3.1.	Tipo de investigación	53
3.2.	Nivel de Investigación	53
3.3.	Métodos de investigación	54
3.4.	Diseño de Investigación	54
3.5.	Población, Muestra y Muestreo	54
3.6.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	55
3.7.	Procedimiento de recolección de datos	56
3.8.	Técnicas de procedimiento y análisis de datos	57

### **Capítulo IV**

#### **Presentación de Resultados**

4.1.	Descripción e interpretación de datos (estadística descriptiva)	58
4.2.	Análisis e interpretación de los datos (estadística inferencial).	65
4.3.	Discusión de resultados	68
	Conclusiones	71
	Recomendaciones	72
	Referencias bibliográficas	73
	Anexos:	
	Anexo N° 01: Matriz de Consistencia	A
	Anexo N° 02: Instrumento de recolección de fatos	B
	Anexo N° 03: Formato de validez del instrumento	C
	Anexo N° 04: Validez estadística del instrumento	D
	Anexo N° 05: Confiabilidad del instrumento	E
	Anexo N° 06: Escala de baremos	F
	Anexo N° 07: Fotografías.	G
	Anexo N° 08: Artículo científico.	H

## INDICE DE TABLAS

Tabla N° 01:	Secuencia del descubrimiento de los retrovirus y las enfermedades asociadas.	25
Tabla N° 02:	Células y tejidos susceptibles de ser infectados por el virus VIH.	30
Tabla N° 03:	Características sociodemográficas de pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.	59
Tabla N° 04:	Nivel de afrontamiento en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.	62
Tabla N° 05:	Nivel de vulnerabilidad en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.	63
Tabla N° 06:	Nivel de afrontamiento y vulnerabilidad en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.	64

## ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico N° 01: Fuente hospital regional Zacarías Correa Valdivia	44
Gráfico N° 02: Características sociodemográficas de pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.	61
Gráfico N° 03: Nivel de afrontamiento en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.	62
Gráfico N° 04: Nivel de vulnerabilidad en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.	63
Gráfico N° 05: Nivel de afrontamiento y vulnerabilidad en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.	65

## LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

- ✓ **ITS** : Infección de transmisión sexual.
- ✓ **HSH** : Hombres que tienen deseo con otros hombres
- ✓ **TS** : Trabajadores sexuales.
- ✓ **VIH** : Virus inmunodeficiencia humano.
- ✓ **SIDA** : síndrome de inmunodeficiencia adquirido.
- ✓ **PECOS** : Programa especial de control de sida.
- ✓ **SIS** : Seguro integral de salud.
- ✓ **PROCETSS** : programa de control de enfermedades de transmisión sexual y sida
- ✓ **MINSA** : Ministerio de Salud
- ✓ **ONUSIDA** : Programa conjunto de naciones sobre VIH/SIDA
- ✓ **INEGI** : Instituto nacional de estadística y geografía.
- ✓ **OPS** : Organización Panamericana de la Salud.
- ✓ **OMS** : Organización Mundial de la Salud.
- ✓ **OIT** : Organización Internacional del Trabajo.
- ✓ **MINSA** : Ministerio de Salud.

## RESUMEN

**Objetivo.** Determinar la relación entre el afrontamiento y vulnerabilidad en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica. **Método.** Se realizó un estudio de tipo descriptivo en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica. La muestra incluye a pacientes con VIH/SIDA (n = 15); a quienes se entrevistó sobre afrontamiento y vulnerabilidad. **Resultados.** El 73,3% de los pacientes fueron masculinos, 40,0%, fueron de 26 a 33 años de edad; 40,0%, son de unión libre; 86,7%, son católicos; 40,0% son de secundaria, y 26,7% refieren que tienen entre 13 a más de 37 meses de tiempo de diagnóstico. El 53,3% de pacientes con VIH/SIDA refieren un nivel de afrontamiento de nivel medio, 26,7%, un nivel alto de afrontamiento; y 20,0%; bajo. El 40,0% de pacientes con VIH/SIDA refieren un bajo nivel de vulnerabilidad, 33,3%, un nivel medio; y 26,7%; alta vulnerabilidad. Y 26,7% de pacientes con VIH/SIDA refieren un nivel medio de afrontamiento y vulnerabilidad, 20,0%, un nivel bajo de afrontamiento y alta vulnerabilidad; y 20,0%; alto afrontamiento y baja vulnerabilidad. (sig.< ,05). **Conclusiones.** El afrontamiento a la enfermedad busca determinar los estilos y estrategias que favorecen un mejor ajuste a las condiciones de la enfermedad (vulnerabilidad) y que disminuyen los riesgos asociados a las mismas.

**Palabra clave:** Afrontamiento, vulnerabilidad, ITS.

## SUMMARY

**Objective.** To determine the relationship between coping and vulnerability in patients with HIV / AIDS treated at the Regional Hospital "Zacarías Correa Valdivia" Huancavelica. **Methods.** A descriptive study was carried out at the Regional Hospital "Zacarías Correa Valdivia" Huancavelica. The sample includes patients with HIV / AIDS (n = 15); Who were interviewed about coping and vulnerability. **Results.** 73.3% of the patients are male, 40.0% are 26 to 33 years of age; 40.0%, are free binding; 86.7% are Catholics; 40.0% are secondary school students, and 26.7% report that they have between 13 and more than 37 months of diagnostic time. 53.3% of patients with HIV / AIDS report an average level of coping, 26.7%, a high level of coping; And 20.0%; low. 40.0% of patients with HIV / AIDS report a low level of vulnerability, 33.3%, medium level; And 26.7%; High vulnerability. And 26.7% of patients with HIV / AIDS report an average level of coping and vulnerability, 20.0%, low level of coping and high vulnerability; And 20.0%; High coping and low vulnerability. (Sig. <, 05). **Conclusiones.** Coping with the disease seeks to determine the styles and strategies that favor a better adjustment to the conditions of the disease (vulnerability) and that reduce the risks associated with them.

**Key word:** Coping, vulnerability, disease

## INTRODUCCIÓN

Actualmente el SIDA afecta mayoritariamente a varones y mujeres jóvenes de estratos socioeconómicos medios y bajos que adquirieron la infección a través de relaciones sexuales, habiéndose incrementado la transmisión heterosexual. <sup>(1)</sup>

Los principales factores que influyen en el incremento del VIH/SIDA son la edad temprana en que se inicia la vida sexual, los cambios frecuentes y repetidos de compañeros sexuales, la falta de educación sexual y de una cultura de prevención; el sexo comercial, frecuentemente asociado a otros factores de riesgo como son el uso de drogas lícitas e ilícitas, prácticas sexuales, dado que muchas veces son asintomáticas. Se estima que 70% de las mujeres y 30% de los varones infectados con Clamidia no presentan síntomas, igualmente el 80% de las mujeres y 10% de los varones con gonorrea. <sup>(7)</sup>

En el ámbito regional específicamente en pacientes atendidos en la estrategia sanitaria del centro de referencia de infecciones de transmisión sexual del hospital regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica, sin embargo, se han presentado en la población; asimismo, casos de embarazo.

Con esta premisa, en el marco de la prevención y promoción de la salud y, considerando que en los claustros hospitalarios en la población joven es mayoritaria, se considera necesario realizar investigaciones como la presente, titulada "Vulnerabilidad y estilos de afrontamientos en pacientes atendidos con VIH/SIDA en el del Hospital Regional "Zacarías Correa Valdivia" Huancavelica. - 2017"

El estudio es de tipo aplicado, descriptivo, analítico y estadístico, tiene como propósito proporcionar la información en pacientes atendidos en la estrategia sanitaria del centro de referencia de infecciones de transmisión sexual del hospital regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica acerca de poder medir el grado de vulnerabilidad y estilos de afrontamiento que adoptan frente

a la situación que atraviesan, así como para considerar este tema relacionado directamente con la salud sexual, en la consejería que reciban los pacientes , en beneficio de su desarrollo psicosocial, personal y cultural.

El proceso investigativo, está organizado en cuatro capítulos que describo a continuación: CAPÍTULO I: Planteamiento del problema. CAPÍTULO II: Marco de teórico. CAPÍTULO III: Marco metodológico. CAPÍTULO IV: Aspecto administrativo.

**Las investigadoras**

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. Descripción del Problema**

El VIH/ SIDA engloban a un grupo de infecciones transmisibles de diversa etiología, cuya forma predominante de contagio se establece a través de las relaciones sexuales. <sup>(2)</sup>

El V Foro Latinoamericano y del Caribe ITS/VIH/SIDA en el 2016 es el espacio más importante de la región que reúne juntos a las autoridades gubernamentales, los líderes de opinión, las personas que viven con VIH, los representantes de las poblaciones de mayor riesgo y los investigadores de América Latina y el Caribe, así como a las agencias internacionales indican que siendo el VIH el factor de riesgo tratable más frecuente. La prevalencia de VIH/SIDA en Europa en el año 2016 es en promedio 42,2%, siendo más alta en Alemania (55%), seguido por Finlandia (49%), España (47%), Inglaterra (42%), Suecia (38%) e Italia 37%, mientras que en EEUU se encontró que está en 27,6% promedio. En la región de las Américas, esta prevalencia se considera que oscila entre 10 y 25% de los adultos. <sup>(2)</sup>

Según datos de la Dirección General de Epidemiología del mes de diciembre del 2016, los jóvenes de 25 a 29 años son la población más afectada por el SIDA; en su distribución por edad y sexo predomina más en los varones que en mujeres. <sup>(3)</sup>

En relación al acumulado del mes de diciembre del año 2016, los jóvenes de 25 a 29 años fueron la población más afectada las cuales 861 casos notificados de SIDA y 4510 casos notificados de VIH. En relación al sexo, 692 fueron varones y 169 mujeres los casos de SIDA. En cuanto a la transmisión el 97% fue por vía sexual, el 2% vertical y el 1% parenteral. <sup>(3)</sup>

Según los datos verbales de la responsable de la estrategia de centro de referencia de infecciones de transmisión sexual Lic. Mónica Bendezu Esteban la cual mencionó que fueron 60 pacientes captados con VIH/SIDA en la región de Huancavelica de los cuales 30 pacientes asisten a terapias y controles.

Siendo el VIH/SIDA, considerados un problema de salud pública y tomando en cuenta las edades de mayor vulnerabilidad en las que se presentó, se consideró necesario y oportuno indagar sobre dicha problemática en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, en la estrategia que brinda atención integral a los usuarios inscritos, tema que nos invitó a formular la siguiente pregunta:

## **1.2. Formulación del Problema**

### **1.2.1. Pregunta general**

¿Cuál es el nivel de vulnerabilidad y los estilos de afrontamiento en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica?

### **1.2.2. Preguntas específicas**

- ¿Cuáles son las características de la población de estudio con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia “Huancavelica?
- ¿Cuál es el nivel de vulnerabilidad sobre VIH/SIDA en pacientes atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica?
- ¿Cuáles son los estilos de afrontamiento en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica?

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. General**

Determinar la vulnerabilidad y estilos de afrontamiento en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.

#### **1.3.2. Específicos**

- Caracterizar la población de estudio en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.
- Identificar la vulnerabilidad en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.
- Describir los estilos de afrontamiento de los pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.

#### **1.4. Justificación**

Se realizará el estudio del VIH/SIDA en vista que constituye un grave problema de salud pública en la mayor parte de los países, las cuales afectan principalmente a la población de adolescentes y jóvenes los que se constituyen como la población más vulnerable a contraer el VIH/SIDA, siendo un indicador de riesgo el comportamiento sexual de los mismos que los impulsan a tener relaciones sexuales tempranamente. <sup>(7)</sup>

La misma curiosidad, es el deseo de relacionarse con el sexo opuesto, con la misma población hacen que éstos sean más propensos a estas infecciones; por lo que es necesario conocer la vulnerabilidad y estilos de afrontamiento para fortalecer sus conocimientos que le permita un comportamiento sexual más seguro. <sup>(7)</sup>

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA contempla dentro de sus líneas de acción la prevención de las del VIH/SIDA, en especial la población adolescente y juvenil y resalta la importancia de la consejería. <sup>(9)</sup>

Por tanto, este estudio nos ayudará a identificar datos reales que no sesguen sobre el VIH/SIDA, con la misma información obtenida establecerá mecanismos de política de salud. <sup>(9)</sup>

Asimismo, la información obtenida establecerá mecanismos para mejorar las políticas en salud la lucha contra el VIH/SIDA y sus consecuencias.

#### **1.5. Delimitaciones**

**Delimitación temporal.** El presente trabajo se realizará durante los meses de abril 2017 a julio del 2017.

**Delimitación espacial.** El lugar donde se desarrollará la investigación será en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.

**Delimitación de unidad de estudio.** Los datos serán obtenidos de los pacientes diagnósticos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.

#### **1.6. Limitaciones**

Se tuvo dificultades al momento de aplicar el consentimiento informado con los pacientes, pero estas fueron superadas al explicar claramente los objetivos del estudio.

## CAPÍTULO II

### MARCO DE REFERENCIAS

#### 2.1. Antecedentes de Estudio

##### 2.1.1. Internacional

**A. Barros (2012) “Vulnerabilidad y prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH en adolescentes”,** El **Objetivo:** desarrollar, aplicar y evaluar la vulnerabilidad y prevención primaria de ETS y SIDA. **Metodología:** Básico, descriptivo, inductivo-deductivo **Conclusión:** del estudio No existe diferencias significativas entre los dos grupos antes de la intervención, pero después de ella las diferencias fueron estadísticamente significativas, hubo un aumento del conocimiento sobre sexualidad y ETS/SIDA.

**B. Flores-Sarazúa, Enrique, Borda-Más, Mercedes y Pérez-San Gregorio, María Ángeles, en Sevilla – España (2011), “Estrategias de afrontamiento en varones con SIDA, con antecedentes de politoxicomanía y en situación de exclusión social”** El **Objetivo:** de este estudio 13 personas de la estrategia de afrontamiento común que fueron afectadas por el SIDA con

antecedentes de drogadicción y que viven en una situación de exclusión social. **Metodología:** descriptivo, explicativo, transversal contando con una muestra está formada por 105 participantes, varones procedentes de la Comunidad Autónoma Andaluza, distribuidos en cuatro grupos, la técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario semiestructurado y el cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman. **Resultados:** podrían ser interpretados en base a, por un lado, que no existen estrategias de afrontamiento comunes entre los distintos grupos, o por otro lado, que el material comúnmente utilizado para evaluar las mismas no fuese suficientemente válido para la población estudiada. Las **Conclusiones:** fueron las siguientes: no existe un modo de afrontamiento específico en la población estudiada.

**C. Florence (2010) "El sexo recompensado: una práctica en el centro de las vulnerabilidades(ITE/VIH/SIDA) de las jóvenes mexicanas"** El **Objetivo:** Discutir los riesgos para los jóvenes mexicanos de las prácticas de sexo a cambio de beneficios sociales o económicos-prácticas denominadas como sexo recompensado- con el objetivo de debatir sus posibles implicaciones en materia de salud pública. **Materia y Métodos:** Estudio cualitativo efectuado entre septiembre del 2009 y diciembre del 2010 en población juvenil (15 a 25 años de edad) residente en Cuernavaca, Morelos, México, con referencia teórica a la fenomenología, al posestructuralismo y a los estudios de género. Técnicas utilizadas: 6 grupos focales, 8 entrevistas con jóvenes identificaos o auto identificados con prácticas de sexo recompensado. **Resultados:** para mantener oculto el uso

de sexo como forma de conseguir bienes sociales o económicos, los jóvenes lo desarrollan dentro de un “noviazgo” y se someten a reglas que las limitan frente al uso de condón y las exponen a las infecciones de transmisión sexual. **Conclusiones:** si bien el sexo recompensado es si mismo podría no constituir necesariamente una práctica de riesgo, el contexto de noviazgo en el que los jóvenes lo desarrollan propicia que adopten comportamientos que las exponen a un riesgo mayor de contraer infecciones de transmisión sexual.

### 2.1.2. Nacional

**A. Canales (2013) “Nivel de vulnerabilidad sobre Infecciones de Transmisión Sexual y actitud hacia la práctica sexual riesgosa en adolescentes de secundaria del Colegio Mariscal Toribio de Luzuriaga”, en el distrito de Los Olivos”.**

Los **Objetivos:** Son Establecer, determinar el nivel de vulnerabilidad sobre ITS y actitud hacia la práctica sexual riesgosa en adolescentes de secundaria del Colegio Mariscal Toribio de Luzuriaga Los Olivos. **Metodología** descriptiva, explicativo correlacional; cuya muestra fue de 203 alumnos. La recolección de datos se realizó a través de dos cuestionarios, el primero tipo escala de Lickert para medir las actitudes y el segundo para medir la vulnerabilidad. **Conclusiones** El nivel de vulnerabilidad que tienen los adolescentes en relación a las Infecciones de Transmisión Sexual es de medio a un conocimiento bajo, La actitud de los adolescentes hacia la práctica sexual riesgosa, es medianamente favorable, seguida de una actitud desfavorable.

**B. Ávila (2011)” ansiedad ante la muerte y su relación con afrontamiento en personas con VIH/SIDA”** Los **Objetivos:** Al Determinar la consistencia interna y estructura factorial de la escala de ansiedad ante la muerte, b. Describir su distribución, c. estudiar su relación con variables sociodemográficas, edad, sexo, escolaridad y estado civil. **Metodología:** Descriptiva, explicativa, inductivo-deductiva, teniendo como muestra aleatoria de 100 mujeres y 200 hombres que con VIH/SIDA atendidos en centro ambulatoria de prevención y atención del SIDA. **Resultados:** La media de edad con ambos sexos fue de 37 años; 39 personas -13%, se señalaron como sintomática y 261.87% como asintomáticas. Con base en los valores de consistencia interna y carga factorial se redujo la escala EAM a 22 ítems, una estructura de 4factores correlacionados mostro un ajuste adecuado a los datos por mínimos cuadrados generalizados. La consistencia interna del puntaje total  $\alpha=.92$  y los 4 factores de 81 a 88 fueron altas la distribución del puntaje total se ajustó a una curva normal de media 70.65 y desviación estándar d 20.36. Se encontró que mujeres, viudos y paciente sintomáticos promediaron más alto en el puntaje total de EAM 22 o algunos de los factores. Así mismo se obtuvo Correlación negativa con escolaridad en la muestra conjunta y con el tipo de diagnóstico solo en personas asintomáticas. **Conclusión:** La ansiedad ante la muerte fue independiente del apoyo en la religión y búsqueda de apoyo social. Se concluye que la escala es consistente, muestra, validez y parece útil para futuros estudios.

**C. Dolores (2010)” Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en personas con VIH positiva con lipodistrofia”**

**Los Objetivos:** 1. Observar si los síndromes de lipodistrofia en personas con VIH positivos se relacionan con su calidad de vida 2. Conocer que estrategias de afrontamiento utilizan las personas con lipodistrofia y analizar si existe alguna relación entre el tipo de estrategia utilizada y a calidad de vida.

**Metodología:** descriptivo, explicativo, correlacional, se evaluaron a 134 personas infectadas con el VIH que posteriormente se dividieron en dos grupos sujetos sin lipodistrofia (n=73,54%), sujetos con lipodistrofia (n=61.46%).

**Resultados:** Al comparar la calidad de vida entre los dos grupos se encontró una diferencia significativa ( $p=0.042$ ) en la sub escala “malestar emocional” del cuestionario. Los sujetos con lipodistrofia utilizan distintas estrategias de afrontamiento tanto positivas como negativas frente a sus problemas de salud, entre las que predominan “No buscar ayuda en los demás” ,“ Seguir las prescripciones medicas”, “pensar en superar uno mismo” se hallaron relaciones significativas entre las estrategias de afrontamiento utilizadas y todos los niveles de calidad de vida(síntomas, autonomía personal, satisfacción familiar, social y estado emocional) analizados mediante las correspondientes sub escalas del cuestionario de calidad de vida. **Conclusiones:** La lipodistrofia puede disminuir la calidad de vida a nivel emocional bajo, ante la presencia de determinadas estrategias de afrontamiento.

## 2.2. Marco Teórico

- ✓ **Teoría del Autocuidado Propuesta Por Dorothea Elizabeth Orem (1971).** El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto, es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse. <sup>(4)</sup>
  - Requisitos de autocuidado universal: Son comunes a todos los individuos e incluye la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e integración social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana. <sup>(4)</sup>
  - Requisitos de autocuidado del desarrollo: Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez. <sup>(4)</sup>
  - Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: Que están vinculados a los estados de salud. <sup>(4)</sup>
  
- ✓ **Teoría de afrontamiento:** Dentro del enfoque cognitivo-conductual y centrándonos en el ser humano, hay dos formas de entender las estrategias de afrontamiento. <sup>(5)</sup>
  - **Como un estilo cognitivo:** consistente de aproximación a los problemas, entendiendo estilo cognitivo como el modo

habitual de procesar la información y de utilizar los recursos cognitivos (como son la percepción, la memoria, el procesamiento) Se ha buscado la asociación de diversas variables de personalidad con estilos de afrontamiento. <sup>(5)</sup>

- **Como un estado o proceso dependiente de la situación:** Se analizan las estrategias o acciones llevadas a cabo por una persona ante las distintas situaciones o problemas. Esta segunda forma de entender las estrategias de afrontamiento indicaría que hay poca consistencia en las estrategias ante distintas situaciones e incluso puede cambiarse de estrategia ante un mismo problema en dos momentos temporales distintos. <sup>(5)</sup>

## **2.3. Marco Conceptual**

### **2.3.1. Historia de VIH /SIDA**

La era del SIDA empezó oficialmente el 5 de junio de 1981, cuando los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Centros para el control y prevención de enfermedades de Estados Unidos convocaron una conferencia de prensa donde describieron cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en Los Ángeles. <sup>(6)</sup>

Al mes siguiente se constataron varios casos de sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer de piel. Las primeras constataciones de estos casos fueron realizadas por el Dr. Michael Gottlieb de San Francisco. <sup>(6)</sup>

Pese a que los médicos conocían tanto la neumonía por *Pneumocystis carinii* como el sarcoma de Kaposi, la aparición conjunta de ambos en varios pacientes les llamó la atención. La

mayoría de estos pacientes eran hombres homosexuales sexualmente activos, muchos de los cuales también sufrían de otras enfermedades crónicas que más tarde se identificaron como infecciones oportunistas. Las pruebas sanguíneas que se les hicieron a estos pacientes mostraron que carecían del número adecuado de un tipo de células sanguíneas llamadas T CD4+. La mayoría de estos pacientes murieron en pocos meses. Por la aparición de unas manchas de color rosáceo en el cuerpo del infectado, la prensa comenzó a llamar al sida, la «peste rosa», causando una confusión, atribuyéndola a los homosexuales, aunque pronto se hizo notar que también la padecían los inmigrantes haitianos en Estados Unidos, los usuarios de drogas inyectables y los receptores de transfusiones sanguíneas, lo que llevó a hablar de un club de las cuatro haches que incluía a todos estos grupos considerados de riesgo para adquirir la enfermedad. En 1982, la nueva enfermedad fue bautizada oficialmente con el nombre de Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), nombre que sustituyó a otros propuestos como Gay-related immune deficiency (GRID).<sup>(6)</sup>

Hasta 1984 se sostuvieron distintas teorías sobre la posible causa del sida. La teoría con más apoyo planteaba que el sida era una enfermedad básicamente epidemiológica. En 1983 un grupo de nueve hombres homosexuales con sida de Los Ángeles, que habían tenido parejas sexuales en común, incluyendo a otro hombre en Nueva York que mantuvo relaciones sexuales con tres de ellos, sirvieron como base para establecer un patrón de contagio típico de las enfermedades infecciosas. Otras teorías sugieren que el sida surgió a causa del excesivo uso de drogas y de la alta actividad sexual con diferentes parejas.

También se planteó que la inoculación de semen en el recto durante la práctica de sexo anal, combinado con el uso de inhalantes con nitrito llamados poppers, producía supresión del sistema inmunológico. Pocos especialistas tomaron en serio estas teorías, aunque algunas personas todavía las promueven y niegan que el sida sea producto de la infección del VIH.

La teoría más reconocida actualmente, sostiene que el VIH proviene de un virus llamado «virus de inmunodeficiencia en simios» (SIV, en inglés), el cual es idéntico al VIH y causa síntomas similares al sida en otros primates. Según un estudio publicado en 2014, el virus entraría en los seres humanos por primera vez en los años 20 del siglo XX, en el centro de África.

En 1984, dos científicos franceses, Françoise Barré-Sinoussi y Luc Montagnier del Instituto Pasteur, aislaron el virus de sida y lo purificaron. El Dr. Robert Gallo, estadounidense pidió muestras al laboratorio francés y adelantándose a los franceses lanzó la noticia de que había descubierto el virus y que había realizado la primera prueba de detección y los primeros anticuerpos para combatir a la enfermedad. Después de diversas controversias legales, se decidió compartir patentes, pero el descubrimiento se le atribuyó a los dos investigadores originales que aislaron el virus, y solo a ellos dos se les concedió el Premio Nobel conjunto, junto a otro investigador en el 2008, reconociéndolos como auténticos descubridores del virus, aceptándose que Robert Gallo se aprovechó del material de otros investigadores para realizar todas sus observaciones. En 1986 el virus fue denominado VIH (virus de inmunodeficiencia humana). El descubrimiento del virus permitió el desarrollo de un anticuerpo, el cual se comenzó a utilizar para identificar dentro de los grupos

de riesgo a los infectados, También permitió empezar investigaciones sobre posibles tratamientos y una vacuna. <sup>(6)</sup>

En esos tiempos las víctimas del sida eran aisladas por la comunidad los amigos e incluso la familia. Los niños que tenían sida no eran aceptados por las escuelas debido a las protestas de los padres de otros niños, éste fue el caso del joven estadounidense Ryan White. La gente temía acercarse a los infectados ya que pensaban que el VIH podía contagiarse por un contacto casual como dar la mano, abrazar, besar o compartir utensilios con un infectado. <sup>(6)</sup>

En un principio la comunidad homosexual fue culpada de la aparición y posterior expansión del sida en Occidente. Incluso algunos grupos religiosos llegaron a decir que el sida era un castigo de Dios a los homosexuales (esta creencia aún es popular entre ciertas minorías de creyentes cristianos y musulmanes). Otros señalan que el estilo de vida «depravado» de los homosexuales era responsable de la enfermedad. <sup>(6)</sup>

Aunque en un principio el sida se expandió más deprisa a través de las comunidades homosexuales, y que la mayoría de los que padecían la enfermedad en Occidente eran homosexuales, esto se debía en parte a que en esos tiempos no era común el uso del condón entre homosexuales, por considerarse que éste era sólo un método anticonceptivo. Por otro lado, la difusión del mismo en África fue principalmente por vía heterosexual. <sup>(6)</sup>

El sida pudo expandirse rápidamente al concentrarse la atención sólo en los homosexuales, esto contribuyó a que la enfermedad se extendiera sin control entre heterosexuales, particularmente en África, el Caribe y luego en Asia. <sup>(6)</sup>

Gracias a la disponibilidad de tratamiento antirretrovirales, las personas con VIH pueden llevar una vida normal, la correspondiente a una enfermedad crónica, sin las infecciones oportunistas características del sida no tratado. Los antirretrovirales están disponibles mayormente en los países desarrollados, Su disponibilidad en los países en desarrollo está creciendo, sobre todo en América Latina; pero en África, Asia y Europa Oriental muchas personas todavía no tienen acceso a esos medicamentos, por lo cual desarrollan las infecciones oportunistas y mueren algunos años después de la seroconversión.<sup>(6)</sup>

### **2.3.2 Vulnerabilidad**

La vulnerabilidad es la incapacidad de resistencia cuando se presenta un fenómeno amenazante, o la incapacidad para reponerse después de que ha ocurrido un desastre. Por ejemplo, las personas que viven en la planicie son más vulnerables ante las inundaciones que los que viven en lugares más altos. En realidad, la vulnerabilidad depende de diferentes factores, tales como la edad y la salud de la persona, las condiciones higiénicas y ambientales, así como la calidad y condiciones de las construcciones y su ubicación en relación con las amenazas.<sup>(5)</sup>

#### **2.3.2.1 Nivel de vulnerabilidad**

##### **a. Nivel alto:**

- **Vulnerabilidad técnica:** Se refiere a las inadecuadas técnicas de construcción de edificios e infraestructura básica utilizadas en áreas de riesgo (incapacidad de control y manejo de las tecnologías frente a los riesgos).<sup>(5)</sup>

- **Vulnerabilidad ideológica:** Alude a la forma y concepción del mundo y el medio ambiente donde se habita y con el cual se relaciona y la posibilidad de enfrentar los problemas. La pasividad, fatalismo, presencia de mitos, aumentan la vulnerabilidad de la población. <sup>(17)</sup>
- **Vulnerabilidad económica:** Se observa una relación indirecta entre los ingresos en los niveles nacional, regional, local o poblacional y el impacto de los fenómenos físicos extremos. Es decir, la pobreza aumenta el riesgo de desastre (vulnerabilidad de los sectores más deprimidos, desempleo, insuficiencia de ingresos, explotación, inestabilidad laboral, dificultad de acceso a los servicios de educación, salud, ocio). <sup>(18)</sup>
- **Vulnerabilidad física:** Se refiere a la localización de la población en zona de riesgo físico, condición provocada por la pobreza y la falta de oportunidades para una ubicación de menor riesgo (condiciones ambientales y de los ecosistemas, localización de asentamientos humanos en zonas de riesgo). <sup>(19)</sup>

**b. Nivel medio:**

- **Vulnerabilidad social:** Se produce un grado deficiente de organización y cohesión interna de la sociedad bajo riesgo, que limita su capacidad de prevenir, mitigar o responder a situaciones de desastres (tipo de acceso al saneamiento ambiental, nutrición infantil, servicios básicos, que permitan la recuperación de los daños ocurridos). <sup>(5)</sup>
- **Vulnerabilidad educativa:** Falta de programas educativos que proporcionen información sobre el medio ambiente, sobre el entorno, los desequilibrios y las formas adecuadas de comportamiento individual o colectivo en caso de amenaza o de situación de desastre (conocimiento de las realidades locales y regionales para hacer frente a los problemas). <sup>(20)</sup>
- **Vulnerabilidad cultural:** Refiere a la forma en que los individuos y la sociedad conforman el conjunto nacional y el papel que juegan los medios de comunicación en la consolidación de estereotipos o en la transmisión de información relacionada con el medio ambiente y los potenciales o reales desastres (influencia de la personalidad de los habitantes que se identifican con un modelo de sociedad,

influencias de los medios masivos de comunicación frente a los riesgos).<sup>(5)</sup>

### c. Nivel bajo

- **Vulnerabilidad natural:** Los seres humanos necesitan ciertas condiciones ambientales y sociales para poder desarrollarse. La vulnerabilidad natural de los ecosistemas de los distintos países se incrementó diferencialmente, provocando la resistencia de la población a condiciones ambientales severas y a veces haciéndola más vulnerable frente a ellas.<sup>(5)</sup>
- **Vulnerabilidad política:** Concentración de la toma de decisiones, centralismo en la organización gubernamental y la debilidad en la autonomía de los ámbitos regionales, locales y comunitarios, lo que impide afrontar los problemas. (autonomía en el poder de decisión y de solucionar problemas).<sup>(18)</sup>
- **Vulnerabilidad ecológica:** Relacionada a la convivencia con el medio ambiente, sin la dominación por destrucción (vulnerabilidad de los ecosistemas frente a los efectos directos o indirectos de la acción humana, y por otra, altos riesgos para las comunidades que los explotan o habitan).<sup>(20)</sup>

### **2.3. 2..3 Vulnerabilidad en los grupos de vida**

- a. Adolescentes
- b. Adultos
- c. Mujeres embarazadas
- d. Ancianos
- e. Moribundo
- f. Discapacitados físicos y mentales
- g. Prisioneros.
- h. Trabajadores sexuales
- i. Personas en situaciones socioeconómicas bajas. <sup>(7)</sup>

### **2.3.3 Afrontamiento**

Las estrategias de afrontamiento (a veces llamadas con el término inglés coping) hacen referencia a los esfuerzos, mediante conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona. Estos procesos entran en funcionamiento en todos aquellos casos en que se desequilibra la transacción individuo-ambiente, Se trata de un término propio de la psicología. <sup>(16)</sup>

#### **2.3.3.1 Nivel de afrontamiento**

##### **a. NIVEL ALTO**

##### **● Reinterpretación Positiva**

Como he dicho anteriormente, hay situaciones que escapan a nuestro control, es decir, que no son causadas por nosotros ni su solución está en nuestra mano. Ante estas situaciones desagradables, la interpretación que se haga de las mismas va a

permitir establecer objetivos que requieren comportamientos saludables para el afrontamiento, reportando a su vez un estado de ánimo más útil.

Esta estrategia puede apoyarse en la reestructuración cognitiva, por la cual se pretende cambiar pensamientos negativos que reportan estados emocionales desagradables y llevar a cabo conductas no saludables, por otros alternativos que le permita un mejor afrontamiento de la situación. <sup>(16)</sup>

#### **b. NIVEL MEDIO**

##### **○ Centrado en la situación o problema: Resolución de problemas**

Ante el problema nos mostramos activos, intentando definir las causas del mismo, asumiendo que está bajo nuestro control solucionarlo (aquello que se pueda), identificando aquellas situaciones, factores o comportamientos que pueden aumentarlo o disminuirlo y valorar las consecuencias y/o alternativas de las que disponemos.

Se centra en lo que puede hacer para solucionar, para afrontar o para alcanzar aquello que desee, interpretando el cambio como una oportunidad y no como un problema.

Ante esta situación, la persona se planifica un plan de intervención basado en su actual análisis de realidad, “voy al INEM, hablo con el orientador laboral, arreglo papeles, me apunto a las ofertas que

haya, hablo con familiares y amigos por si se enteran de algo, preparo curriculum,”. <sup>(21)</sup>

- **Autocrítica Negativa: Centrarse en aspectos negativos de uno mismo**

Hace referencia al hecho de centrarnos en aspectos negativos de nosotros mismos, en lugar de focalizar nuestra atención en aquello que podemos hacer para solucionar o afrontar el problema. <sup>(22)</sup>

**c. NIVEL BAJO**

- **Manifestación Emocional**

Este estilo de afrontamiento puede resultar adecuado cuando la expresión emocional es no manipulativa, asertiva, expresando como uno se siente no lo que otro es o hace y centrada en el problema actual, no recurriendo a reproches sobre cosas pasadas.

Aunque expresar las emociones es saludable, la forma en la que esto se hace ha de ser lo más adecuada posible independientemente del tipo de emoción que experimentemos. Atacar o agredir a otros. <sup>(23)</sup>.

- **Evitación**

- Hay situaciones que resultan difíciles de afrontar, aun estando en nuestras manos. Esta estrategia, aunque puede resultar negativa para afrontar la situación, puede ser empleada de forma positiva.

- Imaginemos que la persona que ha sido despedida de su trabajo, ha tenido problemas con sus jefes pudiendo llevar a cabo los siguientes tipos de evitación, para afrontar la situación actual:
  - ✓ **De forma negativa:** por ejemplo, acudiendo a su lugar de trabajo a montársela al jefe por lo que ha ocurrido.
  - ✓ **De forma positiva:** centrarse en lo que tiene que hacer evitando agrandar el problema yendo a ver a los jefes, siendo más saludable.<sup>(8)</sup>

#### **2.3.3.1 niveles de afrontamiento:**

#### **2.3.4.1 Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA)**

La infección-enfermedad por VIH/SIDA es una afección crónica transmisible de tipo progresivo y causa viral, en la cual se establece una relación muy diversa entre huésped y virus, que finalmente condiciona la aparición de procesos morbosos oportunistas o tumores raros, o ambos.<sup>(9)</sup>

#### **2.3.4.2 Patogenia**

Es importante conocer las características de los virus que producen la infección-enfermedad por VIH, acerca de los cuales son cada vez más amplios los conocimientos sobre sus efectos patógenos.<sup>(10)</sup>

**Cuadro 1.** Secuencia del descubrimiento de los retrovirus y las enfermedades asociadas:

Año	Retrovirus	Enfermedad a que se asocia
1980	HTVL-I	Leucemia de células T del adulto
1982	HTVL-II	Leucemia de células peludas
1983	VIH-1	Infección por VIH/SIDA
1986	VIH-2	Infección por VIH/SIDA
1987	HTVL-V	Linfoma cutáneo de células T
1990	Partícula retroviral humana intracisternal de tipo A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades autoinmunes (síndrome de Sjögren)</li> <li>• Linfocitopenia idiopática de células T</li> </ul>
1990	<i>Espumaviridae</i>	Enfermedad de Graves

Fuente: Masson (1998).<sup>(10)</sup>

Entre ellas los lentiviridae, causantes de inmunodeficiencia y destrucción de las células que infectan lentamente, pero de forma progresiva. En este subgrupo figuran los que provocan la enfermedad en los seres humanos: el VIH- I, descubierto en 1983; y el VIH-2, en 1986.

A pesar de ser 2 virus diferentes, comparten ciertas características biológicas en común tales como:

- ✓ Mismo tropismo celular.
- ✓ Igual modo de transmisión.
- ✓ Mecanismos similares de replicación.
- ✓ Producción de estados de inmunodeficiencia.

La característica más importante de estos virus es la riqueza de genes y proteínas reguladoras, que van a condicionar la complejidad de la interacción virus-células. <sup>(10)</sup>

#### **a. Serotipos del VIH-1**

Los serotipos del VIH-I se clasifican en 2 grandes grupos: el M (main) y el O (outlier), el primero causante de la gran mayoría de las infecciones existentes hoy día y del cual se conocen los siguientes serotipos: A, B, C, D, E, F, G y H; el segundo localizado en cierta parte de África y no sensible a las pruebas de laboratorio para su detección, De los mencionados el que más circula en Cuba es el B. <sup>(10)</sup>

#### **b. Serotipos del VIH-2**

El VIH-2, por ser de menor circulación mundial, tiene pocos serotipos: A, B, C Y E.

En general esta familia de los retrovirus se asocia cada vez más con distintos procesos patológicos, tales como enfermedades autoinmunes (síndrome de Sjögren), afecciones neurológicas (paraparesia espástica tropical) y otras. <sup>(10)</sup>

#### **2.3.4.3 Situaciones Clinicodiagnósticas de Sida <sup>(10)</sup>**

- ✓ Candidiasis traqueal, bronquial pulmonar.
- ✓ Candidiasis esofágica.
- ✓ Carcinoma de cérvix invasivo.

- ✓ Coccidiomicosis diseminada (en una localización diferente, además de los pulmones y los ganglios linfáticos cervicales o hiliares).
- ✓ Criptococosis extrapulmonar.
- ✓ Criptosporidiasis con diarrea de más de un mes.
- ✓ Infección por Citomegalovirus en un órgano diferente de hígado, bazo o ganglios linfáticos, en un paciente mayor de un mes.

#### **2.3.4.4. Fisiopatología**

Este es sin duda uno de los puntos más discutidos sobre la enfermedad. En esencia está de acuerdo en que la infección por VIH tiene una acción sistémica por los variados efectos que ejerce sobre las distintas células, tejidos, órganos y efectos de la inmunosupresión. <sup>(10)</sup>

#### **¿Cómo el virus del VIH produce el SIDA?**

El VIH infecta las células con receptor CD4, en especial a los linfocitos CD4 y los monocitos-macrófagos, lo cual trae como consecuencia una depleción lenta y progresiva de dichos linfocitos, a causa de la replicación viral dentro de ellos. El virus se replica constantemente: en una fase es más alta que en la otra; se calcula que se producen entre 100 y 1 000 billones de virus por día. <sup>(10)</sup>

Los linfocitos CD4 constituyen una subpoblación heterogénea de células con

variadas funciones: inductora, ayudadora o colaboradora (helper) y de memoria. Son tan importantes en la ejecución de una adecuada función inmune, que su disminución trastornará las demás respuestas inmunológicas y, a su vez, la susceptibilidad del huésped a infecciones oportunistas y neoplasias raras. Resultan muy variados los mecanismos por los cuales se lleva a cabo esta destrucción celular o efecto citopático. Hay factores, tanto virales como del huésped, que favorecen un aumento de la replicación viral, las cuales varían de acuerdo también con la fase clínica. Durante el cuadro agudo retroviral aumenta inicialmente la viremia; luego, en la medida en que se desarrolla la lenta e insuficiente respuesta inmunológica (producción de anticuerpos), esa viremia disminuye, con un desarrollo máximo de la producción de anticuerpos: fase que corresponde a la de la infección asintomática o de portador asintomático. <sup>(10)</sup>

Según progresa la enfermedad, comienzan a descender los títulos de anticuerpos y a incrementarse progresivamente la replicación viral, lo que se aviene con las fases clínicas de complejo relacionado con el SIDA y caso SIDA. En este último estadio, la replicación viral es mayor que en los comienzos del proceso y

hay prácticamente un agotamiento o ausencia de anticuerpos. <sup>(10)</sup>

**Cuadro N°2** Células y tejidos susceptibles de ser infectados por el virus VIH

Células	Tejidos y órganos
Linfocitos CD <sub>4</sub>	Suprarrenal
Monocitos-macrófagos	Médula ósea
Células dendríticas	Intestino.
Células de Langerhans	Cerebro
Células del epitelio intestinal	Cuello uterino
Microglia	Ojo
Progenitores de células hematopoyéticas	Corazón
	Articulaciones
	Riñón
	Pulmón
	Higado
	Placenta
	Próstata
	Piel
	Testículo
	Timo

Fuente: Masson (1998). <sup>(10)</sup>

#### 2.3.4.5 Fases de la infección por VIH

##### a. Fase inicial o síndrome agudo primario o fase de infección aguda

“En gran número de personas no hay manifestación alguna, usualmente se presenta luego de 2 a 4 semanas, pero podría prolongarse. Estas manifestaciones pueden ser fácilmente comparables con un resfrío, tendiendo a desaparecer espontáneamente en corto tiempo. Es importante destacar que desde este momento puede hacer transmisión o contagio a otras personas y que en este periodo el examen de Elisa para VIH puede no ser reactivo a pesar de que la persona está infectada (periodo de ventana)” <sup>(16)</sup>

**b. Fase asintomática o portador sin síntomas**

“La persona infectada ingresa en un periodo prolongado (en promedio 5 a 8 años) de enfermedad, sin ninguna molestia. De allí que si una persona no se realiza una prueba de despistaje difícilmente podría saber si está infectada o no”.<sup>(16)</sup>

**c. Fase sintomática (linfadenopatía generalizada persistente) o portador con síntomas**

“Aunque la persona está por largos años sin síntomas en la gran mayoría de casos, algunos de ellos están representados por síntomas que proceden a la presentación de las infecciones oportunistas. Es posible que aquí se presenten las primeras apariciones como fiebres ocasionales, diarreas de corta duración, sudoraciones nocturnas, pérdida de peso, fatiga, etc.”<sup>(16)</sup>

**d. SIDA o fase avanzada**

“La presencia de infecciones oportunistas (aquellos microorganismos que aprovechan del deterioro del sistema inmunológico para ingresar al organismo y causar enfermedades con parásitos “toxoplasmosis”, tipos de cáncer “sarcoma de Kaposi”, Pneumocystis carini y entre otros) caracteriza a esta etapa. Sólo en

esta fase la persona tiene o ha desarrollado SIDA”.<sup>(11)</sup>

#### **2.3.4.6 Formas de transmisión del VIH**

##### **a. Transmisión sexual**

“Las personas se pueden infectar con el VIH si tienen sexo vaginal, anal o sexo oral con una persona infectada, cuya sangre, semen o secreciones vaginales entran a su cuerpo. El riesgo de transmisión sexual se incrementa 10 veces con la presencia de otra ITS”.<sup>(10)</sup>

##### **b. Transmisión de madre- hijo, vertical o perinatal**

“Se da durante el embarazo (8va y 9na semana) en fluidos como líquido amniótico; en el parto existe contacto del niño con secreciones vaginales y la sangre de la madre al momento de atravesar el canal del parto”.<sup>(10)</sup>

##### **c. Transmisión a través de agujas o compartiendo jeringas**

“El VIH se transmite a través de jeringas y agujas contaminadas con sangre infectada. El evitar el uso de drogas intravenosas es la forma más efectiva de prevenir la infección”.<sup>(10)</sup>

#### **2.3.4.7 Manifestaciones clínicas**<sup>(10)</sup>

**a. Categoría A.** Personas asintomáticas, con adenopatía persistentes generalizadas, con infección aguda o sin ella.

**b. Categoría B.** Pacientes con síntomas, pero que no forman parte de la categoría A ni C y corresponden a diferentes condiciones patológicas, entre ellas:

- ✓ Candidiasis orofaríngea.
- ✓ Candidiasis vaginal persistente y frecuente, con pobre respuesta al tratamiento.
- ✓ Displasia cervical.
- ✓ Fiebres y diarreas por más de un mes.
- ✓ Enfermedad inflamatoria pélvica, especialmente complicada con absceso tuboovárico.
- ✓ Angiomatosis bacilar.

**c. Categoría C.** Concuerda con la definición de caso SIDA en todos aquellos pacientes que al menos presenten una de las afecciones relacionadas en una larga lista y entre las cuales figuran:

- ✓ Candidiasis esofágica y broncopulmonar.
- ✓ Otras micosis profundas extrapulmonares.
- ✓ Citomegalovirus generalizada.

#### **2.3.4.8. Diagnóstico**

Las alteraciones que se encuentran en el examen físico son de variada naturaleza, pero las más frecuentes en la práctica clínica y que apuntan hacia la infección por VIH, son: <sup>(10)</sup>

Generales: pérdida del tejido adiposo, que llega incluso a la caquexia.

En la boca: candidiasis oral, leucoplasia vellosa oral y sarcoma de Kaposi.

En la piel: sarcoma de Kaposi, herpes zoster, lesiones de molusco contagioso y dermatitis seborreica.

En el fondo de ojo: retinitis por Citomegalovirus y exudados blanquecinos algodonosos. <sup>(10)</sup>

**a. Pruebas directas**

Facilitan el diagnóstico precoz de la infección pues permiten detectar la presencia de virus o sus constituyentes (proteínas y ácido nucleico), aun antes de desarrollarse la respuesta de anticuerpos contra ellos, pero son muy costosas, entre ellas: <sup>(10)</sup>

- ✓ Antigenemia P24
- ✓ Cultivo viral
- ✓ Reacción en cadena de la polimeras

**b. Pruebas indirectas**

Revelan la respuesta inmune por parte de huésped y están basadas en pruebas serológica para la detección de anticuerpos en el suero. <sup>(10)</sup>

Las pruebas serológicas son específicas para cada retrovirus (VIH-I, VIH-2), por lo que deben hacerse de forma independiente y son a su vez de varios tipos:

- ✓ Prueba de screening. Serología VIH (ELISA o micro ELISA).
- ✓ Prueba confirmatoria, Serología western blot.
- ✓ Pruebas suplementarias.

#### **2.3.4.9 Complicaciones**

Como ya se expuso, la infección por VI produce complicaciones en todo los aparatos y sistemas, pero los más afectados son: sistema respiratorio, el sistema digestivo y el sistema nervioso central (SNC). <sup>(11)</sup>

- ✓ Neumonía por *Pneumocistis carinii*.
- ✓ Tuberculosis pulmonar.
- ✓ Sinusitis de repetición.
- ✓ Cuadro diarreico crónico.
- ✓ Enteropatía por VIH.
- ✓ Encefalitis por VIH.
- ✓ Neurotoxoplasmosis.
- ✓ Lesiones tumorales por papiloma virus.

#### **2.3.4.10 Tratamiento**

El objetivo del tratamiento de la infección-enfermedad por VIH es disminuir la replicación del virus y restablecer el sistema inmunológico por lo que descansa en los siguientes pilares. <sup>(10)</sup>

- ✓ Drogas antirretrovirales.
- ✓ Terapia inmunomoduladora.
- ✓ Tratamiento de las infecciones oportunistas y tumores.
- ✓ Quimioprofilaxis primaria y secundaria.
- ✓ Apoyo nutricional.
- ✓ Educación para la salud de forma paulatina y continuada.
- ✓ Apoyo psicológico y social.

### **2.3.5. Adolescencia y juventud, etapas de vida como factor de riesgo para contraer las ITS-VIH/SIDA**

La adolescencia es la etapa comprendida entre los 10 a 19 años. <sup>(12)</sup>

Esta etapa se clasifica en:

#### **a. Adolescencia temprana o inicial**

“Entre los 10 y los 14 años. En esta etapa se pone énfasis en las tareas de desarrollo y también ocurren cambios biológicos”. <sup>(12)</sup>

#### **b. Adolescencia tardía o final**

“Entre los 15 y los 19 años. Predomina el desarrollo de potenciales para actividades ocupacionales <sup>(19)</sup>

Se sugiere entender la adolescencia como un periodo durante el cual ocurren: <sup>(12)</sup>

- ✓ “La adaptación a los cambios fisiológicos y anatómicos relacionados a la pubertad y la integración de una madurez sexual en un modelo personal de comportamiento.
- ✓ La resolución progresiva de formas anteriores de apego a padres y familia y el desarrollo a través de la relación con sus compañeros, de una mayor capacidad de establecer relaciones interpersonales más íntimas.
- ✓ El establecimiento de una identidad individual y roles adaptativos.
- ✓ Utilización de una habilidad intelectual enriquecida.
- ✓ El desarrollo de los potenciales para actividades ocupacionales y de esparcimiento

con una dedicación gradual de aquellas que son importantes para el individuo”.<sup>(19)</sup>

### **2.3.6 Rol educativo de la enfermera(o) en la prevención de las ITS Y VIH/SIDA.**

La (el) enfermera (o) cumple una importante labor preventivo promocional como profesional y miembro del equipo de salud, siendo una de sus funciones brindar educación al paciente, familia y comunidad de forma tal que sus enseñanzas los oriente a responsabilizarse activamente en la conservación de la salud, en este caso a prevenir una ITS, incluido el VIH/SIDA.<sup>(9)</sup>

La enfermera educa a la persona acerca de la manera de reducir los comportamientos de riesgos y da a conocer las medidas de prevención, de cómo limitar el número de compañeros sexuales, utilizar el condón de manera adecuada, orienta sobre la abstinencia sobre la necesidad de ser responsable con el compañero sexual (fidelidad) entre otros.<sup>(9)</sup>

La participación educativa de la enfermera se reafirma en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS y VIH/SIDA, donde se considera tres Líneas de Acción siendo una de ellas la Promoción y la Prevención. Se enfatiza en que la enfermera, entre otras actividades brinda educación a la población, especialmente a los adolescentes y jóvenes sobre las ITS, su transmisión enfatizando en las medidas preventivas; incluidas el VIH/SIDA.<sup>(4)</sup>

La labor educativa de la enfermera se conjuga con la de consejera. Al interactuar con la persona le brinda, además de

la información apoyo y oportunidad para que exprese sus dudas, temores, inquietudes, sentimientos, expectativas lo que favorece personalizar el contenido informativo y que sea la persona quien tome decisiones a favor de su salud. <sup>(7)</sup>

#### **2.4. Definición de Términos Básicos**

##### ✓ **Vulnerabilidad**

La vulnerabilidad es la capacidad disminuida de una persona o un grupo de personas para anticipar, hacer frente y resistir a los efectos de un peligro natural o causado por la actividad humana, y para recuperarse de los mismos, es un concepto relativo y dinámico.

- Vulnerabilidad alto: es el estado emocional, cuando sale de lo normal y puede llegar a ser una depresión.
- Vulnerabilidad medio: estado emocional normal cuando la persona presenta reacciones normales ante un hecho estresante.
- Vulnerabilidad bajo: estado emocional cuando la persona no presenta poca o ninguna reacción ante un hecho estresante.

##### ✓ **Estilos de 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.

##### ✓ **VIH/SIDA**

Significa virus de la inmunodeficiencia humana. Esta da el sistema inmunitario mediante la destrucción de los glóbulos blancos que combaten las infecciones. Esto lo pone en riesgo de contraer infecciones graves y ciertos tipos de cáncer.

✓ **Usuario**

Del latín “padecer, sufrir” paciente es un adjetivo que hace referencia a quien tiene paciencia, suele utilizarse para nombrar a una persona que padece físicamente y que por lo tanto se encuentra bajo atención médica.

✓ **Estrategia sanitaria**

Integra intervenciones y acciones priorizadas dirigidas a la reducción de la morbi-mortalidad materna e infantil y a la reducción de las deficiencias nutricionales, debiendo generar las sinergias.

## **2.5. Hipótesis de la investigación**

### **2.5.1 General**

- ✓ El nivel de vulnerabilidad es mayor y los estilos de afrontamientos son débiles en pacientes atendidos con VIH/SIDA en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia.

### **2.5.2 Específicos**

- ✓ El nivel de vulnerabilidad al VIH/SIDA es mayor en la población sexualmente activa.
- ✓ Los estilos de afrontamiento frente al VIH/SIDA son débiles.

## **2.6 Variables de estudio**

- **Variable dependiente.**  
estilos de afrontamiento del VIH/SIDA
- **Variable independiente.**  
Vulnerabilidad del VIH/SIDA

### 2.7 Operacionalización de Variables

VARIABLE DEFINICIÓN	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	ESCALAS DE MEDICION	INDICADORES	INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN
Vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en pacientes atendidos en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia	La vulnerabilidad es la incapacidad de resistencia cuando se presenta un fenómeno amenazante, o la incapacidad para reponerse después de que ha ocurrido un desastre	Vulnerabilidad natural	Ordinal	Duermo tranquilo y me levanto descansado	Test de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA
		Vulnerabilidad física		Hago ejercicios o trabajo físico hasta sudar.	
		Vulnerabilidad económica		Asisto a actividades sociales en las que paso ratos agradables.	
		Vulnerabilidad social		Hay personas a las que les demuestro cariño y ellas me lo demuestran a mí.	
		Vulnerabilidad política		Me propongo metas que están a mi alcance lograrlas.	
		Vulnerabilidad técnica		El tiempo me alcanza para resolver mis problemas.	

		Vulnerabilidad ideológica		Mis creencias religiosas o filosóficas me hacen sentir confiado en el futuro.	
		Vulnerabilidad educativa		Cuando tengo muchas tareas me tomo una fiesta antes de empezar a resolverlas	
		Vulnerabilidad cultural		Asisto a actividades de diversión tales como cines, teatros, fiestas entre otro. Cuando no puedo resolver mis problemas busco ayuda.	
		Vulnerabilidad ecológica			
		Vulnerabilidad institucional		Estoy seguro antes de tomar una decisión	

<p>Estilos de afrontamiento al VIH/SIDA en pacientes atendidos en el hospital Regional Zacarías Correa Valdivia</p>	<p>Hacen referencia a los esfuerzos, mediante conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona.</p>	<p>Centrado en la situación o problema: Resolución de problemas</p> <hr/> <p>Autocrítica negativa : centrarse en aspectos negativos de uno mismo</p> <hr/> <p>Reinterpretación positiva</p> <hr/> <p>Manifestación emocional</p>	<p>Ordinal</p>	<p><b>14.</b> He rezado intensamente para que la situación terminase bien  <b>15.</b> He intentado saber más sobre mi enfermedad  <b>16.</b> Pensaba sólo en el día a día  <b>17.</b> Hablaba con otras personas que se encontraban en la misma situación que yo  <b>18.</b> He intentado reducir la tensión durmiendo más de lo habitual  <b>19.</b> He aceptado la situación, ya que no podía hacer nada más  <b>20.</b> He tratado de elaborar un plan de acción en mi mente  <b>21.</b> He intentado comprender lo que otras personas en la misma situación pensaban o sentían  <b>22.</b> He trabajado para intentar resolver los</p>	<p>Cuestionario de afrontamiento frente al VIH/SIDA</p>
---	---	--	----------------	--	---

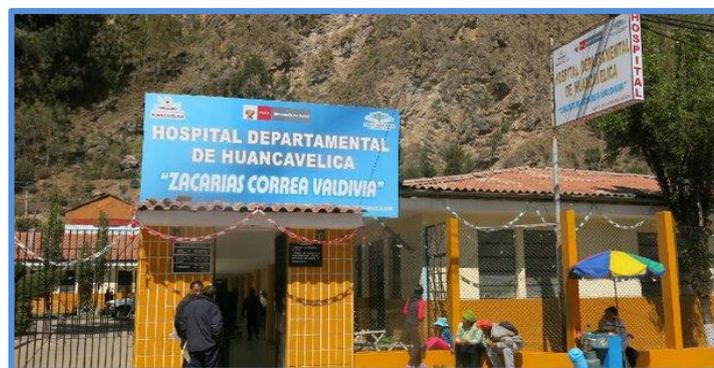
		Evitación		<p>problemas que conllevaba mi enfermedad</p> <p><b>23.</b> Trataba de recordar los buenos tiempos y soñaba despierto con ellos</p> <p><b>24.</b> He consultado a algún amigo, o a algún profesional para que me aconsejaran sobre cómo cambiar cosas en mi situación</p> <p><b>25.</b> Confiaba en mi fe en Dios</p> <p><b>26.</b> Confiaba en que mis doctores sabían qué tratamientos eran los más adecuados para mí</p> <p><b>27.</b> He tratado de permanecer firme y luchar por lo que deseaba</p> <p><b>28.</b> He tratado de reducir la tensión consumiendo más drogas de lo habitual</p> <p><b>29.</b> He intentado reducir la tensión bebiendo más alcohol de lo habitual</p> <p><b>30.</b> Hacía más deporte o Actividad física.</p>	
--	--	-----------	--	---	--

## 2.8 Ámbito de Estudio

El ámbito de estudio es el departamento de Huancavelica, en la cual está ubicado en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” la cual es única autoridad sanitaria en el nivel regional la DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE HUANCVELICA, es un órgano con personería jurídica que ejerce su jurisdicción sobre todas las personas jurídicas y naturales que prestan atención de salud o cuyas actividades estén relacionadas directa o indirectamente a la salud de la población de las provincias de Huancavelica, Acobamba, Angaraes, Castrovirreyna, Huaytara , Tayacaja y Churcampa. De Conformidad con la normatividad vigente en materia de salud. Cuenta en el nivel regional con 7 Redes de Salud, 29 Micro redes, un Hospital Departamental de Huancavelica con Categoría II-2, Hospital de Pampas Categoría II-1, 58 Centros de Salud, 338 Puestos de Salud, haciendo un total de 338 Establecimientos de Salud.

En la Estrategia de CERITS se evaluarán la vulnerabilidad y estilos de afrontamiento en pacientes con VIH/SIDA la cual cuenta con dos personales de salud (01 enfermera,01 tecnica en enfermería).

GRAFICO N° 01



Fuente: Hospital regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica-2017

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLOGICO**

#### **3.1. Tipo de Investigación**

El tipo de investigación fue orientado a tipo de investigación aplicado debido a que tiene propósitos prácticos inmediatos bien definidos como menciona <sup>(14)</sup>. Tomando en cuenta que los datos obtenidos son susceptibles de cuantificación, que permite el tratamiento estadístico para determinar la vulnerabilidad y estilos de afrontamientos en pacientes atendidos con VIH/SIDA en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.

#### **3.2. Nivel de Investigación**

La investigación fue orientado al nivel descriptivo considerando que sus resultados permitieron direccionar las intervenciones. <sup>(14)</sup> de reforzamiento, reorientación y clasificar a los contenidos teóricos relacionados sobre el /VIH-SIDA que se brindan.

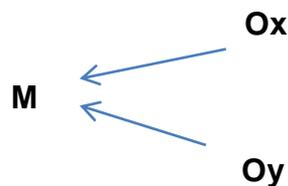
### 3.3. Método de Investigación

Se aplicó el método descriptivo, analítico y estadístico porque se describió, analizo e interpreto los resultados obtenidos según la variable en estudio del presente trabajo <sup>(14)</sup>. Considerando la información sobre el VIH/SIDA en paciente atendidos en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia.

### 3.4. Diseño de la investigación

Se utilizó el no experimental, transeccional, descriptivo porque no se manipulará las variables.

El diagrama del diseño es como se muestra de la siguiente manera:



**M** = Pacientes

**Ox** = Estilos de afrontamiento

**Oy** = Vulnerabilidad

### 3.5. Población, Muestra, Muestreo

**Población.** - La población estuvo constituidos por los pacientes con VIH/SIDA que son atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia”, por lo que se puede deducir que es una población de tipo finito porque permite ser medido.

**Muestra.** - En vista de que la población de estudio no es numerosa, pero se conoce, por ello se considera a todo el paciente atendido, de ambos sexos y de todas las edades que existe que hacen en total 30 pacientes.

**Muestreo.** - Para el presente trabajo se utilizó un muestreo no probabilístico de criterio para lo cual se distribuirá en 1 grupo.

**Criterios de inclusión**

- ✓ Pacientes atendidos con VIH/SIDA en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia”.
- ✓ Pacientes que den su consentimiento informado para participar en el estudio.

**Criterios de exclusión**

- ✓ Pacientes que no deseen participar en el estudio.

**3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

**Técnicas de evaluación:** Las fichas de evaluación fue una técnica que permite la recopilación de datos significativos para el investigador <sup>(14)</sup>. Por ello se utilizó esta técnica porque nos permitio obtener datos de todos los procesos del cuestionario se adjunta en el anexo C y D.

**Técnica estadística:** Los datos obtenidos se ingresarán a un sistema estadístico y los resultados obtenidos se analizarán con la contratación de hipótesis.

**Instrumento**

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue un test de vulnerabilidad y un cuestionario sobre estilos de afrontamiento que permitió obtener información de la fuente directa a través de ítems abiertos (dicotómicos y policotómicos).

**Test de vulnerabilidad:** Dicho instrumento consta de introducción, instrucciones, datos generales de los participantes y la sección de información específica que explora el nivel de vulnerabilidad y los estilos de afrontamiento sobre VIH/SIDA en los pacientes atendido en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia”.

El cuestionario consta de 15 ítems, el rango de respuestas de este instrumento oscila entre 1 casi siempre y 5 casi nunca, ante la pregunta Los cuales están referidos a explorar el grado de vulnerabilidad sobre el VIH/SIDA.

**Cuestionario de estilos de afrontamiento:** Dicho instrumento consto de introducción, instrucciones, datos generales de los participantes y la sección de información específica que explora el nivel de vulnerabilidad y los estilos de afrontamiento en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia”.

El cuestionario consto de 30 ítems, el rango de respuesta de este instrumento oscila entre 1 nunca y 5 siempre, ante la pregunta Los cuales están referidos a explorar los estilos de afrontamiento sobre el VIH/SIDA.

### **3.7. Procedimientos de Recolección de Datos**

#### **a. Autorización de acceso**

Estas se realizaron en primera instancia realizando los trámites documentarios y las coordinaciones con la directora(a) de la facultad de enfermería con el objetivo de dar a conocer para su respectiva aprobación para poder intervenir el proyecto

#### **b. Acceso a los informantes (consentimiento informado)**

Estos procedimientos se realizaron a cabo inmediatamente después de la aprobación del plan de investigación realizando la firma de acta de aprobación de consentimiento informado y aprobación de la aplicación del instrumento de trabajo validado, teniendo en cuenta el uso de la técnica intencionado en donde se aplicará a los pacientes portadores del VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia”. Huancavelica lo cual se conto con el apoyo técnico de profesionales para la facilitación

de recopilación de datos, para luego ser procesados estadísticamente.

### **3.8. Técnicas de procedimiento y análisis de datos**

El procesamiento será manual, Los valores para el grado de vulnerabilidad serán determinados mediante:

Test de vulnerabilidad consta de 15 ítems.

Alto            15 puntos

Medios        7 puntos

Bajo            5 puntos

Cuestionario de estilos de afrontamiento consta de 30 ítems considerando en ello los siguientes puntajes:

Positivo        30 puntos

Negativo       15 puntos

Evitación       5 punto

## **CAPÍTULO IV**

### **PRESENTACION DE RESULTADOS**

#### **4.1. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS (estadística descriptiva).**

Para la descripción e interpretación de datos obtenidos luego de la aplicación del instrumento de medición sobre afrontamiento y vulnerabilidad en pacientes portadores del VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia”.

Se organizó los datos recolectados para la representación de los mismos haciendo uso del paquete estadístico IBM SPSS Statistics para Windows Vers. 24.0 y Microsoft Office-Excel 2016; tomando en cuenta que los datos obtenidos son variables cualitativas y cuantitativas.

**TABLA N° 03: Características sociodemográficas de pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.**

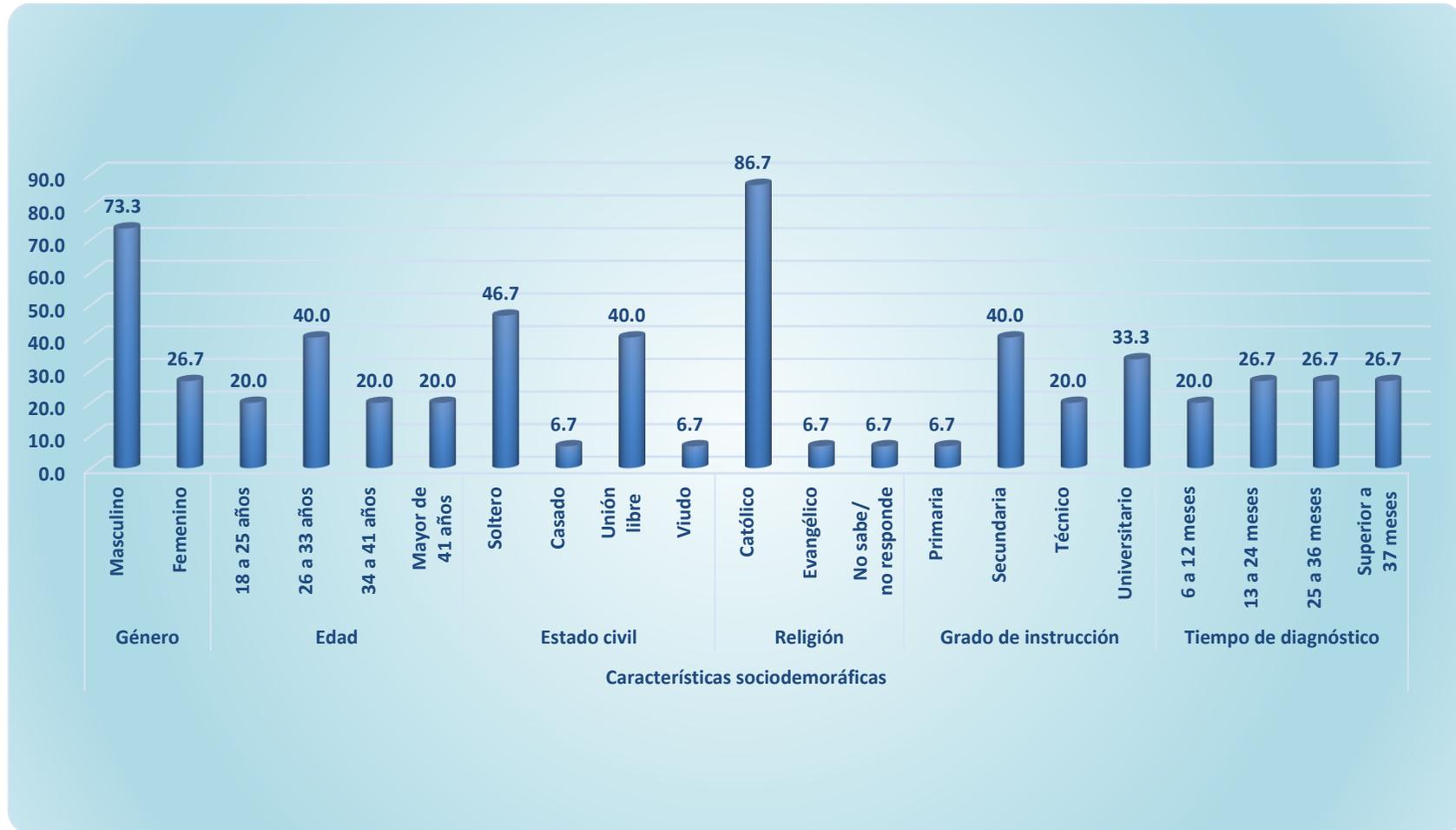
<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Categoría</b>	<b>fi</b>	<b>f%</b>
<b>Género</b>	Masculino	11	73.3
	Femenino	4	26.7
<b>Total</b>		<b>15</b>	<b>100.0</b>
<b>Edad</b>	18 a 25 años	3	20.0
	26 a 33 años	6	40.0
	34 a 41 años	3	20.0
	Mayor de 41 años	3	20.0
<b>Total</b>		<b>15</b>	<b>100.0</b>
<b>Estado civil</b>	Soltero	7	46.7
	Casado	1	6.7
	Unión libre	6	40.0
	Viudo	1	6.7
<b>Total</b>		<b>15</b>	<b>100.0</b>
<b>Religión</b>	Católico	13	86.7
	Evangélico	1	6.7
	No sabe/ no responde	1	6.7
<b>Total</b>		<b>15</b>	<b>100.0</b>
<b>Grado de instrucción</b>	Primaria	1	6.7
	Secundaria	6	40.0

	Técnico	3	20.0
	Universitario	5	33.3
<b>Total</b>		<b>15</b>	<b>100.0</b>
<b>Tiempo de diagnóstico</b>	6 a 12 meses	3	20.0
	13 a 24 meses	4	26.7
	25 a 36 meses	4	26.7
	Superior a 37 meses	4	26.7
<b>Total</b>		<b>15</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumento aplicado, 2017

En la Tabla N°03 y Gráfico N° 02 se observó que 73,3% de los pacientes son masculinos, 40,0%, fueron de 26 a 33 años de edad; 40,0%, fueron de unión libre; 86,7% católicos; 40,0% constaron con grado de instrucción secundaria, y 26,7% refirieron que tienen entre 13 a más de 37 meses de tiempo de diagnóstico.

**GRÁFICO N° 02: Características sociodemográficas de pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia”.**



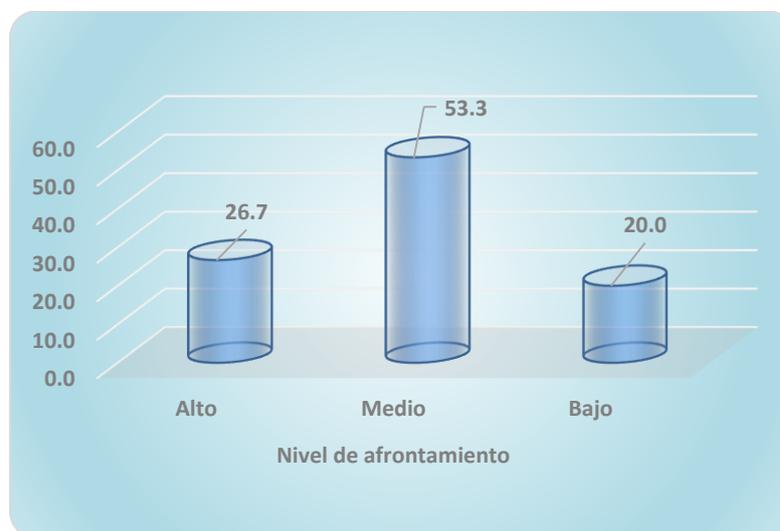
Fuente: Tabla N° 01

**TABLA N° 04:** Nivel de afrontamiento en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.

Nivel de afrontamiento	fi	f%
Alto	4	26.7
Medio	8	53.3
Bajo	3	20.0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumento aplicado 2017.

**GRÁFICO N° 03:** Nivel de afrontamiento en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.



Fuente: Tabla N° 02

En la Tabla N° 04 y Gráfico N° 03 se observó que 53,3% de pacientes con VIH/SIDA refirieron un nivel de afrontamiento de nivel medio, 26,7%, un nivel alto de afrontamiento; y 20,0%; bajo.

**TABLA N° 05:** Nivel de vulnerabilidad en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.

Nivel de Vulnerabilidad	fi	f%
Alto	4	26.7
Medio	5	33.3
Bajo	6	40.0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumento aplicado 2017.

**GRÁFICO N° 04:** Nivel de vulnerabilidad en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.



Fuente: Tabla N° 03

En la Tabla N°05 y Gráfico N° 04 se observó que 40,0% de pacientes con VIH/SIDA refirieron un bajo nivel de vulnerabilidad, 33,3%, un nivel medio; y 26,7%; alta vulnerabilidad.

**TABLA N° 06:** Nivel de afrontamiento y vulnerabilidad en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.

Nivel de afrontamiento	Nivel de vulnerabilidad						Total	
	Alto		Medio		Bajo			
	fi	f%	fi	f%	fi	f%	fi	f%
Alto	0	0.0%	1	6.7%	3	20.0%	4	26.7%
Medio	1	6.7%	4	26.7%	3	20.0%	8	53.3%
Bajo	3	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	20.0%
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>26.7%</b>	<b>5</b>	<b>33.3%</b>	<b>6</b>	<b>40.0%</b>	<b>15</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Instrumento aplicado 2017.

**GRÁFICO N° 05:** Nivel de afrontamiento y vulnerabilidad en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.



Fuente: Tabla N° 04

En la Tabla N° 06 y Gráfico N° 05 se observó que 26,7% de pacientes con VIH/SIDA refirieron un nivel medio de afrontamiento y vulnerabilidad, 20,0%, un nivel bajo de afrontamiento y alta vulnerabilidad; y 20,0%; alto afrontamiento y baja vulnerabilidad.

## 4.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS (estadística inferencial)

### SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DEL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ( $r$ Pearson)

#### Nivel de afrontamiento y vulnerabilidad

#### 1. Hipótesis Estadística:

##### Hipótesis Nula ( $H_0$ ):

$H_0: r_{xy} = 0 \Rightarrow$  El coeficiente de correlación obtenido procede de una población cuya correlación es cero ( $\rho = 0$ ).

##### Hipótesis Alternativa ( $H_a$ ):

$H_1: r_{xy} \neq 0 \Rightarrow$  El coeficiente de correlación obtenido procede de una población cuyo coeficiente de correlación es distinto de cero ( $\rho \neq 0$ ).

#### 2. Nivel de significancia ( $\alpha$ ) y nivel de confianza ( $\gamma$ ):

( $\alpha$ ) = 0,05 (5%);                      ( $\gamma$ ) = 0,95 (95%)

#### 3. Función o Estadística de Prueba

#### Formula de la correlación de Pearson.

$$r_s = \frac{N \sum r_x r_y - \sum r_x \sum r_y}{\sqrt{\left[ N \sum r_x^2 - \left( \sum r_x \right)^2 \right] \left[ N \sum r_y^2 - \left( \sum r_y \right)^2 \right]}}$$

**Donde:**

$r$  = coeficiente de correlación de Pearson.

$N$  = número de datos.

$X$  = puntaje crudo de X.

$Y$  = puntaje crudo de Y.

#### 4. **Región crítica o de rechazo de la hipótesis nula:**

En la correlación de Pearson se encuentra entre -1 y +1 que mide el grado de relación entre dos variables (llamadas X e Y). Un valor positivo de la correlación implica una relación directa positiva (valores grandes de X, tienden a estar relacionado con grandes valores de Y y los valores pequeños de X, tienden a estar relacionado a valores pequeños de Y). Un valor negativo de la correlación implica una asociación negativa o inversa (valores grandes de X, tienden a estar relacionado con valores pequeños de Y, y viceversa).

##### **Coefficiente de correlación.**

Se expresa numéricamente, tanto en la fuerza como en la dirección de la correlación lineal en línea recta. Tales coeficientes de correlación se encuentran generalmente entre  $-1.00$  y  $+1.00$  como sigue:

##### **Parámetro del coeficiente de correlación.**

- 1.00	Correlación negativa perfecta.
-0.95	Correlación negativa fuerte.
-0.50	Correlación negativa moderada.
- 0.10	Correlación negativa débil.
0.00	Ninguna correlación.
+ 0.10	Correlación positiva débil
+ 0.50	Correlación positiva moderada.
+ 0.95	Correlación positiva fuerte.
+ 1.00	Correlación positiva perfecta.

#### 5. **Valor Calculado**

El valor calculado (VC) de la función r de Pearson se obtiene en la Tabla N° 01.

**TABLA N° 01**  
**OBTENCIÓN DEL VALOR CALCULADO DE**  
**r de Pearson Correlaciones**

<b>Correlaciones</b>			
		Afrontamiento	Vulnerabilidad
Afrontamiento	Correlación de Pearson	1	,748**
	Sig. (bilateral)		,001
	N	15	15
Vulnerabilidad	Correlación de Pearson	,748**	1
	Sig. (bilateral)	,001	
	N	15	15
** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).			

**6. Decisión Estadística:**

La correlación de Pearson es 0,748, por lo que de acuerdo a la tabla de decisiones existe correlación positiva moderada, se rechaza la hipótesis nula a favor de la hipótesis alterna, al 5% de significancia estadística.

Con estos resultados, se concluye que las variables de estudio están relacionadas; vale decir, que existe evidencia estadística suficiente para afirmar que existe relación entre los estilos de afrontamiento y nivel de vulnerabilidad.

### 4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La investigación se realizó en pacientes con VIH/SIDA, atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica, Cuyo objetivo fue determinar la vulnerabilidad y estilos de afrontamiento con el fin de mantener su vida y su estado de salud del paciente. En la tabla N°03 las características sociodemográficas más resaltantes fueron: género masculino con un 73.3% de pacientes, edad que oscilan desde los 23 a 33 años en un 40.0%, estado civil solteros con 46.7%, religión católica 86.7%, contando con grado de instrucción secundaria con 40.0% y tiempo de diagnóstico de 13 a más 37 meses con 26.7%. Tabla N°04 los resultados encontrados en el estudio sobre estilos de afrontamiento se observó que un 53,3% de pacientes con VIH/SIDA refirieron un nivel medio ;26.7% un nivel alto; y 20.0% bajo. Dolores (2010) en su estudio “Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en personas con VIH positiva con lipodistrofia” concluyo que la lipodistrofia puede disminuir la calidad de vida a nivel emocional bajo, ante la presencia de determinadas estrategias de afrontamiento. Según los estudios sobre afrontamiento buscan determinar los estilos y estrategias que favorecen un mejor ajuste a las condiciones de la enfermedad y que disminuyen los riesgos asociados a las mismas. Se ha sugerido que el afrontamiento de tipo activo (que busca ejecutar acciones directas con el fin de apartar o evitar el estresor) y el estilo enfocado en el problema (orientado a cambiar o eliminar la fuente de la amenaza) parecen estar asociados a los resultados psicológicos más positivos al favorecer la adaptación a la nueva condición de enfermo; por su parte los afrontamientos por evitación, confrontación, distanciamiento, autocontrol y escape parecen estar asociados a resultados psicológicos negativos, tales como depresión y ansiedad. Sin embargo, algunas investigaciones reconocen que el uso de estrategias mixtas (centradas en el problema y en la emoción)

brindarían una mayor versatilidad al afrontamiento de las condiciones estresantes, ya que el meramente centrado en el problema es útil cuando la enfermedad es percibida como un evento que puede ser controlado por quien la padece; en cambio, el enfocado en la emoción muestra mayores resultados positivos cuando la enfermedad se percibe como incontrolable. Por eso, se considera que la efectividad del afrontamiento en la enfermedad crónica se logra tratando de tener variedad y versatilidad de respuestas que procuren una mejor adaptación debido a que no todos los estilos y estrategias son útiles en todo momento ni para todo tipo de enfermedad. Así, desarrollar la capacidad de aceptar las limitaciones y pérdidas que la enfermedad impone y mantener un balance entre los sentimientos positivos y negativos sobre la vida y el sentido de uno mismo son la clave de un afrontamiento eficaz.<sup>16</sup>

En la tabla N° 05, con respecto al nivel de vulnerabilidad se observó que 40,0% de pacientes con VIH/SIDA refieren un bajo nivel de vulnerabilidad, 33,3%, nivel medio; y 26,7%; alto. Según Canales (2013) en su estudio titulado “Nivel de vulnerabilidad sobre Infecciones de Transmisión Sexual y actitud hacia la práctica sexual riesgosa en adolescentes de secundaria del Colegio Mariscal Toribio de Luzuriaga” concluyo que el nivel de vulnerabilidad que tienen los adolescentes en relación a las Infecciones de Transmisión Sexual es de medio a un conocimiento bajo, La actitud de los adolescentes hacia la práctica sexual riesgosa, es medianamente favorable, seguida de una actitud desfavorable. En la tabla N°06 la relación entre las variables se observó que 26,7% de pacientes con VIH/SIDA refieren un nivel medio de afrontamiento y vulnerabilidad, 20,0%, un nivel bajo de afrontamiento y alto vulnerabilidad; y 20,0%; alto afrontamiento y baja vulnerabilidad. Según Aldwin (2000) el nivel medio está centrado en la situación o problema a resolución de problemas donde la persona intenta definir las causas, asumiendo

que está bajo el control, ante tal situación planifica un plan de intervención basada en su actual análisis de realidad. Según Barrenechea (2002) el nivel de medio de vulnerabilidad se clasifica en social, educativo y cultural reflejado a que la persona esta consiente en un estado de diferencia con limitación de organización y cohesión interna de la sociedad al ambiente y al entorno. Recibir un diagnóstico de VIH positivo puede producir fuertes reacciones emocionales. Al principio, provoca un estado de choque y negación que puede cambiar a sentimientos de temor, culpa, ira, tristeza y desesperanza. Algunas personas desarrollan incluso ideación suicida. Es comprensible que el enfermo pueda sentirse desesperado, temeroso de la enfermedad, la incapacidad e incluso la muerte. Las personas con VIH deben lidiar con un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que, en conjunto, constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental. El personal de salud, especialmente en la atención del cuidado del enfermero en la comunidad, deben fortalecer las actividades con participación activa de los pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional” Zacarías Correa Valdivia”. Finalmente, es importante indicar que estos resultados constituyen una base teórica para el diseño y la fundamentación de estrategias. Asimismo, sirve también, como base para otros estudios de investigación científica.

## CONCLUSIONES

1. Sobre las características sociodemográficas en los pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” el 73.3% de los pacientes son masculinos, 40,0% tuvieron entre 26 a 33 años de edad.
2. Los pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” obtuvieron un nivel de afrontamiento medio, a pesar del cumplimiento de su tratamiento, evidenciando que, el cuidado de la salud está en manos de la misma persona.
3. El nivel de vulnerabilidad bajo; 40.0%.
4. Un número considerable de pacientes con VIH/SIDA se adapta a los nuevos cambios en su estilo de vida por ello presentaron un nivel medio de estilos de afrontamiento y bajo nivel vulnerabilidad.
5. Se estable una relación significativa ( $p_{value} < ,05$ ) entre el nivel de afrontamiento y vulnerabilidad en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia”

## RECOMENDACIONES

1. Los hospitales como instituciones comprometidas con la salud, tienen la responsabilidad no solo de diagnosticar y atender a los usuarios, sino de fomentar un ambiente físico de trabajo agradable, propiciando mayor confort y satisfacción en el desarrollo de las actividades diarias que realiza el profesional de salud en la atención del paciente con VIH/SIDA.
2. Establecer protocolos de programas de mecanismos de afrontamiento y prevención de riesgos para pacientes con VIH/SIDA.
3. Que las/los directivos permitan implementar guías de promoción de una salud sexual y reproductiva saludable y prevención de ITS, VIH/SIDA en grupos vulnerables y de riesgo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud, "Guía Nacional de Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual" Peru-2016.
2. Onusida-OMS "situación mundial de estadística de SIDA/VIH", Ginebra. Versión electrónica-2016.
3. INEGI "Estadística a propósito del día mundial de la lucha contra el sida". Datos estadísticos. Peru-2016.
4. Orem.D. E, "Modelo de Orem conceptos de enfermería en la práctica". Barcelona:Masson-Salvat enfermería-1993.
5. Barrenechea, J., E. Gentile, S. González, CE. Natenzon y D. Ríos, 2002, Revisión del concepto de vulnerabilidad social. PIRNA, Buenos Aires.
6. Pérez, Salvador: Manuel, Begoña (2003), Historia natural y clasificación de VIH. (1 eds,2003).
7. OMS, "Manual para la sexualidad familiar de ITS/VIH/SIDA", Peru-2014.
8. Bolaños, A. (1990). El cambio psicológico. Barcelona: Kairós.
9. Velásquez Gloria y Darío Gómez Rubén, "SIDA: Enfoque Integral", 2da edición, Colombia: Editorial Ediciones Rojo 1996.
10. Gatel.JM, Buirá E. Soriano A, Tejado C. Historia natural, clasificación, patogenia, fisiopatología y pronóstico de la infección por el VI. En su guía práctica clínica, diagnóstico y tratamiento. 5 ed. Madrid: Masson-1998.
11. Lamotte,JA. Infección-enfermedad por VIH/SIDA, fases, formas y complicaciones. Temas de medicina humana.1 ed. La Habana: Editorial ciencias médicas-2002.
12. Arana, Maria Teresa y colaboradores "Promoción y Cuidado de la Salud de Adolescentes y Jóvenes: Haciendo realidad el derecho a la salud". Peru-2013.

13. Organización Mundial de La Salud “Salud para los unos desafíos para la sociedad”, 2da edición, Ginebra 2000.
14. Carrasco Díaz, Sergio (2006). metodología de la investigación científica. editorial san marcos, lima.
15. Carrico, A.W., Johnson, M.O., Morin, S.F., Remien, R.H., Charlobois, E.D., Steward, W.T. y Chosnoy, M.A (2007). Correlates of suicidal ideation among HIV-positive persons. *Epidemiology and Social AIDS*, 21(9), 1199-1203.
16. Aldwin, C.M. (2000) Estrés, afrontamiento y desarrollo: una perspectiva integradora. New York: Guilford Press.
17. Blakie, P., T. Canon, I. Davis y B. Wisner, 1996, vulnerabilidad. El entorno social, político, económico de los desastres. La RCD, red de estudios sociales en prevención America latina, bogota.
18. Bungenes, M., 2004” Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para latinoamericana del siglo XX”, América latina y el caribe.
19. Cepal, 2001, informe de la reunión de expertos: seminario internacional sobre las diferentes expresiones de la vulnerabilidad – CEPAL-CELADE, Santiago chile.
20. Egea Jimenez, Carmen; Sanchez-Gonzales, Diego; Soledad, Suesain J.I. (2012) , vulnerabilidad social, pensamientos del angulo desde geografías/ granada P.278.
21. Canesa, B. (2000). adaptación psicométrica de las escalas de afrontamiento para adolescentes de frydmberg y lewis en un grupo de escolares de lima metropolitana.
22. Bolaños, A. (1990). El cambio psicológico. barcelano kairos.
23. Calvanese, N y Cols (2004). Estilos de afrontamiento y adptacion al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis. latinoamerica 89-94.

24. Crespo M. Cruzado Ja. La evaluación del afrontamiento, adaptación española del cuestionario COPE, con una muestra de estudio universitario. *Análisis y modificación de conducta* 1997;23;79-830.

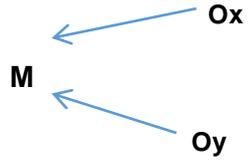
**ANEXOS**

# ANEXO Nº 01

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

### VULNERABILIDAD Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL “ZACARÍAS CORREA VALDIVIA” HUANCVELICA - 2017

<b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b> estilos de afrontamiento del VIH/SIDA	<b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b> Vulnerabilidad del VIH/SIDA		
<b>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>METODOLOGÍA</b>
<b>PREGUNTA GENERAL</b> ¿Cuál es nivel de vulnerabilidad y los estilos de afrontamiento en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica?  <b>PREGUNTAS ESPECÍFICAS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Cuáles son las características de la población de estudio en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital</li> </ul>	<b>OBJETIVO GENERAL</b> Determinar la vulnerabilidad y estilos de afrontamiento en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional” Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.  <b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Caracterizar la población de estudio en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional” Zacarías</li> </ul>	<b>HIPÓTESIS GENERAL</b> El nivel de vulnerabilidad y los estilos de afrontamiento en VIH/SIDA en los pacientes atendidos en el” Hospital Zacarías Correa Valdivia”.  <b>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>El nivel de vulnerabilidad al VIH/SIDA es mayor en la población sexualmente activa.</li> </ul>	<b>TIPO DE INVESTIGACIÓN:</b> Investigación aplicada  <b>NIVEL DE INVESTIGACIÓN:</b> Descriptivo  <b>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN:</b> Descriptivo, analítico y estadístico  <b>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:</b> - Técnica de evaluación - Técnica estadística  <b>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:</b> Utilizaremos el no experimental transeccional porque no se manipulará las variables.

<p>Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es el nivel de vulnerabilidad sobre VIH/SIDA en pacientes atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica?</li> <li>• ¿Cuáles son los estilos de afrontamiento en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica?</li> </ul>	<p>Correa Valdivia” Huancavelica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar la vulnerabilidad en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.</li> <li>• Describir los estilos de afrontamiento de los pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los estilos de afrontamiento frente al VIH/SIDA son débiles.</li> </ul>	<p>El diagrama del diseño es como se muestra de la siguiente manera:</p>  <pre> graph TD     Ox --&gt; M     Oy --&gt; M   </pre> <p><b>M</b>= Pacientes  <b>Ox</b>= estilos de afrontamiento  <b>Oy</b>= vulnerabilidad</p> <p><b>POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Población:</b> 30</li> <li>• <b>Muestra:</b> probabilística</li> <li>• <b>Muestreo:</b> no probabilístico</li> </ul> <p><b>TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnica estadística</li> <li>- Técnica de evaluación</li> </ul>
--	---	--	---



## ANEXO N° 02

### INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través de este documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada **“VULNERABILIDAD Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO SOBRE EL VIH/SIDA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA ESTRATEGIA SANITARIA DEL CENTRO DE REFERENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL DEL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA DE HUANCVELICA - 2017”**

Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que la información que en el instrumento vierta será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención; además confío en que las investigadoras utilizaran adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

### COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado paciente:

Las investigadoras del proyecto para el cual Ud. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado. Se compromete con Ud. a guardar la máxima confidencialidad de la información; así como también asegura que los hallazgos serán utilizados para fines de investigación y no le perjudicarán en absoluto.

Atte.

.....  
LUCY, DE LA CRUZ MELCHOR

Investigadora

.....  
ANGELA Y, LULO GUZMAN

Investigadora



## CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO FRENTE AL VIH/SIDA

### PRESENTACION:

Estimado usuario: es grato dirigirme a Ud. en esta oportunidad con el fin de solicitar su colaboración para responder el siguiente instrumento que tiene como objetivo estudiar el nivel de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA, a continuación, se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones que ocurren en la vida y salud. para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento.

### INSTRUCCIONES:

**Fecha:**.....

A continuación, le presentamos una serie de ítems, lea atentamente cada uno de ellos, conteste marcando con un círculo el número correspondiente a la frecuencia con que ha utilizado cada una de las siguientes estrategias para afrontar las emociones suscitadas cuando piensa en el hecho de ser portador del VIH. Dé sólo una respuesta por cada frase.

### DATOS GENERALES

#### 1.-Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino
- c) No sabe/ no responde

#### 2.- Edad (años):

- a) 18 a 25 años
- b) 26 a 33 años
- c) 34 a 41 años
- d) Mayor de 41
- e) No sabe/no responde

#### 3.- Estado civil:

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Unión libre
- d) Divorciado/separado

e) Viudo

f) No sabe/ no responde

**4.- Religión:**

a) Católico

b) Evangélico

c) No sabe/ no responde

**5.- Grado de instrucción:**

a) Primaria

b) Secundaria

c) Técnico

d) Universitario

e) Pnp/ fuerzas armadas

f) No sabe/ no responde

**6.-Tiempo de diagnóstico:**

a) 6 a 12 meses

b) 13 a 24 meses

c) 25 a 36 meses

d) Superior a 37 meses

e) No sabe /no responde

	<b>Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Normal mente</b>	<b>A menudo</b>	<b>Siempre</b>
<b>1.</b> He pensado mucho más sobre lo que era realmente importante en mi vida					
<b>2.</b> Me he implicado en actividades políticas relacionadas con mi enfermedad					
<b>3.</b> Creía que el tiempo marcaría la diferencia y que la mejor cosa que podía hacer era esperar					
<b>4.</b> Me volví más sociable					
<b>5.</b> Lloraba, chillaba o me reía más para expresar mis sentimientos					
<b>6.</b> He intentado reducir la tensión comiendo más de lo habitual					
<b>7.</b> He pensado más sobre el significado de la vida					

8. He tratado que los demás no supiesen cómo me sentía					
9. Bromeaba sobre ello, rechazando adoptar una actitud demasiado seria al respecto					
10. He intentado no preocuparme ni perder la calma					
11. He tomado más vitaminas y he comido de manera sana					
12. He tratado de comprender qué era lo que había ocasionado mi enfermedad					
13. He dependido de los demás para que me animasen y me hiciesen sentir mejor					
14. He rezado intensamente para que la situación terminase bien					
15. He intentado saber más sobre mi enfermedad					
16. Pensaba sólo en el día a día					
17. Hablaba con otras personas que se encontraban en la misma situación que yo					
18. He intentado reducir la tensión durmiendo más de lo habitual					
19. He aceptado la situación, ya que no podía hacer nada más					
20. He tratado de elaborar un plan de acción en mi mente					
21. He intentado comprender lo que otras personas en la misma situación pensaban o sentían					
22. He trabajado para intentar resolver los problemas que conllevaba mi enfermedad					
23. Trataba de recordar los buenos tiempos y soñaba despierto con ellos					
24. He consultado a algún amigo, o a algún profesional para que me aconsejaran sobre cómo cambiar cosas en mi situación					
25. Confiaba en mi fe en Dios					
26. Confiaba en que mis doctores sabían qué tratamientos eran los más adecuados para mí					
27. He tratado de permanecer firme y luchar por lo que deseaba					
28. He tratado de reducir la tensión consumiendo más drogas de lo habitual					
29. He intentado reducir la tensión bebiendo más alcohol de lo habitual					
30. Hacía más deporte o actividad física					

GRACIAS POR SU COLABORACION



## TEST DE VULNERABILIDAD FRENTE AL VIH/SIDA

### PRESENTACION:

Estimado paciente: es grato dirigirme a Ud. en esta oportunidad con el fin de solicitar su colaboración para responder el siguiente instrumento que tiene como objetivo estudiar el nivel de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en la estrategia sanitaria del centro de referencia de infecciones de transmisión sexual del hospital regional Zacarías correa Valdivia de Huancavelica.

Cabe mencionar que será anónimo y que los resultados serán de uso exclusivo para la investigación. Le agradezco anticipadamente su colaboración.

### INSTRUCCIONES:

A continuación, se presenta una serie de ítems, lea atentamente cada uno de ellos, conteste y colocando el número que usted crea conveniente a la izquierda de cada proposición.

### DATOS GENERALES

#### 1.-Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino
- c) No sabe/ no responde

#### 2.- Edad (años):

- a) 18 a 25 años
- b) 26 a 33 años
- c) 34 a 41 años
- d) Mayor de 41
- e) No sabe/no responde

#### 3.- Estado civil:

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Unión libre
- d) Divorciado/separado
- e) Viudo
- f) No sabe/ no responde

**4.- Religión:**

- a) Católico
- b) Evangélico
- c) No sabe/ no responde

**5.- Grado de instrucción:**

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Técnico
- d) Universitario
- e) Pnp/ fuerzas armadas
- f) No sabe/ no responde

**6.-Tiempo de diagnóstico:**

- a) 6 a 12 meses
- b) 13 a 24 meses
- c) 25 a 36 meses
- d) Superior a 37 meses
- e) No sabe /no responde

	<b>Casi siempre</b>	<b>Muchas veces</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Pocas veces</b>	<b>Casi nunca</b>
1. duermo tranquilo y me levanto descansado					
2. Hay personas a las que les demuestro cariño y ellas me lo demuestran a mí.					
3. Hago ejercicios o trabajo físico hasta sudar.					
4. Mis creencias religiosas o filosóficas me hacen sentir confiado en el futuro.					
5. Asisto a actividades sociales en las que paso ratos agradables					
6. Tengo un grupo de buenos amigos en los que puedo confiar.					
7. Asisto a actividades de diversión tales como cines, teatros, fiestas, entre otras.					
8. Me propongo metas que están a mi alcance lograrlas					
9. El tiempo me alcanza para resolver mis problemas					
10. Estoy seguro antes de tomar una decisión.					

<b>11.</b> Cuando no puedo resolver un problema, busco ayuda					
<b>12.</b> Mi familia me apoya cuando tengo que tomar alguna decisión					
<b>13.</b> Me quiero tal como soy					
<b>14.</b> Cuando tengo un problema no lo comento con nadie.					
<b>15.</b> Cuando tengo muchas tareas me tomo una siesta antes de empezar a resolverlas.					

**GRACIAS POR SU COLABORACION**

## ANEXO N° 03

## VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

## VALIDEZ POR EXPERTOS

## TEST DE VULNERABILIDAD FRENTE AL VIH/SIDA

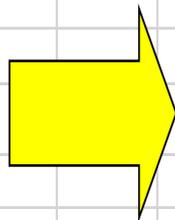
VALIDEZ DEL TEST VULNERABILIDAD FRENTE AL VIH/SIDA											
JUECES	ITEMS										Total Fila
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Juez 1	4	3	3	3	4	4	3	4	3	4	35.00
Juez 2	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	38.00
Jues 3	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	48.00
Jues 4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40.00
Juez 5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50.00
Total Columna	22.0	20.0	21.0	21.0	21.0	21.0	20.0	22.0	21.0	22.0	211.00
Promedio	4.40	4.00	4.20	4.20	4.20	4.20	4.00	4.40	4.20	4.40	42.20
Desviac. Standard	0.55	1.00	0.84	0.84	0.45	0.84	0.71	0.55	0.84	0.55	6.50

Aplicando la siguiente fórmula para calcular el alfa de Cronbach:

$$S_i^2 = 5.4$$

$$S_t^2 = 42.20$$

$$K = 10$$



$$\alpha = \left[ \frac{K}{K-1} \right] \left[ 1 - \frac{\sum_{i=1}^K S_i^2}{S_t^2} \right]$$

$$= 0.96893102$$

## VALIDEZ POR EXPERTOS

### CUESTIONARIO DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO FRENTE AL VIH/SIDA

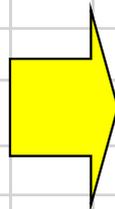
VALIDEZ DEL CUESTIONARIO DE ENCUESTA: AFRONTAMIENTO FRENTE AL VIH/SIDA											
JUECES	ITEMS										Total Fila
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>Juez 1</b>	4	3	3	3	4	3	3	4	3	4	34.00
<b>Juez 2</b>	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	38.00
<b>Jues 3</b>	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	48.00
<b>Jues 4</b>	5	4	4	5	5	5	4	4	5	5	46.00
<b>Juez 5</b>	5	4	5	5	5	4	5	5	4	5	47.00
Total Columna	23.0	20.0	20.0	21.0	23.0	21.0	20.0	21.0	21.0	23.0	213.00
Promedio	4.6	4.0	4.0	4.2	4.6	4.2	4.0	4.2	4.2	4.6	42.60
Desviac. Standard	0.5	0.7	1.0	0.8	0.5	0.8	1.0	0.4	0.8	0.5	6.23

Aplicando la siguiente fórmula para calcular el alfa de Cronbach:

$$S_i^2 = 5.7$$

$$S_t^2 = 38.80$$

$$K = 10$$



$$\alpha = \left[ \frac{K}{K-1} \right] \left[ 1 - \frac{\sum_{i=1}^K S_i^2}{S_t^2} \right] = 0.9479$$

## ANEXO N° 04

### CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La confiabilidad del instrumento de medición (*vulnerabilidad*) se establece por medio del método del *Índice de Consistencia Interna Alfa de Cronbach*.

**Formula de Alfa de Cronbach.**

$$\alpha = \left( \frac{k}{k-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_{sum}^2} \right)$$

Donde:

**k** : Es el número de ítems de la prueba = 15

**S<sub>i</sub><sup>2</sup>** : Es la varianza de los ítems (desde 1...i) = 28,29

**S<sub>s<sup>2</sup>um</sub>** : Es la varianza de la prueba total = 108,44

El número de ítems (o longitud de la prueba) y la proporción de varianza total de la prueba debida a la covarianza entre sus partes (ítems). Ello significa que la fiabilidad depende de la longitud de la prueba y de la covarianza entre sus ítems.

**Remplazando valores:**

$$\text{alfa} = \frac{15}{14} \left[ 1 - \frac{28,29}{108,44} \right]$$

$$\text{alfa} = 0,792$$

#### CONFIABILIDAD



**Muy Baja**      **Baja**      **Regular**      **Aceptable**  
**Elevada**

*0% de confiabilidad*

*En la medición*

*(La medición está  
medición*

*Contaminada de error)*

*100% de*

*confiabilidad*

*en la*

*(no hay error)*

El coeficiente de confiabilidad *índice de consistencia interna alfa de cronbach* = 0,792 (79%); indica una aceptable confiabilidad, pues supera el 60% (Hernández S., 2014).

### MATRIZ DE DATOS PARA VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

VULNERABILIDAD FRENTE VIH/SIDA																			
Casos	Items															Total			
	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15				
1	5	2	1	3	2	1	2	5	4	4	3	1	5	4	3	45	<i>alfa</i>	0.792	
2	5	1	4	5	4	2	3	5	5	4	1	1	5	5	2	52	n° items(K)	15	
3	4	1	3	4	1	1	1	3	2	3	2	2	2	2	1	32	N° items - 1(	14	
4	2	4	1	2	5	4	3	5	4	5	4	5	5	3	1	53		1	
5	5	4	3	4	2	1	1	5	5	4	3	4	2	2	3	48	Var_items	28.2888889	
6	3	4	5	3	4	1	5	3	1	1	4	5	5	3	5	52	Var_total	108.44	
7	2	3	1	3	1	1	1	3	1	3	2	2	4	1	1	29			
8	1	4	2	4	1	1	1	2	1	1	1	1	2	5	1	28	$\alpha = \left( \frac{k}{k-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_{sum}^2} \right)$		
9	5	4	2	4	5	1	4	4	2	3	4	5	5	4	3	55			
10	4	3	2	4	4	1	4	4	2	3	3	4	5	1	2	46			
<b>Var. Items</b>	<b>2.27</b>	<b>1.56</b>	<b>1.82</b>	<b>0.71</b>	<b>2.77</b>	<b>0.93</b>	<b>2.28</b>	<b>1.21</b>	<b>2.68</b>	<b>1.66</b>	<b>1.34</b>	<b>3.11</b>	<b>2</b>	<b>2.22</b>	<b>1.73</b>	<b>108.44</b>	<b>Var. Total</b>		
																		<b>28.29</b>	<b>Var. Items</b>

## EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La confiabilidad del instrumento de medición (**afrentamiento frente al VIH/SIDA**) se establece por medio del método del Índice de Consistencia Interna **Alfa de Cronbach**.

**Formula de Alfa de Cronbach.**

$$\alpha = \left( \frac{k}{k-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_{sum}^2} \right)$$

Donde:

**k** : Es el número de ítems de la prueba = 30

**S<sub>i</sub><sup>2</sup>** : Es la varianza de los ítems (desde 1...i) = 59,766

**S<sub>s<sup>2</sup>um</sub>** : Es la varianza de la prueba total = 285,611

El número de ítems (o longitud de la prueba) y la proporción de varianza total de la prueba debida a la covarianza entre sus partes (ítems). Ello significa que la fiabilidad depende de la longitud de la prueba y de la covarianza entre sus ítems.

**Remplazando valores:**

$$\alpha = \frac{30}{29} \left[ 1 - \frac{59,7667}{285,611} \right]$$

$$\alpha = 0,818$$



(La medición está  
medición

en la

Contaminada de error)

(no hay error)

El coeficiente de confiabilidad *índice de consistencia interna alfa de cronbach* = 0,818 (81%); indica una aceptable confiabilidad, pues supera el 60% (Hernández S., 2014).



<b><i>alfa</i></b>	<b>0.81800804</b>
<b><i>n° items(K)</i></b>	<b>30</b>
<b><i>N° items - 1(K-1)</i></b>	<b>29</b>
	<b>1</b>
<b><i>Var_items</i></b>	<b>59.7666667</b>
<b><i>Var_total</i></b>	<b>285.61</b>

## ANEXO N° 05

### BAREMO O CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES

<b>ESTADÍSTICOS</b>	<b>RIESGO LABORAL</b>
<i>Media</i>	12.87
<i>Desv. típ</i>	2.88
<i>N° preguntas</i>	4

$$a = x - (0.75) (s) \quad 10.71$$

0.75

$$b = x + (0.75) (s) \quad 15.03$$

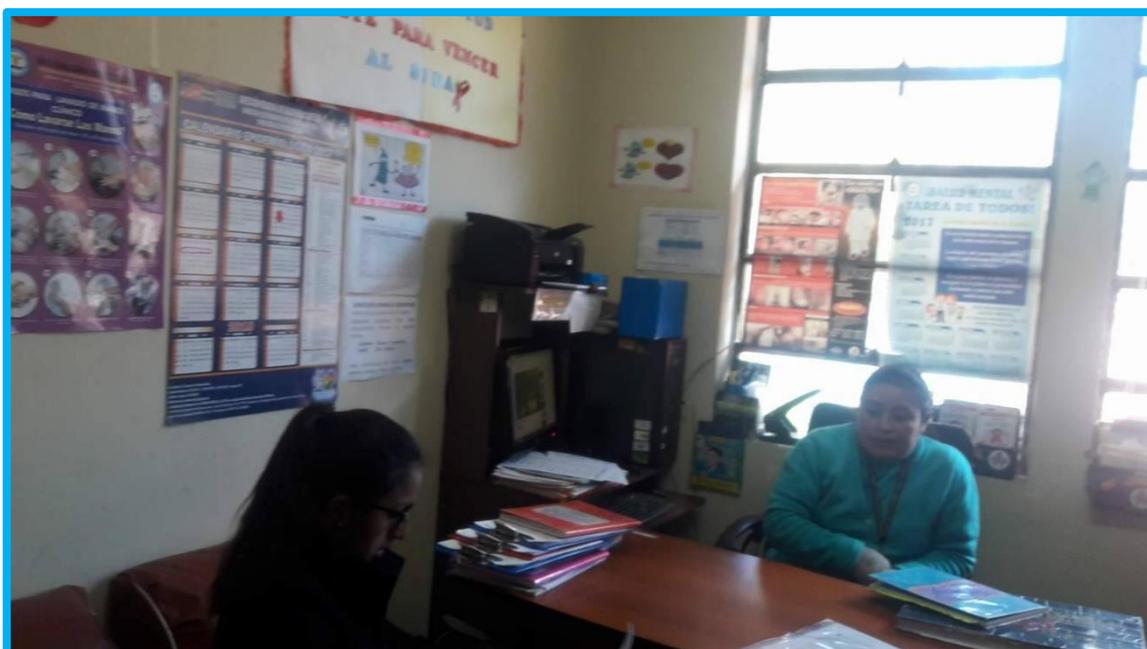
Valor mínimo      0

Valor máximo      13

<b>CATEGORÍA</b>	<b>VULNERABILIDAD</b>
<i>Alto</i>	52 – 75
<i>Medio</i>	37 – 51
<i>Bajo</i>	15 – 36

# ANEXO N° 06

## FOTOS





## ANEXO N° 07

### ARTÍCULO CIENTÍFICO.

#### Afrontamiento y vulnerabilidad en pacientes con vih/sida atendidos en el Hospital Regional "Zacarías Correa Valdivia" Huancavelica, 2017

Coping and vulnerability in patients with hiv / aids treated at the Regional Hospital "Zacarías Correa Valdivia" Huancavelica, 2017

Lucy De La Cruz Melchor<sup>1</sup>

Ángela Lulo Guzmán<sup>2</sup>

1 Bachiller en Enfermería

2 Bachiller en Enfermería

Universidad Nacional de Huancavelica - Facultad de Enfermería

#### RESUMEN

**Objetivo.** Determinar la relación entre el afrontamiento y vulnerabilidad en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional "Zacarías Correa Valdivia" Huancavelica.

**Métodos.** Se realizó un estudio de tipo descriptivo en el Hospital Regional "Zacarías Correa Valdivia" Huancavelica. La muestra incluye a pacientes con VIH/SIDA (n = 15); a quienes se entrevistó sobre afrontamiento y vulnerabilidad.

**Resultados.** El 73,3% de los pacientes son masculinos, 40,0%, son de 26 a 33 años de edad; 40,0%, son de unión libre; 86,7%, son católicos; 40,0% son de secundaria, y 26,7% refieren que tienen entre 13 a más de 37 meses de tiempo de diagnóstico. El 53,3% de pacientes con VIH/SIDA refieren un nivel de afrontamiento de nivel medio, 26,7%, un nivel alto de afrontamiento; y 20,0%; bajo. El 40,0% de pacientes con VIH/SIDA refieren un bajo nivel de vulnerabilidad, 33,3%, un nivel medio; y 26,7%; alta vulnerabilidad. Y 26,7% de pacientes con VIH/SIDA refieren un nivel medio de afrontamiento y vulnerabilidad, 20,0%, un nivel bajo de afrontamiento y alta vulnerabilidad; y 20,0%; alto afrontamiento y baja vulnerabilidad. (sig.< ,05).

**Conclusiones.** El afrontamiento a la enfermedad busca determinar los estilos y estrategias que favorecen un mejor ajuste a las condiciones de la enfermedad (vulnerabilidad) y que disminuyen los riesgos asociados a las mismas.

**Palabra clave:** Afrontamiento, vulnerabilidad, infección.

## **SUMMARY**

**Objective.** To determine the relationship between coping and vulnerability in patients with HIV / AIDS treated at the Regional Hospital "Zacarías Correa Valdivia" Huancavelica.

**Methods.** A descriptive study was carried out at the Regional Hospital "Zacarías Correa Valdivia" Huancavelica. The sample includes patients with HIV / AIDS (n = 15); Who were interviewed about coping and vulnerability.

**Results.** 73.3% of the patients are male, 40.0% are 26 to 33 years of age; 40.0%, are free binding; 86.7% are Catholics; 40.0% are secondary school students, and 26.7% report that they have between 13 and more than 37 months of diagnostic time. 53.3% of patients with HIV / AIDS report an average level of coping, 26.7%, a high level of coping; And 20.0%; low. 40.0% of patients with HIV / AIDS report a low level of vulnerability, 33.3%, medium level; And 26.7%; High vulnerability. And 26.7% of patients with HIV / AIDS report an average level of coping and vulnerability, 20.0%, low level of coping and high vulnerability; And 20.0%; High coping and low vulnerability. (Sig. <, 05).

**Conclusions.** Coping with the disease seeks to determine the styles and strategies that favor a better adjustment to the conditions of the disease (vulnerability) and that reduce the risks associated with them.

**Key word:** Coping, vulnerability, disease

## **INTRODUCCIÓN**

Actualmente el SIDA afecta mayoritariamente a varones y mujeres jóvenes de estratos socioeconómicos medios y bajos que adquirieron la infección a través de relaciones sexuales, habiéndose incrementado la transmisión heterosexual.

Los principales factores que influyen en el incremento del VIH/SIDA son la edad temprana en que se inicia la vida sexual, los cambios frecuentes y repetidos de compañeros sexuales, la falta de educación sexual y de una cultura de prevención; el sexo comercial, frecuentemente asociado a otros factores de

riesgo como son el uso de drogas lícitas e ilícitas, prácticas sexuales, dado que muchas veces son asintomáticas. Se estima que 70% de las mujeres y 30% de los varones infectados con Clamidia no presentan síntomas, igualmente el 80% de las mujeres y 10% de los varones con gonorrea. <sup>(1)</sup>

En el ámbito regional específicamente en pacientes atendidos en la estrategia sanitaria del centro de referencia de infecciones de transmisión sexual del hospital regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica, sin embargo, se han presentado en la población; asimismo, casos de embarazo.

Con esta premisa, en el marco de la prevención y promoción de la salud y, considerando que en los claustros hospitalarios en la población joven es mayoritaria, se considera necesario realizar investigaciones como la presente, titulada “Vulnerabilidad y estilos de afrontamientos en pacientes atendidos con VIH/SIDA en el del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica. - 2017”

El estudio es de tipo aplicado, descriptivo, analítico y estadístico, tiene como propósito proporcionar la información en pacientes atendidos en la estrategia sanitaria del centro de referencia de infecciones de transmisión sexual del hospital regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica acerca de poder medir el grado de vulnerabilidad y estilos de afrontamiento que adoptan frente a la situación que atraviesan, así como para considerar este tema relacionado directamente con la salud sexual, en la consejería que reciban los pacientes , en beneficio de su desarrollo psicosocial, personal y cultural.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

El estudio se desarrolló en las instalaciones del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica en el año 2017; es de tipo descriptiva, para la selección de la unidad de análisis se utilizó el muestreo no probabilístico de criterio; asimismo el consentimiento informado verbal, que permitió la recolección de datos en el paciente con VIH/SIDA que facilitó describir el afrontamiento y vulnerabilidad tras de la enfermedad.

## **RESULTADOS**

La descripción de afrontamiento y vulnerabilidad en pacientes con VIH/Sida atendidos reflejan en los siguientes resultados:

Tabla N° 03: Características sociodemográficas de pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Categoría</b>	<b>fi</b>	<b>f%</b>
<b>Género</b>	Masculino	11	73.3
	Femenino	4	26.7
<b>Total</b>		<b>15</b>	<b>100.0</b>
<b>Edad</b>	18 a 25 años	3	20.0
	26 a 33 años	6	40.0
	34 a 41 años	3	20.0
	Mayor de 41 años	3	20.0
<b>Total</b>		<b>15</b>	<b>100.0</b>
<b>Estado civil</b>	Soltero	7	46.7
	Casado	1	6.7
	Unión libre	6	40.0
	Viudo	1	6.7
<b>Total</b>		<b>15</b>	<b>100.0</b>
<b>Religión</b>	Católico	13	86.7
	Evangélico	1	6.7
	No sabe/ no responde	1	6.7
<b>Total</b>		<b>15</b>	<b>100.0</b>
<b>Grado de instrucción</b>	Primaria	1	6.7
	Secundaria	6	40.0

	Técnico	3	20.0
	Universitario	5	33.3
<b>Total</b>		<b>15</b>	<b>100.0</b>
<b>Tiempo de diagnóstico</b>	6 a 12 meses	3	20.0
	13 a 24 meses	4	26.7
	25 a 36 meses	4	26.7
	Superior a 37 meses	4	26.7
<b>Total</b>		<b>15</b>	<b>100.0</b>

En la Tabla N°03 y Gráfico N° 02 se observó que 73,3% de los pacientes son masculinos, 40,0%, fueron de 26 a 33 años de edad; 40,0%, fueron de unión libre; 86,7% católicos; 40,0% constaron con grado de instrucción secundaria, y 26,7% refirieron que tienen entre 13 a más de 37 meses de tiempo de diagnóstico.

Tabla N° 04: Nivel de afrontamiento en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.

<b>Nivel de Afrontamiento</b>	<b>fi</b>	<b>f%</b>
Alto	4	26.7
Medio	8	53.3
Bajo	3	20.0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumento aplicado, 2017

En la Tabla N° 04 y Gráfico N° 03 se observó que 53,3% de pacientes con VIH/SIDA refirieron un nivel de afrontamiento de nivel medio, 26,7%, un nivel alto de afrontamiento; y 20,0%; bajo.

Tabla N° 03: Nivel de vulnerabilidad en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.

<b>Nivel de Vulnerabilidad</b>	<b>fi</b>	<b>f%</b>
Alto	4	26.7
Medio	5	33.3
Bajo	6	40.0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumento aplicado, 2017

En la Tabla N°05 y Gráfico N° 04 se observó que 40,0% de pacientes con VIH/SIDA refirieron un bajo nivel de vulnerabilidad, 33,3%, un nivel medio; y 26,7%; alta vulnerabilidad.

Tabla N° 05: Nivel de afrontamiento y vulnerabilidad en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.

<b>Nivel de afrontamiento</b>	<b>Nivel de vulnerabilidad</b>						<b>Total</b>	
	<b>Alto</b>		<b>Medio</b>		<b>Bajo</b>			
	<b>fi</b>	<b>f%</b>	<b>Fi</b>	<b>f%</b>	<b>fi</b>	<b>f%</b>	<b>fi</b>	<b>f%</b>
Alto	0	0.0%	1	6.7%	3	20.0%	4	26.7%
Medio	1	6.7%	4	26.7%	3	20.0%	8	53.3%
Bajo	3	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	20.0%
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>26.7%</b>	<b>5</b>	<b>33.3%</b>	<b>6</b>	<b>40.0%</b>	<b>15</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Instrumento aplicado, 2017

En la Tabla N° 06 y Gráfico N° 05 se observó que 26,7% de pacientes con VIH/SIDA refirieron un nivel medio de afrontamiento y vulnerabilidad, 20,0%, un nivel bajo de afrontamiento y alta vulnerabilidad; y 20,0%; alto afrontamiento y baja vulnerabilidad.

**Tabla N° 06: Valor calculado de la Ji Cuadrada de Homogeneidad**

El valor calculado (VC) de la función r de pearson se obtiene en la Tabla N° 07.

**TABLA N° 07**

**OBTENCIÓN DEL VALOR CALCULADO DE**

**r de Pearson Correlaciones**

<b>Correlaciones</b>			
		<i>Afrontamiento</i>	<i>Vulnerabilidad</i>
<i>Afrontamiento</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	1	,748**
	<i>Sig. (bilateral)</i>		,001
	<i>N</i>	15	15
<i>Vulnerabilidad</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	,748**	1
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,001	
	<i>N</i>	15	15

\*\**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).*

La correlación de pearson es 0,748, por lo que de acuerdo a la tabla de decisiones existe correlación positiva moderada, se rechaza la hipótesis nula a favor de la hipótesis alterna, al 5% de significancia estadística.

Con estos resultados, se concluye que las variables de estudio están relacionadas; vale decir, que existe evidencia estadística suficiente para afirmar que existe relación entre el nivel de afrontamiento y vulnerabilidad.

## DISCUSIÓN

La investigación se realizó en pacientes con VIH/SIDA, atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica, Cuyo objetivo fue determinar la vulnerabilidad y estilos de afrontamiento con el fin de mantener su vida y su estado de salud del paciente. En la tabla N°03 las características sociodemográficas más resaltantes fueron: género masculino con un 73.3% de pacientes, edad que oscilan desde los 23 a 33 años en un 40.0%, estado civil solteros con 46.7%, religión católica 86.7%, contando con grado de instrucción secundaria con 40.0% y tiempo de diagnóstico de 13 a más 37 meses con 26.7%. Tabla N°04 los resultados encontrados en el estudio sobre estilos de afrontamiento se observó que un 53,3% de pacientes con VIH/SIDA refirieron un nivel medio ;26.7% un nivel alto; y 20.0% bajo. Dolores (2010) en su estudio “Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en personas con VIH positiva con lipodistrofia” concluyo que la lipodistrofia puede disminuir la calidad de vida a nivel emocional bajo, ante la presencia de determinadas estrategias de afrontamiento. Según los estudios sobre afrontamiento buscan determinar los estilos y estrategias que favorecen un mejor ajuste a las condiciones de la enfermedad y que disminuyen los riesgos asociados a las mismas. Se ha sugerido que el afrontamiento de tipo activo (que busca ejecutar acciones directas con el fin de apartar o evitar el estresor) y el estilo enfocado en el problema (orientado a cambiar o eliminar la fuente de la amenaza) parecen estar asociados a los resultados psicológicos más positivos al favorecer la adaptación a la nueva condición de enfermo; por su parte los afrontamientos por evitación, confrontación, distanciamiento, autocontrol y escape parecen estar asociados a resultados psicológicos negativos, tales como depresión y ansiedad. Sin embargo, algunas investigaciones reconocen que el uso de estrategias mixtas (centradas en el problema y en la emoción) brindarían una mayor versatilidad al afrontamiento de las condiciones estresantes, ya que el meramente centrado en el problema es útil cuando la enfermedad es percibida como un evento que puede ser controlado por quien la padece; en cambio, el enfocado en la emoción muestra mayores resultados

positivos cuando la enfermedad se percibe como incontrolable. Por eso, se considera que la efectividad del afrontamiento en la enfermedad crónica se logra tratando de tener variedad y versatilidad de respuestas que procuren una mejor adaptación debido a que no todos los estilos y estrategias son útiles en todo momento ni para todo tipo de enfermedad. Así, desarrollar la capacidad de aceptar las limitaciones y pérdidas que la enfermedad impone y mantener un balance entre los sentimientos positivos y negativos sobre la vida y el sentido de uno mismo son la clave de un afrontamiento eficaz. <sup>16</sup> En la tabla N° 05, con respecto al nivel de vulnerabilidad se observó que 40,0% de pacientes con VIH/SIDA refieren un bajo nivel de vulnerabilidad, 33,3%, nivel medio; y 26,7%; alto. Según Canales (2013) en su estudio titulado “Nivel de vulnerabilidad sobre Infecciones de Transmisión Sexual y actitud hacia la práctica sexual riesgosa en adolescentes de secundaria del Colegio Mariscal Toribio de Luzuriaga” concluyo que el nivel de vulnerabilidad que tienen los adolescentes en relación a las Infecciones de Transmisión Sexual es de medio a un conocimiento bajo, La actitud de los adolescentes hacia la práctica sexual riesgosa, es medianamente favorable, seguida de una actitud desfavorable. En la tabla N°06 la relación entre las variables se observó que 26,7% de pacientes con VIH/SIDA refieren un nivel medio de afrontamiento y vulnerabilidad, 20,0%, un nivel bajo de afrontamiento y alto vulnerabilidad; y 20,0%; alto afrontamiento y baja vulnerabilidad. Según Aldwin (2000) el nivel medio está centrado en la situación o problema a resolución de problemas donde la persona intenta definir las causas, asumiendo que está bajo el control, ante tal situación planifica un plan de intervención basada en su actual análisis de realidad. Según Barrenechea (2002) el nivel de medio de vulnerabilidad se clasifica en social, educativo y cultural reflejado a que la persona esta consiente en un estado de diferencia con limitación de organización y cohesión interna de la sociedad al ambiente y al entorno. Recibir un diagnóstico de VIH positivo puede producir fuertes reacciones emocionales. Al principio, provoca un estado de choque y negación que puede cambiar a sentimientos de temor, culpa, ira, tristeza y desesperanza. Algunas personas desarrollan incluso ideación suicida. Es comprensible que el

enfermo pueda sentirse desesperado, temeroso de la enfermedad, la incapacidad e incluso la muerte. Las personas con VIH deben lidiar con un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que, en conjunto, constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental. El personal de salud, especialmente en la atención del cuidado del enfermero en la comunidad, deben fortalecer las actividades con participación activa de los pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional” Zacarías Correa Valdivia”. Finalmente, es importante indicar que estos resultados constituyen una base teórica para el diseño y la fundamentación de estrategias. Asimismo, sirve también, como base para otros estudios de investigación científica.

### **AGRADECIMIENTOS**

A los profesionales de enfermería de los diferentes nosocomios de la localidad de Huancavelica.

A las Autoridades del nosocomio, por el acceso a las fuentes secundarias para la implementación del trabajo de investigación.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Ministerio de Salud, “Guía Nacional de Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual” Peru-2016.
2. Onusida-OMS “situación mundial de estadística de SIDA/VIH”, Ginebra. Versión electrónica-2016.
3. INEGI “Estadística a propósito del día mundial de la lucha contra el sida”. Datos estadísticos. Peru-2016.
4. Orem.D.E, “Modelo de Orem conceptos de enfermería en la práctica” . Barcelona:Masson-Salvat enfermería-1993.
5. Barrenechea, J., E. Gentile, S. González, CE. Natenzon y D. Ríos, 2002, Revisión del concepto de vulnerabilidad social. PIRNA, Buenos Aires
6. Pérez, Salvador: Manuel, Begoña (2003), Historia natural y clasificación de VIH. (1 eds,2003)
7. OMS, “Manual para la sexualidad familiar de ITS/VIH/SIDA”, Peru-2014
8. Bolaños, A. (1990). El cambio psicológico. Barcelona: Kairós.

9. Velásquez Gloria y Darío Gómez Rubén, "SIDA: Enfoque Integral", 2da edición, Colombia: Editorial Ediciones Rojo 1996
10. Gatel JM, Buira E. Soriano A, Tejado C. Historia natural, clasificación, patogenia, fisiopatología y pronóstico de la infección por el VIH. En su guía práctica clínica, diagnóstico y tratamiento. 5 ed. Madrid: Masson-1998.
11. Lamotte JA. Infección-enfermedad por VIH/SIDA, fases, formas y complicaciones. Temas de medicina humana. 1 ed. La Habana: Editorial ciencias médicas-2002.
12. Arana, Maria Teresa y colaboradores "Promoción y Cuidado de la Salud de Adolescentes y Jóvenes: Haciendo realidad el derecho a la salud". Peru-2013
13. Organización Mundial de La Salud "Salud para los nuevos desafíos para la sociedad", 2da edición, Ginebra 2000
14. Carrasco Díaz, Sergio (2006). Metodología de la investigación científica. Editorial San Marcos, Lima
15. Carrico, A.W., Johnson, M.O., Morin, S.F., Remien, R.H., Charlobois, E.D., Steward, W.T. y Chosnoy, M.A (2007). Correlates of suicidal ideation among HIV-positive persons. *Epidemiology and Social AIDS*, 21(9), 1199-1203.
16. Aldwin, C.M. (2000) Estrés, afrontamiento y desarrollo: una perspectiva integradora. New York: Guilford Press
17. Blakie, P.T., Canon, I., Davis y B. Wisner, 1996, vulnerabilidad. El entorno social, político, económico de los desastres. La RCD, red de estudios sociales en prevención América Latina, Bogotá.
18. Bungenes, M., 2004 "Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica del siglo XX", América Latina y el Caribe.
19. Cepal, 2001, informe de la reunión de expertos: seminario internacional sobre las diferentes expresiones de la vulnerabilidad – CEPAL-CELADE, Santiago Chile.
20. Egea Jimenez, Carmen; Sanchez-Gonzales, Diego; Soledad, Suesain J.I. (2012) , vulnerabilidad social, pensamientos del ángulo desde geografías/ Granada P.278.

21. Canesa.B(2000).adaptacion psicométrica de las escalas de afrontamiento para adolescentes de frydmberg y lewis en un grupo de escolares de lima metropolitana.
22. ,Bolaños,A.(1990). El cambio psicológico. barcelano kairos.
23. Calvanese.N y Cols(2004). Estilos de afrontamiento y adptacion al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis. latinoamerica 89-94.
24. Crespo M. Cruzado Ja. La evaluación del afrontamiento, adaptación española del cuestionario COPE, con una muestra de estudio universitario. Análisis y modificación de conducta 1997;23;79-830.