

**UNIVERSIDAD MARIANO GÁLVEZ DE GUATEMALA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**CALIDAD DE VIDA: UN ESTUDIO
EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO
DE VIH/SIDA SEGÚN GÉNERO**

ANGELA YOLANDA PAJARITO ROMPICH

GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2014

UNIVERSIDAD MARIANO GÁLVEZ DE GUATEMALA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**CALIDAD DE VIDA: UN ESTUDIO EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO
DE VIH/SIDA SEGÚN GÉNERO**



TRABAJO DE GRADUACIÓN PRESENTADO

POR:

ANGELA YOLANDA PAJARITO ROMPICH

**PREVIO A OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Y TÍTULO PROFESIONAL DE
PSICÓLOGA CLÍNICA**

GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2014

**AUTORIDADES DE LA FACULTAD Y DEL TRIBUNAL QUE PRACTICO EL
EXAMEN DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN**

DECANO DE LA FACULTAD:

Dr. CARLOS ENRIQUE RAMÍREZ MONTERROSA

SECRETARIO DE LA FACULTAD:

Dr. EDGAR ROLANDO VÁSQUEZ TRUJILLO

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL EXAMINADOR:

Dr. EDGAR ROLANDO VÁSQUEZ TRUJILLO

SECRETARIO:

Dr. GUILLERMO DOMÍNGUEZ

VOCAL:

Licda. CLAUDIA EUGENIA CALDERÓN SIC

UNIVERSIDAD MARIANO GÁLVEZ DE GUATEMALA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Guatemala, 13 de Septiembre del 2014

FACULTAD DE: Psicología

CARRERA: Licenciatura en Psicología Clínica

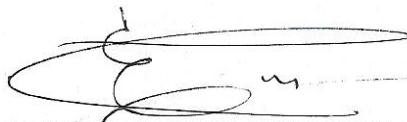
Se autoriza la impresión del Trabajo de Graduación Titulado:

CALIDAD DE VIDA: UN ESTUDIO EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA SEGÚN
GÉNERO

Presentado por el (la) estudiante: Angela Yolanda Pajarito Rompich

Quién para el efecto deberá cumplir con las disposiciones reglamentarias respectivas. Dése cuenta con el expediente a la Secretaría General de la Universidad, para la celebración del Acto de Investidura y Graduación Profesional correspondiente. Artículo 57 del Reglamento del Trabajo de Graduación.

Atentamente,



DR. CARLOS ENRIQUE RAMIREZ MONTERROSA
DECANO FACULTAD DE PSICOLOGIA



REGLAMENTO DE TESIS

Artículo 8°: RESPONSABILIDAD

Solamente el autor es responsable de los conceptos expresados en el trabajo de tesis. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Universidad.

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	1
CAPÍTULO I	
MARCO CONCEPTUAL	
1.1 Introducción	2
1.2 Antecedentes	3
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1 Calidad de vida	8
2.1.1 Factores que influyen sobre la calidad de vida	8
2.1.2 Impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida	10
2.1.3 Estrategias de mejoramiento de la calidad de vida	12
2.2 Virus de Inmunodeficiencia Humana	15
2.2.1 Infección por el virus de inmunodeficiencia humana	16
2.2.2 Transmisión del virus de inmunodeficiencia humana	17
2.2.3 Diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana	19
2.2.4 El Virus de Inmunodeficiencia Humana y los factores psicológicos	19
2.2.5 Impacto psicológico en personas con diagnóstico de VIH/SIDA	20
2.2.6 Trastornos psiquiátricos asociados	22
2.2.7 Tratamiento médico	23
2.2.8 Intervención psicológica	24
2.3 Género	26

CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1	Justificación	27
3.2	Objetivos	28
3.3	Hipótesis de investigación	28
3.4	Variables	31
3.4.1	Definición conceptual de variables	31
3.4.2	Definición operacional de variables	32
3.5	Alcances y límites	32
3.6	Aportes	32

CAPÍTULO IV

MÉTODO

4.1	Sujetos	34
4.2	Instrumento	34
4.3	Procedimiento	35
4.4	Diseño de Investigación	35
4.5	Metodología Estadística	36

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	37
--	-----------

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS	44
--------------------------------	-----------

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES	46
---------------------	-----------

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES	47
------------------------	-----------

Referencias bibliográficas	48
Anexo	53

RESUMEN

Esta investigación estuvo orientada a evaluar la calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH/SIDA, cuyo propósito fue determinar la calidad de vida para posteriormente compararla, utilizando una muestra estratificada de 50 personas, 25 hombres y 25 mujeres, entre 20 a 50 años, como instrumento se aplicó el Inventario de calidad de vida y salud InCaViSa, el cual evalúa diversas áreas de calidad de vida en personas de cualquier condición crónica o aguda.

El diseño de investigación fue de tipo descriptivo comparativo y para obtener los resultados estadísticos se utilizó el procedimiento de t de Student, concluyendo que se aceptan las hipótesis de investigación: Hi2 correspondiente al área de preocupaciones, Hi4 que pertenece al área de aislamiento, Hi6 corresponde al área de funciones cognitivas, asimismo se acepta la Hi7 que pertenece al área de actitud ante el tratamiento, Hi8 corresponde al área de tiempo libre, Hi9 correspondiente al área de vida cotidiana, Hi11 pertenece al área de redes sociales y Hi12 corresponde al área de dependencia médica. Sin embargo se aceptaron las hipótesis nulas Ho1 correspondiente a la calidad de vida, Ho3 pertenece al área de desempeño físico, Ho5 corresponde al área de percepción corporal, Ho10 pertenece al área de familia, Ho13 corresponde al área de relación con el médico.

Recomendó crear un plan estratégico para los padres de familia donde el propósito sea romper tabúes y vencer las posibles resistencias para hablar de temas íntimos con sus hijos.

CAPÍTULO I

MARCO CONCEPTUAL

1.1 Introducción

La calidad de vida es un concepto amplio que abarca una serie de dimensiones que se relacionan entre sí, tales como: La salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y las creencias religiosas. Desde el punto de vista psicológico el concepto de calidad de vida se refiere básicamente al tipo de respuesta, tanto individual como colectiva ante una serie de situaciones reales de la vida cotidiana.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH, es una infección de transmisión sexual que pone en riesgo la salud y vida de las personas, además es el causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA. El virus debilita al sistema inmunológico dejando vulnerable al individuo de adquirir enfermedades oportunistas; trascurrido un periodo prolongado de tiempo aparecen los síntomas del SIDA que es la última fase de la infección. El diagnóstico de VIH/SIDA actúa como un factor precipitante que interviene en la calidad de vida de las personas que presentan dicho padecimiento.

El objetivo del estudio será determinar la calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género. Se utilizará una muestra de 50 personas, 25 hombres y 25 mujeres con diagnóstico de VIH/SIDA de 20 a 50 años. Como instrumento se aplicará el inventario de calidad de vida y salud InCaViSa. Será un estudio descriptivo-comparativo y se utilizará el proceso estadístico de t de Student.

1.2 Antecedentes

A continuación se describe lo más relevante de algunos estudios que permiten enfocar adecuadamente al tema de calidad de vida y VIH/SIDA.

Layton (2013), su investigación se centró en evaluar la calidad de vida en pacientes con epilepsia del área de neuropsicología en el Hospital General San Juan de Dios, tuvo como objetivo identificar la calidad de vida en los pacientes con epilepsia. La muestra constó de 10 hombres y 10 mujeres que padecen epilepsia, entre la edad de adulto joven a adulto mayor. Utilizó el instrumento de evaluación de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF). Su estudio fue de tipo descriptivo, empleó medidas de tendencia central y desviación estándar como método estadístico. Concluyó que la mitad de los pacientes con epilepsia han logrado mejorar su calidad de vida a pesar de su enfermedad y la otra mitad continúa teniendo dificultades. Recomendó a los pacientes asistir a tratamiento psicoterapéutico para tratar de una mejor manera los síntomas psicológicos provocados por el padecimiento.

Camposeco (2012), elaboró un estudio sobre la calidad de vida en pacientes epilépticos femeninos y masculinos que asisten a la consulta externa del Hospital General San Juan de Dios, tuvo como objetivo identificar si existe diferencia en cuanto a la calidad de vida entre los grupos evaluados. La muestra constó de 25 mujeres y 25 hombres con epilepsia de 15 a 60 años. Aplicó la Escala de Calidad de Vida (Qolie-10), el diseño de la investigación fue de tipo descriptivo-comparativo y como metodología estadística empleó t de Student. Concluyó que no existe una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la calidad de vida en pacientes epilépticos de género masculino o femenino, recomendó realizar estudios similares a la investigación, para encontrar técnicas para mejorar la calidad de vida del paciente con epilepsia.

Kestler (2012), elaboró un estudio de calidad de vida del paciente asmático que acude a la consulta externa del Hospital General San Juan De Dios, tuvo por objetivo determinar la calidad de vida del paciente asmático que acude a la consulta externa del Hospital San Juan de Dios. La muestra estuvo constituida por 30 personas de ambos sexos, entre 7 y 13 años que han sido clasificados como pacientes con asma no controlada. Empleó el instrumento Paediatricasthmaquality of lifequestionnaire. Su estudio fue de tipo descriptivo transversal y utilizó el procedimiento estadístico medidas de tendencia central. Concluyó no se observó afección en la calidad de vida del paciente asmático, recomendó realizar cuestionarios a pacientes que se encuentran en seguimiento por asma y su seguimiento a través de la terapéutica administrada para evaluar su impacto y lograr así alcanzar un control total del asma.

Quan (2012), se interesó por evaluar la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten a la consulta externa de endocrinología del Hospital Roosevelt, tuvo por objetivo evaluar la calidad de vida de los pacientes diabéticos tipo 2. La muestra constó de 150 pacientes de ambos sexos con diabetes tipo 2 de 18 a 80 años. Aplicó el cuestionario estado de salud SF-36 como instrumento. Su estudio fue de tipo transversal descriptivo, utilizó el procedimiento estadístico medidas de tendencia central. Concluyó que las personas con diabetes mellitus tipo 2 presentan una calidad de vida en general baja, recomendó realizar evaluaciones en los pacientes que asisten a la consulta externa de endocrinología, sobre factores que afectan el estado emocional y así fortalecer aspectos relacionados a su salud mental y con esto mejorar su estado de salud.

Guzmán (2012), dicho autor abordó el tema riesgo suicida en pacientes con VIH/SIDA que reciben tratamiento en el Hospital Rodolfo Robles de Quetzaltenango, tuvo por objetivo determinar el nivel de riesgo suicida en los pacientes con VIH/SIDA. La muestra constó de 80 personas portadoras del

VIH/SIDA de ambos sexos, de 15 a 70 años de edad Como instrumento aplicó el test RS-83. Su estudio fue de tipo descriptivo, empleó el procedimiento estadístico de significación y fiabilidad de proporciones en muestras relacionadas. Concluyó que no existe riesgo suicida en los pacientes entrevistados, se pudo comprobar que el 56% tienen un escaso riesgo, un 31% con un patente riesgo y el 13% con elevado riesgo suicida, recomendó promover salud mental en especial en aquellas personas que acaban de recibir el diagnóstico de ser portadores del VIH, para evitar sucesos lamentables en el futuro.

García (2011), elaboró un estudio de inteligencia emocional de hombres y mujeres entre 25 y 35 años de edad, que asisten a la Asociación Gente Nueva, con un año de haber sido diagnosticados con VIH-Sida, tuvo por objetivo evaluar la inteligencia emocional de hombres y mujeres que fueron diagnosticados con VIH-Sida hace un año. La muestra constó de 50 hombres y 50 mujeres, entre 25 y 35 años de edad. Como instrumento utilizó el inventario de Pensamiento Constructivo (CTI). Su estudio fue de tipo descriptivo, empleó la metodología estadística medidas de tendencia central y desviación estándar. Concluyó que los usuarios que asisten a la Asociación Gente Nueva presentan cierta dificultad en las relaciones intrapersonal e interpersonal. Sin embargo, poseen habilidad en la toma de decisiones de forma inmediata y recomendó establecer dentro de los horarios de la Asociación Gente Nueva actividades que brinden estrategias para fomentar el desarrollo de la Inteligencia Emocional

Arriola (2010), abordó el tema de adaptación social entre un grupo de adolescentes con VIH-SIDA y un grupo de adolescentes sin VIH, tuvo por objetivo identificar si existía diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en la adaptación social entre adolescentes con VIH-SIDA y adolescentes sanos. La muestra constó de 45 adolescentes con VIH-SIDA entre 11 y 19 años, institucionalizados en el Hospicio San José y 45 adolescentes sanos de la misma edad. Aplicó el instrumento Batería de Socialización (BAS)3. Su estudio fue de tipo

descriptivo, como metodología estadística empleó t de student. Concluyó que los adolescentes con VIH-SIDA presentan problemas adaptativos sociales y psicológicos, manifestando características poco positivas las cuales se reflejan en la socialización a diferencia de los adolescentes sanos y recomendó diseñar una investigación sobre el comportamiento social de hermanos de los adolescentes diagnosticados con VIH/SIDA.

Zamora (2006), se interesó en el tema de calidad de vida en personas viviendo con VIH-SIDA que pertenecen o no a un grupo de apoyo, tuvo por objetivo determinar el grado de calidad de vida que desarrollan las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS). La muestra constó de 10 PVVS pertenecientes a un grupo de apoyo y 10 PVVS no pertenecientes a un grupo de apoyo, todos de 18 años y de ambos sexos. Aplicó el instrumento de Autoconcepto Forma 5 (AF5). Su estudio fue de tipo cuasiexperimental, empleó el procedimiento estadístico t de Student. Concluyó que el nivel de calidad de vida de las PVVS que pertenecen a un grupo de apoyo posee diferencia estadísticamente significativa en relación a las personas que no pertenecen a un grupo de apoyo y afirmó que el grupo de apoyo constituye un medio para mejorar el área académico, laboral, físico y social. Recomendó promover la existencia de los grupos de apoyo, terapias alternativas y ocupacionales.

García y Mejía (2001), abordaron el tema buscando el sentido de la vida en pacientes con SIDA que han vivido de 5 a 10 años más del pronóstico dado y que asisten a APAES/SOLIDARIDAD durante el año 2001. Tuvieron por objetivo determinar los motivos que impulsan a las personas infectadas con el VIH a superar el pronóstico. La muestra constó de 10 casos de ambos géneros, mayores de 18 años infectados con VIH-SIDA. Como instrumento emplearon entrevistas estructuradas y la observación para detectar las reacciones emocionales. El estudio fue de tipo cualitativo y utilizaron la estadística porcentual. Concluyeron que los pacientes, acepten o no la enfermedad, luchan por seguir viviendo,

alcanzar sus metas y encontrarle sentido a su existencia, recomendaron orientar la terapia hacia la búsqueda del sentido de la existencia para reducir los niveles de angustia y depresión.

González y De La Cruz (2000), se interesaron por evaluar las reacciones emocionales de la persona con VIH de ambos sexos ante el conocimiento de su infección, tuvieron por objetivo identificar las reacciones emocionales del individuo, al momento de conocer el diagnóstico de VIH positivo. La muestra constó de 28 mujeres y 30 hombres entre 10 y 60 años. Como instrumento emplearon la observación, una guía de entrevista formada por 13 preguntas abiertas. El estudio fue de tipo descriptivo, como metodología estadística emplearon el análisis porcentual. Concluyeron que las reacciones emocionales más significativas son: negación, evasión, tristeza, llanto, inseguridad, cólera, culpa, vergüenza e incertidumbre respecto al futuro laboral, económico y familiar. Recomendaron formar grupos de autoayuda a fin de liberar sentimientos de culpa, ira o rencor y así evitar que caigan en estados angustiantes o depresivos.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Calidad de vida

Oblitas (2009), indica que calidad de vida, se refiere a la evaluación objetiva y subjetiva de al menos los siguientes elementos: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestuario y entretenimiento; además lo define como una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico, tal como lo percibe cada persona y cada grupo.

Según Barrera y Saldívar (2008), el término de calidad de vida es el bienestar, la felicidad, la satisfacción de cada persona, que permiten una capacidad de actuar o de funcionar en un momento dado de la vida, además, señalan que es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, estrechamente influido por el entorno en el que vive, como la sociedad, la cultura y las escalas de valores.

León (2004), indica que el concepto de calidad de vida, determina el bienestar en todas las facetas del ser humano, atendiendo a la creación de condiciones para satisfacer las necesidades materiales (comida y cobijo), psicológicas (seguridad, valía personal y afecto), sociales (trabajo, derechos y responsabilidades) y ecológicas (calidad del aire, del agua y de un ambiente sano), asimismo, poseer una buena calidad de vida alude a un estado de bienestar total.

2.1.1 Factores que influyen sobre la calidad de vida

Morrison (2008), explica que los factores que influyen sobre la calidad de vida son diversos, entre los cuales se encuentran:

- Factores psicológicos: son los sentimientos tanto positivos como negativos, la autoestima, la reflexión, la memoria, el aprendizaje, la concentración, así como también la imagen y apariencia corporal intervienen sobre la calidad de vida. La persona puede presentar problemas relacionados al autoconcepto, donde está predispuesta a la desaprobación o desvalorización inclusive llegar a desarrollar ansiedad o depresión.
- Factores psicosociales: Mendlowicz (2001), refiere que el apoyo social es de gran importancia para el bienestar de la persona; las relaciones positivas, el apoyo social, las emociones, la capacidad de afrontamiento y las metas de cada ser humano, hacen que la persona afectada por una experiencia desagradable tenga una mejor capacidad para afrontar la situación.
- Factores demográficos: Ballesteros (2004), determina que la edad influye sobre las facetas de la vida. Sin embargo, en la población infantil es aún más importante ya que los efectos de un menor nivel de calidad de vida pueden afectar el desarrollo, y por consiguiente afectar la percepción o expectativas de la vida futura, debido a que su calidad de vida está viéndose comprometida en la infancia. Asimismo, determinan que las diferencias culturales influyen en la valoración sobre la calidad de vida, como las respuestas al dolor, dependencia y comunicación.
- Aspectos de la enfermedad: Murrell (2001), indica que la enfermedad y su propia gravedad perturba áreas claves de la calidad de vida, como en el funcionamiento físico, psicológico y social. Además, afirma que los síntomas, la existencia del dolor, el daño neurológico, la alteración emocional y cognitiva, distorsionan la valoración subjetiva del individuo y reflejan una menor calidad de vida.

- Factores de tratamiento: Carr (2001), refiere que puede intervenir en la calidad de vida, debido al tipo de tratamiento, grado, toxicidad, efectos secundarios y otros efectos propios de cada intervención médica.

2.1.2 Impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida

Bennett (2008), afirma que las enfermedades crónicas y terminales generalmente afectan la calidad de vida de las personas que lo padecen. La sintomatología y los tratamientos propios de cada padecimiento, repercuten en un cambio importante del estilo de vida habitual de los pacientes y además comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento, que puede o no tener un individuo para afrontar situaciones adversas en su vida.

Munuera (2004), explica que desde el punto de vista cognitivo las personas no permanecen pasivas frente a la enfermedad, si no que seleccionan la información (interna y externa) que reciben y elaboran significados personales dependiendo de sus creencias, valores, expectativas y atribuciones, que determinan la valoración e interpretación hacia la enfermedad.

Lazarus citado por Munuera (2004), determina que son distintos los estilos de afrontamiento utilizados por el individuo para lograr adaptarse adecuadamente a la situación de enfermedad y la calidad de vida. Desde este punto de vista identificó ocho estilos de afrontamiento relacionados con los problemas de salud y enfermedad, a continuación se detallan:

- Estilo introversivo: los pacientes tienden a ser tranquilos, presentan dificultad para comunicarse, poseen pocas relaciones interpersonales. Suelen mostrar poco interés por sus problemas y es difícil hacer que concreten sus síntomas o que tomen medidas para cuidarse, además tienden a pasar por alto las implicaciones de la enfermedad y muestran

indiferencia a los procedimientos médicos que por lo general condicionan ansiedad.

- Estilo inhibido: son personas tímidas, inseguras, sensibles a las críticas, con tendencia a sentirse rechazados y se interesan en exceso por lo que los demás piensan de ellos. Estos pacientes suelen ver la enfermedad como un castigo y justo, lo que les lleva a desarrollar actitudes fatalistas hacia la enfermedad.
- Estilo cooperativo: los pacientes suelen buscar apoyo, siguen puntualmente las indicaciones. Ven la enfermedad como un alivio de sus responsabilidades rutinarias. Para ellos la adopción del rol de enfermo es una oportunidad de volver a un estado de dependencia infantil.
- Estilo sociable: se trata de individuos extrovertidos, comunicativos, preocupados por las relaciones personales; ven la enfermedad como estrategia para asegurarse del apoyo de los demás.
- Estilo confiado: por lo general los pacientes se muestran calmados, aunque temen a la enfermedad, usualmente están muy motivados para recuperar su salud, buscan y esperan una atención especial.
- Estilo enérgico: suelen ser personas agresivas y dominantes, niegan aceptar el rol de enfermo y se enfrentan abiertamente a los retos y limitaciones que la situación representa.
- Estilo respetuoso: los pacientes suelen mostrar autocontrol, disciplina y seriedad. Ven la enfermedad como una debilidad, proceso propio y como una pérdida del autodomínio por lo que se sienten culpables.

- Estilo sensible: son individuos impredecibles y emotivos, a menudo se quejan y relatan un historial de diagnósticos erróneos y cirugías complicadas. Su actitud es como si nacieron solo para sufrir.

2.1.3 Estrategias de mejoramiento de la calidad de vida

Oblitas (2009), refiere que la calidad de vida es el resultado de la interacción de múltiples dimensiones o subsistemas: físico, subjetivo (emociones, valores, pensamientos y procesamiento), entorno físico (ambiente, territorio) y la calidad de las relaciones sociales. Afirma que si se produce el cambio en una dimensión inevitablemente repercutirá en el resto de ellos, y por consiguiente se producirá un cambio en la persona. Por lo tanto explica que es fundamental para el mejoramiento de la calidad de vida, atender a las siguientes dimensiones:

- Dimensión física

Para mejorar esta dimensión es necesario que la persona adquiera una buena nutrición, puesto que la comida diaria determina lo que ocurre en el cuerpo a nivel celular y metabólico. La alimentación sana como frutas y verduras puede prevenir y controlar la presión arterial, úlceras gastrointestinales, obesidad, dolores de cabeza, diabetes, caries dental y otra serie de afecciones.

El ejercicio físico también ayuda a preservar la salud física y emocional. Asimismo, contribuye a romper el círculo vicioso de inactividad o incapacidad física. El ejercicio físico reduce el estrés agudo o crónico, depresión, ansiedad e insomnio. Dentro de los beneficios se menciona: liberación de tensión muscular, espasmos, temblores, tics, se logra oxigenar al organismo, acelerar el metabolismo, aumenta la dureza, fuerza y flexibilidad muscular. Previene dolores de tensión muscular como cuello y espalda; problemas de ansiedad, digestión y estreñimiento.

Labiano (2000), refiere que el contacto con la naturaleza es un ingrediente en el funcionamiento psicológico positivo, ya que beneficia y equilibra el mundo psíquico interno. Si la persona necesita tomar decisiones importantes, reducir los niveles de estrés, y otros, la conexión con el ambiente natural puede facilitar ese proceso.

Oblitas (2011), indica que la respiración constituye un componente esencial en el mantenimiento de la salud psicofísica y en el control del estrés. Por lo tanto la respiración es una función vital, mantener un buen control de ella repercute en la manera de pensar, de sentir y de comportarse.

- Dimensión Psicológica

Morrison (2008), explica que el enfoque terapéutico debe estar dirigido a enseñar a las personas cómo afrontar el estrés, utilizando estrategias como:

- Resolución de problemas: esclarecer lo que pasa, qué pensamientos, sentimientos e impulsos están asociados con la situación; buscar alternativas, tomar las respectivas decisiones y ponerlas en práctica, así de esta forma poder prevenir o minimizar las dificultades que contribuyan al estrés.
- Reestructuración cognitiva: cuestionar, identificar y modificar los pensamientos que provocan estrés, ya que los estresores alteran la actividad cognitiva normal (capacidad de concentración, memoria, razonamiento y control de impulsos).
- Relajación: dirigir la atención hacia las sensaciones fisiológicas puede hacer que los individuos tomen conciencia de su propio cuerpo y

reflexionen profundamente sobre sí mismos. Dicha técnica contribuye a reducir la tensión muscular.

- Meditación: Labiano (2000), refiere que la meditación favorece a mantener un estado psicológico ideal, es una estrategia cognitiva de dominio propio e intencional. Al centrarse en sí mismo es más probable que se modifique el estado físico y sobre todo mental de la persona, además disminuye la tensión y surge un estado agradable de tranquilidad.

- Dimensión social

Barrera y Saldívar (2008), afirman que el apoyo social es beneficioso ya que un elevado nivel proporciona buen sentido de pertenencia y de autoestima que un bajo nivel, produciendo así una visión positiva y un estilo de vida más saludable. Asimismo actúa como amortiguador protegiendo al individuo frente a los efectos negativos del estrés elevado. Por tales razones determinan que las redes sociales pueden mantener o mejorar tanto la salud física como la mental.

Bandura citado por Oblitas (2009), describe que las experiencias interpersonales ya sean directas o vicarias desarrollan habilidades sociales, dichas habilidades son fundamentales para desarrollar la inteligencia intrapersonal (autoconocimiento, claridad de metas, valores, entre otros.) e interpersonal (percepción de señales, interpretación de códigos sociales, intenciones de otras personas, entre otros).

2.2 Virus de Inmunodeficiencia Humana

Papalia (2005), describe que el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) causa el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), se transmite a través de fluidos corporales principalmente de sangre y semen. El virus ataca al sistema inmunológico del cuerpo dejándolo vulnerable a una serie de enfermedades agudas, denominadas oportunistas como: candidiasis oral, herpes zoster, neumonía y tuberculosis. Los síntomas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, aparecen hasta que haya transcurrido un período de seis meses a diez años aproximadamente después del contagio de dicho virus.

Martos (2002), explica que el virus de inmunodeficiencia humana es un retrovirus, pertenece a la familia de los lentivirus que despliega una infección lenta. Infecta y destruye las células del sistema inmune (grupos de linfocitos T conocidos como células T colaboradoras). Destruye progresivamente, en especial los T4 que son los encargados de organizar y dirigir al sistema inmunológico.

Nassar (2006), indica que el Virus de Inmunodeficiencia Humana causa el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Clasifican la infección según los casos de sida evaluados en el centro de control de enfermedades de los Estados Unidos, en tres categorías según los niveles de CD4 o células T (son células que constituyen una parte esencial del sistema inmunitario, su función es activar al propio sistema alertándole de la presencia de patógenos o de una replicación errónea de células humanas, para que pueda hacerles frente y corregir la situación, por lo tanto son células que determinan la defensa inmunológica).

- Categoría A: niveles de CD4 >500 Cel/ul, fase de infección por VIH aguda, sin síntomas. Corresponden a personas asintomáticas.

- Categoría B: CD4 en niveles de 499 – 200 Cel/ul, Infección aguda de VIH, asintomático. Corresponden a pacientes con síntomas pero que no se encuentran ni en la categoría A ni en la C.
- Categoría C: recuento de CD4 <200 Cel/ul, se presenta sintomatología evidente, fase de SIDA.

2.2.1 Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana

Altfeld (2005), determina que desde el momento de la infección, el individuo portador atraviesa por distintas fases:

- Período de ventana: puede durar aproximadamente 30 días después de la transmisión, durante esta fase las concentraciones de anticuerpos no pueden ser detectados (la infección no puede ser detectada) a través de pruebas de laboratorio.
- El periodo de incubación: tiene lugar a los pocos días o semanas posteriores de haber adquirido el Virus de Inmunodeficiencia Humana.
- Período de infección precoz o aguda: hay ausencia de respuesta inmune por lo que, el virus se replica considerablemente y los niveles de las células del sistema inmune (CD4) disminuyen, dando lugar al apareamiento de síntomas que duran aproximadamente dos semanas, en algunos casos se prolonga por más tiempo ya que varía de persona a persona, los síntomas más comunes pueden ser: fiebre, faringitis, inflamación de los ganglios linfáticos, erupciones cutáneas. Por lo general se pasa desapercibidamente o se confunde con un cuadro viral (gripe).

- Período de infección crónica o asintomática: consiste en un periodo de latencia clínica, en el que los pacientes se encuentran asintomáticos, mientras que el virus sigue reproduciéndose e infectando nuevas células (sistema inmune) durante años.
- Sintomatología severa: con el avance de la infección, (aproximadamente diez años) inician a presentarse los primeros síntomas de manifestaciones de enfermedades oportunistas entre las cuales se encuentran: candidiasis oral (lesiones blanquecinas con base enrojecida, son indolorosas), leucoplasia pilosa (lesiones en forma de pequeñas columnas de color blanquecino, no son dolorosas), herpes zoster, neumonía, tuberculosis pulmonar, neumonía bacteriana, candidiasis esofágica, entre otros.
- Período final o de crisis: es la última fase del virus, y donde se hace evidente el Síndrome (conjunto de signos y síntomas) de Inmunodeficiencia (debilitamiento del sistema inmunológico) Adquirida (es contraída no hereditaria) SIDA; es una enfermedad crónica, manifiesta síntomas entre los cuales se menciona: sudoraciones nocturnas, bajas defensas, candidiasis oral, pérdida de peso mayor de 10%, diarrea inexplicable por más de un mes, fiebres altas, anemia, fatiga intensa, ganglios linfáticos tumefactos y tos.

2.2.2 Transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana

Gatell (2000), refiere que el virus está presente en todos los líquidos corporales, pero se concentra en niveles elevados e infecciosos en: sangre, semen, líquido pre-seminal, secreciones vaginales y leche materna. Es muy frágil, ya que expira con la lejía, después de estar en contacto con alcohol de 70° durante 15 minutos y con temperatura de calor de 60° por un periodo de 30 minutos. Para que una persona se infecte con VIH este debe incorporarse en el organismo.

Visnegarwala (2006), describe las vías de transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana:

- Transmisión parenteral: se refiere a todas aquellas sustancias (plasma, mucosa) derivadas de la sangre o los concentrados de coagulación que están infectados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana y se encuentran expuestos en productos hematológicos (agujas, jeringas). También se puede transmitir por medio de una transfusión sanguínea o en trasplantes de órganos.
- Transmisión sexual: es la forma más común para adquirir el virus, se transmite a través del contacto sexual ya sea oral, anal o vaginal de una persona infectada. El contagio se da por medio del semen, secreciones vaginales, líquido pre eyaculatorio. En homosexuales la actividad sexual de coito anal receptivo implica un alto riesgo de contagiarse, debido a que la pared del recto es demasiado frágil, esto da lugar a pequeñas lesiones lo cual aumenta la posibilidad de infectarse.
- Transmisión pre y posnatal: una mujer en gestación e infectada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana, con altos niveles de carga viral y recuento bajo de células inmunitarias y sin tratamiento Antirretroviral puede infectar al feto debido a que los anticuerpos del virus atraviesan la placenta. La transmisión puede darse durante el embarazo, el parto y durante la lactancia materna. Cuando se sospecha que un niño está infectado con dicho virus antes de los 18 meses de edad se realiza una evaluación de los niveles de carga viral, ya que este será el único método específico para saber si el recién nacido está infectado.

2.2.3 Diagnósis del Virus de Inmunodeficiencia Humana

Preiser (2005), indica que para saber si una persona es portadora del virus, es necesario realizar las pruebas específicas, se describen a continuación:

- Prueba Rápida del Virus de Inmunodeficiencia Humana: es fácil de realizarla y el resultado se obtiene en un periodo de 15 a 30 minutos, sin embargo si el resultado es positivo, obligatoriamente se realiza una segunda prueba utilizando el método ELISA por sus siglas en inglés Enzyme Linked Immunoabsorbent Assay, (Ensayo inmunoenzimático ligado a enzimas).
- Ensayo inmunoenzimático ligado a enzimas: es una prueba que se basa en la reacción específica de anticuerpo y antígeno del Virus de Inmunodeficiencia Humana en la muestra procesada. Si el resultado es positivo se debe de disponer de una tercera prueba confirmatoria.
- Método de Western Blot: detecta anticuerpos de proteínas del Virus de Inmunodeficiencia Humana. Esta es una prueba con altos costos por lo tanto se utiliza con menos frecuencia.

2.2.4 El Virus de Inmunodeficiencia Humana y los factores psicológicos

Morrison y Bennett (2008), refieren que cuando se diagnostica a una persona con el Virus de Inmunodeficiencia Humana, tiende a atravesar por un proceso de duelo. A continuación se detallan las fases:

- Shock: después que le informan al individuo sobre su resultado, manifiesta abatimiento, presentan una gran conmoción, necesitan el apoyo de seres cercanos.

- Negación: es un mecanismo psicológico, donde creen que el resultado es un error y refieren que se sienten muy bien de salud, así como también se muestran incrédulos ante el resultado positivo, niegan rotundamente que están infectados.
- Cólera: cuando aceptan que están infectados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana, buscan a un culpable y la manera de vengarse; en esta fase pueden llegar a perder el control de sus impulsos, sentir odio, proyectar la cólera a todas las personas que les rodean.
- Negociación: en esta fase la persona infectada trata de hacer pactos con un ser divino (Dios, la humanidad), prometiendo servirle, darle su alma si le otorga la sanación, es una etapa en la que el individuo realiza el pacto en secreto y anhela tener la sanación.
- Depresión: la persona puede tener sentimientos de culpabilidad, de desesperanza, experimenta pérdidas, tristeza; es importante que se le brinde un acompañamiento estrecho para que no presenten conductas auto lesivas.
- Aceptación: es un momento donde decide afrontar la situación, acepta la condición de estar infectado con el Virus de Inmunodeficiencia Humana, decide llevar su tratamiento médico, con mucha esperanza de estar bien y de contar con un mejor nivel de calidad de vida.

2.2.5 Impacto psicológico en personas con diagnóstico de VIH/SIDA

Green (2000), explica que entre los impactos psicológicos están:

- Pérdida y aislamiento: el individuo al saber que está infectado con dicho virus, siente que tiene pérdidas, debido a que piensa que ya no podrá disfrutar de la vida (idea irracional).
- Paz mental y espíritu: la persona infectada cree que está sentenciado a una muerte física y ve el futuro como algo aterradorante, presentan sentimientos de culpabilidad.
- Empleo: algunos individuos se sienten productivos, creativos y útiles únicamente a través del empleo, para otros, es más importante las relaciones sociales y la autoestima. Sin embargo, el trabajo es imposible cuando progresa el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, por lo que la persona considera que ya no es productiva en su vida laboral y tiene temor a que sea despedida.
- Apoyos sociales: los compañeros, amigos y familiares con frecuencia se alejan al saber que la persona está infectada con el virus de inmunodeficiencia humana.
- Intimidad física: la capacidad sexual generalmente es afectada por las consecuencias físicas y emocionales de la enfermedad, pierden el deseo sexual y esto les causa frustración porque muchas veces no pueden complacer a su pareja ni a sí mismos.
- Apariencia y funciones corporales: las personas con sintomatología inician a presentar un deterioro en su salud corporal, lo que hace evidente el deterioro corporal, esto dificulta los planes de trabajo y actividad social.

2.2.6 Trastornos psiquiátricos asociados

Tabrizian (2005), afirma que si la persona infectada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana no obtiene ayuda psicológica inmediata, pueden presentar trastornos psiquiátricos, los más comunes son: Trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.

- Reacción de adaptación con ánimo ansioso: la persona infectada se le dificulta adaptarse a la nueva situación (cambio de forma de vida, reacciones del entorno, discriminación, curso de la enfermedad), presentando temor, preocupación, inquietud, ansiedad e insomnio.
- Reacción de adaptación con ánimo depresivo: manifiesta tristeza, llanto, desánimo, malestar, sentimientos de culpa, insomnio o hipersomnia.
- Depresión mayor: se observa en la persona cambios evolutivos o estrés, tristeza, anhedonía, llanto, pesimismo, enlentecimiento psicomotor, difícil concentración, insomnio o hipersomnia, sentimientos de culpa e inutilidad.
- Delirium: cuando la persona infectada manifiesta sufrimiento cerebral de causa orgánica general o a causa de los fármacos. Hay desorientación temporoespacial, confusión, alucinación visual, contenidos paranoides o agitación.
- Psicosis reactiva breve: se da a causa del estrés, la persona infectada manifiesta alteraciones emocionales, incoherencia, ideas delirantes, alucinaciones o conducta desorganizada.

2.2.7 Tratamiento médico

Aldeguer (2009), refiere que para tratar la infección por el virus de inmunodeficiencia humana es imprescindible el uso de la terapia antirretroviral (TARV), ya que son específicos para tratar las infecciones por retrovirus; el primer fármaco aprobado fue la Zidovudina, gracias al desarrollo de la ciencia se han creado más fármacos antirretrovirales. El objetivo primordial del tratamiento es evitar la replicación de dicho virus de forma rápida, disminuir los niveles de carga viral en la persona infectada y mantenerlo en un rango indetectable, asimismo preserva o restaura el sistema inmunitario. Por lo tanto al bajar los niveles de carga viral hay posibilidades que el sistema inmunitario se restaure.

Para la elección de la terapia antirretroviral es importante la evaluación médica y determinar qué combinación de medicamentos serán efectivos para la persona y así disminuir los efectos secundarios, resistencia y la adherencia del medicamento para que esto sea benéfico y de esta manera aumentar la calidad de salud de la persona infectada. Cuando se inicia el tratamiento se realiza una evaluación clínica y recuento del nivel de células que determinan la defensa inmunológica y carga viral al paciente. El tratamiento es permanente (toda la vida), sin embargo no se descarta un fracaso terapéutico, esto depende ya sea del paciente, de los fármacos o del virus; si fuera así se cambia de inmediato la terapia para evitar resistencia o cúmulo de mutaciones.

Lozano (2009), explica que en la actualidad, existen más de 20 agentes antirretrovirales aprobados. Estas terapias han traído extraordinarios cambios en el tratamiento de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, ya que las muertes por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida se han reducido; actualmente el paciente tiene más probabilidad de vivir por un tiempo más prolongado.

2.2.8 Intervención psicológica

García (2009), indica que es necesaria la intervención psicológica en pacientes con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, por tres razones: en primer lugar, porque dicha enfermedad hasta la fecha es incurable, aunque los tratamientos mejoran el pronóstico y la calidad de vida. En segundo lugar: lleva una serie de consecuencias de tipo social como, el miedo al rechazo. Y por último, determinan que un buen ajuste psicológico puede repercutir en un buen estado de salud física. Entre los objetivos de la intervención psicológica mencionan:

- Ayudar al paciente a adaptarse al estado de seropositividad: intervenir en los primeros momentos tras conocer el resultado de las pruebas de detección de anticuerpos. Asimismo ayudar al paciente a comunicar su estado a la pareja, familiares o amigos.
- Proceso de adaptación: acompañar a la persona en este proceso para que pueda ajustarse de forma gradual a la nueva situación. El tiempo para conseguir la adaptación varía considerablemente, por lo regular dura entre tres y seis meses.
- Resolver dudas relacionadas con la infección: en cuanto al avance de la infección, proceso del tratamiento, qué riesgos hay de transmitir el virus a las personas que viven con él/ella, así como también los hábitos de salud.
- Atender a las dudas, preocupaciones y angustias de los familiares y allegados: es frecuente que la pareja o familiares experimenten angustia y tengan dudas acerca de la infección y sobre todo como actuar.
- Promover estilos de afrontamiento activos ante la enfermedad, motivando hacia el tratamiento: que el paciente no se vea indefenso, sino que se

perciba competente a realizar cambios y actuaciones que favorezcan su bienestar sobre todo su salud.

- Motivar la adopción de hábitos de vida saludables: se refiere a comportamientos que beneficien la salud, como la alimentación, ejercicio físico regular, reducir o eliminar el consumo de alcohol o tabaco, entre otros.
- Para las parejas promover cambios en las conductas de riesgo, si las hubiera: indagar sobre la actividad sexual y discutir las prácticas de riesgo. Promover alternativas y motivar la práctica de relaciones sin riesgo de reinfectarse con el Virus de Inmunodeficiencia Humana o de adquirir cualquier enfermedad de transmisión sexual.
- Asesorar y facilitar el acceso a recursos de apoyo social como grupos de auto ayuda: servir de nexo entre el afectado y los recursos comunitarios (grupos de apoyo) que pueden beneficiar al paciente.
- Acompañar en el cierre del ciclo vital en los enfermos terminales: disponer de apoyo para atender a las necesidades emocionales y materiales en sus últimos momentos de vida, para que así pueda tener un mejor final de la vida.

Gatell (2000), determina que la intervención cognitivo-conductual es muy eficaz para el tratamiento de problemas psicológicos en personas con diagnóstico de VIH/SIDA, sin embargo, consideran que las herramientas básicas son la entrevista, habilidades de comunicación y de empatía. Algunas de las técnicas cognitivo-conductual son: parada o detención del pensamiento, reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, resolución de problemas y el entrenamiento en relajación.

2.3 Género

Myers (2005), define como género la construcción social y cultural que determina las diferentes características emocionales, afectivas, intelectuales, así como los comportamientos que cada sociedad asigna como propios y naturales de hombres o de mujeres, es decir que el género es la construcción psicosocial del sexo.

CAPÍTULO III PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe alguna diferencia de calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según el género?

3.1 Justificación

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ataca el sistema inmunológico del organismo y causa el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), actualmente no hay curación para las personas infectadas, sin embargo hay tratamientos que inhiben la replicación del virus (Tratamiento Antirretroviral) que mejoran la salud física de la persona infectada. Dicho padecimiento produce efectos devastadores para la persona que lo padece no sólo a nivel biológico-orgánico sino además afecta a nivel psicológico, social, familiar y económico, manifestando patrones de impacto donde la persona se aísla socialmente, la percepción corporal se ve afectada, entre otros.

Es importante para el Psicólogo interesarse y conocer sobre temas como la calidad de vida, ya que dicho tema engloba una serie de dimensiones que repercuten en la vida de cada ser humano, si una persona está en buenas condiciones de vida podrá relacionarse mejor en su entorno. Sin embargo, pueden surgir diversos factores que alteren la calidad de vida, uno de ellos es la enfermedad, debido al impacto psicológico que puede producir y obviamente alterar la calidad de vida de la persona afectada, siendo necesaria la intervención de un profesional de salud mental y de esta manera mejorar el bienestar psicológico de las personas que presenten cualquier padecimiento.

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo General

- Determinar la calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según el género.

3.2.2 Objetivo específicos

- Aplicación del inventario de calidad de vida y salud InCaViSa para evaluar las doce áreas que mide dicho test.
- Determinar cuántos sujetos por grupo presentan adecuada calidad de vida.
- Realizar una comparación entre los grupos muestrales

3.3 Hipótesis de investigación

Hi1: Existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género.

Ho1: No existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género.

Hi2: Existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de preocupaciones en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género.

Ho2: No existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de preocupaciones en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género.

Hi3: Existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de desempeño físico en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género.

Ho3: No existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de desempeño físico en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género.

Hi4: Existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de aislamiento en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género.

Ho4: No existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de aislamiento en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género.

Hi5: Existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de percepción corporal en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género.

Ho5: No existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de percepción corporal en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género.

Hi6: Existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de funciones cognitivas en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género.

Ho6: No existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de funciones cognitivas en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género.

Hi7: Existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de actitud ante el tratamiento en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género.

Ho7: No existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de actitud ante el tratamiento en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género.

Hi8: Existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de tiempo libre en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género.

Ho8: No existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de tiempo libre en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género.

Hi9: Existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de vida cotidiana en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género.

Ho9: No existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de vida cotidiana en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género.

Hi10: Existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de familia en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género.

Ho10: No existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de familia en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género.

Hi11: Existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de redes sociales en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género.

Ho11: No existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de redes sociales en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género.

Hi12: Existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de dependencia médica en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género.

Ho12: No existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de dependencia médica en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género.

Hi13: Existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de relación con el médico en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género.

Ho13: No existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de relación con el médico en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género.

3.4 Variables

Variable independiente

- Hombres y mujeres con diagnóstico VIH/SIDA

Variable dependiente

- Calidad de vida

3.4.1 Definición conceptual de variables

- Hombres y mujeres con diagnóstico VIH/SIDA: se refiere cuando a una persona femenina o masculina se le ha realizado la prueba de VIH y el resultado es positivo, esto significa que la persona es portadora del Virus de Inmunodeficiencia Humana y se encuentra en la fase SIDA.
- Calidad de vida: Oblitas (2009), indica que calidad de vida, se refiere a la evaluación objetiva y subjetiva de al menos los siguientes elementos: Salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestuario y entretenimiento; además lo definen como una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico, tal como lo percibe cada persona y cada grupo.

3.4.2 Definición operacional de variables

- Variable Independiente: se determinó esta variable a través de la información general de datos personales de cada prueba psicométrica.
- Variable Dependiente: dicha variable se midió por medio del inventario de calidad de vida y salud InCaViSa.

3.5 Alcances y límites

- Ámbito geográfico: zona 11 Guatemala, Guatemala.
- Ámbito institucional: Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Público.
- Ámbito personal: 25 hombres y 25 mujeres con diagnóstico de VIH/SIDA.
- Ámbito temporal: septiembre y octubre del año 2013.
- Ámbito temático: calidad de vida: un estudio en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género.

3.6 Aportes

- Permite ser utilizado como referencia para profesionales, estudiantes, educadores y personas interesadas en conocer sobre el tema expuesto.
- Aporta a la ciencia datos psicológicos y sociales en relación a la calidad de vida, asimismo, los resultados para elaborar o buscar estrategias de intervención y así poder dar utilidad a la investigación.

- El estudio aporta a la universidad, información relevante y auténtica que puede ser útil a investigaciones afines y futuras al tema.
- En el ámbito institucional donde se realizó el estudio y a instituciones similares, la investigación puede ser útil, como un documento de referencia sobre los niveles de calidad de vida que posee la población estudiada.

CAPÍTULO IV MÉTODO

4.1 Sujetos

El estudio fue realizado con una muestra comprendida de 50 personas, 25 hombres y 25 mujeres con diagnóstico de VIH/SIDA que asisten a la unidad de enfermedades infecciosas de un Hospital Público, con un nivel socioeconómico bajo. Se utilizó el muestreo por conveniencia.

4.2 Instrumento

Se aplicó el Inventario de calidad de vida y salud InCaViSa, autor: Riveros Rosas, Angélica, evalúa 12 áreas: preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia médica y relación con el médico; cada área con cuatro reactivos, los reactivos se califican de 0 a 5 puntos.

El inventario tiene por objetivo, medir la calidad de vida de pacientes con cualquier condición crónica o aguda y sensible al efecto de las intervenciones. Su aplicación es individual; evalúa a personas que atraviesan o han atravesado por alguna experiencia clínica; el tiempo de aplicación es de 15 a 20 minutos.

Es una prueba confiable y válida ya que los análisis estadísticos arrojan coeficientes altos y bastante confiables; se computaron coeficientes Alpha de Cronbach, al obtener coeficientes razonables siendo el más alto de .9337 y el más bajo de .6831

4.3 Procedimientos

- Presentación a la decanatura de la facultad de Psicología para la autorización del anteproyecto de tesis, el cual se otorgó.
- Selección del tema.
- Elaboración del prediseño de investigación.
- Investigación en las diferentes bibliotecas nacionales e internacionales por medio de internet sobre los antecedentes nacionales e internacionales relacionados con el tema de investigación.
- Recopilación de la información para desarrollar el marco teórico.
- Determinar el problema.
- Establecer el marco metodológico.
- Aplicación del inventario InCaViSa a los pacientes hombres y mujeres.
- Corrección de las pruebas para obtención de resultados.
- Análisis de diferencia de medias por medio del procedimiento de t de Student.
- Interpretación y análisis de los resultados de cada grupo del estudio.
- Realización de conclusiones y recomendaciones tomando como base los resultados obtenidos.
- Elaboración del informe final.
- Presentación final.

4.4 Diseño de Investigación

Para el proceso de investigación se utilizó el diseño descriptivo comparativo. Según Piloña (2011), la investigación descriptiva consiste en describir un hecho o fenómeno, exponiendo las características o dimensiones. En cuanto a la investigación comparativa, considera que su propósito es establecer la relación que existe entre dos o más categorías o variables previamente determinadas.

4.5 Metodología Estadística

Para obtener los resultados estadísticos en el estudio se utilizó el programa de Microsoft Excel versión 2010, con base al procedimiento de la fórmula t de Student.

Jonson (2004), explica que la prueba t es una distribución de probabilidad que surge del problema de estimar la media de una población normalmente distribuida, cuando el tamaño de la muestra es pequeña. Su función es comparan las medias y las desviaciones estándar de dos grupo y determinar si entre esos parámetros las diferencias son estadísticamente significativas.

CAPÍTULO V PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se detalla el análisis estadístico de calidad de vida según el Inventario de Calidad de Vida y Salud InCaViSa, aplicado a hombres y mujeres con diagnóstico de VIH/SIDA.

Tabla No. 1 Calidad de vida en personas de ambos géneros con diagnóstico de VIH/SIDA

Sujetos	Muestra	Media	Valor de t	Valor crítico de t	Aceptación de Hipótesis
Hombres	25	5.20	1.36	1.71	Ho1
Mujeres	25	5.08			

Fuente: Inventario de Calidad de Vida y Salud InCaViSa, 2013

Interpretación: No existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género, debido a que el valor de t (1.36) es menor que el valor crítico (1.71) por lo que se acepta la hipótesis nula Ho1.

Tabla No. 2 Preocupaciones en personas de ambos géneros con diagnóstico de VIH/SIDA

Sujetos	Muestra	Media	Valor de t	Valor crítico de t	Aceptación de Hipótesis
Hombres	25	10.44	5.97	1.71	Hi2
Mujeres	25	8.76			

Fuente: Inventario de Calidad de Vida y Salud InCaViSa, 2013

Interpretación: Existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de preocupaciones en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género, ya que el valor de t (5.97) es mayor que el valor crítico (1.71) por lo que se acepta la hipótesis de investigación Hi2.

Tabla No. 3 Desempeño físico en personas de ambos géneros con diagnóstico de VIH/SIDA

Sujetos	Muestra	Media	Valor de t	Valor crítico de t	Aceptación de Hipótesis
Hombres	25	16.32	-0.81	1.71	Ho3
Mujeres	25	16.52			

Fuente: Inventario de Calidad de Vida y Salud InCaViSa, 2013

Interpretación: No existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de desempeño físico en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género, debido a que el valor de t (-0.81) es menor que el valor crítico (1.71) por lo que se acepta la hipótesis nula Ho3.

Tabla No. 4 Aislamiento en personas de ambos géneros con diagnóstico de VIH/SIDA

Sujetos	Muestra	Media	Valor de t	Valor crítico de t	Aceptación de Hipótesis
Hombres	25	5.88	-5.47	1.71	Hi4
Mujeres	25	8.12			

Fuente: Inventario de Calidad de Vida y Salud InCaViSa, 2013

Interpretación: Existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de aislamiento en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género, ya que el valor de t (-5.47) es mayor que el valor crítico (1.71) por lo que se acepta la hipótesis de investigación Hi4.

Tabla No. 5 Percepción corporal en personas de ambos géneros con diagnóstico de VIH/SIDA

Sujetos	Muestra	Media	Valor de t	Valor crítico de t	Aceptación de Hipótesis
Hombres	25	7.08	-0.37	1.71	Ho5
Mujeres	25	7.12			

Fuente: Inventario de Calidad de Vida y Salud InCaViSa, 2013

Interpretación: No existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de percepción corporal en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género, debido a que el valor de t (-0.37) es menor que el valor crítico (1.71) por lo que se acepta la hipótesis nula Ho5.

Tabla No. 6 Funciones cognitivas en personas de ambos géneros con diagnóstico de VIH/SIDA

Sujetos	Muestra	Media	Valor de t	Valor crítico de t	Aceptación de Hipótesis
Hombres	25	6.76	3.68	1.71	Hi6
Mujeres	25	5.60			

Fuente: Inventario de Calidad de Vida y Salud InCaViSa, 2013

Interpretación: Existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de funciones cognitivas en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género, ya que el valor de t (3.68) es mayor que el valor crítico (1.71) por lo que se acepta la hipótesis de investigación Hi6.

Tabla No. 7 Actitud ante el tratamiento en personas de ambos géneros con diagnóstico de VIH/SIDA

Sujetos	Muestra	Media	Valor de t	Valor crítico de t	Aceptación de Hipótesis
Hombres	25	4.04	-5.77	1.71	Hi7
Mujeres	25	5.04			

Fuente: Inventario de Calidad de Vida y Salud InCaViSa, 2013

Interpretación: Existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de actitud ante el tratamiento en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género, ya que el valor de t (-5.77) es mayor que el valor crítico (1.71) por lo que se acepta la hipótesis de investigación Hi7.

Tabla No. 8 Tiempo libre en personas de ambos géneros con diagnóstico de VIH/SIDA

Sujetos	Muestra	Media	Valor de t	Valor crítico de t	Aceptación de Hipótesis
Hombres	25	5.88	-2.03	1.71	Hi8
Mujeres	25	7.04			

Fuente: Inventario de Calidad de Vida y Salud InCaViSa, 2013

Interpretación: Existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de tiempo libre en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género, ya que el valor de t (-2.03) es mayor que el valor crítico (1.71) por lo que se acepta la hipótesis de investigación Hi8.

Tabla No. 9 Vida cotidiana en personas de ambos géneros con diagnóstico de VIH/SIDA

Sujetos	Muestra	Media	Valor de t	Valor crítico de t	Aceptación de Hipótesis
Hombres	25	5.72	2.68	1.71	Hi9
Mujeres	25	4.84			

Fuente: Inventario de Calidad de Vida y Salud InCaViSa, 2013

Interpretación: Existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de vida cotidiana en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género, ya que el valor de t (2.68) es mayor que el valor crítico (1.71) por lo que se acepta la hipótesis de investigación Hi9.

Tabla No. 10 Familia en personas de ambos géneros con diagnóstico de VIH/SIDA

Sujetos	Muestra	Media	Valor de t	Valor crítico de t	Aceptación de Hipótesis
Hombres	25	15.72	-1.58	1.71	Ho10
Mujeres	25	16.12			

Fuente: Inventario de Calidad de Vida y Salud InCaViSa, 2013

Interpretación: No existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de familia en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género, debido a que el valor de t (-1.58) es menor que el valor crítico (1.71) por lo que se acepta la hipótesis nula Ho10.

Tabla No. 11 Redes sociales en personas de ambos géneros con diagnóstico de VIH/SIDA

Sujetos	Muestra	Media	Valor de t	Valor crítico de t	Aceptación de Hipótesis
Hombres	25	12.32	2.00	1.71	Hi11
Mujeres	25	11.48			

Fuente: Inventario de Calidad de Vida y Salud InCaViSa, 2013

Interpretación: Existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de redes sociales en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género, ya que el valor de t (2.00) es mayor que el valor crítico (1.71) por lo que se acepta la hipótesis de investigación Hi11.

Tabla No. 12 Dependencia médica en personas de ambos géneros con diagnóstico de VIH/SIDA

Sujetos	Muestra	Media	Valor de t	Valor crítico de t	Aceptación de Hipótesis
Hombres	25	10.28	2.00	1.71	Hi12
Mujeres	25	9.68			

Fuente: Inventario de Calidad de Vida y Salud InCaViSa, 2013

Interpretación: Existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de dependencia médica en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género, ya que el valor de t (2.00) es mayor que el valor crítico (1.71) por lo que se acepta la hipótesis de investigación Hi12.

Tabla No. 13 Relación con el médico en personas de ambos géneros con diagnóstico de VIH/SIDA

Sujetos	Muestra	Media	Valor de t	Valor crítico de t	Aceptación de Hipótesis
Hombres	25	16.36	-0.95	1.71	Ho13
Mujeres	25	16.68			

Fuente: Inventario de Calidad de Vida y Salud InCaViSa, 2013

Interpretación: No existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el área de relación con el médico en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género, debido a que el valor de t (-0.95) es menor que el valor crítico (1.71) por lo que se acepta la hipótesis nula Ho13.

CAPÍTULO VI DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El objetivo de este estudio fue determinar la calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género para luego poder compararla y determinar si existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% para el mismo. Se utilizó el Inventario de Calidad de Vida y Salud InCaViSa, autora Angélica Riveros (2009).

Luego de haber aplicado la prueba correspondiente a la muestra seleccionada, se concluye que no existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género, debido a que el valor de t 1.36 es menor que el valor crítico 1.71 por lo que se acepta la hipótesis nula H_01 .

Se aceptan las hipótesis de investigación: H_{i2} correspondiente al área de preocupaciones, H_{i4} que pertenece al área de aislamiento, H_{i6} corresponde al área de funciones cognitivas, asimismo se acepta la H_{i7} que pertenece al área de actitud ante el tratamiento, H_{i8} corresponde al área de tiempo libre, H_{i9} correspondiente al área de vida cotidiana, H_{i11} pertenece al área de redes sociales y H_{i12} corresponde al área de dependencia médica.

Sin embargo se aceptaron las hipótesis nulas H_01 correspondiente a la calidad de vida, H_03 pertenece al área de desempeño físico, H_05 corresponde al área de percepción corporal, H_010 pertenece al área de familia, H_013 corresponde al área de relación con el médico.

Los resultados obtenidos en esta investigación muestran que del grupo de 25 mujeres, 5 presentan calidad de vida muy baja, 3 se ubican en la categoría baja, sin embargo 12 de ellas se clasificaron en la categoría normal, 2 se clasificaron en alto y 3 se encuentran en la categoría de muy alto. El grupo de 25 hombres, 2 presentaron calidad de vida muy baja, 4 se ubicaron en la categoría baja, sin embargo, 12 se clasificaron en la categoría de normal, ninguno se clasificó en la categoría de alto y 7 de ellos presentaron calidad de vida muy alta.

Es evidente que la presencia de calidad de vida en el grupo completo de los 50 pacientes es normal ya que se obtuvo que 24 de ellos se ubican en dicha categoría. Cumpliéndose los objetivos planteados, se aplicó la prueba psicométrica, asimismo, se determinó la existencia de calidad de vida, seguidamente se realizó una comparación entre la muestra estudiada y finalmente se determinó la existencia estadísticamente significativa de la variable descrita en esta investigación.

Respecto a los antecedentes citados se mencionan a:

Los resultados son similares a los de Kestler (2012), quien se interesó por la calidad de vida del paciente asmático, concluyendo que no se observó afección significativa en la calidad de vida del paciente. La similitud radica en que ambos autores determinaron una calidad de vida estable a pesar del padecimiento.

Sin embargo, la autora de esta tesis difiere en cuanto a los resultados de Quan (2012), quien abordó la temática de calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, la diferencia de los hallazgos de ambas investigaciones se centra en que Quan indica la presencia de calidad de vida baja.

CAPÍTULO VII CONCLUSIONES

- De acuerdo a los resultados estadísticos, se determinó que no existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH/SIDA según género, debido a que el valor de t 1.36 es menor que el valor crítico 1.71 por lo que se acepta la hipótesis nula H_0 .
- Los resultados evidencian que en la muestra del estudio predomina la calidad de vida normal, ya que 12 hombres y 12 mujeres se clasificaron en dicha categoría, por lo tanto representan el 48% de toda la muestra.
- Se determinó que en las categorías de alto a muy alto se clasificaron 7 hombres y 5 mujeres representando así el 24% de la muestra.
- En las categorías de bajo y muy bajo se clasificaron 6 hombres y 8 mujeres lo que representa el 28% de la muestra del estudio.
- Se pudo comprobar a través del Inventario de Calidad de Vida y Salud InCaViSa que el 72% de la muestra, presenta calidad de vida estable a pesar del diagnóstico.
- Se aceptan las hipótesis de investigación: H_{i2} correspondiente al área de preocupaciones, H_{i4} que pertenece al área de aislamiento, H_{i6} corresponde al área de funciones cognitivas, asimismo se acepta la H_{i7} que pertenece al área de actitud ante el tratamiento, H_{i8} corresponde al área de tiempo libre, H_{i9} correspondiente al área de vida cotidiana, H_{i11} pertenece al área de redes sociales y H_{i12} corresponde al área de dependencia médica. Sin embargo se aceptaron las hipótesis nulas H_{o1} correspondiente a la calidad de vida, H_{o3} pertenece al área de desempeño físico, H_{o5} corresponde al área de percepción corporal, H_{o10} pertenece al área de familia, H_{o13} corresponde al área de relación con el médico.

CAPÍTULO VIII RECOMENDACIONES

- A profesionales de la salud mental y estudiantes de Psicología, promover información a los niños, jóvenes y población en general, sobre la infección del VIH enfocándose fundamentalmente en las conductas de riesgo y consecuencias, asimismo, orientar acerca de la práctica sexual saludable.

- Elaborar un programa que tenga como objetivo primordial mejorar la calidad de vida de los pacientes que recientemente han recibido el diagnóstico de VIH/SIDA, para que la persona pueda afrontar de una mejor manera el impacto psicológico y social que produce el saber el diagnóstico.

- Crear un plan estratégico para los padres de familia donde el propósito sea romper tabúes y vencer las posibles resistencias para hablar de temas íntimos con sus hijos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Libros:

Aldeguer, L. Lozano, F. y Riera, M. (2009). Recomendaciones de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. España: ElsevierDoyma.

Altfeld, M. et al. (2005). HIV medicine.USA: Springer.

Barrera, H. y Saldívar, D. (2008). Cultura de la Salud y Calidad de Vida. México: Nuevo León.

Gatell, J. Clotet, B. y Podzamczar, D. (2000). Guía práctica del sida. (6ª. ed.) Barcelona: Masson-Salvat.

Green, J. y McCreaner, A. (2000). Couselling in HIV infection and AIDS. Reino Unido: Blackwell.

Jonson, R. y Kuby, P. (2004). Estadística elemental. Lo esencial. (3ª. ed.) México: Thomson S.A.

Labiano, M. (2000). Dimensiones del sentimiento de bienestar. Argentina: Andes.

León, J. Medina, S. y Ballesteros, A. (2004). Psicología de la salud y de la calidad de vida. Barcelona: Editorial UOC.

Morrison, V. y Bennett, P. (2008). Psicología de la salud. España: Pearson educación S.A.

Munuera, J. et al. (2004). Psicología para ciencias de la salud. España: Ulzama Digital.

Murrell, R. (2001). Assessing the quality of life of individuals with neurological illness. Canadá: Sage.

Myers, D. (2005). Psicología social. (8ª ed.) México: McGraw—Hill.

Nassar, N. et al. (2006). Manual parkland para el cuidado del paciente con VIH. USA: AIDS

Nassar, N. Visnegarwala, F. y Keiser, P. (2006). Manual parkland para el cuidado del paciente con VIH. Texas: Dallas.

Oblitas, L. (2011). Psicoterapias contemporáneas. México: Cengage Learning.

Oblitas, L. et al. (2009). Psicología de la salud y calidad de vida. (3ª ed.) México: Cosegraf.

Papalia, D. Olds, S. y Feldman, R. (2005). Desarrollo humano. (9ª ed.) México: McGraw—Hill.

Piloña, G. (2011). Guía práctica sobre métodos y técnicas de investigación documental y de campo. (8º ed.). Guatemala: Litográfica.

Reyes, J. (2007). Técnicas de encuestas, una guía paso a paso. Guatemala: Serviprensa.

Tesis:

Arriola, R. (2010). Adaptación social entre un grupo de adolescentes con VIH positivo y un grupo de adolescentes sin VIH positivo. Universidad Mariano Gálvez, Guatemala. Guatemala.

Camposeco, C. (2012). Estudio comparativo sobre la calidad de vida en pacientes epilépticos femeninos y masculinos que asisten a la consulta externa del Hospital General San Juan de Dios. Universidad Mariano Gálvez, Guatemala, Guatemala.

García, I. (2011). Inteligencia emocional de hombres y mujeres entre 25 y 35 años de edad, que asisten a la Asociación Gente Nueva, con un año de haber sido diagnosticados con VIH-SIDA. Universidad Rafael Landívar, Guatemala, Guatemala.

García, G. y Mejía, B. (2001). Buscando el sentido de la vida en pacientes con SIDA que han vivido de 5 a 10 años más del pronóstico dado y que asisten a APAES/SOLIDARIDAD durante el año 2001. Universidad de San Carlos, Guatemala. Guatemala.

González, M. y De La Cruz, M. (2000). Reacciones emocionales de la persona VIH adulto de ambos sexos entre el conocimiento de su infección. Universidad de San Carlos, Guatemala. Guatemala.

Guzmán, P. (2012). Riesgo suicida en pacientes con VIH/SIDA, estudio realizado en el Hospital Rodolfo Robles de Quetzaltenango. Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, Guatemala.

Kestler, A. (2012). Calidad de vida del paciente asmático que acude a la consulta externa del Hospital General San Juan de Dios. Universidad de San Carlos, Guatemala, Guatemala.

Layton, E. (2013). Calidad de vida en pacientes con epilepsia del área de neuropsicología en el Hospital General San Juan de Dios. Universidad Rafael Landívar, Guatemala, Guatemala.

Quan, A. (2012). Evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que asisten a la consulta externa de endocrinología del Hospital Roosevelt. Universidad de San Carlos, Guatemala, Guatemala.

Zamora, L. (2006). Calidad de vida en personas viviendo con VIH-SIDA que Pertenecen o no a un grupo de apoyo. Universidad Rafael Landívar, Guatemala, Guatemala.

Revistas:

Carr, A. y Higginson, I. (2001). ¿Are quality of life measures patient centred?. *British Medical Journal*, 32, 357-360

Mendlowicz, V. y Stein, B. (2001). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of psychiatry*, 157, 669-682

Ministerio de salud pública y Asistencia social de Guatemala (2005). Aspectos generales de la epidemia de VIH/SIDA. Manual de orientación en VIH/SIDA. Pp. 2-10.

E grafía:

Martos, F. (2002). Intervención psicosocial en afectados por VIH/SIDA.
Recuperado de <http://www.luriapsicologia.com>

ANEXO

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (InCaViSa)

MMP
84-2

Dra. Angélica Riveros Rosas
Juan José Sánchez-Sosa, PhD
Mark del Águila, PhD



INSTRUCCIONES

Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste **encerrando en un círculo** la opción que mejor describa su situación. Si le parece que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto, déjela en blanco. Conteste con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas.

Por favor siéntase en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer o llenar el cuestionario, con todo gusto le atenderemos.

EJEMPLO


Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror.

0% 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca **Casi** Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

Encerraría en un círculo "CASI NUNCA" si siente miedo o terror muy rara vez en su vida. Si pensara que siente miedo o terror en todo momento, encerraría en un círculo "SIEMPRE".

0% 20% 40% 60% **80%** 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- **Casi** Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: *con toda confianza y conteste con la verdad.*

 **Manual moderno®**
D.R. © 2009
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100
México, D.F.

ISBN: 978-607-448-012-2 [Obra completa]
ISBN: 978-607-448-014-6 [Cuestionario]

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida, por otro medio electrónico, mecánico, fotocopias, registro, etcétera, sin permiso por escrito de la Editorial.

Nota: Este cuadernillo está impreso en papel. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito

© Editorial El Manual Moderno. Fotocopiar sin autorización es un delito.