

INCIDENCIA DEL TIEMPO DE DIAGNÓSTICO EN EL NIVEL DE AMENAZA PERCIBIDA EN PERSONAS VIH REACTIVAS.

Por Lic. Diego Andrés Rivera Porras (diegoandresriveraporras23@gmail.com)

y Lic. Sindy Yensey Velandia Pabón (sindyvelandiapabon16@gmail.com).*

ALTAMIRA/1005

Fecha de envío 30 de enero de 2015. Fecha de aceptación: 2 de julio de 2015

*Son investigadores asociados a la universidad de Tijuana.

Resumen.

El propósito de esta investigación es determinar la incidencia del tiempo de diagnóstico VIH reactivo en el grado de amenaza percibido a través de la Escala ESRE-12 en los usuarios de Vidamedical IPS, describiendo las medidas de localización, tendencia central y dispersión de los datos de las tres subescalas y correlacionando el tiempo de diagnóstico en meses con la respuesta percibida como amenazante de los individuos y su adherencia al tratamiento.

Palabras claves: VIH, SIDA, Diagnóstico.

Abstract.

The purpose of this research is to determine the incidence of HIV diagnostic reagent in the degree of threat perceived through Scale ESRE - 12 Vidamedical users IPS, describing the measures of location, central tendency and dispersion of data from the three subscales and correlating diagnostic time in months perceived as threatening response of individuals and their adherence to treatment.

Keywords: HIV, AIDS, Diagnosis.

Introducción.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), ataca el sistema de defensas del cuerpo y lo deja vulnerable a muchas infecciones. Algunas personas con infección al VIH no tienen ningún síntoma, algunos tienen problemas menores

de salud y otros tienen el SIDA completamente desarrollado (ONUSIDA, 2009). León & Rodríguez (2010), explican que en términos globales, el mundo se enfrenta a una epidemia que crece entre la población y cuya principal vía de contagio sigue siendo la sexual, por lo cual la pandemia del VIH se debe estabilizar en factores personales, familiares y sociales.

En Colombia se diagnostican 4200 casos nuevos de VIH anuales según el Ministerio de Salud & Protección Social (2012). Dicha infección es considerada por los organismos de salud como una prioridad de salud pública. Según *el informe mundial de avances en la lucha contra el SIDA* (UNGASS, 2012) se muestra la situación actual de la enfermedad en el país, en donde se indica que la población más afectada en Colombia está entre los 20 y 39 años de edad, presentándose un aumento paulatino del número de casos reportados en los últimos años.

En la actualidad, aún no se ha encontrado la cura para la infección, lo cual representa una amenaza para la salud pública, debido a que a nivel mundial hay altas cifras de personas infectadas por este virus, y tienden a aumentar cada año. Debido a esto, el hecho de encontrarse infectado por el VIH conduce a que el sujeto se vea limitado en los contactos sociales y sexuales autoimpuestos o recomendados por el médico (León & Rodríguez, 2010), en ese sentido, puede sentirse estigmatizado, discriminado, vulnerable al rechazo y puede guardar sentimientos de culpa generados por su preocupación de ponerse o de poner en peligro a otros (Muma, Borucki & Pollard, 2000 citados por Orcasita, Peralta, Valderrama & Uribe, 2010).

El VIH ya no es la sentencia de muerte rápida que una vez fue, ahora se ha convertido en una enfermedad crónica manejable. Nuevos medicamentos ayudan a las personas a mantenerse saludables por más tiempo y a la vez aumentan su calidad de vida (ONUSIDA, 2009). Por lo tanto las personas que han sido diagnosticadas con esta infección deben tomar un rol o papel activo

en las necesidades del cuidado de su salud y aprender a manejar la exposición a situaciones estresantes, así mismo que deben aprender a lidiar con los avances médicos en el control de la enfermedad, los cuales sugieren la necesidad de implementar como parte del tratamiento integral de estos pacientes, un programa centrado no solo en aumentar el tiempo de vida, sino en mejorar su calidad de vida.

La adherencia al tratamiento del VIH está asociada con factores personales y se refieren a las características de la individuo (Uribe & Orcasita, 2009), los cuales tienen evidencia empírica en datos sociodemográficos, cognitivos, emocionales, motivacionales, afrontamiento de la enfermedad, problemas psicológicos, consumo de sustancias psicoactivas y la historia de tratamientos previos al diagnóstico.

Las características sociodemográficas, en general, han sido relacionadas con la adherencia al tratamiento en VIH (Chesney, Ickovics & Meade, 2002 citados por Ruiz, Enríquez & Hoyos, 2009), no obstante, existe una gran divergencia respecto al papel de estas características como aspectos que facilitan u obstaculizan la adherencia. Glass, 2006; Spire, 2002; Sternhell & Corr, 2002 citados por Estrada 2007 reconocen la edad como un obstáculo para la adherencia al tratamiento, debido a la incapacidad del cuerpo de adaptarse a la medicación. Si los ingresos familiares son bajos, constituyen un obstáculo para la adherencia al tratamiento, mientras que ingresos altos pueden actuar como un facilitador (Spire, 2002 citados por Galindo, Tello, Mueses, Duque, Shor & Moreno, 2011).

A nivel emocional se ha identificado la presencia de indicadores de trastornos depresivos, de ansiedad y de estrés (Ballester, 2002; Fernández, 2003; González, 2004 & Gordillo, 2003 citados por Quintero, 2010), por el contrario, la presencia de estados afectivos y emocionales positivos se ha relacionado como un facilitador de la adherencia, pero con poca evidencia

(González, 2004; Lewis, 2006 citados por Orcasita, Peralta, Valderrama & Uribe, 2010). Otro aspecto que se considera relevante es el conocimiento no sólo de la enfermedad, sino también del tratamiento antirretroviral y las instrucciones para tomarlo, de las recomendaciones no-farmacológicas, de la relación entre adherencia al tratamiento, enfermedad y del estado clínico actual (Kumarasamy, 2005; Piña, 2006; Reynolds, 2003 & Ortiz, 2004 citados por Estrada, 2009) y por el contrario, la falta de conocimiento o los conocimientos inadecuados son un obstáculo para lograrla (Catz, 2000; Knobel, 2000; Sternhell & Corr, 2002 citados por Uribe, Vergara, Barona, 2009).

Los factores cognitivos por su parte (Ammassari, 2004; Kumarasamy, 2005 & Veinot, 2006 citados por Iglesias, 2009), han sido ampliamente relacionados con la adherencia al tratamiento, en donde uno de los principales obstáculos a este nivel son las creencias, la percepción sobre el tratamiento antirretroviral, incluyendo los efectos sobre su calidad de vida, la toxicidad, los efectos secundarios del medicamento, el malestar emocional asociado, la eficacia y la percepción de barreras en el tratamiento. Así mismo los factores motivacionales se encuentran asociados a la intención de no tomarse los medicamentos antirretrovirales, la cual funcionaría como una barrera para la adherencia al tratamiento (Roberts & Mann, 2003 citados por Uribe & Orcasita, 2011), mientras que una actitud positiva frente a éstos sería un facilitador para su evolución. Lo que se observa con respecto a los factores de la motivación es que se cuenta con menor evidencia que en los demás factores personales y su relación con la adherencia al tratamiento.

Molassiotis en el 2003 citado por Arrivillaga, Alzate & Useche, (2009), afirmó que el afrontamiento del diagnóstico, el tratamiento y sus efectos secundarios, así como de la evolución y el pronóstico de la enfermedad, facilita la adherencia al tratamiento, en donde el déficit en este sentido sería un obstáculo, pero un afrontamiento adecuado sería un factor que favorecedor a la terapia. Mesa & Vargas (2007) señalan que los problemas psicológicos son un

obstáculo para la adherencia y su ausencia sería un facilitador asociado fuertemente con la adherencia al tratamiento. Así como el consumo actual de alguna sustancia psicoactiva, así como los antecedentes de consumo, que en cualquier caso, se considera como una barrera para la adherencia al tratamiento.

Los factores de la enfermedad y del tratamiento relacionados con la adherencia, son los efectos adversos de la Terapia Antirretroviral, la complejidad del régimen terapéutico, la interrupción de la rutina diaria, el estilo de vida, el perfil clínico, la progresión de la enfermedad, el costo del tratamiento y la interrupción o modificación del régimen terapéutico (García, Prieto, Harinas, Rincón, Caicedo & Rey, 2005). Diferentes estudios relacionan los efectos adversos de la terapia antirretroviral presentan una relación negativa con la adherencia al tratamiento (Hosek, 2005; Murphy, 2004 & Knobel, 2000 citados por Ponce de León & Rodríguez, 2010), específicamente, en la medida que sean mayores los efectos menor es la adherencia, mientras que la ausencia de dichos efectos se relaciona con una mayor adherencia.

Así mismo, complejidad del régimen terapéutico se ha considerado como obstáculo para la adherencia al tratamiento y por el contrario, la baja complejidad como un factor que la favorece (Abel & Painter, 2004 citados por Cázares, Piña & Sánchez, 2010). Respecto a la interrupción de la rutina diaria y del estilo de vida, parece existir consenso en los hallazgos, pues las pruebas la señalan como una barrera para la adherencia al tratamiento en VIH. El estar consciente de los cambios en el sistema inmunológico es una manera de entender como la enfermedad del VIH está desarrollándose. Se puede vigilar los síntomas o cambios en el cuerpo que no sean normales. Cuando una persona comienza a ver la terapia como parte del panorama general, le es más fácil hacer cambios a medida que vaya obteniendo nueva información (Uribe, et. al. 2009).

La medicación antirretroviral es un elemento clave para que se pueda abordar con éxito el tratamiento del VIH. Una mala adherencia puede llevar a la aparición de resistencias y a la progresión de la infección por VIH al estado de SIDA con mayor rapidez. La adherencia hace referencia a cómo de estrictamente se sigue un régimen de tratamiento prescrito y puede marcar la diferencia entre la vida o la muerte (Arrivillaga, Alzate & Useche, 2009). La programación con que los medicamentos deben de ser tomados puede servir como un constante recordatorio de la realidad de ser VIH positivo. Puede presentarse también la pérdida de la independencia y el tener que depender de otros (Iglesias, 2009). Hombres y mujeres podrán lamentar que el tener VIH limita sus posibilidades de tener hijos. Aquellas personas que quisieran tener familia deben enfrentar el hecho que la decisión de tener hijos puede significar que la pareja y el niño están en riesgo de contraer el VIH. Incluso aquellas personas, que hayan decidido no tener familia, deberán lidiar con la pérdida de poder optar por la maternidad o la paternidad.

Es por eso que el tratamiento psicológico es considerado, debido a que les resulta difícil llevar la carga de la presión social así como el estrés y las emociones de padecer VIH, algunas veces los sujetos que presentan la enfermedad adoptan comportamientos que no son saludables y que son contraproducentes, como no cuidarse adecuadamente, aislarse socialmente y no querer hacerse responsable de sí mismo (Ponce de León & Rodríguez, 2010). Según la Asociación Americana de Psicología, el 43% de los adultos sufren estrés y su adaptación a la enfermedad crónica depende del factor médico que abarca los síntomas y evolución clínica, el psicológico que hace referencia a la capacidad para enfrentar problemas, apoyo social, personalidad y finalmente el sociocultural, que se asocia a la estigmatización de la infección (Orcasita, Uribe & Sanabria, 2009). Algunas personas prefieren postergar la terapia por el mayor tiempo posible mientras que sea seguro. Otros deciden iniciar la terapia en la parte inicial del curso de la enfermedad (Arrivillaga, 2010). Ambas estrategias tienen méritos y ambas tienen el apoyo de algunos

investigadores. Pensar acerca de toda la información y opciones que tiene a su disposición le ayudará a lograr los mejores resultados con cualquiera de las dos estrategias.

Método.

Para esta investigación se seleccionó el enfoque cuantitativo debido a que es un proceso riguroso, cuidadoso y sistematizado, que permite examinar los datos de manera numérica, usando el método deductivo, como una concepción lineal de la investigación (Hernández, Fernández & Baptista, 2007), en donde los elementos se pueden definir, limitar y logran reconocerse las situaciones que dan inicio al problema. Se adoptó un diseño *no experimental*, debido al número de momentos o puntos en el tiempo en los cuales se recolectan los datos y específicamente se abordó el estudio desde el *transeccional* o *transversal descriptivo*, puesto que sólo se recolectó la información en un solo momento, en un tiempo único (Ander, 2006).

El análisis de la información se fundamentó en la medición y se representó mediante números, siendo analizados a través de métodos estadísticos. Los datos generados poseen los estándares de confiabilidad y validez (Piña, Valencia, Mungaray & Corrales, 2006) y estos a su vez fueron analizados por el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 20.0, en el que se emplearon procedimientos de medidas de localización, tendencia central, dispersión y correlación en la muestra del estudio.

Procedimiento.

El estudio se desarrolló en la I.P.S Vidamedical, ubicada en la Cl 15 2 E-81 Caobos, Cúcuta, Norte De Santander. Su duración aproximada fué de 4 meses,

en los primeros tres meses se llevó a cabo la estructuración teórica basándose en el VIH y sus consecuencias psicológicas, el estrés y la influencia de situaciones estresantes en el tratamiento integral de la enfermedad. En el último mes se desarrolló el diligenciamiento del instrumento por parte de los pacientes de la I.P.S. Para esta investigación los únicos criterios de inclusión fueron el diagnóstico de VIH positivo y la afiliación a la I.P.S. Vidamedical. Debido a la complejidad de la población, la muestra objeto de estudio fué de 10 personas VIH positivo que están en tratamiento en la entidad en el segundo semestre del año 2012, las cuales asistieron a la citación el día 19 de Julio de 2012 y accedieron participar en el estudio de manera voluntaria.

En este tipo de investigaciones se pueden presentar conflictos bioéticos relacionados con el VIH, puesto que es una enfermedad cargada de dilemas, debido a que los tratamientos o cuestiones que se abordan son principalmente éticos, involucran temores y prejuicios a nivel personal, familiar, social, académico y/o laboral. Por eso sólo se tendrán en cuenta los datos sociodemográficos como la edad, género y la información de orden clínico que incluye el estadio y la fecha de diagnóstico para la contextualizar la muestra y sólo se analizarán los factores relacionados con el estrés vinculado a la toma de decisiones, ambigüedad, frustración e impulsividad, que miden la Escala ESRE-12 que fue aplicada; por tanto todas las situaciones ajenas que se presentaron en el proceso no fueron tenidas en cuenta en los resultados obtenidos. La población con la cual se ejecutó este estudio cuenta con características particulares. El acceso a la población es limitado debido a que existe estigmatización y rechazo social ante las personas infectadas con VIH, lo cual genera que los participantes se muestren renuentes a colaborar con la investigación; por este motivo la muestra con la cual se trabajó fue voluntaria con un total de 10 participantes. El tiempo invertido en la ejecución de esta investigación sobre el nivel de amenaza percibido en las personas infectadas por el VIH, resulta bastante significativo debido a la actitud renuente de la población a participar, lo cual genera un mayor aporte de tiempo.

Inicialmente se solicitó permiso para la elaboración de la investigación en la *I.P.S. Vidamedical* con el Gerente Marco Antonio Cárdenas. En dicha oportunidad, se entregó una carta explicativa (ver Apéndice A) acerca del estudio a realizar el cual es *Situaciones Vinculadas con Estrés en Personas VIH Reactivas* y a la vez se coordinó una reunión con las personas interesadas de participar en la investigación. Se realizó la recolección de información por medio de la base de registros de la entidad, de la cual se obtuvieron datos como el género, edad, estadio clínico y fecha del diagnóstico de los participantes. Se realizó la citación y a las personas que asistieron a esta, se les explicó que fueron seleccionados para participar en un estudio, pero que antes de ingresar deben firmar el *consentimiento informado* (ver Apéndice B) autorizando su participación. Esto con el fin de dar a conocer en que consiste la investigación, cuáles son sus fines, salvaguardar el contenido de la información y el proceso que se está realizando.

El instrumento utilizado para la recolección de los datos, fué la *Escala que Mide Situaciones Vinculadas con Estrés en Personas VIH Positivas* (ver Apéndice C) diseñada y validada por Piña, Valencia, Mungaray & Corrales (2006), la cual consta de 12 ítems y se divide en tres subescalas: Estrés vinculado con toma de decisiones (3 ítems), Estrés vinculado con ambigüedad (3 ítems) y el Estrés vinculado con frustración e impulsividad (6 ítems), cada uno de ellos diligenció el instrumento en un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos. El análisis se inició con la descripción de los datos proporcionados anteriormente por la entidad, clasificándolos según características de género, edad, estadio clínico y fecha del diagnóstico. Después de eso, se realizó el análisis cuantitativo, en donde se usó el SPSS para Windows versión 20.0, el cual permitió identificar las situaciones más frecuentes percibidas como amenazantes para los participantes del estudio, a través de las medidas de localización, tendencia central, dispersión y de correlación de datos.

Población y muestra.

El estudio se realizó en la IPS Vidamedical de la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander. La población (Hernández, Fernández & Baptista, 2007) fué un número de 50 personas VIH positivo que están en tratamiento en la entidad en el segundo semestre del año 2012 y que asistieron a la citación el día 19 de Julio de 2012. La muestra fue considerada de cómo *no probabilística o dirigida* debido a los criterios de inclusión de los participantes en la investigación, puesto que solo se trabajó con los que están en fase VIH y asisten a control en la I.P.S. Vidamedical en el segundo semestre del año 2012, pero el número de personas fue *voluntario* siendo un subgrupo de la población que accede a participar en el estudio de forma intencional (Hernández, et. al. 2007). En este caso está compuesta por 10 personas (100%) de las cuales 7 son hombres (70%) y 3 son mujeres (30%), que han sido diagnosticados con VIH reactivo, están en fase asintomática y actualmente reciben tratamiento en la entidad.

Instrumento.

El instrumento utilizado para la recolección de los datos fue la *Escala que Mide Situaciones Vinculadas con Estrés en Personas VIH Positivas* diseñada y validada por Piña, Valencia, Mungaray & Corrales (2006), la cual consta de 12 reactivos y se divide en tres subescalas: Estrés vinculado con toma de decisiones (3 ítems), Estrés vinculado con ambigüedad (3 ítems) y el Estrés vinculado con frustración e impulsividad (6 ítems). Esta escala fue analizada mediante el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 10.0, en el cual emplearon cuatro procedimientos. El primero fue para probar el grado de dificultad de los reactivos, en donde utilizaron la prueba T de comparación de medias, donde primero sumaron los totales de respuesta de los participantes, y

mediante un análisis de frecuencia extrajeron los puntajes más bajos y los más altos que corresponden a los cuartiles <25 y >75, respectivamente.

El criterio de validez de constructo de esta escala fue probado mediante un análisis exploratorio como método de componentes principales con rotación varimax de normalización con Káiser, en donde se tomaron en cuenta los reactivos según el procedimiento anterior, los cuales alcanzaron valores de $p < .005$ y $p < .001$. Este procedimiento permitió identificar la forma en la que las variables se agrupan en uno o más factores, siempre y cuando las variables no se repitan en dos o más factores y sus pesos factoriales sean iguales a o mayores que .40. Mientras que el criterio de confiabilidad fue probado a través del alfa de Cronbach, considerando las variables en su totalidad y las variables agrupadas en los factores que se crearon con el procedimiento anterior y la correlación que usaron fue la r de Pearson, mediante un procedimiento que les permitió observar si las medidas de interés cambiaron cuando lo hacen otras medidas relacionadas. Según los resultados de esta escala todos los reactivos fueron entendidos correctamente, con valores de $p < .001$ en 11 de los 12 reactivos, así como de $p < .005$ en el restante. Por lo que hace que el análisis factorial exploratorio, explique una elevada varianza, equivalente a 70.5%; la medida de adecuación de la muestra de Kaiser–Mayer y Olkin fue óptima (.834), mientras que la prueba de esfericidad de Bartlett resultó significativa (χ^2 aprox. = 544.569, gl. 66; $p = .000$).

Resultados.

Edad	Género	Estadio Clínico	Diagnóstico en Meses
34	Masculino	Asintomático	24
37	Masculino	Asintomático	8
18	Masculino	Asintomático	3
18	Masculino	Asintomático	3

46	Femenino	Asintomático	72
21	Femenino	Asintomático	24
47	Masculino	Asintomático	144
50	Masculino	Asintomático	108
35	Masculino	Asintomático	6
47	Femenino	Asintomático	7

Tabla No. 1 Descripción de datos sociodemográficos y clínicos

El 70% de la Muestra (7 Personas) son de Género Masculino con edades comprendidas entre 18 y años, mientras que el otro 30% de la Muestra (3 Personas) son de Género Femenino con edades comprendidas entre 21 y 47, de los cuales el 50% son inferiores a 12 meses y el otro 50% son superiores a 12 meses. El 100% de la Muestra se encuentran en Fase Asintomática.

Estrés Vinculado con la Toma de Decisiones			
	Reactivo No. 10	Reactivo No. 11	Reactivo No. 12
N	10	10	10
Media	4,8	3,4	5,3
Mediana	5	2,5	5
Moda	2 ^a	1	1a
Desv. típ.	3,225	2,797	3,401
Asimetría	0,672	1,58	0,124
Curtosis	-0,591	2,859	-1,333
Mínimo	1	1	1
Máximo	10	10	10

Tabla No. 2 Análisis Descriptivo Subescala I

En la tabla No. 2 se identifica que de los 3 Reactivos ninguno se percibe como demasiado amenazante, aunque el Reactivo No. 12 que se encuentra asociado a seguir un tratamiento por presión de otros es el más cercano a desarrollar estrés o ansiedad en comparación con el No. 10 que se encuentra asociado a las indicaciones y su dificultad para cumplirlas y el No. 11 que es la

elección de otro tratamiento por sí mismo. Las respuestas de los 3 reactivos tienen una tendencia positiva (hacia la derecha). Sin embargo el Reactivo No. 10 y el No. 12 presentan una Figura Leptocúrtica, mentas que el Reactivo No. 11 tiene una Figura Platicúrtica.

Estrés Vinculado con la Ambigüedad			
	Reactivo No. 5	Reactivo No. 6	Reactivo No. 7
N	10	10	10
Media	5,7	5,2	4,4
Mediana	5	5	4
Moda	5	3a	3a
Desv. típ.	2,359	2,44	2,875
Asimetría	-0,123	0,743	0,795
Curtosis	1,731	0,257	0,23
Mínimo	1	2	1
Máximo	10	10	10

Tabla No. 3 *Análisis Descriptivo Subescala II*

En la tabla No. 3 se identifica que de los 3 Reactivos ninguno se percibe como demasiado amenazante, aunque el Reactivo No. 5 que se encuentra asociado a la cura de la enfermedad a corto plazo es el más cercano a desarrollar estrés o ansiedad en comparación con el No. 6 que se encuentra asociado a la efectividad del tratamiento en la enfermedad y el No. 7 que es el conocimiento de los efectos secundarios del tratamiento. El Reactivo No. 5 presenta una tendencia negativa (hacia la izquierda) con una Figura Platicúrtica, mientras que los Reactivos No. 6 y 7 tienen una tendencia positiva (hacia la derecha) con una Figura Mesocúrtica.

Estrés Vinculado con la Frustración e Impulsividad						
	Reactivo No. 1	Reactivo No. 2	Reactivo No. 3	Reactivo No. 4	Reactivo No. 8	Reactivo No. 9
N	10	10	10	10	10	10
Media	5,1	1,5	4	3,4	4	4,1
Mediana	5	1	2,5	2	3,5	3

Moda	1a	1	1	1	1	1a
Desv. típ.	3,381	0,972	3,771	2,875	2,789	3,178
Asimetría	0,13	2,27	0,901	0,83	0,231	0,587
Curtosis	-0,976	5,356	-1,223	-0,989	-1,835	-1,474
Mínimo	1	1	1	1	1	1
Máximo	10	4	10	8	8	9

Tabla No. 4 *Análisis Descriptivo Subescala III*

En la tabla No. 4 se identifica que de los 6 Reactivos ninguno se percibe como demasiado amenazante, aunque el Reactivo No. 1 que se encuentra asociado a la recepción del tratamiento, sin observar mejoras a corto plazo es el más cercano a desarrollar estrés o ansiedad en comparación con los Reactivos No. 3 (cumple con el tratamiento y no hay consecuencias por parte del médico), No. 4 (cumple con el tratamiento y no hay consecuencias por parte de otras personas), No. 8 (el tratamiento exige cambios y se responde de manera impulsiva) y el No. 9 (personas significativas exigen cambios y se responde de manera impulsiva), mientras que el Reactivo No. 2 es el percibido como el menos amenazante de todos y este se encuentra relacionado a la práctica de diferentes conductas. Todos los Reactivos de esta Subescala tienen una tendencia positiva (hacia la derecha) pero los Reactivos No. 1, 3, 4, 8 y 9 son de Figuras Leptocúrticas, mientras que el Reactivo No. 2 es de Figura Platicúrtica.

Estrés Vinculado con Toma de Decisiones					
		Diagnóstico en Meses	Reactivo 10	Reactivo 11	Reactivo 12
Diagnóstico en Meses	Correlación de Pearson	1	0,183	-0,228	-0,385
	Sig. (bilateral)		0,612	0,526	0,272
Reactivo 10	Correlación de Pearson	0,183	1	,712*	0,381
	Sig. (bilateral)	0,612		0,021	0,277
Reactivo 11	Correlación de Pearson	-0,228	,712*	1	0,418
	Sig. (bilateral)	0,526	0,021		0,229
Reactivo 12	Correlación de Pearson	-0,385	0,381	0,418	1

Sig. (bilateral) 0,272 0,277 0,229

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla No. 5 *Correlación de Pearson entre el diagnóstico en meses y la Subescala I*

En la tabla No. 5 se puede identificar que el tiempo del diagnóstico no es significativo con los Reactivos No. 10, 11 y 12. Sin embargo los Reactivos No. 10 y 11 si se encuentran relacionados, esto indica que las indicaciones en el tratamiento y su dificultad para cumplirlas influyen en la decisión de seguir o no, otro tratamiento.

Estrés Vinculado con Ambigüedad					
		Diagnóstico en Meses	Reactivo 5	Reactivo 6	Reactivo 7
Diagnóstico en Meses	Correlación de Pearson	1	0,358	0,311	0,31
	Sig. (bilateral)		0,31	0,382	0,383
Reactivo 5	Correlación de Pearson	0,358	1	,648*	0,789
	Sig. (bilateral)	0,31		0,043	0,007
Reactivo 6	Correlación de Pearson	0,311	,648*	1	0,811
	Sig. (bilateral)	0,382	0,043		0,004
Reactivo 7	Correlación de Pearson	0,31	,789**	,811**	1
	Sig. (bilateral)	0,383	0,007	0,004	

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla No. 6 *Correlación de Pearson entre el diagnóstico en meses y la Subescala II*

En la tabla No. 6 se puede identificar que el tiempo del diagnóstico no es significativo con los Reactivos No. 5, 6 y 7. Sin embargo el Reactivos No. 5 se encuentra relacionado con el No. 6 y con el No. 7 y el Reactivo No. 6 se encuentra relacionado con el No. 7, esto indica que el desconocimiento de la cura de la enfermedad a mediano plazo se relaciona con el desconocimiento de la efectividad del tratamiento, de la misma forma que se desconocen los efectos secundarios. Así mismo el desconocimiento de la efectividad del tratamiento en la enfermedad está relacionado con el desconocimiento de los efectos secundarios.

		Estrés Vinculado con Frustración e Impulsividad						
		Diagnóstico en Meses	Reactiv o 1	Reactiv o 2	Reactiv o 3	Reactiv o 4	Reactiv o 8	Reactiv o 9
Diagnóstico en Meses	Correlación de Pearson	1	0,47	-0,098	0,129	-0,072	0,04	0,126
	Sig. (bilateral)		0,171	0,787	0,723	0,844	0,912	0,729
Reactivo 1	Correlación de Pearson	0,47	1	0,22	0,784	0,773	0,353	0,33
	Sig. (bilateral)	0,171		0,542	0,007	0,009	0,316	0,352
Reactivo 2	Correlación de Pearson	-0,098	0,22	1	0,212	0,08	0,369	0,018
	Sig. (bilateral)	0,787	0,542		0,556	0,827	0,294	0,961
Reactivo 3	Correlación de Pearson	0,129	,784**	0,212	1	,871**	0,56	0,64
	Sig. (bilateral)	0,723	0,007	0,556		0,001	0,092	0,046
Reactivo 4	Correlación de Pearson	-0,072	,773**	0,08	0,871	1**	0,291	0,323
	Sig. (bilateral)	0,844	0,009	0,827	0,001		0,415	0,362
Reactivo 8	Correlación de Pearson	0,04	0,353	0,369	0,56	0,291	1	0,815
	Sig. (bilateral)	0,912	0,316	0,294	0,092	0,415		0,004
Reactivo 9	Correlación de Pearson	0,126	0,33	0,018	0,64	0,323	0,815	1
	Sig. (bilateral)	0,729	0,352	0,961	0,046	0,362	0,004	

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla No. 7 *Correlación de Pearson entre el diagnóstico en meses y la Subescala III*

En la tabla No. 7 se puede identificar que el tiempo del diagnóstico no es significativo con los Reactivos No. 1, 2, 3, 4, 8 y 9. Sin embargo los Reactivos No. 1 y 3 y 1, y 4 si se encuentran relacionados, esto indica que cuando se recibe el tratamiento y no se observan mejoras, no hay cumplimiento por parte del médico, de igual forma que tampoco hay cumplimiento por parte de otras personas. Así mismo el cumplimiento del tratamiento se relaciona con las consecuencias por parte del médico y de otras personas.

Discusión.

En las personas afectadas por el virus del VIH-SIDA se da una serie de factores de diversa índole que toda intervención psicológica debe atender de manera inexcusable. Pero, además de los efectos psicológicos inherentes a una enfermedad caracterizada por su fuerte componente amenazante para la vida del individuo, nos encontramos también con los efectos negativos propios del estigma social y del rechazo que, lamentablemente, aún siguen persistiendo en nuestra sociedad frente a esta dolencia. El estrés como una respuesta psicológica que incide de manera directa sobre la progresión del VIH y su identificación es clave para reducir el impacto (Carrobles, Remor & Rodríguez, 2003 citados por Núñez, 2005). Es por eso que los problemas objeto de intervención abarcan tanto la atención de trastornos de la ansiedad y/o del estado del ánimo, que se pudieran dar tras el diagnóstico de la enfermedad; pasando por el acompañamiento a lo largo de todo el desarrollo de la enfermedad, o fallecimiento de la persona, si el pronóstico y evolución resultan negativos; así como el afrontamiento e integración en el mundo socio laboral, si la enfermedad así lo permite.

Lancet (2008) en su estudio determinó que el estrés dificulta la adherencia al tratamiento integral de las personas que conviven con el VIH, reflejándose en la toma de decisiones del seguimiento del procedimiento, esto confirma los reactivos de la escala aplicada los cuales resaltan las situaciones vinculadas con el médico y las indicaciones que se deben seguir al pie de la letra. Pero los pacientes no entienden de forma total lo que le piden o deciden complementar el proceso con diferentes alternativas propuestas por sí mismo o por personas cercanas como los remedios caseros o naturistas. Debido a esto Teva, Bermúdez & Buela (2011) afirmaron que se reduce su calidad de vida y el tiempo de supervivencia a pesar de ser una enfermedad crónica tratable, pero de acuerdo con los resultados del estudio, en esta Subescala que es toma de

decisiones el puntaje fue de 14, lo que significa que perciben esta situación como nada amenazante.

El VIH es una enfermedad que no se sabe si tendrá cura en el mediano o largo plazo, por eso se han generado diversas alternativas de tratamiento médico, pero no se sabe si éste va a ser efectivo para todas las personas en general, ayudando a controlar la enfermedad, y debido a la complejidad de algunos de los medicamentos, se pueden producir efectos secundarios desagradables (Lancet, 2008). Tras el diagnóstico de la enfermedad, el individuo y la familia comienzan un proceso de asimilación y afrontamiento psicológico que, dependiendo de los recursos personales y sociales, pueden derivar en problemas y/o trastornos más o menos agudos y graves: trastornos depresivos o de ansiedad, con ideas o no de suicidio, trastornos adaptativos, trastornos de identidad, síntomas de auto rechazo, culpabilidad, disminución de la autoestima, alteraciones en las relaciones sexo-afectivas, estos síntomas son más frecuentes en las personas con diagnóstico reciente debido a que hasta ahora se encuentran pasando por esta situación (Espinoza, Blanco & Ramírez, 2011).

También se pueden producir dificultades socio-laborales, debidas a los problemas de salud, tales como discriminación en el ámbito del trabajo, tendencia al aislamiento social (reduciendo así los contactos con la red social y familiar). La ambigüedad de la consistencia y duración del tratamiento, es lo evaluado por la segunda Subescala, en donde la puntuación de esta resultado nada amenazante con un puntaje alto, casi señalando que se considera como amenazante, lo que no coincide con el estudio de Cataño (2009), en el cual señala que la propia voluntad de iniciar, seguir y cumplir el tratamiento, tiene beneficios potenciales frente a sus posibles riesgos. El estar consciente de los cambios en el sistema inmunológico es una manera de entender como la enfermedad del VIH está desarrollándose. Se puede vigilar los síntomas o cambios en el cuerpo que no sean normales, pero si no se observa mejoras en

su condición de salud, este puede exigir la práctica de diferentes comportamientos como el acudir a citas periódicas, estos cambios pueden costar trabajo causando irritabilidad, ya sea con la misma persona, familiares u otras personas cercanas.

Cuando una persona comienza a ver la terapia como parte del panorama general, le es más fácil hacer cambios a medida que vaya obteniendo nueva información. En el VIH las instrucciones del tratamiento son elementales, es por eso que los resultados de este estudio coinciden con los de Uribe, et. al. Realizado en el año 2009, donde los participantes perciben como nada amenazante, mantener un cuidado y orden, en el tratamiento integral de la enfermedad. Debido a esto se refleja la puntuación en la tercera Subescala la cual vale 60 puntos en total, y solo se respondieron 22, señalando que el cumplimiento del tratamiento según la indicación del médico, independientemente de si recibe o no respuestas positivas o de apoyo por parte de su médico, de sus familiares o de otras personas cercanas, resultan nada amenazante. Debido a esto el hecho de encontrarse infectado por el VIH conduce a que el sujeto se vea limitado en los contactos sociales y sexuales autoimpuestos confirmando los resultados hallados por León & Rodríguez en el 2010). En este sentido, las personas pueden sentirse estigmatizados, discriminados, vulnerable al rechazo y pueden guardar sentimientos de culpa generados por su preocupación de ponerse o de poner en peligro a otros coincidiendo con el estudio de Muma, Borucki & Pollard 2000 citados por Orcasita, Peralta, Valderrama & Uribe, 2010.

Referencias.

- Ander, E. (2004). *Métodos y técnicas de investigación social II*. La ciencia: Su Método y la Expresión del Conocimiento Científico. México. Editorial Lumen. 2004. p. 223.
- Ander, Egg. (2006). *Métodos y Técnicas de Investigación Social III*. Métodos y Técnicas de investigación. Editorial Lumen. México.
- Arrivillaga, M. (2010). *Dimensiones de adherencia terapéutica en mujeres Colombianas con VIH/SIDA: una perspectiva social*. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 42, núm. 2, 2010, pp. 225-236 Fundación Universitaria Konrad Lorenz Colombia.
- Arrivillaga, M., Alzate, M. & Useche, B., (2009). *Políticas públicas, sistema de salud y mujeres con VIH/SIDA en Colombia: un análisis crítico*. Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 8, núm. 16, enero-junio, 2009, pp. 57-71. Pontificia Universidad Javeriana Colombia Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=54514071004>
- Betancourt, D., Cajigas, B., Laborde, R., Álvarez, G., Moro, B. & Lale, A. (2011). *Plan Nacional de Respuesta ante el VIH Y el SIDA Colombia 2008-2011*. Ministerio de la Protección Social, Dirección General De Salud Pública. Colombia. Recuperado el 18 de Junio de 2012.
- Cataño, J., (2009). *VIH/SIDA: la enseñanza y el aprendizaje de una pandemia latreia, vol. 22, núm. 2, junio, 2009, pp. 180-186*. Universidad de Antioquia Medellín, Colombia Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180513869009>
- Cázares, O., Piña, J. & Sánchez, J. (2010). *Competencias conductuales, estrés y calidad de vida en personas VIH+ 100% adherentes*. Un análisis en función del estadio clínico de infección Avances en Psicología Latinoamericana, vol. 28, núm. 1, 2010, pp. 85-98 Universidad del Rosario Colombia.
- D' Orazio, A. (2006). *Estrategias para afrontar el estrés*. Aportes a la Psicología Social de la Salud. Publicaciones Vicerrectorado Académico - CODEPRE 2006; 18: 325-333.
- Decreto 3039 de 2007. Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

- Dolan, S. (2005). *Autoestima, estrés y trabajo*. 1º ed. Madrid: McGraw-Hill; 2005.
- Espinosa, J., Contreras, F. & Esguerra, G. (2009). *Afrontamiento al Estrés y Modelo Psicobiológico de la Personalidad en Estudiantes Universitarios*. Universidad Santo Tomás Bogotá, Colombia.
- Espinoza, C., Blanco, V. & Ramírez, H. (2011). *Resultados para el desarrollo de un manual de autoayuda: manejo del estrés en familias con un caso de cáncer gástrico*. Rev. Ciencias Sociales Universidad de Costa Rica, 131-132: 13-26 / 2011 (I-II). (ISSN: 0482-5276).
- Estrada, J., (2007). *La educación destinada a jóvenes como herramienta de prevención en VIH/SIDA*. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, Vol. 25, Núm. 1, enero-junio, 2007, pp. 61-70. Universidad de Antioquia Medellín, Colombia Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=12025108>
- Estrada, J., (2009). *Evaluación de programas educativos para jóvenes, como herramientas de prevención de VIH/SIDA*. Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 8, núm. 16, enero-junio, 2009, pp. 72-90 Pontificia Universidad Javeriana Colombia Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=54514071005>
- Galindo, J., Tello, IC., Mueses, H., Duque, J., Shor, G. & Moreno, G. (2011). *VIH y Vulnerabilidad: una comparación de tres grupos en Cali, Colombia*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 29(1): 25-33.
- García, R., Prieto, F., Arenas, C., Rincón, J., Caicedo, S. & Rey, G. (2005). *Reducción de la transmisión madre hijo del VIH en Colombia: dos años de experiencia nacional, 2003 - 2005*. Biomédica. 2005; 25:547-64.
- Hernández, Fernández & Baptista. (2007). *Metodología de la Investigación*. 4º Edición. México DF: Editorial Interamericana -Mc Graw Hill, 2007.
- Iglesias, A., (2009). *SIDA: acceso al tratamiento para todos y nuevas estrategias*. Acta Médica Peruana, vol. 26, núm. 2, 2009, pp. 137-140 Colegio Médico del Perú Lima, Perú Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=96618971011>

- Lancet. (2008). *La esperanza de Vida ha mejorado un 13% en 10 años*. Revista Lancet n°372:293-299. Consultado desde: http://sescam.jccm.es/web1/gecmei/boletines/Ap1_0807_Menor_mortalidad_VIH-Lancet.pdf
- León, S. & Rodríguez, M. (2010). *La situación actual del VIH/SIDA en el mundo*. Gerencia de Investigación y Desarrollo de Vacunas Virales, Instituto Nacional de Virología, BIRMEX, México, D.F. Recuperado el 18 de Junio de 2012.
- Mariano, C. (2005). *Libro: técnicas para el control de la activación: relajación y respiración*. Universidad de Valencia.
- Marulanda, I. (2007). *Estrés laboral silencioso de la salud mental y la satisfacción con la vida*. Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales. 1° ed. Bogotá: Ediciones Uniandes; 2007.
- Medina, J. (2010). *Los 12 principios del cerebro*. Bogotá: Grupo Editorial Norma; 2010.
- Méndez, C. (2001). *Metodología*. Diseño y desarrollo del proceso de investigación. Tercera edición. Mc Graw Hill. Colombia
- Meza, Y. & Vargas, A. (2007). *Mujeres y VIH-SIDA: un estudio de casos de la experiencia de mujeres que viven con VIH-SIDA, adquirido a través de su pareja*. Tesis para optar al grado de licenciatura en psicología. San José: Universidad de Costa Rica.
- Molina, T., Gutiérrez, A., Hernández, L. & Contreras, C. (2008). *Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales*. Universidad Nacional Autónoma de México Xalapa, Veracruz (México) vol. 24, n° 2 (diciembre), 353-360
- Nevardo, J., (2011). *Influencia del conflicto armado en el aumento de la incidencia de VIH/sida en Colombia, durante el periodo 2002-2008*. Universitas Médica, vol. 52, núm. 1, enero-marzo, 2011, pp. 63-77 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=231019866005>

- ONUSIDA, (2009). *Situación de la epidemia de SIDA*. Diciembre de 2009. (Disponible en http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009_epidemic_update_es.pdf)
- Orcasita, L., Peralta, A., Valderrama, L. & Uribe, A. (2010). *Apoyo social y conductas de riesgo en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA en Cali-Colombia*. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, núm. 31, septiembre-diciembre, 2010, pp. 155-195 Fundación Universitaria Católica del Norte Colombia.
- Pérez, M. Ponce, A. Hernández, J. Contreras & Márquez, B. (2010). Salud Mental Y Bienestar Psicológico En Los Estudiantes Universitarios De Primer Ingreso De La Región Altos Norte De Jalisco. Recuperado el 22 de Mayo 2012.
- Polo, A., Hernández, J. & Poza, C. (2010). *Evaluación del estrés académico en estudiantes universitarios*. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado http://www.unileon.es/estudiantes/atencion_universitario/articulo.pdf
- Ponce de León, S. & Rodríguez, M., (2010). *La situación actual del VIH/SIDA en el mundo*. Dirección General, Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A. de C.V. (BIRMEX), México, D.F.; Gerencia de Investigación y Desarrollo de Vacunas Virales, Instituto Nacional de Virología, BIRMEX, México, D.F.
- Presidencia de la República de Colombia. (1994). *Decreto 1832 de 1994, por el cual se adopta la Tabla de Enfermedades Profesionales*. Bogotá: La Presidencia; 1994.
- Rhode Island, Departamento de Salud. (2006). *Ayudando al muchacho a convertirse en hombre: Manual de Entrenamientos de modelos seguir*. Rhode Island.
- Ruiz, A., Enríquez, S. & Hoyos, P., (2009). *Adherencia al tratamiento en niñas y niños con VIH*. Pontificia Universidad Javeriana – Cali (Colombia). Pensamiento Psicológico, Vol. 5, N°12, 2009, pp. 175-190.
- Sabino, C. (2007). *El Proceso de Investigación*. Editorial Panapo. Caracas.

- Sosa, E. (2011). *Qué es el estrés ocupacional, enfermedades derivadas y reconocidas por la legislación Colombiana*. Revista CES Salud Pública. ISSN 2145-9932. Volumen 2 Número1 Enero-Junio 2011 pág. 56-65.
- Teva, I., Bermúdez, M. & Buela, G. (2011). *Búsqueda de Sensaciones Sexuales, Estilos de Afrontamiento, Estrés Social y su Relación con la Conducta Sexual Adolescente*. Universidad de Murcia. España.
- UNGASS, (2012). *Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012*. Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/ SIDA. Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia. Recuperado de http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/2_abril2012_final_UNGASS_COLOMBIA.pdf
- Uribe, A. & Orcasita, L. (2011). *Análisis de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficiencia frente al VIH/SIDA en docentes de instituciones educativas de Cali-Colombia*. Universidad de Antioquia. Vol. 3. No. 1. Enero-Junio de 2011.
- Uribe, A., Vergara, T. & Barona, C., (2009). *Susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/Sida en adolescentes de Cali-Colombia*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, vol. 7, núm. 2, julio diciembre, 2009, pp. 1513-1533 Universidad de Manizales Colombia Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=77314999014>
- Valera, M., Salazar, I. & Correa, D. (2008). *Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje*. Acta colombiana de psicología, vol. 11, núm. 2, diciembre-sin mes, 2008, pp. 101- 113. Universidad Católica de Colombia. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=79811210>
- Virseda, J., Bonilla, M., Gurrola, M., Garay, J. & Balcázar, P. (2012). *Crisis, estrés y transformación en familias con enfermedades crónicas*. Universidad Autónoma del Estado de México. 13º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. virseda@prodigy.net.mx