

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS QUE HAN RECIBIDO EL DIAGNÓSTICO
DE VIH POSITIVO”**

MIRIAM ELIZABETH MUCUR IXJOTOP

BRENDA LUCRECIA VELÁSQUEZ CIFUENTES

GUATEMALA, MAYO DE 2016

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS QUE HAN RECIBIDO EL DIAGNÓSTICO
DE VIH POSITIVO”**

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE

CONSEJO DIRECTIVO

DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

MIRIAM ELIZABETH MUCUR IXJOTOP

BRENDA LUCRECIA VELÁSQUEZ CIFUENTES

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGAS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADAS

GUATEMALA, MAYO DE 2016

CONSEJO DIRECTIVO

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LICENCIADO ABRAHAM CORTEZ MEJÍA

DIRECTOR

MSc. BERTHA MELANIE GIRARD LUNA

SECRETARIA

LICENCIADA DORA JUDITH LÓPEZ AVENDAÑO

LICENCIADO RONALD GIOVANNI MORALES SÁNCHEZ

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

PABLO JOSUE MORA TELLO

MARIO ESTUARDO SITAVÍ SEMEYÁ

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

LICENCIADO JUAN FERNANDO PORRES ARELLANO

REPRESENTANTE DE EGRESADOS



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**



c.c. Control Académico
CIEPs.
Reg. 160-2014
CODIPs. 1220-2016

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

13 de abril de 2016

Estudiantes
Miriam Elizabeth Mucur Ixjotop
Brenda Lucrecia Velásquez Cifuentes
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto VIGÉSIMO SÉPTIMO (27°.) del Acta VEINTISÉIS GUIÓN DOS MIL DIECISÉIS (26-2016), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 12 de abril de 2016, que copiado literalmente dice:

VIGÉSIMO SÉPTIMO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS QUE HAN RECIBIDO EL DIAGNÓSTICO DE VIH POSITIVO”**, de la carrera de **Licenciatura en Psicología**, realizado por:

Miriam Elizabeth Mucur Ixjotop
Brenda Lucrecia Velásquez Cifuentes

CARNÉ No. 2007-20182
CARNÉ No. 2007-13817

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Estuardo Bauer Luna, y revisado por la Licenciada Ninfa Cruz Oliva. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

MSc. Bertha Melanié Girard Luna de Ramírez
SECRETARIA



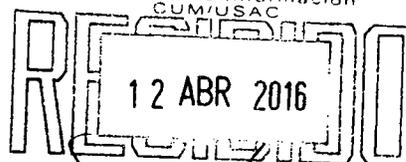
/Gabby



INFORME FINAL

Guatemala, 30 de noviembre 2015

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que el licenciado **Estuardo Bauer Luna** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS QUE HAN RECIBIDO EL DIAGNÓSTICO DE VIH POSITIVO”.

ESTUDIANTES:

Miriam Elizabeth Mucur Ixjotop
Brenda Lucrecia Velásquez Cifuentes

CARNE No.

2007-20182
2007-13817

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 30 de noviembre del año en curso por el Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. Se recibieron documentos originales completos el 05 de noviembre del 2015, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

“ID Y ENSEÑAR A TODOS”

M.A. Helvin Velásquez Ramos
Coordinador

Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.
“Mayra Gutiérrez”



c. archivo



CIEPs. 019-2015
REG. 160-2015

Guatemala, 30 noviembre de 2015

M.A Helvin Velásquez Ramos
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

“PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS QUE HAN RECIBIDO EL DIAGNÓSTICO DE VIH POSITIVO”.

ESTUDIANTES:

Miriam Elizabeth Mucur Ixjotop
Brenda Lucrecia Velásquez Cifuentes

CARNÉ No.
2007-20182
2007-13817

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 30 de noviembre 2015, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciada Nínfa Cruz Oliva
DOCENTE REVISORA



c. archivo

Guatemala, Junio del 2015.

Docente encargado (a)
Unidad de Graduación Profesional
Escuela de Ciencias Psicológicas
USAC

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe final de la investigación titulado "Percepción de las personas que han recibido el diagnóstico de VIH positivo" realizado por Miriam Elizabeth Mucur Ixjotop, carné 200720182 y Brenda Lucrecia Velásquez Cifuentes, carné 200713817.

El trabajo fue realizado a partir de Marzo de 2013 hasta Junio de 2015.

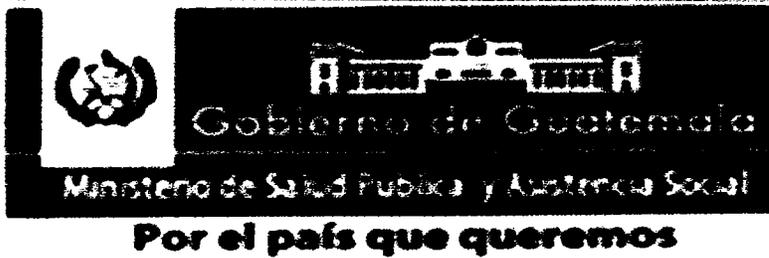
Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por la Unidad de Graduación Profesional por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,


Licenciado Estuardo Bauer Luna

Psicólogo General
Colegiado No. 9983
Asesor de contenido



Guatemala, Mayo del 2015

Docente encargado (a):

Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs-

Universidad de San Carlos de Guatemala

Presente

Docente encargado (a):

Le saludo muy cordialmente deseándole éxitos en sus labores diarias.

El motivo de la presente es para informarle que el proyecto, titulado "Percepción de las personas que han recibido el diagnóstico de VIH positivo" se realizó con los pacientes internos del Hospital San Vicente.

Realizado de Marzo a Abril del presente año por las estudiantes en psicología Miriam Elizabeth Mucur Ixjotop con número de carne 200720182 y Brenda Lucrecia Velásquez Cifuentes con número de carne 200713817, quienes impartieron talleres dos veces a la semana en dicha institución en el tiempo programado.

Sin otro particular,

Atentamente

Dra. Blanca Estela Valenzuela Pérez
Col. 6162
Dra. Blanca Estela Valenzuela Pérez
Jefa de Programa TB/VIH
Hospital San Vicente



PADRINOS DE GRADUACIÓN

LIC. ELEAZAR ALANGUMER CIFUENTES OROZCO

LICENCIADO EN CIENCIAS JURÍDICAS SOCIALES Y DE LA JUSTICIA

ABOGADO Y NOTARIO

COLEGIADO 8968

LIC. FRANCISCO OBDULIO CIFUENTES OROZCO

LICENCIADO EN EDUCACIÓN

COLEGIADO 13867

ACTO QUE DEDICO

A Dios por su amor y misericordia porque sin su compañía en mi vida nada podría hacer, para Él sea la gloria con este triunfo.

A mis padres por su apoyo y ejemplo de trabajo, por acompañarme en todo momento y ser para mí mis amigos, mi soporte en toda situación, los amo y agradezco por estar siempre conmigo en cada momento de mi vida.

A mi bello esposo Javier García por su apoyo, amor sin condición y ser esa hermosa bendición que hace mi vida aun más feliz.

A mi bebe que viene en mi ser, porque sus movimientos en mi son parte de mi motivación y alegría.

A mis hermanos por existir en mi vida, en especial a mi hermanita Fabi por su cariño y apoyo en todo, por ser una excelente hermana y amiga en mis buenos y tristes momentos.

A mis abuelitos mamita Sofi y papito Panchito porque sé que en el cielo están felices por este éxito, porque su amor para mí siempre fue incondicional.

A mis tíos Papi Eleazar, Obdulio, Vilma, mamita Odi y tíos políticos porque son ejemplo para ser una profesional de éxito y sobre todo a buscar de Dios, gracias por su amor y consejos.

A Miriam Mucur compañera de tesis y amiga gracias porque juntas logramos este éxito.

A mis amigos y amigas que con su compañía, palabras y oraciones han estado a mi lado en cada una de mis etapas y hoy se que se alegran por este éxito conmigo.

Por: Brenda Lucrecia Velásquez Cifuentes

ACTO QUE DEDICO

A Dios ser supremo, que ha estado presente en cada momento de mi vida, me ha permitido alcanzar mis objetivos y me ha guiado en las rutas que debo seguir, ha sido mi consuelo y mi soporte en los momentos difíciles y que nunca me ha abandonado.

A mis padres, Pantaleón Mucur Bucú y Jesús Ixjotop Puac por el apoyo y esfuerzo realizado, especialmente a mi madre por brindarme el preciado regalo de la vida, a quien debo todo lo que soy, mil gracias por su amor y apoyo incondicional, por todas sus enseñanzas, por todas las plegarias elevadas al Creador por mí, por ser un pilar firme en mi vida, este es el fruto de su esfuerzo y sacrificio.

A mi abuelita Juana Puac Q.E.P.D. que físicamente ya no está en el mundo terrenal, pero su recuerdo permanece en mi mente y corazón. Por haber sido una de las principales figuras de lucha y positivismo.

A mis hermanas Naty, Marta y Yoli, ustedes también son parte de este logro y no tengo las palabras para agradecer tanto apoyo recibido en todo momento, gracias por impulsarme a continuar con mis sueños.

A mis amigas y amigos, mil gracias por el cariño sincero, su amistad y el apoyo incondicional en todas mis experiencias.

A mi compañera de universidad, pareja de tesis y sobre todo mi amiga Brenda Velásquez, por el trabajo conjunto para poder alcanzar nuestro sueño y meta.

Por: Miriam Elizabeth Mucur Ixjotop

AGRADECIMIENTOS

A nuestra querida Tricentenaria Universidad de San Carlos de Guatemala, por abrirnos sus puertas al saber y darnos la oportunidad de formarnos académicamente haciendo de nosotras buenas profesionales.

A la Escuela de Ciencias Psicológicas, por la oportunidad de obtener el conocimiento, por sus docentes profesionales y excelentes agentes de cambio.

A las autoridades de Hospital San Vicente de la zona 7 de Guatemala, por la confianza y oportunidad para realizar el trabajo de investigación.

A esos centros de práctica donde nos brindaron la oportunidad de ayudar a otros y crecer profesionalmente llevando a la práctica los conocimientos obtenidos.

A nuestro asesor excelente catedrático Licenciado Bauer por su apoyo y acompañamiento en el proceso de asesoría sin condición alguna.

A nuestra excelente revisora Licenciada Ninfa Cruz, por su profesionalismo paciencia, tiempo y dedicación en la realización del presente trabajo.

ÍNDICE

	Pág.
Resumen	
Prólogo	
1. Introducción	06
1.1 Planteamiento del problema y marco teórico.....	07
1.1.1 Planteamiento del problema.....	07
1.1.2 Marco teórico.....	13
1.1.2.1 Antecedentes.....	13
1.1.2.2 Orígenes del VIH.....	15
1.1.2.3 VIH.....	16
1.1.2.4 Causas.....	17
1.1.2.5 Síntomas.....	18
1.1.2.6 Fases de la infección del SIDA.....	19
1.1.2.7 Percepción.....	21
1.1.2.8 Repercusiones biopsicosociales.....	22
1.1.2.9 Familias con miembros VIH/SIDA.....	24
1.1.2.10 Calidad de vida.....	27
1.1.2.11 Afrontamiento y resiliencia.....	28
1.1.3 Hipótesis.....	31
1.1.4 Delimitación.....	31
CAPÍTULO II	
2. Técnicas e instrumentos	
2.1 Técnicas de muestreo.....	32
2.2 Técnicas de recolección de datos.....	32
2.2.1 Instrumentos.....	34
2.3 Técnicas de análisis de datos.....	36

CAPÍTULO III

3. Presentación, análisis e interpretación de los resultados

3.1 Características del lugar y de la población.....	37
3.1.1 Características del lugar.....	37
3.1.2 Características de la población.....	38
3.2 Análisis e interpretación de resultados.....	39
3.3 Gráficas de resultados.....	41

CAPÍTULO IV

4. Conclusiones y recomendaciones

4.1 Conclusiones.....	56
4.2 Recomendaciones.....	57
Bibliografía.....	58
Anexos	

RESUMEN

“Percepción de las personas que han recibido el diagnóstico de VIH positivo”

Miriam Elizabeth Mucur Ixjotop
Brenda Lucrecia Velásquez Cifuentes

En la actualidad, el VIH-SIDA está provocando un impacto en la sociedad mundial en todos los grupos étnicos; la enfermedad no discrimina raza, posición social, género, ni orientación sexual. Esta situación afecta el proyecto de vida de las personas al enterarse que tienen una grave enfermedad, en su ser puede afectarles de manera física, psicológica, personal, laboral, entre otras. Es por ello que se realizó esta investigación con el objetivo de identificar la percepción del paciente sobre el diagnóstico de VIH, y cuanto éste le afecta en su diario vivir, al identificar su forma de resiliencia ante el diagnóstico y como es impactado el psiquismo. Se descubre la necesidad que se tiene de atención y orientación en cuanto a la mejora de su desenvolvimiento ante la sociedad, es necesario el apoyo a estos pacientes brindando herramientas de supervivencia.

La investigación fue realizada en el Hospital San Vicente ubicado en la 11 avenida “A” 12-30 zona 7 Colonia La Verbena. Se trabajó con cuarenta pacientes los cuales eran 15 mujeres y 25 hombres. Se pudo observar la actitud negativa y pensamientos de muerte ante su enfermedad, así como una percepción distorsionada que tenían sobre el diagnóstico. Se trabajaron distintas técnicas e instrumentos como la observación, la entrevista, el test de la figura humana, terapia individual y grupal, y talleres.

Se logró identificar las características que presentan los y las pacientes con el diagnóstico VIH. Se realizó el estudio “percepción de las personas que han recibido el diagnóstico de VIH”, pues el impacto de recibir la noticia de ser portador de una enfermedad terminal puede modificar el pensar, sentir y actuar de quien la padece. La percepción de vida fue mejorada, se realizó una reelaboración del proyecto de vida, así mismo se incremento el conocimiento en cuanto a la enfermedad.

La presente investigación respondió a las siguientes interrogantes ¿Cuál es la percepción del diagnóstico de VIH personas portadoras? ¿Qué percepción tienen sobre la vida las personas que viven con VIH positivo? ¿Qué efecto tiene en las relaciones interpersonales el diagnóstico VIH positivo? y ¿Cuáles son las formas de afrontamiento de las personas con VIH positivo? Los fundamentos teóricos en los cuales se basó la presente investigación fue la Logoterapia de Víctor Frankl, la cual se basa en la búsqueda del sentido de vida, ésta ayudó a lograr que los pacientes encontraran un sentido a su existencia. De igual forma se utilizó la teoría cognitivo-conductual, a través de ésta se logro reestructurar el pensamiento y actitudes para mejorar la calidad de vida.

PRÓLOGO

Las condiciones sociales, económicas y políticas de Guatemala y de otros países en vías de desarrollo, propician que el VIH/SIDA, presente cifras alarmantes y un pronóstico de nuevas infecciones en personas cada vez más jóvenes, esta enfermedad no discrimina raza, posición social, género ni orientación sexual; por lo que el Estado y la sociedad en general se están viendo obligados a plantear alternativas que logren satisfacer las necesidades de esta población, estos aspectos justifican la importancia de ésta y otras investigaciones relacionadas con el tema.

El VIH/SIDA representa un reto general para los gobernantes, en cuanto a crear políticas que permitan a las personas, víctimas de VIH/SIDA, tener las condiciones mínimas de atención médica y los medicamentos adecuados para contrarrestar los efectos físicos del virus; también es un reto para los trabajadores de la salud en cuanto a optimizar la atención médica y psicológica pues actualmente el VIH/SIDA es una enfermedad crónica, por lo que la expectativa de vida de los portadores es mayor.

La atención de las personas que viven con VIH/SIDA se ha centrado especialmente en el aspecto médico y biológico, restándole importancia a la salud mental, la cual está vinculada íntimamente al bienestar físico del paciente, ya que atraviesan por conflictos emocionales, que requieren de apoyo psicológico. Es por ello, que el presente estudio desarrollado en el Hospital San Vicente brindó apoyo psicoterapéutico a cuarenta internos portadores del VIH/SIDA. En primera instancia para que estas personas aceptarán el diagnóstico; y estrategias de afrontamiento para llevar una vida plena.

El presente estudio evidencia los logros alcanzados durante la investigación permitiendo conocer la fortaleza de los portadores frente a la infección y las implicaciones que ésta conlleva como seres holísticos integrales. De la misma manera, las cogniciones erróneas que tenían con respecto al diagnóstico fueron

reestructuradas por nuevas formas de pensamiento, pues la condición médica irreversible del VIH positivo generó un desequilibrio emocional, debido a las implicaciones físicas, médicas y psicosociales que esta conlleva. Así mismo, la realización de los talleres, permitió que los pacientes externalizarán sentimientos, la percepción que tenían sobre ellos mismos, entre otras; con lo cual se alcanzó la aceptación del diagnóstico, al mismo tiempo generó la reelaboración del proyecto de vida, con el fin de mejorar la calidad de vida.

Las limitaciones que se encontraron al principio de la realización del proyecto fue el espacio físico donde realizar los talleres, siendo éste superado, pues se dividió al grupo en distintas clínicas para poder llevarlo a cabo.

Es importante considerar el espacio oportuno para agradecer al Hospital San Vicente, por la aceptación positiva del trabajo realizado, también a los pacientes quienes lograron cambios positivos tanto en la percepción en cuanto al diagnóstico, así como la modificación en hábitos personales que se evidenciaron en la realización de los talleres y el cumplimiento los objetivos establecidos al inicio de la investigación.

La importancia del presente estudio, radica en el desarrollo de los talleres psicoeducativos, que consistió en aplicar los métodos y técnicas de la terapia Cognitivo-Conductual y la Logoterapia, habiendo permitido al paciente establecer contacto con sí mismo y su medio ambiente, logrando así la aceptación del diagnóstico, el control de la enfermedad y asimismo, la estabilidad emocional en alguna medida.

En resumen, la negación misma de la enfermedad, la forma en la que se produjo el contagio, la respuesta familiar, los estados emocionales detectados al principio y la percepción frente al diagnóstico, son los factores que conformaron el problema que dio origen al diseño y a la ejecución de los talleres.

Miriam Elizabeth Mucur Ixjotop
Brenda Lucrecia Velásquez Cifuentes

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el índice de probabilidad de contagio de VIH/SIDA es cada vez más alto, en Guatemala es un factor social que afecta a toda la población siendo éste transmitido principalmente por contacto sexo genital, por uso de jeringas, transfusiones de sangre, entre otras. Estos enfermos de VIH/SIDA, socialmente son marginados y discriminados, en la mayoría de casos aun por la propia familia.

El SIDA ha dejado ver que la sociedad está llena de prejuicios y de temores, ha planteado nuevas y difíciles reflexiones acerca del sentido de la vida y sus repercusiones han llegado a todas las instituciones: la familia, la escuela, las comunidades, las empresas, el Gobierno, etc., por lo que es necesario orientar y ayudar al paciente, así como comprender su situación y motivar su recuperación física y psíquica y a la vez, hacerle conciencia de que es necesario un cambio en su estilo de vida.

Una condición principal para el manejo de esa realidad es la prevención, sin embargo, en Guatemala no se actúa antes de que el problema aparezca, sino se actúa después, logrando que dentro de esta problemática sea afectada la sociedad en general.

En Guatemala, en el campo de la medicina, son pocos los estudios que le dan importancia al aspecto psicológico de los pacientes, con VIH/SIDA. Es decir, que la mayoría de trabajadores de la salud le resta importancia al sentir de una persona infectada. Algunas situaciones influyen negativamente no sólo en que la infección se propague, sino que también, cuando la persona ya vive con VIH/SIDA, su organismo sufre un desgaste adicional, pudiendo reinfectarse con un virus distinto al propio, como es el caso de los pacientes con tuberculosis del Hospital San Vicente.

Las entrevistas realizadas en el Hospital San Vicente tuvieron como objetivo identificar la percepción del paciente sobre el diagnóstico de VIH. Así

mismo, se brindó un apoyo psicoterapéutico a los pacientes internos portadores del VIH/SIDA, con el objetivo de desarrollar en los participantes formas adecuadas de aceptación y afrontamiento del diagnóstico y la reelaboración del proyecto de vida, con el fin de mejorar la calidad de vida.

Se realizaron talleres psicoeducativos de apoyo en el Hospital San Vicente, ubicado en la 11 av. "A" 12-30 zona 7, Colonia la Verbena, durante los meses de Marzo y Abril del año 2015, asistiendo dos veces por semana. Los pacientes que participaron en los talleres fueron cuarenta pacientes internos, veinticinco hombres y quince mujeres, cuyas edades oscilan entre los dieciocho y los sesenta años, que reciben en el centro hospitalario referido, tratamiento para la tuberculosis, mientras que el tratamiento para el VIH/SIDA se los proporcionan en diferentes hospitales, una vez al mes.

En la presente investigación se trabajó psicoterapia grupal desde la perspectiva de la Logoterapia y Cognitiva-Conductual, que ayudó al paciente seropositivo a la aceptación del diagnóstico y recibir apoyo durante y después del mismo, ya que la atención se ha centrado especialmente en el aspecto médico y biológico, restándole importancia a lo psicológico.

El presente informe está conformado por cuatro capítulos, en el primero se plantea el problema que generó la elaboración y aplicación de los talleres, asimismo, la fundamentación teórica, el capítulo dos contiene las técnicas y los instrumentos utilizados para alcanzar los objetivos planteados anteriormente, en el capítulo tres la presentación, el análisis y la interpretación de los resultados y por último, el capítulo cuatro contiene las conclusiones y las recomendaciones, seguidas las referencias bibliográficas y los anexos que incluyen los instrumentos en blanco y la planificación de los talleres.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según las estimaciones de la Organización de Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA) “existen en el mundo más de 60 millones de personas infectadas por el VIH/SIDA, siendo la principal causa de mortalidad en muchos países, especialmente los que se encuentran en vías de desarrollo, las cifras para América Latina no son menos alarmantes ya que se calcula que entre 1,3 y 1,9 millones de personas (adultos y niños) viven actualmente con el VIH”.¹

En el momento del diagnóstico y durante la mayoría del tiempo de la infección y la manifestación de la enfermedad del SIDA, la persona se enfrenta ante una crisis emocional en donde los temores a la muerte, al deterioro físico, a la dependencia total se manifiestan en una depresión que muchas veces es permanente y siempre recurrente.

“Las personas que viven con VIH deben lidiar con un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, económico y psicológicos que en conjunto constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental”.²

Al afectarse el estado de salud de las personas como consecuencia del VIH-SIDA, se vio afectada también la capacidad productiva del individuo, lo cual, repercutirá en una disminución del crecimiento económico, individual y colectivo. Los problemas psicológicos, giran en torno a la incertidumbre en relación con las esperanzas y expectativas de la vida en general y con la familia; en cuanto a la calidad y duración de la vida, los efectos del tratamiento y la reacción de la sociedad. En respuesta, el individuo afectado debe proceder a una serie de reajustes y adaptaciones en su vida cotidiana lo cual le genera un estado de tensión.

¹ Gatell J.M. Clotet B. et.al. Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento, 8ava edición, Masson. México, 2004. Pág. 97

² Carrobbles, J., Remo,r E. y Rodríguez-Alzamora L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distres emocional en pacientes con infección por VIH, pág. 420-426.

Los dos estigmas observables en los enfermos de SIDA son: el estigma interno expresado como el temor a contagiarse, conlleva a un aislamiento y por consiguiente a una pérdida de utilizar o buscar el soporte de red social y en algunos casos la pérdida laboral con las consiguientes pérdidas económicas. Por su parte el estigma externo manifestado por el temor a lo que digan los demás y la culpabilización hacia las personas que fueron infectadas con el virus VIH por “su mal comportamiento” no solo refuerza el estigma interno ya existente, sino que contribuye a que las actividades de prevención del VIH\SIDA no sea tratado como debiera, por ejemplo en la percepción de riesgo por la sociedad en general, considerando que solo pueden estar en riesgo determinados grupos de “mal comportamiento” no tomando así medidas de prevención frente a la enfermedad.

En la problemática de VIH se puede detectar que genera conflictos tanto en la sociedad como en la misma persona que es portadora, afectando así la percepción, tomando un sentido equivoco siendo éste un sentimiento de pérdida de vida, impactando así la forma de pensar y actuar. La falta de conocimiento de la sociedad y el rechazo a esta enfermedad provoca debilidad en el psiquismo, en la forma de pensar y en el aspecto físico, en el desarrollo normal de las defensas puesto que éstas decaen al ser portador y señalado por la sociedad. En el área familiar también hay un cambio puesto que algunas familias no aceptan el diagnóstico en un miembro de la misma, el ser afectado de esta manera provoca en el portador un aislamiento, que se vuelva víctima, que no se desenvuelva, decaimiento emocional, falta de autoestima entre otras. Es por ello necesario la ayuda y brindar estrategias y escucha para apoyar y volverles el sentido de vida que algunos portadores creen haber perdido.

En base a lo anterior se da respuesta a las siguientes interrogantes: ¿Cuál es la percepción de las personas con el diagnóstico de VIH positivo? ¿Qué percepción tiene sobre la vida las personas que viven con VIH positivo? ¿Qué efecto tiene en las relaciones interpersonales el diagnóstico VIH positivo? y por último ¿Cuáles son las formas de afrontamiento de las personas con VIH positivo? estas ayudarán a la investigación a indagar sobre la percepción de los pacientes.

“La enfermedad VIH, según la OMS infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH”.³

Los inicios del virus VIH datan de los años 80, cuando se detectan varios casos de neumonía y sarcoma de Kaposi, una variante de cáncer de piel. El hecho de que estos casos en su mayoría tuvieran lugar en pacientes homosexuales, con otras patologías crónicas, dio pie a una investigación más exhaustiva que concluyó con una carencia similar en todos ellos, de un tipo de células sanguíneas. Estos antecedentes de la enfermedad, a través de infecciones alternativas, nos hacen ver la capacidad del VIH para destruir los sistemas inmunológicos de los infectados, con el consiguiente desarrollo de infecciones de distinto índole, llegando hasta a hacerse crónicas. La enfermedad empieza a conocerse como “La Peste Rosa” asociando la aparición de manchas rosas en la piel con la tendencia homosexual de la mayoría de estos primeros casos.

En el año 1984 se empieza a considerar la enfermedad como epidemia, basándose en el estudio realizado a un grupo de personas contagiadas, que habían tenido parejas en común, extrayendo así patrones que lo demostraban. En este mismo año, fruto de aislar el virus del SIDA y realizar posteriores estudios, dos científicos franceses lograron desarrollar un anticuerpo que identificaba a los infectados entre los grupos de riesgo.

³ UNICEF, (2014), VIH/SIDA en Guatemala, www.unicef.org/guatemala/spanish/vih_sida

No estuvo este descubrimiento exento de polémica, al anticiparse a estos resultados un científico estadounidense, valiéndose de la investigación inicial llevada a cabo por los franceses y haciendo observaciones por su cuenta. La segunda mitad de la década transcurrió con el aislamiento social hacia los infectados incluso por parte de sus familiares y amigos, fundamentalmente por el miedo a contraer el virus y fruto del desconocimiento de las formas de contagio, entre otros motivos. Se dieron casos de niños infectados que no encontraban colegio al que asistir porque los padres del resto de niños se negaban a que sus hijos compartieran aula con ellos, por ese terror que transmitía la palabra VIH, por esa falsa creencia de que cualquier contacto significaría el lastre de esa terrible enfermedad.

Actualmente los tratamientos antirretrovirales, contribuyen a que se pueda convivir de forma normal con la enfermedad, como si de una enfermedad crónica se tratara, pero sin embargo, estos tratamientos solo están disponibles, en su mayoría, en países desarrollados. De aquí la importancia de que países en desarrollo y subdesarrollados, puedan tener un mayor acceso a los tratamientos y evitar que desarrollen las infecciones asociadas a las que, sin el tratamiento, lamentablemente siguen siendo inmunes.

Hasta el final de 2012, cerca de 10 millones de personas estaban recibiendo terapia antirretrovírica en países de ingresos bajos y medianos. No obstante, más de 16 millones de personas que reúnen las condiciones para recibir esa terapia en virtud de las nuevas directrices de 2013, no tienen acceso a los medicamentos antirretrovirales.

La OMS ha dado a conocer un conjunto de directrices y brinda apoyo a los países para que formulen y apliquen políticas y programas para mejorar y ampliar la escala de los servicios de prevención, tratamiento, asistencia y apoyo a todas las personas infectadas por el VIH.

En 2011, el 56% de las embarazadas infectadas con el VIH recibía los tratamientos más eficaces (recomendados por la OMS) para prevenir la

transmisión del VIH de la madre al niño. La enfermedad por VIH es el término que se usa ampliamente para describir las enfermedades o condiciones causadas por la infección con el virus de inmunodeficiencia humana; sin tratamiento, la enfermedad típicamente progresa lentamente, desde una infección sin síntomas hasta el SIDA. En general este proceso lleva unos diez años, pero puede variar ampliamente de persona a persona.

En la actualidad, existen tratamientos médicos que pueden demorar el grado al que el VIH debilita al sistema inmunológico y que pueden prevenir o curar algunas de los males relacionados con el estado avanzado de la enfermedad. Al igual que con otras enfermedades, la detección temprana permite más opciones de cuidado médico preventivo y de tratamiento.

En el año 2012 se estimó que la media de personas viviendo con VIH era de 35.3 millones (IC 32.2-38.8), de los cuales 2.3 millones corresponden a casos nuevos de VIH, lo que demuestra un decremento del 32.3% (3.4/2.3) de nuevos casos comparado con el año 2001. En Guatemala se notificó el primer caso de VIH avanzado en el sexo masculino en el año 1984, el primer caso en el sexo femenino fue reportado en 1986. Epidemia, la media de los casos nuevos reportados por año es de 1,050 casos, en el año 2013 los casos reportados sobrepasan la media, registrándose 1,842 casos, información actualizada hasta el 15 de enero del 2014.

Para el año 2013 Guatemala cumple 30 años de notificación de casos de VIH. El 23.6% (7427/31506) de los casos fueron reportados durante los primeros 20 años de la epidemia y el 76.4% (24079/31506) en los últimos 10 años. Se registra un incremento del 39% (1632/996) de los casos reportados en el año 2003 respecto a los casos 2002 debido a una modificación del sistema de notificación de casos, el cual permite a las áreas de salud contar con una base de datos de VIH y VIH avanzado.

A continuación se describen algunas palabras claves de la investigación, como percepción la cual se puede definir como la capacidad que tiene todo ser

humano de recibir información a través de los sentidos, en el aspecto de los pacientes con VIH se toma en otro sentido, como la forma en la que reciben el diagnóstico en su vida, el cual se puede definir como el resultado de un estudio realizado.

El fenómeno VIH afecta a las personas en cada una de sus esferas de vida, siendo de estas la más afectada el área psicológica, siguiendo a esta le afecta en la esfera familiar, generando temores y cambios en la dinámica en la que normalmente se desenvuelven.

La percepción de los pacientes diagnosticados con VIH se ve afectada de tal manera que se inicia a ver la vida en un sentido negativo puesto que el hecho de saber que morirá en un tiempo le afecta a tal manera que pone en riesgo su estabilidad emocional, psicológica, la forma de pensar, hablar y actuar es afectada.

El diagnóstico VIH positivo puede ser considerado como un acontecimiento potencialmente estresante y traumático, al estar asociado con un proceso de enfermedad de carácter crónico, irreversible y mortal que involucra, además, sentimientos de vergüenza, rechazo social. Es un evento que podría activar en las personas actitudes negativas, esquemas inadaptados de pensamiento, en virtud de percibir su vida en un “peligro eminente”, las relaciones interpersonales afectadas, el tiempo de haber recibido el diagnóstico, la atención psicológica recibida, la percepción del apoyo familiar después del diagnóstico VIH positivo, estas son algunas de las alteraciones de cómo afecta este fenómeno en la vida de una persona diagnosticada.

1.1.2 MARCO TEÓRICO

1.1.2.1 ANTECEDENTE

La necesidad de implementar nuevas estrategias, métodos y técnicas para acompañar a las personas con VIH es fundamental mas cuando éstas ya se encuentran en la etapa final de su enfermedad aportando a esta problemática la licenciada Arletty Marivel, Colop Raymundo realizó un estudio titulado “programa de atención psicológica con pacientes en fase terminal de VIH\SIDA en la casa hogar San José” el cual fue elaborado en el año 2005. El objetivo de este programa fue brindar un acompañamiento a las personas en fase terminal de VIH/SIDA.

Según el conocimiento proporcionado en la lectura del estudio que antecede se llevo a la conclusión que la atención psicológica a través de la logoterapia y la terapia de apoyo individual para la atención de las personas viviendo con VIH\SIDA es efectiva para superar las crisis propias de la enfermedad.

Se identificó como aporte a esta investigación la elaboración del estudio de las licenciadas Rosa Orfelina Baldizon Tobar y Nivea Orquídea Mazariegos de García titulado “Personas con SIDA y el temor a morir” con fecha de elaboración 1993, siendo su objetivo de estudio demostrar la necesidad de dar a conocer la importancia del rol que juega el psicólogo dentro de las instituciones, para brindar la ayuda psicológica adecuada, oportuna y de acuerdo a las necesidades de la persona portadora del VIH las que padecen la enfermedad del SIDA.

La conclusión de la investigación es que la persona infectada del VIH puede mejorar sus niveles de defensa física, si cuenta con un estado mental positivo y no se deja vencer por la depresión. Se desea hacer mención de otro aporte de las licenciadas Ana Silvia Marta Carolina del Socorro Girón y Sandra Denice Estrada Rojas , quienes realizaron la investigación titulada “Los diferentes grados de depresión observados en pacientes que padecen del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida/SIDA”. El estudio indicado fue realizado en el año

2002, el objetivo principal fue identificar los grados de depresión por los que pasan los pacientes con SIDA. La conclusión es que existe presencia de sentimientos de culpa ésta se observó en la población masculina debido a la conducta sexual desorganizada y múltiple de los pacientes, reforzada en su cultura patriarcal.

Otra investigación que aportó a través de su proceso a esta temática de VIH realizada por la licenciada María Adela González Boror con el título “Reacciones emocionales de la persona VIH adulto de ambos sexos ante el conocimiento de la infección”, elaborada en el año 2000, teniendo como objetivo identificar las reacciones emocionales en las personas que reciben el diagnóstico VIH. Se llegó a la conclusión que la vía de infección en el caso de la población masculina, corresponde mayormente a la práctica de contacto sexual, atribuyéndose a conductas promiscuas y descuidos personales, derivados de la falta de conciencia para asumir medidas de protección.

El aporte de varias personas ante VIH, ah ido en aumento se puede mencionar el aporte de la licenciada Sandra Patricia, Álvarez Castillo, con el título, “Problemas psicológicos de personas que padecen VIH\SIDA” estudio realizado en el año 1999. Con el objetivo de establecer la efectividad de un programa de psicoterapia para ayudar a disminuir la depresión y angustia y aumentar la responsabilidad ante la enfermedad, en personas que padecen VIH\SIDA, llegando a la conclusión que el programa de psicoterapia de grupo es efectivo para disminuir la ansiedad y depresión y a la vez aumentar la responsabilidad en pacientes con VIH\SIDA. Se concluye que la ansiedad y la depresión son factores precipitantes que aceleran la disfunción del sistema inmunológico y por ende al apareamiento de la sintomatología física, con lo que se disminuye considerablemente el tiempo promedio de vida de los pacientes.

Las licenciadas Silvia Marina Linares de León y Dinora Elizabeth Ochoa Mazariegos, realizaron un estudio como aporte con el título “Efectividad de la psicoterapia en pacientes con VIH positivo SIDA”. Elaborado en el año 1995, con el objetivo de Brindar un tratamiento psicoterapéutico adecuado para ayudar al paciente con VIH\SIDA a reducir sus niveles de depresión, el informe consultado

llega a la conclusión que la psicoterapia breve intensiva y de urgencia, es un instrumento de elección para aplicar en pacientes de enfermedad terminal como lo es el VIH positivo SIDA ya que por ser un tratamiento terapéutico a corto plazo se obtienen resultados positivos inmediatos. Por último, se menciona el estudio realizado por las licenciadas Granizo Méndez Lucia Indira y María Elizabeth Pérez quienes trabajaron sobre el tema “El grado de vacío existencial en personas con VIH\SIDA atendidas en la asociación de prevención y ayuda a enfermos de SIDA (apaes solidaridad). En el año 1997. Ambos tenían el objetivo de verificar el grado de vacío existencial en las personas con VIH/SIDA, las conclusiones encontradas de este estudio, evidencian que el tratamiento psicológico es efectivo. Sirvió en gran medida para la rehabilitación física de las personas con VIH\SIDA como consecuencia de la mejoría emocional lograron aceptar el tratamiento medio y nutricional. Se puede evidenciar que el trabajo psicológico con esta población es amplio y no esta demás desarrollar actividades que promuevan un mejor afrontamiento de la enfermedad de VIH-SIDA.

Las enfermedades terminales impactan el psiquismo del ser humano por lo tanto, la presente investigación aparte de contribuir como una herramienta paliativa a las victimas pretende identificar la percepción del diagnóstico del VIH-SIDA.

1.1.2.2 ORÍGENES DEL VIH

“Los científicos identificaron un tipo de chimpancé en África occidental como la fuente de la infección del VIH en los humanos. El virus muy probablemente pasó de los chimpancés a los humanos que cazaban a estos animales para comer su carne, y al entrar en contacto con la sangre infectada. En el transcurso de varios años el virus se propagó poco a poco por toda África y luego por otras partes del mundo”.⁴

⁴ Carl Bean, D. Min, (2013), Proyecto de Minorías contra el SIDA, 2014, [www. Salud.gov.pr/programas](http://www.Salud.gov.pr/programas)

El VIH fue identificado por primera vez en Estados Unidos en 1981, cuando varios hombres homosexuales empezaron a enfermarse con un tipo extraño de cáncer. Pasaron varios años antes de que los científicos pudieran crear una prueba para detectar este virus, entender cómo se transmitía el VIH entre las personas, y determinar qué es lo que las personas podrían hacer para protegerse contra el virus.

En el 2008, los CDC ajustaron sus estimaciones sobre las nuevas infecciones por el VIH en virtud de una nueva tecnología diseñada por la agencia. Antes de contar con esta novedosa tecnología, los CDC calculaban que cada año ocurrían cerca de 40,000 nuevas infecciones por el VIH en Estados Unidos. Los nuevos resultados demuestran que ha habido disminuciones significativas en el número de nuevas infecciones por el VIH, después de haber alcanzado un pico de aproximadamente 130,000 a mediados de la década de 1980 y de haber disminuido a una cifra cercana a 50,000 a principios de 1990.

Los resultados también muestran que las nuevas infecciones aumentaron a finales de 1990 y que a esto siguió una estabilización desde el 2000, con cerca de 55,000 infecciones por año. En la actualidad, más personas que nunca están viviendo con el VIH/SIDA. Los CDC calculan que cerca de un millón de personas en Estados Unidos viven con el VIH o el SIDA. Casi la cuarta parte de estas personas no saben que están infectadas, y el no saber que están infectadas las pone a ellas y a otras personas en peligro.

1.1.2.3 VIH:

“El VIH daña el sistema inmunológico del cuerpo, es decir, perjudica la capacidad que tiene el organismo para combatir los virus, las bacterias y los hongos que causan infinidad de enfermedades”.⁵

⁵Jatin M. Vyas, MD, (2014), VIH/SIDA, 2014, www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000594.htm

Por lo tanto el VIH te hace más susceptible a desarrollar infecciones que tu cuerpo en condiciones normales sería capaz de resistir, como por ejemplo una neumonía o una meningitis. El VIH también hace que quien lo padezca pueda ser más susceptible a contraer ciertos tipos de cáncer. En resumidas cuentas, el VIH es el nombre de un virus y de un tipo de infección, y el SIDA es una de las fases más serias o de las etapas más avanzadas del VIH. Por tal razón el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. Las infecciones asociadas a la inmunodeficiencia grave se conocen como "infecciones oportunistas" porque se aprovechan de la debilidad del sistema inmunitario.

1.1.2.4 Causas:

“El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) causa la infección por el VIH y el SIDA. El virus ataca el sistema inmunitario. A medida que el sistema inmunitario se debilita, el cuerpo es vulnerable a infecciones y cánceres potencialmente mortales. Una vez que una persona tiene el virus, éste permanece dentro de su cuerpo de por vida”.⁶

El virus se propaga (transmite) de una persona a otra en cualquiera de las siguientes maneras:

- *A través del contacto sexual: incluido el sexo oral, vaginal y anal.*
- *A través de la sangre: vía transfusiones de sangre (ahora muy infrecuente en los Estados Unidos) o por compartir agujas*
- *De la madre al hijo: una mujer embarazada puede transmitirle el virus a su feto a través de la circulación sanguínea compartida, o una madre lactante puede pasárselo a su bebé por medio de la leche materna.*

⁶ Jatin M. Vyas, MD, (2014), VIH/SIDA, 2014, www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000594.htm

El virus no se transmite por:

- *Contacto casual como un abrazo.*
- *Mosquitos.*
- *Participación en deportes.*
- *Tocar cosas que hayan sido tocadas con anterioridad por una persona infectada con el virus. Después de que el VIH infecta el organismo, el virus se ha encontrado en la saliva, las lágrimas, tejido del sistema nervioso y el líquido cefalorraquídeo, la sangre, el semen (incluido el líquido pre seminal, que es el líquido que sale antes de la eyaculación), el flujo vaginal y la leche materna. Se ha demostrado que sólo la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna transmiten la infección a otros.*

1.1.2.5 Síntomas:

Los síntomas relacionados con la infección aguda por VIH (cuando una persona se infecta por primera vez) a menudo son similares a la gripe:

- *Diarrea.*
- *Fiebre.*
- *Dolor de cabeza.*
- *Úlceras bucales, incluso infección por hongos (candidiasis).*
- *Rigidez o dolor muscular.*
- *Sudores fríos.*
- *Erupciones de diferentes tipos.*
- *Dolor de garganta.*
- *Ganglios linfáticos inflamados.⁷*

Muchas personas no tienen síntomas cuando se les diagnostica el VIH.

⁷Bean, D. Min, (2013), Proyecto de Minorías contra el SIDA, 2014, [www. Salud.gov.pr/programas](http://www.Salud.gov.pr/programas)

La infección aguda por VIH progresa durante unas semanas hasta meses para convertirse en una infección por VIH asintomática (sin síntomas). Esta etapa puede durar 10 años o más. Durante este período, la persona aún puede transmitir el virus a otras personas.

Las personas infectadas con el VIH, de no recibir tratamiento, contraerán el SIDA. Hay un pequeño grupo de pacientes en los que el SIDA se desarrolla muy lentamente o que nunca aparece. A estos individuos se los llama pacientes sin progresión de la enfermedad y muchos parecen tener genes que impiden que el virus cause daño significativo a su sistema inmunitario.

Las personas con SIDA han tenido su sistema inmunitario dañado por el VIH. Son muy susceptibles a (contraer fácilmente) infecciones que normalmente no se desarrollan en personas con un sistema inmunitario saludable. Estas infecciones se denominan oportunistas.

1.1.2.6 FASES DE LA INFECCIÓN DEL VIH/SIDA

En el pasado se creía que el tiempo posterior a la infección no provocaba síntomas, los cuales en su mayoría pasan desapercibidos para las personas por ser parecidos a enfermedades comunes, pero que sin embargo si pueden proporcionar un diagnóstico diferencial para el personal médico que cuente con la experiencia necesaria en el campo.

“Después de la infección con VIH existe un periodo breve de antigenemia que se extiende durante tres a cuatro semanas”.⁸

En este tiempo la mitad de los individuos puede manifestar una enfermedad parecida a la mononucleosis infecciosa, conocida comúnmente como “síndrome retroviral agudo” (SRA).

⁸ Bean, D. Min, (2013), Proyecto de Minorías contra el SIDA, 2014, [www. Salud.gov.pr/programas](http://www.Salud.gov.pr/programas)

Las personas con las formas más intensas del SRA al parecer tienen pronóstico más malo que los pacientes con infecciones primarias asintomáticas. Los síntomas de la infección con VIH/SIDA varían dependiendo de la fase de la infección.

Fase aguda: “entre las 2 y 4 semanas después de la entrada del virus en el organismo, en el 50% de los casos producirá un cuadro clínico de infección aguda o primoinfección, de intensidad variable y caracterizada por fiebre, cefalea, adenopatías, mialgias, escozor y picazón en la piel (rash) denominado mononucleosis-like o síndrome mononucleósido por su similitud con la mononucleosis infecciosa. A la semana de inicio de los síntomas se puede detectar una intensa viremia, entre 1.000 y 10.000 unidades infecciosas de VIH-1 por unidad de cultivo tisular, y entre 10⁵ y 10⁷ copias/ml de ARN del VIH en plasma. Durante esta fase el virus se replica a sí mismo a distintos niveles, principalmente en el tejido linfático y sistema nervioso central”.⁹

Fase crónica: “tras la fase aguda de la infección, caracterizada por la existencia de cargas virales plasmáticas muy elevadas, estas se reducen en aproximadamente 100 veces con el desarrollo de una respuesta T citotóxica, hasta alcanzar entre los 6 y los 12 el equilibrio dinámico entre la producción y el aclaramiento del virus. La velocidad de progresión no es la misma para todos los pacientes ya que influyen factores relacionados con el huésped y factores relacionados con los virus, mismos que determinan el tiempo de evolución de una fase a otra”.¹⁰

⁹ Ponce de León, Rangel SIDA, Aspectos clínicos y terapéuticos. Edith. Mc Graw interamericana México, 2000 Pág. 117-118

¹⁰ IDEM

Fase final: “se caracteriza esquemáticamente por ser una fase con recuento de células CD4+ inferiores a 200/ul, aumento en la tasa de replicación viral, descenso de la actividad de los linfocitos T citotóxicos anti-VIH, destrucción de la arquitectura linfática, síntomas constitucionales y desarrollo de infecciones oportunistas como la neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, enfermedad por citomegalovirus o enfermedad por *Mycobacterium avium-complex* independientemente del nivel de células CD4”.¹¹

1.1.2.7 PERCEPCIÓN

*“Según la psicología de Neisser, la percepción es un proceso activo-constructivo en el que el perceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema. Se apoya en la existencia del aprendizaje”.*¹²

La percepción es innata al proceso de socialización del ser humano, este no puede representar la realidad que vive sin un mecanismo, en este sentido cuando un paciente es diagnosticado con VIH-SIDA percibe una realidad distorsionada debido al mismo diagnóstico, sin embargo la realidad es la misma, lo que cambia es la forma de razonamiento de la experiencia vivida y cómo afrontarlo de acá en adelante. La vida del paciente con VIH-SIDA cambia drásticamente cuando recibe el diagnóstico y por lo tanto el proceso de percepción también.

*Para la psicología moderna, “la interacción con el entorno no sería posible en ausencia de un flujo informativo constante, al que se denomina percepción”.*¹³

¹¹ Ponce de León, Rangel SIDA, Aspectos Clínicos y terapéuticos. México, 2000.Pag. 50

¹² IBID, Pag. 54, 55

¹³ River, J., Arellano, R., Molero, V. (2000) conducta del consumidor, 2014, www.um.es/docencia/documentos/percepcion.pdf

La percepción puede definirse como el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos mediante los cuales se obtiene información respecto al hábitat, las acciones que se efectúan en él y los propios estados internos. La interacción del ser humano con su entorno es inevitable, debido a ello es capaz de percibir a través de su ser lo que en su alrededor sucede, además cuenta con la capacidad de adquirir nuevo conocimiento y adaptarse al mismo.

1.1.2.8 REPERCUSIONES BIOPSIOSOCIALES

Las repercusiones biopsicosociales son aquellas que afectan al ser humano en el aspecto biológico, psicológico y social, es por eso que el paciente diagnosticado con VIH, sufre cambios en la condición física, los efectos en las áreas psicológica y social se ven afectados, de tal forma que se modifica el proyecto de vida de quien padece la enfermedad.

Los factores biopsicosociales afectados en la vida de una persona con VIH son, relaciones interpersonales, relaciones sentimentales, su área espiritual, también su área laboral, el rechazo de la sociedad a esta enfermedad, la discriminación, la falta de conocimiento, los estigmas sobre el contagio de la misma, en base a lo anterior se ve afectada la calidad de vida, la forma de pensar y actuar, cambiando la forma de ver su enfermedad, de esta forma se ve afectada el área psicológica de las personas con este diagnóstico.

*“Los problemas psicológicos que pueden desarrollarse en las personas con infección por VIH/SIDA giran en torno a la incertidumbre y las adaptaciones incertidumbre en relación con las esperanzas y expectativas de la vida en general y de la familia”.*¹⁴

¹⁴ Lucho, M. Y Jed, R. (1993). Algunas manifestaciones psicológicas en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/.../revistas/.../articulo_4.pdf

Además de las redes de ayuda en particular; incertidumbre en cuanto a la calidad y duración de la vida, los efectos del tratamiento y la reacción de la sociedad; todos estos factores afectan la calidad de vida del individuo.

El diagnóstico de este virus puede provocar en el paciente una debilidad en cuanto a sus defensas y cualquier enfermedad que pueda padecer durante la evolución de esta enfermedad podría llegar a ser fatal y logran en ellos un desequilibrio en su salud.

En el aspecto psicológico las personas afectadas por el virus del VIH-SIDA se dan factores de diversa índole en los cuales una intervención psicológica debe atender de manera inexcusable. Por tanto, ésta intervención psicológica debe contemplar y atender a un conjunto amplio y diverso de problemáticas, relacionadas directa o indirectamente con el virus del VIH-SIDA.

Los problemas de intervención abarcan desde de trastornos de la ansiedad y/o del estado del ánimo, que se pudieran dar tras el diagnóstico de la enfermedad, es por ello que el acompañamiento en el desarrollo de dicha situación, es de vital importancia puesto que un paciente diagnosticado podría iniciar con pensamientos suicidas que puedan provocar incluso hasta la muerte en ellos. Por lo tanto las relaciones interpersonales son de vital importancia aunque se vean afectadas por falta de información, es necesario que el paciente comprenda que estará mejor si es acompañado por otra persona en su proceso.

La noticia de conocer que se padece una enfermedad mortal como lo es VIH-SIDA afecta al ser humano de una manera directa puesto que no solo afecta físicamente sino también en su área psíquica y así mismo en sus relaciones interpersonales.

El VIH/SIDA representa un grave problema de salud que impacta negativamente los aspectos biológico, económico, sociocultural y psicológico de quien padece la infección. En el dominio biológico se puede presentar alteración del estado de salud, infecciones oportunistas. En los aspectos socioculturales se puede resaltar el hecho que en muchos casos la infección se desarrolla en lugares donde la infección tiene un impacto moral y/o religiosa que conlleva a discriminación, estigmatización, rechazo, abandono y alteración de la dinámica familiar de los infectados.

La salud psíquica es afectada por reacciones negativas de los infectados frente al diagnóstico, cómo miedo, ansiedad tristeza, ira, frustración, desesperanza, impotencia, culpabilización, ideas suicidas y trastornos obsesivos, y por el estigma, rechazo, discriminación y abandono por parte de la familia y los amigos. Es importante recordar que las repercusiones psicosociales se presentan de forma diferente en cada persona dependiendo de su propia situación y forma de enfrentar el VIH-SIDA, así como del apoyo familiar o contexto en el cual se encuentre inmerso. Muchos pueden adoptar una actitud arrogante de despreocupación e indiferencia, como mecanismo de defensa frente al valor de la vida que se pierde irremediamente. Otros, por el contrario, insisten en vivir con la mayor plenitud posible, con cambios notables que se originan cuando encuentran, de parte de su núcleo familiar y amigos, que lo motivan para seguir adelante e incluso trazarse nuevos objetivos; de ahí la importancia del contexto del paciente que vive con el VIH-SIDA, así como su actitud para enfrentarse a los diferentes obstáculos que se le presenten en la vida.

1.1.2.9 FAMILIAS CON MIEMBROS VIH\SIDA

*“Con respecto a las familias con miembros VIH\SIDA, se han diferenciado tres clases de familia: las negadoras, expulsivas y continentes u organizadas”.*¹⁵

¹⁵ Gerardo Soler Cedré, (2005), La familia y el VIH/SID, 2014,20 <http://www.sld.cu/saludvida/temas.php>

En la familia negadora: hay un amplio predominio de sentimientos persecutorios, son dogmáticos en sus creencias, es evitado el mundo exterior por “peligroso” y se trata de cuidar la propia estructura familiar. Para el enfermo de SIDA o VIH, la situación es aún más difícil, ya que su familia vive la enfermedad como un castigo y es escondida por sus connotaciones religiosas y sociales.

Regularmente se espera que cuando se experimenta un conflicto de este tipo como lo es el diagnóstico de VIH-SIDA la familia sea un soporte emocional, social, etc. Sin embargo, muchos pacientes se ven señalados, criticados, aislados y rechazados por la misma familia; en este sentido la ausencia de un apoyo incrementa o acelera el proceso de la enfermedad pues ya se sabe que el ser humano es integral y que si mentalmente no está bien las defensas físicas bajan aún más y más en esta enfermedad.

La cultura en la que el ser humano se desarrolla es muy significativa para estos pacientes, en tanto se tengan creencias equivocadas o exista una ausencia de conocimiento de la enfermedad, la familia no tomara conciencia de las necesidades del paciente, regularmente la familia por sentirse señalada se aísla del paciente o lo aíslan y entonces el paciente tiene que vivir en una soledad el proceso de su enfermedad.

En la familia expulsiva: se niega la enfermedad atribuyéndose al “afuera”, a los “otros”. Se deposita toda la responsabilidad y la problemática en la persona y esta es expulsada del medio. La familia se disocia y emergen antiguos conflictos aún no resuelto.

La culpabilidad de una paciente que recibió la noticia de ser portador de VIH-SIDA, puede ser aumentada por este tipo de familia ya que sin escuchar razón, ni dar segundas oportunidades expulsa al familiar infectado, sin conocer el dolor que se está dando en el paciente.

Las situaciones de enfermedades terminales en un miembro de familia conllevan a un resultado en la respuesta de los familiares ante la enfermedad la cual a veces puede ser negativa, al punto que se puede llegar a rechazar al portador en este caso de VIH, tal actitud produce un desequilibrio emocional en el afectado logrando dañar su área psíquica, física, sus relaciones interpersonales e intrapersonales ante el rechazo de su propio núcleo familiar.

En este tipo de familia culpan al portador por la enfermedad que está padeciendo y sin tener piedad le excluyen, haciendo daño sin importar dolor alguno que este pueda ocasionar en su vida.

La familia continente: es un grupo abierto para los cambios, genera actitudes comprensivas, sus miembros se comunican con claridad sobre todos aquellos temas vinculados con lo tabú: sexo, enfermedad, placer, prejuicios; se caracteriza por ser un grupo contribuyente y colaborador con los profesionales en la atención del miembro familiar; no se culpan y aceptan responsabilidades.

Este tipo de familia menos común y la deseada e idealizada en estas circunstancias, en las que el enfermo de SIDA o portador de VIH necesita ser comprendido y apoyado tanto emocional, física, económica, espiritual y psicológicamente. Toda familia atraviesa por una serie de momentos en la elaboración o no de la problemática del SIDA: en un primer lugar hay una gran desorganización ante el impacto emocional, depresión, angustia, lástima, sentimientos de persecución (el qué dirán). En segundo lugar, de mayor elaboración y no tanto un proceso defensivo, la problemática se centra en el individuo y empiezan los pacientes a ayudarse mutuamente; van cediendo los sentimientos de culpa y vergüenza. Y por último, existe un mayor equilibrio, hay un sentimiento de alivio en poder compartir con otros la situación, al no sentirse como “únicos”, se enfrenta el problema no solo en su tratamiento físico sino también psíquico y social. Se aprende a compartir experiencias y a actuar.

“Es necesario mencionar que *la familia es una fuente de afectividad, de identificación e identidad que influye en el campo psicológico de la persona con VIH/SIDA, ya que al inicio de la enfermedad se presentan períodos de intensa aflicción emocional y ellos pueden “emplear la enfermedad y la terapéutica en forma manipuladora y con frecuencia pseudo masoquista”*.¹⁶ Además, existen también factores internos que pueden influir en la dinámica familiar, como la economía que se puede ver afectada, frente a los diversos y constantes tratamientos a los cuales la persona VIH/SIDA debe ser sometido.

En el factor social se puede mencionar las necesidades y acumulación de frustraciones dentro del entorno que representan una amenaza e incluso impiden la adaptación de la persona. Dichos factores pueden afectar a la familia en general y especialmente a la persona con VIH/SIDA, ya que influyen en el cambio de estilo de vida dentro de la familia, en donde cada uno de los miembros lo reflejarán de alguna manera.

1.1.2. 10 CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida de las personas portadoras de VIH se ve afectada en cuanto a la percepción del individuo sobre su enfermedad, la forma de ver la vida y las relaciones interpersonales e intrapersonales, cambian en el transcurso del desarrollo del VIH-SIDA, hay que recordar que el VIH ataca las defensas del cuerpo, por lo que se puede desarrollar cualquier enfermedad. Los síntomas varían de persona a persona, dependiendo de múltiples factores; medio ambiente, normas de higiene, predisposición a ciertas enfermedades, estados de ánimo, nutrición, grado de desarrollo de la enfermedad.

¹⁶ Lawrence Kolb C. *Psiquiatría Clínica Moderna*, Traducción de Leopoldo Chagoya Beltrán, México, La Prensa Medica Mexicana, p. 58

Además se puede mencionar que se ven afectadas sus metas, sus anhelos y el sentido de vida de un portador se convierte totalmente en una supervivencia ante su realidad.

*“La calidad de vida del paciente ahora dependerá de la adherencia al medicamento que ahora deberá ingerir, para controlar que la evolución de la enfermedad no se manifieste rápido y así evitar que el paciente se deteriore antes de tiempo. Lo anterior evidencia el impacto negativo del VIH/SIDA sobre las diferentes dimensiones de la calidad de vida del infectado y de forma específica de la calidad de vida relacionada con su salud. La calidad de vida incluye un elemento subjetivo que permite ver la manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive”.*¹⁷

1.1.2.11 AFRONTAMIENTO Y RESILIENCIA

*Se define como: “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.*¹⁸

En las personas que reciben el diagnóstico de VIH-SIDA se refuerza cuando el paciente, se predispone para resistir a diversas situaciones y la actitud de afrontar determinará la forma en la cual vea la realidad y actúe ante esta, logrando así una estabilidad psíquica.

¹⁷Badia, Xavier, (2004) Calidad de vida relacionada con la salud del paciente VIH,2014 http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/4_AF_VIH_2004/2_calidad_vida.pdf

¹⁸ Gaviria, Ana Milena, Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticadas con VIH/SIDA. Santiago de Chile.Vol. 27, 2009.pag 5

Se puede tomar al afrontamiento como un intento que el portador de VIH-SIDA hace para resistir y superar la situación que este atravesando, adaptándose a la nueva situación que ahora le toca vivir.

El afrontamiento en una persona con VIH-SIDA es vital para sobresalir pese a lo que está sintiendo le ayudará a tomar fuerzas para continuar sus metas luego de haber logrado una aceptación de ser portador. La adaptación a una nueva vida jugará un papel importante ya que a través de ésta el paciente continuará su vida, sus metas, sus deseos, sus relaciones interpersonales e intrapersonales, enfrentando su enfermedad con la cual vivirá el resto de sus días.

Cada persona es diferente y debido a estas diferencias individuales, cada una de ellas tiene un manejo diferente de su enfermedad y de su situación, es por eso que no todas las personas utilizan las mismas formas de afrontamiento y menos en una situación tan compleja como es el tener VIH. En este sentido los procesos de afrontamiento le ayudaran a mantener el control sobre su vida y a encontrar el suficiente bienestar psicológico.

1.1.2.12 RESILIENCIA

*“Es la capacidad de superar adversidades saliendo reforzado de ellas. Etimológicamente, procede del termino resilio (rebotar). Que la psicología ha adoptado proveniente de la física, consistente en la capacidad de un cuerpo físico de recuperar su forma original después de estar sometido a una deformación o a altas presiones. También se puede entender la resiliencia como la capacidad humana de afrontar situaciones adversas, superándolas y saliendo fortalecido por la experiencia”.*¹⁹

¹⁹ Orts Joan Vaello, El profesor emocionalmente competente. Editorial Grao. De IRIF,SL .España. 2009. pág. 53

Esta capacidad de transformar lo negativo en positivo, de minimizar o sobreponerse a los efectos nocivos de la adversidad, se basa en la creencia de que sobre nosotros influye más la forma de afrontar las situaciones que las mismas situaciones, siendo de capital importancia la capacidad de diferenciar las que están bajo nuestro control.

Las personas tienen la capacidad y habilidad de soportar ciertos malestares entre estos, la muerte de un pariente, un asalto, la pérdida emocional de una pareja, llevar una enfermedad terminal, etc. La resiliencia no significa evitar el dolor sino salir adelante ante la situación que se esté atravesando.

El ser humano es capaz de convertir lo negativo que le sucede y tomar la situación como un aprendizaje en su vivir, en la resiliencia un portador del VIH-SIDA puede tomar esta problemática y convertirla en un aspecto positivo con la cual puede ayudar a otros, tras la valoración que hace de la situación. La persona puede adoptar nuevas creencias respecto a la habilidad de control sobre algunas de las consecuencias negativas de esta enfermedad.

1.1.3 HIPÓTESIS

Según las características de la investigación no procede la realización de hipótesis, en el presente estudio no se pretendió confirmar ningún punto de percepción sino conocerla. En este punto se desarrollaron talleres logrando modificar hábitos y la aceptación del diagnóstico. El informe se sustentó en análisis cualitativo que permitió utilizar técnicas para afrontar la situación planteada. Por lo que para la realización de los talleres se tomó como base las siguientes categorías de análisis: percepción, aceptación, adaptación, afrontamiento y resiliencia, valores, calidad de vida, reelaboración del proyecto de vida.

1.1.1.4 DELIMITACIÓN

La presente investigación se realizó en un periodo de 2 meses iniciando en el mes de marzo y se culminó la primera semana de mayo del año 2015. Se trabajó en un horario de 7:30 am a 12:30 pm, los días martes y jueves. El trabajo se realizó a través de la participación de los pacientes, 25 hombres internos y 15 mujeres internos del hospital comprendidos entre las edades de 18 a 60 años, quienes residen y reciben atención médica dentro del Hospital San Vicente. Se realizaron talleres, para conocer la percepción y modificar los hábitos dentro del hospital, se llamo a la participación logrando la expresión en los distintos temas tocados así como la concientización, aceptación y afrontamiento en cuanto a su enfermedad.

2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 TÉCNICAS DE MUESTREO

La investigación se llevo a cabo, en el Hospital San Vicente ubicado en la 11 av. "A" 12-30 zona 7, colonia la Verbena, Ciudad de Guatemala, con pacientes internos con VIH/SIDA positivo, 25 hombres y 15 mujeres con una totalidad de 40 pacientes, considerados estos como criterios de inclusión.

Para tomar la muestra se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico intencional, consistía en seleccionar un grupo de personas de toda la población que están iniciando el proceso de la enfermedad. El estudio permitió conocer la percepción de los pacientes que recibieron el diagnóstico VIH.

2.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Con la finalidad de recolectar información necesaria para la creación de las actividades de la investigación fue necesario organizar actividades grupales y las técnicas de recolección de datos utilizadas fueron observación, entrevista y talleres.

2.2.1 OBSERVACIÓN DIRECTA

La técnica de observación tuvo como finalidad describir y registrar sistemáticamente las manifestaciones de la conducta como resultado de una constante, ésta determinó las relaciones interpersonales entre ellos, su forma de actuar frente a los estímulos, entre otros. Se realizó una observación a los 40 pacientes con el fin de observar su expresión corporal, expresión verbal, manifestaciones cognitivas-conductuales, emocionalidad. Se aplicó en todo momento del proceso de aplicación de talleres, se registraron las conductas observadas en un documento titulado protocolo de observación, con las iniciales de cada paciente. La observación se realizó en el salón de usos múltiples.

2.2.2 ENTREVISTA

La entrevista fue dirigida a los pacientes internos con VIH, su finalidad fue conocer algunos aspectos internos en cuanto a la percepción, y sentimientos que manejaban sobre la enfermedad. Fue realizada con los pacientes internos del hospital. Al ser presentadas las investigadoras se le informaba todo lo relativo al estudio, en qué consistía y los fines del mismo. Se les comunicó que sólo iban a responder a unas preguntas donde las investigadoras se comprometían a asegurar la confidencialidad de la información y sólo usarla con los fines señalados, no se requería nombre ni ningún dato que pudiera comprometer su identidad. Al tener el consentimiento y la aceptación de los y las pacientes a participar en el estudio se procedió a su aplicación.

El tiempo de duración fue de 45 minutos con cada paciente, ésta se realizó en la clínica de la doctora Blanca Estela Valenzuela encargada de los internos con VIH/SIDA, del Hospital San Vicente.

Prueba piloto: Este instrumento previo a su aplicación se socializó con el licenciado revisor Estuardo Bauer Luna y doctor Mario Raúl Gálvez González director ejecutivo de funciones del hospital.

2.2.3 PRUEBA PSICOMÉTRICA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER

El tipo de prueba es proyectiva, se utilizó el test de la figura humana de la autora Karen Machover, con el fin de que los y las pacientes se expresaran como se sentían y se veían en el entorno donde se desenvuelven diariamente. Este test se desarrollo dando a cada uno una hoja en blanco, un lápiz, borrador y sacapuntas y se les indicó que dibujara a una persona, este fue aplicado de manera individual. La duración de esta prueba fue indefinida.

2.2.4 TALLERES

Se realizaron 11 talleres con el objetivo de proporcionar a los participantes formas adecuadas de aceptación y afrontamiento del diagnóstico y reelaboración del proyecto de vida y mejorar la calidad de vida. Se desarrollaron talleres dirigidos a las personas con diagnóstico de VIH positivo. Las actividades se llevaron a cabo en una de las clínicas asignadas del Hospital San Vicente durante dos días a la semana, específicamente los días martes y jueves. El tiempo utilizado fue de 7:30 a 12:30 pm, aunque en cada actividad fue variable según lo planificado, ya que se realizaron actividades individuales y grupales utilizando la logoterapia y la teoría cognitivo-conductual. Se trabajaron los talleres con las siguientes temáticas: el primer taller desarrollado fue estableciendo rapport, el segundo abarcó el área psicosocial (aislamiento social), el tercero área psicosocial tratando sentimientos de rechazo de familiares amigos y personas cercanas, en el cuarto taller se trabajó la discriminación social y laboral, por su parte en el quinto taller se platicó sobre el estrés, en el sexto taller se tocó el tema de la depresión, así mismo el séptimo taller se habló sobre la baja autoestima, en el octavo taller se trató de la ansiedad, por su parte el noveno taller se habló acerca del temor, por consiguiente el décimo taller se tocó el tema de la culpa, y por último en el onceavo taller se habló acerca de la ira y enojo. Estos fueron temas que ayudaron a los pacientes a expresarse, a controlar sus emociones y expresar las situaciones que les afectaban.

2.2 INSTRUMENTOS

2.2.1 GUÍA DE OBSERVACIÓN

La guía de observación está en formato de Word, se divide en dos partes la primera parte está conformada por los datos generales y la segunda parte se subdivide en cuatro partes que evalúan la expresión corporal la cual está conformada de siete ítems, luego la expresión verbal con cinco ítems,

manifestaciones cognitivas-conductuales con ocho ítems, la forma de calificación es con un cheque, si se presenta la conducta, el tipo de respuesta es de indicadores muy frecuente, poco frecuente y ausente, según sea el caso. El tiempo de duración para la aplicación de la guía de observación fue desde el inicio de los talleres hasta la finalización de los mismos. (Ver anexo 1).

2.2.2 GUÍA DE ENTREVISTA

Este instrumento se utilizó para la recolección de información escrita sobre datos importantes y relevantes, los cuales servirían para la investigación. Estas entrevistas se realizarán con la finalidad de obtener información acerca de la percepción que tienen las personas diagnosticadas con VIH positivo, los cambios que han tenido a partir del diagnóstico, las relaciones interpersonales y la forma de afrontamiento.

Esta entrevista ayudo a la investigación a conocer según la expresión del paciente su percepción sobre el diagnóstico VIH\SIDA. Con la entrevista se dan a conocer los datos sociodemográficos

La guía de entrevista utilizada estaba conformada con un número de 15 preguntas cuyo fin fue indagar en los pacientes, logrando una buena catarsis y un conocimiento sobre su percepción ante la enfermedad.

De la pregunta número uno a la tres se buscó evaluar el conocimiento de la persona sobre el VIH\SIDA, así mismo, la pregunta número cuatro a la cinco indaga el impacto psicosocial, por consiguiente de la pregunta número seis a la diez se evaluarón las relaciones interpersonales, y, por último, la pregunta número once a la quince buscó evaluar las formas de afrontamiento. Este proceso tuvo una duración de 35 a 40 minutos por persona. Este instrumento se socializó con las autoridades de la institución previamente a su aplicación. (Ver anexo 2).

2.2.3 PRUEBA PSICOMÉTRICA

El test de la figura humana es una de las herramientas que se utiliza en el psicodiagnóstico en todas las edades ya que aporta a la entrevistas información sobre la personalidad del paciente. Con el objetivo de profundizar en las capacidades y funciones cognitivas e intelectuales de la persona a través de las características del dibujo

Se realizó este test proyectivo a los internos del Hospital San Vicente, se le dio a cada paciente una hoja en blanco y un lápiz, luego se le pidió que dibujaran a una persona, se aplicó de manera individual, la forma en la que se analizó este test fue tomando en cuenta la elaboración de los rasgos corporales de la persona dibujada.

El tiempo de duración fue aproximadamente de 45 minutos por paciente. El Test de la figura humana de Karen Machover, se administra de forma individual, el tiempo de duración sin prefijar, se aplica a jóvenes y adultos, es una herramienta en la cual en su significación se proyectan una gama de rasgos significativos y útiles, el material a utilizar en este test es papel y lápiz.(Ver anexo 3).

2.3 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para la presentación de los datos se hizo uso de gráficas con el fin de mostrar los resultados obtenidos durante la investigación, así mismo se realizó un análisis cualitativo producto de la investigación obtenida, para alcanzar y organizar este último análisis fue necesario utilizar el método descriptivo, en este sentido se identificaron diversas categorías como: percepción, VIH, impacto psicosocial, relaciones interpersonales y mecanismos de afrontamiento.

3. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

3.1 Características de la población

3.1.1 Características del lugar

El Hospital San Vicente pertenece al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Los fondos son asignados en base a una programación anual sobre gastos de la institución; se encuentra en la 11 avenida "A" 12-30 zona 7 Colonia La Verbena. Fue fundado en 1,948, creado específicamente para tratar la tuberculosis. Inicialmente la población atendida era masculina, posteriormente se vio la necesidad de habilitar salas para atender a pacientes mujeres; ocho años después se creó la sala de neumología y Cirugía de Tórax, ya que inicialmente sólo existía sala de encamamiento. Conjuntamente, al habilitar la sala de mujeres, se inauguró la sala de pediatría (actualmente ésta área funciona en el hospital de Infectología zona 11, debido a que en el Hospital San Vicente son atendidos pacientes de 14 años en adelante). Desde entonces se atiende a población de escasos recursos económicos, que no pueden asistir a consultas privadas.

Los médicos que se encuentran son especialistas, neumólogos, cirujanos de tórax, médicos generales que son considerados tisiólogos, cardiólogo, odontólogo, internista, terapeuta respiratorio, anestesistas, nutricionista, químico biólogo, endocrinólogo especializado en diabetes. También se puede mencionar que cuenta con los servicios de patología y rayos X. Además, el hospital es atendido por personal de enfermería formado por enfermeros auxiliares, enfermeras graduadas, así como personal de mantenimiento y limpieza.

San Vicente cuenta también con el Departamento de Salud Mental formado por las plazas de psicología, psiquiatría y terapia ocupacional. Dicho hospital presta los servicios internos de Medicina de hombres y mujeres, cirugía de hombres y mujeres, neumología y terapia de infecciones respiratorias y sala de intensivo.

3.1 Características de la población

Los talleres se desarrollaron en el salón de usos múltiples del hospital San Vicente, con cuarenta pacientes, veinticinco hombres y quince mujeres, con diagnóstico positivo de VIH/SIDA, comprendidos entre las edades de 18 a 60 años, la mayoría provenientes de los departamentos y el resto de la ciudad capital, el nivel escolar de los internos es de educación primaria, la mayoría se dedica al comercio y son provenientes de familias de escasos recursos.

Algunos de los pacientes son referidos por otros hospitales, tales como el Roosevelt, San Juan de Dios, por presentar síntomas de tuberculosis. Ingresan al hospital, les hacen los exámenes respectivos entre ellos el del VIH/SIDA; en la mayoría de los casos no saben que son seropositivos, la noticia se les da en el hospital, posteriormente realizan los contactos con los hospitales nacionales y organizaciones no gubernamentales para que sean evaluados y les proporcionen los medicamentos indicados para el VIH/SIDA. Permanecen en el hospital, salen una vez al mes al hospital que les asignen para evaluación y a recibir sus retrovirales.

La atención de los pacientes con VIH/SIDA en Guatemala es cubierta por la red hospitalaria nacional, entre esta, el Hospital San Vicente; y organizaciones no gubernamentales tales como Médicos Sin Fronteras. Las personas con VIH deben ver a un médico para que éste pueda monitorear su sistema inmunológico. Al hacerse exámenes de laboratorio (como los conteos de células T) y observar la variación de los resultados con el tiempo, pueden tener una mejor idea sobre posibilidades de tratamientos y cambios de tratamientos. Para muchas enfermedades pueden comenzar a tomar un tratamiento preventivo, aun antes de desarrollar síntomas. Este concepto se conoce como "cuidado temprano" y "profilaxis". La idea es que si se ofrece tratamiento a personas que aún no tienen síntomas, tendrán más posibilidades de mantenerse saludables y con mejor calidad de vida.

3.2 Análisis e interpretación de los resultados

Al culminar la investigación presente se logró evidenciar que el conocimiento de los pacientes en cuanto a la enfermedad VIH era desconocido. Así mismo su percepción ante el diagnóstico de VIH era un pensamiento negativo, existía una ausencia de conocimiento y aceptación a la enfermedad.

La mayoría de los pacientes lleva poco tiempo de saber que son portadores y sus actitudes solían ser fatalistas ante la situación, dando comentarios entre ellos de muerte.

La negación ante la misma fue el primer mecanismo de defensa presentado según las entrevistas, además algunos de los pacientes indicaban que la enfermedad la contrajeron por medio de la pareja, consideraba a grandes rasgos que la enfermedad les cambio la vida en su totalidad, al punto que las metas de vida según los pacientes ya no podrían realizarse; además se evidencio que se culpabilizaba a otros al adquirir la enfermedad.

Individualmente al recibir un diagnóstico con enfermedad terminal se ven afectadas las distintas áreas de socialización del ser humano, entre estas están el área social, familiar, laboral y el área personal, reflejándose problemas como falta de compañerismo entre los pacientes, falta de solidaridad, de amistad y el respeto principalmente, en el hospital donde permanecen internos. Debido a estas actitudes negativas se manifestaron problemas de inadaptación caracterizándose principalmente por conductas agresivas que denotaron la percepción afectada en cuanto a la enfermedad.

La forma de afrontamiento más utilizada por los pacientes, es la espiritual, la actitud ante el futuro es de desesperanza, y sus planes según ellos indicaban eran incumplibles y sin sentido de llevar a cabo, esto evidencia un impacto negativo en el sentido de vida y en las expectativas.

Los pacientes portadores de VIH perciben la realidad de una forma negativa, pues representan como el fin más cercano a la muerte, esto indudablemente genera sentimientos negativos como la tristeza, la desesperanza, la desilusión.

Así mismo, se asocia el diagnóstico a incapacidad de expresión de sentimientos y afectos pues la misma experiencia de VIH-SIDA los aísla socialmente. Por otro lado, se generaron sentimientos de culpa al haber sido diagnosticados, miedo al saber que era una enfermedad terminal la cual la asociaban a la muerte, que a su vez les producía un sentimiento de inseguridad, rabia, frustración que les llevaba a la pérdida del sentido de vida que desarrolló en ellos una anulación de sus capacidades. El vacío existencial se hizo evidente en los pacientes puesto que demostraban crisis emocionales desencadenadas por sufrir frustraciones en forma continua, incapacidad para concretar propósitos individuales y realización de actividades rutinarias que dejan poco espacio a la creatividad; asumiendo que esto se deba sobre todo, a la falta de afecto y de relaciones sociales enriquecedoras.

Además llamaba la atención el hecho de que el paciente con este problema experimentaba habitualmente estados de angustia, es decir, momentos de alteración, tensión o ansiedad sin que hubiera algo que los provocara; ellos mostraron que les preocupaba todo, pero a la vez nada en específico. Perdieron la motivación y el interés por lo que sucedía a su alrededor.

En el área personal, se logró la reelaboración del proyecto de vida, incluyendo metas, sueños e ideales que tenían por realizar. Se logró que modificaran pensamientos, aprendiendo a tener conductas positivas ante ellos mismos, así como la aceptación de la enfermedad y la disciplina, a través de la técnica cognitiva-conductual. Se logró reestructurar el pensamiento y actitudes negativas para mejorar la calidad de vida. Por su parte, los participantes adquirieron conscientemente la responsabilidad de sí mismo, para continuar con el tratamiento y apoyo que se les brinda en el Hospital.

Se logro que el mecanismo de negación ante el diagnóstico se modificara a la aceptación del mismo. El área familiar se vio mejorada, algunos de los internos no les gustaba que los fueran a visitar por el sentimiento de culpa y vergüenza que les provoca el diagnóstico y antes de culminar los talleres se dieron cuenta que el apoyo de la familia es de vital importancia, especialmente frente a una enfermedad mortal. Así mismo, en el área social, se mejoró la interacción entre ellos, logrando un acercamiento de compañerismo y como resultado la celebración de los cumpleaños entre ellos mismos. Se logro un cambio de pensamientos y actitudes hacia ellos mismos y sus compañeros en el hospital.

Se pudo observar de esta manera que es de gran importancia el apoyo psicológico para que se logre la aceptación del diagnóstico ante una enfermedad mortal, como lo es el VIH/SIDA. Así mismo, es importante que la persona adopte una actitud positiva y emprendedora ante una situación como lo es estar infectado con el VIH/SIDA, aceptar la realidad con valor y dignidad y afrontar el destino, ya que, en última instancia, lo más importante no es lo que le está sucediendo sino como afrontarlo, como sobrellevar esta situación.

3.3 Gráficas de Resultados

El siguiente apartado está referido a los resultados obtenidos en base a los instrumentos aplicados: Guía de entrevista dirigida a personas diagnosticadas con VIH, Guía de observación y Test de la figura humana, con los cuales se dará a conocer la percepción de las personas al ser diagnosticadas con VIH positivo.

Este apartado describe los elementos cualitativos y cuantitativos de la aplicación de los instrumentos a las personas de ambos sexos entre las edades de 18 a 60 años diagnosticadas con VIH del Hospital San Vicente.

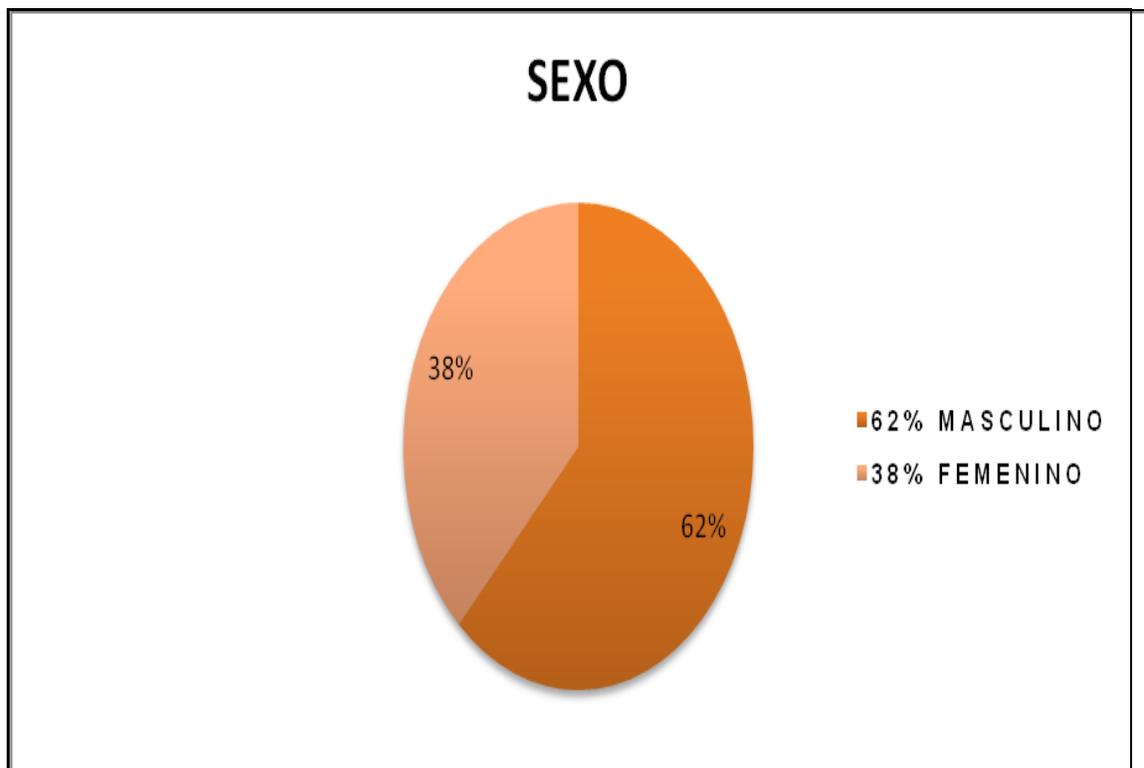
El informe describe los datos generales que caracterizan la muestra de los/as participantes, así como los gráficos que reflejan los resultados obtenidos de la guía de entrevista aplicada, la guía de observación y el test de la figura humana.

DATOS GENERALES DE LA ENTREVISTA APLICADA A PERSONAS CON VIH POSITIVO

A continuación se presentan gráficamente los datos generales de la entrevista aplicada a las personas con VIH positivo pertenecientes al Hospital San Vicente, quienes conformaron la muestra para realizar la presente investigación.

DATOS GENERALES

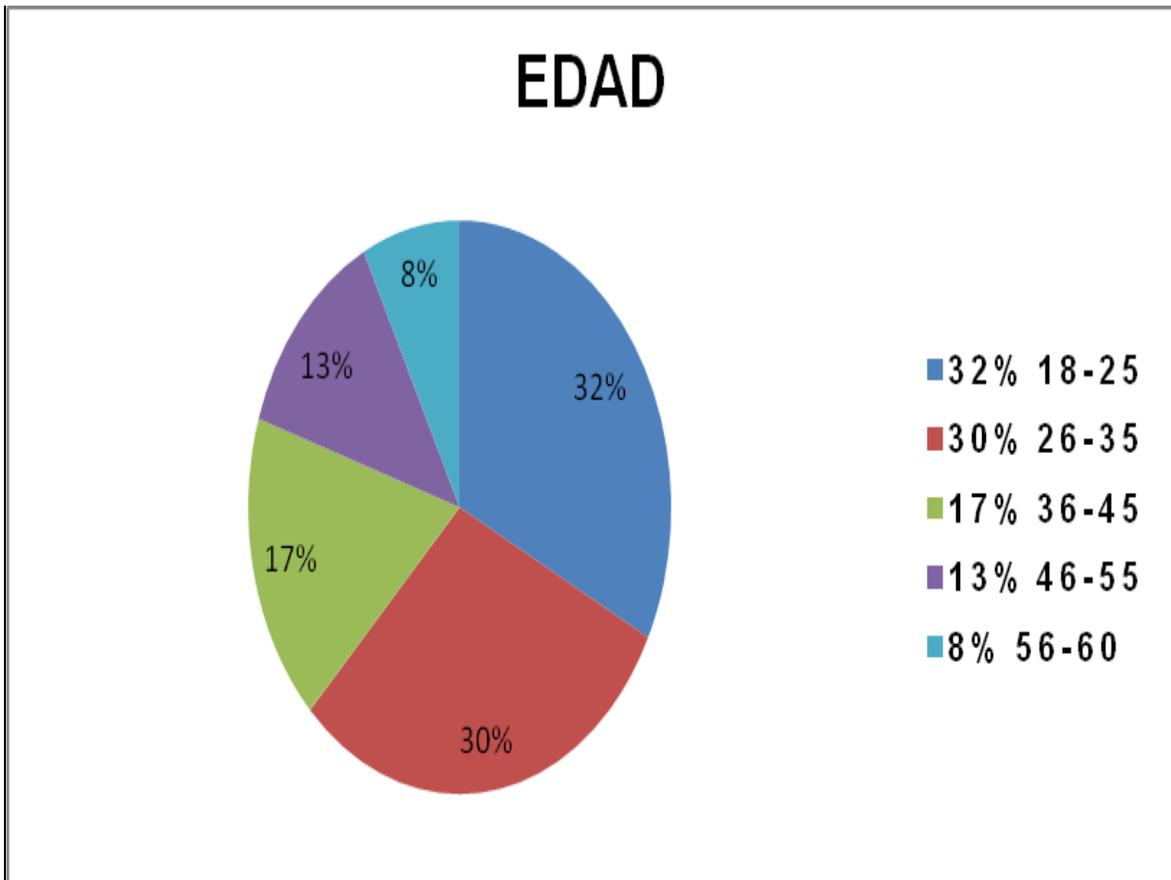
Gráfica #1



Fuente: Entrevista realizada sobre VIH a los pacientes de Hospital San Vicente en el mes marzo – abril del año 2015.

Descripción: De acuerdo a los datos obtenidos en la entrevista se tiene que del 100% de los/as participantes el 62% pertenece al sexo masculino y el 38% al sexo femenino.

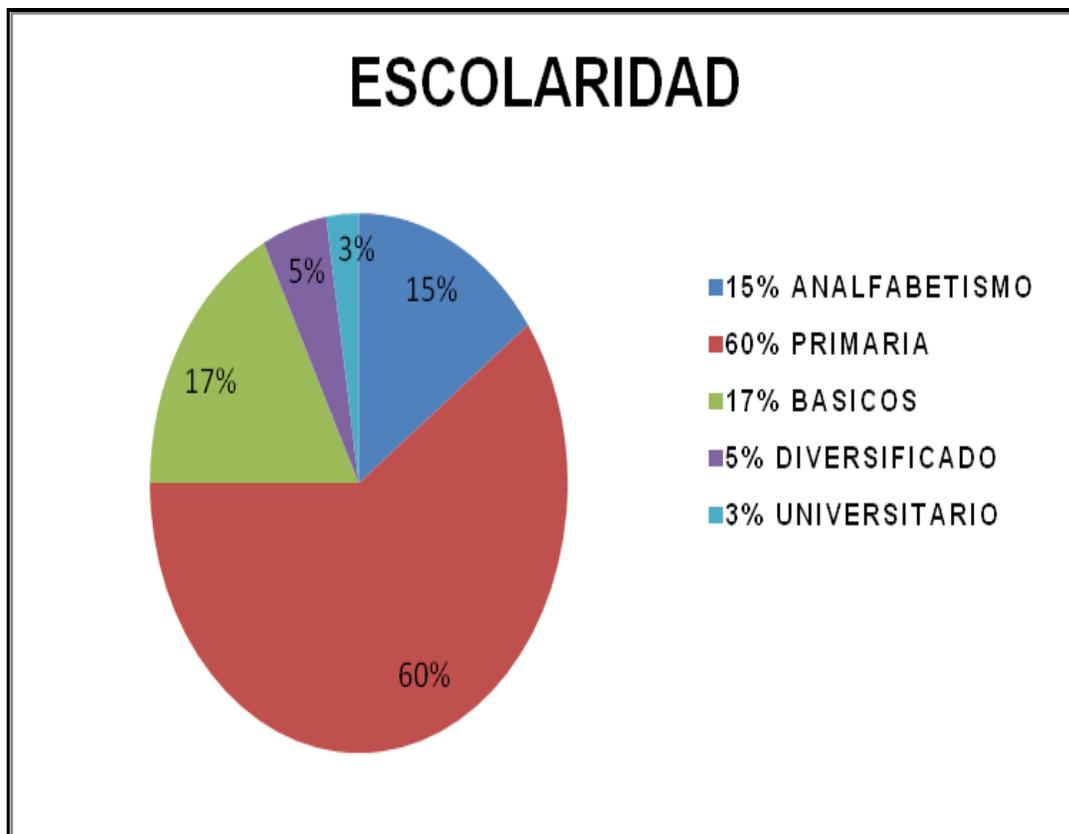
Gráfica #2



Fuente: Entrevista realizada sobre VIH a los pacientes de Hospital San Vicente en el mes marzo – abril del año 2015.

Descripción: Respecto a los datos obtenidos se tiene que del 100% de los/as pacientes se distribuye de la siguiente forma el 32% comprendidos entre 18 y 25 años de edad, el 30% entre 26 y 35 años, el 17% entre 36 y 45, el 13% de 46-55 y el 8% de la población representa entre las edades 56 y 60.

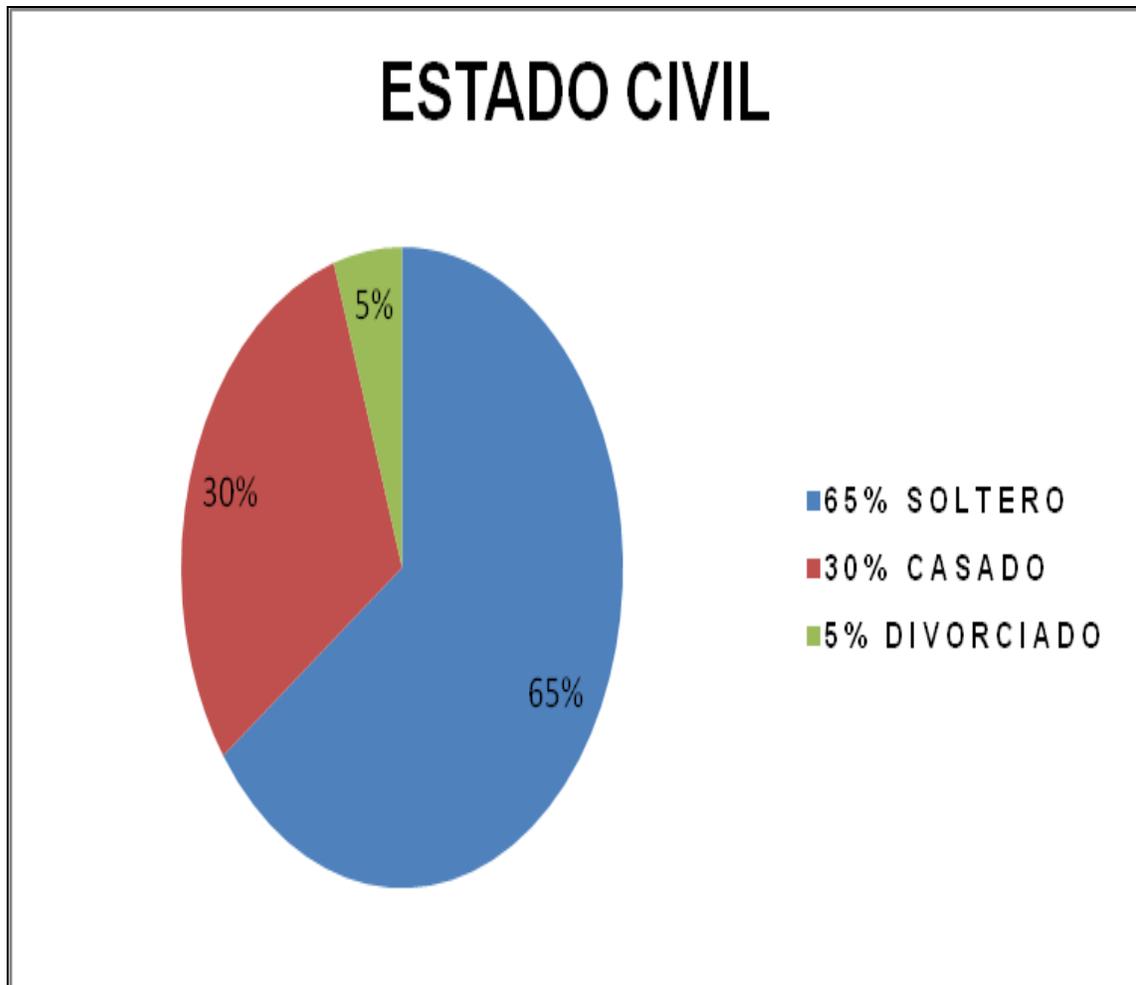
Gráfica #3



Fuente: Entrevista realizada sobre VIH a los pacientes de Hospital San Vicente en el mes marzo – abril del año 2015.

Descripción: En cuanto a los datos obtenidos se tiene que del 100% de los/as participantes el 60% cuentan con un nivel de escolaridad primaria, el 17% educación básica, el 15% carecen de estudios, el 5% estudios diversificado, y el 3% restante posee una es una escolaridad superior.

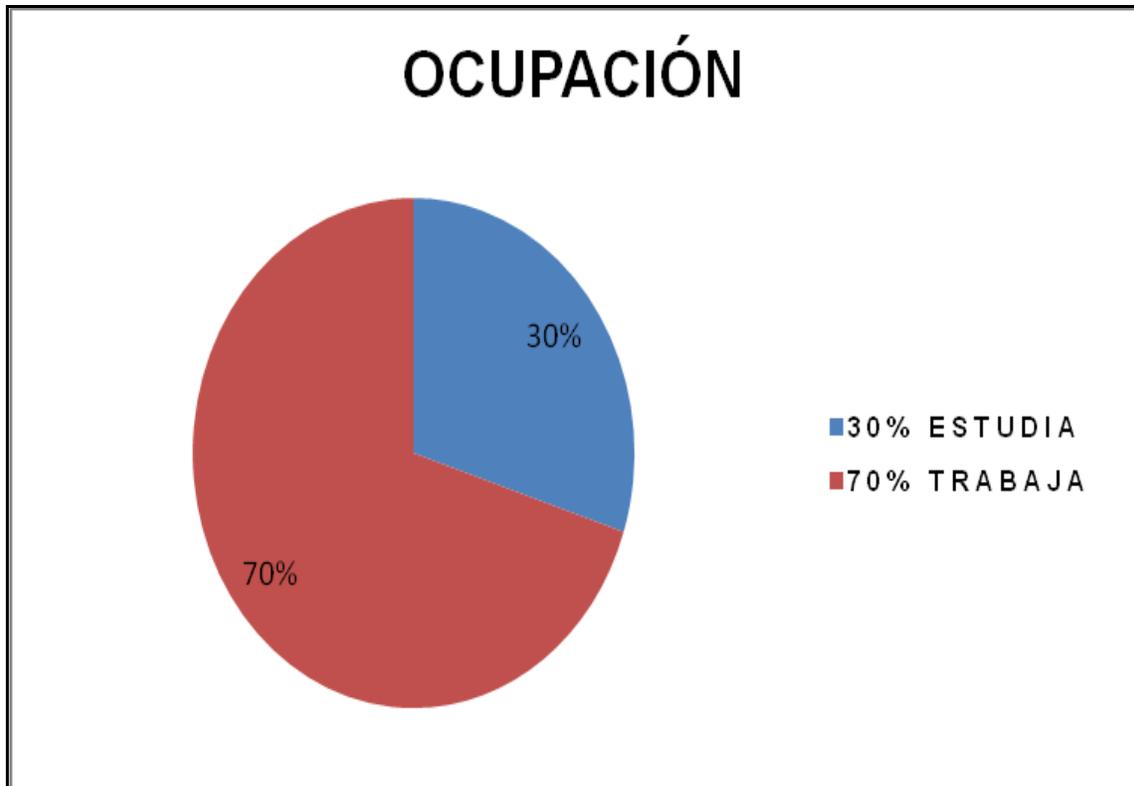
Gráfica # 4



Fuente: Entrevista realizada sobre VIH a los pacientes de Hospital San Vicente en el mes marzo – abril del año 2015.

Descripción: De acuerdo a los datos obtenidos se tiene que del 100% de los/as participantes el 65% manifestaron que se encuentra soltero/a; mientras que el 30% manifestaron que está casado/a; mientras que el 5% que está divorciado/a.

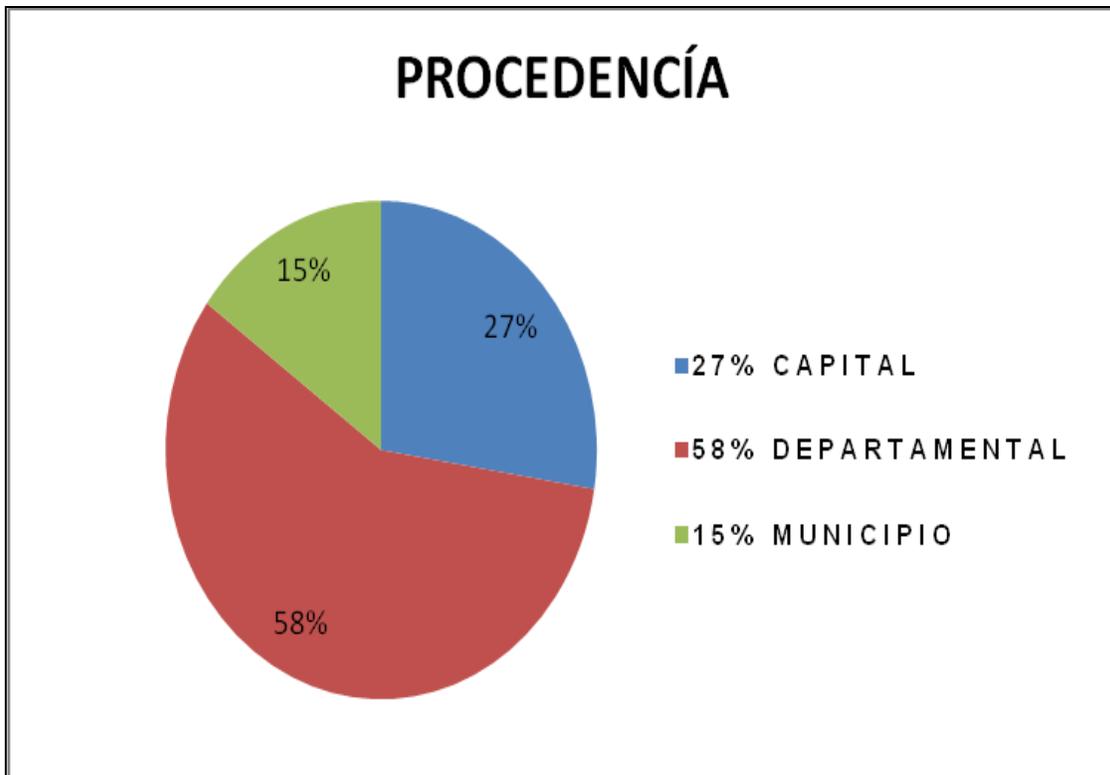
Gráfica #5



Fuente: Entrevista realizada sobre VIH a los pacientes de Hospital San Vicente en el mes marzo – abril del año 2015.

Descripción: Los datos obtenidos se tiene que del 100% de los/as participantes a la categoría con mayor porcentaje fue la de empleado/a con el 70%, asimismo el 30% estudia.

Gráfica #6



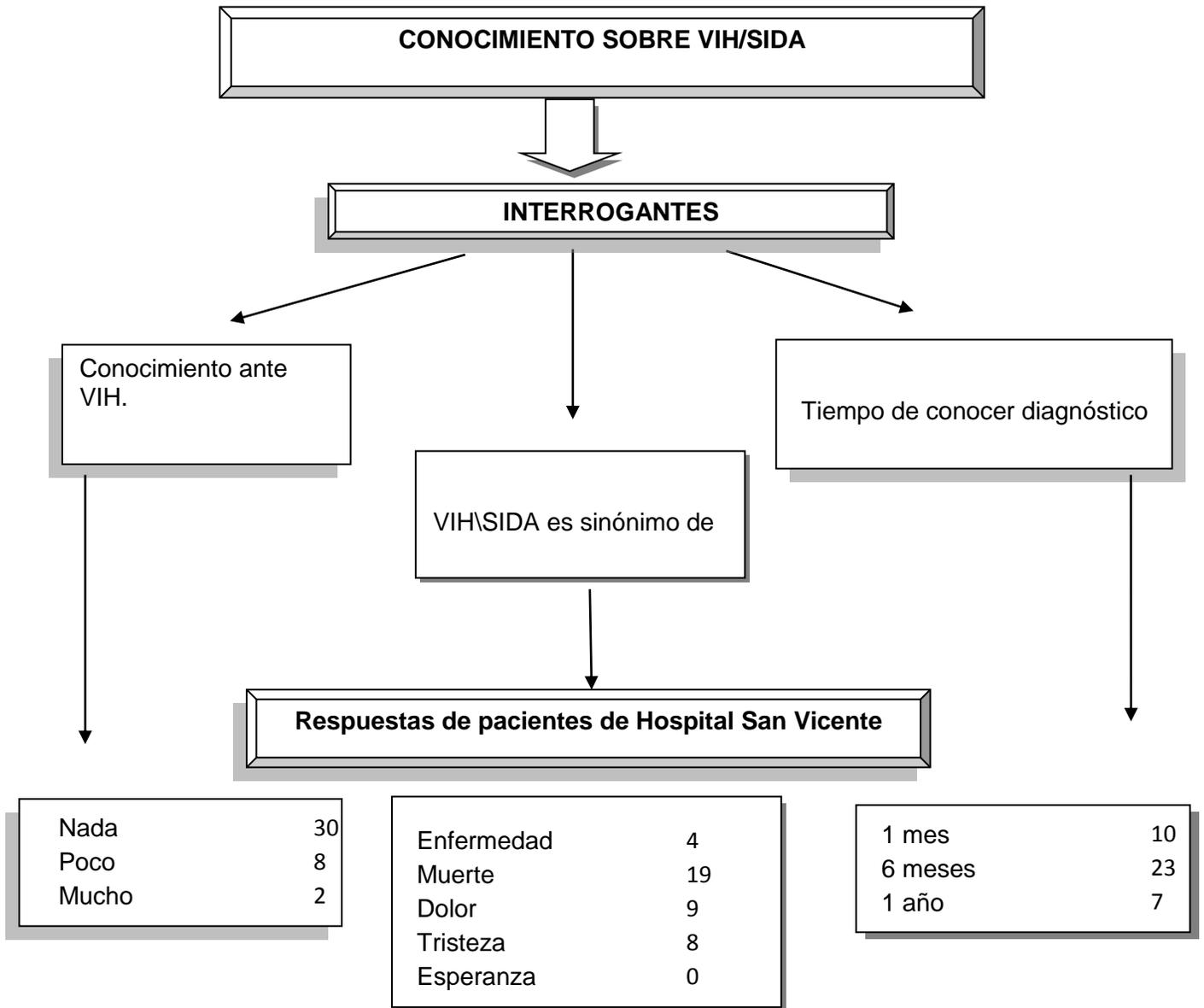
Fuente: Entrevista realizada sobre VIH a los pacientes de Hospital San Vicente en el mes marzo – abril del año 2015.

Descripción: Según los datos obtenidos se tiene que del 100% de los/as participantes el 58% pertenece a la zona departamental, el 27% provienen de la capital y el 15% restante provienen de municipios.

RESULTADOS OBTENIDOS EN LA GUÍA DE ENTREVISTA APLICADA A PERSONAS PORTADORAS DE VIH POSITIVO

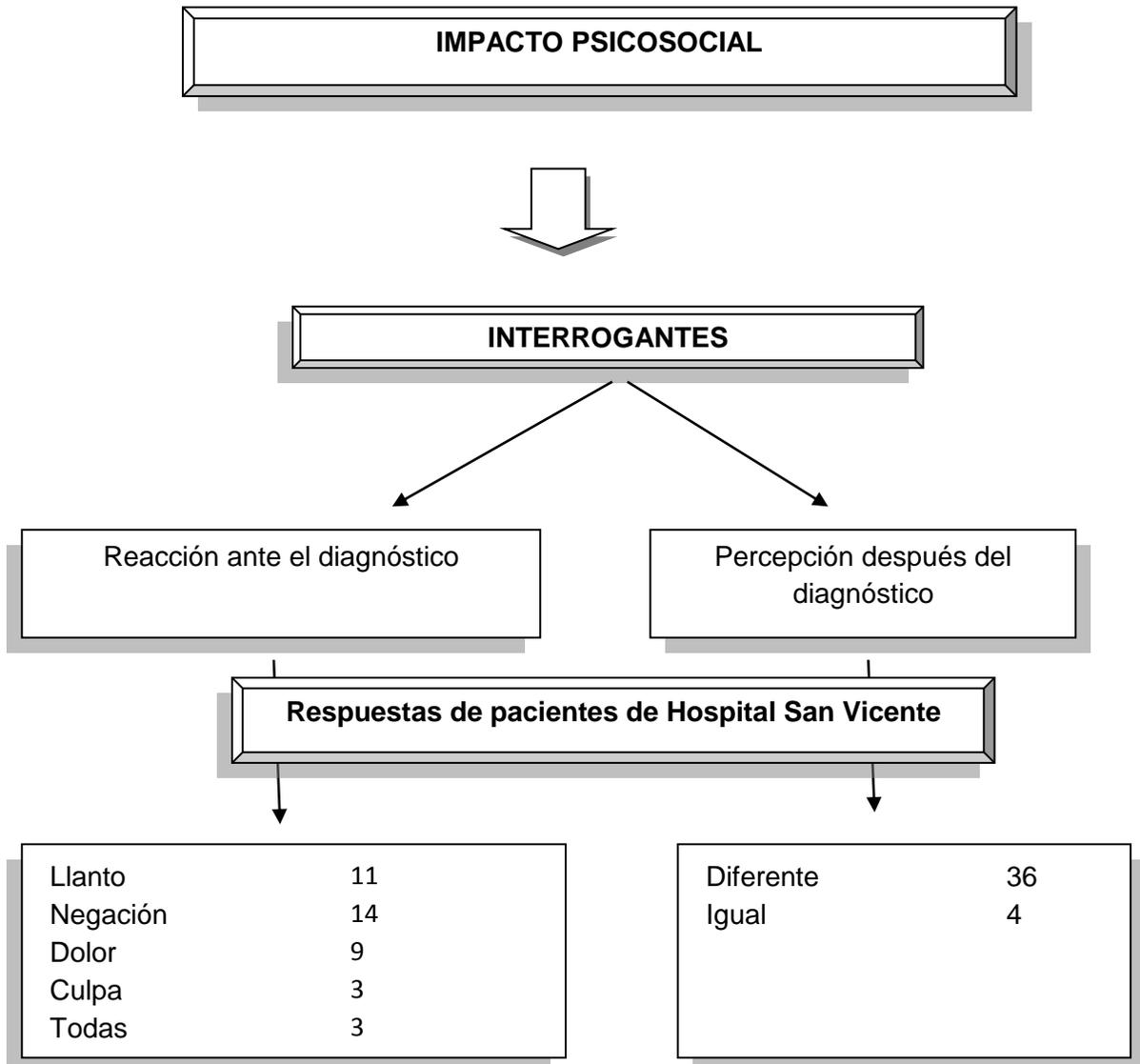
En el presente apartado se da a conocer los resultados más significativos de los diferentes instrumentos aplicados a las personas con VIH positivo pertenecientes al Hospital San Vicente, fueron: Guía de entrevista, Guía de observación y el Test de la Figura Humana de Karen Machover.

ESQUEMA 1



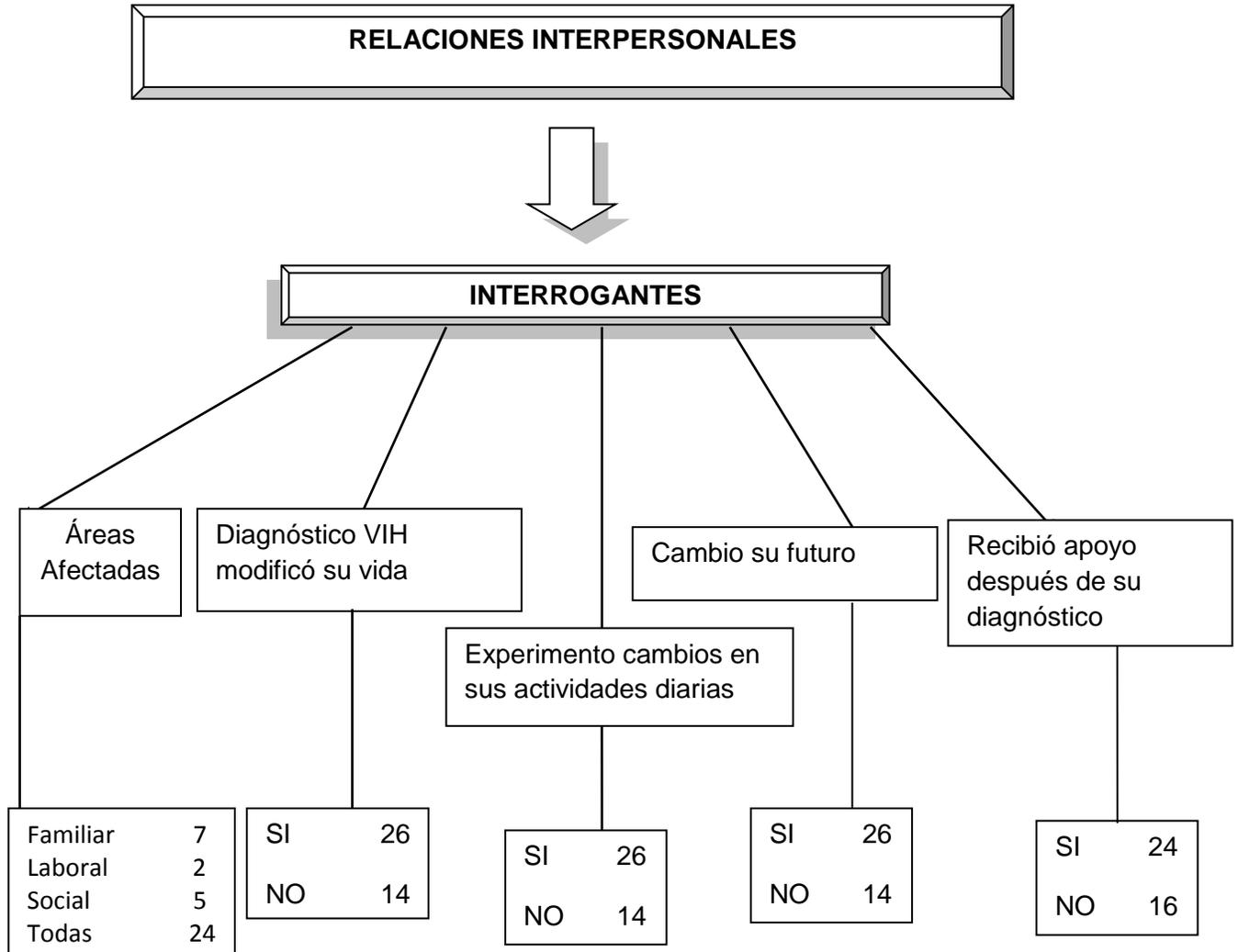
En base a los datos obtenidos en las interrogantes se puede decir que la mayoría de los entrevistados no tenía conocimiento alguno de la enfermedad VIH, para ellos el sinónimo de VIH era la muerte por el hecho de ser una enfermedad terminal que no tiene cura, según los resultados a esta interrogante se puede indicar que las personas conocían de su diagnóstico en su mayoría hace seis meses.

ESQUEMA 2



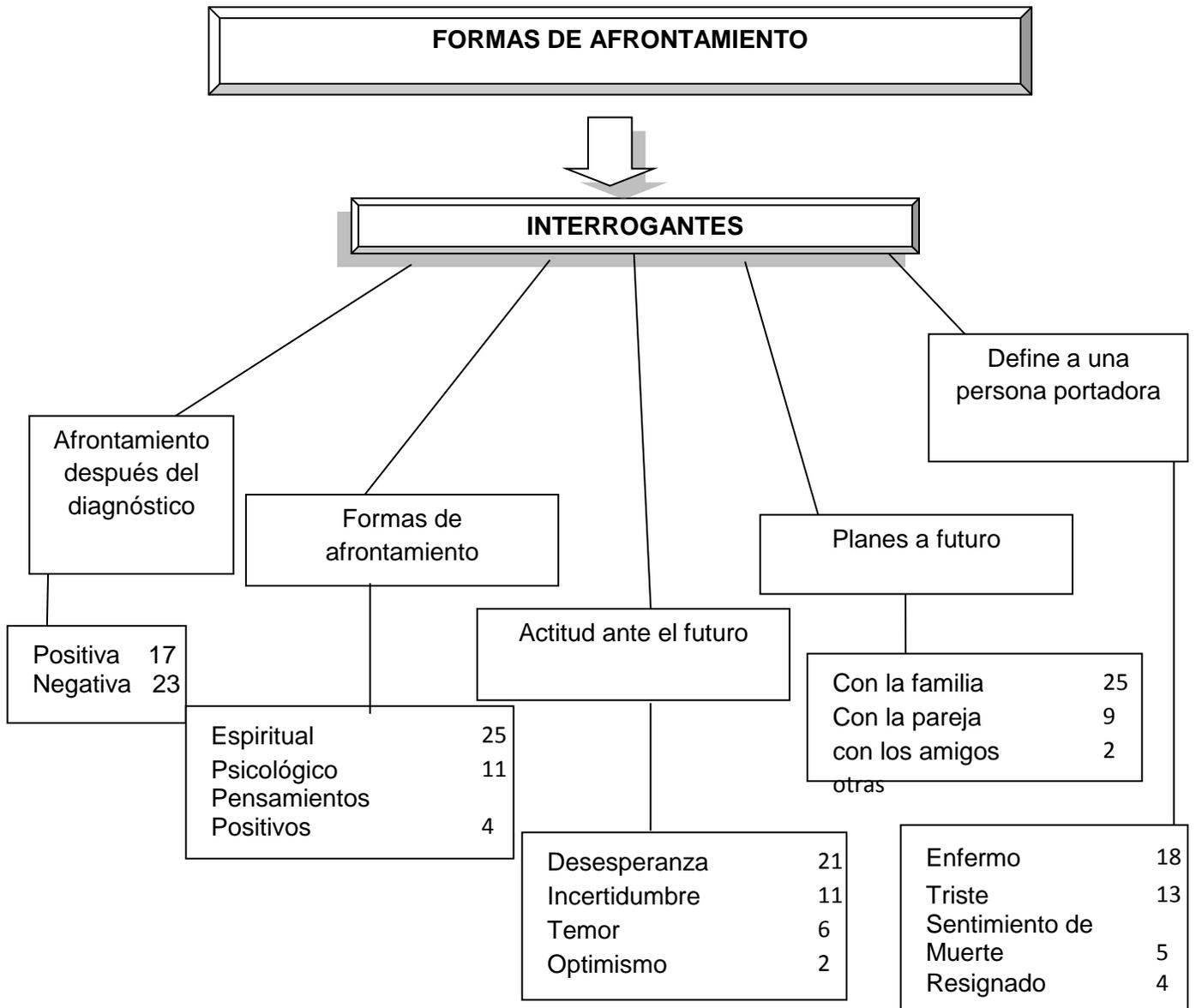
De acuerdo a los datos anteriores se encontró una alta frecuencia en la reacción de la negación esto se debe a que se enfrentan con algo desconocido debido a la falta de información que poseían acerca del tema y que representaba una amenaza de muerte. La mayoría de los pacientes perciben la vida de diferente manera después del diagnóstico debido al gran impacto que genera la noticia que se posee esta enfermedad.

ESQUEMA 3



De lo anterior se puede afirmar que las personas portadoras de VIH positivo, todas las áreas de su vida se ven afectadas, así mismo experimentaron cambios en su vida, esto debido al impacto que significó conocer su diagnóstico, se encontró que las personas con esta enfermedad experimentaron cambios en sus actividades diarias, pues les generó una crisis que les afectó a muchos sectores de la vida, la mayoría de los pacientes percibieron que a partir de conocer de la enfermedad experimentaron cambios en sus planes a futuro, la mayoría si fueron referidas a un grupo de apoyo .

ESQUEMA 4



4

En base a los resultados obtenidos se observó que la mayoría de los pacientes tienen actitudes negativas con respecto a la nueva forma de vida, así mismo han encontrado alguna forma para afrontar el diagnóstico, a pesar de esta enfermedad la mayoría tiene planes a futuro, con la familia, con la pareja y con los amigos, ellos definen a las personas portadoras de VIH como: enfermo, triste, sentimiento de muerte y por ultimo resignados.

RESULTADOS OBTENIDOS EN LA GUÍA DE OBSERVACIÓN APLICADA A PERSONAS PORTADORAS DE VIH POSITIVO

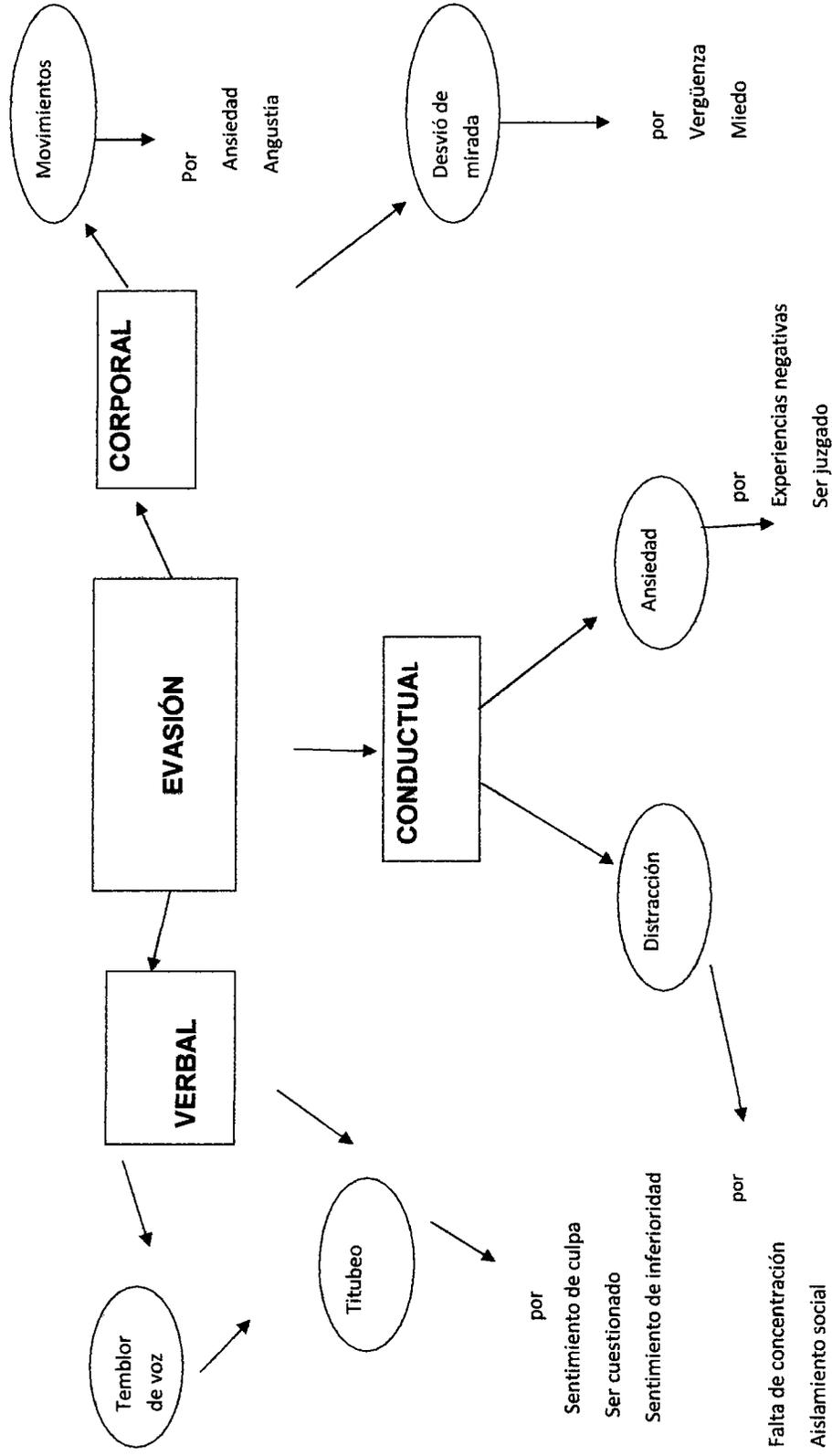
MATRIZ DE OBSERVACIÓN

Indicadores	Muy Frecuente	Poco Frecuente	Ausente
Expresión Corporal			
Movimientos constantes	12	0	0
Se muerde las uñas	1	0	0
Desvian la mirada	18	0	1
Mantiene Contacto Visual	1	1	1
Frunce el seño	1	1	0
Llora	1	0	0
Se muestra hostil	1	1	0
	35	3	2
Expresión Verbal			
Fluidez Verbal	8	1	0
Le tiembla la voz	14	0	1
Titubea	13	0	0
Se tarda al responder	2	1	0
No responde	0	0	0
	37	2	1
Manifestaciones Cognitivas/Conductuales			
Se distrae con facilidad	10	0	0
Dificultad de concentración	5	0	0
Fallas de memoria	1	1	0
Se muestra nervioso	16	0	0
Se muestra tranquilo y relajado	1	0	0
Comezón en el cuerpo	4	0	1
No muestra interes en la actividad	1	0	0
	38	1	1

Fuente: observación dirigida a pacientes con diagnóstico VIH del Hospital San Vicente, 2015.

MAPA CONCEPTUAL

PRODUCTO DE LA OBSERVACIÓN CONDUCTUAL A PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH



DESCRIPCIÓN DE LA GUÍA DE OBSERVACIÓN

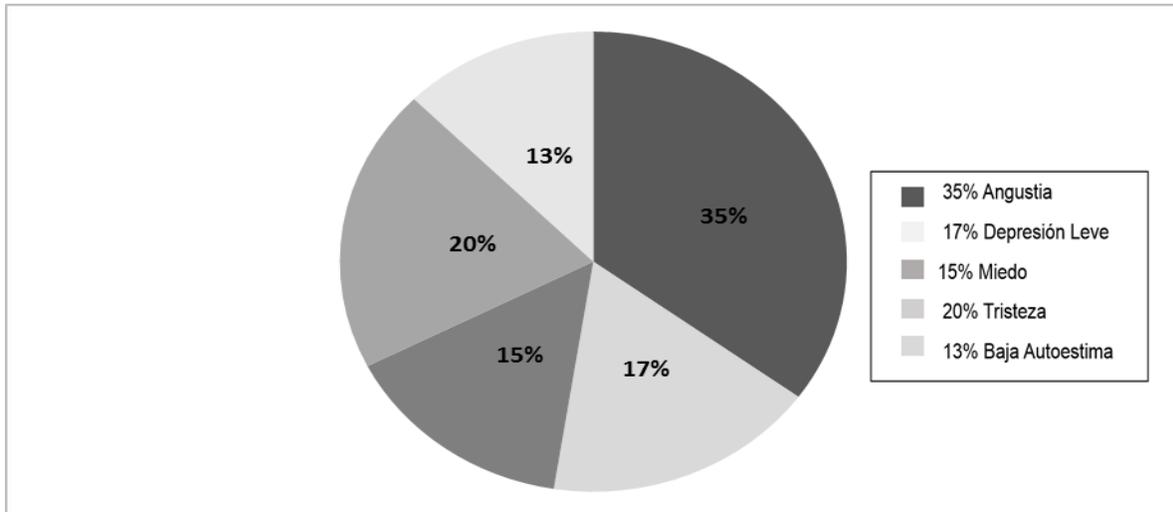
En base a la información recopilada por medio de la guía de observación se evidenció que las conductas más representativas fueron: en la expresión corporal las personas al momento de ser entrevistadas se movían constantemente y desviaban la mirada, cambiaron de actitud debido al afrontamiento. Debido a algunas de sus experiencias o porque aún se les hace difícil hablar abiertamente del tema, denotaron en su expresión angustia y ansiedad.

En relación a la expresión verbal, se presentó con mayor frecuencia el temblor en la voz al momento de responder las preguntas, así como también el titubeo en las mismas, lo que da la pauta interpretarlo como presencia de sentimiento de culpa, sentimiento de inferioridad y temor al ser cuestionado, asimismo como una carga emocional que les provoca dicha manifestación al expresar aspectos relacionados al diagnóstico.

Dentro de las manifestaciones cognitivo-conductuales la más sobresaliente fue la ansiedad manifestada, se podía notar en la expresión facial y la distracción, asociada a la falta de concentración y aislamiento social, así también se presenta esa condición en las demás conductas anteriormente descritas (titubeo, desviar la mirada, temblor en la voz, entre otras).

RESULTADOS OBTENIDOS DEL TEST DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER

Gráfica #7



Fuente: Test de la Figura Humana aplicada a los pacientes de Hospital San Vicente en el mes marzo – abril del año 2015.

El gráfico muestra una perspectiva del nivel de depresión que presentan las personas que reciben la notificación del diagnóstico de VIH positivo, se puede inferir que del 100% de la población que participo un 35% presenta angustia, un 17% presenta depresión leve, 15% miedo, 20% tristeza, 13% baja autoestima; de acuerdo a estos datos se puede afirmar que la enfermedad de VIH/SIDA ocasiona un fuerte impacto psicológico en el paciente afectado, principalmente cuando se entera de su diagnóstico y durante la etapa temprana de la enfermedad, es allí cuando aparece la angustia y depresión que es una condición muy frecuente entre las personas con VIH y que afecta en gran medida su calidad de vida, ya que se puede manifestar con indicadores como lo son: el cansancio o fatiga, insomnio, problemas de alimentación, además de los síntomas de tipo emocionales-cognitivos como la falta de concentración, tristeza, aislamiento social, falta de planes para el futuro y desinterés. Los niveles angustia y depresión que estas personas presentan se debe en gran medida a la incertidumbre que provoca el no saber cómo va a evolucionar la enfermedad y en qué medida esta afectará a su entorno y su vida personal, familiar y social.

4.1 CONCLUSIONES

Ser portador de VIH\SIDA es un factor que impacta la percepción del individuo, siendo afectadas las áreas personal, familiar, laboral y social, ya que el ser diagnosticado con una enfermedad crónica altera el pensamiento el cual se refleja en sus actitudes.

Las personas diagnosticadas con VIH positivo tienen la creencia de perder el valor como persona por el hecho de ser portador/a del virus ya que repercute en la autoestima afectando su interior. El vacío existencial, la culpa, el miedo, la inseguridad y la frustración son algunos de los sentimientos que se ven reflejados en el proceso de evolución de la enfermedad.

El estigma y la discriminación social repercuten en la imagen que el paciente tiene de sí mismo como persona, esto se denota en la forma de expresarse de sí mismo y de otros que padecen la misma enfermedad. El compartir experiencias con otras personas que presentan la misma problemática, hace más factible la asimilación y aceptación del diagnóstico, y a la vez los prepara para enfrentar de manera más asertiva las implicaciones derivadas de dicho diagnóstico.

La forma de afrontamiento de cada persona es diferente y debido a estas diferencias individuales, cada una de ellas tiene un manejo distinto frente al diagnóstico, es por eso que no todas las personas utilizan las mismas formas de afrontar las situaciones, estas diversas formas se reflejan tanto en pensamientos como en actitudes, como lo es el fomentar más una relación espiritual, el apoyo psicológico, y el emitirse por sí mismos y de otros pensamientos positivos que les ayudan a mantener un bienestar psicológico.

4.2 RECOMENDACIONES

Brindar apoyo psicológico, sobre todo aquellas personas que han recibido recientemente el diagnóstico es necesario, por lo que se recomienda a la institución formar equipos de terapia tanto individual como grupal, pues en estos se comparten experiencias de las demás personas y se da la esperanza de sobrellevar la situación en base al ejemplo de otras que han recibido el mismo diagnóstico.

Desarrollar un apoyo psicológico en distintos niveles de participación de acuerdo al tiempo que tienen de haber sido diagnosticados/as, para que en las diversas fases de la enfermedad tengan el apoyo necesario para enfrentar los cambios físicos, psicológicos y sociales que el VIH conlleva.

Enfocar a los pacientes con el fin que puedan hablar con confianza y sin dificultades sobre su diagnóstico y entre ellos mismos poder ayudarse a mejorar su calidad de vida, escuchándose y entendiendo que viven la misma situación, pues el compartir experiencias, fortalece al paciente haciendo énfasis que hay muchas personas que viven con el VIH, y tratan de salir adelante.

Realizar charlas motivacionales a los pacientes para que adquieran las herramientas que les permitan afrontar de una manera positiva la enfermedad, logrando la permanencia y estabilidad emocional con el fin de mejorar la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

Carrobles, J., Remo, r E. y Rodríguez-Alzamora L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distres emocional en pacientes con infección por VIH.

Dorsh F. diccionario de psicología, traducción de Isame Antich, 4ª. Edición, Barcelona España, editorial Herder, 1,990.

Gatell J.M.et. al. Guía práctica del SIDA. Clínica. Diagnóstico y tratamiento, 8va.ED. Edit. Masson .México 2004 pág. 97.

Gaviria, Ana Milena et. al. Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticadas con VIH/SIDA. Santiago de Chile. Vol. 27. 2009. pag.5.

Kolb Lawrence C. psiquiatría clínica moderna, Traducción de Leopoldo Chagoya Beltrán, México, La Prensa Médica Mexicana. 1,997. Pág. 58

Orts, Joan Vaello, El profesor emocionalmente competente. Editorial Grao. de IRIF,SL .España. 2009. pág. 53

Ponce de León, Rangel. SIDA aspectos clínicos y terapéuticos. Editorial Mc Graw interamericana. México. 2000. Pág. 117-118.

Badia, Xavier, (2004)Calidad de vida relacionada con la salud del paciente VIH, http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/4_AF_VIH_2004/2_calidad_vida.pdf

Carl Bean, D. Min, (2013) , Proyecto de Minorías contra el SIDA, www.Salud.gov.pr/programas.

Gerardo Soler Cedré, (2005), La familia y el VIH/SIDA, 2014, <http://www.sld.cu/saludvida/temas.php?idv=10899>

Jatin M. Vyas, MD, (2014), VIH/SIDA, www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000594.htm.

Lucho, M. Y Jed, R. (1993). Algunas manifestaciones psicológicas en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/.../revistas/.../articulo_4.pdf.

OMS, (2013), VIH/SIDA, <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es>.

Programación y diseño por: educación médica continua. www.tusalud.com.mx/12005.htm.

River, J., Arellano, R., Molero, V. (2000), conducta del consumidor www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf.

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO
 ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
 RESPONSABLES
 MIRIAM ELIZABETH MUCUR
 BRENDA LUCRECIA VELÁSQUEZ



GUÍA DE OBSERVACIÓN

Datos generales:

Lugar: _____ Fecha: _____

Observador: _____

INSTRUCCIONES: Marque con un chequecito “✓” en la casilla en donde se observa la conducta Muy frecuente, Poco ausente y Ausente.

Conductas/Indicadores	Muy frecuente	Poco frecuente	Ausente
Expresión Corporal			
Se mueve constantemente			
Se muerde las uñas			
Desvía la mirada			
Mantiene contacto visual			
Frunce el ceño			
Llora			
Se muestra hostil			
Expresión verbal			
Fluidez verbal			
Le tiembla la voz			

Titubea			
Se tarda al responder			
No responde			
Manifestaciones cognitivas-conductuales			
Se distrae con facilidad			
Se le dificulta concentrarse			
Muestra fallas de memoria			
Se muestra nervioso/a			
Se muestra tranquilo y relajado			
Suda			
Se rasca una parte del cuerpo			
No demuestra interés en la actividad			

Otras:

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
RESPONSABLES
MIRIAM ELIZABETH MUCUR
BRENDA LUCRECIA VELÁSQUEZ



GUÍA DE ENTREVISTA

Datos Generales

Sexo: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____

Estado civil: _____ Ocupación: _____ Lugar de procedencia: _____

Instrucciones: a continuación se le presentan 15 ítems en su mayoría de opción múltiple marque con un chequecito "✓" en la casilla correspondiente. No hay respuesta correcta ni errónea.

1. ¿Antes de conocer su diagnóstico qué era lo que sabía usted acerca de VIH?

2. ¿Para usted el diagnóstico de VIH\SIDA es sinónimo de?

Enfermedad ----- Muerte ----- Dolor ----- Tristeza ----- Esperanza -----

Otros: _____

3. ¿Hace cuánto tiempo conoce usted su diagnóstico?

Días ----- Semanas ----- Meses ----- Años -----

Hace: _____

4. ¿Cuál fue su primera reacción al conocer su diagnóstico?

Llanto ----- Negación ----- Dolor ----- Culpa ----- Todas ----- Otras -----

Por qué: _____

5. ¿Cómo percibe la vida desde que ha sido diagnosticado con VIH\ SIDA?

Diferente ----- Igual -----

Por qué: _____

6. ¿A partir del diagnóstico VIH positivo cuales fueron las áreas de su vida que más se vieron afectadas?

Social ----- Familiar ----- Laboral ----- Todas ----- Otras -----

Por qué: _____

7. ¿Considera que el diagnóstico VIH/SIDA ha modificado su vida?

Si ----- No -----

Por qué: _____

8. ¿Ha experimentado cambios en sus actividades diarias?

Si ----- No -----

Cuáles: _____

9. ¿Al conocer su diagnóstico cambiaron de alguna manera sus planes futuros?

Si ----- No -----

Por qué: _____

10. ¿Después de notificarle su diagnóstico recibió referencia de algún grupo de apoyo?

Si ----- No -----

Cuáles: _____

11. ¿De qué forma ha afrontado la vida desde el diagnóstico VIH/SIDA?

Positiva ----- Negativa -----

Por qué: _____

12. ¿Cuál es la forma de afrontamiento que ha utilizado para la adaptación y aceptación de su diagnóstico?

Espiritual ----- Psicológico ----- Pensamientos positivos ----- Otras -----

Cuáles: _____

13. ¿Cuál es su actitud ante el futuro?

Desesperanza ----- Incertidumbre ----- Temor ----- Optimismo ----- Otras -----

Cuáles: _____

14. ¿Tiene planes a futuro?

Con la familia ----- Con la pareja ----- Con los amigos ----- Otras -----

Cuáles: _____

15. ¿Cómo define usted a la persona que es portadora de VIH\SIDA?

ANEXO 3