

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



Influencia de la resiliencia y afrontamiento al estrés en la calidad de vida de pacientes VIH positivos en un Hospital del Callao

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

AUTOR

Jorge Alexander Quilla Regalado

ASESOR

Giovani Díaz Gervasi

Lima, Perú

2022

**METADATOS COMPLEMENTARIOS****Datos de los Autores****Autor 1**

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

**Autor 2**

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

**Autor 3**

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

**Autor 4**

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

**Datos de los Asesores****Asesor 1**

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (Obligatorio)	

**Asesor 2**

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (Obligatorio)	

### Datos del Jurado

#### Presidente del jurado

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

#### Segundo miembro

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

#### Tercer miembro

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

### Datos de la Obra

Materia*	
Campo del conocimiento OCDE Consultar el listado:	
Idioma	
Tipo de trabajo de investigación	
País de publicación	
Recurso del cual forma parte (opcional)	
Nombre del grado	
Grado académico o título profesional	
Nombre del programa	
Código del programa Consultar el listado:	

**\*Ingresar las palabras clave o términos del lenguaje natural (no controladas por un vocabulario o tesauro).**

## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

### PROGRAMA DE ESTUDIOS DE PSICOLOGÍA SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LICENCIATURA

#### ACTA N° 115-2022

En la ciudad de Lima, a los diecisiete días del mes de octubre del año dos mil veintidós, siendo las 14:00 horas, el Bachilleres Jorge Alexander Quilla Regalado sustenta su tesis denominada **“INFLUENCIA DE LA RESILIENCIA Y AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES VIH POSITIVOS EN UN HOSPITAL DEL CALLAO”**, para obtener el Título Profesional de Licenciado en Psicología, del Programa de Estudios de Psicología.

El jurado calificó mediante votación secreta:

- |   |                     |
|---|---------------------|
| 1.- Prof. Rafael Martin Del Busto Bretonche | APROBADO: MUY BUENO |
| 2.- Prof. Victoria Paula Sandoval Medina    | APROBADO: MUY BUENO |
| 3.- Prof. Carmen Liz Padilla Romero         | APROBADO: BUENO     |

Se contó con la participación del asesor:

- 4.- Prof. Giovanni Martin Diaz Gervasi

Habiendo concluido lo dispuesto por el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Católica Sedes Sapientiae y siendo las 15:00 horas, el Jurado da como resultado final, la calificación de:

**APROBADO: MUY BUENO**

Es todo cuanto se tiene que informar.



Prof. Rafael Martin Del Busto Bretonche  
Presidente



Prof. Victoria Paula Sandoval Medina



Prof. Carmen Liz Padilla Romero



Prof. Giovanni Martin Diaz Gervasi

Lima, 17 de octubre del 2022

Influencia de la resiliencia y afrontamiento al estrés en la calidad de vida de pacientes VIH en un Hospital del Callao

## **DEDICATORIA**

Este trabajo va dedicado a mis padres por sus enseñanzas, por la paciencia que tuvieron para alentarme y apoyarme en muchas situaciones arbitrarias que pasamos en familia, junto a mis hermanos.

Así como a una persona importante en mi vida que siempre está apoyándome y alentándome a seguir adelante, y no rendirme en mi camino profesional y personal.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecer a Dios por permitirme seguir adelante, a mis padres por su paciencia y determinación.

Agradecer también a mis profesores en mi etapa de estudiante, en especial al Dr. Yordanis por su apoyo y sabiduría durante mi etapa formativa. Así como, a mi asesor Dr. Giovani Díaz, por su paciencia y apoyo en desarrollar el presente trabajo de investigación.

## RESUMEN

El objetivo fue determinar la influencia de la resiliencia y el afrontamiento en la calidad de vida en personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS). La investigación fue de tipo explicativo, diseño no experimental y corte transversal. La muestra estuvo conformada por 146 PVVS pacientes de un Hospital Nacional del Callao mayores a 18 años. Los instrumentos fueron la Escala de resiliencia de Wagnild y Young (ER), el Cuestionario de modos de afrontamiento (COPE) y el Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF). En el análisis estadístico se usó: ANOVA, U de Mann Whitney, Kruskal-Wallis, Rho de Spearman, Pearson y la regresión lineal múltiple (RLM). Los resultados muestran que niveles altos de resiliencia están asociados a un incremento en las dimensiones: salud física (Coef. 2.95), psicológica (Coef. 2.50) y ambiente (Coef. 2.28) de la calidad de vida. Los modos de afrontamiento centrado al problema están asociados a un incremento en las dimensiones: psicológica (Coef. 0.26), relaciones sociales (Coef. 0.16) y ambiente (Coef. 0.28). Los modos de afrontamiento centrados a la emoción se ven asociados a un aumento de las probabilidades en las dimensiones: salud física (Coef. 0.31), psicológica (Coef. 0.35), relaciones sociales (Coef. 0.17) y ambiente (Coef. 0.30). Mientras que los otros modos de afrontamiento se asocian al aumento de las probabilidades de las dimensiones: salud física (Coef. 0.42), relaciones sociales (Coef. 0.25). Además, alcanzar un nivel académico superior universitario y el tener una vivienda alquilada, incrementan las probabilidades de tener una mejor calidad de vida. Se concluye que la resiliencia puede reducir el dolor, el estrés y propiciar una mejor calidad de vida. El modo en cómo la persona con VIH afronta la enfermedad, va influenciar positivamente durante su tratamiento. Asimismo, el nivel educativo posibilita el acceso y comprensión de las informaciones sobre temáticas pertinentes a la enfermedad. Vivir en una vivienda alquilada aumenta las probabilidades de tener una mejor calidad de vida.

**Palabras clave:** *PVVS; SIDA; Resiliencia; Modos de afrontamiento; Calidad de Vida; Salud mental. (Fuente: DeCS)*



## ABSTRACT

The objective was to determine the influence of resilience and coping on quality of life in people living with HIV/AIDS (PLWHA). The research was explanatory, non-experimental design and cross-sectional. The sample consisted of 146 PLHIV patients from a National Hospital of Callao older than 18 years. The instruments were the Wagnild and Young Resilience Scale (ER), the Coping Modes Questionnaire (COPE) and the Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF). Statistical analysis used: ANOVA, Mann Whitney U, Kruskal-Wallis, Spearman's Rho, Pearson and multiple linear regression (MLR). The results show that high levels of resilience are associated with an increase in the dimensions: physical health (Coef. 2.95), psychological (Coef. 2.50) and environment (Coef. 2.28) of quality of life. Problem-focused coping methods are associated with an increase in the following dimensions: psychological (Coef. 0.26), social relations (Coef. 0.16) and environment (Coef. 0.28). The emotion-focused coping modes are associated with an increase in the probabilities in the dimensions: physical health (Coef. 0.31), psychological (Coef. 0.35), social relationships (Coef. 0.17) and environment (Coef. 0.30). . While the other ways of coping are associated with an increase in the probabilities of the dimensions: physical health (Coef. 0.42), social relations (Coef. 0.25). In addition, reaching a university higher academic level and having a rented home increase the chances of having a better quality of life. It is concluded that resilience can reduce pain, stress and promote a better quality of life. The way in which the person with HIV copes with the disease will have a positive influence during their treatment. Likewise, the educational level makes it possible to access and understand information on topics relevant to the disease. Living in rented housing increases the chances of having a better quality of life.

**Keywords:** *HIV Seropositivity; AIDS Serodiagnosis; Resilience; Adaptation; Quality of Life; Psychological; Mental Health; Perú (Fuente: DeCS).*

## ÍNDICE

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Índice	vii
Índice de tablas	viii
Introducción	ix
Capítulo I El problema de investigación	10
1.1.Situación problemática	10
1.2.Formulación del problema	12
1.3.Justificación de la investigación	12
1.4.Objetivos de la investigación	13
1.4.1.Objetivo general	13
1.4.2.Objetivos específicos	13
1.5.Hipótesis	13
Capítulo II Marco teórico	15
2.1.Antecedentes de la investigación	15
2.2.Bases teóricas	18
Capítulo III Materiales y métodos	28
3.1.Tipo de estudio y diseño de la investigación	28
3.2.Población y muestra	28
3.2.1.Tamaño de la muestra	28
3.2.2.Selección del muestreo	28
3.2.3.Criterios de inclusión y exclusión	29
3.3.Variables	29
3.3.1.Definición conceptual y operacionalización de variables	29
3.4.Plan de recolección de datos e instrumentos	31
3.5.Plan de análisis e interpretación de la información	34
3.6.Ventajas y limitaciones	34
3.7.Aspectos éticos	34
Capítulo IV Resultados	37
Capítulo V Discusión	47
5.1. Discusión	47
5.2. Conclusión	50
5.3. Recomendaciones	52
Referencias bibliográficas	14
Anexos	

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características generales de la población evaluada	36
Tabla 2. Descripción de las variables principales en la población evaluada	37
Tabla 3. Asociación de la resiliencia con las variables sociodemográficas	38
Tabla 4. Asociación de los modos de afrontamiento con las variables sociodemográficas	40
Tabla 5. Asociación del tipo de calidad de vida con las variables sociodemográficas	42
Tabla 6. Asociación de la resiliencia, modos de afrontamiento y los tipos de calidad de vida.	44
Tabla 7. Análisis de regresión lineal múltiple para identificar los predictores de la calidad de vida.	46

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es la principal causa infecciosa de muerte a nivel mundial, si la enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) no se trata debidamente el porcentaje de letalidad aumentaría considerablemente. En la actualidad, hay muchos datos estadísticos que reflejan un poco la situación de la enfermedad a nivel mundial. Se han registrado un total de 36,7 millones de personas que viven con el VIH. Asimismo, en el 2015 se registraron un total de 2,1 millones, entre adultos 1,9 millones y niños 150 000, de personas recientemente infectadas con VIH. Por otro lado, las cifras sobre muertes relacionadas con el SIDA reportan un total de 1,1 millones (UNAIDS 2016). En el 2016 se reportaron 18,2 millones de número de personas que reciben tratamiento o están en terapia antirretroviral.

Por otro lado, la epidemiología del VIH-SIDA en el Perú, se encuentra en un nivel “concentrada debido a que la prevalencia estimada del VIH en gestantes es de 0.23%. Mientras que en población de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y mujeres transgénero (TRANS) es de 12.4%. Según datos estadísticos, la principal vía de transmisión es sexual en un 97%, madre a hijo 2% y parenteral 1%. En los registros encontrados sitúan que el 77 % de casos notificados de SIDA son varones, mientras que el 23% restante es corresponde al sexo femenino. La razón hombre /mujer es de 3,1 y la mediana de la edad de casos de SIDA es de 31 años aproximadamente. (Boletín informativo MINSa, 2015)

Por ende, en el presente proyecto de investigación titulado: “Influencia de la resiliencia y el afrontamiento en la calidad de vida en personas VIH positivas en el Callao”, tuvo como objetivo determinar la influencia de la resiliencia y el afrontamiento en la calidad de vida en personas VIH positivas y su participación en la satisfacción de la necesidad de apoyo emocional de la persona. El propósito de la investigación estuvo orientado a que con los hallazgos que se obtuvieron, permitan brindar información para una posible elaboración de programas de capacitación y/o actualización en relación al abordaje de la resiliencia, un mejor modo de afrontar la enfermedad y así abrir espacios de reflexión y una mejor convivencia con las personas afectadas por el virus de la enfermedad. Todo ello, como parte de la prevención y optimización de la salud mental, y la importancia del apoyo familiar para mejorar la calidad de vida de la persona viviendo con el VIH/SIDA.

## **CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. Situación problemática**

Según la ONUSIDA, la situación problemática del VIH en el 2016 (en los últimos dos años) el número de personas que acceden y reciben el tratamiento antirretroviral se ha incrementado en un tercio de la población, llegando a 17 millones, 2 millones más que en el 2015 (UNAIDS 2016). Por otro lado, del 2003 a la actualidad la prevalencia de muerte a causa del SIDA denota una disminución de un 43 %.

Acorde a reportes realizados por la UNAIDS en el 2015 sobre cifras estadísticas a nivel mundial de cómo se desarrolla la epidemia del SIDA, se ha registrado un total de 36,7 millones (34,0 millones-39,8 millones). Entre los cuales se tiene: adultos 34,9 millones (32,4 millones-37,9 millones), mujeres 17,8 millones (16,4 millones-19,4 millones) y niños 1,8 millones (1,5 millones-2,0 millones), de personas que viven con el VIH. Asimismo, en el 2015 se registran un total de 2,1 millones (1,8 millones-2,4 millones), entre adultos 1,9 millones (1,7 millones-2,2 millones) y niños 150 000 (110 000-190 000) de personas recientemente infectadas con VIH en 2015. Por otro lado, las cifras sobre muertes relacionadas con el SIDA reportan un total de 1,1 millones (940 000-1,3 millones), entre adultos 1,0 millones (840 000-1,2 millones) y niños 110 000 (84 000-130 000) (UNAIDS 2016). Por otro lado, en el 2016 se reportaron 18,2 millones (16,1 millones-19,0 millones), de número de personas que reciben tratamiento o que está en terapia antirretroviral (UNAIDS 2016).

La epidemiología del VIH-SIDA en el Perú se encuentra en el nivel “concentrada”, debido a que la prevalencia estimada de VIH en gestantes es de 0.23%. Mientras que en población de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y mujeres transgénero (TRANS) es de 12.4%. Datos estadísticos reportan que la principal vía de transmisión es sexual 97%, madre a hijo 2% y parenteral 1%. En los registros encontrados sitúan que el 77 % casos notificados de SIDA son varones y el 23% de casos notificados de SIDA son mujeres. La razón hombre /mujer es de 3,1 y la mediana de la edad de casos de SIDA es de 31 años aproximadamente (Boletín informativo MINSA, 2015). Es así, que, en el Perú, existen hasta 79, 000 casos de personas que viven con el VIH, (ONUSIDA 2015). Desde los primeros casos reportados en los años 80 a la actualidad se han registrado más de 33,000 casos de SIDA y más 57, 000 casos de VIH. En el 2014 se reportaron 4 112 nuevos casos aproximadamente.

Por otro lado, el desconocimiento de factores cognitivos y conductuales sumados a la falta de acceso a servicios de prevención primaria como, campañas preventivas a nivel nacional y la oferta masiva de pruebas para el despistaje de la infección y una prevención secundaria que es el caso de la disponibilidad al tratamiento antirretroviral ARV. Serian aspectos determinantes que ayuden a mantener la epidemia aún en un nivel elevado (Perú, UNAIDS 2013).

Es así que pueden identificarse dos tipos de niveles que condicionan una apreciación negativa en las personas viviendo con el VIH/SIDA. Por un lado, a nivel social, el estigma y la discriminación hacia las personas que viven con el virus del VIH, la falta de información respecto a dónde encontrar servicios confiables de prevención y el desconocimiento acerca de la enfermedad. Mientras que, por otro lado, a nivel personal el miedo a la muerte o a la enfermedad, la baja percepción de riesgo y susceptibilidad frente a la enfermedad y hacia la orientación sexual. Son elementos que se consideran aspectos importantes que debilitan la lucha en contra de la enfermedad y dificultan el acceso a los servicios de salud (Perú UNAIDS 2012-13; UNAIDS 2013).

Debido a la influencia psicológica en esta condición de salud es importante conocer algunas variables que puedan resultar determinantes en el afrontamiento de la enfermedad en la persona viviendo con el VIH/SIDA (PVHS). Tales son la resiliencia y los estilos de afrontamiento en (PVHS). A su vez estas variables pueden relacionarse a la calidad de vida de las mismas.

La resiliencia para algunos autores como Rutter (1996) es la capacidad de adaptación de aquellos que pueden mantener el equilibrio a pesar de las desgracias. Para Wagnild y Young (1993) la resiliencia es una característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación. Estudios recientes como los de Farber, Schwartz, Schaper y Moone (2000) quienes investigaron los factores de resiliencia asociados a la adaptación a la enfermedad del VIH/SIDA, encontraron que altos niveles de resiliencia estaban asociados con bajo distrés, mejor calidad de vida y creencias personales positivas, mejor sentido y propósito por la vida y mejor adaptación a la enfermedad. Es decir, que existe una asociación positiva entre esta variable y las personas viviendo con VIH/SIDA, como parte del afrontamiento de la enfermedad.

Por otro lado, los modos de afrontamiento definida por Lazarus y Folkman (1984) como la puesta en práctica de un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales (constantemente cambiantes), para manejar las demandas específicas internas o externas, que son evaluadas por la persona como desbordantes de sus recursos. Es así, que dicho procesos de afrontamiento parte desde que se le comunica el diagnóstico sobre la enfermedad como la del SIDA o el cáncer. En una primera impresión esta noticia causa un estado de shock o negación en la persona. Igualmente, una serie de actitudes como llantos desesperados o esfuerzos por tratar de sobrellevar la situación actual (Casas, 2007). Por ende, se considera que el afrontamiento ayuda a regular las condiciones aversivas del entorno disminuyendo gradualmente perturbaciones a nivel psicofisiológico.

La calidad de vida según Narvárez (1992) se percibe como una realidad fundamentalmente subjetiva y multidimensional que abarcaría diferentes aspectos en la vida de las personas. Mientras que la calidad de vida relacionada con la salud considera el impacto que tiene la enfermedad sobre la vida y el bienestar del individuo. Que comprende los siguientes aspectos: la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. (Roca, 2000). Sin embargo, a pesar que no exista tratamiento curativo para el virus del VIH/SIDA, se puede acceder a tratamientos que ayuden a retardar la evolución de la enfermedad por muchos años más, como es el caso de los antirretrovirales y mejorar la calidad de vida de aquellas personas que han desarrollado los síntomas de la enfermedad. (Narvárez, 1992).

Finalmente, los elementos anteriores indicarían que existe asociación entre las personas viviendo con la enfermedad del VIH/SIDA y las variables resiliencia, modos de afrontamiento y calidad de vida. Es por ello, que el presente proyecto de investigación se pretendió establecer la existencia de la influencia que ejerce las variable resiliencia y afrontamiento sobre la calidad de vida en las personas viviendo con esta enfermedad en el entorno nacional. Por lo cual, se planteó la siguiente interrogante: ¿Qué influencia ejerce la resiliencia y el afrontamiento en la calidad de vida en personas VIH positivas del Callao?

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cómo influye la resiliencia y los modos de afrontamiento al estrés en los tipos de la calidad de vida de los de pacientes VIH positivos en un Hospital Nacional del Callao?

### **1.2.2. Problemas específicos**

1. ¿Cuáles son los niveles de resiliencia de los de pacientes VIH positivos en un Hospital Nacional del Callao?
2. ¿Cómo se presentan los modos de afrontamiento al estrés en los pacientes VIH positivos en un Hospital Nacional del Callao?
3. ¿Cuáles son los tipos de calidad de vida en los de pacientes VIH positivos en un Hospital Nacional del Callao?
4. ¿Qué relación existe entre los factores sociodemográficos y la resiliencia en los pacientes VIH positivos en un Hospital Nacional del Callao?
5. ¿Qué relación existe entre los factores sociodemográficos y los modos de afrontamiento al estrés en los pacientes VIH positivos en un Hospital Nacional del Callao?
6. ¿Qué relación existe entre los factores sociodemográficos y los tipos de calidad de vida en los pacientes VIH positivos en un Hospital Nacional del Callao?
7. ¿Qué relación existe entre la resiliencia, los modos de afrontamiento y los tipos de calidad de vida en los pacientes VIH positivos en un Hospital Nacional del Callao?

## **1.3. Justificación de la investigación**

La infección por VIH conlleva a diversas repercusiones no solo a nivel físico, sino también que puede afectar la salud mental. Es por ello, que es importante conocer mejor algunas variables psicológicas que puedan dotar a las personas viviendo con VIH de estrategias y habilidades para afrontar esta seria condición. En sentido, el conocer la influencia de la resiliencia y el afrontamiento en la calidad de vida fue de suma relevancia.

Las personas viviendo con el VIH/SIDA, son constantemente víctimas del maltrato social, generando alteraciones psicoemocionales y necesidades afectivas en la persona. Es por ello, que, conociendo más estas variables, se podrían plantear estrategias psicológicas de intervención que permitirían diseñar programas, talleres que ayuden a desarrollar distintas habilidades o maneras de afrontar la enfermedad.

Por otra parte, fue de carácter trascendente debido a que, se podrá ofrecer a las personas evaluadas, actividades preventivas promocionales; como talleres orientados a brindar información sobre la importancia de la participación de optimizar una resiliencia adecuada y brindar herramientas, mediante sesiones informativas sobre cómo afrontar la enfermedad desde una perspectiva positiva y empoderada. Asimismo, es importante resaltar la participación de la familia en el proceso de tratamiento y recuperación, contribuyendo a la disminución de las complicaciones derivadas de la enfermedad y así mejorar su calidad y estilo de vida.

Así mismo, no hay estudios a nivel latinoamericano y nacional que asocien estas variables de estudio, de esta manera se recalca la relevancia teórica; porque, se aportarán datos estadísticos y metodológicos sobre: la resiliencia, el afrontamiento y la calidad de vida respectivamente. Por cual, se determinó a través de los resultados que si guardan asociación las variables mencionadas en la población de personas viviendo con VIH del Callao.

#### **1.4. Objetivos de la investigación**

##### **1.4.1. Objetivo general**

Determinar la influencia que tiene la resiliencia y el afrontamiento al estrés en la calidad de vida de los de pacientes VIH positivos en un Hospital Nacional del Callao.

##### **1.4.2. Objetivos específicos**

1. Identificar los niveles de resiliencia de los de pacientes VIH positivos en un Hospital Nacional del Callao.
2. Identificar los modos de afrontamiento al estrés en los pacientes VIH positivos en un Hospital Nacional del Callao.
3. Identificar los tipos de calidad de vida en los de pacientes VIH positivos en un Hospital Nacional del Callao.
4. Determinar la relación que existe entre los factores sociodemográficos y la resiliencia en los pacientes VIH positivos en un Hospital Nacional del Callao.
5. Determinar la relación que existe entre los factores sociodemográficos y los modos de afrontamiento al estrés en los pacientes VIH positivos en un Hospital Nacional del Callao.
6. Determinar la relación que existe entre los factores sociodemográficos y los tipos de calidad de vida en los pacientes VIH positivos en un Hospital Nacional del Callao.
7. Determinar la relación que existe entre la resiliencia, los modos de afrontamiento y los tipos de calidad de vida en los pacientes VIH positivos en un Hospital Nacional del Callao.

#### **1.5. Hipótesis**

**Hi:** Existe un grado de influencia entre la resiliencia y los modos de afrontamiento al estrés en los tipos de calidad de vida en los pacientes VIH positivos en un Hospital Nacional del Callao.

**H0:** No existe un impacto significativo entre la resiliencia y los modos de afrontamiento al estrés en la calidad de vida en los pacientes VIH positivos en un Hospital Nacional del Callao.

##### **1.5.1. Hipótesis específicas**

**Hi1:** Existe relación entre los factores sociodemográficos y la resiliencia en los pacientes VIH positivos en un Hospital Nacional del Callao.



- Hi2:** Existe relación entre los factores sociodemográficos y los modos de afrontamiento al estrés en los pacientes VIH positivos en un Hospital Nacional del Callao.
- Hi3:** Existe relación entre los factores sociodemográficos y los tipos de calidad de vida en los pacientes VIH positivos en un Hospital Nacional del Callao.
- Hi4:** Existe relación entre la resiliencia, los modos de afrontamiento y los tipos de calidad de vida en los pacientes VIH positivos en un Hospital Nacional del Callao.

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes de la investigación**

Al realizar la revisión de antecedentes referentes al presente proyecto de investigación se encontraron los siguientes:

#### **2.1.1 Internacionales**

Para Escobar (2015) realizó un estudio en el Hospital Enrique Garcés de Quito, Ecuador acerca de la resiliencia y su relación con la adherencia al Tratamiento en usuarios con VIH. Consideró una muestra de 50 participantes hombres y mujeres que tuvieran edades entre 18 a 60 y que sean miembros activos y participantes del programa integral de la unidad de Atención Integral PVV, consulta externa. El tipo de estudio de la investigación es correlacional de corte transversal. Asimismo, para la medición de las variables se empleó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y la Escala BIO-PSICO-SOCIAL de valoración de factores de riesgos para la adherencia al tratamiento ARV. Por otro lado, se realizó el análisis estadístico para corroborar las hipótesis, para ello se utilizó la prueba de correlación de Pearson y Chi cuadrado, para medir la interdependencia existente entre las variables. Los resultados de la investigación concluyen, que existe una relación importante entre mayores niveles de resiliencia y un mejor nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con VIH, confirmándose que la resiliencia permite a la persona ampararse en fortalezas o recursos propios pese a circunstancias de vulnerabilidad, que le permiten resistir a la destrucción, proteger la integridad humana, además de la salud física y mental.

Según Restrepo (2014) realizó un estudio en Medellín, Colombia acerca de los esquemas maladaptativos y estrategias de afrontamiento en sujetos diagnosticados con VIH. La muestra del estudio estuvo compuesta por un total de 31 sujetos, seleccionados por conveniencia debido a las dificultades para acceder a estos, con edades comprendidas entre los 22 y los 60 años, de ambos sexos y que accedieron a llenar los cuestionarios. El tipo de estudio es correlacional, a través de un diseño de corte transversal. Para medir las variables principales se emplearon, el instrumento YSQ-SF elaborado por Young y La Escala Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M). Por otro lado, se realizó un análisis descriptivo de la muestra a través de la exposición de frecuencias, porcentajes medias y desviaciones típicas Chi cuadrado de las variables sociodemográficas y clínicas. Los resultados evidenciaron que existe relación entre algunas estrategias de afrontamiento y algunos esquemas mal adaptativos tales como el esquema mal adaptativo de límites insuficientes con reevaluación positiva, abandono con religión, límites insuficientes con evitación emocional; las relaciones son coherentes con la teoría cognitiva. Las conclusiones demuestran que el esquema mal adaptativo es el eje central del procesamiento de la información, a partir de este se pueden utilizar determinadas estrategias con el fin de afrontar las situaciones estresantes, como en el caso de tener un diagnóstico de VIH-SIDA.

En tanto, González et al. (2014) realizaron una investigación en el Hospital Nacional Juan José Ortega de Coatepeque, Quetzaltenango, Guatemala, que tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), en personas que viven con VIH/SIDA y la influencia de las variables sociodemográficas, clínico-epidemiológicas y del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA); sobre las puntuaciones del cuestionario WHOQOL-HIV BREF. La muestra del estudio fueron personas que viven con VIH/SIDA, hombres y mujeres con TARGA o no, diagnosticados después de los 18 años, comprendidos entre 18 a 65 años. El tipo de estudio fue de corte transversal. El instrumento que se utilizó para medir la variable Calidad de vida fue el cuestionario WHOQOL-HIV BREF. Por otro lado, se realizaron inferenciales

paramétricas (prueba t-independiente y ANOVA de una vía) y no paramétricas (Mann-Whitney y Kruskal-Wallis) para comparar los resultados según las distintas variables independientes. Los resultados arrojaron que los dominios con una puntuación mayor fueron espiritualidad/religión/creencias (16.0 + 3.4), salud física (15.6 + 2.9), nivel de independencia (15.1 + 2.9) y salud psicológica (14.1 + 3.0). Las relaciones sociales (13.3 + 3.3) y ambiente (13.0 + 2.6), tuvieron una puntuación baja. Existe una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre nivel socioeconómico con salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales y ambiente. En general estas puntuaciones refieren una CVRS (calidad de vida relacionada a la salud) aceptable. La conclusión final fue que el nivel socioeconómico influye en casi todos los componentes del cuestionario y las puntuaciones son estables entre los diferentes elementos que componen el cuestionario.

### 2.1.2 Nacionales

Para Wong (2015) realizó un estudio en el Hospital Arzobispo Loayza de Lima, Perú en el pretendió explicar la relación entre el nivel de resiliencia del familiar del paciente con VIH-SIDA y su participación en la satisfacción de la necesidad de apoyo emocional del paciente, en una muestra de 10 pacientes con VIH-SIDA del PROCETS y 20 familiares de estos. El tipo de estudio es correlacional de corte transversal. Asimismo, para la medición de las variables, se empleó la escala de Resiliencia de Wagnild y Young y un formulario tipo cuestionario semi estructurado. Por otro lado, para establecer relación entre ambas variables y comprobar la aprobación o negación de la hipótesis se utilizó la prueba de Chi cuadrado. Los resultados fueron: 2 (10%) presentaron un bajo nivel de resiliencia, 16 (80%) medio, y 2 (10%) alto. En cuanto a la variable correspondiente a la participación en la satisfacción de apoyo emocional del paciente se encontró que 1 (10%) es favorable, 7 (70%) medianamente favorable y 2 (20%) desfavorable. Las conclusiones fueron que mediante la aplicación del Ji cuadrado se obtuvo que hay relación, es decir se acepta la hipótesis de estudio "existe relación entre el nivel de resiliencia del familiar del paciente con VIH-SIDA y la participación en la satisfacción de la necesidad de apoyo emocional del paciente".

Según Guevara et al. (2015) realizaron una investigación en Lima Metropolitana, acerca de los estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogodependientes. La muestra estuvo conformada por 88 drogodependientes varones que se encontraban siguiendo un tratamiento ambulatorio y residencial en las comunidades terapéuticas "Escuela de Vida", "Ayudémonos" y C.T. Sur. El tipo de estudio fue descriptivo; asimismo, para la medición de las variables se utilizaron es el Cuestionario COPE, elaborado por Carver, Scheir y Weintraub en 1989. Por otro lado, para el procesamiento de datos se hizo un análisis psicométrico, se realizó por medio de la correlación ítem-test corregida, implica que el ítem se compara con la prueba sin incluirse y la consistencia interna se estableció utilizando el coeficiente de confiabilidad de alfa de cronbach. Los resultados demostraron que los drogodependientes prefieren como estilos de afrontamiento: planificación, afrontamiento activo, postergación del afrontamiento y acudir a la religión. Asimismo, se presentan como los estilos de menor preferencia el desentendimiento conductual, la negación, la supresión de actividades competentes y el desentendimiento mental. También prefieren el estilo de afrontamiento que se centra en el problema y en último lugar de preferencia encontramos otros estilos de afrontamiento, que corresponden a las formas de desentendimiento conductual y mental principalmente. No se encontraron correlaciones significativas entre el tiempo de consumo y los estilos de afrontamiento, lo que determina que no hay ninguna diferencia entre el tiempo de consumo y los estilos de afrontamiento.

En un estudio realizado por Alarcón (2014), en el Centro Especializado de Enfermedades Renales de Santiago de Surco, Lima - Perú, acerca de las estrategias de

afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en terapia de hemodiálisis. La muestra estuvo conformada por 63 pacientes de la unidad de hemodiálisis entre 25 a 79 años ambos sexos. El tipo de estudio fue correlacional de corte transversal. Asimismo, para evaluar las variables se utilizaron, la técnica de la encuesta y el instrumento el Cuestionario de estilos de afrontamiento (COPE) modificado. Para el procesamiento de los datos se utilizó, la estadística descriptiva, porcentaje y frecuencia absoluta. Los resultados en el presente estudio fueron en relación al tipo de estrategia 79%(50) utilizan más las estrategias centradas en la emoción, 21%(13) las estrategias centradas en el problema. En cuanto a la estrategia de afrontamiento centradas en la emoción del 100%(63), 75%(47) siempre “buscan la ayuda de Dios” siendo parte de la estrategia acudir a la religión, 63%(40) siempre “intentan conseguir apoyo emocional de amigos o familiares”. Dentro de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema del 100%(63), 64%(40) a menudo “hace paso a paso lo que debe hacer para superar su enfermedad” y 30%(19) que siempre “preguntan a personas con igual enfermedad lo que hicieron para superarlo”. Las conclusiones obtenidas fueron que la mayoría de los pacientes utilizan como estrategias de afrontamiento aquellas que están centradas en la emoción que se evidencia por el apoyo en la religión y búsqueda de soporte emocional; seguida por un porcentaje considerable de pacientes que utilizan estrategias centradas en el problema ya que tratan de cumplir las indicaciones y buscan información para enfrentar mejor el problema.

Según Rivas et al. (2013) realizaron un estudio en el Hospital Regional Docente Las Mercedes (HRDLM) Chiclayo, Perú, acerca de la relación entre adherencia al TARGA y Calidad de Vida en pacientes con VIH/SIDA. La muestra estuvo conformada por 80 pacientes de entre 18 y 65 años con tratamiento antirretroviral con un mínimo de tres meses. El tipo de estudio fue de corte trasversal de corte transversal. Asimismo, para evaluar las variables se utilizaron, los instrumentos: Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-HIV) y el Cuestionario de evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT- VIH). Para el procesamiento de datos, se calcularon por razones de prevalencia, intervalos de confianza y valores p., también se usó la prueba estadística de chi cuadrado. En los resultados se encontró, una tasa de rechazo de 3,75%. La media de edad fue de 34 +/-10,6 años; 50 (63%) fueron varones y 30 (37%) mujeres; el 13 (16%) tuvieron estudios superiores, 36 (45%) secundaria completa y 30 (38%) sólo primaria. La adherencia al TARGA fue estricta en 30 % e insuficiente en 25 %; la calidad de vida predominantemente f u e buena, en la dimensión física y mental, 80% y 77,5 % respectivamente; la dimensión más afectada fue la del dolor; se halló asociación entre Calidad de Vida física y mental y Adherencia al TARGA: p: 0,03 y 0,04, respectivamente con I C 9 5 %. Las conclusiones obtenidas arrojaron que existe relación, entre adherencia al TARGA y calidad de vida en los pacientes del HRDLM, predominando el grado de adherencia adecuado, y buena calidad de vida, tanto en su dimensión mental como física.

Posteriormente en un estudio realizado por Castillo (2014), en un centro hospitalario de Chiclayo, Perú, acerca de la relación entre la calidad de vida y la depresión en pacientes con artritis reumatoide, en una muestra de 100 pacientes, todos ellos con artritis reumatoide en etapa temprana de entre 18 y 55 años de edad. El tipo de estudio corresponde al diseño descriptivo-correlacional de corte transversal; asimismo, para evaluar las variables se utilizaron los instrumentos, el Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF) y el inventario de Depresión de Beck. Para el procesamiento de los datos, se realizó la validez, confiabilidad y baremación de los cuestionarios utilizados en la investigación con pacientes con artritis reumatoide. Por otra parte, se hizo uso del análisis estadístico no paramétrico, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson de tal modo que los individuos puedan ordenarse por rangos o jerarquías, según las variables que se estudiaron. Los resultados arrojaron que existe

relación entre las variables mencionadas, así como, alta calidad de vida y ausencia de sintomatología depresiva en los pacientes con artritis reumatoide.

## 2.2. Bases teóricas

Con lo que respecta a esta sección del presente proyecto de investigación se hará mención sobre definiciones, características y particularidades de las variables de interés (resiliencia, modos de afrontamiento y calidad de vida) a manera de propiciar un adecuado entendimiento. Es por ello, que se contextualizará el contenido teórico de dichas variables desde la posición de los autores de los instrumentos a emplear. Todo ello, sobre el enfoque característico de la problemática relativa al estudio.

### 2.2.1 Generalidades sobre el VIH/SIDA

#### 2.2.1.1. Información sobre el VIH y sus características

El virus inmunodeficiencia humana (VIH), y su enfermedad el SIDA, son considerados como una pandemia que ha ido cobrando decenas de vidas a largo de décadas, teniendo un gran impacto en la humanidad. A la fecha no se conoce la cura. Sin embargo, el desarrollo tecnológico y científico ha permitido crear tratamiento farmacológico, permitiendo así una mejoría en la calidad de vida de la persona que vive día a día con la enfermedad.

La OMS conceptualiza al VIH como, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) afecta las células del sistema inmunológico, afectando su función. La inoculación del virus condiciona un deterioro creciente del sistema inmunitario, por lo cual se considera una "inmunodeficiencia". De este modo el sistema inmunitario deja de cumplir su función de restringir los agentes infecciosos que producen distintas enfermedades (Escobar 2015).

Es así que el VIH, es un Virus desarrollado por un micro-organismo que somete al sistema inmunológico de las personas, el cual tiene la función de servir de defensa frente a enfermedades venideras. Es por ello, que este el virus de VIH nos deja propensos y desprotegidos frente a cualquier tipo de padecimiento.

Luego de la maduración del virus del VIH, a lo largo de los años pasa a una etapa o proceso conocido como SIDA, que para la OMS es considerada como 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 (Escobar 2015).

No obstante, se debe aclarar que el VIH, es el virus de transmisión y que el SIDA son el conjunto de síntomas, síndromes propios de la enfermedad que la persona adquiere a causa de una disminución de las defensas en el sistema inmunológico. Cabe decir que si la persona en la etapa del SIDA pasa por una serie de tratamientos antirretrovirales (ARV), puede llegar a ser una persona que viva con el virus del VIH sin síntomas propios de la enfermedad del SIDA.

Existen vías por las cuales se trasmite el VIH las cuales son:

- ✓ **Relaciones sexuales:** anales, vaginales u orales sin protección.
- ✓ **Contacto de sangre infectada con la corriente sanguínea de otra persona:** intercambio de agujas y jeringuillas, transfusiones de sangre no segura.
- ✓ **De manera vertical:** transmitido de madres que viven con VIH al bebé durante el embarazo, parto o lactancia.

Se debe hacer mención que una infección por el VIH, puede mantenerse asintomática durante varios años. Es por ello, que es importante realizarse pruebas de despistaje a manera preventiva del contagio del virus. Asimismo, tratarse a tiempo si el diagnóstico diera positivo, el accionar de manera rápida podría ayudar a controlar el estado de salud de la persona, para evitar ser agente de contagio o el reinfectarse nuevamente con el virus.

### **2.2.1.2. Tratamiento del VIH/ Sida**

La OMS (2015) refiere que el virus del VIH puede ser combatido mediante terapias antirretrovirales (ARV), comprendida por tres o más ARV. No obstante, este tratamiento no cura la infección por VIH; por ende, se le considera como un tratamiento controlador de la réplica del virus en el organismo del sujeto y ayuda a fortalecer su sistema inmunológico, permitiendo combatir agentes infecciosos. Este tratamiento ARV proporciona a la persona infectada una mejoría en su calidad de vida (Escobar 2015).

El tratamiento antirretroviral ha resultado beneficioso para las personas que viven con el VIH/SIDA, durante la progresión de la enfermedad. De esta manera pueden mencionarse algunos objetivos del tratamiento ARV los cuales son:

- ✓ Reducir la morbilidad y prolongar la supervivencia
- ✓ Mejorar la calidad de vida
- ✓ Restaurar y preservar la función inmunológica
- ✓ Suprimir al máximo y por el mayor tiempo posible la reproducción viral, y
- ✓ Evitar la transmisión materno-infantil.

### **2.2.2 Atención al VIH/SIDA**

El virus del VIH, al no recibir un tratamiento a tiempo podría conducir a una muerte segura, al no cumplirse esta necesidad de atención inmediata podría vulnerar el derecho a la vida en la persona. Asimismo, el derecho a la salud es conceptualizado como, la virtud del cual la persona y los grupos sociales [...] deben gozar del más alto estándar posible de salud física, mental y social" (Corcuera, Hidalgo y Quintana 2006). Es decir, debe existir una implicancia de carácter obligatoria en el cumplimiento de carácter obligatorio, dentro de las normas constituidas de los derechos humanos, donde debe mantenerse es un standard adecuado al margen del tiempo de la vida de la persona.

De este modo el derecho a la salud en la persona de ser garantizado y estar a su alcance, el no cumplimiento del mismo debe adjudicarse una sanción justificada por el accionar o la negligencia cometida. No obstante, los derechos representan la protección de intereses lo suficientemente valiosos como para que, de no satisfacerlos, la persona afectada resultare perjudicada de manera no trivial (Vidiella 2008).

Se recalcan dos tipologías de derechos que tienen como características aspectos negativos y positivos. Los primeros deben de cumplir una serie de procesos que no deben ser obstaculizados en el campo de acción y que permita la libertad de pensamiento. El segundo va relacionado al accionar positivo en primera instancia, que otorgue su cumplimiento del derecho a salud del sujeto (Vidiella 2008). Estos aspectos mencionados van de la mano con una serie de procesos como el de capacitar al personal de salud, una infraestructura adecuada para atención, el cumplimiento de políticas y normativas, entre otros aspectos.

Por otro lado, existen situaciones que se consideran esenciales para la ejecución del derecho a la salud. Algunos de los más relevantes son: el acceso a la información, desde esta condición permite otorgar a las personas temas sobre el cuidado de su salud, orientándolos a ser partícipes del mismo. Luego está la no discriminación y la igualdad de atención, estos dos aspectos, son importantes porque ayudan a permitir una atención adecuada de la salud, asimismo brindar las mismas posibilidades de atención en igualdad social. (OMS 2004).

En la realidad peruana el hecho de ser atendido en algún hospital es considerado como un privilegio y no como un derecho ineludible. Si bien es cierto, la atención de los diferentes centros de salud en el Perú, es muy precaria o en lo peor de un desinterés del mismo; así como, negligencias en casos de urgencia o emergencia. No obstante, los pacientes con enfermedades crónicas o enfermedades que ameriten un tratamiento de por vida como es el caso del SIDA, son blanco de actos de discriminación o de mala atención de parte del personal a cargo. Es por ello, que en la actualidad muchas de las personas prefieren una atención particular, que una que provenga del estado, donde la atención deja mucho que desear.

### **2.2.3 Resiliencia**

#### **Definición**

Para algunos autores como Wagnild y Young (1993), la resiliencia sería un rasgo de personalidad que reduce los efectos negativos del estrés y facilita la adaptación. Significa vitalidad o fibra emocional y se usa para describir a una persona que muestra coraje y resiliencia ante las adversidades de la vida. Esto significa que la resiliencia es la capacidad de resistir en estas situaciones, soportar el estrés, los obstáculos y hacerlo bien a pesar de todo lo que parece estar en contra. En psicología, se puede considerar como la capacidad de una persona para enfrentar adecuadamente las cosas en circunstancias adversas o contratiempos en el entorno y la vida, superar las cosas y encontrar formas de salir de dicha situación o sobrellevarla.

Por otro lado, Vanistendael (1994) definir la resiliencia como la capacidad de tener éxito, vivir y desarrollarse de una manera positiva y socialmente aceptable a pesar de que el estrés o la adversidad a menudo suponen un riesgo de resultados negativos graves (Escobar, 2015). Así, en el ser humano, estas cualidades crean la posibilidad de adaptación y un cierto goce de desarrollo personal y social ante cualquier evento adverso. También establece que la resiliencia incluye dos componentes como son la resistencia a la disrupción, la capacidad de proteger la propia integridad bajo estrés y, por otro lado, la capacidad de superar la resistencia y desarrollar un comportamiento positivo en situaciones difíciles (Escobar, 2015).

Mientras que Rutter (1992) menciona que el ser humano, muestra cualidades que crean la posibilidad de adaptación y un cierto goce de desarrollo personal y social ante cualquier evento adverso. También establece que la resiliencia incluye dos componentes como son la resistencia a la disrupción, la capacidad de proteger la propia integridad bajo estrés y, por otro lado, la capacidad de superar la resistencia y desarrollar un comportamiento positivo en situaciones difíciles. (Grotberg, 1996).

#### **Factores y características de la resiliencia**

El ser humano puede asociarse a una serie de factores que le permitan crear condiciones para una adecuada resiliencia, reduciendo el impacto frente a una situación de peligro. Es así, que para Wagnild & Young (1993) son los siguientes:

**Factor I:** Denominado COMPETENCIA PERSONAL, que indican que la persona desarrolla una confianza, independencia, autodeterminación, creatividad, fuerza, ingenio y perseverancia.

**Factor II:** Denominado ACEPTACIÓN DE UNO MISMO Y DE LA VIDA que reflejan en la persona una adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable que coincide con la aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad.

### **Teoría de la resiliencia de Wagnild y Young**

En cuanto a la resiliencia, el cual representa un rasgo de la personalidad, se compone por cinco componentes relacionados:

#### **Confianza en sí mismo**

Dentro de este componente, se encuentra la capacidad que tiene el sujeto en reconocer y aceptar sus propias fortalezas y limitaciones, las cuales no valora de manera negativa (Wagnild y Young, 1993). Señalan que esta dimensión es importante para conseguir un desarrollo adecuado en la vida social, porque el sujeto está constantemente en la mirada del resto y ello podría originar inseguridad si no se tiene consolidado una confianza en sí mismo.

#### **Ecuanimidad**

Esta dimensión se caracteriza por regular las respuestas ante las adversidades, a persona considera diversas alternativas, las cuales elige basándose en su experiencia y le brindan una mirada estabilizada sobre la vida. Suele estar acompañada con estabilidad emocional, donde la persona no es dominada por sus sentimientos. (Morgan, 2016)

#### **Perseverancia**

Es la fuerza o decisión de continuar con los caminos establecidos a pesar de las dificultades o limitaciones presentadas, está relacionada con la autodisciplina. Asimismo, esta dimensión podría ser considerada como los valores que los individuos poseen para continuar y cumplir con los objetivos a pesar de los problemas (Ríos, 2004)

#### **Satisfacción personal**

Esta dimensión puede ser pensada como la capacidad de reconocer el porqué de tu vida, de replicar su presencia y matices y cómo le da sentido a tu vida. (Baca, 2013).

#### **Sentirse bien solo**

Este componente se caracteriza por comprender la singularidad del individuo, al reconocer que cada persona, aunque comparta experiencias con otros, también presentará situaciones que deba afrontar sola, esto brindará una sensación de libertad y reafirmará la particularidad de cada ser humano (Baca, 2013).

#### **Aspectos asociados a la resiliencia**

La resiliencia es la capacidad del individuo de enfrentar situaciones difíciles, donde el sujeto logra adaptarse, existen dos tipos de adversidades según Henderson (2006)



- Son aquellas situaciones o experiencias relacionadas al ambiente familiar, dentro de las cuales podría considerarse, la relación de los padres, maltrato en todos sus tipos, enfermedades y pérdidas.
- Asimismo, existen aquellas que se experimentan fuera del ambiente familiar, las cuales suelen ser ocasionadas por otros miembros, como los robos, conflictos armados, problemas a nivel económico, inflación, conflictos políticos; asimismo dificultades relacionados al ambiente donde vive el sujeto como desastres naturales.

Para Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla (1997) considera ciertas variables que se encuentran relacionados con la capacidad para desarrollar la resiliencia:

- Factores relacionados con el riesgo: Aquí se puede considerar cualquier posibilidad o característica que se presente en un individuo o lugar de residencia que aumente la probabilidad de que su integridad física, emocional, moral, etc. se vea comprometida. - Factores protectores: en situaciones o condiciones que favorecen o facilitan el desarrollo de individuos o grupos, también se tienen en cuenta situaciones o condiciones que reducen las consecuencias de situaciones desfavorables, pueden ser factores internos o externos.
- Variables externas: son características del entorno que permiten el desarrollo de los individuos y ayudan a reducir los efectos nocivos, como la integración social o la inserción laboral.
- Interna: rasgos internos desarrollados a través de la práctica diaria: empatía, seguridad, confianza en uno mismo.

### **Desarrollo de resiliencia en las personas**

La capacidad para desarrollar la resiliencia, siguiendo un modelo integrador, da inicio desde que el individuo tiene sus primeras interacciones, donde las etapas que atraviesa le brindan recursos y deja ver las limitaciones que presenta. Dependerá de las situaciones vividas y cómo él se desenvuelve seguir aprendiendo o estancándose, generando malestar. (Mateu, García y Gil, 2009).

Por otro lado, Palomar y Gómez (2010) señalan que hay 12 habilidades que caracterizan a una persona resiliente:

- ✓ **Respuesta rápida ante el peligro:** la persona logra reconocer las situaciones que podría generar un daño en su integridad.
- ✓ **Madurez precoz:** tempranamente se visualiza que la persona es capaz de tomar decisiones y valerse con cierta autonomía.
- ✓ **Desvinculación afectiva:** aquí el sujeto es capaz de separar las emociones intensas y evitar que estas le afecten.
- ✓ **Búsqueda de información:** esta característica se resalta porque el sujeto busca información pertinente para poder resolver conflictos generados.
- ✓ **Adquisición y empleo de vínculos que fomentan la supervivencia:** con esta habilidad, la persona puede generar nuevas relacionadas y predisponer un vínculo genuino que generaría apoyo en situaciones difíciles.
- ✓ **Previsión positiva:** el sujeto puede construir un punto de vista positivo sobre el futuro.
- ✓ **Tomar decisiones riesgosas:** aquí el sujeto puede hacerse responsable de las decisiones que ha tomado a pesar del estrés del riesgo.

- ✓ **Convicción de ser amado:** la persona considera que puede y es merecedor de afecto, mejorando el vínculo con el resto.
- ✓ **Construcción del rival:** la persona puede identificar cualidades del resto y construye un personaje que puede superar, asimismo, lo percibirá como una figura digna de seguir.
- ✓ **Reinterpretación del dolor:** sugiere que la persona puede manejar las situaciones dolorosas y construir un aprendizaje a través de ella.
- ✓ **Altruismo:** la persona ayuda al resto de personas sin mediar ningún tipo de interés que no sea el ayudar per se.
- ✓ **Optimismo y esperanza:** predisposición para considerar que las cosas mejorarán y existen soluciones.

Para Wolin y Wolin (1993) señalan que hay siete habilidades que presentan las personas resilientes:

- ✓ **Introspección:** con ello el sujeto puede dar una mirada hacia su interior, con el fin de poder regularlos y conocer más sobre sí mismo
- ✓ **Independencia:** predisposición del sujeto para separarse de los vínculos y que sus emociones y acciones no dependan totalmente del resto.
- ✓ **Capacidad de relacionarse:** dentro de esta capacidad el sujeto podrá formar vínculos positivos con el resto de personas.
- ✓ **Iniciativa:** el sujeto presenta la predisposición de retarse y aumenta de manera gradual la dificultad de sus actividades.
- ✓ **Humor:** aquí el sujeto identifica el humor de las situaciones, asimismo considera importante tomar las cosas con jocosidad.
- ✓ **Creatividad:** con ello, la persona es capaz de desarrollar la creación de un orden y productos estéticos a partir del desorden.
- ✓ **Moralidad:** con ello interioriza las normas sociales y basa su juicio en aspectos positivos.

## 2.2.4 Modos de afrontamiento

### Definición de los Modos de Afrontamiento

Para Lazarus & Folkman (1986) el afrontamiento se ve reflejado en la conducta de la persona, donde se encuentran una serie de procesos cambiantes frente a situaciones experienciales y como esta puede llegar a superar dichos procesos desde una posición autónoma. (Díaz, 2015).

Para hablar sobre los modos de afrontamiento se hace referencia a autores como Bouchard, Gullemette y Landry-Léger, 2004; McRae y Costa, 1988; Vollrath, Torgersen & Alnaes, (2001) notaron que entre los factores que influyen en el uso de estrategias de afrontamiento, enfatizaron la personalidad. Las elecciones estratégicas sirven como puntos de referencia. Según Moos, Holanda & Beutler (2003) mencionan que dicha selección puede resultar de ciertos rasgos de personalidad, conformados por un estilo disposicional de afrontamiento que la persona considera útil. Las disposiciones personales pueden detallarse desde la vulnerabilidad de la persona frente a desajustes psicológicos, por lo cual puede emplear medidas o estrategias de afrontamiento frente a situaciones adversas (Díaz, 2015).

### Afrontamiento como proceso y estructura

Para Carver & Scheier (1988), hacen mención sobre la existencia de dos aspectos del afrontamiento que tienen relación con la perspectiva de Lazarus & Folkman (1986). El primero de ellos, el afrontamiento situacional, compuesto por una

serie de procesos volubles en el cual el sujeto ejerce una serie de formas de cómo hacer frente a situaciones adversas, estableciendo diferentes enfoques de manera multifuncional para diferenciar situaciones de la vida diaria. Consecutivamente, el afrontamiento disposicional lo caracteriza por ser un estilo personal de cómo afrontar el estrés, que va relacionado a la estabilidad en la persona. Esta a su vez, se encuentra compuesto por una serie de habilidades de cómo afrontar las adversidades, generando una mediana estabilidad, a través del tiempo y de los contextos adyacentes. Es así, que de esta manera las personas pueden desarrollar una serie de procesos en afán de afrontar situaciones estresantes y cómo actuar frente a nuevas situaciones venideras.

### **Dimensiones y modos de afrontamiento**

En su investigación, siguiendo la posición de Lazarus & Folkman (1984), determinaron que el afrontamiento corresponde a un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales dirigidos a las demandas internas y externas de una situación estresante específica (Díaz, 2015). Para estos autores, el afrontamiento tiene dos funciones típicas que lo identifican como: afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción.

#### **Modos de afrontamiento centrado en el problema**

Las respuestas a problemas específicos están relacionadas con las demandas ambientales que crean una relación amenazada e inestable entre las personas y su entorno. Sin embargo, el objetivo es resolver un problema o realizar una conducta que provoque un cambio en una situación estresante. Por tanto, comienza cuando el individuo se da cuenta de que las condiciones situacionales pueden preceder al cambio (Folkman & Lazarus 1988).

Finalmente, estas estrategias pueden regular el entorno, lo que da lugar a una serie de procesos de cambio ante eventos de estrés ambiental orientados a objetos, modificando el nivel de esfuerzo del individuo, las formas de adquirir habilidades o satisfacción, etc. (Folkman y Lázaro 1988).

Los modos de afrontamiento centrado en el problema se encuentran agrupados en las siguientes dimensiones:

- ✓ **Afrontamiento directo (activo):** Constituido por una serie de procesos para la ejecución de acciones directas observándose un incremento en los esfuerzos con la finalidad de evitar el estresor, o disminuir sus efectos negativos.
- ✓ **Planificación de actividades:** Corresponde a la forma de manejar o hacerle frente al estímulo estresor, organizando estrategias de acción para determinar y establecer la mejor forma de manejar el problema.
- ✓ **Supresión de actividades competentes:** Hace referencia al hecho de dejar de lado, otros proyectos o actividades, con la finalidad de poder manejar el estresor.
- ✓ **Retracción del afrontamiento:** Consiste en esperar hasta que se presente la oportunidad idónea para llevar a cabo la solución del problema evitando hacer algo prematuro.
- ✓ **Búsqueda de soporte social:** relacionada a la búsqueda de consejos, asistencia e información con el fin de solucionar problemas.

#### **Modos de afrontamiento centrado en la emoción**

El afrontamiento manejado emocionalmente implica una serie de situaciones que conducen a cambios en la interpretación en curso e intenta modificar las cogniciones que cambian el significado de los eventos. Sin embargo, permite una serie de procesos

probabilísticos porque, según lo evaluado por Folkman y Lazarus (1988), no es necesario hacer nada para cambiar las condiciones lascivas, amenazantes o desafiantes del entorno. De esta forma, los autores demuestran que el afrontamiento orientado al problema y el orientado a la emoción pueden tener lugar en una misma situación, donde se puede ver la relación del sujeto con el sujeto y el entorno, favoreciendo así la implicación mutua. Por tanto, el estilo de afrontamiento determinado por el sujeto estará relacionado con los recursos personales, sociales y culturales.

Los modos de afrontamiento centrado en la emoción se encuentran agrupados en las siguientes dimensiones:

- Búsqueda apoyo emocional: busque apoyo moral, empatía y comprensión de los demás para reducir las reacciones emocionales negativas.
- Interpretación positiva de la experiencia: esto incluye la evaluación positiva de los problemas, la asignación de connotaciones favorables a la experiencia misma y, de lo contrario, verla como un aprendizaje para el futuro.
- Aceptación: El proceso de afrontamiento se define por dos aspectos. La primera está relacionada con la fase de valoración, en la que las personas aceptan situaciones estresantes, y la segunda, que se produce durante las valoraciones secundarias, implica aceptar la realidad como un hecho al que inevitablemente tendrán que enfrentarse.
- Volver a la religión: Evalúa la tendencia a recurrir a la religión en situaciones estresantes para aliviar la tensión existente.
- Análisis de las emociones: la libre expresión de estas emociones como respuesta a la toma de conciencia de las desagradables consecuencias emocionales experimentadas.

Asimismo, Carver et al. (1989), determinaron la existencia de tres escalas en las cuales se determinó una relación en referencia a la dimensión con otros tipos de afrontamiento que no estaban agrupados en las categorías anteriores. Posteriormente, las unieron y le dieron una categoría llamada otros modos de afrontamiento, donde se las considera formas inadecuadas de afrontamiento (Díaz, 2015).

- Negación: continúa negándose a creer que el factor estresante existe o trata de actuar como si el factor estresante no existiera.
- Comportamientos de mala adaptación: incluida la reducción del esfuerzo para hacer frente a los factores estresantes, darse por vencido y hacer frente a los factores estresantes que distraen en lugar de tratar de alcanzar las metas. Distracción (afrontamiento indirecto): Esto significa que la persona permite una serie de actividades para distraerla de evaluar la dimensión del problema.

## **2.2.5 Calidad de vida**

### **Definición de Calidad de Vida**

La OMS en 1994 conceptualiza a la calidad de vida como una percepción propia del bienestar el estado físico, social y emocional en un contexto cultural y de valores, en relación a objetivos de interés. Es así, que no solo el hecho del cuidado de la salud en relación a la frecuencia y gravedad de la enfermedad, son necesarios dentro de la atención de la persona, también debe de tenerse en cuenta la propiciación del bienestar social y emocional del sujeto (Casas et al., 2010).

Según Lewton, Moos, Fulcomer & Kleban en 1982 conceptualizan a la calidad de vida como un conjunto de apreciaciones que el sujeto efectúa sobre su vida actual y de cómo este puede cuantificar su bienestar (Vinaccia y Margarita, 2012).

Para Ware (1984) manifiestan que la calidad de vida está dividida en dimensiones situadas de en cuantificaciones de carácter fisiológicos de alguna enfermedad y limitados por aspectos personales, psicológicos, observaciones de carácter global con lo que respecta a la salud y en el ámbito social. El autor hace una apreciación relevante, con respecto a la dimensión de la calidad de vida situándolas en una posición que permita visualizar cada dimensión para propiciar una optimización del propio bienestar.

Por otro lado, Veenhoven (1998) diseña una serie de aspectos en relación a la calidad de vida y los clasifica de la siguiente manera: la habilidad como calidad del entorno, la aptitud o capacidad para la vida como calidad de acción y la plenitud como calidad de resultado. La calidad del entorno guarda relación con los escenarios externos de una ideación correcta de la vida, la calidad del resultado va de la mano con el disfrute del mismo y por último la calidad de acción tiene concordancia con los dos aspectos anteriores y la propia capacidad del sujeto para hacer frente a las condiciones adversas de la vida, en busca del bienestar.

## **Teorías de la calidad de vida**

### **Teoría del Grupo WHOQOL y la OMS.**

El Grupo World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL) en 1995 determinan a la calidad de vida como el fruto de una variedad de factores que condicionan la apreciación del sujeto, considerándose en una colisión de muchas dimensiones, asociado a la conjugación de una diversidad de valores que la persona tiene sobre distintos lineamientos de su vida y de cómo observa el bienestar o desazón de la misma. Por ende, la calidad de vida comprende: el bienestar general, los objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, adyacente al desarrollo personal y de actividades, todo ello de manera personal. Bajo estas condiciones los cambios en los valores, en las condiciones de vida o en la percepción, pueden incitar permutaciones en los demás como parte de un proceso dinámico (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012).

### **Teoría de Patrick y Erickson**

Para Patrick y Erickson (1993) postulan que las enfermedades de cualquier índole o daños físicos en la persona, son condicionantes de detrimentos a nivel físico, psicológico y social que, a su vez, pueden afectar la salud y la calidad de vida del sujeto. En consecuencia, la persona se ve afectada de manera considerable debido a estas enfermedades. Otros factores ambientales como los de atención sanitaria, pueden considerarse condicionantes de una carencia entre la calidad de vida y las oportunidades de salud en el sujeto (Padilla, 2005).

### **Teoría de Sprangers y Schwartz.**

En tanto Sprangers y Schwartz (1999) agregan un término denominado “cambio de respuesta” que nace de la ruptura de un proceso de acomodación en la calidad de vida, pronosticando un detrimento en el estado de salud del sujeto y una desvalorización de la calidad de vida. Por otro lado, si ocurriese lo contrario el proceso de acomodación se diera como un afrontamiento exitoso, de esta forma la calidad de vida mejoraría. Sin

embargo, si la acomodación produciría un cambio de respuesta, la calidad de vida podría mantenerse o en el peor de los casos agravarse.

### **Dimensiones de la calidad de vida**

Las dimensiones de la calidad de vida se ven consideradas como dominios dentro de los siguientes estratos (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012):

- Campo físico: clasificación por función; Energía y fatiga; Dolor y malestar; necesidad médica; Habilidad para trabajar; Duerme y descansa; Actividades diarias; Suministro de sustancias medicinales y ayudas médicas; Movilidad y capacidad de trabajo.
- Área espiritual: consiste en la satisfacción con la vida y la autosatisfacción; atención; emociones positivas y negativas; imagen y apariencia corporal; amor propio; y espiritualidad. ✓ Dominio de las relaciones sociales: determina la autosatisfacción en las relaciones, el apoyo y apoyo social, así como las actividades sexuales.
- Dominio ambiental: definido por el entorno físico; la seguridad; activos financieros; acceso a servicios médicos; cooperación en actividades de recreación y esparcimiento; transporte e información.

Dentro de lo expuesto sobre diferentes teorías relacionadas la calidad de vida, se tendrá en cuenta el modelo teórico propuesto por el Grupo WHOQOL y la OMS, debido a que posee un enfoque completo sobre el bienestar de la persona en relación en cuanto a su medición de la calidad de vida.

## CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS

### 3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación

El presente estudio estuvo alineado al enfoque cuantitativo, de la misma manera, el alcance de la investigación fue correlacional, por ello, se pudo contar con datos numéricos que serán puestos a pruebas estadísticas con el fin de corroborar la posible relación entre ellas, el diseño de la investigación es no experimental, debido a que no se han manipulado las variables y el corte es transversal, puesto que la recolección de datos se realizará en un solo momento. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

### 3.2. Población y muestra

#### 3.2.1. Población

Hace referencia a la composición o número de personas en su totalidad, dentro de un estudio o investigación que están situados en una misma ubicación (Hernández, et al.2014). En tal sentido, la población estuvo conformada aproximadamente por 265 hombres y mujeres, viviendo con VIH/SIDA que recibían tratamiento en un Hospital Nacional del Callao.

#### 3.2.1. Tamaño de la muestra

La frecuencia de pacientes en calidad de consulta externa de personas viviendo con VIH/SIDA en un mes, es de 265 y el tamaño de dicha muestra es de 150 personas VIH positivas. Sin embargo, se excluyeron 4 evaluaciones, puesto que los evaluados durante el levantamiento de información tenían 17 años de edad, los cuales fueron excluidos según los criterios de inclusión de la muestra. En sentido, se consideró una muestra de 146 PVVS para el presente estudio.

Con un 5% de error permitido y con un nivel de confianza de 95% la muestra resultante asciende a 285 personas viviendo con VIH/Sida, en calidad de consulta externa.

La descripción del tamaño de la muestra se presenta en la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2 P (1 - P)}{(N - 1)E^2 + Z^2 P (1 - P)}$$

Dónde:

Tamaño de la muestra (n) = 150

Total, de la población (N) = 265

Error máximo permitido (E) = 0.05

Margen de confiabilidad (Z) = 1.96

Se desconoce p (proporción) y q (complemento de q), por ello en la formula se les asigna el valor de 0.05 a cada uno.

#### 3.2.2. Selección del muestreo

Para efectos del presente estudio se utilizó la técnica del muestreo no probabilístico de tipo intencionado para la elección de los participantes, debido a que son pacientes en calidad de consulta externa. En las muestras no probabilísticas, las

elecciones de los elementos no dependen de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador, definido según Johnson (2014), Hernández S. et al, (2014), debido a la naturaleza misma de frecuencia de atenciones de los participantes en el lugar de aplicación.

### **3.2.3. Criterios de inclusión y exclusión**

#### **Inclusión**

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta en la selección de la muestra para el presente estudio fueron los siguientes:

- Pacientes hombres y mujeres diagnosticados con el VIH/SIDA,
- Pacientes atendidos en un Hospital Nacional del Callao.
- Debían contar con al menos un mes de haber sido diagnosticados.
- Mayores a 18 años.
- Aquellos que aceptaron ser partícipes y hayan firmado el consentimiento informado.

#### **Exclusión**

- Personal que labora en el hospital.
- Aquellos que presentaban alguna incapacidad física o mental para otorgar el consentimiento informado y responder la encuesta.
- Aquellos que no quisieron ser partícipes y quienes no firmaran el consentimiento informado.

### **3.3. Variables**

#### **3.3.1. Definición conceptual y operacionalización de variables**

##### **Resiliencia**

###### **Definición conceptual**

Wagnild y Young (1993) definieron la resiliencia como un rasgo de personalidad que mitiga los efectos negativos del estrés y promueve la adaptación. Significa vitalidad o fibra emocional y se utiliza para describir a las personas que muestran coraje y resiliencia ante las adversidades de la vida. (Novela, 2002).

###### **Definición operacional**

La resiliencia es una variable categórica multivariante ordenada que se evaluará mediante la escala de Wagnild y Young, que incluye dimensiones de satisfacción personal, tranquilidad, sentirse bien en soledad, autoconfianza y perseverancia, categorizadas como baja (<120), moderada (121- 146), y alta (>147). Para ver la operacionalización de las variables, ver (Apéndice 7).

##### **Modos de afrontamiento**

###### **Definición conceptual**

El afrontamiento es un proceso psicológico dinámico y complejo, es definido como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza un individuo para enfrentarse a una situación valorada como estresante (Lazarus, 1993). Los modos de afrontamiento como tal representan el conjunto de recursos y esfuerzos tanto cognitivos



como comportamentales orientados a resolver el problema, a controlar la respuesta emocional o modificar la evaluación inicial de la situación estresante (Díaz 2015).

### **Definición operacional**

La variable modos de afrontamiento es de naturaleza cuantitativa y será medida mediante el Cuestionario de modos de afrontamiento COPE en su forma disposicional. La variable está compuesta por 13 modos de afrontamiento. Para ver la operacionalización de la variable ver (Anexo 7).

### **Calidad de vida**

#### **Definición conceptual**

Schumaker & Naughton (1996) consideran que es la percepción subjetiva, influida por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar actividades importantes para el individuo.

#### **Definición operacional**

La variable calidad de vida presentan una naturaleza cualitativa politómica ordinal, la cual será medida mediante el Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF) y se encuentra compuesta por las siguientes dimensiones: físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente. Además, se encuentra categorizada en: calidad de vida (bajo 21-40, normal 41-60, alto 61-80, muy alto 81-100). Para ver la operacionalización de la variable ver (Anexo 7).

### **Variables sociodemográficas**

La información relativa a las terceras variables se registró mediante una ficha de recolección de datos. Los datos sociodemográficos para recopilar son:

**Datos personales:** *sexo* (femenino y masculino), variable dicotómica; *orientación sexual* (heterosexual, homosexual y bisexual), variable cualitativa nominal; *edad*, variable cuantitativa; *estado civil* (casado, conviviente y soltero) variable cualitativa nominal; *hijos* (sí y no), variable cualitativa dicotómica nominal; *número de hijos* (1-2, 3-4 y 5 a más) variable cuantitativa ordinal; *grado de instrucción* (primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, superior técnico y superior universitario), variable cualitativa politómica nominal; *ocupación* (profesional, técnico, obrero, estudiante, ama de casa y sin empleo) variable cualitativa politómica nominal; *tipo de vivienda* (propia, alquilada y alojado(a)), variable cualitativa nominal; *lugar de procedencia* (lima, provincia constitucional del callao, provincias y extranjero) variable cualitativa politómica nominal.

**Datos familiares:** *con quien vive* (solo, hijos, pareja, padres, otros) variable cualitativa politómica nominal; *después de cuánto tiempo le informó a su familia sobre su enfermedad* (1-3 semanas, 1-3 meses y 4 meses a más), variable cuantitativa ordinal; *su familia lo apoya* (sí y no) variable cualitativa dicotómica nominal; *de qué manera* (apoyo económico, apoyo emocional y lo acompaña a consultas) variable cualitativa nominal; *de qué miembro de su familia recibe más apoyo* (pareja, padres, hermanos, abuelos, primos, tíos, otros) variable cualitativa politómica nominal; *en su tiempo libre la pasa solo o en compañía de alguien* (pareja, padres o hermanos, abuelos, tíos o primos, amistades, solo) variable cualitativa politómica nominal.

**Datos relacionados a la enfermedad:** *como contrajo la enfermedad* (vía sexual, vía sanguínea y vía vertical (madre – hijo)), variable cualitativa nominal; *tiempo viviendo con la enfermedad del VIH/SIDA* (1-11 meses, 1-3 años, 4-6 años, 7-10 años y 11 años a más), variable cuantitativa politómica ordinal; *estadio de la enfermedad* (infección aguda

por el VIH, infección crónica por el VIH y SIDA) variable cualitativa nominal; *uso de tratamiento ARV* (antiretroviral) (si y no) variable cualitativa dicotómica nominal; *tiempo de tratamiento con ARV* (1-11 meses, 1-3 años, 4-6 años, 7-10 años y 11 años a más) variable cuantitativa politómica ordinal.

### **3.4. Plan de recolección de datos e instrumentos**

#### **3.4.1. Plan de recolección de datos**

- A.** Se envió una carta a las autoridades responsables del Hospital, solicitando los permisos correspondientes para la participación de las personas viviendo con VIH/SIDA en calidad de consulta externa y el uso de sus instalaciones donde se aplicarán los instrumentos de evaluación.
- B.** Se procedió a acudir al Hospital para solicitar una reunión con las autoridades pertinentes para la autorización y ejecución de dicho proyecto de investigación.
- C.** Se acordó una fecha que permitió informar a la institución el desarrollo de la investigación, que consiste en evaluar el nivel de resiliencia, el afrontamiento y la calidad de vida.
- D.** Para la elección de la población a evaluar se hizo uso de un muestreo no probabilístico intencional y se procederá a la selección de la muestra en las instalaciones del hospital.
- E.** Para continuar con el cronograma de trabajo de investigación, se visitó el Hospital para las aplicaciones de las pruebas. A continuación, se detallarán los pasos que se siguieron:
  - 1.** Se les asignó un código respetando la confiabilidad del participante
  - 2.** Se procedió a la obtención del consentimiento informado a cada uno de los participantes
  - 3.** Se entregó las fichas sociodemográficas
  - 4.** Se distribuyó los cuestionarios, Escala de resiliencia de Wagnild y Young, el Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF y el Cuestionario de modos de afrontamiento COPE.
  - 5.** Recojo de las pruebas desarrolladas
- F.** Posteriormente, se realizó la corrección manual de las pruebas evaluadas y se procedió a crear la base de datos con las puntuaciones que se obtuvieron en cada uno de los pacientes evaluados, y por último se realizó el análisis estadístico correspondiente.

#### **3.4.2. Sobre los instrumentos**

##### **Escala de resiliencia de Wagnild y Young (ER)**

**Diseñada por:** Wagnild, G. y Young, H. (1993)

**Adaptación en el Perú:** Novella (2002)

La Escala de Resiliencia (ER) consta de 25 ítems y evalúa las respuestas a 7 alternativas mediante una escala de Likert con calificaciones que van desde 1 (muy en desacuerdo) hasta 7 (muy de acuerdo), donde los candidatos recibirán una puntuación máxima de 175 y una puntuación mínima de 175. de 25 puntos. También se podrían evaluar los siguientes factores: satisfacción personal, sentirse bien por estar solo, confianza en uno mismo, equilibrio y perseverancia. (Novela, 2002). La elasticidad se divide en elasticidad baja (<120), elasticidad media (121-146) y elasticidad alta (>147). Es una variable categórica multicategoría ordenada.

## **Confiabilidad**

Perú Novella (2002) adaptó el idioma español y realizó análisis psicométricos con 324 estudiantes mujeres de 14 a 17 años del Colegio Nacional de Niñas "Teresa Gonzales de Fanning". Usando la misma técnica de división y rotación, encuentra 2 factores (el primero tiene 20 ítems, el segundo tiene 5) y usa el coeficiente alfa para obtener una consistencia interna global de .875 y una variación entre ítems de .18, probado para una correlación de .63. , todos los coeficientes fueron estadísticamente significativos al nivel de 0,01 ( $p < 0,01$ ), pero uno (ítem 11) tuvo un coeficiente por debajo de 0,20, que en este caso se indicó como el valor mínimo, no se eliminó porque tiene muy poco efecto sobre el crecimiento del valor alfa.

## **Validez**

Con el fin de profundizar el instrumento, se realizó una validez paralela, donde los constructos que se encontraron relacionados con la resiliencia (depresión, satisfacción con la vida, moral, autoestima y percepción del estrés) arrojaron puntajes altos de resiliencia. -0,36, 0,59, 0,54, 0,50, 0,57 y -0,67, respectivamente. De manera similar, la validez de contenido se utiliza para seleccionar elementos que representan los constructos que se evalúan (Novella, 2002).

## **Cuestionario de estilos de afrontamiento (COPE)**

**Diseñada por:** Carver et al. (1989)

**Adaptación en el Perú:** Casuso (1996)

El COPE fue desarrollado por Carver, Scheir y Weintraub (1989) y adaptado para Perú por Casuso (1996). La escala tiene 13 dimensiones de afrontamiento con 52 ítems dicotómicos escritos en primera persona. La administración es individual o grupal, apta para mayores de 16 años y tiene una duración aproximada de 20 minutos. Su propósito es evaluar formas de lidiar con el estrés. La composición interna de la escala permite identificar hasta 13 formas de afrontamiento del estrés: afrontamiento directo (activo) (1, 14, 27, 40), planificación de actividades (2, 15, 28, 41), inhibición de actividades competitivas. (3, 16, 29, 42), rechaza (retrasa) el afrontamiento (4, 17, 30, 43), busca apoyo social (5, 18, 31, 44), busca apoyo emocional (6, 19, 32, 45) , responder a experiencias Reinterpretación positiva (7,20,33,46), aceptación (8,21,34,47), retorno a la religión (9,22,35,48), análisis de emociones (10, 23,36, 49), negación (11,24,37,50), mala conducta (12,25,38,51), distracción (afrontamiento indirecto), (13,26,39,52) (Laboratorio de Psicometría, Universidad Ricardo de Palma, 1993 . ).

## **Validez**

En términos de validez, Carver et al. (1989) en un análisis factorial de 978 respuestas de estudiantes de la Universidad de Miami. El análisis arroja 12 factores con autovalores mayores a 1.0, de los cuales 11 son fácilmente interpretables. Los ítems restantes que no alcanzaron cargas factoriales superiores a 0,3 fueron excluidos de los resultados finales. La composición de estos 11 factores se correspondía con la puntuación de la escala, excepto que los ítems de la escala "Buscando apoyo social", "Afrontamiento positivo" y "Planificación" se agruparon en un mismo factor y se consideraron adecuados para permanecer como factores independientes (Carver et al., 1989).

Por otro lado, en el Perú existe la adaptación del instrumento realizada por Casuso (1996) aplicándolo a 817 estudiantes de una universidad privada de Lima y otra

pública. Con respecto a la validez de constructo, se obtuvo a través del análisis factorial, encontrándose 11 factores con valores mayores a 1.19 mediante un análisis de rotación varimax, lo cual no coincidía con la estructura factorial original, motivo por el cual se reagrupó la prueba.

### **Confiabilidad**

Confiabilidad del instrumento según Carver et al. (1989) obtuvieron consistencia interna, la cual fue reportada mediante el índice alfa de Cronbach analizado para cada escala. Los valores obtenidos fueron altos, entre 0,60 y 0,92, a excepción de la escala de disonancia cognitiva, que obtuvo un valor de 0,45. La fiabilidad test-retest entre usos osciló entre 0,42 y 0,89 a las seis semanas y entre 0,46 y 0,86 a las ocho semanas (Carver et al., 1989).

En cuanto a la confiabilidad del instrumento encontrado en Perú por Casuso (1996), encontró valores de  $\alpha$  de Cronbach de .68 para modelos enfocados en problemas, .75 para modelos enfocados en emociones y .77 para modelos enfocados en problemas. Patrones de afrontamiento, también conocidos como patrones desadaptativos (Díaz, 2015).

### **Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF)**

**Diseñada por:** OMS y el grupo WHOQOL (1998).

**Adaptación en el Perú:** Castillo (2012) en Chiclayo.

El WHOQOL-BREF contiene 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con la salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro dominios: salud física, salud mental, relaciones sociales y medio ambiente. Entonces, a diferencia del WHOQOL-100, donde cada una de las 24 dimensiones se evalúa con 4 ítems, el WHOQOL-BREF se evalúa con un solo ítem. En el dominio psicométrico, luego se seleccionan las preguntas más relevantes para el puntaje total, calculado como el promedio de todos los aspectos. Este cuestionario es autoadministrado mediante respuestas tipo Likert (1-5), considerando los siguientes niveles: Bajo (21-40) Normal (41-60) Alto (61-80) Muy alto.

### **Confiabilidad**

Posee una confiabilidad, en la población de estudio, con un Alpha de Cronbach de 0,96 y división por mitades de 0,94 - 0,97 (Castillo, 2012).

### **Validez**

La validez fue realizada por el método de contrastación de grupos obteniendo un puntaje superior a 0.05 (Castillo, 2012).

## **3.5. Plan de análisis e interpretación de la información**

Para el análisis estadístico se utilizará el programa Stata versión 13. En el análisis descriptivo se determinará la frecuencia, porcentajes e interdependencia de las variables categóricas: resiliencia, calidad de vida, estilos de afrontamiento y las variables sociodemográficas, en personas viviendo con VIH/sida.

Se emplearán tablas de doble entrada para determinar la relación entre las variables resiliencia, modos de afrontamiento y calidad de vida. Asimismo, se hará uso de las mismas para determinar la relación entre las variables principales y las variables

sociodemográficas. Para determinar la relación entre las variables estudiadas se utilizará la prueba de Chi cuadrado debido a que estos datos se han categorizado. En el análisis se utilizarán niveles de significación estadística entre 0.05 y 0.01.

### **3.6. Ventajas y limitaciones**

#### **Ventajas**

El diseño de este estudio fue de corte transversal, por lo que permitió poder desarrollarlo en un corto periodo de tiempo, con un costo mínimo.

Además, para la medición de las variables principales se usó dos pruebas estandarizadas en nuestra realidad nacional, lo cual permitió llevar a cabo las evaluaciones, sin ningún inconveniente.

#### **Limitaciones**

Entre las limitaciones del estudio, existió el riesgo de que, en las pruebas usadas, como en todo instrumento auto aplicado, los sujetos hayan falseado los datos debido a una deseabilidad social. Así como la limitación que se tuvo para la elección de la muestra debido a que se realizó un muestreo por conveniencia, lo cual puede ocasionar un sesgo en la selección. La falta de estudios previos de investigación sobre el tema. El acceso a la muestra debido a que al tratarse de una población vulnerable hubo muchas restricciones en la recopilación de los datos.

### **3.7. Aspectos éticos**

Como condición inicial para la puesta en marcha del Proyecto de investigación, se tomará en consideración la aprobación por parte del Comité de ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UCSS.

La participación al proyecto no comporta riesgos a la salud de los encuestados ya que se trata de un estudio no experimental, de tipo descriptivo correlacional. El cuestionario se aplicará a las personas viviendo VIH/SIDA del Hospital San José, que se atienden en calidad de consulta externa, con el fin de obtener información referente a la resiliencia, modos de afrontamiento y la calidad de vida ejercen en la persona viviendo con la enfermedad. Estos serán los principios y criterios que regulan la adecuada aplicación y serán utilizados por el investigador.

#### **1. Respeto de la confidencialidad y política de protección de datos**

- a. El cuestionario fue anónimo y a cada participante se le asignó un código de identificación.
- b. Se ha explicado y explicado al Participante la finalidad y uso de la información obtenida.
- c. Los datos de los participantes solo serán accesibles para personal limitado, como el investigador (Quilla Regalado Jorge Alexander) y el consultor (Dr. Giovanni M. Díaz Gervasi).
- d. Los libros de datos y variables (codebooks) generados durante la fase de recolección de información serán nuevamente almacenados en las computadoras de los investigadores mediante códigos personales.
- e. Los materiales de investigación no digitales se almacenarán y protegerán en el sitio durante tres años.

#### **2. Respeto de la privacidad**

- a. Respetar el derecho de los sujetos de investigación a elegir el momento, las circunstancias y la cantidad de información que comparten con los investigadores.
- b. Respetar el derecho de los sujetos de investigación a no proporcionar información que no deseen compartir.

### **3. No discriminación y libre participación**

- a. No existirán formas de discriminación en el grupo de pacientes oncológicos que participen al estudio en cuanto a sexo, grupo étnico o por condición social, en sintonía con los criterios de exclusión e inclusión al estudio.
- b. No existirán formas de inducción coercitiva de participación al estudio.

### **4. Consentimiento informado a la participación a la investigación**

- a. Se ofreció información relevante a los pacientes con VIH sobre la finalidad y las características del estudio para solicitar el consentimiento informado (Anexo n°4) a la participación al estudio.
- b. Se garantizó la obtención del consentimiento informado de los sujetos antes de participar al estudio.
- c. Se informó a los encuestados de la posibilidad de abandonar el estudio y de la ausencia de consecuencias derivadas de esta decisión.

### **5. Respeto por la calidad de la investigación, autoría y uso de los resultados**

- a. Fomentar el valor científico de la investigación, caracterizada por su trascendencia empírica y social.
- b. Buscar la validez científica de la investigación, que se caracteriza por la creación de un marco teórico apropiado basado en literatura científica válida y actualizada, el uso de métodos de investigación coherentes y preguntas a responder, así como la adecuada selección de temas. incluirá esfuerzos para garantizar que los datos estándar de alta calidad se recopilen y analicen e interpreten críticamente usando un lenguaje apropiado para comunicar los resultados.
- c. Las autoridades competentes tengan acceso a materiales físicos y bases de datos preparadas para la revisión del proceso de recopilación de información.

## CAPÍTULO IV. RESULTADOS

**Tabla 1**

En la muestra se halló que el 72.7% es del sexo masculino y el promedio de edad fue de 35.9 años. El 52% se consideró heterosexual. Así mismo, el 59.3% de la muestra señaló ser soltero, el 39.3% tuvo una educación técnica superior y el 43.3% vivió en un inmueble propio. En cuanto a las variables clínicas relacionadas a la enfermedad, se encontró que el 92.7% lo contrajo por vía sexual, el 50,7% lleva viviendo con el mismo entre 1 y 11 meses, el 90% reportó hacer uso del tratamiento antirretroviral y el 48.7% lleva alrededor de 1 a 11 meses con el Virus.

**Tabla 1.** Características generales de la población evaluada

	n	%		16	11
<b>Edad * (Media ± DS)</b>	35.97	± 12.1	<b>No</b>		
<b>Sexo</b>			<b>De qué persona recibe más apoyo</b>		
Femenino	40	27.4	Nadie	8	5.5
Masculino	106	72.6	Pareja	52	35.6
<b>Orientación Sexual</b>			Padres	48	32.9
Heterosexual	76	52	Hermanos	22	15.1
Homosexual	54	37	Abuelos, primos, tíos	2	1.4
Bisexual	16	11	Otros	14	9.6
<b>Estado civil</b>			<b>Con quien pasa el tiempo libre</b>		
Soltero	85	58.2	Pareja	61	41.8
Conviviente	43	29.5	Padres o hermanos	37	25.3
Casado	16	10.9	Abuelos, Tíos o primos	2	1.4
Viudo	2	1.4	Amistades	13	8.9
<b>Lugar de procedencia</b>			Solo	33	22.6
Lima	61	41.8	<b>Cómo contrajo el Virus</b>		
Callao	63	43.1	Vía sexual	136	93.2
Provincia	22	15.1	Vía sanguínea	10	6.8
<b>Tiene hijos</b>			<b>Estadio del virus</b>		
Sí	63	43.2	Infección aguda por VIH	107	73.3
No	83	56.8	Infección crónica por VIH	30	20.5
<b>Grado de Instrucción</b>			SIDA	9	6.2
Primaria	20	13.7	<b>Uso de antirretrovirales</b>		
Secundaria completa	47	32.2	Sí	133	91.1
Superior técnico	59	40.4	No	13	8.9
Superior universitario	20	13.7	<b>Tiempo de uso de antirretrovirales</b>		
<b>Ocupación</b>			Menor a un año	70	48.0
Profesional	16	10.9	1-3 años	35	24.0
Obrero	34	23.3	De 3 a 10 años	21	14.4
Técnico	31	21.2	Mayor a 10 años	11	7.5
Estudiante	9	6.1	No recibe	9	6.2
Ama de casa	28	19.2			
Sin empleo	28	19.2			
<b>Tipo de vivienda</b>					
Propia	64	43.8			
Alquilada	58	39.7			
Alojado(a)	24	16.4			
<b>Con quién vive en casa</b>					
Solo	24	16.4			
Hijos	8	5.5			
Pareja	28	19.2			
Pareja e hijos	31	21.2			
Padres	37	25.3			
Otros	18	12.3			
<b>Recibe apoyo familiar</b>					
Sí	130	89			

**Tabla 2**

Como se evidencia, el 49.3% reportó tener niveles moderados de resiliencia. Los promedios para las dimensiones de la variable calidad de vida fueron: salud física (22.9), psicológico (20.6), relaciones sociales (9.6), ambiente (25.0). Mientras que para la variable modos de afrontamiento comprenden: modos de afrontamiento centrado al problema (14.7), modos de afrontamiento centrado a la emoción (14.5) y otros modos de afrontamiento (7.6). El resto de los resultados se puede apreciar en la tabla 2.

**Tabla 2.** Descripción de las variables principales en la población evaluada

	n (%)	MEDIA (DS)
<b>Resiliencia</b>		
Baja	40 (26,7)	
Moderada	72 (49,3)	
Alta	34 (24,0)	
<b>Calidad de vida</b>		
Físico		22.9 ± 4.4
Psicológico		20.6 ± 3.7
Relaciones sociales		9.6 ± 2.3
Ambiente		25.0 ± 4.0
<b>Modos de afrontamiento</b>		
<b>Modos de afrontamiento centrado al problema</b>		14.75 ± 3.10
Afrontamiento Directo (Activo)		3.21 ± 0.87
Planificación de Actividades		3.27 ± 0.98
Supresión de Actividades Competitivas		2.18 ± 1.15
Retracción (demora) del afrontamiento		2.85 ± 0.99
Búsqueda de soporte social		3.24 ± 1.08
<b>Modos de afrontamiento centrado a la emoción</b>		14.53 ± 2.82
Búsqueda de soporte emocional		3.06 ± 1.18
Reinterpretación positiva de la experiencia		3.53 ± 0.84
Aceptación		3.07 ± 0.97
Retorno a la religión		2.65 ± 1.23
Análisis de las emociones		2.22 ± 1.02
<b>Otros modos de afrontamiento</b>		7.58 ± 1.87
Negación		2.29 ± 1.01
Conductas inadecuadas		2.74 ± 0.97
Distracción (Afrontamiento Indirecto)		2.55 ± 0.91

*Elaboración propia\**

**Tabla 3.**

Existe una asociación significativa entre el uso del tratamiento antirretroviral ( $p=0.02$ ) y los niveles de resiliencia. El resto de los datos se puede observar en la tabla 3.



**Tabla 3.** Asociación de la resiliencia con las variables sociodemográficas

	Resiliencia			P
	Baja n (%)	Moderada n (%)	Alta n (%)	
<b>Edad (media ± DS)</b>	36.68 ± 13.25	36.05 ± 12.15	34.69 ± 11.33	0.85
<b>Sexo</b>				0.06
Masculino	35 (32.1)	52 (47.7)	22 (20.2)	
Femenino	5 (12.2)	22 (53.7)	14 (34.2)	
<b>Orientación sexual</b>				0.55
Heterosexual	19 (24.4)	39 (50.0)	20 (25.6)	
Homosexual	14 (25.0)	28 (50.0)	14 (25.0)	
Bisexual	7 (43.6)	7 (43.6)	2 (12.5)	
<b>Estado civil</b>				0.25
Soltero	25 (28.1)	44 (49.4)	20 (22.5)	
Conviviente	13 (30.2)	18 (41.9)	12 (27.9)	
Casado	1 (6.3)	12 (75.0)	3 (18.8)	
Viudo	1 (50.0)	-	1 (50.0)	
<b>Lugar de procedencia</b>				0.19
Lima	15 (30.0)	24 (48.0)	11 (22.0)	
Callao	11 (16.9)	38 (58.5)	16 (24.6)	
Provincia	8 (36.4)	9 (40.9)	5 (22.7)	
<b>Tiene hijos</b>				0.85
Si	17 (26.6)	33 (51.6)	14 (21.9)	
No	23 (26.7)	41 (47.7)	22 (25.6)	
<b>Número de hijos</b>				0.18
1 a 2 hijos	15 (28.3)	30 (56.6)	8 (15.1)	
3 a 4 hijos	4 (23.5)	8 (47.1)	5 (29.4)	
5 a más hijos	-	1 (25.0)	3 (75.0)	
No tiene	21 (27.6)	35 (46.1)	20 (26.3)	
<b>Grado de instrucción</b>				0.64
Primaria	4 (44.4)	4 (44.4)	1 (11.1)	
Secundaria completa	12 (24.5)	22 (44.9)	15 (30.6)	
Superior técnico	17 (28.8)	32 (54.2)	10 (16.9)	
Superior universitario	4 (20.0)	9 (45.0)	7 (35.0)	
<b>Ocupación</b>				0.08
Profesional	3 (18.6)	10 (62.5)	3 (18.8)	
Obrero	5 (16.1)	18 (58.1)	8 (25.8)	
Técnico	10 (29.4)	15 (44.1)	9 (26.5)	
Estudiante	6 (50.0)	2 (16.7)	4 (33.3)	
Ama de casa	3 (10.3)	19 (65.5)	7 (24.1)	
Sin empleo	13 (46.4)	10 (35.7)	5 (17.9)	
<b>Tipo de vivienda</b>				0.13
Propia	11 (16.9)	38 (58.5)	16 (24.0)	
Alquilada	20 (32.8)	28 (45.9)	13 (21.3)	
Alojado(a)	9 (37.5)	8 (33.3)	7 (29.2)	
<b>Con quién vive en casa</b>				0.73
Solo	9 (37.5)	10 (41.7)	5 (20.8)	
Hijos	2 (25.0)	5 (62.5)	1 (12.5)	
Pareja	5 (17.9)	15 (53.6)	8 (28.6)	
Pareja e hijos	6 (19.4)	17 (54.8)	8 (25.8)	
Padres	11 (27.5)	21 (52.5)	8 (20.0)	
Otros	7 (36.8)	6 (31.6)	6 (31.6)	
<b>Recibe apoyo familiar</b>				0.44
Si	36 (26.9)	64 (47.7)	34 (25.4)	
No	4 (25.0)	10 (62.5)	2 (12.5)	
<b>De qué persona recibe más apoyo</b>				0.96
Nadie	15 (28.9)	23 (44.2)	14 (26.9)	
Pareja	12 (24.5)	24 (48.9)	13 (26.5)	
Padres	7 (30.4)	13 (56.5)	3 (13.0)	

Hermanos	1 (33.3)	1 (33.3)	1 (33.3)	
Abuelos, primos, tíos	2 (25.0)	5 (62.5)	1 (12.5)	
Otros	3 (20.0)	8 (53.3)	4 (26.7)	
<b>Con quién la pasa en su tiempo libre</b>				<b>0.67</b>
Pareja	17 (27.9)	32 (52.5)	12 (19.7)	
Padres o hermanos	10 (25.6)	19 (48.7)	10 (25.6)	
Abuelos, Tíos o primos	1 (100.0)	-	-	
Amistades	5 (35.7)	4 (28.6)	5 (35.7)	
Solo	7 (20.6)	18 (52.9)	9 (26.5)	
<b>Como contrajo el virus</b>				<b>0.56</b>
Vía sexual	37 (26.6)	70 (49.3)	32 (23.0)	
Vía sanguínea	3 (30.0)	3 (30.0)	4 (40.0)	
Vía Vertical (madre – hijo)	-	1 (100.0)	-	
<b>Estadio de la enfermedad</b>				<b>0.25</b>
Infección aguda por VIH	31 (27.9)	57 (51.4)	23 (20.7)	
Infección crónica por VIH	5 (16.7)	14 (46.7)	11 (36.7)	
SIDA	4 (44.4)	3 (33.3)	2 (22.2)	
<b>Uso de antirretrovirales</b>				<b>0.02</b>
Si	40 (29.6)	66 (48.9)	29 (21.5)	
No	-	8 (53.3)	7 (46.47)	
<b>Tiempo de uso de antirretrovirales</b>				<b>0.11</b>
Menor a un año	27 (36.9)	35 (47.9)	11 (15.1)	
1 a 3 años	7 (20.0)	17 (48.6)	11 (31.4)	
De 3 a 10 años	1 (8.3)	6 (50.0)	5 (41.7)	
Mayor a 10 años	2 (22.2)	5 (55.6)	2 (22.2)	
No recibe	-	5 (50.0)	5 (50.0)	

**Tabla 4**

Existe asociación significativa entre las variables: tipo de vivienda ( $p=0.01$ ) y la dimensión modos de afrontamiento centrado al problema. Existe relación entre las variables el grado de instrucción y los modos de afrontamiento centrado al problema ( $p=0.01$ ). El resto de los datos se puede observar en la tabla 4.

**Tabla 4.** Asociación de los modos de afrontamiento con las variables sociodemográficas

	Modos de afrontamiento					
	Centrado en el problema		Centrado en la emoción		Otros modos de afrontamiento	
	(media ± DS)	P	(media ± DS)	P	(media ± DS)	P
<b>Edad</b>	Rho. 0.0388	0.63	Rho. -0.0829	0.31	Rho. 0.1217	0.13
<b>Sexo</b>		0.71		0.72		0.64
Masculino	15.08 ± 2.90		14.48 ± 2.89		7.62 ± 1.76	
Femenino	13.85 ± 3.44		14.66 ± 2.64		7.46 ± 2.16	
<b>Orientación sexual</b>		0.69		0.98		0.39
Heterosexual	14.81 ± 2.93		14.56 ± 2.64		7.5 ± 1.91	
Homosexual	14.91 ± 3.11		14.46 ± 2.94		7.52 ± 1.91	
Bisexual	13.86 ± 3.84		14.56 ± 3.41		8.19 ± 1.52	
<b>Estado civil</b>		0.48		0.39		0.37
Soltero	14.57 ± 3.21		14.63 ± 3.04		7.76 ± 1.86	
Conviviente	15 ± 3.06		14.21 ± 2.45		7.16 ± 1.60	
Casado	15.44 ± 2.19		15.13 ± 2.06		7.63 ± 2.41	
Viudo	11.5 ± 4.95		12 ± 5.66		8 ± 2.82	
<b>Lugar de procedencia</b>		0.85		0.23		0.71
Lima	15 ± 2.63		14.28 ± 2.79		7.34 ± 1.92	
Callao	14.43 ± 3.57		14.26 ± 3.04		7.67 ± 1.95	
Provincia	14.64 ± 2.80		15.5 ± 2.59		7.82 ± 1.76	
<b>Hijos</b>		0.35		0.69	0.7173	
Si	14.5 ± 3.11		14.42 ± 2.54		7.52 ± 1.95	
No	14.93 ± 3.09		14.60 ± 3.02		7.63 ± 1.82	
<b>Grado de instrucción</b>		0.17		0.01		0.76
Primaria completa	12.78 ± 4.60		12.33 ± 3.12		6.78 ± 2.17	
Secundaria completa	14.53 ± 3.00		14.24 ± 2.94		7.63 ± 1.72	
Superior técnico	15.10 ± 2.64		14.58 ± 2.65		7.64 ± 1.76	
Superior universitario	15.9 ± 2.69		16.1 ± 2.47		7.7 ± 2.25	
<b>Ocupación</b>		0.53		0.11		0.12
Profesional	15.5 ± 3.10		15.63 ± 3.40		8.81 ± 1.52	
Obrero	15.24 ± 2.88		14.79 ± 2.82		8.21 ± 1.32	
Técnico	15.32 ± 2.14		14.94 ± 2.38		7.39 ± 1.67	
Estudiante	14.67 ± 2.64		15.08 ± 2.61		7.58 ± 1.62	
Ama de casa	14.10 ± 3.34		13.93 ± 2.79		7.07 ± 2.33	
Sin empleo	13.79 ± 3.94		13.5 ± 2.82		6.86 ± 1.96	
<b>Tipo de vivienda</b>		0.01		0.06		0.89
Propia	15.31 ± 2.46		14.86 ± 3.05		7.51 ± 1.78	
Alquilada	14.97 ± 2.98		14.66 ± 2.49		7.61 ± 1.91	
Alojado(a)	12.67 ± 4.07		13.29 ± 2.73		7.71 ± 2.07	
<b>Con quién vive</b>		0.09		0.97		0.44
Solo	14.5 ± 3.69		14.79 ± 3.01		7.83 ± 2.39	
Hijos	12.63 ± 2.88		13.75 ± 3.37		7 ± 2.39	
Pareja	15.75 ± 2.76		14.43 ± 2.62		7.14 ± 1.88	
Pareja e hijos	14.77 ± 2.94		14.58 ± 2.11		7.35 ± 1.52	
Padres	14.5 ± 3.12		14.55 ± 3.10		7.82 ± 1.75	
Otros	14.95 ± 2.82		14.53 ± 3.29		8 ± 1.76	
<b>Apoyo familiar</b>		0.82		0.18		0.34
Si	14.77 ± 3.10		14.63 ± 2.66		7.53 ± 1.87	
No	14.56 ± 4.21		13.63 ± 3.89		8 ± 1.83	
<b>De qué miembro de su familia recibe más apoyo</b>		0.93		0.37		0.55
Nadie	15 ± 3.21		15.5 ± 4.14		8 ± 1.60	
Pareja	14.73 ± 3.22		13.88 ± 2.39		7.31 ± 1.98	
Padres	14.57 ± 2.68		15.04 ± 2.51		7.79 ± 1.79	
Hermanos	15.13 ± 3.15		14.65 ± 2.69		7.52 ± 1.47	
Abuelos, primos, tíos	15 ± 4		14.67 ± 5.13		9 ± 1.73	

Otros	14.6 ± 4.01		14.33 ± 3.92		7.4 ± 2.41	
<b>Con quién la pasa en su tiempo libre</b>		0.06		0.50		0.66
Pareja	15.31 ± 2.87		14.64 ± 2.67		7.49 ± 1.75	
Padres o hermanos	14.69 ± 3.04		14.54 ± 3.07		7.82 ± 1.60	
Abuelos, Tíos o primos	11 ± 0		15 ± 0		7 ± 0	
Amistades	15.14 ± 2.82		15 ± 2.72		7.14 ± 1.79	
Solo	13.62 ± 3.40		13.97 ± 2.84		7.59 ± 2.38	
<b>Como contrajo el virus</b>		0.63		0.21		0.16
Vía sexual	14.76 ± 3.19		14.6 ± 2.82		7.66 ± 1.84	
Vía sanguínea	14.5 ± 1.51		13.2 ± 2.62		6.5 ± 2.12	
Vía Vertical (madre – hijo)	16 ± 0		17 ± 0		7 ± 0	
<b>Estadio de la enfermedad</b>		0.16		0.84		0.25
Infección aguda por VIH	14.70 ± 3.21		14.60 ± 2.80		7.59 ± 1.88	
Infección crónica por VIH	15.43 ± 2.34		14.27 ± 2.96		7.27 ± 1.95	
SIDA	13 ± 3.39		14.44 ± 2.79		8.44 ± 1.24	
<b>Uso de antirretrovirales</b>		0.74		0.06		0.49
Si	14.78 ± 3.06		14.39 ± 2.87		7.61 ± 1.89	
No	14.47 ± 3.54		15.8 ± 1.97		7.27 ± 1.71	
<b>Tiempo de uso de antirretrovirales</b>		0.56		0.67		0.28
Menor a un año	14.82 ± 3.15		14.59 ± 2.85		7.64 ± 1.84	
1 a 3 años	14.46 ± 3.15		13.86 ± 2.91		7.14 ± 2.10	
De 3 a 10 años	15.58 ± 3.29		15.08 ± 3.26		8.5 ± 1.88	
Mayor a 10 años	15.78 ± 1.99		15.22 ± 1.99		8.11 ± 1.27	
No recibe	13.4 ± 3.63		14.9 ± 2.47		7.1 ± 1.91	

**Tabla 5.**

Existe asociación significativa entre el grado de instrucción ( $p=0.00$ ), tipo de vivienda ( $p=0.00$ ), lugar de procedencia ( $p=0.02$ ), con la dimensión físico. Existe relación entre el grado de instrucción ( $p=0.00$ ), tipo de vivienda ( $p=0.00$ ), lugar de procedencia ( $p=0.02$ ), con la dimensión psicológico. Se asocia también la orientación sexual ( $p=0.01$ ), grado de instrucción ( $p=0.04$ ), lugar de procedencia ( $p=0.007$ ), con la dimensión relaciones sociales. Se asoció el grado de instrucción ( $p=0.02$ ), tipo de vivienda ( $p=0.00$ ), con la dimensión ambiente de la calidad de vida. El resto de los datos se puede observar en la tabla 4.

**Tabla 5. Asociación del tipo de calidad de vida con las variables sociodemográficas**

	Calidad de vida							
	Salud física		Psicológico		Relaciones sociales		Ambiente	
	(media ± DS)	p-valor	(media ± DS)	p-valor	(media ± DS)	p-valor	(media ± DS)	P
<b>Edad</b>	Rho. -0.03	0.69	Rho. 0.01	0.99	Rho. 0.0265	0.74	Rho. -0.0291	0.72
<b>Sexo</b>		0.55		0.54		0.09		0.82
Masculino	22.76 ± 4.30		20.75 ± 3.57		9.89 ± 2.24		24.99 ± 4.04	
Femenino	23.34 ± 4.81		20.34 ± 4.08		8.80 ± 2.40		25.02 ± 3.98	
<b>Orientación sexual</b>		0.21		0.08		0.15		0.11
Heterosexual	22.79 ± 4.74		20.47 ± 3.95		9.41 ± 2.38		24.99 ± 4.14	
Homosexual	23.41 ± 4.06		21.46 ± 3.26		10.20 ± 2.30		25.53 ± 3.98	
Bisexual	21.81 ± 4.15		18.56 ± 2.78		8.36 ± 1.54		23.19 ± 3.04	
<b>Lugar de procedencia</b>		<b>0.01</b>		0.00		0.01		0.07
Lima	22.78 ± 4.92		20.62 ± 3.53		9.28 ± 2.68		25.3 ± 4.42	
Callao	22.14 ± 3.77		19.95 ± 3.42		9.42 ± 2.08		24.65 ± 3.48	
Provincia	23.64 ± 4.80		20.64 ± 4.45		9.59 ± 2.40		24.09 ± 4.29	
<b>Estado civil</b>		0.73		0.63		0.51		0.93
Soltero	22.58 ± 4.11		20.65 ± 3.48		9.43 ± 2.31		25.08 ± 4.03	
Conviviente	23.70 ± 5.15		20.88 ± 4.26		10.05 ± 2.29		24.95 ± 4.31	
Casado	22.81 ± 3.82		20.31 ± 2.96		9.36 ± 2.55		24.86 ± 3.34	
Viudo	22 ± 8.49		17.5 ± 7.78		9 ± 2.83		23.5 ± 3.54	
<b>Tiene hijos</b>		0.96		0.40		0.57		0.33
Si	23.09 ± 4.80		20.34 ± 4.03		9.47 ± 2.35		24.58 ± 3.62	
No	22.79 ± 4.17		20.86 ± 3.45		9.69 ± 2.32		25.31 ± 4.27	
<b>Grado de instrucción</b>		0.00		0.00		0.04		0.02
Primaria	19.78 ± 4.97		18 ± 3.08		7.89 ± 1.90		21.78 ± 2.77	
Secundaria completa	22.86 ± 4.26		20.29 ± 3.83		9.51 ± 2.53		24.86 ± 3.95	
Superior técnico	23.10 ± 4.34		21.02 ± 3.04		9.63 ± 1.95		25.14 ± 3.57	
Superior universitario	25.5 ± 4.07		23.35 ± 3.17		10.7 ± 1.72		26.75 ± 4.62	
<b>Ocupación</b>		0.17		0.12		0.09		0.29
Profesional	24.25 ± 3.64		21.86 ± 2.73		9.88 ± 1.78		25.44 ± 3.48	
Obrero	23.74 ± 4.59		21.82 ± 4.01		10.18 ± 2.70		25.44 ± 3.62	
Técnico	22.55 ± 4.29		21.29 ± 3.27		9.84 ± 2.03		24.90 ± 3.53	
Estudiante	23.58 ± 4.29		21.33 ± 4.48		10 ± 2.86		27.25 ± 5.74	
Ama de casa	22.72 ± 4.74		19.03 ± 3.61		8.52 ± 2.31		24.55 ± 4.27	
Sin empleo	21.5 ± 4.51		19.68 ± 3.53		9.39 ± 1.97		23.82 ± 3.94	
<b>Tipo de vivienda</b>		<b>0.00</b>		0.00		0.10		0.00
Propia	23.49 ± 4.38		20.83 ± 3.29		9.74 ± 2.13		25.97 ± 3.90	
Alquilada	23.52 ± 4.76		21.31 ± 3.97		9.80 ± 2.66		24.90 ± 4.11	
Alojado(a)	19.83 ± 1.79		18.42 ± 3.61		8.67 ± 1.74		22.63 ± 3.03	

<b>Con quién vive en casa</b>		0.78		0.59		0.56		0.08
Solo	23.25 ± 4.36		20.25 ± 3.71		9.36 ± 2.70		24.83 ± 4.90	
Hijos	22.36 ± 6.46		20.12 ± 4.29		8.5 ± 3.21		23.63 ± 2.67	
Pareja	22.43 ± 4.23		20.68 ± 4.29		9.96 ± 2.19		25.14 ± 3.99	
Pareja e hijos	24.06 ± 4.84		21.10 ± 4.29		9.84 ± 2.18		25.39 ± 4.54	
Padres	22.58 ± 3.92		20.05 ± 3.13		9.33 ± 1.89		24.7 ± 3.38	
Otros	22.32 ± 4.44				9.95 ± 2.76		25.58 ± 3.86	
<b>Recibe apoyo familiar</b>		0.69		0.24		0.28		0.29
Si	22.98 ± 4.45		20.76 ± 3.61		9.66 ± 2.36		25.12 ± 4.02	
No	22.44 ± 4.46		19.63 ± 4.46		9 ± 1.97		24 ± 3.88	
<b>De qué miembro de su familia recibe más apoyo</b>		0.78		0.78		0.09		0.84
Nadie	22.88 ± 2.90		20.36 ± 4.07		9.13 ± 0.99		24.36 ± 4.31	
Pareja	23.73 ± 5.04		21.13 ± 3.83		10.06 ± 2.28		25.21 ± 3.96	
Padres	22.69 ± 4.10		20.73 ± 3.23		9.49 ± 2.17		25.41 ± 4.13	
Hermanos	22.35 ± 3.90		20.04 ± 3.90		9.91 ± 2.63		24.22 ± 3.19	
Abuelos, primos, tíos	23.67 ± 3.79		20.33 ± 3.06		9.67 ± 1.53		24 ± 2	
Otros	21.6 ± 4.88				8.07 ± 2.71		24.67 ± 5.23	
<b>Con quién la pasa en su tiempo libre</b>		0.24		0.95		0.22		0.39
Pareja	23.77 ± 4.76		20.93 ± 3.82		10.08 ± 2.13		25.21 ± 4.21	
Padres o hermanos	22.92 ± 4.05		20.51 ± 3.37		9.46 ± 2.37		25.79 ± 3.83	
Abuelos, tíos o primos	17 ± 0		18 ± 0		7 ± 0		24 ± 0	
Amistades	22.21 ± 3.93		20.5 ± 3.46		9.64 ± 2.84		24.5 ± 3.67	
Solo	21.88 ± 4.34		20.38 ± 4.15		8.91 ± 2.33		23.97 ± 4.00	
<b>Como contrajo el virus</b>		0.09		0.16		0.24		0.26
Vía sexual	22.99 ± 4.38		20.73 ± 3.71		9.68 ± 2.28		25.06 ± 4.01	
Vía sanguínea	21.2 ± 4.52		18.9 ± 3.31		8.7 ± 2.91		23.8 ± 4.10	
Vía Vertical (madre – hijo)	31 ± 0		25 ± 0		7 ± 0		28 ± 0	
<b>Estadío del virus</b>		0.45		0.84		0.63		0.36
Infección aguda por VIH	22.84 ± 4.39		20.57 ± 3.63		9.49 ± 2.25		24.75 ± 3.99	
Infección crónica por VIH	22.67 ± 4.39		20.7 ± 3.88		9.87 ± 2.42		25.87 ± 4.14	
SIDA	24.78 ± 4.06		21.33 ± 4.42		10 ± 3.08		25.22 ± 3.73	
<b>Uso de antiretrovirales</b>		0.32		0.39		0.25		0.27
Si	23.04 ± 4.54		20.73 ± 3.68		9.67 ± 2.39		25.13 ± 4.07	
No	21.8 ± 3.30		19.87 ± 3.94		8.93 ± 1.58		23.87 ± 3.34	
<b>Tiempo de uso de antiretrovirales</b>		0.064		0.18		0.11		0.18
Menor a un año	23.11 ± 4.26		20.77 ± 3.76		9.62 ± 2.40		24.78 ± 3.99	
1 a 3 años	21.66 ± 4.80		19.67 ± 3.27		8.86 ± 2.28		24.26 ± 3.46	
De 3 a 10 años	25.75 ± 4.80		22 ± 3.88		10.75 ± 2.22		27.75 ± 5.15	
Mayor a 10 años	21.67 ± 3.28		20.78 ± 2.73		9.78 ± 2.05		24.78 ± 4.18	
No recibe	21.6 ± 2.55		19.5 ± 4.20		9.3 ± 1.70		24.3 ± 3.40	

**Tabla 6.**

Existe una asociación significativa entre las dimensiones de la calidad de vida: salud física ( $p=0.01$ ), psicológico ( $p=0.01$ ) y ambiente ( $p=0.03$ ) y los niveles de resiliencia. El promedio de las dimensiones físico, psicológico y ambiente de la calidad de vida, aumentan en relación a los niveles de resiliencia. Además, existe asociación significativa entre las dimensiones de los modos de afrontamiento y la calidad de vida. Centrado al problema, con las dimensiones: relaciones sociales ( $p=0.040$ ), donde presentan una correlación positiva débil (Rho.0.168); ambiente ( $p=0.020$ ), donde presentan una correlación positiva débil (Rho.0.188). Centrado a la emoción, con las dimensiones: salud física ( $p=0.012$ ), donde presentan una correlación positiva débil (Rho.0.203); psicológico ( $p=0.001$ ), donde presentan una correlación positiva débil (Rho. 0.265); relaciones sociales ( $p=0.012$ ), donde presentan una correlación positiva débil (Rho. 0.204); ambiente ( $p=0.000$ ), donde presenta una correlación positiva media (Rho.0.648). Otros modos de afrontamiento, con las dimensiones psicológico ( $p=0.046$ ), donde presentan una correlación positiva débil (Rho. 0.163); relaciones sociales ( $p=0.000$ ), donde presenta una correlación positiva media (Rho. 0.648).

**Tabla 6.** Asociación de la resiliencia, modos de afrontamiento y los tipos de calidad de vida.

	Calidad de vida							
	Salud física		Psicológico		Relaciones sociales		Ambiente	
	(media±DS)	P	(media±DS)	P	(media±DS)	P	(media±DS)	P
<b>Resiliencia</b>		0.01		0.01		0.21		0.03
Baja	22.05 ± 4.27		19.78 ± 3.96		9.45 ± 2.45		24.23 ± 4.19	
Moderada	22.38 ± 3.98		20.31 ± 2.92		9.38 ± 1.88		24.69 ± 3.34	
Alta	25 ± 4.95		22.28 ± 4.39		10.19 ± 2.93		26.5 ± 4.73	
<b>Modos de afrontamiento</b>								
Centrado al problema	Rho. 0.09	0.23	Rho. 0.14	0.03	Rho. 0.16	0.04	Rho. 0.188	0.02
Centrado a la emoción	Rho. 0.20	0.01	Rho. 0.26	0.00	Rho. 0.20	0.01	Rho. 0.648	0.00
Otros modos de afrontamiento	Rho. 0.14	0.02	Rho. 0.16	0.04	Rho. 0.65	0.00	Rho. 0.102	0.22

### Tabla 7.

Según los resultados del análisis para determinar la regresión lineal múltiple (RLM), se evidenció que niveles altos de resiliencia están asociados a un incremento en las dimensiones: salud física (Coef. 2.95;  $p=0.01$ ), psicológica (Coef. 2.50;  $p=0.01$ ) y ambiente (Coef. 2.28;  $p=0.02$ ). Los modos de afrontamiento centrado al problema están asociados a un incremento en las dimensiones: psicológica (Coef. 0.26;  $p=0.01$ ), relaciones sociales (Coef. 0.16;  $p=0.01$ ) y ambiente (Coef. 0.28;  $p=0.01$ ). No obstante, los modos de afrontamiento centrados a la emoción se ven asociados a un aumento de las probabilidades en las dimensiones: salud física (Coef. 0.31;  $p=0.02$ ), psicológica (Coef. 0.35;  $p=0.00$ ), relaciones sociales (Coef. 0.17;  $p=0.012$ ) y ambiente (Coef. 0.30;  $p=0.010$ ). Mientras que los otros modos de afrontamiento se asocian al aumento de las probabilidades de las dimensiones: salud física (Coef. 0.42;  $p=0.03$ ), relaciones sociales (Coef. 0.25;  $p=0.01$ ).

Asimismo, el haber alcanzado un nivel académico de superior universitario en comparación con el nivel primaria completa, se asocia a tener una mejor salud física (Coef. 5.72;  $p=0.00$ ), psicológica (Coef. 5.35;  $p=0.00$ ), mejores relaciones sociales (Coef. 2.81;  $p=0.00$ ) y un mejor ambiente (Coef. 4.97;  $p=0.00$ ) de la calidad de vida. Asimismo, el tener una vivienda alquilada en comparación a una propia, se asocia a tener una mejor salud física (Coef. 3.69;  $p=0.00$ ) psicológica (Coef. 2.89;  $p=0.00$ ), relaciones sociales (Coef. 1.14;  $p=0.04$ ) y un mejor ambiente (Coef. 2.28;  $p=0.016$ ) de la calidad de vida. Las personas que refieren proceder del Callao, tienen menos probabilidades de tener una buena salud física (Coef. -4.02;  $p=0.00$ ) y psicológica (Coef. -4.20;  $p=0.00$ ). Sin embargo, los que proceden de Lima se observó una disminución en las probabilidades de tener buenas relaciones sociales (Coef. -2.41;  $p=0.00$ ). Por otro lado, proceder de provincia disminuye las probabilidades de tener un ambiente apropiado, en relación a la calidad de vida.



**Tabla 7.** Análisis de regresión lineal múltiple para identificar los predictores de la calidad de vida.

	Calidad de vida											
	Coef.	Físico IC 95 %	P	Coef.	Psicológico IC 95 %	P	Coef.	Relaciones sociales IC 95 %	P	Coef.	Ambiente IC 95 %	P
<b>Resiliencia</b>												
Baja	1.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moderada	0.33	-1.34 - 1.99	0.69	0.54	-0.86 - 1.93	0.45	-0.07	-0.97 - 0.83	0.87	0.46	-1.06 - 1.99	0.54
Alta	2.95	0.99 - 4.90	<b>0.00</b>	2.50	0.87 - 4.14	<b>0.00</b>	0.74	-0.30 - 1.79	0.16	2.28	0.49 - 4.06	<b>0.01</b>
<b>Modos de afrontamiento</b>												
Centrado al problema	0.20	-0.03 - 0.43	0.09	0.26	0.08 - 0.45	<b>0.01</b>	0.16	0.04 - 0.27	<b>0.01</b>	0.28	0.07 - 0.48	<b>0.01</b>
Centrado a la emoción	0.31	0.06 - 0.56	<b>0.02</b>	0.35	0.14 - 0.55	<b>0.00</b>	0.17	0.04 - 0.29	<b>0.01</b>	0.30	0.07 - 0.52	<b>0.01</b>
Otros modos de afrontar	0.42	0.04 - 0.79	<b>0.03</b>	0.32	0.01 - 0.64	<b>0.04</b>	0.25	0.05 - 0.45	<b>0.02</b>	0.15	-0.19 - 0.49	0.40
<b>Grado de instrucción</b>												
Primaria completa	1.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Secundaria completa	3.08	0.02 - 6.13	<b>0.04</b>	2.29	-0.19 - 4.76	0.07	1.62	-0.02 - 3.26	0.06	3.08	0.26 - 5.89	<b>0.03</b>
Superior técnico	3.32	0.31 - 6.34	<b>0.03</b>	2.29	0.58 - 5.46	<b>0.02</b>	1.74	0.12 - 3.35	<b>0.03</b>	4.97	0.58 - 6.13	<b>0.01</b>
Superior universitario	5.72	2.34 - 9.10	<b>0.00</b>	5.35	2.61 - 8.09	<b>0.00</b>	2.81	1.00 - 4.62	<b>0.00</b>	4.97	1.86 - 8.09	<b>0.00</b>
<b>Tipo de vivienda</b>												
Propia	1.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alquilada	3.69	1.67 - 5.72	<b>0.00</b>	2.89	1.18 - 4.61	<b>0.00</b>	1.14	0.04 - 2.24	<b>0.04</b>	2.28	0.43 - 4.12	<b>0.01</b>
Alojado(a)	3.66	1.65 - 5.67	<b>0.00</b>	2.41	0.72 - 4.11	<b>0.01</b>	1.07	-0.02 - 2.16	0.06	3.34	1.52 - 5.17	<b>0.00</b>
<b>Lugar de procedencia</b>												
Lima	-3.37	-6.04 - 0.71	<b>0.01</b>	-3.53	-5.73 - 1.34	<b>0.00</b>	-2.41	-3.80 - 1.02	<b>0.00</b>	-1.85	-4.29 - 0.59	0.14
Callao	-4.02	-6.62 - 1.41	<b>0.00</b>	-4.20	-6.34 - 2.06	<b>0.00</b>	-2.28	-3.63 - 0.92	<b>0.00</b>	-2.51	-4.89 - 0.12	<b>0.04</b>
Provincia	-2.52	-5.51 - 0.48	0.09	-3.52	-5.98 - 1.05	<b>0.01</b>	-2.10	-3.66 - 0.54	<b>0.01</b>	-3.06	-5.81 - 0.32	<b>0.03</b>

## **CAPÍTULO V. DISCUSIÓN**

### **5.1. Discusión**

En la muestra se obtuvo que la resiliencia y los modos de afrontamiento al estrés influyen en la calidad de vida de personas viviendo con VIH positivos en un Hospital Nacional del Callao. Además, se halló que alcanzar un nivel superior en el grado de instrucción y vivir en una vivienda alquilada influyen en las dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente de la calidad de vida. Asimismo, se obtuvo que el recibir un tratamiento antirretroviral se relaciona a niveles altos de la resiliencia. Por otra parte, se observó que la orientación sexual de los evaluados que prevalece es la de heterosexual, presentan un estado civil de soltero y reciben apoyo familiar. Además, contrajeron el virus en su mayoría vía sexual y se encuentra en una etapa inicial o aguda del virus del VIH.

Se aprecia que los niveles medio y alto de resiliencia influyen de manera positiva e incrementan las probabilidades de una mejoría en las dimensiones salud física, psicológica, y ambiente de la calidad de vida. Este hallazgo es corroborado en estudios similares como el de Farber et al., (2000). Una posible explicación podría relacionarse a que la resiliencia es considerada como una variable protectora, reguladora y amortiguadora de la salud física y mental (Wagnild, 1993). Estos elementos hacen que las personas VIH positivas respondan a una alta capacidad de adaptación y recuperación frente a las adversidades (De Santis et al., 2013). Asimismo, la salud tanto física que abarca aspectos relacionados a la energía y la fatiga, el dolor y malestar, el sueño y descanso; así como, lo psicológico donde se considera la imagen corporal y percepción del sujeto, sentimientos negativos y positivos, autoestima, pensamiento, entre otros (The World Health Organization Quality of Life, 1998). Por ende, lograr un sentido de salud física y psicológica en las personas con infección por el VIH ayuda a generar resistencia en el contexto de la infección por VIH mediante el dominio de la enfermedad (De Santis, et al., 2013).

Se halló que los modos de afrontamiento centrado al problema, emoción y otros modos de afrontamiento al estrés influyen de manera positiva e incrementan las probabilidades de una mejoría en las dimensiones de la calidad de vida. Estudios como el de Vargas, Cervantes y Aguilar, (2009), reportan este resultado. Los efectos que la enfermedad tiene sobre la salud física, salud mental, las relaciones sociales y el contexto general, se ven afectadas considerablemente (Degrote, Vogelaers y Vandijck, 2014). Es por ello, que las estrategias de afrontamiento suelen ser muy efectivas para mejorar la salud mental y poder sobrellevar la enfermedad y los estragos que esta causa. Por ende, el afrontamiento de manera activa se encuentra asociada directamente con una mejor calidad de vida en relación con la salud de las personas VIH positivas. (Degrote, Vogelaers y Vandijck, 2014).

Se obtuvo que alcanzar un nivel superior en el grado instrucción influyen de manera positiva en las dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente de la calidad de vida. En estudios como el de Da Costa, De Olivera, Tosoli y Formozo, (2014); Cardona y Higueta, (2009), reportaron este hallazgo. Una posible explicación se debe a que el aumento de los promedios en el grado de instrucción permite una mejoría en cada una de las dimensiones de la calidad de vida (Da Costa, et al., 2014). En contraste, se encontró que las personas que tienen un mayor nivel educativo presentan promedios superiores en las dimensiones: físico, psicológico y relaciones sociales de la calidad de vida (Dos Santos, Francia y Lopes, 2007). Asimismo, el nivel de instrucción está asociado con una mejor calidad de vida en la preocupación por la salud en cada una de las dimensiones, puesto que pueden tener un

mayor acceso a la información sobre el VIH / SIDA y así tener mejores recursos internos y externos para vivir con ella. (Reis, Benedita, Dantas y Gir, 2011).

Además, se halló que el vivir en una vivienda alquilada influye en las dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente de la calidad de vida. Este hallazgo es corroborado por Hipólito, Oliveira, Costa, Marques, Pereira y Gómez, (2017). Una explicación más próxima nace a partir de que a través del tiempo las personas portadoras del virus del VIH han sufrido actos de discriminación y marginación por haber adquirido dicha enfermedad. No se les acoge en ninguna parte, son obligados a marcharse e ir de un lugar a otro, vivir de manera temporal en diferentes lugares, en algunos casos expulsados sin razón alguna (UNESCO, 2013). La vulnerabilidad y condiciones pocos favorables desde el acceso a servicios básicos como la salud, educación, la adquisición de una vivienda propia, pueden afectar la calidad de vida de la persona (Ministerio de la Protección Social 2011).

Las personas que refieren proceder del Callao tienen menos probabilidades de tener una buena salud física y psicológica con respecto a la calidad de vida. La realidad epidemiológica en el Perú evidencia que la provincia con más prevalencia de casos reportados de incidencia por infección del VIH es la provincia constitucional Callao (Ministerio de Salud, 2015). Es así que se considera que VIH/SIDA representa un problema multifactorial que afecta a diferentes sectores relacionados a la salud que requiere de estrategias sanitarias y un esfuerzo conjunto de la comunidad (Gobierno regional del Callao, 2011). De acuerdo con la existencia de un alto índice de casos en Lima y Callao de personas VIH positivas, se considera que tanto el trato, las instalaciones y la atención de aquellas personas que viven con la enfermedad, no es del todo apropiada (Hidalgo, 2011).

Se encontró que el uso de tratamiento antirretrovirales se asocia al incremento de los niveles de la resiliencia. Una gran parte de los encuestados presentó niveles elevados de resiliencia y una buena capacidad para tener respuestas adaptativas y reaccionar positivamente a situaciones adversas relacionadas con la condición crónica de seropositividad. Aunque pocos investigadores han documentó el proceso de resiliencia en PVVS, Calvetti et al. (2008), De Santis et al. (2013) y Wieggers (2008) concluyeron en sus estudios que muchas PVV experimentan procesos de resiliencia, a pesar de las condiciones físicas, psicológicas y sociales desafíos de esta condición crónica. Por lo que, los niveles de resiliencia en el paciente PVVS puede tener un impacto positivo no solo a nivel emocional, sino que también puede influir de forma favorable sobre el estado físico e inmunológico del paciente, contribuyendo así al adecuado manejo de la enfermedad y el curso de esta, haciendo referencia de forma precisa a la constancia y responsabilidad con el tratamiento antirretroviral (De Santis et al., 2013).

Por otra parte, en cuanto a los resultados referentes a las características de la población evaluada se pudo observar que un porcentaje considerable se considera heterosexual en la orientan sexual, un resultado similar se obtuvo en la investigación de Delgado (2018). Si bien es cierto la orientación sexual predominante fue la heterosexual, pese a que la prevalencia de contagio en sujetos con una orientación homosexual es 20 veces más frecuente en hombres que tienen sexo con hombres VIH positivos que en cualquier otro grupo de riesgo. No obstante, en la población general de VIH se plantea que la proporción de hombres que tienen sexo con hombres ha disminuido hasta un 53% y la proporción de varones ha disminuido de 89% a 75% (desde 1980 al 2006) (Avilés et al, 2003). Por lo cual se aprecia que en la población evaluada existe un gran porcentaje de casos de hombres que se consideran heterosexuales y también un porcentaje considerable de mujeres quienes vienen viviendo con el virus del VIH, lo cual

sugiere que el aumento de casos de VIH positivos ya no está concentrado en la población de orientación sexual homosexual y bisexual.

En relación con el estado civil de los evaluados se obtuvo que un 58,2% (n=146) de pacientes infectados con VIH eran solteros, similar al estudio de Sánchez (2015), quien encontró que el estado civil soltero fue el más frecuente (58,6%) en pacientes infectados con VIH; en contraste con el estudio de Palomino (2011), donde se encontró que un 54,2% de oficiales infectados con VIH eran casados. Este hallazgo muestra que las personas solteras tienden a tener una vida sexual más libertina y mayor número de parejas sexuales porque tienen mayor autonomía e independencia en comparación con otros grupos de estado civil. Sin embargo, en los resultados también se observó que hay un porcentaje considerable de pacientes casados y convivientes que viven con el virus del VIH, que quizás pidieron haber adquirido el virus mediante la pareja. En ese sentido Vásquez et al., (2017), señalan que en muchos casos las personas que obtuvieron el virus del VIH por contagio, fue porque no conocían el estatus de salud de su pareja o por qué; tienen una relación inestable, por su estilo de vida cultural y social, porque la persona seropositiva deja la relación o la persona seropositiva no informa a su pareja sobre su situación.

Con respecto al apoyo familiar recibido por parte de los familiares el 89% (n=146) de los evaluados manifiesta recibirlo. Al respecto, Caldera y Pacheco (2020), señalan que la familia brinda una afirmación positiva a todos sus miembros, permitiendo que cada uno se sienta querido y valorado. Si la familia tiene las herramientas y el apoyo necesario para hacer frente a la situación y brinda apoyo al paciente, surgirán los cambios necesarios para una mejor adaptación, tanto para el enfermo como para los integrantes de la familia. Ante ello, es importante señalar que los evaluados perciben que el apoyo familiar recibido es importante en el proceso de vivir con el virus del VIH, lo cual podría optimizar el tratamiento y sobrellevar la enfermedad.

En cuanto, a cómo contrajeron el virus, los pacientes señalaron haberlo contraído a través de la vía sexual (93.2%; n=146). Algunos estudios lo asocian al inicio de una actividad sexual a temprana edad, lo cual representa una conducta de riesgo, debido a que no se tiene una preparación o conocimiento necesario de su sexualidad. Además, el no usar protección durante el acto sexual son condicionantes a contraer el virus exponencialmente. Otro aspecto como la inestabilidad en la pareja o la infidelidad está asociado al contagio del virus, debido a que las relaciones sexuales ocasionales, en donde no se hace uso de un preservativo, pone de manifiesto la vulnerabilidad del sujeto en cuanto al riesgo de contraer la infección (García, Valdés, Gutiérrez, Pérez y Aranda, 2011).

Por último, el mayor número de evaluados son asintomáticos en la etapa inicial del haber contraído el virus (73.3%; n=146). Según Serna (2012) en su investigación menciona que las etapas iniciales de la infección se caracterizan por elevados niveles de ARN viral, la cual contribuye de manera significativa en la transmisión del virus. Además, se genera un daño inmunológico los cuales están presentes en esta primera etapa inicial, por lo que es importante la identificación de la infección por el VIH en sus fases más recientes, en donde se puede realizar una intervención y proporcionar un tratamiento enfocado en la reducción de la transmisión y preservación del sistema inmunológico.

## 5.2. Conclusiones

Se puede concluir que altos niveles de resiliencia mejoren la calidad de vida y generen creencias positivas y una mejor adaptación a la enfermedad. Por ende, se puede afirmar que la resiliencia puede reducir el dolor, el estrés y aumentar la calidad de vida y favorecer en la adaptación a la enfermedad. Las personas que viven con el VIH / SIDA se ven afectados tanto en la salud física, mental, las relaciones sociales y el medio ambiente. Este se ve asociado a una visión negativa relativa al estigma o prejuicio, la presencia de sentimientos psicosociales y la historia sobre la infección de transmisión sexual o infección oportunista. Por lo cual, la manera en cómo la persona VIH positiva afronta la enfermedad va a influenciar positivamente en la mejoría y durante el tratamiento de la enfermedad a lo largo de su vida.

Además, se concibe que el nivel educativo pudiera influenciar en las habilidades de autoconocimiento sobre la enfermedad y sus diversas demandas. Puesto que, se piensa que hay mayor facilidad en el acceso y comprensión de las informaciones sobre temáticas pertinentes a la enfermedad.

No obstante, se puede inferir que aquellas personas que no cuentan con una vivienda propia se hallan visto asociado a temas de estigma o marginación social o familiar. Haberse visto vulnerado en no poder conseguir condiciones que le favorezcan tanto en la adquisición de una vivienda propia o el haber sido retirado de su vivienda familiar. Visto en la necesidad de vivir en algún tipo de vivienda alquilada. Lo cual refleja un incremento en las probabilidades de una mejoría en la calidad de vida de aquella persona portadora del VIH.

Por otro lado, se considera que el proceder del Callao representa una posición negativa, al no haber una implementación estratégica de prevención sanitaria y negligencias referentes al trato, instalaciones y atención. Por lo cual, se cree que esto puede influenciar negativamente en la calidad de vida de las personas que conviven con la enfermedad.

Se concluye que el hecho de presentar niveles elevados de resiliencia y una buena capacidad para tener respuestas adaptativas y reaccionar positivamente a situaciones arbitrarias a pesar de las condiciones de la enfermedad, contribuyen al manejo y control del tratamiento antirretroviral.

En tanto, se concluye que más de la mitad de los evaluados se considera de orientación sexual heterosexual, quienes habrían contraído el virus a través de la vía sexual.

Además, se aprecia que los pacientes que reciben un apoyo familiar en el proceso de la enfermedad, podrían presentar más optimismo para afrontar la enfermedad.

Se concluye que los pacientes en un gran porcentaje obtuvieron el virus del VIH mediante la vía sexual, la cual podría estar asociada a un inicio temprano de la vida sexual o por casos de infidelidad.

Por último, se puede concluir que un gran porcentaje de los evaluados se encuentra en una etapa inicial de la enfermedad caracterizada por alteraciones en el sistema inmunológico.

### **5.3. Recomendaciones**

Se recomienda desarrollar nuevas investigaciones relacionadas a las variables resiliencia, modos de afrontamiento y calidad de vida para indagar más a fondo sobre nuevas evidencias acerca del grado o factores de influencia que puedan tener sobre el tratamiento en las PVVS, así como en poblaciones similares y a su vez poder brindar intervenciones específicas.

Promover intervenciones psicológicas dirigidas a la población evaluada como son los PVVS, establecer estrategias para elevar los niveles de resiliencia y generar herramientas para afrontar la enfermedad de manera óptima. Asimismo, con los resultados de la investigación se puede precisar cuál es el área más afectada como es el caso de las dimensiones relaciones sociales de la calidad de vida y realizar talleres enfocados a mejorar dicha área.

En el presente estudio se encontró que tanto la resiliencia como el afrontamiento influyen en la calidad de vida de las PVVS. Sin embargo, se recomienda indagar más a fondo sobre factores relacionados a la enfermedad y abordar más sobre el contexto familiar y las implicancias que podrían tener en el día a día con la enfermedad.

Por último, se recomienda que en futuros estudios se indaguen sobre otros aspectos o factores que puedan profundizar más en la población. Realizar estudios comparativos con otras instituciones que cuenten con el programa de atención a PVVS y el programa TARGA. Se recomienda desarrollar talleres dirigidos a los pacientes y familiares en base a las variables abordadas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, Sara del. (2014). Estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en terapia de hemodiálisis en centro especializado de enfermedades renales. (Trabajo de post-grado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4783/1/Alarcon\\_Ochoa\\_Sara\\_del\\_Carmen\\_2014.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4783/1/Alarcon_Ochoa_Sara_del_Carmen_2014.pdf)
- Altuna, G. (2011). Problemas y actitudes de las personas viviendo con VIH frente a la atención en TARGA: Derechos, ciudadanía y comunicación. (Trabajo de grado, Pontificia Universidad Católica del Perú). <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/4955>
- Ariza, K., Isaza, P., Gaviria, A., Quiceno, J., Vinaccia, S., y Alvaran, J. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud, factores psicológicos y fisiopatológicos en pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico- LES. *Terapia Psicológica*, 28(1), 27-36.
- Baca, D. (2013). Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima – Perú.
- Carver, C. & Scheir, M. (1994). *Journal of Personality and Social Psychology*. Situational coping and coping disopsitions in a stressfull transaction, 66(1), 184-195.
- Carver, C.H., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). *Journal of Personality and Social Psychology*. Assessing coping strategies: A theoretical based approach, 56(2), 267-283.
- Carver, C. & Scheier, M. (1988). *Journal of Personality and Social Psychology*. Situational coping and coping dispositions in a stressful encounter, 66, 184-195.
- Castillo, D. (2014). Calidad de vida y depresión en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario, Chiclayo 2012. (Tesis de grado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo). [http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/342/1/TL\\_Castillo\\_Farfan\\_Danitzalvett.pf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/342/1/TL_Castillo_Farfan_Danitzalvett.pf)
- Casas, E., Escandell, M.J., Ribas, M., y Ochoa, S. (2010). Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. *Asociación Española Neuropsiquiatría*, 30 (105), 25-47.
- Casas, K. (2007). Estrategias de afrontamiento en personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana VIH/SIDA. (Trabajo de diplomado en Psicología de la Salud, Universidad de la Sabana). <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/2187/131438.pdf;sequence=1>
- Casuso, L. (1996). Adaptación de la prueba COPE sobre estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima. (Tesis de grado, Pontificia Universidad Católica del Perú).
- Corcuera, R., Hidalgo, C., y Quintana, A. (2006). Exigibilidad del derecho a la salud. Acceso a atención, tratamiento e insumos en salud sexual y reproductiva y VIH-

- sida. Lima: Consorcio de investigación económica y social. Observatorio del derecho a la salud.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista P. (2014). Metodología de investigación. México D.F.: McGraw-Hill.
- Henderson, V. (2006). La resiliencia en el mundo de hoy. España: Ediciones Gedisa
- Egúsquiza, E. (2010). Nivel de Autoestima en pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2010. (Trabajo de grado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n%20\(para%20Inform%C3%A1tica\)/2010/egusquiza\\_ve/eguzquiza\\_ve.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n%20(para%20Inform%C3%A1tica)/2010/egusquiza_ve/eguzquiza_ve.pdf)
- Escobar, J. (2015). La resiliencia y su relación con la adherencia al Tratamiento en usuarios con VIH de la Unidad de Atención integral PVV del Hospital Enrique Garcés. (Trabajo de grado, Universidad Central del Ecuador). <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7650/1/T-UCE-0007-148c.pdf>
- Farber, E. W., Schwartz, J.A.J., Schaper, P.E., & Moone, D.J. (2000). Psychosomatics. Resilience factors associated with adaptation to HIV disease, 41, 140- 146.
- Flores, M. (2008). Resiliencia y proyecto de vida en estudiantes del tercer año de secundaria de la UGEL 03. . (Trabajo de grado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/621/1/Flores\\_cm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/621/1/Flores_cm.pdf)
- González, L., Chocó, A., Ruiz, A., Santamarina, R. & Arellano, G. (2014). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud de personas que viven con VIH/SIDA, que asisten a la Unidad de Atención Integral (clínica 12) del Hospital Nacional Juan José Ortega de Coatepeque, Quetzaltenango. *Revista científica*. 24(1), 44-57.
- Guevara, G., Hernández, H. y Flores, T. (2001). Estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogodependientes. *Revista de Investigación en Psicología* 4(1), 54-65.
- Kotliarenco, M. A., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1997). Estado del arte en resiliencia. Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud/Fundación Kellogg/Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). Estrés y procesos cognitivos Barcelona: Martínez – Roca
- Morgan, J. (2016). La resiliencia y su relación con el desempeño laboral. *Revista Fidélitas*
- Naughton, M.J.; Shumaker, S.A.; Anderson R.T.; Czajkowski, S.M. (1996). Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. En *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Spilker, B. Cap. 15, 117- 131, New York, Lippincott-Raven
- Narváez, B. (1992). Manual de orientación para la atención de pacientes con VIH/SIDA. Caracas: MSAS.



- Novella, A. (2002). Incremento de la resiliencia luego de la aplicación de un programa de psicoterapia breve en madres adolescentes, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Organización Mundial de la Salud (2004) Guías técnicas para la vigilancia del VIH entre los pacientes con tuberculosis. 2da Edición. Ginebra. Consulta: 12 de agosto de 2010.
- Padilla, G. (2005). Calidad de Vida: Panorámica de Investigaciones Clínicas. *Psicología*, 13, 80-88.
- Palomar, J., y Gómez, N. (2010). Desarrollo De Una Escala de medición de la Resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27(1),7-22. [fecha de Consulta 2 de Abril de 2021]. ISSN: 0325-8203. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18014748002>.
- Restrepo, A. (2014). Esquemas maladaptativos y estrategias de afrontamiento en sujetos diagnosticados con VIH. *Memorias*, 12(22), 57-72.
- Rivas, J. y Cavero, R. (2013). Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad y Calidad de Vida de Pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo – Perú, 2011. (Trabajo de grado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo). [http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/286/1/TL\\_Rivas\\_Muro\\_Jorge.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/286/1/TL_Rivas_Muro_Jorge.pdf)
- Ríos, J. (2004). La perseverancia como medio transformacional. España: Ediciones Salamandra.
- Roca, M.A. (200). *Psicología Clínica. Una visión General*. La Habana – Cuba: Félix Varela.
- Rutter, M. (1996). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A.S. Masten, D.
- Vanistendael, S. (1993). Resilience: a few key issues. International Catholic Child Bureau, Mafta.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales.
- Vidiella, G. (2008). "La justicia en la salud." En: LUNA, Florencia y Arleen SALLES. *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Vinaccia, S., y Margarita, J. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psicología: avances de la disciplina*, 6 (1), 123-136.
- UNAIDS (2016) Global AIDS update 2016.
- UNAIDS (2013). Informe mundial sobre la epidemia mundial del SIDA. ONUSIDA.
- Urzúa, A. y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30 (1), 61-71.

- Wagnild, G. & Young, H. (1993). Journal of Nursing Measurement. Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale, 1(2), 165-177.
- Wong, M. (2007). Relación entre el Nivel de Resiliencia del familiar del paciente con VIH-SIDA y su participación en la satisfacción de la necesidad de apoyo emocional del paciente en el Hospital Arzobispo Loayza – 2004. (Trabajo de grado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos).
- Wolin, S. J. y Wolin, S. (1993): The resilient self: how survivors of troubled families rise above adversity. Nueva York: Villard Books.
- Zafra, J. (2015). Factores asociados al estigma relacionado al VIH/SIDA en los pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional 2 de Mayo. Lima, Perú. (Trabajo de grado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos).

## ANEXOS

### Anexo 1. Consentimiento informado

La presente ficha de consentimiento es de carácter informativo sobre la investigación y una muestra clara de explicación del proyecto y su rol en ella como participantes.

La investigación es conducida por **Jorge Alexander Quilla Regalado**, estudiante de Psicología de la Universidad Católica Sedes Sapientiae, bajo la dirección del asesor Dr. **Giovanni Martín Díaz Gervasi**. El objetivo del presente estudio es identificar los niveles de resiliencia, el tipo de calidad de vida y los estilos de afrontamiento, en Personas viviendo con VIH/SIDA, así como la relación existente entre las variables. Aquello permitirá un mayor conocimiento sobre el tema, lo cual además podría contribuir a la implementación o mejora en algún tipo de tratamiento.

Si usted accede a participar en esta investigación se le pedirá responder a un protocolo que consta de tres partes, donde encontrará preguntas de diversa índole. La participación en esta investigación es de carácter voluntario. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas en el protocolo serán codificadas usando un número de identificación garantizando el anonimato del mismo.

Finalmente, es importante resaltar a cada participante que no recibirá ninguna información acerca de su desempeño en este estudio o sobre los resultados del mismo. Aquellos serán luego publicados en la Tesis una vez concluida la investigación. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. De tal forma, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo pudiera perjudicar. Si algunas de las preguntas del protocolo le resultan incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos por su tiempo y participación.

---

Firma del Participante

---

Nombre del participante

Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2017

## Anexo 2. Ficha de recolección de datos

**Sexo:** F ( ) M ( )

**Orientación sexual:**

Heterosexual ( ) Homosexual ( ) Bisexual ( )

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:**

Casado ( ) Conviviente ( ) Soltero ( )

**Tiene Hijos:** Sí ( ) No ( )

**N° de Hijos:** \_\_\_\_\_

**Grado de instrucción:**

Primaria incompleta ( ) Primaria completa ( ) Secundaria incompleta ( ) Secundaria completa ( ) Superior técnico ( ) Superior universitario ( )

**Ocupación:**

Profesional ( ) Obrero ( ) Técnico ( ) Estudiante ( ) Ama de casa ( ) Sin empleo ( )

**Tipo de vivienda**

Propia ( ) Alquilada ( ) Alojado(a) ( )

**Lugar de procedencia:**

Lima ( ) Provincia constitucional del Callao ( ) Provincia ( ) Extranjero ( )

**¿Con quién vive?**

Solo ( ) Hijos ( ) Pareja ( ) Pareja e hijos ( ) Padres ( ) Otros ( )

**¿Después de cuánto tiempo le informó a su familia sobre su enfermedad?**

De 1-3 semanas ( ) de 1-3 meses ( ) 4 meses a más ( )

**¿Su familia lo apoya? Si ( ) No ( )**

**¿De qué manera?**

Apoyo económico ( ) Apoyo emocional ( ) Lo acompaña a sus consultas ( )

**¿De qué miembro de su familia recibe más apoyo?**

Pareja ( ) Padres ( ) Hermanos ( ) Abuelos, primos, tíos ( ) Otros ( )

**¿En su tiempo libre, la pasa solo o en compañía de alguien?**

Pareja ( ) Padres o hermanos ( ) Abuelos ( ) Tíos o primos ( ) amistades ( ) Solo ( )

**¿Cómo contrajo la enfermedad?**

Vía sexual ( ) Vía sanguínea ( ) Vía Vertical (madre – hijo) ( )

**¿Qué tiempo lleva viviendo con la enfermedad del VIH/SIDA?**

1-11 meses ( ) 1-3 años ( ) 4-6 años ( ) 7-10 años ( ) 11 años a más ( )

**¿En qué estadio de la enfermedad se encuentra?**

Infección aguda por el VIH ( ) Infección crónica por el VIH ( ) SIDA ( )

**¿Usa tratamiento ARV (antiretroviral)?**

Si ( ) No ( )

**¿Qué tiempo lleva con el tratamiento con ARV?**

1-11 meses ( ) 1-3 años ( ) 4-6 años ( ) 7-10 años ( ) 11 años a más ( )

### Anexo 3. Escala de resiliencia de Wagnild y Young

#### INSTRUCCIONES:

A continuación, encontrará algunas afirmaciones sobre su forma y frecuencia de responder ante determinadas situaciones. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	Algo de acuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo

1.	Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Dependo más de mí mismo que de otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Me mantengo interesado en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Generalmente me las arreglo de una manera u otra.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Puedo estar solo si tengo que hacerlo.	1	2	3	4	5	6	7
6.	El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Mi vida tiene significado.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Cuando planeo algo lo realizo.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Generalmente puedo ver una situación en varias maneras.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Soy amigo de mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7
15.	No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Acepto que hay personas a las que yo no les agrado.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Tomo las cosas una por una.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Usualmente veo las cosas a largo plazo.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Tengo autodisciplina.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo.	1	2	3	4	5	6	7
22.	Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente.	1	2	3	4	5	6	7
23.	Soy decidido (a).	1	2	3	4	5	6	7
24.	Por lo general, encuentro algo en que reírme.	1	2	3	4	5	6	7
25.	En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar.	1	2	3	4	5	6	7

#### Anexo 4. Cuestionario de afrontamiento al estrés

Nuestro interés es conocer cómo las personas responden cuando enfrentan a situaciones difíciles o estresantes. Con este propósito en el presente cuestionario se pide indicar qué cosas hace o siente con más frecuencia cuando se encuentra en tal situación. Seguro que diversas situaciones requieren respuestas diferentes, pero piense en aquellos QUE MAS USA. No olvide responder todas las preguntas teniendo en cuenta las siguientes alternativas:

**NUNCA**                      **(NO)**

**SIEMPRE**                      **(SI)**

		SI	NO
1	Ejecuto acciones adicionales para deshacerme del problema		
2	Elaboro un plan de acción para deshacerme del problema		
3	Dejo de lado otras actividades para concentrarme en el problema		
4	Me esfuerzo esperando el momento apropiado para enfrentar el problema.		
5	Pregunto a personas que han tenido experiencias similares sobre lo que hicieron		
6	Hablo con alguien sobre mis sentimientos		
7	Busco algo bueno de lo que está pasando.		
8	Aprendo a convivir con el problema.		
9	Busco la ayuda de Dios.		
10	Emocionalmente me perturbo y libero mis emociones		
11	Me niego a aceptar que el problema ha ocurrido.		
12	Dejo de lado mis metas		
13	Me dedico a trabajar o realizar otras actividades para alejar el problema de mi mente		
14	Concentro mis esfuerzos para hacer algo sobre el problema		
15	Elaboro un plan de acción		
16	Me dedico a enfrentar el problema, y si es necesario dejo de lado otras actividades		
17	Me mantengo alejado del problema sin hacer nada, hasta que la situación lo permita		
18	Trato de obtener el consejo de otros para saber qué hacer con el problema		
19	Busco el apoyo emocional de amigos o familiares		
20	Trato de ver el problema en forma positiva		
21	Acepto que el problema ha ocurrido y no podrá ser cambiado		
22	Deposito mi confianza en Dios		
23	Libero mis emociones		
24	Actúo como si el problema no hubiera sucedido realmente.		
25	Dejo de perseguir mis metas		
26	Voy al cine o miro la TV, para pensar menos en el problema		
27	Hago paso a paso lo que tiene que hacerse		
28	Me pongo a pensar más en los pasos a seguir para solucionar el problema		
29	Me alejo de otras actividades para concentrarme en el problema		
30	Me aseguro de no crear problemas peores por actuar muy pronto.		
31	Hablo con alguien para averiguar más sobre el problema		
32	Converso con alguien sobre lo que me está sucediendo.		
33	Aprendo algo de la experiencia		
34	Me acostumbro a la idea de que el problema ya ha sucedido		
35	Trato de encontrar consuelo en mi religión		
36	Siento mucha perturbación emocional y expreso esos sentimientos a otros		
37	Me comporto como si no hubiese ocurrido el problema		
38	Acepto que puedo enfrentar al problema y lo dejo de lado		
39	Sueño despierto con otras cosas que no se relacionen al problema		
40	Actúo directamente para controlar el problema		

41	Pienso en la mejor manera de controlar el problema		
42	Trato que otras cosas no interfieran en los esfuerzos que pongo para enfrentar el problema		
43	Me abstengo de hacer algo demasiado pronto		
44	Hablo con alguien que podría hacer algo concreto sobre el problema		
45	Busco la simpatía y la comprensión de alguien.		
46	Trato de desarrollarme como una persona a consecuencia de la experiencia		
47	Acepto que el problema ha sucedido		
48	Rezo más de lo usual		
49	Me perturbo emocionalmente y estoy atento al problema		
50	Me digo a mí mismo : "Esto no es real"		
51	Disminuyo los esfuerzos que pongo para solucionar el problema		
52	Duermo más de lo usual.		

## Anexo 5. Cuestionario de calidad de vida

### Instrucciones:

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su Calidad de Vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro (a) de que respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, esta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

Nº	Ítem	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Por favor. Lea cada pregunta, valore sus sentimientos y marque en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

Nº	Ítem	Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuanto ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

Nº	Ítem	Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para sentirse bien en su vida?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimentó o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.

Nº	Ítem	Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Cuán disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5



14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien feliz” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas semanas.

Nº	Ítem	Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
16	¿Cuán satisfecho está de su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimenta ciertos hechos en las dos últimas semanas.

Nº	Ítem	Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos?	1	2	3	4	5

## Anexo 6. Matriz de consistencia de la investigación

<u>Pregunta de Investigación</u>	<u>Objetivos</u>	<u>Hipótesis</u>	<u>Variables e indicadores</u>	<u>Diseño</u>	<u>Instrumentos</u>
<b>Problema General</b>	<b>Objetivo General</b>	<b>Hipótesis 1</b>	<b>Resiliencia</b>	El diseño de la investigación es cuantitativo, de tipo correlacional y de corte transversal; puesto que, recogerá, identificará y analizará la información pertinente acerca de las variables en un tiempo específico.	<b>V1: Resiliencia Escala de resiliencia de Wagnild y Young (ER)</b> <b>Diseñada por:</b> Wagnild, G. y Young, H. (1993)  <b>Adaptación en el Perú:</b> Novella (2002) <b>categorización:</b> Resiliencia Alta (> 147) Resiliencia Moderada (121-146) Resiliencia Baja (< 120) (Ernesto Pais, 2012, pp. 34)
¿Qué relación existe entre la resiliencia, la calidad de vida y los estilos de afrontamiento en un grupo de Personas viviendo con VIH/Sida en un Hospital Nacional del Callao?	Determinar la relación que existe entre los niveles de resiliencia, el tipo de calidad de vida y los estilos de afrontamiento en Personas viviendo con VIH/Sida en un Hospital Nacional del Callao.	Existe relación entre los niveles de resiliencia, el tipo de calidad de vida y los estilos de afrontamiento en personas viviendo con VIH/Sida en un Hospital Nacional del Callao.	Wagnild y Young (1993) definen la resiliencia como aquella “característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación. Ello connota vigor o fibra emocional y se ha utilizado para describir a personas que muestran valentía y adaptabilidad ante los infortunios de la vida”. (Novella, 2002).		
<b>Problema Específico</b>	<b>Objetivo Específica</b>	<b>Hipótesis 2</b>	<b>Variable</b>		<b>V2: Calidad de vida</b>  <b>Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF)</b>  <b>Diseñada por:</b> OMS y el grupo WHOQOL (1998). <b>Adaptación en el Perú:</b> Castillo (2012) en Chiclayo.  <b>Categorización:</b>  Bajo (21 – 40)
¿Cuáles son los niveles de resiliencia en Personas viviendo con VIH/Sida en un Hospital Nacional del Callao? ¿Cuál es el tipo de calidad de vida en Personas viviendo con VIH/Sida en un Hospital Nacional del Callao? ¿Cuáles son los estilos de afrontamiento en Personas viviendo con VIH/Sida en un Hospital Nacional del Callao? ¿Cuál es la relación entre los niveles de resiliencia y	Identificar la relación entre los niveles de resiliencia, el tipo de calidad de vida y los estilos de afrontamiento en Personas viviendo con VIH/Sida en un Hospital Nacional del Callao. Determinar los niveles de resiliencia en personas viviendo con VIH/Sida en un Hospital Nacional del Callao. Describir los tipos de calidad de vida en personas viviendo con VIH/Sida en un Hospital Nacional del Callao. Describir los estilos de afrontamiento en personas	No existe relación entre los niveles de resiliencia, el tipo de calidad de vida y los estilos de afrontamiento en personas viviendo con VIH/Sida en un Hospital Nacional del Callao.  <b>Hipótesis Específicas</b> <b>He1:</b> Existe relación entre los niveles de resiliencia y los datos sociodemográficos en Personas viviendo con	Cuantitativa-Categorica - Ordinal  <b>Calidad de vida</b>  Para Schumaker & Naughton (1996) “es la percepción subjetiva, (influenciada por el estado de salud actual), de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el		

<p>los datos sociodemográficos en Personas viviendo con VIH/Sida en un Hospital Nacional del Callao?</p> <p>¿Cuál es la relación entre los tipos de calidad de vida y los datos sociodemográficos en Personas viviendo con VIH/Sida en un Hospital Nacional del Callao?</p> <p>¿Cuál es la relación entre los estilos de afrontamiento y los datos sociodemográficos en Personas viviendo con VIH/Sida en un Hospital Nacional del Callao?</p>	<p>viviendo con VIH/Sida en un Hospital Nacional del Callao.</p> <p>Determinar la relación entre la resiliencia y los datos sociodemográficos en Personas viviendo con VIH/Sida en un Hospital Nacional del Callao.</p> <p>Determinar la relación entre calidad de vida y los datos sociodemográficos en Personas viviendo con VIH/Sida en un Hospital Nacional del Callao.</p> <p>Determinar la relación entre los estilos de afrontamiento y los datos sociodemográficos en Personas viviendo con VIH/Sida en un Hospital Nacional del Callao.</p>	<p>VIH/Sida en un Hospital Nacional del Callao.</p> <p><b>He2:</b> Existe relación entre los tipos de calidad de vida y los datos sociodemográficos en Personas viviendo con VIH/Sida en un Hospital Nacional del Callao</p> <p><b>HE3:</b> Existe relación entre los estilos de afrontamiento y los datos sociodemográficos en Personas viviendo con VIH/Sida en un Hospital Nacional del Callao.</p>	<p>individuo”.</p> <p><b>Variable</b> Cuantitativa Categórica - Ordinal</p> <p><b>Estilos de afrontamiento</b> Según Carver, Scheier &amp; Weintraub (1989), refieren que existen tres estilos de afrontamiento: estilos enfocados al problema (cuando una persona busca cambiar un evento estresante ya sea alejándolo o disminuyendo la amenaza del evento), a la emoción (cuando el individuo intenta cambiar la interpretación de la realidad y por lo tanto la reacción emocional frente al problema) y otros estilos también llamados estilos evitativos.</p>	<p>Normal (41-60)</p> <p>Alto (61 – 80)</p> <p>Muy alto (81– 100)</p>
<p>v3: <b>Estilos de afrontamiento Cuestionario de estilos de afrontamiento (COPE)</b></p>				<p><b>Diseñada por:</b> Carver et al. (1989) <b>Adaptación en el Perú:</b> Casuso (1996)</p>
<p><b><u>Categorización:</u></b></p>				<p>(1) Casi nunca hago esto (2) A veces hago esto (3) Usualmente hago esto (4) Hago esto con mucha frecuencia</p>

### Anexo 7 (a). Operacionalización de variables principales

Variable	Dimensiones	Ítems	indicadores	Categorías	clasificación
Resiliencia Escala de resiliencia de Wagnild y Young (ER)	Satisfacción Personal	16, 21, 22, 25	<120	Resiliencia baja	Categoría Politómica Ordinal
	Ecuanimidad	7, 8, 11, 12	121-146	Resiliencia moderada	
	Sentirse bien solo	5, 3, 19			
	Confianza en sí mismo	6, 9, 10, 13, 17, 18, 24	>147	Resiliencia alta	
	Perseverancia	1, 2, 4, 14, 15, 20, 23			

Variable	dimensiones	Subdimensiones	Ítems	Clasificación
Modos de afrontamiento (Cuestionario de modos de afrontamiento del stress COPE)	Modos de afrontamiento centrado al problema	Afrontamiento Directo (Activo)	1,14,27,40	Numérica
		Planificación de Actividades	2,15,28,41	
		Supresión de Actividades Competitivas	3,16,29,42	
		Retracción (demora) del afrontamiento	4,17,30,43	
		Búsqueda de soporte social	5,18,31,44	
		Búsqueda de soporte emocional	6,19,32,45	
	Modos de afrontamiento centrado a la emoción	Reinterpretación positiva de la experiencia	7,20,33,46	
		Aceptación	8,21,34,47	
		Retorno a la religión	9,22,35,48	
		Análisis de las emociones	10,23,36,49	
	Otros modos de afrontamiento	Negación	11,24,37,50	
		Conductas inadecuadas	12,25,38,51	
		Distracción (Afrontamiento Indirecto)	13,26,39,52	

Variable	Dimensiones	Ítems	Clasificación
Calidad de vida cuestionario de calidad de vida (WHOQOL- BREF)	Físico	3,4,10,15,16,17,18	Numérica
	Psicológico	5,6,7,11,19,26	
	Relaciones Sociales	20,21,22	
	Ambiente	8,9,12,13,14,23,24,25	

## Anexo 8. Operacionalización de variables sociodemográficas

Variable	Tipo	Escala
<b>Sexo</b>	Cualitativa dicotómica nominal	Femenino Masculino
<b>Orientación sexual</b>	Cualitativa nominal	Heterosexual Homosexual Bisexual
<b>Edad</b>	Cuantitativa politómica ordinal	18-25 años 26-30años 31-35años 36-40años
<b>Estado civil</b>	Cualitativa nominal	Casado Conviviente Soltero
<b>Tiene hijos</b>	Cualitativa dicotómica nominal	Sí No
<b>Grado de instrucción</b>	Cualitativa politómica nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Primaria completa</li> <li>✓ Secundaria completa</li> <li>✓ Superior técnico completa</li> <li>✓ Superior universitario</li> <li>✓ Profesional</li> <li>✓ Obrero</li> </ul>
<b>Ocupación</b>	Cualitativa politómica nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Técnico</li> <li>✓ Estudiante</li> <li>✓ Ama de casa</li> <li>✓ Sin empleo</li> <li>✓ Propia</li> </ul>
<b>Tipo de vivienda</b>	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alquilada</li> <li>✓ Alojado(a)</li> <li>✓ Lima</li> </ul>
<b>Lugar de procedencia</b>	Cualitativa politómica nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Provincia constitucional del Callao</li> <li>✓ Provincia</li> <li>✓ Extranjero</li> </ul>
<b>Con quién vive</b>	Cualitativa politómica nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Solo</li> <li>✓ Hijos</li> <li>✓ Pareja</li> <li>✓ Pareja e hijos</li> <li>✓ Padres</li> <li>✓ Otros</li> </ul>
<b>Después de cuánto tiempo le informó a su familia sobre su enfermedad</b>	Cuantitativa ordinal	1-3 semanas 1-3meses 4 meses a mas
<b>Su familia lo apoya</b>	Cualitativa dicotómica nominal	Sí No
<b>De qué manera</b>	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Apoyo económico</li> <li>✓ Apoyo emocional</li> <li>✓ Lo acompaña a sus consultas</li> <li>✓ Pareja</li> <li>✓ Padres</li> </ul>
<b>De qué miembro de su familia recibe más apoyo</b>	Cualitativa politómica nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hermanos</li> <li>✓ Abuelos, primos, tíos</li> <li>✓ Otros</li> <li>✓ Pareja</li> <li>✓ Padres o hermanos</li> </ul>
<b>Su tiempo libre, lo pasa solo o en compañía de alguien</b>	Cualitativa politómica nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Abuelos</li> <li>✓ Tíos o primos</li> <li>✓ Amistades</li> <li>✓ Solo</li> </ul>

<b>Cómo contrajo la enfermedad</b>	cualitativa nominal	<input checked="" type="checkbox"/> Vía sexual <input checked="" type="checkbox"/> Vía sanguínea <input checked="" type="checkbox"/> Vía Vertical (madre – hijo) <input checked="" type="checkbox"/> Infección aguda por el <input checked="" type="checkbox"/> VIH Infección crónica por el VIH <input checked="" type="checkbox"/> SIDA
<b>Estadio de la enfermedad</b>	cualitativa nominal	
<b>Uso de tratamiento ARV (antiretroviral)</b>	Cualitativa dicotómica nominal	Sí No
<b>Tiempo de tratamiento con ARV</b>	cuantitativa politómica ordinal	1-3 años 4-6 años 7-10 años 11 años a más