

ULL

Universidad  
de La Laguna



**“RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO  
UTILIZADAS POR LOS PACIENTES CON VIH Y LA CALIDAD DE VIDA”.**

Yesica Barbarita Timaná Ramos.

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección de Enfermería y Fisioterapia

Universidad de La Laguna

2015

ULL

Universidad  
de La Laguna



Grado en Enfermería .Universidad de la Laguna

Autora:

Yesica Barbarita Timaná Ramos

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Yesica'.

Tutora:

Ana Arricivita Verdasco

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ana'.

Vº Bº de la tutora  
La Laguna, Julio de 2015.

## **RESUMEN:**

Enterarse de que se es portador del VIH o de alguna otra enfermedad, desencadena en la persona una serie de cambios y estresores con los que tienen que empezar a convivir. Esto tendrá un impacto adverso sobre el funcionamiento personal y social, el autoconcepto y estado emocional, la capacidad física, las relaciones familiares e interpersonales y la actividad sexual. Frente a dicho panorama es importante, Identificar que estrategias de afrontamiento son las más habituales en los pacientes de más de dos años diagnosticados con VIH y analizar si existe alguna relación entre el tipo de estrategia utilizada y la calidad de vida.

En cuanto al diseño se realizará una investigación de tipo descriptivo, observacional y transversal con pacientes de más de 2 años de diagnóstico con VIH, del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Canarias. Sin hacer distinción de sexo o edad. Con vista a estudiar la relación que existe entre el tipo de estrategia utilizada y la calidad de vida, vamos a utilizar dos instrumentos de medida: el cuestionario WHOQOL BREF y El COPE-28. Además las variables socio-demográficas, irán incluidos en uno de los cuestionarios.

Los resultados de éste estudio contribuirán en un futuro a poder plantear medidas preventivas, profundizar y utilizar los conocimientos adquiridos y obtener la destreza y soltura sobre la influencia de estrategias de afrontamiento que ayudan a mejorar la calidad de vida en pacientes con VIH .

Palabras claves: Estrategias de Afrontamiento, Virus de inmunodeficiencia adquirida, Calidad de vida.

### **ABSTRACT:**

Find out which carrier of HIV or any other disease is, triggers a series of changes and stressors that must begin to live in person. This will have an adverse impact on the personal and social functioning, self-concept and emotional state, physical capacity, family and interpersonal relationships, and sexual activity. Against this landscape is important, identify coping strategies are the most common in more than two years diagnosed with HIV patients and determine whether there is any relationship between the type of strategy used and the quality of life.

In terms of design, there will be an investigation of descriptive, observational and transversal type with more than 2 years of diagnosis with HIV, of the service of internal medicine of the University Hospital of the Canary Islands. Without distinction of sex or age. With a view to studying the relationship between the type of strategy used and the quality of life, we will use two measuring instruments: WHOQOL BREF questionnaire COPE-28. In addition the socio-demographic variables, will be included in one of the questionnaires.

The results of this study will contribute in the future to consider preventive measures, deepen and use the acquired knowledge and get the skill and agility on the influence of coping strategies that help improve the quality of life in patients with HIV.

Keywords: coping strategies, Virus of acquired immunodeficiency, quality of life.

## INDICE

1. – INTRODUCCION.....	1
1.1.- Afrontamiento.....	3
1.1.1. Estilos o respuestas de afrontamiento.....	4
1.1.2. Estrategias de afrontamiento.....	7
1.1.3. Afrontamiento y Salud.....	10
1.2.- El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).....	11
1.2.1. Manifestaciones clínicas.....	12
1.2.2. Pruebas diagnósticas.....	12
1.2.3. Terapéutica.....	13
1.2.4. Consideraciones para la enfermera. ....	14
1.3.- Calidad de vida.....	14
1.3.1. La calidad de vida relacionada con la salud.....	15
1.4.-Justificación.....	18
2.-OBJETIVOS.....	20
2.1. General.	
2.2. Específicos.	
3.-METODOLOGIA.....	20
3.1 Diseño.....	20
3.2 Población y muestra.....	20
3.3 Variables e instrumentos de medida.....	21
3.4 Procedimiento de recogida de datos.....	22
3.5 Análisis estadísticos.....	23
4.- LIMITACIONES.....	24
5.- CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	24
6.- CRONOGRAMA.....	24
7.- PRESUPUESTO.....	25
8.- BIBLIOGRAFÍA.....	27
9.- ANEXOS.....	30

## 1. - INTRODUCCION:

La historia natural de la infección por VIH se caracteriza por la ocurrencia de eventos biológicos cuya dinámica determina el curso de la epidemia: la infección por VIH, el diagnóstico de esta, el desarrollo de sida y la muerte por esta causa. Sin embargo, la expansión del tratamiento antirretroviral TAR, desde 1996 ha modificado la historia natural ya que, al aumentar espectacularmente la esperanza de vida y la calidad de vida de los pacientes, se generan dinámicas que afectan a la transmisión del virus.

En el 2012 en las comunidades autónomas se dieron 3.210 nuevos diagnósticos de VIH. La mayoría fueron hombres (85%) y la mediana de edad al diagnóstico fue de 36 años, sin diferencias por sexo. La vía más común de infección fue la transmisión entre hombres que tienen sexo con hombres(51%), seguida del contacto heterosexual (31%) y de la transmisión parenteral entre usuarios de drogas inyectadas (5%);en conjunto, la transmisión sexual estuvo presente en el 82% de los casos. Desglosando por sexo, en los hombres la transmisión entre hombres que tienen sexo con otros hombres fue mayoritaria (61%), mientras que en las mujeres lo fue la heterosexual (85%). Y en la primera época de la epidemia española, hasta la introducción del TAR, la transmisión madre-hijo fue muy frecuente en España. Afortunadamente esto ya no es así, y en la actualidad este tipo de transmisión es residual, aunque obviamente el objetivo debe ser su eliminación total en todo nacimiento ocurrido en España.

La prevalencia global del VIH en España ha aumentado al incrementarse la supervivencia de las personas con infección por VIH, pero la situación entre los distintos grupos es heterogénea: en madres de recién nacidos vivos la prevalencia de VIH disminuye, las personas con infección por VIH que están en seguimiento en los hospitales públicos son mayoritariamente hombres, con bajo nivel de estudios, trabajadores activos y cada vez de mayor edad, ya que el porcentaje de personas mayores de 50 años ha aumentado desde 7,7% en el 2000 hasta el 29,9% en 2012.

La mayoría de los enfermos se diagnosticaron de VIH hace más de 10 años y asisten a consulta con regularidad. La situación clínica de los enfermos ha mejorado de forma importante durante el periodo 2000-2012, lo que se refleja en los tres parámetros clínicos más relevantes: en la proporción de casos asintomáticos, el nivel de cd4 y la carga viral. Aun así hay que ser conscientes de que el VIH, a pesar de los avances conseguidos en tratamientos y cuidados, siguen constituyendo un problema de salud pública <sup>1</sup>.

En esta dirección el objetivo de este trabajo de fin de grado es Identificar que estrategias de afrontamiento son las más habituales en los pacientes de más de dos años diagnosticados con VIH y analizar si existe alguna relación entre el tipo de estrategia utilizada y la calidad de vida.

Si hablamos de las estrategias de afrontamiento, estas presentan una gran importancia para lograr y mantener un buen estado de salud, por lo tanto, la eficacia de las mismas repercutirá sobre la calidad de vida, así como sobre su entorno familiar y social.

Una gran cantidad de personas viven en condiciones especiales debido a las características de este virus. Las personas VIH positivas deben realizarse sus pruebas hematológicas de carga viral y niveles de CD4, deben apegarse a un tratamiento antirretroviral perenne, el cual en la mayoría de los casos ocasionan efectos secundarios desagradables. Requieren adoptar una serie de medidas preventivas para el resguardo de su salud. Además deben enfrentarse a una serie de reacciones que presenta el entorno social como los prejuicios, la discriminación y el rechazo de la sociedad e incluso a veces la familia <sup>2</sup>.

Es evidente entonces que para una persona, el vivir con el diagnóstico de VIH positivo, constituye un estresor crónico que afecta sus relaciones sociales, su salud mental, física y por tanto su calidad de vida. Si bien es cierto que todas las variables asociadas al VIH implican un deterioro de todas las áreas de la calidad de vida, también es cierto que en gran medida el estilo de afrontamiento que asuman los pacientes, en especial son esenciales los estilos de afrontamiento activos con una actitud de lucha o de combate a la infección, los cuales disminuyen las alteraciones afectivas y traen como consecuencia una mayor sintomatología física.

Diversos estudios han demostrado cómo la calidad de vida y el estilo de afrontamiento, influyen de manera significativa en el estadiaje de la infección. Lo que implica que un adecuado estilo de afrontamiento y un mejor nivel de vida, pueden ser indicadores de un mejor estado de salud <sup>3</sup>.

Éste proyecto se centra en “Identificar que *estrategias de afrontamiento* son las más habituales en los pacientes con *VIH* y analizar si existe alguna relación entre el tipo de estrategia utilizada y la *calidad de vida*”. Y para comprender mejor el tema de investigación que se está llevando a cabo es necesario aclarar algunos *conceptos*:

### 1.1.- Afrontamiento:

El recibir un diagnóstico como el del VIH genera un gran impacto en la salud. Por ello, todos los profesionales sanitarios que toman contacto con los pacientes con VIH deben buscar fórmulas que ayuden al paciente a sobrellevar esta nueva situación. No todo va encaminado a su tratamiento farmacológico, pues el ámbito psicológico tiene el papel principal.

Diversas investigaciones han señalado los esfuerzos cognitivos y conductuales que realizan las personas afectadas. Estos esfuerzos se utilizan para paliar su propio sufrimiento, se les denomina estrategias de afrontamiento y guardan estrecha relación con el bienestar con el bienestar físico y emocional <sup>4</sup>.

Las estrategias pueden variar según la cultura. Por ejemplo en el caso de las estrategias utilizadas por los padres de niños con cáncer podemos señalar: Los padres chinos utilizan las estrategias de resolución de problemas; la búsqueda de información en médicos y medios de comunicación; y el apoyo emocional en otros padres afectados. Sin embargo, no muestran algunos sentimientos de los padres occidentales como la culpa o depresión (los padres aceptan la enfermedad como su destino); también sus creencias activan pensamientos positivos; y a veces demuestran el amor a su hijo (el celo en la preparación de los alimentos simboliza la expresión de su amor y preocupación, no suelen darle información, y su cuidado es prioritario).

Los padres griegos consideran que las estrategias más útiles son mantener la fortaleza de la familia y tener una actitud optimista. Aunque hay similitudes entre los padres de diversas culturas, es conveniente respetar singularidad de las familias y su cultura <sup>5</sup>.

Se denominan *estrategias de afrontamiento* a las acciones de los individuos tendientes a frenar, amortiguar, y si es posible anular, los efectos de las situaciones amenazantes <sup>6</sup>.

Los estudios sobre afrontamiento y enfermedad buscan determinar cuáles son aquellos estilos y estrategias que favorecen un mejor ajuste a las condiciones de la enfermedad y que disminuyen los riesgos asociados a las mismas. Además permiten ayudar al paciente y a las familias a buscar estrategias de solución, brindarles toda información necesaria para que les sea más fácil comprender y aceptar los cambios en la vida del familiar y la influencia que tiene sobre ellos en su funcionamiento familiar <sup>7</sup>.

El afrontamiento es efectivo cuando disminuye indicadores fisiológicos de estrés, minimiza las reacciones emocionales subjetivas negativas y amplifica las positivas, refuerza la autoestima, mejora el rendimiento y ajuste social, cumple con la función instrumental de resolver el problema, permite el conocimiento de la realidad (o función de aprendizaje) y da sentido a la experiencia.

La efectividad de las estrategias de afrontamiento utilizadas depende de la situación específica en que ocurre el estrés, por ejemplo, la estabilidad o posibilidad de controlar el evento que causa el estrés.

El afrontamiento ha sido conceptualizado por distintos modelos: como características de personalidad que predisponen a responder al estrés según patrones relativamente estables; formas de resolver problemas según la percepción de controlabilidad que la persona hace de su capacidad para enfrentar una situación estresante y las características específicas del estresor.

Uno de los modelos de mayor impacto en el desarrollo de la investigación sobre afrontamiento es el de Lazarus y Folkman, quienes suponen que el afrontamiento surge en la interacción de la persona con su entorno, viéndose influido por la percepción de cuan controlable es el evento que causa el estrés; por características de personalidad, como el optimismo, neuroticismo y extroversión; y los recursos sociales con los que cuenta una persona <sup>8</sup>.

El proceso de afrontamiento se desencadena cuando la persona evalúa que se encuentra en una situación que puede provocarle daño, pérdida o amenaza en algún aspecto considerado como importante en su vida (evaluación primaria), posteriormente pondera si posee los recursos para enfrentarla (evaluación secundaria). A partir de ambas evaluaciones, las personas eligen e implementan estrategias o acciones para disminuir el estrés que genera la situación. El cambio en uno o ambas evaluaciones puede derivar en un cambio en la estrategia con la que enfrenta dicha situación <sup>9</sup>.

Lazarus y Folkman definen a las estrategias como esfuerzos que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como el tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación, para preservar su organismo e integridad física y de esta manera obtener una mejor calidad de vida <sup>10</sup>.

Folkman y Lazarus consideran que las estrategias no son buenas o malas en sí mismas, sino que su efectividad depende de la capacidad adaptativa que provea en la particular situación que genera el estrés.

### ***1.1.1. Estilos o respuestas de afrontamiento:***

Son predisposiciones de la persona o individuo para enfrentarse a determinadas situaciones y determinaran el uso de diferentes procesos así como su estabilidad temporal y situacional; a estos procesos se les conoce con el nombre de estrategias de afrontamiento. Éstas son de carácter concreto y específico y van a depender del contexto y de las condiciones en las que se encuentre el organismo.

- a) Según el foco: Fueron Lazarus y Folkman quienes hicieron una clasificación, diferenciando entre afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la cognición y en la emoción. El afrontamiento centrado en el problema, implica intentos de la persona por modificar las circunstancias que generan el estrés. Cuando las personas evalúan que la situación es modificable, tienden a utilizar estrategias de afrontamiento centradas en el problema, también llamadas activas. El afrontamiento centrado en lo cognitivo y la emoción, el sujeto se enfrenta al problema regulando sus emociones, de modo que las consecuencias aversivas de la situación problemática no le afecten emocionalmente. Busca modificar el malestar y manejar las emociones que se originan como consecuencia del problema. Folkman indica que cuando la situación de estrés es grave y prolongada, las personas tienden a utilizar el estilo centrado en el significado buscando generar emociones positivas que promueven su bienestar. Dentro de este proceso, la esperanza juega un rol importante en la adaptación a la situación, pues ayuda a reducir la incertidumbre <sup>11</sup>.
- b) Según el método: incluye estrategias de afrontamiento aproximativo y afrontamiento evitativo. Esta clasificación fue creada por Frydenberg e Lewis en 1997 que hablaba de forma general de las estrategias que, por un lado, solucionaban el problema que genera un nivel excesivo de estrés; y por otro lado incluye las estrategias cognitivas y comportamentales para evadirse del problema<sup>12</sup>. También se incluye en este punto, el afrontamiento centrado en la pasividad, donde se permanece en una situación de espera por considerar que no se puede hacer nada en cuanto al problema. Este último afrontamiento fue elaborado por Perrez y Reichuerts <sup>6</sup>.
- c) Según la eficacia: Las estrategias de afrontamiento Activas o adaptativas, caracterizadas por la adopción de un espíritu de lucha, refrenando el estrés para maximizar el crecimiento personal, planeando el curso de la acción y buscando apoyo social, con una menor disforia y mejor autoestima. Las estrategias de afrontamiento activas son más adaptativas que las estrategias pasivas y diferentes estudios han demostrado la asociación entre una buena salud mental y física con una gran variedad de estilos de afrontamiento activos y positivos en personas con VIH. Las estrategias activas favorecen la regulación emocional, la resolución de problemas, la autoestima, la integración social, el conocimiento, la construcción de sentido y desarrollo personal. Hacen referencia a los esfuerzos para enfrentarse al suceso conflictivo. Un afrontamiento activo, con actitudes de autocuidado, centrado en la solución de problemas, con búsqueda de apoyo social e información, junto a la posibilidad de contar con personas dispuestas a brindar escucha y afecto (apoyo

afectivo percibido) han sido identificados como factores protectores contra el distres emocional. Siendo por el contrario, las estrategias de evitación, los comportamientos pasivos, los pensamientos rumiativos y de desesperanza, junto con una actitud pasiva frente a la enfermedad y la ausencia de apoyo afectivo, los mejores predictores del distrés emocional. En contraste, quienes manifiestan que la situación que genera estrés es permanente utilizan Estrategias de afrontamiento pasivo o desadaptativas, se trata de maniobras centradas en el problema (en este caso el VIH) y que deterioran y obstaculizan la vida del individuo. Como el fatalismo, la negación, la desesperanza y el aislamiento han sido relacionados con el humor deprimido y distrés emocional. Suelen ser menos exitosas y hacen referencia a la ausencia de enfrentamiento o a las conductas de evasión y de negación. Entre los estudios que se han investigado, la mayoría de ellos informan de que un estilo de estrategias activas o adaptativas con una confrontación adecuada de las propias emociones estaría relacionado con un mejor nivel de la función inmune, con un mayor bienestar y unos estados afectivos positivos; mientras que las estrategias pasivas o desadaptativas, lo estaría con los estados afectivos negativos y un menor apoyo social percibido <sup>13</sup>.

- d) En cuanto al tipo de proceso, se distinguen dos tipos de respuesta de afrontamiento: Las estrategias agrupadas en la categoría de afrontamiento cognitivo son aquellas que intentan solucionar los problemas mediante cogniciones; mientras que las estrategias concentradas en el afrontamiento comportamental intentan tomar decisiones y cambiar la situación problemática mediante conductas adecuadas según la persona que las ejecuta <sup>6</sup>.
- e) Atendiendo al momento en el que se emiten las respuestas de afrontamiento se puede distinguir entre: afrontamiento anticipatorio y afrontamiento restaurativo. El primero se caracteriza por estar presentes aquellas estrategias que se producen antes de que tenga lugar el acontecimiento estresante; mientras que el segundo representa el conjunto de estrategias que se ejecutan después de que haya ocurrido el acaecimiento <sup>6</sup>.
- f) Fueron Frydenberg y Lewis quienes hicieron una clasificación de respuesta de afrontamiento en cuanto a la amplitud: el afrontamiento general y específico <sup>12</sup>. El modo con el que la persona se enfrenta a cualquier situación es conocido como el afrontamiento general, mientras que una problemática particular corresponde al concepto de afrontamiento específico <sup>14</sup>.

1.1.2. *Estrategias de afrontamiento*: Los estilos de afrontamiento presentan una clasificación mientras que las estrategias de afrontamiento varían en función de las diferentes escalas que se utilicen en las investigaciones que se llevan a cabo a la hora de evaluar el afrontamiento. Además nos permiten comprender los cambios que se dan tanto en la persona con VIH como en el funcionamiento familiar. Mencionaremos <sup>7</sup>:

- En el momento del diagnóstico, cuando se declara la situación de enfermedad:
  - La confrontación: La noticia constituye un hecho estresante que, inminentemente produce una crisis. Los primeros momentos significan miedo, incertidumbre y angustia, reflejando el no tener claro cómo actuar ni qué medidas tomar para dar solución al problema.
  - Autocontrol: Aunque no de la mejor manera, se presenta en el primer momento, el encuentro del individuo con la situación estresante o el problema ocasiona una gran inestabilidad emocional y familiar, de mayor intensidad al comienzo, con manifestaciones de ansiedad, angustia, miedo, temor y nerviosismo, expresiones de llanto y tristeza que a medida que pasa el tiempo se modifica logrando estabilizarse el estado de ánimo del individuo, llegando a controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales. Es decir la persona inicia acciones directas e incrementa los propios esfuerzos para eliminar o reducir al estresor (Afrontamiento activo).
  - Escape y evitación: Alberga una esperanza de mejoría de las secuelas, situación que se mantiene durante todo el proceso a través del tiempo; utilizan otras estrategias como comer, fumar, beber alcohol, o usar otras drogas o medicamentos como mecanismos mediador de la situación estresante y con el fin sentirse bien o para ayudarse a soportar al estresor.
  - Salud y capacidad física: Es muy frecuente que esta situación comprometa de manera directa su salud y estado físico. Dentro de estas afectaciones se encuentran alteración del apetito y patrón del sueño, cansancio, debilidad, depresión, fatiga mental, ansiedad, caídas, exacerbación de los antecedentes patológicos, parestesias, dolores musculares, entre otros.

- Cuando ya han superado el impacto inicial y están asumiendo la realidad:
  - La planificación: Centrada en acciones como en la alimentación, autocuidado, terapia, asistencia a controles médicos, apoyo emocional, incorporación a la sociedad, etc. Significa pensar acerca de cómo afrontar al estresor, planificar estrategias de acción, los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos a realizar.
  - Distanciamiento: surge un deseo profundo de no permitir que le afecte lo que está viviendo, procurando desviar los pensamientos, evitación intencional de ideas, recuerdos o experiencias que son desagradables (no pensar en el problema). Negar la realidad del suceso estresante.
  - Situación socioeconómica: La solvencia o no de los recursos económicos, influye en gran manera en que el afrontamiento de las secuelas de la enfermedad sea adecuado o no respectivamente.
  - Relaciones afectivas: Para el paciente percibir a su familia unida, cobra ánimo y fortaleza. Se convierte en una verdadera fuente de apoyo emocional ver a los parientes cercanos conociendo las vivencias y contribuyendo a sobrellevarlas, desde las circunstancias individuales.
  - Autocontrol: Liberar las emociones puede ser eficaz para afrontar determinadas situaciones difíciles, pero llega un momento, en que el paciente percibe que no encuentra a nadie que pueda escucharlo y comprender su vivencia.
  - Búsqueda de apoyo social: Esta estrategia es utilizada con amigos o parientes, cuentan sus sentimientos, explican detalles de las vivencias, etc., hablar para ser tranquilizados, etc. Procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que debe hacer (Apoyo instrumental).
  - Apoyo espiritual: Refleja el uso de la oración y la creencia en la ayuda de un líder o dios. Solo acudiendo a un apoyo espiritual hallan tranquilidad, descanso para su interior, y logran recobrar esa esperanza y convicción que en algún momento del proceso de afrontamiento perdieron, debido a las exigencias del mismo. La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumenta la participación en actividades religiosas.
  
- Según Montilla A. (2006), existe una *etapa de reorganización* que se caracteriza cuando el paciente acepta la realidad, resuelve la crisis, se estabiliza la situación familiar, asume nuevos roles, mantiene una participación activa y está en disposición de solicitar información continuada sobre la enfermedad para entender la evolución y la fase en la que se encuentra.

- Aceptación de responsabilidades: Reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema. Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real.
- Independencia y vida personal: Existe un abandono casi total de cada una de las actividades sociales, laborales y afectivas. Muchas veces se ha relegado el ocio y la diversión, su arreglo personal ha sido olvidado y no se le atribuye la misma importancia que solía tener. Es decir Reduce los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor (Desconexión conductual).
- Tensión emocional familiar: La persona vive esta crisis de una manera dramática, se juzga constantemente, se culpabiliza y presenta de forma constante un estado emocional negativo que dificulta el afrontamiento, pues esta tan concentrado en estos aspectos que finalmente terminan no solucionando el problema o considerando que jamás lo va a solucionar .La persona se Critica y culpabiliza por lo sucedido (Auto- inculpación)
- Autocontrol: Se manifiestan los apoyos externos, lo cual proporciona cierto grado de seguridad, sin embargo, aun influyen aspectos como la soledad, tristeza y depresión, que ocasionan una nueva inestabilidad caracterizada por la sensación de sentirse abandonado. Existe un aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos (Desahogo).
- Reevaluación positiva: Es una estrategia que la mayoría de las personas utilizan, dándole un nuevo sentido a su vida, perciben de forma positiva la enfermedad y las situaciones que se desprenden de ella y salen fortalecidos.
- Buscan el lado positivo y favorable del problema e intentan mejorar o crecer a partir de la situación (Reinterpretación positiva).
- Hacerse ilusiones: Es una estrategia que permite tener un afrontamiento más efectivo, pese a que está basado sobre pensamientos irreales o en varias ocasiones olvidando la realidad.

En el caso de la enfermedad, las formas de afrontamiento más adaptativas ya han sido descritas en la literatura y son: buscar el significado del evento, intentar dominar la situación, y los esfuerzos para mejorar la autoestima. Entre las formas de afrontamiento perjudiciales para la salud, se han descrito los estilos represivos y de inhibición. El estilo represivo de afrontamiento se caracterizaría por la evitación y la no confrontación de los hechos estresantes a la vez que se inhibe la reacción emocional concomitante <sup>15</sup>.

Los resultados de este estudio pueden servir de guía a la hora de diseñar

intervenciones educativas y conductuales para la población infectada por VIH. En este sentido, las intervenciones que tengan como objetivo la reducción del afrontamiento por evitación, maximizando los mejores aspectos de las estrategias de afrontamiento activo-cognitivo y activo-conductual, siendo capaces, a su vez de brindar apoyo más afectivo, estarán claramente reduciendo la posibilidad de que estos pacientes experimenten distrés emocional y contribuirán de forma indirecta en la mejora de la calidad de vida de las personas que viven con el VIH <sup>16</sup>.

### *1.1. 3 Afrontamiento y Salud:*

El afrontamiento es un pilar fundamental en relación con la salud, debido a que funciona como regulador del estrés emocional. Si actúa correctamente no existirá malestar en el organismo; sin embargo, si no es efectivo afectará de forma negativa al individuo provocando riesgo de mortalidad o morbilidad por aumentar el estrés de forma considerada<sup>17</sup>.

Cuando el afrontamiento no cumple la función positiva, el estrés influye negativamente sobre la salud y lo puede hacer a través de dos vías:

- Indirectamente: aumentando las conductas no saludables y disminuyendo aquellas que se consideran saludables como por ejemplo, hacer ejercicio físico, llevar una alimentación equilibrada y sana etc.
- Directamente: mediante los efectos fisiológicos y psicológicos que perjudican a la salud, dando lugar a las disfunciones psicosomáticas y/o psíquicas <sup>6</sup>.

En definitiva, una misma situación estresante puede afectar de manera diferente en la persona dependiendo de sus pensamientos, sentimientos y acciones, lo que se conoce con el nombre de estrategias de afrontamiento que pueden repercutir sobre el bienestar y la calidad de vida.

La ya clásica definición de Lazarus y Folkman del afrontamiento nos sitúa ante aquellos esfuerzos cognoscitivos y/o conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas. Estas situaciones frecuentemente tienen un impacto adverso sobre el funcionamiento personal y social, el auto concepto y estado emocional, la capacidad física, las relaciones familiares e interpersonales y la actividad sexual <sup>18</sup>.

## 1.2.- El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) :

El *VIH* afecta al sistema inmunológico del organismo disminuyendo su capacidad de defensa ante los microbios que producen las enfermedades. La forma en que el virus afecta al sistema inmunológico es entrando en el torrente sanguíneo y adhiriéndose a los linfocitos T4; posteriormente la pared del virus se abre y permite la salida del arn viral, que por medio de la enzima llamada transcriptasa reversa se transcribe en ADN y se introduce en el núcleo del linfocito, formando parte del código genético de la célula, con lo cual la célula T4 deja de funcionar como defensa del organismo. El virus se replica dentro de la célula huésped hasta que esta estalla y libera un gran número de virus que infectaran a otros linfocitos T4. Cuando una cantidad importante de células T4 del organismo han sido destruidas a consecuencia de la infección del virus, las defensas del organismo de encuentran debilitadas y el riesgo de aparición de los síntomas del Sida es muy elevado.

Cuando una persona contrae la infección del VIH, puede verse y sentirse saludable durante mucho tiempo, ya que aún no se han desarrollado las manifestaciones clínicas. Las investigaciones indican que esta etapa puede durar entre cinco y diez años y que las personas asintomáticas pueden transmitir el VIH.

El síndrome de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y su progresión a síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una enfermedad considerada hasta el momento como incurable y progresiva, con un crecimiento a nivel mundial en ascenso a pesar de los esfuerzos de los centros de salud, de las investigaciones de los diferentes países del mundo, y de las organizaciones que se dedican a difundir información para su prevención y detección. Tanto así, que países que tenían tasas de infección por el VIH estables o en retroceso, han vuelto a aumentar, sólo en algunos países se observan descensos en estas tasas estadísticas, y en pocos de ellos tendencias a la práctica de conductas sexuales sanas en la juventud, lo que ha demostrado ser una excelente fuente de prevención ante este mal <sup>19</sup>.

Es decir la infección por VIH es una enfermedad compleja, de proceso multifactorial, que puede ser mejor entendida dentro de un modelo biopsicosocial. Los pacientes deben lidiar con múltiples estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos, los que ponen en riesgo la salud física y mental. Sobre este punto se han llevado a cabo diversas investigaciones con el objetivo de identificar si existen estilos de afrontamiento relacionados con alteraciones en la inmunocompetencia y en la progresión del VIH.

Remor, 2002 argumenta que los pacientes mejor adaptados psicológicamente, toleran mejor el tratamiento antirretroviral, presentan mejores tasas de adhesión al tratamiento e informan de un mejor bienestar subjetivo. Aunque a pesar de los excelentes

resultados de las nuevas terapias farmacológicas el tratamiento del VIH, siguen observándose algunos problemas de salud mental.

Lo expuesto rebela la importancia de seguir investigando sobre la relación entre los estilos de estrategias de afrontamiento y sus consecuencias sobre la salud física y mental, social y el bienestar en las personas con la infección por VIH <sup>16</sup>.

### 1.2.1. Manifestaciones clínicas:

Una vez el virus ha entrado en el organismo se inicia la infección, en la que se pueden diferenciar tres fases, no siempre identificadas clínicamente: fase aguda o primo infección, fase crónica y fase final o sida:

- La fase aguda o primoinfección : Ocurre entre las dos y seis semanas después de la entrada del virus. El cuadro clínico suele ser inespecífico, caracterizado por fiebre, cefalea, adenopatías, mialgias y rash cutáneo. Esta fase se caracteriza por una extensa diseminación del virus por los órganos linfoides, la formación de anticuerpos y una viremia elevada. En esta fase no es posible el diagnóstico mediante técnicas serológicas porque es la etapa en la que se están desarrollando los anticuerpos.
- La fase crónica: De años de duración, se caracteriza por la replicación del virus en el tejido linfoide, una viremia baja o indetectable y cifras e CD4 estables.
- La fase final o sida: se caracteriza por un incremento de la actividad replicativa del virus en sangre y, por tanto, una viremia elevada, cifras de CD4+ bajas (menos de 200 cel/  $\mu$ L), destrucción del tejido linfoide, síntomas constitucionales y desarrollo de infecciones oportunistas <sup>20</sup>.

### 1.2.2. Pruebas diagnósticas:

- El diagnóstico de la infección por VIH consiste en la investigación de anticuerpos en suero. Estos anticuerpos suelen aparecer entre dos y doce semanas después de la infección.
- El enzimoimmunoanálisis (ELISA) es el método más utilizado como prueba de cribado o screening. Los resultados de las pruebas de ELISA suelen expresarse como positivos, negativos o indeterminados. Esta técnica tiene una extraordinaria sensibilidad (supera el 99,5%), pero su especificidad no es óptima. Hay situaciones que se asocian con resultados falsamente positivos de la prueba ELISA como son la presencia de autoanticuerpos, las

hepatopatías, la vacunación reciente de la gripe y las infecciones víricas recientes. Por estas razones, las pruebas de ELISA con resultado positivo o no concluyente deben confirmarse mediante una prueba de Western-Blot (detección de proteínas de VIH en sangre) <sup>21</sup>.

### 1.2.3. *Terapéutica:*

Desde que en el año 1996 se comercializaron los primeros inhibidores de la proteasa y se comenzó el tratamiento con la combinación de tres o más medicamentos (conocido con el nombre de tratamiento antirretroviral de gran actividad o TARGA), la infección por VIH dejó de ser una enfermedad inevitablemente mortal.

El objetivo primordial del tratamiento debe ser conseguir una carga viral indetectable y permitir así la recuperación del sistema inmune, limitar la selección potencial de resistencias a los fármacos antirretrovirales, evitar la progresión clínica, disminuir la morbimortalidad y reducir la transmisión del VIH. Para conseguir estos objetivos es precisa la colaboración decidida por parte del paciente, el soporte de un equipo de personal sanitario interdisciplinario especializado y el tratamiento antirretroviral combinado.

Los medicamentos actualmente comercializados bloquean la replicación del VIH, interrumpiendo su ciclo vital mediante la inhibición de sus enzimas o bloqueando pasos esenciales en su desarrollo.

La decisión de iniciar el tratamiento antirretroviral (TARV) debe basarse en tres elementos: la sintomatología, el recuento de linfocitos CD4 y la carga viral plasmática. En los pacientes con infección por VIH sintomática se recomienda iniciar el TARV en todos los casos. En los pacientes con una infección asintomática el inicio se basará en la cifra de CD4, en la CVP o en la presencia de determinadas comorbilidades asociadas.

En el momento actual el tratamiento de elección de la infección por VIH consiste en la combinación de tres fármacos que incluyan dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos y un inhibidor de la proteasa potenciado o un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósido <sup>22</sup>.

#### 1.2.4. Consideraciones para las enfermeras:

Todo paciente puede ser portador de VIH hasta que se demuestre lo contrario y, por tanto, las medidas de prevención de la transmisión deben ser universales. La sangre es la principal fuente de infección por VIH a partir de la cual puede infectarse el personal sanitario. El riesgo de infección por VIH a partir de una punción con aguja contaminada con sangre de una persona infectada con el virus es del 0,3%. Por la exposición a mucosas el riesgo se reduce a 0,09%. El riesgo es incluso menor cuando la exposición se realiza con piel intacta. Se incluye como medida preventiva no encapuchar las agujas tras su utilización e introducirlas de forma inmediata en contenedores de material contaminado, para evitar riesgos de exposición a otras personas. Estas pautas se seguirán con cualquier objeto punzante tales como agujas de punción, hojas de bisturí, etc.

Las ropas de cama, paños, gasas, etc., que estén impregnadas de fluidos del paciente potencialmente infectado por VIH deberán desecharse en una bolsa donde se especifique que se trata de material contaminado para evitar riesgos a otras personas en su recogida y eliminación.

Si existe cualquier exposición accidental a líquidos biológicos potencialmente infectados por VIH se deberá comunicar de inmediato a los organismos o entidades correspondientes.

Aplicar cuidados y educar al paciente para su autocuidado dirigido al control de los síntomas y de las posibles complicaciones.

Educar sobre los riesgos que supone el compartir instrumentos cortantes y punzantes: maquinillas de rasurar con cuchilla, jeringuillas, etc.

Informar detalladamente sobre los riesgos de contagio en las relaciones sexuales y la obligatoriedad de tomar medidas protectoras <sup>22</sup>.

#### 1.3.- Calidad de vida:

La organización Mundial de la salud (OMS) define *calidad de vida* como la manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y creencias personales <sup>23</sup>.

Desde el punto de vista psicológico, la calidad de vida no constituye sino la resultante funcional del estado conjunto de las condiciones biológicas, socioculturales y psicológicas en los que se encuentra una persona, en un momento particular del continuo de interacción; dicho estado afectara el modo y la medida en que la persona se ajuste a tales condiciones, influyendo sobre ellas en sentido positivo o negativo<sup>23</sup>.

Calidad de vida es considerada por algunos autores como la autonomía o independencia en las actividades de la vida diaria de la persona, así como su satisfacción personal.

Alberto Castellón interpreta la calidad de vida como uno de los principales indicadores a tener en cuenta a la hora de evaluar la eficacia de los servicios. Como podemos ver esta definición está enfocada más a la praxis. Indicadores de calidad de vida.

En algunos de los artículos se habla de los diferentes indicadores de calidad de vida, los cuales pasaremos a resumir a continuación:

- Bienestar psicológico: estabilidad emocional que permite manejar una vida con calidad. Esto puede reflejarse en tres estados: estado normal, depresión moderada y depresión severa.
- Satisfacción personal: cumplimiento del deseo o gusto en relación a su vida, manifestado por un estado de complacencia o contento. Muy satisfecho, satisfecho, moderadamente satisfecho, poco satisfecho o insatisfecho.
- Actividades de la vida diaria: conjunto de operaciones o tareas propias de una persona realizadas con la finalidad de mantener en óptimas condiciones el aspecto orgánico y personal. Normal, muy levemente incapacitado, levemente incapacitado, moderadamente incapacitado severamente incapacitado, incapacitado, invalido.
- Actitudes de la vida diaria: disposición del ánimo manifestado exteriormente en relación a los acontecimientos ocurridos dentro del contexto de la persona. positivo o negativo <sup>24</sup>.

#### *1.3.1. La calidad de vida relacionada con la salud:*

El espectacular desarrollo de nuevos productos terapéuticos ha hecho que algunas enfermedades anteriormente consideradas fatales se hayan convertido en enfermedades crónicas, donde la medición de la calidad de vida relacionada con la salud del paciente ha tomado gran importancia como medida de resultado de la atención médica. El interés se ha centrado en la calidad o valor del tiempo de vida y no solo en la cantidad de vida.

Aunque existen varias definiciones de calidad de vida relacionada con la salud la más extendida es la de Shumaker: "La evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud y el nivel de función física, psicológica y social sobre la posibilidad de alcanzar los objetivos de la vida". Otros autores han definido la calidad de vida relacionada con la salud como "el efecto funcional de una enfermedad y su consiguiente terapia sobre un paciente, tal como es percibido por el paciente <sup>25</sup>.

- La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto multidimensional que deben incluir como mínimo los aspectos relacionados con:

- Los síntomas físicos relacionados con la enfermedad o el tratamiento de la misma (p. ej. diarrea, dolor).
- La función física: incluyendo el cuidado personal, la realización de actividades físicas y el desempeño de roles (p.ej el trabajo)
- La función psicológica: que abarca desde el estado emocional (p.ej ansiedad y depresión) hasta el funcionamiento cognitivo.
- La función social: que corresponde a las actividades e interacciones del paciente con amigos, familiares u otros <sup>26</sup>.

- Comunicación del diagnóstico de VIH:

Esta noticia implica una serie de reacciones emocionales como respuesta al cambio de situación que debe asumir la persona, como suelen ser la incertidumbre, la desesperanza, el miedo y la impotencia.

Por ello es muy importante acudir a profesionales de la salud, para que valoren el estado general de salud y la necesidad de iniciar un tratamiento para el VIH, y en tal caso, que pueda informar sobre las opciones terapéuticas disponibles.

Además, el apoyo que ofrecen los/as especialistas en las ONG que trabajan en el ámbito del VIH y el sida pueden facilitar el proceso de duelo que se produce tras recibir la noticia de un diagnóstico positivo, aportando información fiable para poder entender la infección y minimizar las posibles dificultades <sup>27</sup>.

- Alimentación equilibrada:

La razón fundamental por la que la alimentación es un factor clave para el bienestar y la calidad de vida de las personas que tienen el VIH, es que influye directamente en su respuesta inmunológica. Una alimentación equilibrada puede llegar a ser determinante en los resultados de la terapia de alta eficacia, no sólo porque aporta nutrientes necesarios al organismo, sino que contribuye a regular el metabolismo, a controlar los niveles de colesterol y lípidos o ayuda a regular la función del hígado, por ejemplo. De igual manera, puede contribuir a nutrir a la persona con máxima eficacia en

momentos delicados de salud, cuando se presentan situaciones difíciles donde la ingesta de alimentos en sí supone un esfuerzo ante episodios de diarreas, vómitos o problemas bucofaríngeos. Es importante prevenir la malnutrición, tener más energía y vitalidad, facilitar la recuperación de posibles infecciones y mejorar la tolerancia a la medicación <sup>27</sup>.

- Hábitos saludables:

Los hábitos saludables en la vida cotidiana pueden determinar la presentación de efectos secundarios de los fármacos y la aparición de las enfermedades oportunistas.

Los beneficios que aporta la práctica de ejercicio son físicos, psicológicos y psicosociales. En el caso de las personas con VIH, los principales beneficios son el sentirse mejor, aumentando la autoconfianza y la autoestima, prevenir las enfermedades coronarias y la aparición de efectos secundarios relacionados con la infección por el VIH.

Es recomendable que las personas con el VIH abandonen el consumo del alcohol, tabaco y otras sustancias tóxicas, porque debilitan su sistema inmunológico.

Abusar del alcohol perjudica especialmente a aquellas personas con el VIH que están coinfectadas con el virus de la Hepatitis C, ya que afecta directamente y de forma negativa al funcionamiento del hígado. Tanto en el caso del alcohol como de otras drogas, es necesario tener en cuenta las posibles contraindicaciones con algunos medicamentos, ya que pueden variar o anular sus efectos.

Algunas sustancias como la heroína, cocaína y las drogas de diseño, debilitan especialmente el sistema inmunológico, favoreciendo la aparición de las enfermedades oportunistas. Además causan interacciones con la mayoría de los medicamentos antirretrovirales <sup>27</sup>.

- Afrontamiento psicológico:

Para las personas con el VIH, el hecho de afrontar su infección crónica, con todas las connotaciones negativas relacionadas con el estigma y discriminación, les hace pasar por un proceso psicológico al que deben enfrentarse a diario. Esta es la razón por la que la proporción de los trastornos psicológicos, como la depresión o ansiedad, en enfermos crónicos es mayor que en la población general.

Para paliar las consecuencias negativas en el plano psicológico y social, es importante buscar apoyo emocional desde el momento del resultado de la prueba. En este sentido, el valor añadido de las entidades que realizan la prueba del VIH es el apoyo psicosocial que se le hace a la persona durante todo el proceso y en caso de resultado positivo, derivándola y acompañándola a los hospitales de referencia <sup>27</sup>.

Como futuros enfermeros, es importante tratar la calidad de vida, ya que nosotros contribuiremos a mejorarla mediante nuestros propios cuidados. En la profesión enfermera, ejercida por personas y para las personas, la humanización del trabajo, ha de ser un objetivo común de todos los profesionales, ya que con ello, no sólo se conseguirá una mayor satisfacción de las necesidades de unos y otros, sino también un aumento en la calidad de los servicios enfermeros. Porque para dar servicios sanitarios de calidad hay que cuidar con calidad, que es lo que a los enfermeros y enfermeras les compete, y eso significa dominar los conocimientos científicos y técnicos disponibles, esforzándose por ser excelente, ósea ir más allá , optimizando las capacidades profesionales con el fin de prestar el mejor servicio posible.

#### **1.4 Justificación:**

El proceso de aprender a vivir con el VIH es un balance y un constante ajuste entre la progresión de la enfermedad y el deseo de mantener el control de la vida y de la calidad de vida. La valoración de la calidad de vida puede determinar áreas específicas de disfunción susceptibles de tratamiento encaminado a prevenir el desarrollo de complicaciones, potencia la relación personal sanitario-paciente y es útil a la hora de diseñar herramientas específicas de intervención y como variable complementaria en la investigación.

La exposición frecuente a situaciones estresantes por parte de las personas que viven con VIH y los avances en el control de la enfermedad, sugieren la necesidad de implementar, como parte del tratamiento integral de estos pacientes programas centrados no solo en aumentar el tiempo de vida, sino mejorar su calidad de vida. Este tratamiento deberá incluir el entrenamiento en habilidades para afrontar las situaciones potencialmente estresantes que puedan deteriorar aún más la salud del paciente <sup>28</sup>.

Como profesionales de la salud, es importante conocer si la relación calidad de vida y estrategias de afrontamiento, se ve confirmada en una muestra de sujetos de nuestro entorno inmediato. Además la información generada puede contribuir en el futuro, a potenciar mediante actividades formativas el desarrollo de nuevas estrategias de afrontamiento en harás de mejorar el bienestar psicológico de las personas y de su estado de salud. Con ese fin se propone el presente proyecto de investigación.

También se hace pertinente determinar, qué aspectos de la calidad de vida se ven afectados y cuales son susceptibles a mejorar; así como los mecanismos de afrontamiento más eficaces puestos en práctica por los sujetos, que deberán ser reforzados o propiciados

mediante un abordaje individual o grupal; lo que influirá positivamente en el bienestar biopsicosocial de los pacientes.

En cuanto al tratamiento clínico ha presentado avances indiscutibles, pero el apoyo emocional que favorece el mejor enfrentamiento de las cuestiones afectivas, fundamentales para el autocuidado, todavía sufre consecuencias de la falta de preparación de los profesionales de la salud, para abordar los aspectos psicosociales provenientes con la seropositividad al VIH <sup>29</sup>.

Es fundamental que los clínicos, enfermeros, psicólogos y otros profesionales de la salud debemos estar atentos no solo en auxiliar en el diagnóstico y el tratamiento clínico del VIH. Como agentes de la salud, tenemos la responsabilidad de fomentar y dar a conocer información fiable, brindar a los afectados un rol más activo, para que puedan interiorizar y de esta forma disminuir el estrés generado por todas las circunstancias inherentes a la enfermedad. Sobre todo mejorar la sobrevivencia, retrasar el paso de VIH asintomático a casos de sida con todas sus manifestaciones, mejorar la adherencia al tratamiento y facilitar el manejo de la enfermedad para los pacientes y sus familiares. El enfrentarse a una enfermedad de amenaza vital, requiere de habilidades de afrontamiento que puedan involucrar un reevaluación de la situación en términos más positivos e implicación activa, para tomar acciones apropiadas y sobrellevar mejor la situación.

Ser competente significa, que una persona dispone de los recursos, de conocimientos, habilidades y destrezas para hacer las cosas, porque puede hacerlas. La historia psicológica de los pacientes diagnosticados con VIH es cambiante con el transcurrir del tiempo y a partir de las demandas que imponen, la enfermedad por un lado, y el ambiente por el otro. No sería aventurado plantear que a medida que esas demandas aparecen y crecen en importancia, las personas precisan de cambios <sup>30</sup>.

En resumen después de realizar el estudio, conoceremos más sobre el afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes con VIH de nuestro entorno. Y así, como profesionales de enfermería tenemos la ardua tarea de colaborar junto con otros profesionales, para proporcionar al paciente herramientas que hagan que practique de manera eficiente y consistente el comportamiento necesario en razón de la enfermedad lo que llevara a obtener buenos niveles de ajuste psicológico, un mejor control sobre su vida y de saber manejar situaciones potencialmente adversas relacionadas con desesperación, miedo, irritabilidad, etc.

## 2.- OBJETIVOS:

### 2.1 General:

Identificar que estrategias de afrontamiento son las más habituales en los pacientes de más de dos años de diagnóstico con VIH y analizar si existe alguna relación entre el tipo de estrategia utilizada y la calidad de vida.

### 2.2 Específicos:

- Determinar cuál es el tipo de estrategia de afrontamiento que adoptan los pacientes de más de dos años diagnosticados con VIH y que hacen un seguimiento de su enfermedad.
- Establecer si las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes de más de dos años diagnosticados con VIH tienen efecto sobre la calidad de vida.

## 3.- METODOLOGÍA:

### 3.1 Diseño:

En cuanto al diseño se realizará una investigación de tipo descriptivo, observacional y transversal de personas diagnosticadas de VIH desde hace más de 2 años.

### 3.2 Población y muestra:

La población a estudiar estará constituida por pacientes con más de dos años con diagnóstico de VIH residentes en la isla de Tenerife que hacen su seguimiento de la enfermedad en el HUC.

Utilizaremos una la técnica de muestreo no probabilístico consecutivo, pues no todos los participantes que componen la población tendrán posibilidad de ser incluidos en la muestra. No solo el azar determinará quién puede ser sujeto de estudio, porque habrá personas que no acudan a la consulta y que por tanto, no tendrán ninguna probabilidad de ser incluidos en esta muestra. Además de aquellas que no lleguen con antelación a la consulta porque no tengan la disposición de colaborar, estén trabajando y no acudan a la cita o lleguen tarde, etc.

*Los criterios de inclusión serán:*

Podrán participar los pacientes de forma voluntaria y anónima: Tener más de 18 años, más de dos años de diagnóstico con VIH, estar en tratamiento con medicamentos antirretrovirales, estar clínicamente estables y tener capacidad de entender las preguntas del cuestionario.

*Los criterios de Exclusión serán:*

Aquellos pacientes con menos de 2 años de diagnóstico, que tengan dificultades lingüísticas y con deterioro psicológico cognitivo, para comprender y responder de manera correcta las preguntas de los cuestionarios.

Estos criterios de selección los consultaremos con el jefe de servicio, la supervisora de enfermería y el personal sanitario que trabaja en las consultas del servicio de medicina interna del HUC.

### **3.3 Variables e instrumentos de medida:**

Con vista a estudiar la relación que existe entre el tipo de estrategia utilizada y la calidad de vida, vamos a utilizar dos instrumentos para medir, por un lado, la calidad de vida y, por otro, las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes de más de dos años de diagnóstico con VIH. Para ello emplearemos el cuestionario WHOQOL BREF y El COPE-28.

La información referente a sexo, edad, orientación sexual, modo de transmisión, situación actual de pareja, ocupación y tiempo de diagnóstico irán incluidos en uno de los cuestionarios.

Socio-demográficas:

- Edad: variable cuantitativa de intervalo.
- Sexo: variable cuantitativa nominal.
- Estado civil: variable cualitativa nominal.
- Categoría profesional: variable cuasi-cuantitativa.
- Modo de transmisión del VIH y orientación sexual.
- Tiempo de diagnóstico.
- Nacionalidad.
- Años de residencia en la isla.

Para medir la calidad de vida utilizaremos como instrumento El WHOQOL BREF. Es un instrumento genérico derivado del whoool-100, que consta de 26 puntos, 24 de ellos generan un perfil de calidad de vida en cuatro dimensiones: Salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Evalúa las percepciones del individuo en las dos semanas previas, su puntaje ha sido utilizado para observar los cambios en la calidad de vida debido a la enfermedad, para establecer valores pronósticos de la enfermedad y valorar algunas intervenciones. Este instrumento se centra en el grado de satisfacción que

el individuo tiene frente a diversas situaciones cotidianas, por lo que es la escala de mayor solidez conceptual y metodológica <sup>30</sup>.

Para medir el afrontamiento utilizaremos el cuestionario El Cope-28, es un instrumento multidimensional, desarrollado para evaluar las diferentes formas de respuesta ante el estrés, ha sido adaptado en España por Crespo y Cruzado en 1997. Cinco de sus escalas miden conceptualmente distintos aspectos del afrontamiento centrado en el problema (Afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades distractoras, refrenar el afrontamiento, búsqueda de apoyo social instrumental). Las cinco escalas miden aspectos que pueden ser considerados como afrontamiento centrado en la emoción (búsqueda de apoyo social emocional, reinterpretación positiva, aceptación, negación, volver a la religión); y tres escalas miden respuestas de afrontamiento que posiblemente son menos utilizadas (deshago emocional, desconexión emocional, desconexión mental)(posteriormente se añadieron uso de drogas y alcohol y humor ).Es un inventario de 28 ítems y 14 subescalas que se responde en una escala ordinal tipo Likert de 4 alternativas de respuesta (de 0 a 3), entre “nunca hago esto” a “hago siempre esto”<sup>31</sup>.

### **3.4 Procedimiento de recogida de datos:**

El procedimiento para recoger los datos será el siguiente:

- Previamente al inicio de la investigación, se presentará un informe de autorización del proyecto de fin de grado dirigido al Comité ético de investigación clínica del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. (Anexo 01).

Una vez autorizados a realizar la investigación, contactaremos con el servicio de medicina interna y procederemos de la siguiente manera:

- Solicitar la colaboración del personal sanitario para la difusión del proyecto y captación de los participantes.
- Se solicitará semanalmente la lista de pacientes citados que cumplan con los requisitos del estudio y se contactará telefónicamente con éstos para solicitarles su colaboración.
- A los que acepten participar, se les invitará por teléfono a asistir 30 min antes de la hora de la consulta, para que cumplimente los dos cuestionarios.
- En primer lugar se le entregará un formulario solicitando formalmente y por escrito su consentimiento informado e informando de los derechos que le asisten como participante en la investigación. Una vez confirmada su colaboración se le

presentarán los cuestionarios y se les explicará las instrucciones sobre el modo en el que debe responder cada cuestionario. (Anexos 03, 04, 05).

- Se le pedirá al participante que elija la opción que mejor se ajuste a su comportamiento. Ambos cuestionarios no requieren demasiada dificultad pero, para evitar posibles dudas y falsas interpretaciones, se les comunicará que estaremos atentos ante cualquier duda.
- Finalmente colocará los cuestionarios y el consentimiento informado dentro de un sobre y lo depositará en el buzón.
- Además se expondrán posters informativos dentro de las consultas, sala de espera, puerta de salida y entrada del servicio, etc... sobre el estudio con la intención de captar más participantes entre las personas que acuden al servicio.
- Todos estos resultados se discutirán a la luz de las referencias teóricas empleadas en el marco teórico de este trabajo y con la esperanza de avanzar en el ámbito de las estrategias de afrontamiento que usan las personas con VIH y la relación con su calidad de vida.
- Además armonizaremos los resultados con la necesidad de mejorar la intervención de la enfermería proponiendo herramientas útiles y propuestas científicamente probadas para mejorar su calidad de vida y su bienestar integral.

### **3.5 Análisis estadísticos:**

Para el estudio descriptivo y analítico de la información recogida, introduciremos todas las respuestas en una base de datos del software SPSS que trabaja con una matriz de filas y columnas. Una vez codificadas todas las respuestas se llevarán a cabo los análisis.

Para el análisis descriptivo de las variables se calcularán porcentajes para las variables cualitativas y medidas de tendencia central (media, mediana, desviación estándar) para las cuantitativas, con un intervalo de confianza del 95%.

Para comparar variables cualitativas se utilizará la prueba Chi cuadrado de Pearson, y para las variables cuantitativas el test t de Student (variables paramétricas) y el test de Mann–Whitney (variables no paramétricas). Se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ .

Todos estos resultados servirán para avanzar en el ámbito de las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes de más de dos años de diagnóstico con VIH y nos permitirá analizar si existe alguna relación entre el tipo de estrategia y la calidad de vida.

Además armonizaremos los resultados con la necesidad de mejorar la intervención de la enfermería proponiendo herramientas útiles que aporten al paciente no

solo la comprensión y el apoyo sino propuestas probadas para mejorar su calidad de vida y su bienestar integral.

#### 4. - LIMITACIONES:

- Por las características de las personas sujeto de estudio, algunos pueden mostrarse reacios a participar por temor a ser juzgados.
- Habrá personas que asisten irregularmente a las consultas, no cumplen con el programa terapéutico, ni mucho menos se vean interesados en cumplimentar los cuestionarios.
- Riesgo de invalidez de datos al dejar varias preguntas sin responder.
- La negativa de algunas personas para ser incluidos en el estudio o muestren desconfianza para firmar la carta explicativa.
- Es probable que se apuren a terminar el cuestionario en lugar de leer las preguntas correctamente.

#### 5.- CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Para una mayor fiabilidad de los datos, poder cumplir correctamente las consideraciones éticas y garantizar la protección de datos, así como, la confidencialidad de la información personal proporcionada por los/las pacientes, se incluirá en el sobre de los cuestionarios una carta detallada e informativa explicando con claridad la finalidad y objetivo principal del estudio, así como la voluntariedad de la participación en el mismo. De ésta manera existirá un compromiso por escrito asegurando la total confidencialidad de los datos y el agradecimiento a aquellos/as que decidan participar en el estudio contestando y depositando en el buzón dicha información.

#### 6.- CRONOGRAMA:

En este proyecto se expresa en un cronograma .La organización del plan de trabajo estimada, será dividida en diferentes fases:

ACTIVIDADES	PERIODO
-Elegir y acotar el tema. -Buscar y organizar la información.	Diciembre 2014-Febrero 2015.

-Definir objetivos, Formular hipótesis. -Elaborar marco teórico y metodológico.	Marzo-Junio 2015.
Defensa y Aceptación del proyecto.	Julio-Agosto 2015.
Solicitar el apoyo del personal sanitario del servicio de medicina interna, para la captación de participantes y difusión de la investigación, a través de posters informativos	Setiembre 2015.
Captación de los participantes recogida de los consentimientos informados y cumplimentación de los cuestionarios. .	Octubre-Enero 2015.
Recogida de datos.	Febrero 2016.
Proceso e interpretación de los resultados.	Mayo-Junio 2016.
Redacción y publicación de los resultados e informe final.	Julio-October 2016.

**7.- PRESUPUESTO:** Se trata de un presupuesto de bajo coste. Debido a que el material necesario no es excesivo.

CONCEPTO:

MATERIAL	COSTE INDIVIDUAL	UNIDADES	TOTAL
Sobres	7Céntimos.	50	3.50Euros.
Fotocopias de cuestionarios y carta explicativa.	3Céntimos.	100	3.00Euros.
Diferentes materiales de oficina.	-	-	40 Euros.
Impresión de Posters informativos.	5 Euros.	4	40 Euros.
Pen driver.	18Euros.	1	18 Euros.
Buzones.	14 Euros.	4	56 Euros.

**INFRAESTRUCTURA:**

Materiales personales cedido su uso al estudio.	-	-	0Euros.
---	---	---	---------

**PERSONAL:**

	Coste por hora de trabajo	Nº de horas de trabajo	Total en euros.
Estadístico.	20 Euros.	4	80 Euros.

DESPLAZAMIENTO. (Transporte de la persona que realiza el proyecto)	-	-	20 Euros.
GASTOS DE DIFUSIÓN.	-	-	50 Euros.

**COSTE TOTAL ESTIMADO DEL PROYECTO:**

**310.5**

## 8.- BIBLIOGRAFÍA:

1. Plan estratégico de prevención y control de la infección por el VIH y otras infecciones de Transmisión sexual.2013-2016.Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad.2014; 19-24.
2. Salotti,P. Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de buenos aire 2006.
3. Dugarte J, Oxford M. Estrategias de afrontamiento en pacientes seropositivos, calidad de vida y su relación con el estadiaje de esta patología. Archivos venezolanos de psiquiatría y Neurología.2008; 54(110):6-7.
4. Soriano J. Monsalve V. El afrontamiento del dolor crónico. Boletín de psicología.2005; 1(84):91-102.
5. Avilés PA. Relación entre crecimiento postraumático, Afrontamiento y Rumiación. Chile; 2013;20.
6. Morán C, Landero R, Gonzales MT.Cope-28:Un análisis psicométrico de la versión en español del Brief Cope. Univ. Psychol.2010; 9(2):544.
7. Bohórquez AZ, Espinosa JC ,Turizo JJ, Guampe L. Afrontamiento familiar frente a las secuelas generadas en pacientes que sufrieron trauma craneoencefálico.2012 ;9(1):80
8. Felipe E, León del Barco B. Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. Universidad de Extremadura (España).International Journal of Psychology and psychological Therapy.2010; 10(2):245-257.
9. Espada MC y Grau C. Estrategias de afrontamiento en padres con niños con cáncer.Psicooncología.2012; 9(1):27-29.
10. Díaz I, Velásquez DB, Rodríguez KC, Ortiz YG, Jerez JA, Buitrago LA, Moreno YD. Afrontamiento frente a la enfermedad en pacientes oncológicos. Revista ciencia y cuidado.2010;7(1):62
11. Bermúdez M, Teva I, Buela G. Influencia de variables sociodemográficas sobre los estilos de afrontamiento, el estrés social y la búsqueda de sensaciones sexuales en adolescentes. Psicothema, 2009; 21(2):220-226.
12. Veloso C, Caqueo W, Muñoz Z, Villegas Estrategias de afrontamiento en adolescentes. Fractal: Revista de Psicología.2010; 20(1):23-34.
13. Soucase B, Monsalve V, Soriano J,De Andrés J. Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. Revista de la Sociedad Española del dolor.2004;11(6)353-359.

14. Figueroa M, Contini N, Lacunza A, Levin M, Estévez A. Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. 2005;21(1).
15. Pernas A, Iraurgi I, Bermejo P, Basabe N, Carou M, Paez D, Cabarcos A. Formas de afrontamiento y afectividad en personas con VIH/SIDA. Diferencias entre toxicómanos y no toxicómanos. 2001; 394.
16. Carroblews JA, Remor E, Rodríguez L. Afrontamiento, apoyo social percibido y distres emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*. 2003;15(3):425.
17. Cassaretto M. Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología* 2013; 21(2):363-392.
18. Gonzales R, Montoya I, Casullo M, Bernabéu. Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico. *Psicothema*. 2002; 14(2):363-368.
19. Vaca A, Trujillo M. Estrategias de intervención psicosocial para mejorar la calidad de vida en los pacientes con VIH/sida- analfabetos, del hospital "san camilo" de santa cruz-Bolivia. tercer diplomado internacional en línea en psicología de la salud-2010; 2.
20. Blanco A, Cruz MM, González Gómez I. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). *Compendio DAE de Patologías. Colección De la A a la Z. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 475-478.*
21. Rodríguez R, Hernando F, Cruzado JA, Olivares ME, Jamal I, y Laserna P. Evaluación de la calidad de vida, estado emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad neoplásica pulmonar; 2012; 96.
22. Robles OC, Piña López JA y Sánchez sosa JJ. Competencias conductuales, estrés y calidad de vida en personas VIH 100% adherentes. Un análisis en función del estadio clínico de infección; *Avances en Psicología latinoamericana/Bogotá (Colombia)*. 2010; 28(1):86
23. Arroyo P. Calidad y humanización de los cuidados. *Metas de Enfermería* oct 2001; 4(8): 26-31
24. Shipper H, Clinch JJ, Olweny C. Estudios de calidad de vida. *Farmacoeconomía*, 2ªed, 1996; 11-23.
25. Badía X, Lara N. Calidad de vida relacionada con la salud en el paciente VIH. 4º Seminario de Atención farmacéutica. 80
26. INFOSIDA [Internet]. Madrid: INFOSIDA; 2015 [citado 01 jun 2015] VIH y el Sida [Aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.infosida.es/>

27. Briongos LS, Bachiller Martín Gonzáles M, Eiros JM. Influencia de los factores clínicos y sociodemográficos en la calidad de vida de personas infectadas por el VIH; *Electrón J Biomed* 2010;3:2
28. Robles OC, Piña JA y Sánchez JJ. Competencias conductuales, estrés y calidad de vida en personas VIH 100% adherentes. Un análisis en función del estadio clínico de infección; *Avances en Psicología latinoamericana/Bogotá (Colombia)*.2010; 28(1):92
29. Reis RK, Hass VJ, Dos Santos CB, Teles SA, Giménez MT, G T. Síntomas de depresión y calidad de vida en personas viviendo con VIH/sida. *Rev.Latino-Am.Enfermagem*.2011;19(4):6.
30. Cardona-Arias JA, Higuera-Gutiérrez LF. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública* [Fecha de consulta: 16 de junio de 2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/>.
31. Morán C, Landero R, Gonzales MT. COPE-28: Un análisis psicométrico de la versión en español del Brief Cope. *Univ. Psychol.* 2010; 9(2):545-546.

## 9. - ANEXOS:

### 01- INFORME DE AUTORIZACION DEL PROYECTO DE FIN DE GRADO, DIRIGIDO AL COMITÉ ETICO DE LA INVESTIGACION CLINICA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS.

#### SOLICITUD DE EVALUACION DEL ESTUDIO POR EL COMITÉ ETICO DE INVESTIGACION CLINICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS.

Se solicita la evaluación del estudio: *“Relación entre el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con VIH y la calidad de vida”*, del que es investigador principal Yesica Timaná Ramos.

Además, se hace constar que los investigadores se comprometen a tratar a cada participante según lo establecido en el protocolo autorizado por el comité ético de investigación clínica y que respetaran las normas éticas aplicables a este tipo de estudios.

En La Laguna a.....de.....del.....

Le agradecemos su colaboración.

Firmado:

Yesica Timaná Ramos  
Investigador Principal.

**02- INFORME DE AUTORIZACIÓN DEL PROYECTO DE FIN DE GRADO,  
DIRIGIDO AL GERENTE DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE CANARIAS  
(CHUC):**

Señor gerente del Complejo Universitario de Canarias, Don Ignacio Lopéz Puech:

Yo, alumna de 4º de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, Yesica Timaná Ramos con Nie Y0401807B, solicito su autorización para la toma de datos de mi trabajo de fin de grado, cuya tutora responsable es Ana María Arricivita Verdasco. Dicho trabajo tendrá como título el siguiente: *“Relación entre el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con VIH y la calidad de vida”*.

Atendiendo a las observaciones comentadas anteriormente, con respecto al desarrollo del tema, este proyecto se propone un doble objetivo. En primer lugar, determinar cuál es el tipo de afrontamiento que adoptan los pacientes de más de dos años diagnosticados con VIH.

En segundo lugar establecer si las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes de más de dos años diagnosticados con VIH tienen efecto sobre la calidad de vida.

A continuación procederemos a adjuntarle el proyecto y los cuestionarios que emplearemos para dicho estudio.

En La Laguna a.....de.....del.....  
Le agradecemos su colaboración.

Firmado:

Yesica Timaná Ramos.  
Investigador Principal.

### 03- CARTA EXPLICATIVA

Reciba UD. un cordial saludo, se le ha entregado dos cuestionarios con el objetivo de llevar a cabo un estudio en el que se pretende *“Identificar que estrategias de afrontamiento son las más habituales en los pacientes de más de dos años diagnosticados con VIH y analizar si existe alguna relación entre el tipo de estrategia utilizada y la calidad de vida”*. Y de alguna forma Ud. con su participación impulse su posición como agente activo frente a la enfermedad.

Para llevar a cabo el estudio es imprescindible contar con la máxima colaboración y participación. Y de manera totalmente VOLUNTARIA y altruista deben de contestar lo más sinceramente posible las preguntas de los cuestionarios.

Los cuestionarios respondidos deberán de ser depositados en los buzones que desde hace algunos días usted ha podido ver colocados en diferentes puntos del servicio.(Puerta de entrada/ salida y sala de espera). **Aclarando que todo procedimiento será totalmente anónimo.** De ésta manera aseguramos la máxima confidencialidad y respeto hacia ustedes, los participantes, por lo que en ningún momento será necesario revelar su identidad ajustándonos a la ley de protección de datos y confidencialidad.

Finamente agradecerles sinceramente su atención y tiempo dedicado.

Firma

Fecha.... de.....del.....

UN CORDIAL SALUDO Y GRACIAS POR COLABORAR.

## 04- CUESTIONARIO

### Información Socio-demográfica:

- \*Edad:
- \*Sexo:
- \*Estado Civil:
- \*Profesión/Ocupación:
- \*Modo de transmisión y Orientación sexual:
- \*Tiempo de diagnóstico:

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 qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

### 1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

### 2. ¿Está satisfecho con su salud?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

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

### 3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

### 4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

### 5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**9. ¿Es saludable es el ambiente físico a su alrededor?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

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

**10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

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

**16. ¿Se encuentra satisfecho con su sueño?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**17. ¿Está satisfecho con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**18. ¿Está satisfecho con su capacidad de trabajo?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**19. ¿Está satisfecho de sí mismo?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**20. ¿Está satisfecho con sus relaciones personales?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**21. ¿Está satisfecho con su vida sexual?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**23. ¿Está satisfecho con las condiciones del lugar donde vive?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**24. ¿Está satisfecho con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**25. ¿Está satisfecho con su transporte?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

**26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?**

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

GRACIAS POR VUESTRA COLABORACIÓN.

**05- COPE-28 (Según el original de Carver,1997)**

**Traducido por Consuelo Morán y Dionisio Manga.**

**INSTRUCCIONES:** Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Ponga 0, 1, 2 ó 3 en el espacio dejado al principio, es decir, el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema. Gracias.

1. \_\_\_\_ Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.
2. \_\_\_\_ Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.
3. \_\_\_\_ Acepto la realidad de lo que ha sucedido.
4. \_\_\_\_ Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.
5. \_\_\_\_ Me digo a mí mismo “esto no es real”.
6. \_\_\_\_ Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.
7. \_\_\_\_ Hago bromas sobre ello.
8. \_\_\_\_ Me critico a mí mismo.
9. \_\_\_\_ Consigo apoyo emocional de otros.
10. \_\_\_\_ Tomo medidas para intentar que la situación mejore.
11. \_\_\_\_ Renuncio a intentar ocuparme de ello.
12. \_\_\_\_ Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.
13. \_\_\_\_ Me niego a creer que haya sucedido.
14. \_\_\_\_ Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.
15. \_\_\_\_ Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.
16. \_\_\_\_ Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.

17. \_\_\_\_ Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.
18. \_\_\_\_ Busco algo bueno en lo que está sucediendo.
19. \_\_\_\_ Me río de la situación.
20. \_\_\_\_ Rezo o medito.
21. \_\_\_\_ Aprendo a vivir con ello.
22. \_\_\_\_ Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.
23. \_\_\_\_ Expreso mis sentimientos negativos.
24. \_\_\_\_ Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.
25. \_\_\_\_ Renuncio al intento de hacer frente al problema.
26. \_\_\_\_ Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.
27. \_\_\_\_ Me echo la culpa de lo que ha sucedido.
28. \_\_\_\_ Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.

GRACIAS POR VUESTRA COLABORACIÓN.

