



UNIVERSIDAD
**SAN IGNACIO
DE LOYOLA**

FACULTAD DE HUMANIDADES

Carrera de Psicología

**ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL DE PERSONAS CON
VIH QUE PERTENECEN A UN GRUPO DE APOYO
MUTUO DE LIMA METROPOLITANA**

**Trabajo de investigación para optar el Grado Académico de
Bachiller en Psicología**

YULISSA HUAUYA GALVEZ

Asesor:

Dr. Eli Leonardo Malvaceda Espinoza

**Lima – Perú
2020**

Tabla de contenidos

Resumen.....	3
Abstract.....	4
Introducción.....	5
Método.....	13
Tipo y diseño de investigación.....	13
Participantes.....	13
Instrumentos de recolección de datos.....	15
Procedimiento de recolección de datos.....	15
Análisis de datos.....	15
Resultados.....	17
Discusión.....	20
Limitaciones.....	21
Conclusiones.....	22
Recomendaciones.....	22
Anexos.....	26
Anexo 1: <i>Matriz de categorización</i>	26
Anexo 2: <i>Evaluación de la validez de contenido por criterio de jueces</i>	29
Anexo 3: <i>Consentimiento informado</i>	30
Anexo 4: <i>Mapa semántico de códigos y documentos primarios</i>	31
Anexo 5: <i>Tabla de códigos y documentos primarios</i>	33
Anexo 6: <i>Criterio de frecuencia, densidad, y representatividad</i>	35

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la experiencia de adaptación psicosocial en personas con VIH que pertenecen a un grupo de apoyo mutuo de Lima Metropolitana. La investigación fue de enfoque cualitativo y se siguió el diseño de la fenomenología hermenéutica. La recolección de datos se realizó con los aspectos éticos requeridos y a través de una entrevista semiestructurada a 11 adultos entre 22 y 48 años, y se realizó el análisis de datos con el soporte del software Atlas.ti 7.5. Los resultados evidenciaron que el proceso de adaptación psicosocial en personas que viven con VIH involucra seis áreas: orientación hacia el cuidado de la salud, entorno laboral, entorno familiar, entorno social, relaciones sexuales y angustia psicológica. Se concluye señalando que los participantes evidencian una adecuada adaptación psicosocial en el área orientación hacia el cuidado de la salud, entorno laboral, entorno familiar y entorno social, dado que perciben positivamente la atención que reciben por parte del personal médico, lo cual se vincula con la adherencia terapéutica y en consecuencia con la percepción de bienestar subjetivo. Así mismo, perciben un óptimo desempeño físico laboral, interés en el trabajo y adecuada relación con los compañeros de trabajo. Además, el apoyo familiar y social percibido resulta fundamental en el bienestar subjetivo de la persona seropositiva. Sin embargo, en el área relaciones sexuales y angustia psicológica los participantes perciben reacciones negativas de la pareja frente al diagnóstico, preocupación ante enfermedades oportunistas, discriminación y prejuicio, lo cual dificulta una adecuada adaptación psicosocial.

Palabras claves: Adaptación psicosocial, persona que vive con VIH, persona seropositiva, diagnóstico, investigación cualitativa.

Abstract

The objective of this research was to analyze the experience of psychosocial adaptation in people with HIV who belong to a mutual support group in Metropolitan Lima. The research was of a qualitative approach and the design of hermeneutic phenomenology was followed. Data collection was carried out with the required ethical aspects and through a semi-structured interview with 11 adults between 22 and 48 years old, and data analysis was performed with the support of the Atlas.ti 7.5 software. The results showed that the process of psychosocial adaptation in people living with HIV involves six areas: orientation towards health care, work environment, family environment, social environment, sexual relations and psychological distress. It concludes by pointing out that the participants show an adequate psychosocial adaptation in the area of orientation towards health care, work environment, family environment and social environment, given that they perceive positively the attention they receive from medical personnel, which is related to therapeutic adherence and consequently with the perception of subjective well-being. Likewise, they perceive an optimal physical labor performance, interest in work and an adequate relationship with coworkers. Furthermore, perceived family and social support is essential for the subjective well-being of the HIV-positive person. However, in the area of sexual relations and psychological distress, the participants perceive negative reactions from the couple regarding the diagnosis, concern about opportunistic diseases, discrimination and prejudice, which hinders an adequate psychosocial adaptation.

Key words: Psychosocial adaptation, person living with HIV, HIV positive person, diagnosis, qualitative research.

Introducción

Según el programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2018) 37,9 millones de personas viven con VIH en todo el mundo, de los cuales 36,2 son adultos; de este total, solo 23,3 millones tienen acceso a la terapia antirretroviral (TAR). A pesar de que las muertes relacionadas al VIH han disminuido en un 33% desde el 2010, en el 2018 se registraron 1,1 millones de personas fallecidas a causa de esta enfermedad. De acuerdo con ONUSIDA, los grupos más afectados son hombres y mujeres trabajadores sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, personas transgénero y consumidores de drogas endovenosas (2018).

En Latinoamérica, la ONUSIDA (2018) señaló que existen 1,9 millones de personas viviendo con VIH en Latinoamérica, de las cuales el 80% estaba al tanto de su diagnóstico y el 78% seguía tratamiento. A pesar de que la prevalencia del VIH es baja en la región al considerar la población en general, es particularmente alta en los grupos de riesgo previamente señalados.

En el Perú, de acuerdo con el Ministerio de Salud (MINSA, 2018) y el Centro nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades, existen 72 mil personas viviendo con VIH, de las cuales 20 mil desconoce su diagnóstico. Además, del total de casos en el país, Lima concentra 21 mil de los mismos, siendo esta la región con mayor prevalencia. La vía de transmisión más frecuente es la vía sexual con 97.58 %, seguido del 2% por transmisión madre-hijo y 1% por transfusión de sangre.

Tras un diagnóstico, la persona seropositiva y su familia inician un proceso de afrontamiento psicológico, en el cual los recursos personales y sociales que posean jugarán un papel importante, que podrían ocasionar o no problemas leves o graves, tales como la depresión, ansiedad, trastornos adaptativos, sentimientos de autovalía disminuidos, culpabilidad, rechazo familiar y social. Por tanto, su desenvolvimiento psicológico es reducido para ajustarse al VIH, ocasionando entres emocional y psicosocial (Prieto, Casaña, Ibarguchi & Pérez, 2007).

Considerando lo anterior, esta investigación pretende conocer ¿Cómo se da el proceso de adaptación psicosocial en personas con VIH que pertenecen a un grupo de apoyo

mutuo de Lima metropolitana? Para lo cual se abordará las categorías en mención, tales como adaptación psicosocial y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son aquellas que se transfieren a través de las relaciones sexuales, sean estas vaginales, anales u orales, y pueden ser causadas por virus, bacterias, protozoos, parásitos y hongos. Existen más de 30 ITS, de las cuales ocho se han relacionado a la máxima incidencia de enfermedades por transmisión sexual. Cuatro de estas tienen cura (sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis), y las otras cuatro no tienen cura (herpes, hepatitis B, virus de papiloma humano y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); sin embargo, existen tratamientos que atenúan y modifican los síntomas de las ITS (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019)

En cuanto al VIH, es un retrovirus que infecta e inhabilita el sistema inmunológico, a través de la destrucción de glóbulos blancos, quienes protegen el organismo y combaten infecciones por virus, bacterias u otros agentes patógenos. El VIH es emitido por medio del intercambio de fluidos que yacen dentro del cuerpo de la persona infectada, estos pueden ser las secreciones vaginales, leche materna, semen, sangre y los fluidos rectales. Así mismo, existen comportamientos y condiciones de riesgo para la adquisición de VIH, tales como tener relaciones sexuales, anales o vaginales sin el uso de barreras (preservativos), trasplantes de tejidos, compartir jeringas, transfusiones sanguíneas, y tener otras ITS (OMS, 2019).

Según la organización Planned Parenthood Federation of America (2018) las personas que se infectan con VIH no presentan síntomas graves inmediatos, solo sienten una leve fiebre, dolor de garganta y malestar en el organismo como reacción al VIH, síntomas que desaparecen tras unas semanas, pero que tienden a retornar dentro de 10 años aproximadamente de manera severa, cuando no se sigue una terapia antirretroviral, de este modo, se da paso al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), siendo esta la fase de mayor severidad de la infección por el VIH.

Sin embargo, el VIH no solo afecta el aspecto biológico-fisiológico, sino también el aspecto psicológico y social de quienes lo padecen, generando sentimientos de temor a ser discriminados, tristeza, sentimientos de culpa y cambio en el autoconcepto. A nivel social, se enfrentan constantemente al estigma, que está asociado a estereotipos negativos; de este modo, el diagnóstico de VIH desencadena una serie de prejuicios contra la persona afectada,

ocasionando la desaprobación social (Arístegui, 2014). Dado ello, la persona buscará adaptarse a su nueva condición logrando un equilibrio o de lo contrario desencadenándose un malestar subjetivo acompañado de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren en la actividad social (Tafoya, 2008).

En tal sentido, Valencia (2017) señala que la adaptación psicosocial es un proceso en el cual la persona emite una respuesta ante un estímulo estresor sostenido. Este proceso le permite asumir su nueva condición y acoger un nuevo estilo de vida. Asimismo, Tafoya (2008) señala que es aquel proceso que permite enfrentarse a los cambios externos e internos, con el objetivo de mantener la ecuanimidad física, emocional, motivacional, interpersonal, vocacional, cognitiva, afectiva y conductual funcional. Un padecimiento crónico en la persona reestructura la manera de percibirse a sí misma y a su vida, por lo que inicia un proceso de adaptación para lograr el equilibrio, de esta manera, la calidad de vida depende de la adaptación psicosocial de la persona.

Derogatis (1986) conceptualiza la adaptación psicosocial de una enfermedad crónica como un constructo multidimensional que evalúa aquellos aspectos en los cuales los pacientes han de realizar cambios o ajustes frente al diagnóstico que padecen en su vida. Según el autor, los pacientes deben realizar cambios respecto a la orientación hacia el cuidado de la salud, entorno laboral, entorno familiar, relaciones sexuales, relaciones familiares extendidas (núcleo familiar), entorno social, angustia psicológica. En este sentido, la adaptación psicosocial ha sido entendida como la eficacia funcional de una persona en los diferentes roles que ejerce en su vida (Derogatis, 1986).

De acuerdo a Derogatis (1986) la adaptación psicosocial se puede dividir en seis dimensiones. La primera dimensión, denominada orientación hacia el cuidado de la salud, está asociada a la actitud del paciente sobre el cuidado de la salud en general, así como a las percepciones que realizan sobre el cuidado que reciben por parte de los profesionales de la salud y la calidad de información que reciben sobre su salud (Derogatis, 1986). Vinculado a ello, Valencia (2017) menciona que las personas con VIH pueden vivir los mismos años que aquellas con un estado seronegativo, siempre y cuando mantengan correctamente el tratamiento antirretroviral y tengan el VIH controlado.

La segunda dimensión, denominada entorno laboral, está relacionada con el impacto que una enfermedad puede generar sobre el ambiente en el cual se desempeña la persona,

estos pueden ser, trabajo, colegio, universidad, entre otros. Esta dimensión busca evaluar la satisfacción e interés vocacional (Derogatis, 1986). Así mismo, Valencia (2017) señala que las personas seropositivas suelen ocultar su diagnóstico en el trabajo, con el fin de evitar despidos, y para no generar un ambiente laboral nocivo, por lo cual ocultar su diagnóstico se emplea como estrategia para evitar enfrentarse a estas situaciones.

La tercera dimensión, entorno familiar, está asociada con los problemas de adaptación experimentados por el paciente y su unidad familiar en respuesta al diagnóstico de la persona, de este modo, esta dimensión se relaciona con la calidad de las relaciones que se dan dentro de la familia, la comunicación entre los miembros de la familia y posibles efectos de la discapacidad física (Derogatis, 1986). En este sentido, Faler y Abreu (2016) explican que la familia asume un papel como espacio de protección y contención, tanto emocional como físicamente, lo cual afecta de forma positiva la autoestima, imagen y la confianza del miembro con VIH.

La cuarta dimensión, entorno social, está relacionada con las actividades sociales y de ocio, esta dimensión evalúa el grado en que estos aspectos se han visto afectados como consecuencia del diagnóstico (Derogatis, 1986). Por otro lado, Valencia (2017) señala que cuando un individuo es diagnosticado con VIH, este comienza a sentir temor al rechazo social, debido a que la falta de conocimiento de la sociedad respecto al VIH y sus medios de contagio lleva a la estigmatización de las personas que viven con VIH.

La quinta dimensión, relaciones sexuales, toma en cuenta el cambio en la calidad de funcionamiento o relación sexual en consecuencia de la enfermedad de la persona (Derogatis, 1986). En esta misma línea Valencia (2017) señala que existe mucha resistencia por parte de las personas con VIH a iniciar una relación de pareja, por temor al rechazo, lo cual no les permite mantener una pareja o de tenerla, pueden evitar comunicarlo por temor al abandono. Por su parte, Silva, Sousa, Jesús. Argolo, Gir y Reis (2019) señalan que el uso constante del preservativo en las prácticas sexuales de las personas seropositivas es percibido como una forma de evitar la transmisión de VIH y está asociado a una convivencia con la pareja mayor o igual a cinco años con el diagnóstico.

La última dimensión se denomina angustia psicológica, está relacionada con los pensamientos y sentimientos disfóricos asociados a la enfermedad del paciente, asimismo, busca evaluar los principales indicadores de angustia psicológica, como la ansiedad,

hostilidad, y la culpa inapropiada (Derogatis, 1986). A lo largo de los años se ha observado que el diagnóstico de VIH puede generar sentimientos de temor a ser discriminado, sentimientos de culpa, autodiscriminación, etc. (Arístegui, 2014). Del mismo modo, las enfermedades oportunistas se constituyen como un problema que genera angustia en aquellas personas con VIH que tienen un bajo conteo de linfocitos (Agudelo, Murcia, Salinas & Osorio, 2015).

En relación con lo señalado, se abordará las investigaciones a nivel internacional y nacional que exploran esta problemática. Por ejemplo, Kutnick et al (2017) realizó un estudio con el objetivo de analizar la experiencia de la adaptación al diagnóstico de VIH en 28 personas diagnosticadas provenientes de una zona de pobreza urbana, en Estados Unidos. Para este estudio se diseñó una entrevista cualitativa. Los hallazgos señalaron que la aceptación es la base de la adaptación y que esta no es un proceso simple, dinámico, corto ni lineal, sino un proceso largo y arduo. El estudio concluye señalando que hay una serie de razones por las cuales las personas pueden experimentar un diagnóstico de VIH como traumático, por lo tanto, consciente o inconscientemente niegan su estado de VIH (al menos de forma temporal); y que la infección perjudica particularmente las relaciones íntimas.

Thapa y Yang (2018) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de describir las emociones, experiencias y el ajuste al diagnóstico de VIH. Para ello se contó con la participación de 15 parejas casadas Camboyanos, a quienes se les realizó una entrevista cualitativa. En los resultados se identificó la presencia de emociones como la tristeza, culpa y aceptación de la infección por el VIH, así mismo, se evidenció que el apoyo de los hijos, amigos, inspiración del personal médico y preocupación compartida por los hijos, ayudó a las parejas a adaptarse a su nueva condición de vida. El estudio concluye señalando la importancia de los resultados para el diseño de programas de intervención y asesoramiento, para la prevención y tratamiento del VIH.

Valencia (2017) realizó un estudio con la finalidad de establecer una correlación entre los estadios de gravedad y nivel de adaptación psicosocial en 80 pacientes adultos entre 18 y 60 años atendidos (as) en el Hospital Enrique Garcés de Ecuador. Los instrumentos aplicados fueron la ficha demográfica, historia clínica y la escala de adaptación psicosocial a la enfermedad (Derogatis, 1986). Los hallazgos evidenciaron la ausencia de correlación entre las variables estudiadas, sin embargo, los autores concluyen señalando que un 51,3 %

de los participantes no muestra una adaptación psicosocial adecuada, y que solo un porcentaje menor correspondiente al 10% presenta adecuada adaptación.

Ngabirano et al. (2016) realizaron una investigación con el fin de determinar la correlación entre la adaptación psicosocial en pacientes con VIH y la adherencia a la terapia antirretroviral (TAR). Contaron con la participación de 235 pacientes adultos que asisten a la clínica de VIH de Kampala, Uganda, a quienes se administró la Escala de resistencia relacionada con la Salud (Pollock y Duffy, 1990). Los resultados evidenciaron que la adaptación psicosocial de los participantes se correlacionó positivamente con los niveles de adherencia al TAR. El estudio concluye señalando que el 86% de los participantes se adhirió al TAR y tuvieron una adaptación media porcentual del 85.9%.

Cotrina (2016) llevó a cabo un estudio con el fin de determinar la capacidad de afrontamiento y adaptación en pacientes con VIH. La muestra estuvo conformada por 92 pacientes atendidos (as) en el hospital Daniel Alcides Carrión de la ciudad de Lima, Perú. Para la recolección de información se aplicó el Coping Adaptation Preprocessing Scale (Callista, 2004). Los resultados demuestran que el 18.5 % mantiene una baja capacidad de afrontamiento y adaptación, el 51.1 % presenta una mediana capacidad y finalmente se encontró que el 30.4 % presenta una alta capacidad. Los autores concluyen señalando que los pacientes presentan una alta capacidad de afrontamiento y adaptación en la dimensión relaciones físicas y enfocadas.

Maryam, Marjan, Sahar y Narges (2015) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de examinar la correlación del ajuste psicológico al VIH con el apoyo social, estrategias de afrontamiento y factores de personalidad. Para este estudio se contó con la participación de 157 personas seropositivas entre hombres y mujeres, a quienes se les aplicó el test NEO Five factor inventory (Costa y McCrae, 1992), Psychological adjustment to AIDS scale (Ross et al, 1994), Coping strategies inventory short form (Monirpour, Besharat, Sadeghian y Alavi, 2009) y Multidimensional scale of perceived social support (Zimet et al, 1990). Los resultados evidenciaron que las personas satisfechas con su apoyo social logran resolver problemas, son más agradables y tienen más probabilidad de experimentar un ajuste psicológico positivo.

Barros, Cotes, Fernández y Gonzales (2013) realizaron un estudio con el fin de determinar la capacidad de afrontamiento y adaptación de los pacientes con VIH según el

modelo “Callista Roy”. Se contó con la participación de 16 pacientes de la clínica “Vivir Bien” de Cartagena, Colombia. Para la recolección de información se diseñó una encuesta. En los resultados se halló que más del 60% de los participantes tiene una elevada capacidad de afrontamiento y en cuanto a las estrategias de adaptación el 78% mostró un elevado nivel en el uso de estrategias. El estudio concluye señalando que la convivencia durante años y conciencia de la enfermedad han sido cruciales para presentar mayor capacidad de afrontamiento y adaptación.

Las investigaciones presentadas en su mayoría profundizan en los conceptos de capacidad de afrontamiento y experiencia de la adaptación psicosocial, asimismo, investigan algunas de las dimensiones planteadas en este estudio tales como relaciones sociales, comportamiento de uno mismo, apoyo familiar, culpa, aceptación, relaciones íntimas, adherencia terapéutica, apoyo social e inspiración del personal médico (Kutnick, et al,2017; Thapa y Yang, 2018; Ngabirano, et al, 2016; Maryam, Marjam, Sahar y Narges, 2015) Sin embargo, no profundizan en dichas dimensiones que enmarcan la adaptación psicosocial (Cotrina, 2016; Valencia, 2017; Barros, Cotes, Fernández y Gonzales, 2013).

Este estudio se justifica teóricamente, debido a que las investigaciones enfocadas en estudiar la adaptación psicosocial en personas con VIH en el Perú son escasas, por ello, mediante la presente investigación se pretende cubrir el vacío teórico, así como conocer y difundir científicamente la información relacionada al fenómeno en estudio.

Por otro lado, a nivel práctico, la investigación permitirá generar nuevos conocimientos en torno al fenómeno de estudio, a partir de los cuales se podrá diseñar programas que permitan la intervención respecto al VIH y que faciliten el proceso de adaptación psicosocial con el fin de mejorar la calidad de vida de estas personas.

Así mismo, este estudio se justifica metodológicamente, dado que existen escasos estudios acerca de la adaptación psicosocial en personas con VIH desde un enfoque cualitativo, ya que las investigaciones mostradas en su mayoría parten desde el enfoque cuantitativo, por lo que realizar un estudio cualitativo hará factible ahondar el tema.

Objetivo general

- Analizar la experiencia de adaptación psicosocial en personas con VIH que pertenecen a un grupo de apoyo mutuo de Lima Metropolitana.

Objetivo específico

- Analizar la experiencia de orientación hacia el cuidado de la salud en personas con VIH que pertenecen a un grupo de apoyo mutuo de Lima Metropolitana.
- Analizar la experiencia del entorno laboral en personas con VIH que pertenecen a un grupo de apoyo mutuo de Lima Metropolitana.
- Analizar la experiencia de entorno familiar en personas con VIH que pertenecen a un grupo de apoyo mutuo de Lima Metropolitana.
- Analizar la experiencia del entorno social en personas con VIH que pertenecen a un grupo de apoyo mutuo de Lima Metropolitana.
- Analizar la experiencia de relaciones sexuales, en personas con VIH que pertenecen a un grupo de apoyo mutuo de Lima Metropolitana.
- Analizar la experiencia de angustia psicológica en personas con VIH que pertenecen a un grupo de apoyo mutuo de Lima Metropolitana.

Método

Tipo y diseño de investigación

La siguiente investigación es de enfoque cualitativo, cuyo fin es identificar la naturaleza profunda del fenómeno en estudio (Martínez, 2004). Así mismo, el diseño específico de la investigación es de corte fenomenológico, el cual se enfoca en comprender la problemática planteada a partir de las experiencias vividas por las personas mediante la elaboración de una estructura común que represente lo recogido y permita contrastarla con la información previa para luego teorizar en función a lo que se desconoce (Martínez, 2004).

La fenomenología hermenéutica está orientada a la descripción e interpretación de las experiencias vividas a través del discurso. Con el fin de lograr ello, se fijó el fenómeno a investigar, el cual es la adaptación psicosocial en personas con VIH. Posteriormente se ahondó en su estudio mediante la elaboración del marco teórico y se reseñó los antecedentes. Así mismo, se halló categorías, las cuales serán descritas e interpretadas con los nuevos significados que le asignen los propios participantes (Creswell, 2007).

Participantes

La población se encuentra conformada por personas con VIH que pertenecen a un grupo de apoyo mutuo de Lima Metropolitana. El muestreo es intencional por conveniencia, debido a que es una población delicada de difícil acceso, por ende, la selección de la muestra fue de forma arbitraria (Mejía, 2000). Asimismo, se empleó el muestreo teórico, el cual se basa en conceptos que emergen del análisis, que se encuentran de forma repetida en los discursos recogidos durante la entrevista y que parecen pertinentes para la teoría que se está construyendo (Strauss y Corbin, 2002). Se cuenta con 11 personas que viven con VIH, para su selección se contó con los siguientes criterios de inclusión:

- Personas adultas con diagnóstico de VIH de ambos sexos.
- Nacionalidad Peruana.
- Personas con diagnóstico de VIH que haya firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Personas que presentan alteraciones psicopatológicas.
- Personas que presenten dificultades en la comunicación oral.

De acuerdo con la tabla 1, las edades de los participantes oscilan entre 22 y 48 años, el promedio de edad es de 34 años, el 91% señala que su estado civil es soltero, el 9% se encuentra conviviendo con su pareja. El 82% proviene de la ciudad de Lima, el 9% de Cañete y el 9% de Huánuco. El 82% señala que actualmente su VIH se encuentra en estado indetectable, mientras que el 18 % no posee conocimiento respecto a lo mencionado.

Tabla 1

Distribución de la muestra

Seudónimo	Edad	Estado civil	Ocupación	Lugar de procedencia	Tiempo de diagnostico	Estado de VIH
Flor	25	Soltera	Ama de casa	Cañete	2 años	indetectable
Enrique	38	Soltero	Diseñador textil	Lima	10 años	Indetectable
Saúl	28	Soltero	Textilería	Lima	1 año	No sabe
Marcos	25	Soltero	Psicólogo	Lima	4 años	Indetectable
Mario	35	Soltero	Digitador	Lima	2 años y 6 meses	Indetectable
Gustavo	44	Soltero	Panadero	Huánuco	5 años	Indetectable
Robert	44	Soltero	Orfebrero	Lima	10 años	Indetectable
Benjamín	48	Soltero	Ingeniero de sistemas	Lima	12 años	Indetectable
Pedro	30	Soltero	Mozo	Lima	9 meses	No se sabe
Frank	40	Soltero	Albañil	Lima	11 años	Indetectable
Caroline	22	Conviviente	Estudiante de derecho	Lima	5 meses	Indetectable

Nota: Elaboración propia

Instrumento de recolección de datos

En la presente investigación se empleó la entrevista semiestructurada, debido a que es más íntima, flexible y abierta. Para ello se emplea una guía de entrevista que sirve como una pauta durante la realización de entrevistas. Se hizo uso de dicha técnica, ya que permite explorar a profundidad el fenómeno en estudio (Martínez, 2004). Para la construcción de la guía de entrevista se elaboró una matriz de categorización (Anexo 1) en función al análisis teórico previo. De esta manera, se tomó en cuenta las seis categorías propuestas por Derogatis (1986), se las dividió en subcategorías y a partir de ello se elaboraron las preguntas para la guía. La misma fue sometida a un proceso de validación de contenido por jueces (5) en el cual se obtuvo un coeficiente V de Aiken de 0.86 (Anexo 2) lo cual evidencia que la guía de entrevista es apta para su aplicación. Finalmente, se llevó a cabo una entrevista piloto a una persona con VIH que cumplió con los criterios de inclusión y exclusión, validando de esta manera la entrevista (Martínez, 2004).

Procedimiento de recolección de información

Se contactó con los participantes a través de grupos de autoapoyo para personas con VIH que se encuentran en las redes sociales, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, luego se coordinó con cada participante para la realización de la entrevista, se optó por desarrollar la entrevista vía llamada telefónica dada la coyuntura actual del país. Tomando en cuenta los aspectos éticos, las identidades de los participantes permanecerán anónimas para proteger su información personal. Así mismo, se empleó el consentimiento informado (Anexo 3) con la finalidad de brindar información general de la investigación y la autorización para su participación voluntaria. Del mismo modo se ha tomado en cuenta la comunicación de los resultados a los participantes, previa sustentación y aceptación de tesis.

Análisis de datos

Se efectuó mediante el análisis cualitativo de contenido temático, para complementar el análisis, se utilizó el software especializado Atlas.ti 7.5. Considerando que se parte del diseño fenomenológico hermenéutico se siguió los siguientes seis pasos: familiarización con los datos, generación de códigos iniciales, búsqueda de temas, revisión de temas, definición y revisión de temas y la elaboración del informe (Braun y Clarke, 2006).

Inicialmente se realizó la familiarización con los datos, lo cual implica la transcripción de las entrevistas, la lectura y relectura de los datos con el fin de profundizar o

ampliar el contenido. Seguidamente se prosiguió con la generación de códigos iniciales con base en la transcripción de la información obtenida, donde se identificó características de los datos para luego agruparlos en categorías. Posterior a ello se procede con la búsqueda de temas, lo cual implica la clasificación de los diferentes códigos en temas potenciales, haciendo uso de representaciones visuales que permiten clasificar los códigos por temas (Anexo 4, figura 1 y 2), y la tabla de documentos primarios (Anexo 5) que muestra las diferentes categorías halladas. Seguido a ello, se procede con la revisión de temas, lo cual permite juzgar y refinar cada tema. Luego se procede con la definición y denominación de temas, donde se debe definir y perfeccionar el mismo para su análisis. Finalmente, la elaboración del informe, donde el método descrito y el análisis reportado son consistentes (Braun y Clarke, 2006).

Por otro lado, tomando en cuenta lo que señalan Miles, Huberman y Saldaña (2013) los criterios de generación de significados utilizados para la presente investigación fueron: a) Frecuencia de categorías, donde se consideró como significativos a aquellos códigos con una repetición mayor al promedio ; b) Densidad teórica, la cual hace referencia a las categorías vinculadas con otras, que evidencian el poder explicativo de los códigos, y finalmente c) Representatividad, en la cual se consideran códigos significativos a aquellos que aparecen una vez en todos los documentos o en cada grupo de documentos.

De esta manera, el análisis de los resultados de la presente investigación se considera como categorías significativas aquellas de mayor frecuencia (≥ 8), densidad (> 2) y representatividad (> 1), considerando a aquellas categorías que cumplan al menos con uno de los criterios ya mencionados (Anexo 6). Con relación al criterio de calidad, se consideró el criterio de confirmabilidad, ello implica que se han aminorado los sesgos y la tendencia del investigador al llevar a cabo la triangulación de datos, grabación de los audios, reflexión sobre los prejuicios y la explicación de la lógica utilizada para interpretarlos (Mertens, 2010).

Resultados

De acuerdo con el análisis (véase Anexo 6, Figura 1 y 2), se identificaron seis categorías asociadas con el proceso de adaptación psicosocial al VIH (0-6): orientación hacia el cuidado de la salud (0-4), entorno laboral (0-5), entorno familiar (0-5), entorno social (0-3), relaciones sexuales (0-5) y angustia psicológica (0-6).

La primera categoría identificada es la orientación hacia el cuidado de la salud, entendida como un enfoque que mejora la calidad de vida, esta se encuentra compuesta por tres subcategorías, adherencia terapéutica (11-2), entendida como el cumplimiento del tratamiento de forma adecuada; la segunda subcategoría es la percepción positiva de la atención médica: trato amable (12-2), la cual se encuentra comprendida por el buen trato recibido por parte del personal de salud. “ Mi atención médica, la verdad es buena, mi infectólogo cuando voy me trata muy bien” (Flor, 25 años, 1:2).

Finalmente, la tercera subcategoría, que implica el sentimiento de bienestar respecto al estado de salud (12-4), la cual es entendida a nivel fisiológico, esta subcategoría resultó representativa en los participantes cuyas edades oscilan entre 22 y 34 años, así mismo, se vincula con la subcategoría apoyo y sobreprotección familiar.

Me siento bien, en lo general me siento bien, más ahora que tomo medicamento, sé que con eso voy a mejorar, me siento mucho mejor de tener el apoyo de mis amigos, que en un comienzo solo era de mis amigos y ahora también ya de mi familia. Me siento mejor (Pedro, 30 años, 9:3).

La segunda categoría se denomina entorno laboral, la cual hace referencia al ambiente en el que trabaja la persona. Se encuentra conformada por la subcategoría óptimo desempeño físico en el trabajo (13-3), la cual se vincula con el sentimiento de bienestar respecto al estado de salud. “Ha sido igual, en general no he tenido mayores inconvenientes en ese sentido, no me ha afectado” (Benjamín, 48 años, 8:6). En cuanto a la subcategoría importancia del trabajo (10-1), la cual señala el interés y compromiso con el trabajo, resultó representativa en los participantes cuyas edades oscilan entre 22 y 34 años.

Claro el trabajo siempre es importante, es lo que te mantiene, porque obviamente sino trabajo, no voy a tener con que hacer un tratamiento, y obviamente por estos

tiempos que estamos viviendo es un poco complicado y en lo laboral también para mí en estos momentos. Pero lo laboral si es importante (Pedro, 30 años, 9:7).

Por otro lado, la subcategoría adecuada relación con los compañeros de trabajo (11-3) es representativa en los participantes cuyas edades oscilan entre 22 y 34 años. Respecto a la subcategoría desconocimiento en el trabajo sobre el diagnóstico (8-2), que evidencia la transparencia del participante con sus compañeros de trabajo, se encuentra vinculada a la subcategoría adecuada relación con los compañeros de trabajo. “Es una relación buena, pues, nadie lo sabe, más que mi madre, mi esposo y uno de mis hermanos, así que mi relación con todas las demás personas es igual” (Caroline, 22 años, 11:12).

En la tercera categoría, denominada entorno familiar, se encuentra la subcategoría apoyo y sobreprotección familiar (21-3), la cual hace referencia al apoyo emocional, económico y físico hacia el miembro portador de VIH por parte de los demás integrantes de la familia, esta se encuentra vinculada a la subcategoría comunicación entre los miembros de familia: comunicación asertiva (11-3) entendida como la capacidad de expresar opiniones y valoraciones evitando descalificaciones, reproches y enfrentamientos.

En varias oportunidades mi familia se organizó para apoyarme, por ejemplo, me apoyaron con el tema de medicamentos y en esta cuarenta cuando tuve que recoger el medicamento, mi cuñado me llevó hasta la ONG en moto lineal, hasta ahorita sigo recibiendo su apoyo (Saúl, 28 años, 7:13).

La cuarta categoría contemplada es el entorno social, la cual hace referencia a la realización de pasatiempos con amigos y en familia. En ella se evidencia el componente actividades de ocio con amigos y familia (27-2).

Me encanta hacer deporte, como vivo cerca a la playa me gusta nadar, hacer ejercicios, juego el billar desde que tengo 10 años. Tampoco soy una persona totalmente sana, también los fines de semana, ahora con la cuarentana no, pero, normalmente salía al bar con mis amigos, tomaba una cerveza y conversábamos y básicamente ese es mi hobby (Mario, 35 años, 2:25).

La quinta categoría se denomina relaciones sexuales, y hace referencia a la convivencia y al funcionamiento sexual en consecuencia del diagnóstico de VIH de la persona, esta categoría se encuentra dividida en dos subcategorías: Actitud negativa de la pareja ante el diagnóstico: actitud hostil (12-2), entendida como la respuesta negativa de

forma conductual y emocional por parte de la pareja hacia el cónyuge diagnosticado. “Cuando recibí mi diagnóstico, en un inicio venía a verme, después de un tiempo se desapareció, me dio la espalda, se alejó, como que lo proceso, lo pensó bien y se alejó” (Enrique, 38 años, 4:12). Y la subcategoría relaciones sexuales protegidas (11-2), la cual indica el uso de preservativos en la práctica sexual. “Sí, después del diagnóstico, tenemos que hacer uso del preservativo”. (Caroline, 22 años, 11:18).

La última categoría se denomina angustia psicológica, la cual es el estado afectivo que genera malestar, se encuentra compuesta por 3 subcategorías: preocupación ante enfermedades oportunistas (11-4) la cual se describe como el estado de desasosiego ante las enfermedades que se podrían presentarse debido a las bajas defensas en el organismo.

Si, estamos en cuarentena, sabemos que las personas con enfermedades crónicas son más propensas a morir rápidamente con esta situación, y bueno en mi caso me pongo a pensar y si yo tuviera la carga viral alta, me muero rápidamente con el coronavirus. (Mario, 35 años, 2:33).

Por otro lado, la subcategoría aceptación (11-1), hace referencia a la capacidad de comprender la realidad con la que se debe vivir y aceptarla tal como es. Finalmente, la subcategoría discriminación y prejuicio (16-1) es conceptualizada como el trato diferente y perjudicial que experimentan las personas que viven con VIH ante su entorno.

Inseguridad al decir mi diagnóstico a más personas, ya que a pesar de estar tan avanzados en tecnología y demás ámbitos, en cuestión de información sobre VIH la sociedad aún se encuentra ignorante y con ello da paso a prejuicios erróneos (Caroline, 22 años, 11:23).

Discusión

La presente investigación busca analizar la experiencia de adaptación psicosocial en personas con VIH que pertenecen a un grupo de apoyo mutuo de Lima Metropolitana Para ello se examinaron 11 entrevistas semiestructuradas de personas con que viven con VIH. Los resultados permiten identificar seis categorías presentes en el proceso de adaptación psicosocial.

Con respecto a la primera categoría, orientación hacia el cuidado de la salud, se encontró que los participantes perciben una adecuada adherencia terapéutica por su parte, esto se relaciona con el sentimiento de bienestar y la percepción positiva sobre la atención recibida por parte de personal de salud. Dicho hallazgo concuerda con lo mencionado por Valencia (2017), quien refiere que una correcta adherencia terapéutica implica un sentimiento de bienestar para la persona diagnosticada con VIH.

En relación a la segunda categoría, entorno laboral, se evidencia un óptimo desempeño físico en el trabajo, así como el interés por el mismo y una adecuada relación con los compañeros de trabajo; sin embargo, la adecuada relación con estos se encuentra asociada al desconocimiento del diagnóstico por su parte, ello coincide con lo señalado por Valencia (2017), quien manifiesta que las personas que viven con VIH pueden ocultar estratégicamente su diagnóstico para no generar un ambiente laboral nocivo.

Por otro lado, en la tercera categoría, entorno familiar, se identificó el apoyo y sobreprotección familiar hacia el miembro diagnosticado, el cual se asocia con la comunicación asertiva entre los miembros de las de la familia, generando de esta manera sentimiento de bienestar subjetivo en el miembro que vive con VIH. Ello concuerda con lo mencionado por Faler y Abreu (2016), quienes explican que la familia asume un papel como espacio de protección y contención, tanto emocional como físicamente.

En cuanto a la categoría entorno social, se evidencia la realización y el disfrute de actividades de ocio con amigos y en familia en el tiempo libre. Dicho hallazgo es congruente con lo señalado por Maryam, Marjan, Sahar y Narges (2015), quienes señalan que las personas con este diagnóstico que se encuentren satisfechos con su apoyo social logran resolver problemas y tienen mayor probabilidad de experimentar un ajuste psicológico positivo.

En la categoría relaciones sexuales se evidencia que los participantes perciben una actitud negativa por parte de sus parejas respecto a su diagnóstico de VIH, lo cual concuerda con lo mencionado por Valencia (2017) quien señala que las personas con dicho diagnóstico no siempre le comunican su diagnóstico a su pareja, por temor al rechazo y abandono. Respecto a las prácticas sexuales protegidas, los participantes señalan hacer el uso de preservativos en la práctica sexual, lo cual coincide con lo señalado por Silva, Sousa, Jesús. Argolo, Gir y Reis (2019) quienes refieren que las personas que viven con VIH perciben la influencia del uso del preservativo como una forma de prevenir la transmisión del VIH en las relaciones sexuales.

Así mismo, en la categoría angustia psicológica, los participantes perciben preocupación ante las enfermedades oportunistas, ello coincide con lo señalado por Agudelo, Murcia, Salinas y Osorio (2015) quienes mencionan que las enfermedades oportunistas continúan siendo un importante problema que genera angustia en la mayoría de las personas con dicho diagnóstico. Asimismo, los participantes señalan aceptar su nueva condición de vida, lo cual concuerda con lo mencionado por Kutnick et al (2017) quienes afirman que la aceptación es la base de la adaptación siendo este un proceso largo y arduo.

Finalmente, se evidencia que los participantes perciben discriminación y prejuicio en relación a su diagnóstico de VIH, lo cual concuerda con lo señalado por Valencia (2017) quien menciona que las personas que viven con VIH experimentan el rechazo social, debido a la escasa información sobre el VIH que tiene la sociedad, motivo por el cual, la sociedad califica a las personas con VIH como un grupo marginal y los culpabiliza de su estado.

Limitaciones

En la presente se identificó la escasa investigación que existe en el Perú respecto a la adaptación psicosocial en personas con VIH, lo cual generó dificultades para contrastar los resultados. Asimismo, existió dificultad en cuanto al acceso de la muestra, debido al confinamiento social en relación con la pandemia del COVID-19 que enfrenta el país, aunado a la vulnerabilidad de esta población. Finalmente, las entrevistas se realizaron mediante llamadas telefónicas, lo cual dificultó el conocimiento en profundidad en torno al fenómeno, de este modo se buscó subsanar a través de las entrevistas a otras personas. En tal sentido, el procedimiento, así como contexto seguido para la recolección de datos pudo afectar o influir en las respuestas de los participantes.

Conclusiones

De acuerdo con la investigación, se puede concluir que la adaptación psicosocial de las personas con diagnóstico de VIH se evidencia en diferentes áreas, como lo son la orientación hacia el cuidado de la salud, entorno laboral, entorno familiar, entorno social; pero no de forma adecuada en las relaciones sexuales y angustia psicológica.

De este modo, respecto a la orientación hacia el cuidado de la salud, la percepción positiva que tiene la persona con VIH de la atención médica se vincula con la adherencia terapéutica y, en consecuencia, con la percepción de bienestar subjetivo. En el entorno laboral se percibe un óptimo desempeño físico, interés en el trabajo y una adecuada relación con los compañeros, el cual se asocia al desconocimiento sobre el diagnóstico de la persona por parte de los demás compañeros de trabajo. Por otro lado, entorno familiar y social, el apoyo percibido y una comunicación asertiva resulta fundamental en el bienestar subjetivo de las personas que viven con VIH.

En cuanto a las relaciones sexuales, los participantes perciben reacciones negativas de la pareja frente al diagnóstico, lo cual dificulta una adecuada adaptación psicosocial. Sin embargo, el adecuado uso de preservativos por los participantes se constituye como un factor importante para la adaptación en dicha área de su vida. Finalmente, la preocupación ante enfermedades oportunistas, discriminación y prejuicio percibidos en los participantes, son componentes que generan angustia psicológica en las personas que viven con VIH.

Recomendaciones

Se recomienda realizar mayores investigaciones en torno a este fenómeno, a través de la utilización de otro tipo de metodologías, las cuales permitan profundizar en los hallazgos encontrados con el fin de contribuir a ampliar la evidencia empírica al respecto. Así mismo, se recomienda realizar investigaciones que hagan incidencia en la experiencia de la adaptación psicosocial en personas con VIH en otros contextos, como condiciones de hospitalización, extrema pobreza, entre otros. Finalmente, esta investigación puede resultar de mucha utilidad para las organizaciones comunitarias de personas que viven con VIH, a fin de poder diseñar charlas, talleres e intervenciones. Por tanto, se les recomienda continuar con la línea de estudio a fin de orientar y sensibilizar a la población en general y favorecer la adaptación psicosocial en personas con VIH.

Referencias

- Agudelo, S., Murcia, F., Salinas, D., & Osorio, J. (2015). Infecciones oportunistas en pacientes con VIH en el hospital universitario de Neiva, Colombia. *Infectio Asociación colombiana de Infectología*, 19(2), 52-59.
- Arístegui, I. (2014). *Abordaje psicológico de personas con VIH; Sistematización de la experiencia de atención psicosocial de fundación huésped*. Argentina: Fundación Huésped.
- Barros, S., Cotes, S., Fernández, N., & Gonzales, D. (2013). *Capacidad de Afrontamiento y Adaptación de Pacientes con VIH-SIDA según modelo "Callista Roy" en una IPS de II nivel* (tesis de licenciatura). Universidad Rafael Núñez, Cartagena, Colombia. Recuperado de: <https://docplayer.es/23580268-Capacidad-de-afrontamiento-y-adaptacion-de-pacientes-con-vih-sida-segun-modelo-callista-roy-en-una-ips-de-ii-nivel-cartagena.html>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Cotrina, Z. (2016). *Afrontamiento y adaptación según modelo teórico de Callista Roy en personas en salud con vih/sida, en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión* (tesis de licenciatura). Universidad César Vallejo, Lima, Perú. Recuperado de: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/5981/Cotrina_TZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Centro nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades y Ministerio de Salud. (2018). *Boletín epidemiológico del Perú*. Recuperado de: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/47.pdf>
- Creswell, J. (2007). *Qualitative Inquiry and research desing: choosing among five Approaches* (2da Ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Derogatis, L. (1986) The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *Journal of psychosomatic research*, 30(1), 77-91.

- Faler, C., & Abreu, L. (2016). Diagnóstico VIH-SIDA: Los impactos causados en la persona en las relaciones y estructura familiar. *Revista Salud Jalisco*, 3(1), 24-34.
- Kutnick, A., Viorst, M., Cleland, C., Leonard, N., Freeman, R., Ritchie, A., McCright, T., Ha, K., & Martinez, B. (2017). Reactions to HIV Diagnosis and Engagement in HIV Care among High-Risk Heterosexuals. *Frontiers in public health*, 5. doi: 10.3389/fpubh.2017.00100
- Martínez, M. (2004). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México: Trillas
- Maryan, N., Marjan, H., Sahar, K., & Narges, R. (2015). The role of personality factors, social support and coping strategies on psychological adjustment of patients with HIV. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences*, 1(5), 794-802.
- Mejía, N. (2000). El muestreo en la investigación cualitativa. *Investigaciones Sociales*, 4(5), 165-180.
- Mertens, D. (2010). *Research and evaluation in education and psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods*. (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Miles, M., Huberman, M., & Saldaña, J. (2013). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (3era ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Ngabirano, T., Sempa, J., Bender, A., Osingada, C., Mburugu, P., Nabirye, R., ... Nakanjako, D. (2016). Psychosocial adaptation and ART adherence of HIV-infected adults at an urban ambulatory clinic in Uganda. *Journal of psychology and psychotherapy*, 6(1).
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Infecciones de transmisión sexual*. Recuperado de: https://www.who.int/topics/sexually_transmitted_infections/es/.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *VIH/SIDA*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Prieto, F., Casaña, S., Ibarguchi, L., & Pérez, S. (2007). *Efectos psicológicos de las personas afectadas por VIH/SIDA: Líneas de actuación*. INFOCOP.

- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH. (2008). *Información básica sobre el VIH*. Recuperado de:
http://data.unaids.org/pub/factsheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH. (2018). *Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia SIDA*. Recuperado de:
<https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- Planned Parenthood Federation of America. (2018). *¿Cuáles son los síntomas de VIH/SIDA?* Recuperado de: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/enfermedades-de-transmision-sexual-ets/vih-sida/cuales-son-los-sintomas-del-vihsida>.
- Silva, C., Sousa, R., Jesús, G., Argolo, J., Gir, E., & Reis, R. (2019). Factors associated with the consistent use of the male condom among women living with HIV/AIDS. *Cielo, 1* (28).
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquía.
- Tafoya, S. (2008). Factores asociados a la adaptación psicosocial de pacientes con enfermedad pulmonar crónica. *Revista del instituto nacional de enfermedades respiratorias Ismael Cosío Villegas, 21*(1), 15-21.
- Thapa, R., & Yang Y. (2018). Experiences, emotions, and adjustments of HIV-infected men in HIV-concordant marital relationship in Cambodia. *American Journal of Men's of Health, 12*(5), 1215-1225.
- Valencia, C. (2017). *Adaptación psicosocial en pacientes con VIH en el área de infectología del Hospital general Enrique Garcés* (tesis de licenciatura). Universidad Central de Ecuador, Quito, Ecuador. Recuperado de:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/13978/1/T-UCE-0007-PC032-2017.pdf>

Anexos

Anexo 1

Tabla 1

Matriz de categorización

Objetivo	Categoría	Subcategoría	Preguntas
Analizar la experiencia de orientación hacia el cuidado de la salud en pacientes atendidos de un hospital de Lima Metropolitana.	orientación hacia el cuidado de la salud	Actitud respecto al cuidado de la salud	¿Qué acciones realizas para el cuidado de tu salud en función de tu diagnóstico de VIH? ¿Cómo consideras tus acciones de cuidado?
		Atención y cuidado a la salud recibida por parte del médico	¿Qué opina sobre la atención médica que recibe relacionada con el diagnóstico de VIH?
		Actitud sobre el hecho de estar enfermo	¿Cómo describiría lo que siente respecto a su estado de salud?
		Información recibida acerca de la enfermedad y el tratamiento	¿Podría decirme que información tiene acerca de su diagnóstico y del tratamiento que recibe?
Analizar la experiencia del ambiente vocacional en pacientes atendidos de un hospital de Lima Metropolitana.	Ambiente vocacional	Interferencia de la enfermedad en la habilidad para realizar el trabajo	¿Considera Ud. que su diagnóstico ha interferido en su habilidad para realizar su trabajo y/o actividades cotidianas? ¿De qué manera?
		Realización del trabajo físicamente	¿Cómo evaluaría su desempeño físico en su trabajo, después de su diagnóstico?
		Importancia del trabajo después de la enfermedad	¿Qué piensa acerca de su trabajo actualmente? ¿Es tan importante como lo era antes de su diagnóstico?
		Relación con los compañeros del trabajo	¿Qué opina de la relación que tiene con sus compañeros de trabajo? ¿Podría describir cómo era la relación con sus compañeros de trabajo antes y después de su diagnóstico? ¿Hubo algún cambio? ¿En qué?

Analizar la experiencia de entorno doméstico en pacientes atendidos de un hospital de Lima Metropolitana.	Entorno doméstico	Interferencia de la enfermedad en las tareas del hogar	¿Considera usted que su diagnóstico ha interferido en la realización de sus tareas y actividades del hogar? ¿De qué manera?
		Apoyo de la familia en las tareas del paciente	¿Su familia tiene conocimiento sobre su diagnóstico? ¿Cómo siente que se ha comportado su familia desde su diagnóstico? ¿Existe alguna tarea o actividad del hogar que no puede realizar? ¿Su familia se ha organizado para apoyarlo en las actividades que no puede realizar? ¿Cómo?
		Disminución de la comunicación entre el paciente y los miembros de familia	¿Cómo ha cambiado la comunicación entre usted y los miembros de su familia antes y después de su diagnóstico?
		Necesidad y disponibilidad de ayuda	¿Considera que requiere de ayuda de otras personas para desenvolverse en la vida cotidiana? ¿Cuenta con algún familiar que se la proporcione?
Analizar la experiencia de relaciones sexuales, en pacientes atendidos de un hospital de Lima Metropolitana.	Relaciones sexuales	Problemas con la pareja	¿Cómo se ha comportado su pareja desde su diagnóstico? ¿Cómo describiría la relación con su pareja desde su diagnóstico?
		Disminución en la actividad sexual	¿Percibe alguna diferencia en la actividad sexual con su pareja antes y después de su diagnóstico? ¿Cuales? ¿Cuáles son las dificultades que su diagnóstico ha generado en las relaciones sexuales con su pareja?
Analizar la experiencia del entorno social en pacientes atendidos de	Entorno social	Interés en el tiempo libre y pasatiempos	¿Cuál es su actividad favorita o pasatiempo? ¿Hubo algún cambio en las actividades de ocio que realizaba con su familia antes de su diagnóstico? ¿Cuales?

un hospital de Lima Metropolitana.		Interés por la actividad de tiempo libre con la familia	¿Hubo algún cambio en las actividades de ocio que realizaba con su familia antes de su diagnóstico? ¿Cuales?
		Participación en actividades de tipo social.	¿Hubo algún cambio en la realización de sus actividades sociales tales como ir al cine o pertenecer a clubes sociales desde su diagnóstico? ¿Cómo así?
Analizar la experiencia de angustia psicológica en pacientes atendidos de un hospital de Lima Metropolitana.	Angustia psicológica	Miedo ante las consecuencias físicas y sociales de la enfermedad	¿Qué siente usted de las consecuencias físicas que puede traer su diagnóstico? ¿Qué siente usted de los efectos a nivel social que puede traer su diagnóstico?
		Sentimientos de culpabilidad	¿Cómo se siente acerca de su diagnóstico? ¿Guarda culpa?
		Preocupación por la enfermedad	¿Qué preocupaciones tiene ahora con relación a su diagnóstico?
		Preocupación por cambios en la apariencia física.	¿Qué preocupación tiene usted en relación con sus cambios de apariencia física?

Anexo 2

Tabla 2

Evaluación de la validez de contenido por criterio de jueces

Ítems	Claridad	Relevancia	Representatividad	Total
1	0.40	0.65	0.65	0.57
2	0.95	0.90	1.00	0.95
3	0.60	0.80	0.90	0.77
4	0.95	0.85	0.85	0.88
5	0.90	1.00	1.00	0.97
6	0.65	0.80	0.85	0.77
7	0.60	0.70	0.70	0.67
8	0.65	0.70	0.75	0.70
9	0.90	0.95	0.95	0.93
10	0.90	0.85	0.90	0.88
11	0.90	0.85	0.90	0.88
12	0.95	1.00	1.00	0.98
13	0.90	0.90	0.95	0.92
14	0.80	0.90	0.85	0.85
15	0.85	0.90	0.95	0.90
16	0.95	0.95	0.85	0.92
17	0.95	0.90	0.95	0.93
18	0.85	0.90	0.95	0.90
19	0.85	0.85	0.85	0.85
20	0.95	0.95	0.95	0.95
21	0.70	0.75	0.75	0.73
22	0.90	0.90	0.90	0.90
23	0.90	0.90	0.90	0.90
24	0.90	0.95	0.95	0.93
25	0.95	1.00	1.00	0.98
26	0.95	0.85	0.85	0.88
Orientación hacia el cuidado de la salud				0.79
Entorno laboral				0.81
Entorno familiar				0.90
Entorno social				0.92
Relaciones sexuales				0.84
Angustia psicológica				0.92
TOTAL				0.86

Anexo 3

Consentimiento informado

Consentimiento informado

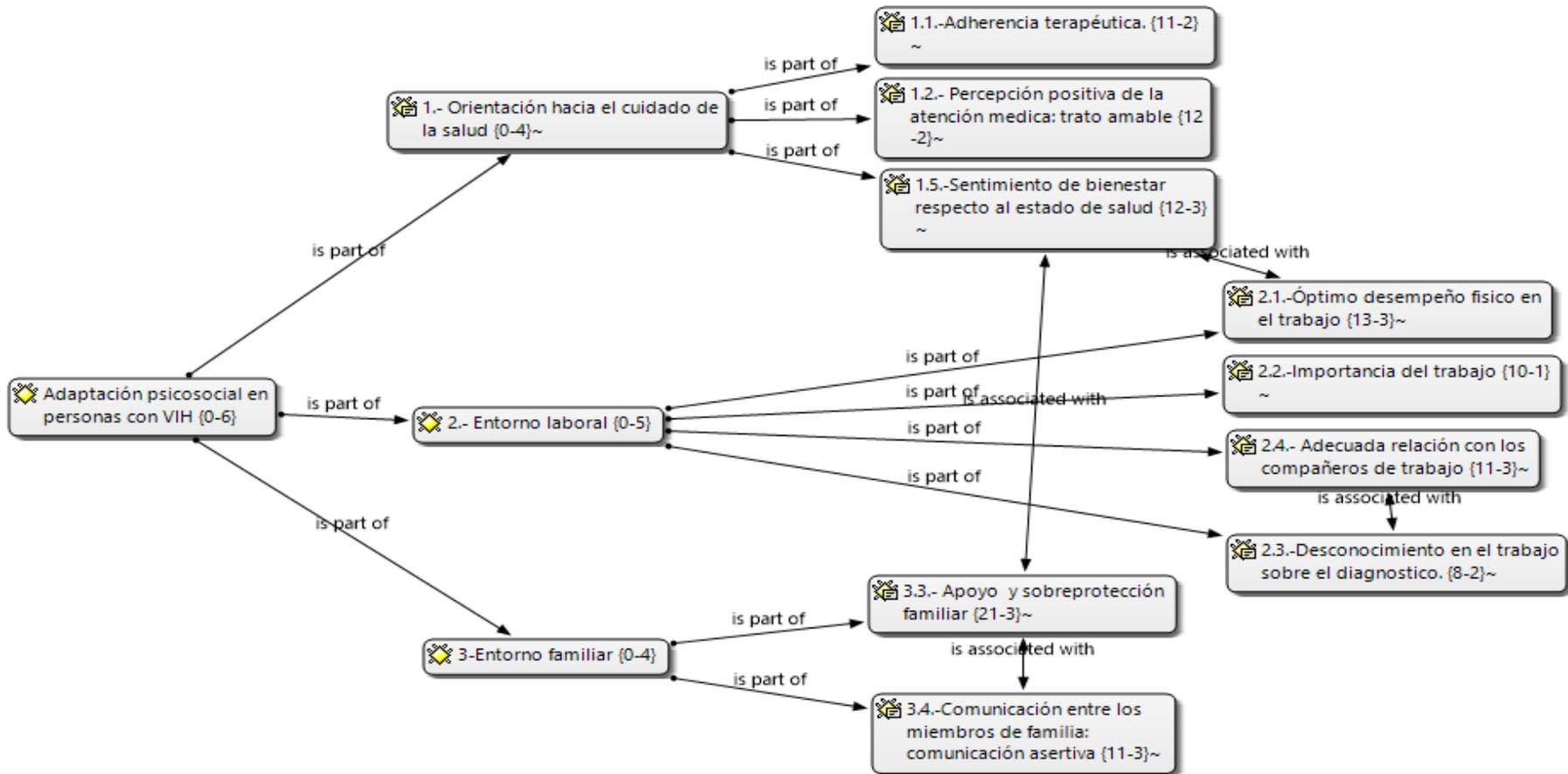
La presente investigación es conducida por Yulissa Huauya Gálvez, estudiante de la carrera de Psicología de la Universidad San Ignacio de Loyola. El propósito de esta investigación es conocer la experiencia de adaptación que tienen las personas con VIH, en relación con las seis categorías que son comprendidas por la misma. Si usted acede a participar en el estudio deberá responder a preguntas y lo conversado durante la entrevista será grabada para una correcta transcripción de lo que usted haya relatado. La información obtenida se manejará de forma confidencial y solo se empleará para fines de esta investigación ¿Acepta participar voluntariamente en esta investigación?

Nombre del participante

Fecha

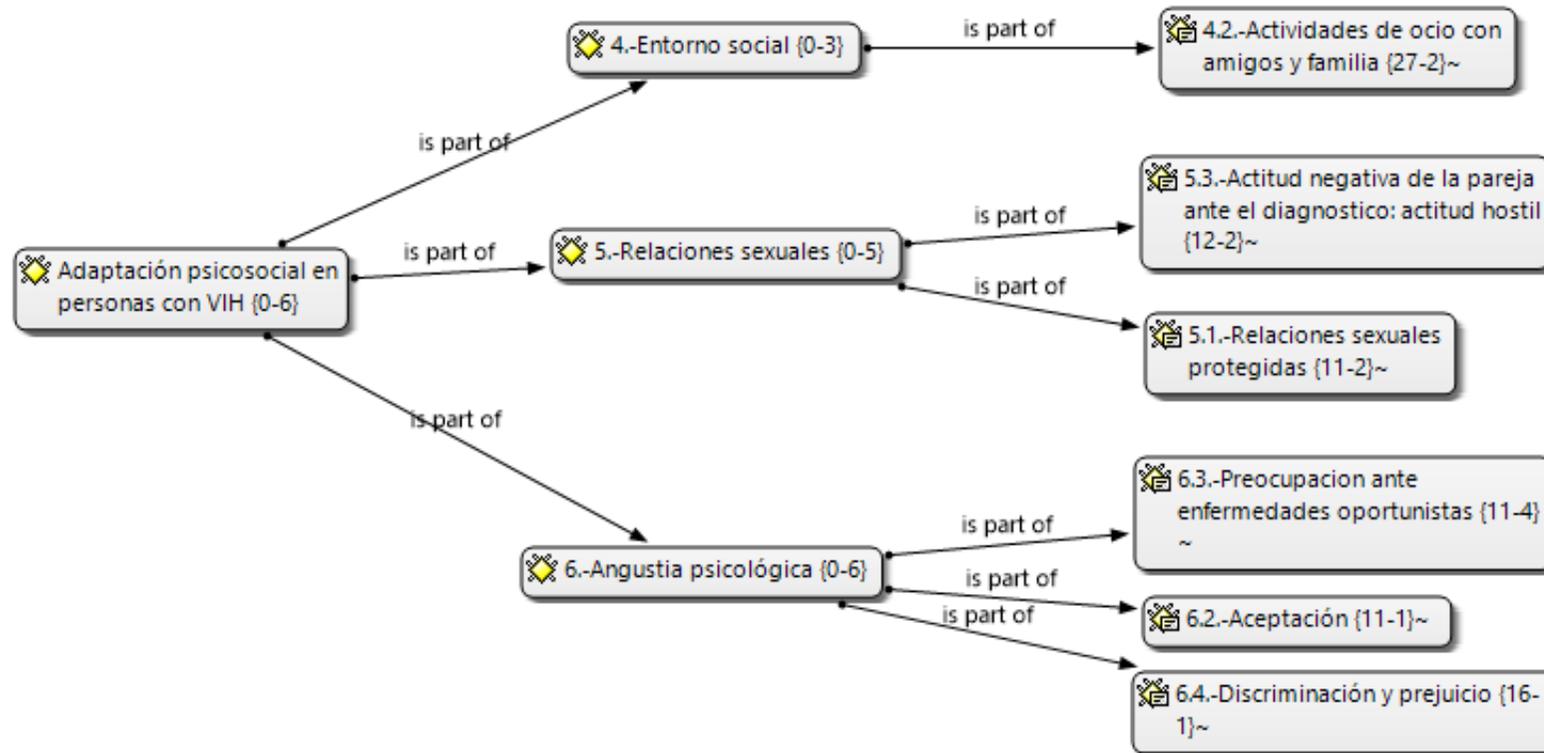
Anexo 4

Figura 1: Mapa semántico de códigos jerarquizados



Anexo 4

Figura 2: Mapa semántico de códigos jerarquizados



Anexo 5

Tabla 3

Tabla de códigos y documentos primarios

	Edad de 22 y 34 años					Edad de 35 y 48 años					TOTALES:	
	P 1	P11	P 3	P 7	P 9	P 2	P 4	P10	P 5	P 6		P 8:
1.- Orientación hacia el cuidado de la salud	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.1.-Adherencia terapéutica.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
1.2.- Percepción positiva de la atención medica: trato amable	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	12
1.2.2-Trato Hostil	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3
1.5.-Sentimiento de bienestar respecto al estado de salud	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	12
2.- Entorno laboral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.1.-Desempeño Físico en el trabajo: óptimo desempeño físico	2	2	1	0	2	1	0	2	1	0	2	13
2.1.2.- Bajo desempeño físico	0	0	0	2	0	1	1	0	0	3	0	7
2.2.-Importancia del trabajo	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	10
2.3.- Desconocimiento en el trabajo sobre el diagnostico.	0	1	0	0	1	2	1	0	1	0	2	8
2.4.- Adecuada relación con los compañeros de trabajo	1	2	1	2	1	0	0	1	1	1	1	11
2.4.1.-Relación hostil	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3
3-Entorno familiar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.1.-Angustia familiar	2	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	6
3.3.- Apoyo y sobreprotección familiar	1	1	1	2	2	2	3	1	2	1	5	21
3.4.-Comunicación entre los miembros de familia: comunicación asertiva	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
3.4.2.-Comunicación pasiva y agresiva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4.-Entorno social	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

4.2.-Actividades de ocio con amigos y familia	3	3	3	3	3	2	2	1	3	2	2	27
4.2.4.-Ausencia de actividades ocio en familia.	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	4
5.-Relaciones sexuales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5.1.-Relaciones sexuales protegidas	0	1	2	2	0	1	0	0	3	0	2	11
5.3.-Actitud negativa de la pareja ante el diagnóstico: actitud hostil	2	0	2	0	2	1	2	0	1	2	0	12
5.3.2.-Actitud asertiva	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	4
5.4.- Temor a las prácticas sexuales.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
5.5.-Inexistencia de prácticas sexuales.	1	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	5
6.-Angustia psicológica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6.1.-Culpabilidad	0	1	0	0	1	2	0	1	1	1	0	7
6.2.-Aceptación	1	1	1	0	1	1	1	1	0	3	1	11
6.3.- Preocupación ante enfermedades oportunistas	0	2	0	1	1	2	3	0	1	0	1	11
6.3.1.-Preocupación sobre el aspecto físico	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	4
6.3.2.-Preocupación por los efectos secundarios del medicamento	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	2	5
6.4.-Discriminación y prejuicio	1	1	1	0	2	5	2	0	1	2	1	16
6.5.- Temor y frustración	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	6
Adaptación psicosocial en personas con VIH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Percepción de rechazo por parte de los amigos y familia	0	0	0	0	0	2	3	0	0	0	0	5
TOTALES:	23	22	19	19	21	33	24	15	24	29	29	258

Anexo 6

Tabla 4

Criterios de frecuencia, densidad y representatividad

Códigos	Frecuencia ≥ 8	Densidad ≥ 2	Representatividad ≥ 1			Significación (Cumple al menos con un criterio)
			Entre 22 y 34 años	Entre 35 y 48 años	Total	
1.- Orientación hacia el cuidado de la salud	no	si	no	no	no	si
1.1.-Adherencia terapéutica.	si	si	si	si	si	si
1.2.- Percepción positiva de la atención médica: trato amable	si	si	si	si	si	si
1.2.2-Trato Hostil	no	no	no	no	no	no
1.5.-Sentimiento de bienestar respecto al estado de salud	si	si	si	no	si	si
2.- Entorno laboral	no	si	no	no	no	si
2.1.-Desempeño Físico en el trabajo	no	si	no	no	no	si
2.1.2.-Bajo desempeño físico	no	no	no	no	no	no
2.2.-Importancia del trabajo	si	no	si	no	si	si
2.3.-Desconocimiento en el trabajo sobre el diagnostico.	si	si	no	no	no	si
2.4.- Adecuada relación con los compañeros de trabajo	si	si	si	no	si	si
2.4.1.-Relación hostil	no	no	no	no	no	no
3-Entorno familiar	no	si	no	no	no	si
3.1.-Angustia familiar	no	no	no	no	no	no
3.3.- Apoyo y sobreprotección familiar	si	si	si	si	si	si
3.4.-Comunicación entre los miembros de familia: comunicación asertiva	si	si	si	si	si	si
3.4.2.-Comunicación pasiva y agresiva	no	no	no	no	no	no
4.-Entorno social	no	si	no	no	no	si
4.2.-Actividades de ocio con amigos y familia	si	si	si	si	si	si
4.2.4.-Ausencia de actividades ocio en familia.	no	no	no	no	no	no
5.-Relaciones sexuales	no	si	no	no	no	si

5.1.-Relaciones sexuales protegidas	si	si	no	no	no	si
5.3.-Actitud negativa de la pareja ante el diagnóstico: actitud hostil	si	si	no	no	no	si
5.3.2.-Actitud asertiva	no	no	no	no	no	no
5.4.- Temor a las prácticas sexuales.	no	no	no	no	no	no
5.5.-Inexistencia de prácticas sexuales.	no	no	no	no	no	no
6.-Angustia psicológica	no	si	no	no	no	si
6.1.-Culpabilidad	no	no	no	no	no	no
6.2.-Aceptación	si	si	no	no	no	si
6.3.- Preocupación ante enfermedades oportunistas	si	si	no	no	no	si
6.3.1.-Preocupación sobre el aspecto físico	no	no	no	no	no	no
6.3.2.-Preocupación por los efectos secundarios del medicamento	no	no	no	no	no	no
6.4.-Discriminación y prejuicio	si	no	no	no	no	si
6.5.- Temor y frustración	no	no	no	no	no	no
Adaptación psicosocial en personas con VIH	no	si	no	no	no	si
Percepción de rechazo por parte de los amigos y familia	no	no	no	no	no	no
