



Autónoma
Universidad Autónoma del Perú

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

TESIS

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y DEPRESIÓN EN HOMBRES QUE TIENEN
RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES (HSH), INFECTADOS CON VIH DE LIMA
SUR

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTORA

SAMANTHA MERCEDES MILAGROS TOLEDO YLLANES
ORCID: 0000-0002-2831-2773

ASESOR

DR. FELIPE IGNACIO CCONCHOY
ORCID: 0000-0002-9360-8722

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

DESORDENES EMOCIONALES, DEPENDENCIA EMOCIONAL Y SU
RELACIÓN CON LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD Y CON EL
DESARROLLO DE CONDUCTAS SALUDABLES

LIMA, PERÚ, DICIEMBRE DE 2020

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi madre Isabel, quien es mi inspiración para luchar por mis metas y quien hizo posible mis logros académicos, guiándome con su amor y nobleza ante cualquier adversidad de la vida.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por acompañarme en mi etapa universitaria sirviendo como motor para no rendirme ante las adversidades que se presentaron.

Agradezco considerablemente a mis hermanos Frank y Angelo quienes sirvieron como soporte e inspiración para no rendirme, al igual que mis sobrinos los cuales son luz en mis días más grises.

A mis compañeras de universidad que se convirtieron en amigas entrañables, formando parte de este camino de aprendizaje y experiencias de vida

A mi asesor Dr. Felipe Ignacio Cconhoy por su paciencia y dedicación en el trayecto de la presente investigación.

A los docentes que me acompañaron en este trayecto de aprendizaje, como el Lic. Rolando Velásquez Vásquez quien me brindo parte de sus conocimientos con mucha paciencia y nobleza dejando notar su vocación por la enseñanza.

Por último, a la Universidad Autónoma del Perú, ya que es la parte fundamental de mi carrera y mi crecimiento como profesional.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
RESUMO	x
INTRODUCCIÓN	xi

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Realidad problemática.....	14
1.2. Justificación e importancia de la investigación.....	16
1.3. Objetivos de la investigación.....	17
1.4. Limitaciones de la investigación.....	17

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.....	20
2.2. Desarrollo de la temática correspondiente al tema investigado.....	22
2.3. Relación entre Afrontamiento y depresión en VIH.....	38
2.4. Definición conceptual de la terminología empleada.....	42

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación.....	44
3.2. Población y muestra.....	44
3.3. Hipótesis.....	47
3.4. Variables.....	48
3.5. Métodos y técnicas de investigación.....	51
3.6. Análisis estadísticos e interpretación de los datos.....	53

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1. Análisis descriptivo de las variables.....	55
4.2. Análisis descriptivo de la variable depresión.....	61

4.3. Análisis correlacional de ambas variables.....	64
---	----

CAPÍTULO V: DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusiones.....	67
5.2. Conclusiones.....	70
5.3. Recomendaciones.....	71

REFERENCIAS

ANEXOS

LISTA DE TABLAS

- Tabla 1 Clasificación clínica e inmunológica de la infección por el VIH
- Tabla 2 Clasificación clínica de la infección por el VIH en adultos y adolescentes con infección por el VIH
- Tabla 3 Definición de la OMS de caso de infección por el VIH
- Tabla 4 Diagnóstico de Infección por VIH para inicio de atención
- Tabla 5 Distribución de la muestra según preferencial sexual
- Tabla 6 Distribución de la muestra según edad
- Tabla 7 Distribución de la muestra según nivel de educación
- Tabla 8 Distribución de la muestra según tratamiento psicológico
- Tabla 9 Operacionalización de las variables
- Tabla 10 Estadísticos descriptivos de la variable afrontamiento
- Tabla 11 Prueba de normalidad
- Tabla 12 Estrategias de afrontamiento según preferencial sexual
- Tabla 13 Estrategias de afrontamiento según tratamiento psicológico
- Tabla 14 Estrategias de afrontamiento según edad
- Tabla 15 Estadísticos descriptivos de la variable depresión
- Tabla 16 Frecuencia de la depresión
- Tabla 17 Prueba de normalidad
- Tabla 18 Depresión según preferencia sexual
- Tabla 19 Depresión según tratamiento psicológico
- Tabla 20 Depresión según edad
- Tabla 21 Depresión según nivel de educación
- Tabla 22 Relación de las estrategias de afrontamiento y los niveles de depresión
- Tabla 23 Estrategias de afrontamiento según nivel de educación

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Virión esférico de 100-200 nm de diámetro

Figura 2 Modelo cognitivo estándar (Beck, 1967,1976)

Figura 3 Interacción entre el sistema nervioso central (SNC), el endocrino y el inmunitario

AFRONTAMIENTO Y DEPRESIÓN EN HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES (HSH), INFECTADOS CON VIH DE LIMA SUR 2019

SAMANTHA MERCEDES MILAGROS TOLEDO YLLANES

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar la relación que existe entre estrategias afrontamiento y depresión en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), infectados con VIH de Lima Sur, tiene un enfoque cuantitativo de diseño no experimental y tipo correlacional. La muestra estuvo conformada por 106 HSH entre las edades de 18 a 60 años. Los instrumentos aplicados fueron el Inventario multidimensional de estimación del afrontamiento (COPE) y el Inventario de depresión de Beck (BDI-II). Los resultados evidenciaron mayor uso de las estrategias de afrontamiento: reinterpretación como la más usada con una media de 12.17, seguida por planificación con una media de 11.12 y finalmente con una media de 10.52 el afrontamiento activo, así mismo, se observa un nivel mínimo de depresión en el 67% de la muestra estudiada. Se hallaron diferencias significativas según preferencia sexual, tratamiento psicológico, grupo de edad, nivel de educación en la variable estrategias afrontamiento y diferencias significativas según grupo de edad en la variable depresión. Finalmente, se halló relación estadísticamente muy significativa ($p < 0.01$) entre las estrategias desentendimiento mental, enfocar y liberar emociones y desentendimiento conductual con la variable depresión es decir que a mayor uso de estas estrategias mayor será la presencia de depresión.

Palabras clave: estrategias de afrontamiento, depresión, VIH, HSH.

**COPING AND DEPRESSION IN HIV-INFECTED MEN WHO HAVE SEX WITH MEN
(MSM) IN SOUTH LIMA 2019**

SAMANTHA MERCEDES MILAGROS TOLEDO YLLANES

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship that exists between coping strategies and depression in men who have sexual relations with men (MSM), infected with HIV from Lima Sur, has a quantitative approach of non-experimental design and correlational type. The sample was made up of 106 MSM between the ages of 18 to 60 years. The instruments applied were the Multidimensional Coping Estimation Inventory (COPE) and the Beck Depression Inventory (BDI-II). The results showed a greater use of coping strategies: reinterpretation as the most used with a mean of 12.17, followed by planning with a mean of 11.12 and finally with a mean of 10.52 active coping, likewise, a minimum level of depression in 67% of the sample studied. Significant differences were found according to sexual preference, psychological treatment, age group, level of education in the coping strategies variable and significant differences according to age group in the depression variable. Finally, a statistically significant relationship ($p < 0.01$) was found between the strategies of mental misunderstanding, focusing and releasing emotions, and behavioral misunderstanding with the variable depression, that is, the greater the use of these strategies, the greater the presence of depression.

Keywords: Coping strategies, depression, VIH, HSH

ENFRENTAMENTO E DEPRESSÃO EM HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS (HSH), INFECTADOS COM HIV DO SUL DE LIMA 2019

SAMANTHA MERCEDES MILAGROS TOLEDO YLLANES

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

RESUMO

O objetivo deste estudo foi determinar a relação existente entre estratégias de enfrentamento e depressão em homens que fazem sexo com homens (HSH), infectados pelo HIV em Lima Sur, com uma abordagem quantitativa de desenho não experimental e tipo correlacional. A amostra foi composta por 106 HSH entre 18 e 60 anos. Os instrumentos aplicados foram o Inventário de Estimativa de Coping Multidimensional (COPE) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II). Os resultados mostraram maior uso de estratégias de enfrentamento: reinterpretação como a mais utilizada com média de 12,17, seguida de planejamento com média de 11,12 e, finalmente, com média de 10,52 de enfrentamento ativo, da mesma forma, um nível mínimo de depressão em 67% da amostra estudada. Diferenças significativas foram encontradas de acordo com preferência sexual, tratamento psicológico, faixa etária, nível de escolaridade na variável estratégias de enfrentamento e diferenças significativas de acordo com a faixa etária na variável depressão. Por fim, foi encontrada uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,01$) entre as estratégias de mal-entendido mental, focalizando e liberando emoções, e mal-entendido comportamental com a variável depressão, ou seja, quanto maior o uso dessas estratégias, maior a presença de depressão.

Palavras-chave: estratégias de enfrentamento, depressão, VIH, HSH.

INTRODUCCIÓN

Durante el transcurso del tiempo, una de las prioridades a nivel de salud es la respuesta y atención a la infección por VIH, es por esto que al recibir un diagnóstico que afecta de manera considerable la salud se experimenta una crisis con síntomas depresivos, percibiendo la enfermedad como un hecho altamente estresante sumado a esto, el enfrentarse a sucesos estresores sociales, económicos, psicológicos y estigmatización. Donde la depresión y el afrontamiento disfuncional también son relacionados con la evolución de la infección pues existe interacción entre estados emocionales negativos y el funcionamiento del sistema inmune (Cardona-Duque, Medina-Pérez, Herrera y Orozco, 2015).

Asimismo, las personas que presentan un adecuado ajuste psicológico pueden tolerar mejor el tratamiento antirretroviral (TAR) y así tener un mejor bienestar, es por esto que este estudio justifica su interés teórico y relevancia social.

Es por ello que el presente estudio busca determinar la relación que existe entre estrategias de afrontamiento y depresión en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), pues este grupo es uno de los más infectados a nivel global en Latinoamérica y el Caribe como menciona el Centro Nacional para la Prevención y Control (Censida, 2016) en una investigación realizada en poblaciones vulnerables.

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, según grado de control de las variables el estudio es observacional pues no se manipularán las variables. Tendrá un diseño transversal, según el número de mediciones de las variables, porque las variables de estudio serán medidas una sola vez (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

El estudio está conformado en cinco capítulos detallados a continuación.

En el capítulo I se encierra el problema de investigación, realidad problemática,

justificación e importancia del presente estudio, el objetivo general y los objetivos específicos, al igual que las limitaciones encontradas en el progreso de la investigación.

En el capítulo II encontramos antecedentes nacionales e internacionales en relación al estudio de las variables, también el desarrollo del tema estudiado correspondiente a la presente investigación.

El capítulo III se muestra el tipo y diseño de la presente investigación, la población y muestra, la hipótesis general y específica, la operacionalización de las dos variables. De igual manera se describe los instrumentos utilizados y métodos de análisis estadísticos e interpretación de datos utilizados.

El capítulo IV contiene los resultados del estudio en relación a los objetivos e hipótesis planteados, donde se muestra los descriptivos y la prueba de normalidad de cada variable. Asimismo, las hipótesis por comparación de las cuales permite hallar las diferencias significativas en relación con orientación sexual, tratamiento psicológico, edad y nivel de educación, de igual manera, la hipótesis por correlación de ambas variables.

Finalmente, en el capítulo V se muestra la discusión, conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Realidad problemática

En el transcurso de años se ha hecho énfasis en la transmisión VIH/SIDA en el Perú, cabe mencionar que alrededor de 36 millones de personas tienen VIH en todo el mundo, 19 millones desconocen su condición y aproximadamente 35 millones defunciones sucedieron por esta problemática sanitaria. En el año 2017 se calculó los grupos de personas con VIH, de los cuales 35,1 millones eran adultos y 1,8 millones eran menores de 15 años. Entonces se observa que el 75% de las personas con VIH conoce su condición y existe una alta incidencia de la infección en adultos (Ministerio de Salud [MINSAL], 2018).

Asimismo, los grupos de personas más infectadas a nivel global en Latinoamérica y el Caribe son HSH, luego se evidencian diversos grupos como mujeres transexuales (MT), hombres trabajadores sexuales (HTS), personas que usan drogas inyectadas (PUDI) y mujeres trabajadoras sexuales (MTS), siendo este último un grupo minoritario (Censida, 2016).

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSI) en el año 2016, refiere que la principal vía de infección del VIH se da por relaciones sexuales no protegidas. Asimismo, se evidencia una mayor predominancia a nivel global, en HSH entre los 25 y 34 años de edad donde las tasas de infección son más elevadas.

Según *Diagnostic and statistical manual of mental* (American Psychiatric Association [APA], 2013) las personas que experimentan una cantidad de eventos vitales estresantes antes de un diagnóstico, y poseen algún antecedente de depresión, son más propensas a presentar un riesgo de sufrir trastornos psicológicos cuando descubren que tienen alguna enfermedad crónica. Sin embargo, incluso las personas sin algún antecedente de depresión, pueden ser afectadas ante la noticia de una enfermedad crónica; ser portador del VIH es una situación la cual produce un conjunto de estresores, que suelen influir en las capacidades de afrontamiento que los afectados poseían antes de que se manifestara la enfermedad.

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA) clasifica la epidemia VIH/ SIDA como “concentrada” haciendo referencia que afecta en mayor magnitud a grupos específicos los cuales son más propensos a la infección; donde la prevalencia estimada en HSH es 12%, donde cada una de ocho personas vive con VIH (MINSA, 2018).

Asimismo, la estimación del número total de casos por infección del VIH desde el año 1983 hasta junio del 2018 es de 115,797, donde se evidencia un mayor índice en los casos de infección en el sexo masculino. La estimación de casos de VIH diagnosticados entre 20 y 34 años de edad es del 55% y casos de SIDA entre 20 a 39 años de edad es de 65%.

De la misma manera en el Perú el 81% de los casos de VIH se encuentran situadas en 7 regiones específicas; Lima Y Callao con 62%, Loreto con 5,8%, La Libertad con 3,9%, Arequipa con 3,4%, Ica con 2,9% y Lambayeque con 2,8%; donde los departamentos ubicados en la costa y la selva se ven más afectados a comparación de la poca prevalencia en la sierra. El 51 % de casos en Lima y Callao procede en 9 distritos específicos; Cercado de Lima, Callao Cercado, San Juan de Lurigancho, San Martín de Porres, Comas, Ate, Chorrillos, Los Olivos y Villa El Salvador.

En Lima Sur, la proporción de casos con VIH según distrito de procedencia tiene a Villa El Salvador con el mayor porcentaje (29.1 %) y a Punta Hermosa con el menor porcentaje (0.1%), centrándonos en Villa El Salvador donde primer conducto de VIH con un 95% es vía sexual y el 22% de los casos son de tipo homosexual en mayor proporción entre 20 a 44 años de edad (MINSA, 2018).

¿Cuál es la relación entre afrontamiento y depresión en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, infectados con VIH de Lima Sur 2019?

1.2. Justificación e importancia de la investigación

Según su conveniencia o utilidad, el actual estudio permitirá conocer la relación existente entre afrontamiento y depresión en personas con VIH, facilitando las intervenciones eficaces en el presente grupo a estudiar.

Mediante esta investigación, se busca generar una clara y amplia perspectiva acerca de afrontamiento y depresión en esta infección transmisible, de esta manera también se busca prevenir el desarrollo de diversas enfermedades mentales que puedan ocasionar el agravamiento del VIH.

Según la relevancia social el presente estudio, se justifica por su importancia ya que, al conocer la magnitud y relación entre afrontamiento y depresión en la población mencionada, contribuirá a informar y plantear un adecuado desarrollo promoviendo las pruebas del VIH, reducir la discriminación y estigma relacionados con VIH.

Respecto a la vida práctica, las variables planteadas en el presente estudio contribuirán en la medida que se brindará actuales resultados que ayudarán a conocer el impacto negativo de la depresión y cuáles son sus estrategias de afrontamiento ante esta infección transmisible.

Respecto al valor teórico, los resultados del presente estudio podrán contribuir en establecer recomendaciones prácticas para la prevención de depresión en VIH y sus estrategias de afrontamiento así mismo de servir de base para estudios futuro.

Respecto a las aportaciones para la enseñanza, el presente estudios contribuirá a encontrar el impacto en la relación entre ambas variables, para nuevas estrategias que contribuyan a resolver y disminuir el impacto del desarrollo de la enfermedad.

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Analizar la relación que existe entre estrategias de afrontamiento y depresión en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, infectados con VIH de Lima Sur.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar las estrategias de afrontamiento en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, infectados con VIH de Lima Sur.

Describir los niveles de depresión en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, infectados con VIH de Lima Sur.

Comparar la variable depresión según orientación sexual, tratamiento psicológico, edad y nivel de educación en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, infectados con VIH de Lima Sur.

Comparar las dimensiones de estrategias de afrontamiento según orientación sexual, tratamiento psicológico, edad y nivel de educación en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, infectados con VIH de Lima Sur.

1.4. Limitaciones de la investigación

La investigación presentó en primera limitación, el proceso lento del trámite al solicitar los permisos correspondientes para trabajar en el centro de salud, por lo cual se realizó un seguimiento continuo con finalidad de agilizar los trámites.

El manejo de confidencialidad que tiene el centro de salud con los datos estadísticos de pacientes portadores del VIH fue otra de las limitaciones. Por lo cual, se

realizó una sustentación del proyecto en la dirección de redes integradas de salud (DIRIS) Lima Sur, la cual fue aprobada brindando acceso parcial a los datos requeridos y permiso para la aplicación de pruebas.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Gaviria, Quiceno, Vinaccia (2009) realizaron un estudio sobre las estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en 92 pacientes, diagnosticados con VIH/SIDA los cuales se encontraban recibiendo tratamiento antirretroviral en Medellín, Colombia. Donde su objetivo fue determinar la relación entre variables, el estudio fue de diseño descriptivo transversal correlacional, se utilizó la Escala de estrategias de Coping modificada (EEC-M) y los Cuestionarios de Zung (SAS y SDS) para medir las variables. Los resultados determinaron, alto uso de estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo (focalizadas en el problema) y muy bajos niveles de ansiedad y depresión.

Ospino, Arias y Villamizar (2014) realizaron una investigación sobre el uso de estrategias de afrontamiento en 22 portadores de VIH y 8 con cáncer en una la ciudad de Santa Marta, Colombia. Donde el objetivo fue identificar y analizar las estrategias utilizadas para hacer frente a la enfermedad y para mejorar la adaptación, buscando cambiar esquemas y comportamientos correlacionados con su salud. Fue un estudio transversal, con una muestra de carácter aleatorio simple, se aplicó el Inventario la adaptación española de estrategias de afrontamiento (CSI) donde se obtuvo como resultado una similitud en pacientes con VIH y cáncer.

Nhamba, Meléndrez y Veá (2014) realizaron una investigación sobre depresión en 100 pacientes infectados con VIH, residentes de la provincia Huambo- Angola ubicados en el continente africano, con el objetivo de evaluar la frecuencia en depresión relacionados a factores sociodemográficos en infectados con VIH/SIDA. El instrumento utilizado fue el Inventario de depresión de Beck acompañado de una entrevista para los datos sociodemográficos, el tipo de investigación fue descriptivo de corte transversal. Los resultados indican mayor índice en el sexo femenino y bajo nivel de instrucción.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Huertas (2016) realizó un estudio, sobre afrontamiento al estrés en personas infectadas con VIH en 32 participantes de una organización no gubernamental (ONG) de Lima, siendo su objetivo describir los modos de afrontamiento. El instrumento utilizado en la investigación fue COPE en su forma disposicional, el diseño no experimental de tipo transaccional- descriptivo. Los resultados obtenidos señalan que los modos con mayor frecuencia de uso de forma frecuente son: afrontamiento activo (68.8%), búsqueda de soporte emocional (56.3%) y reinterpretación positiva y desarrollo personal (62.5%).

Díaz y Serrato (2017) realizaron una investigación de los niveles depresión y ansiedad en 50 mujeres infectadas con VIH/SIDA pertenecientes a la asociación “Viviendo en Positivo” en la ciudad de Chiclayo, el objetivo fue determinar los niveles de las variables. Se utilizó como instrumento, el test de depresión y ansiedad de Beck, la metodología empleada fue cuantitativa, tipo descriptivo transversal. Los resultados arrojaron en las mujeres niveles de ansiedad y depresión moderados alarmantes, en los niveles ansiosa (62%) y depresiva (74%).

Buendía (2017) realizó un estudio de las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad en personas infectadas con VIH en Chíncha-Lima, su objetivo era determinar estrategias ante la enfermedad. El instrumento utilizado en la investigación fue (COPE), el tipo de estudio fue de enfoque cuantitativo, alcance descriptivo y corte transversal. Los resultados evidenciaron que 50% de la muestra denota poco frecuente usar las estrategias de afrontamiento, el 41% frecuentemente usan un afrontamiento centrado en el problema, para 53% es poco frecuente el afrontamiento centrado en la emoción y la evitación, para 62% de la muestra con VIH es poco frecuente que utilice el afrontamiento espiritual.

Delgado, Pérez, Julca, Obregón y Julca (2017) realizaron una investigación sobre resentimiento y depresión en pacientes diagnosticados con VIH-SIDA los cuales se

encontraban en el hospital nacional Hipólito Unanue en El Agustino, Lima. Su objetivo fue determinar la relación entre variables, se utilizaron como instrumentos el Test de resentimiento elaborado por León y Romero, y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Los resultados determinaron una relación significativa baja entre resentimiento y depresión en pacientes con VIH- SIDA seleccionados, con valor del Rho = 0.367 (sig = 0.033 < 0.05).

De La Cruz y Lulo (2017) realizaron una investigación, sobre vulnerabilidad y afrontamiento en pacientes de VIH/SIDA en el hospital regional Zacarías Correa Valdivia en la provincia Huancavelica, su objetivo fue encontrar la relación en las variables. El tipo de investigación fue descriptivo, el instrumento utilizado fue un Cuestionario de afrontamiento frente al VIH/SIDA; se obtuvieron como resultados que el 53,3% de pacientes refieren un nivel de afrontamiento de nivel medio, 26,7%, un nivel alto de afrontamiento y 20,0% bajo.

2.2. Desarrollo de la temática correspondiente al tema investigado

2.2.1. Definición del Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) en el año 2011, plantea las siglas de VIH como el virus de inmunodeficiencia humana, el cual es un retrovirus que contagia las células del sistema inmunitario destruyendo y/o dañando su actividad completa, provocando un deterioro paulatino dejando un sistema inmunitario deficiente el cual no puede contrarrestar las enfermedades.

Etiología del VIH

Ministerio de Salud Pública de Uruguay (2006), explica que el VIH 1 es el virus más estudiado de la historia, el origen etiológico fue descubierto en 1984, donde el gen del VIH fue clonado y secuenciado. Asimismo, realiza una investigación donde explican al VIH como un virus de la familia Retroviridae, los cuales son identificados de dos formas

genéticamente diferentes, VIH-1 y VIH-2 estos poseen una estructura esférica de 100 – 200 nm de diámetro aproximadamente, los cuales se dividen en tres capas.

La capa externa o envoltura que se encuentra formada por una membrana lipídica, en la que se insertan las glicoproteínas gp120 (glicoproteína de superficie), gp41 (glicoproteína transmembranal) y proteínas derivadas de la célula huésped entre las que se encuentran receptores celulares y antígenos de histocompatibilidad de clase I y II.

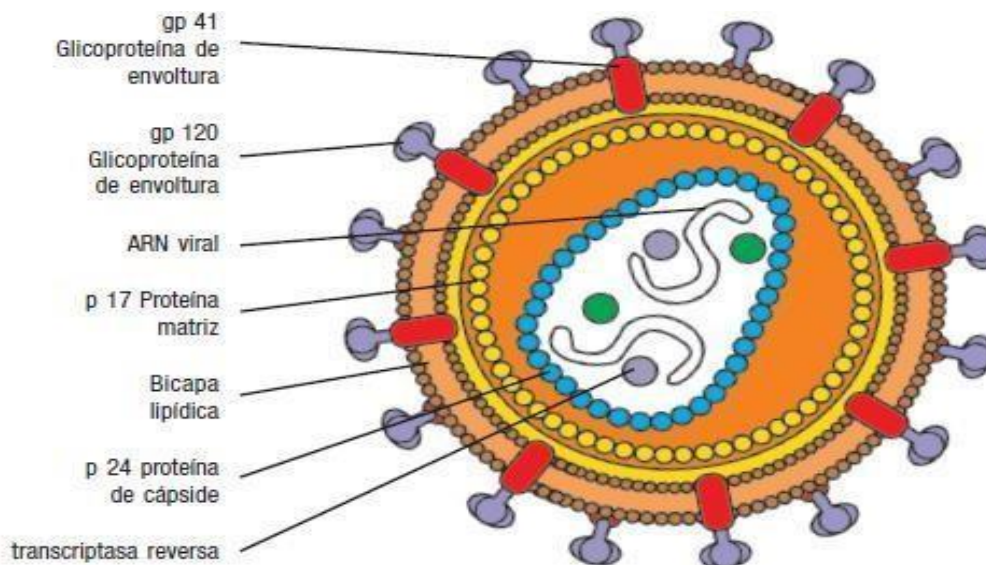


Figura 1. Virión esférico de 100 –200 nm de diámetro. Fuente: *Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2006*

Epidemiología del VIH

Según la hoja informativa sobre las últimas estadísticas mundiales sobre el VIH aproximadamente 36,9 millones de personas vivían con esta enfermedad en 2017, de los cuales se estima que 9.4 millones desconocía su condición. Asimismo, el riesgo de contraer VIH es 27 veces mayor en HSH, seguido entre las personas que se inyectan drogas, 13 veces mayor para trabajadoras sexuales y en mujeres transgénero; dentro de las enfermedades asociadas al VIH se encuentra la tuberculosis siendo responsable de 1 de cada 3 muertes, por lo cual la terapia preventiva reduce las tasas de mortalidad de tuberculosis y VIH en un 40% aproximadamente (ONUSIDA, 2017).

Mecanismos de transmisión del VIH

Sánchez, Acevedo y González (2012) hacen referencia que en la literatura existen cinco conductos de transmisión, el contacto sexual (vaginales, anales u orales) sin protección, transmisión perinatal donde la madre consigue transmitir la infección durante el embarazo, el parto o la lactancia. Por último, la transfusión sanguínea por exposición a contaminación o por compartir agujas u otros infectados.

Clasificación de la infección por VIH

El MINSA (2018), según la norma técnica de salud, durante la etapa inicial del paciente es importante determinar el estadio de la enfermedad, dentro del estadio clínico 1 se observa la infección primaria y pacientes asintomáticos, el estadio clínico 2 denomina pacientes que presenten síntomas leves relacionados con la infección, el estadio clínico 3 se aplica para denominar pacientes con síntomas de enfermedades no pertenecientes al estadio 4. En este último los pacientes presentan patologías comprendidas en las enfermedades diagnósticas de SIDA, la tasa de supervivencia no resalta el 15%- 30% a los 3 años.

Tabla 1

Clasificación clínica e inmunológica de la infección por el VIH

Síntomas asociados a la infección por el VIH	Estadio clínico	Valor de CD4 (valor absoluto por MM3)
Asintomático	1	>500
Síntomas leves	2	350-499
Síntomas avanzados	3	200-349
Síntomas graves (SIDA)	4	<200

Nota: Datos obtenidos de *Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)(N°097-V.03)*, Minsa (2018)

Tabla 2

Clasificación clínica de la infección por el VIH en adultos y adolescentes con infección por el VIH confirmada.

Estadio clínico 1
<ul style="list-style-type: none"> • Asintomático • Linfadenopatía generalizada persistente
Estadio clínico 2
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida moderada de peso idiopática* (menos de 10% del peso corporal presumido o medido)** • Infecciones recurrentes de las vías respiratorias (sinusitis, amigdalitis, faringitis, otitis media). • Herpes zoster • Queratitis angular • Úlceras orales recurrentes • Erupciones papulares pruriginosas • Dermatitis seborreica • Onicomicosis
Estadio clínico 3
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida grave de peso idiopática (más de 10% del peso corporal presumido o medido) • Diarrea crónica idiopática (mayor de 37,5°C, intermitente o constante, durante, más de un mes). • Candidiasis oral persistente • Leucoplasia oral vellosa. • Tuberculosis pulmonar. • Infecciones bacterianas graves (como neumonía, empiema, piomiositis, osteomielitis, artritis, meningitis, bacteriemia). • Estomatitis, gingivitis o periodontitis ulcerativa necrotizante aguda. • Anemia (<8 g/dl), neutropenia (<0,5 x 10⁹/l) y/o trombocitopenia crónica (<50 x 10⁹/l) idiopática.
Estadio clínico 4***
<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de consunción por VIH • Neumonía por Pneumocystis • Neumonía bacteriana grave recurrente • Infección crónica por herpes simple (orolabial, genital o anorrectal de más de un mes de duración, o visceral de cualquier duración). • Candidiasis esofágica (o candidiasis de la tráquea, los bronquios o los pulmones). • Tuberculosis extrapulmonar. • Sarcoma de Kaposi. • Infección por citomegalovirus (retinitis o infección de otros órganos). • Toxoplasmosis del sistema nervioso central. • Encefalopatía por VIH. • Criptococosis extrapulmonar (incluyendo meningitis). • Infección diseminada por micobacterias no tuberculosas. • Leucoencefalopatía multifocal progresiva. • Criptosporidiasis crónica. • Isosporiasis crónica. • Micosis sistémica (histoplasmosis extrapulmonar, coccidioidomicosis). • Septicemia recurrente (incluyendo por Salmonella no tifoidea). • Linfoma (cerebral o de células B, no Hodgkin). • Carcinoma cervical invasivo. • Leishmaniosis atípica diseminada. • Nefropatía sintomática asociada al VIH a miocardiopatía asociada al VIH

Nota: Datos obtenidos de Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)(N°097-V.03), Minsa (2018)

Métodos diagnósticos del VIH

La infección por VIH se diagnostica basándose en criterios de laboratorio, es por esto que al diagnosticar la infección y cualquier estadio clínico o inmunológico se requiere tanto en adultos como en niños, la confirmación mediante la mejor prueba de detección que se considere según la edad del individuo. (OPS, 2009)

Asimismo, existen diversos métodos diagnósticos los cuales se clasifican en métodos directos, los cuales permite demostrar la presencia de virus, métodos indirectos los cuales permite demostrar la respuesta inmunitaria humoral o celular, así como la detección de anticuerpos específicos (pruebas serológicas).

Tabla 3

Definición de la OMS de caso de infección por el VIH

Niños a partir de 18 meses y adultos

Se diagnostica la infección por el VIH basándose en:

Una prueba de anticuerpos contra el VIH positiva (inmunoensayo enzimático rápido o de laboratorio). Esto suele confirmarse mediante otra prueba de anticuerpos contra el VIH (inmunoensayo enzimático rápido o de laboratorio) que se basa en diferentes antígenos o distintas características operativas.

Y/o una prueba virológica positiva del VIH o de sus componentes (ARN del VIH, ADN del VIH o antígeno p24 del VIH ultrasensible) confirmada mediante otra prueba virológica realizada en una muestra diferente.

Niños menores de 18 meses

Se diagnostica la infección por el VIH basándose en:

una prueba virológica positiva del VIH o de sus componentes (ARN del VIH, ADN del VIH o antígeno p24 del VIH ultrasensible) confirmada mediante otra prueba virológica realizada en una muestra distinta obtenida después de las cuatro semanas de vida. No se recomienda realizar la prueba de anticuerpos para el diagnóstico definitivo o confirmatorio de la infección por el VIH en los niños hasta los 18 meses de edad.

Nota: Datos obtenidos de Organización Panamericana de la Salud, OPS (2009)

Tratamiento del VIH

El MINSA (2018) señala que la persona con diagnóstico de VIH debe ser evaluada por un médico para el iniciar Tratamiento Antirretroviral (TARV) el cual consiste en una combinación de tres o más medicamentos antirretrovirales, este tratamiento se debe iniciar en un periodo no mayor a una semana. Asimismo, las personas con VIH deben

realizar la toma adecuada de medicamentos antirretrovirales acompañado de un régimen alimentario.

Tabla 4

Diagnóstico de Infección por VIH para inicio de atención

Escenarios	1era Prueba	2da Prueba	Acción	Consideraciones
	Prueba Rápida Reactiva	2do tipo de Prueba Rápida Reactiva.	Se reporta como Reactivo. Vincularlo a un servicio que brinda TARV para inicio de tratamiento en un plazo no mayor de una semana.	Usar en la 2da prueba rápida, una prueba de cuarta generación u otra prueba rápida de tercera generación de diferente marca o principio
Escenario 1: Se ofrece la prueba y resultado en un lapso no mayor de veinte minutos en el lugar de la atención.	Prueba Rápida Reactiva	2do tipo de Prueba Rápida No Reactiva.	Resultado discordante. Tomarle una nueva muestra para ser procesada con pruebas confirmatorias (IFI,	Para los resultados discordantes podrá utilizar la metodología de cuantificación de ARN viral (carga viral) como prueba confirmatoria cuando esté disponible en el punto de atención, de lo contrario derivar la muestra al INS o a un establecimiento que cuente con las pruebas confirmatorias.
	Prueba Rápida No Reactiva	No aplica	Se reporta No reactivo	
Escenario 2: Los resultados de la primera prueba son derivados principalmente de los bancos de sangres, servicios de hospitalización, consulta externa, laboratorio, entre otros.	Prueba Rápida o Prueba de Tamizaje (ELISA, LIA) Reactiva.	No aplica, pero presenta signos o síntomas de SIDA.	Vincularlo a un servicio que brinda TARV para inicio de tratamiento en un plazo no mayor de una semana.	Los pacientes con signos o síntomas de SIDA requieren de una pronta vinculación e inicio de tratamiento, así como vigilancia del Síndrome de Reconstitución Inmune
	Prueba de Tamizaje (ELISA, LIA) Reactiva.	Prueba Rápida o 2do tipo de Prueba de Tamizaje (ELISA, LIA) Reactiva.	Se reporta como Reactivo. Vincularlo a un servicio que brinda TARV para inicio de tratamiento en un plazo no mayor de una semana.	La 2da prueba deberá ser de diferente principio o metodología que la utilizada en la primera prueba.
Escenarios 3: Los resultados de la primera prueba son derivados principalmente de los bancos de sangres, servicios de hospitalización, entre otros.	Prueba de Tamizaje Reactiva (ELISA, LIA)	Prueba Rápida o 2do tipo de Prueba de Tamizaje (ELISA, LIA) No Reactiva	Resultado discordante. Tomarle una nueva muestra para ser procesada con pruebas confirmatorias (IFI, inmunoblot o carga viral de carga viral de acuerdo a la disponibilidad. De confirmarse el diagnóstico, vincularlo a un servicio que brinda TARV para inicio de tratamiento en un plazo no mayor de una semana.	Para resultados discordantes, se podrá utilizar la metodología de cuantificación de ARV viral (carga viral) como prueba confirmatoria cuando esté disponible en el punto de atención, de lo contrario derivar la muestra a un establecimiento que cuente con las pruebas confirmatorias.

Nota: Datos obtenidos de *Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)(N°097-V.03)*, Minsa (2018)

2.2.2. Definición del afrontamiento

Lazarus, Folkman y Zaplana en el año 1986, precisan al afrontamiento como esfuerzos cognitivos y conductuales inconstantes, desarrollados para manejar demandas internas y/o externas que son estimadas como negativas o que acaban los recursos de la persona. Así mismo explican como la salud y la energía están presentes en el afrontamiento de muchas situaciones estresantes.

Teorías y modelos explicativos del afrontamiento Modelo animal del afrontamiento

Se explica este modelo de afrontamiento enfocados en los actos realizados para controlar situaciones que se perciban como aversivas en el entorno y así disminuir el grado de perturbación psicofisiológica que se generó. Con lo mencionado se puede concluir que el modelo animal de afrontamiento se centra más en las respuestas conductuales que tiene una persona, dejando a un lado lo cognitivo y emocional (Lazarus et al. ,1986).

Modelo psicoanalítico del afrontamiento

Asimismo, expresan al afrontamiento bajo el modelo psicoanalítico como pensamientos y actos realistas que sirven para resolver problemas y reducir el estrés, este modelo ha considerado los rasgos de afrontamiento más relevantes en lugar del proceso de afrontamiento.

En este modelo se puede concluir como el modelo psicoanalítico, se centra más en el factor cognitivo mientras que el factor conductual es considerado de menor importancia.

Modelo de Lazarus del afrontamiento

Desarrollan un modelo donde se hace énfasis en los procesos cognitivos desarrollados por una situación estresante la cual es originada por la interacción de la persona y el ambiente. Explicando que cuando una persona experimenta una situación potencialmente estresante, lo primero que realiza es un debate acerca de la situación y así poder clasificarla entre estresante, manejable o simplemente irrelevante (evaluación primaria). Si la persona lo considera como una situación estresante, evaluara cuáles son los recursos para enfrentar la situación (evaluación secundaria) el resultado de esta evaluación predispone al desarrollo de estrategias de afrontamiento, las cuales son direccionadas en dos (Lazarus et al. ,1986).

Uno de ellos, es la estrategia orientada al problema donde las conductas tienen como propósito cambiar o manejar el origen de estrés, haciendo mención al uso de estrategias de afrontamiento como solución de problemas, toma de decisiones, investigar información, entre otras que se utilizaron con el objetivo de modificar una situación estresante.

Por otro lado, está la estrategia orientada a la regulación emocional haciendo énfasis en generar un cambio en la percepción que se obtiene de una situación estresante y así poder regular las reacciones emocionales negativas; este tipo de afrontamiento se encarga de disminuir el nivel del trastorno emocional o suprimir las reacciones emocionales causadas por el factor estresante. Esta estrategia asume la situación estresante como inmodificable y por ello los esfuerzos se centran en reducir la molestia emocional que se generó.

Modelo de Fernández-Abascal del afrontamiento

Fernández-Abascal, Palmero, Choliz y Martínez en el año 1997, dividen el afrontamiento en estilos y estrategias de los cuales el primero se centra en las

predisposiciones personales para afrontar situaciones, en síntesis, los estilos de afrontamiento son disposiciones que llevan a pensar y actuar parcialmente tranquilo ante diversos contextos. Luego mencionan estrategias de afrontamiento, los cuales explican cómo procesos concretos son utilizados dependiendo del contexto donde se encuentra el individuo, estos pueden ser muy cambiantes debido a las situaciones desencadenantes.

Asimismo, propusieron un modelo que busca la integración en tres dimensiones básicas; el primero es el método empleado, donde el afrontamiento activo es el encargado de movilizar los esfuerzos para diferentes soluciones y el afrontamiento pasivo, se caracteriza porque el individuo no hace algún esfuerzo por cambiar la situación solo espera que cambien las condiciones o trata de evadir el escenario en el que se encuentra y sus consecuencias.

El segundo, es focalización del afrontamiento haciendo énfasis en el problema, donde se busca modificar situaciones responsables de la amenaza, el estilo centrado en la emoción, explora como disminuir o suprimir el fastidio emocional y el estilo centrado en cambiar la evaluación del problema.

Modelo de Carver y Scheier del afrontamiento

Ortega, Valz y Lezama en el 2001, exponen el afrontamiento situacional donde se explica como el afrontamiento puede variar de un momento a otro en relación a su interacción con el ambiente. Por otro lado, manifiestan el afrontamiento disposicional como la manera para desarrollar hábitos cotidianos para confrontar circunstancias generadoras de estrés.

Modelo de Lipowsky

Lipowsky (1970) explica el afrontamiento centrándolo en la enfermedad, siendo los esfuerzos cognitivos y motoras que un individuo enfermo maneja para proteger su

integridad física y psíquica. También describe categorías que hacen énfasis en el significado de la enfermedad, las cuales reflejan algunas características sociodemográficas:

Enfermedad como desafío; en este concepto la enfermedad se consideró como otro escenario cotidiano de la vida, por la cual se impone demandas y una direccionalidad específica para sobrellevar esta incapacidad. Así mismo en este concepto, la forma como se ve la enfermedad inspira que el individuo genere estrategias de afrontamiento activas y adaptativas, por ello las personas que tienen el concepto de enfermedad como un desafío suelen tener actitudes de resolución.

Enfermedad como enemigo; en este concepto se va a tomar a la enfermedad como intrusos enemigos ya sean internos o externos, por ende, esta forma de percibir la enfermedad dirigirá a la persona a tener consecuencias emocionales (ansiedad, miedo, mal humor). Estas consecuencias emocionales logran predisponer a la lucha, huida o rendirse por indefensión; así mismo en el punto de vista patológica extrema, estas consecuencias pueden llevar a la persona a un estado paranoide.

Afrontamiento y el resultado del proceso

Para hacer énfasis en la efectividad de los procesos de afrontamiento, se tiene que tener en cuenta que cabe la posibilidad, de que funcionen de manera efectiva o simplemente no funcionen en determinadas personas, contextos u ocasiones. Por lo cual esto significa que ninguna estrategia que sea utilizada, se puede considerar mejor que otra; teniendo en cuenta que la efectividad de las estrategias se determina por los resultados en un contexto determinado y por sus repercusiones a largo plazo (Lazarus et al. ,1986).

Es por ello, que centrándonos en el contexto de la enfermedad existen estrategias como negación o evitación que son consideradas como poco efectivas, ya que la persona desiste la idea de centrarse en el problema. Esta concepción discrepa con las

conceptualizaciones de enfoque psicoanalítico, el cual explica que las personas que siempre se encuentran realizando conductas cognitivas para modificar el origen de estrés (estrategias centradas en el problema), están en un estado de guardia, lo cual puede originar pérdida de energía e incluso depresión.

Estrategias de Afrontamiento

Cassaretto y Chau en el año 2016, explican cómo se dividen las estrategias de afrontamiento en 15 y los agrupan en estilos de afrontamiento:

El primero es el estilo orientando a la tarea, dentro de este grupo se encuentra el afrontamiento activo, caracterizado por acciones directas que incrementan los esfuerzos para reducir resultados negativos, retirar o prevenir el suceso estresor. Por otro lado, la planificación es el análisis cognitivo para enfrentar el estresor, creando estrategias de acción pensado en el suceso e instaurando el más adecuado para frenar el problema.

Dentro de este primer estilo también está, la contención del afrontamiento donde se espera la mejor oportunidad para confrontar y manipular el suceso estresor; luego está supresión de actividades, donde se suspende y/o abandona proyectos para impedir distracciones con el objetivo de controlar el estresor. La reinterpretación positiva y crecimiento, se encarga de valorar el problema desde una perspectiva positiva atribuyendo como favorable en la experiencia intrapersonal.

Por último, la aceptación tiene dos aspectos, el inicial se ejecuta durante el período de valoración primaria cuando se acepta el problema y el segundo consiste en aceptar cohabitar con el estresor porque es permanente.

El segundo estilo es el orientado a lo social-emocional; dentro de este grupo encontramos el enfocar y la liberación de emociones, centrados en focalizarse en secuelas emocionales desagradables y hablar abiertamente estas emociones.

Asimismo, la estrategia búsqueda de apoyo social por razones instrumentales busca el soporte, recomendación e indagación en los demás para solucionar el problema y la estrategia búsqueda de apoyo social por razones emocionales, busca soporte, empatía y comprensión para reducir la reacción emocional negativa

El tercer estilo es orientado a la evitación, encontramos al desentendimiento mental, donde el individuo admite que diversas actividades distraigan su evaluación cognitiva del problema; luego la estrategia desentendimiento conductual, es la disminución del esfuerzo que se realiza a la situación de estrés, permitiendo que la situación continúe perturbándolo. También se encuentra estrategia de negación, el cual consiste en omitir que el estresor existe y/o comportándose como si no existiera el evento estresante.

Por último, diversas investigaciones se localizan en estilos diferentes, el afrontamiento religioso, el uso del humor y el uso de sustancias.

2.2.3. Definición de la depresión

Según la OMS (2017) define depresión como un trastorno mental, el cual es manifestado mediante tristeza, pérdida del placer, sentimientos de culpa, trastornos del sueño y/o apetito, los cuales pueden obstruir las actividades cotidianas de la persona.

Vázquez, Muñoz y Becoña en el año 2000; lo definieron como un trastorno del estado de ánimo (TEA) donde hace referencia a las diversas circunstancias clínicas, caracterizados por sus constantes cambios de ánimo y afecto. Los TEA suelen caracterizarse por un estado de ánimo deprimido o en algunas circunstancias eufórico. Estas variaciones patológicas, ya sea depresión o euforia, se diferencian de los estados de ánimos normales por la intensidad, duración y su vínculo con diversos síntomas clínicos lo que genera un impacto sobre el funcionamiento de la persona.

Teorías conductuales de la depresión La disminución del refuerzo positivo

Lewinsohn, Muñoz, Youngren y Zeiss en 1986; manifiesta la depresión como una consecuencia de la disminución del refuerzo positivo, es así que el total de refuerzo conseguido por un sujeto se basa en tres pilares; el primero nos habla del número de acontecimientos que refuerza, el segundo sobre el número de reforzadores y por último las habilidades que cada uno tiene para reforzar sus conductas. En la reformulación de esta teoría se añade la secuenciación de conexiones causales, el cual inicia cuando se manifiesta un suceso evocador de depresión, interrumpiendo los patrones de conducta automáticos, produciéndose así una disminución de refuerzos positivos y/o incrementando experiencias aversivas. Como efecto se produce un realce de conciencia, produciendo así en el sujeto dirigir la atención a la autocrítica y expectativas negativas, generando un incremento de la disforia y secuelas tipo cognitivas, interpersonales y conductuales.

Entrenamiento en autocontrol

Rehm (1977) expuso un modelo sobre autocontrol donde se compiló aspectos conductuales y cognitivos, haciendo hincapié en una mezcla sobre la consecución paulatina de la meta, administración de contingencias, auto refuerzo y rendimiento conductual. Manifestando como la de depresión se da del resultado entre recompensas y castigos, este modelo se enfoca en el refuerzo de la persona a esta relación negativa mediante respuestas cognitivas y conductuales. Por lo cual, se explica que las personas deprimidas tienen cierta predisposición a ser perfeccionistas, aspirando metas inalcanzables. Asimismo, en su entorno solo focalizan los aspectos negativos y utilizan pocos refuerzos a diferencia del autocastigo, el cual es elevado. Por ende, el modelo de entrenamiento en autocontrol indica como las situaciones positivas se dan en poca frecuencia, esto se da como resultado de sesgos cognitivos disfuncionales y déficit de estrategias de autocontrol.

Modelo depresión unipolar basado en una formulación de resolución de problemas

Nezu y Perri en el año 1989, hacen mención de la ineficacia o déficit en la forma para resolver los problemas como el comienzo y mantenimiento de la depresión, también se menciona que este déficit puede generar en la persona una respuesta de afrontamiento ineficaz, los que se dan bajo altos niveles de estrés.

Asimismo, señalaron que la depresión podía originarse por la privación en cualquiera de los componentes de las estrategias de solución de problemas.

Modelos cognitivos de la depresión Modelo cognitivo estándar

Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero (2010) mencionan modelos de vulnerabilidad que se han utilizado con más frecuencia para explicar la depresión, como la 'diátesis-estrés' planteando así que coexisten diversas razones de vulnerabilidad psicológica, estos persisten ocultos en el sujeto por ello cuando sucede alguna situación estresante genera un incremento de sufrir un trastorno depresivo.

Aron Beck (1967) enfatiza un modelo de corte clínico, el cual plantea una serie de elementos causales, el primer eslabón hace énfasis a las causas más alejadas tales como, experimentar situaciones negativas en temprana edad donde se producen los esquemas o actitudes disfuncionales, asimismo la causa más próxima sería una experiencia traumática donde se iniciaría los esquemas disfuncionales y los sesgos en el procesamiento, generando pensamientos negativos donde el sujeto refleja una perspectiva negativa de sí mismo, mundo y del futuro a lo cual se denomina triada cognitiva.

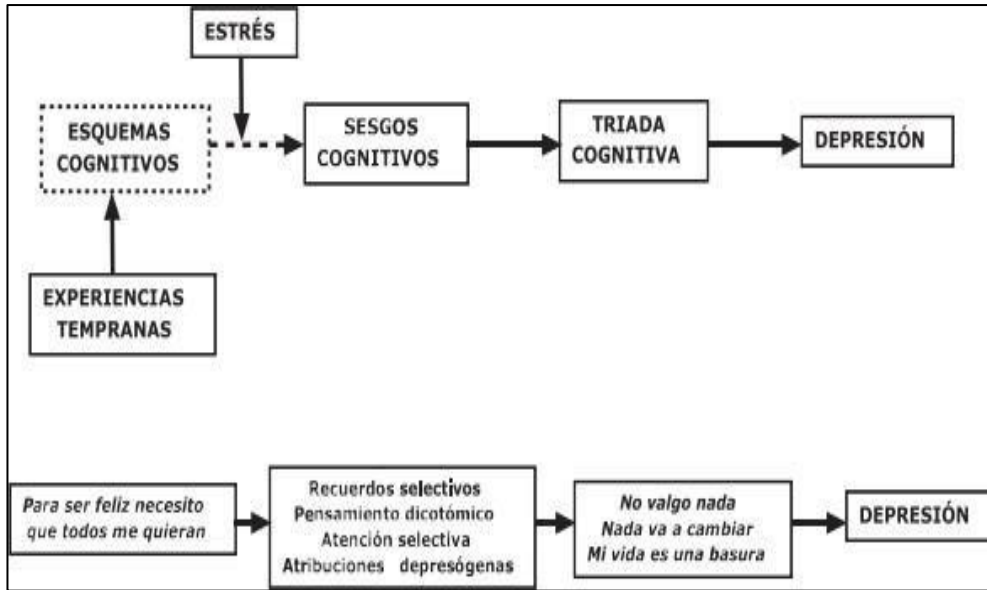


Figura 2. Modelo cognitivo estándar (Beck, 1967 ,1976). Fuente: Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero, 2010.

Teorías cognitivas de la depresión Teoría de la indefensión aprendida

Mohanty, Pradhan y Jena (2015) manifiestan la teoría para depresión propuesta por Seligman, refiriendo así que se inicia cuando el individuo no puede diferenciar la correlación entre su comportamiento y sus efectos positivos o negativos, como resultado de esto se origina la indefensión aprendida, término que hace referencia a un estado de pasividad. Asimismo, se hizo énfasis en las atribuciones realizadas a causa de la indefensión en cada individuo, las cuales varían según dimensiones.

Teoría cognitiva de Beck

Beck, Rush, Shaw y Emery (1983) hacen mención a la terapia cognitiva, el cual postula Beck en un modelo cognitivo explicando el fundamento psicológico de la depresión, mencionando el concepto de tríada cognitiva.

Por lo cual, el primer componente hace énfasis en la perspectiva negativa de la

persona en sí mismo, logrando inculpar sus vivencias negativas como una falla de sí mismo por lo cual realiza constantes autocríticas sobre sus defectos. El segundo componente se enfoca en mostrar sus vivencias de forma negativa, donde las propias interacciones con el entorno son interpretadas como relaciones de pérdida o fracaso. El último componente se refiere acerca del punto de vista negativo del futuro, el paciente manifiesta proyectos a futuro donde espera como resultado frustraciones y privaciones interminables, asumiendo así expectativas inevitablemente de fracaso.

Así mismo el modelo de esquemas donde se habla sobre la organización estructural del pensamiento depresivo, explica como el individuo depresivo persiste con actitudes que lo ponen mal emocionalmente y logran ser perjudiciales. Los errores del procesamiento de información, hacen énfasis a los errores sistemáticos manteniéndose en el paciente depresivo aceptando los conceptos negativos a pesar que exista una evidencia contraria.

El modelo cognitivo plantea una conjetura de la predisposición y desencadenamiento para la depresión, haciendo referencia las vivencias tempranas como un cimiento creador de conceptos negativos de sí mismo, el futuro y el mundo los cuales pueden permanecer activos por determinadas circunstancias. La depresión puede desencadenarse por alguna enfermedad o anomalía la cual activa la creencia latente de una vida destinada al sufrimiento; por otro lado, las situaciones extremadamente adversas no llevan a una depresión necesariamente.

Teoría depresión por desesperanza

Abramson, Alloy, Metalsky, Jolner y Sandín (1997) plantean que si se tiene estilos inferenciales negativos (vulnerabilidad cognitiva) cuando experimentan sucesos vitales negativos son vulnerables a desarrollar síntomas depresivos. La vulnerabilidad cognitiva es conformada por estándares inferenciales desadaptativos, predisposición a deducir que los componentes estables y globales son el origen de eventos perjudiciales, por lo que lo llevan a pensar que los eventos negativos presentes permanecerán en el futuro;

y la atribución de características negativas de si mismo cuando ocurren algo negativo. Por lo cual, la vulnerabilidad cognitiva es señalada como una causante para desarrollar depresión, pues se incrementa en sucesos vitales negativos.

Teoría biológica de la depresión

Casal, Caballo y Carrobles (1995) plantean desde el modelo biológico, como la depresión es vista como extraña en la regulación de ciertos sistemas neuroconductuales (facilitación conductual, inhibición conductual, grado de respuesta al estrés, ritmos biológicos). Algunos sistemas pueden generar depresión, basados en la interacción de sucesos estresantes y su vulnerabilidad biológica.

2.3. Relación entre Afrontamiento y depresión en VIH

El VIH es caracterizado por afectar el sistema inmunológico lo que conlleva al déficit del organismo, generando así vulnerabilidad a enfermedades oportunistas, asimismo el enfrentarse a estresores psicológicos, económicos, estigmatizaciones y reacciones de ansiedad, desorientación o síntomas depresivos puede afectar o empeorar su salud. Pues el paciente se enfocaría su vida en el control sobre salud, esperanza de vida, síntomas experimentados e implicaciones físicas, sociales y psicológicas del tratamiento (Cardona et al., 2015).

De esta manera las personas VIH positiva, presentan episodios de ira, irritabilidad, preocupación, negación, miedo, entre otros. Siendo los síntomas de ansiedad y depresión los reportados con más frecuencia, resaltando la depresión como un principal problema comórbido al VIH con una prevalencia entre el 20 y 79%; también se estimó que las personas con VIH y depresión tienen menos probabilidad de ser adherentes al contrario de quienes reportan depresión leve o mínima.

Es así que, la interacción entre estados emocionales negativos y el funcionamiento del sistema inmune es fundamental pues sustenta la importancia de la

evaluación del estado de ánimo en la persona VIH positiva. Cabe mencionar, que la depresión y el afrontamiento disfuncional han sido relacionados con la evolución de la infección mientras que las personas que presentan un adecuado ajuste psicológico pueden tolerar mejor el TAR y así tener un mejor bienestar.

Chakraborty, McManus, Brugh, Bebbington y King (2011) hacen énfasis en que la población HSH se enfrenta a una constante discriminación y estigmatización, en especial si su orientación sexual es homosexual o bisexual. Esta situación puede generar como resultado estrés, lo que es producto de la valoración sobre la estigmatización y discriminación como una amenaza a su integridad; así mismo pueden experimentar emociones negativas que desencadenarían problemas mentales relacionados con depresión entre otros, al no poder afrontar de forma adecuada estas situaciones estresantes.

Con lo mencionado se puede enfatizar que la población HSH que vive con VIH, se encontrarán con diversos estresores los cuales pueden ser generados por la infección del virus, por la discriminación o estigmatización por ende les resultará más complicado encontrar una estrategia de afrontamiento ante estas demandas que pueden ser percibidas como amenazante.

Tenemos que tener en cuenta que la discriminación puede ser percibida como una situación estresante, por lo que Lazarus y Launier (1978) hacen mención que una persona que se encuentre expuesta a un estado de estrés por un período largo, puede tener repercusiones de efecto negativo en la salud.

Por otro lado, cuando una persona recibe el diagnóstico sobre alguna afectación crónica en su salud, supone un gran impacto emocional dando paso a la aparición de síntomas de depresión que pueden convertirse en patología, si no desaparecen cuando la persona realiza un proceso de ajuste a su nueva situación. A esto se le añade la incertidumbre sobre cómo va evolucionar la enfermedad generando un aumento de ansiedad y depresión (Teva, Bermúdez, Hernández- Quero y Buela-Casal, 2005).

Gaviria, Quiceno, Vinaccia, Martínez y Otalvaro (2009) aluden como un diagnóstico de enfermedad crónica influye el cambio de como se ve la persona así mismo, afectando su auto concepto, por lo que su adaptación dependerá de múltiples aspectos sociodemográficos (educación, creencias religiosas, estilos de afrontamiento, patrones de personalidad). Estos aspectos se modifican en relación a conductas individuales, siendo así las experiencias emocionales influyentes en la salud física.

También se menciona, que los estados emocionales negativos pueden influir en la prolongación de infecciones y retrasar cicatrización de heridas, siendo estas experiencias el origen de información que poseen los individuos de sí mismas. Por lo tanto, el estado emocional es determinante para el fácil acceso de información, siendo así el estado de ánimo positivo o negativo en el que se encuentre hará accesibles pensamientos sobre su estado de ánimo, por ende, cuando la persona realice una evaluación de salud este podrá variar dependiendo cual sea su estado emocional.

De acuerdo a lo mencionado, puede existir relación en los estados emocionales como la depresión, con parte del afrontamiento que es llevado a cabo por una persona en un contexto que lo requiera. Tomando como referencia un diagnóstico de VIH, donde el individuo puede elegir permanecer sin hacer nada, negar la situación por la que está pasando o empezar con el tratamiento correspondiente, estas respuestas se encontrarían en diversos tipos de estrategia de afrontamiento.

Sirera, Sánches y Camps (2006) explican la relación del sistema nervioso central (SNC), el endocrino y el inmunitario. Donde mencionan la interacción de los tres sistemas, como las variaciones inmunológicas provocadas por eventos estresores que causan cambios perjudiciales en la salud. En las personas estresadas incrementa la posibilidad de sufrir enfermedades infecciosas, cambiar la severidad de las mismas o se puede alterar el efecto de las vacunas llegando a obstaculizar la curación de las heridas.

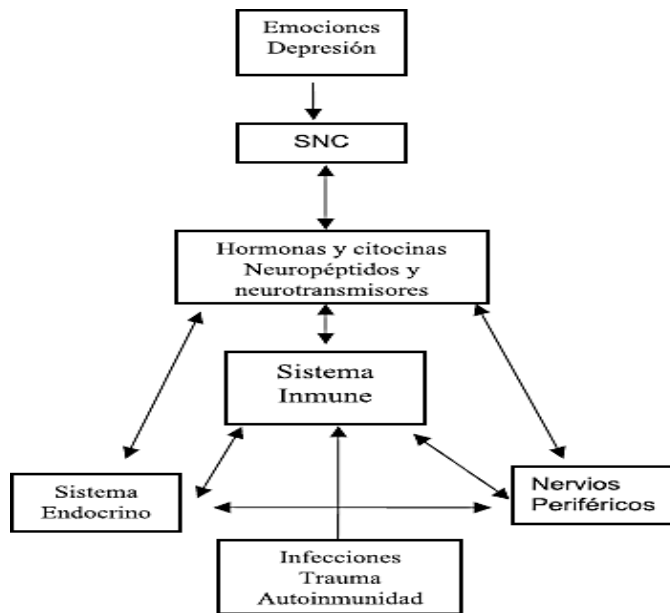


Figura 3. Interacción entre el sistema nervioso central (SNC), el endocrino y el inmunitario. Fuente: Sirera, Sánchez y Camps, 2006.

Navas y Zapata (2009) también manifiestan que el sistema inmune puede modular la respuesta de los neurotransmisores a nivel central como la respuesta del sistema endocrino, la interacción no solo explica los cambios en el impacto de eventos estresantes, sino también en los síntomas que tienen los individuos con depresión. Así mismo la relación de la depresión con las funciones inmunológicas, ha demostrado variables sociodemográficas influyentes (la edad, el sexo, estado ambulatorio y la severidad de los síntomas depresivos).

Con lo mencionado antes, es fundamental precisar la importancia sobre la teoría que postula Lazarus y Lazarus en el año 1994, donde se hace referencia del afrontamiento como manifestaciones cognitivas y conductuales las cuales buscan ajustar el estrés y las emociones, siendo así el afrontamiento encargado de moldear las emociones, siendo su función importante regularlas una vez generadas y buscar a su vez resolver los problemas.

Lazarus y Launier (1978) refieren que la característica determinante de respuesta a un suceso estresor, es la valoración individual de la situación. Por lo cual un suceso puede ser percibido como una pérdida, amenaza o reto, es la estimación individual del evento lo que estimula un conjunto particular de reacciones de afrontamiento.

Por ende, se puede inferir que los HSH que tienen VIH tendrían una mayor predisposición a tener eventos estresantes ya sea por la infección, la estigmatización o diversos aspectos sociodemográficos. Es por ello que dependerá del estado emocional y el tipo de estrategia que utilice para emitir una respuesta al evento estresante, las respuestas podrán tener un efecto positivo en relación a la infección, se podrá prolongar la infección o retardar la cicatrización de heridas. Es aquí donde se evidencia la relación del afrontamiento con su influencia en el proceso salud-enfermedad; al igual que la depresión como un estado emocional negativo, donde se establece el alcance de la información, es así que el ánimo negativo dará pasos a pensamientos negativos e influirá en el estado de la persona con VIH.

2.4. Definición conceptual de la terminología empleada

HSH: Hace mención de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, donde comprende homosexuales, bisexuales y heterosexuales que logran tener en ocasiones relaciones sexuales con hombres (UNESCO, 2006).

Antirretroviral (ARV): medicamento empleado para impedir la multiplicación de un retrovirus, como el VIH. (MINSA,2018)

Tratamiento Antirretroviral (TARV): consiste en una combinación de tres o más medicamentos antirretrovirales, que permite la disminución de la carga viral en sangre hasta niveles indetectables. (MINSA,2018)

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo de investigación

Según Bernal (2010), la presente investigación es tipo correlacional teniendo como finalidad examinar la asociación entre las variables afrontamiento y depresión, donde el cambio en un factor influye de alguna manera en otro.

El presente estudio tendrá un enfoque cuantitativo, puesto se maneja la recolección de datos para probar hipótesis teniendo una base con medición numérica y análisis estadístico, teniendo como fin probar teorías (Hernández, Fernández y Baptista, 2014)

3.1.2. Diseño de estudio

Según grado de control de variables, el estudio es observacional porque no se manipularán las variables. Así mismo según el número de cálculos de las variables tendrá un diseño transversal porque las variables de estudio serán medidas una sola vez (Hernández et al., 2014).

3.2. Población y muestra

Población objetivo

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, infectados con VIH en Lima Sur.

Población accesible

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, infectados con VIH que concurren al centro materno infantil San José de la Dirección de redes de salud de Lima

sur.

Población elegible:

Criterios de inclusión:

- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, que sean homosexual
- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, que sean transgénero
- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mayores de 18 años
- Hombres con VIH
- Hombres que reciben el diagnóstico de VIH
- Hombres adscritos a un tratamiento ante el VIH

Criterios de exclusión:

- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, que sean bisexual
- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, que sean transexual
- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, que sean travesti
- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, que sean intersexual
- Participantes sin nivel de secundaria culminado
- Participantes con limitaciones fisiológicas
- Participantes con limitaciones psicológicas
- Participantes que vivan fuera de Lima Sur
- Participantes menores de 18 años

Muestra

Por ser un grupo de personas clave las cuales se encuentran en un estado vulnerable, ya que no se tiene acceso a la información sobre la población total. El tamaño muestral fue determinado por el investigador en base al promedio de asistentes en los últimos tres meses a un centro de salud en Villa el Salvador, así mismo, se obtuvo

mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que el grupo de participantes fue conformado por los sujetos disponibles en el momento (Sampieri, 2010).

Con lo mencionado, el número de sujetos conformados en la muestra se obtuvo en consideración a la asistencia mensual de 30 personas aproximadamente al centro de salud, realizándose la aplicación de las pruebas en este tiempo determinado por lo que el número de sujetos conformados en la muestra fue de 106 personas de los cuales, según su preferencia sexual, 75.5% son homosexuales y el 24.5 % transgénero. Asimismo, el mayor porcentaje en el rango de edad es de 50,0% donde se hallan persona de 20 a 40 años y el menor porcentaje es de 1,9 % donde se encuentran persona entre 40 a 65 años de edad. Según su nivel de educación se muestra mayor porcentaje en el nivel secundario con 42,5 % y superior no universitario con 27,4 %; además en los resultados de tratamiento psicológico el 68,9 % si llevo tratamiento psicológico tal y como se exponen en las siguientes tablas.

Tabla 5

Distribución de la muestra según preferencia sexual

Preferencia sexual	Fr	%
Homosexual	80	75.5
Transgénero	26	24.5
Total	106	100.0

Tabla 6

Distribución de la muestra según edad

Edad	Fr	%
18-20	51	48.1
20-40	53	50.0
40-65	2	1.9
Total	106	100.0

Tabla 7

Distribución de la muestra según nivel de educación

Nivel de educación	Fr	%
Sin nivel y/o inicial	1	.9
Primaria	4	3.8
Secundaria	45	42.5
Superior no		
Universitario	29	27.4
Superior universitario	27	25.5
Total	106	100.0

Tabla 8

Distribución de la muestra según tratamiento psicológico

Tratamiento Psicológico	Fr	%
SI	73	68.9
NO	33	31.1
TOTAL	106	100.0

3.3. Hipótesis

3.3.1. *Hipótesis general*

HG: Existe relación significativa entre afrontamiento y depresión en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, infectados con VIH de Lima Sur.

3.3.2. *Hipótesis específicas*

H1: Existe relación significativa entre los componentes de afrontamiento y depresión en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, infectados con VIH de Lima Sur.

H2: Existen diferencias significativas al comparar la variable depresión según orientación sexual, tratamiento psicológico, edad y nivel de educación en hombres tienen relaciones

sexuales con hombres, infectados con VIH de Lima Sur.

H3: Existen relación significativa al comparar la variable afrontamiento según orientación sexual, tratamiento psicológico, edad y nivel de educación en hombres tienen relaciones sexuales con hombres, infectados con VIH de Lima Sur.

3.4. Variables

Variable 1: Afrontamiento

Definición conceptual

Precisan al afrontamiento como esfuerzos cognitivos y conductuales inconstantes, para manejar demandas son estimadas como negativas. (Lazarus y Folkman, 1986).

Definición operacional

Puntaje obtenido que indica la estrategia de afrontamiento utilizada

Variable 2: Depresión

Definición conceptual

Se explica en la triada cognitiva basada en visión intrapersonal negativa, esquemas cognitivos influyentes y fallas en el procesamiento de información donde se conserva la creencia en esquemas cognitivos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).

Definición operacional

Puntaje obtenido que evidencia el nivel de depresión

Variables sociodemográficas

Preferencia sexual, Edad, Nivel de educación, Tratamiento psicológico

Tabla 9

Operacionalización de las variables

Variable	Dimensiones / Niveles	Tipo de respuesta	Escala medicio	Ítems/ puntajes	Instrumento
Afrontamiento	Afrontamiento Activo	Politómica	Nominal	5,25,47,58	Inventario multidimensi onal de estimación del afrontamient o (COPE)
	Planificación			19,32,39,56	
	Contención del afrontamiento			10,22,41,49	
	Supresión de actividades			15,33,42,55	
	Re-interpretación positiva y cre.			1,29,38,59	
	Aceptación			13,21,44,54	
	Enfocar y liberar emociones			3,17,28,46	
	Búsqueda de SS razones inst.			4,14,30,45	
	Búsqueda de SS razones emo.			11,23,34,52	
	Desentendimiento mental			2,16,31,43	
	Desentendimiento conductual			9,24,37,51	
	Negación			6,27,40,57	
	Afrontamiento religioso			7,18,48,60	
	Uso del humor			8,20,36,50	
Uso de subst.	12,26,35,53				
Depresión	Muy bajo	Politómica	Nominal	1	Inventario Depresión de Beck (BDI-II)
	Bajo			2 a 4	
	Promedio			5 a 15	
	Alto			16 a 21	
	Muy alto			22 a +	

3.5. Métodos y técnicas de investigación

3.5.1. Ficha técnica del instrumento para medir estrategias de afrontamiento

a) Inventario multidimensional de estimación del afrontamiento

Nombre : El Inventario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento (COPE)

Autores : Carver., Scheier y Weintraub

Año : 1989

Administración : Individual y colectiva

Número de ítems : 60

Aplicación : Adultos

Adaptación : Chau y Cassaretto (2016)

Institución : Pontificia Universidad Católica del Perú

Finalidad : Evaluar las diferencias individuales en las respuestas de afrontamiento.

Validez y confiabilidad original:

Respecto a sus propiedades psicométricas en la adaptación realizada por Cassaretto y Chau (2016) analizaron la confiabilidad mediante el coeficiente Alfa de Cronbach obteniendo puntajes que fluctúan 0.53 para estrategia desentendimiento mental y 0.91 uso del humor. Por otro lado, en la validez, el análisis factorial exploratorio con rotación oblicua obtuvo un KMO de 0.80 ($P < 0.001$) y una varianza de 65.15% que explica los 15 factores. Ciertos rangos de las correlaciones ítems-test arrojaron 0.69-0.89 para la estrategia del humor, 0.62-0.81 uso de drogas, 0.58-0.74 planificación y 0.14-0.46 afrontamiento activo. En la evaluación de la validez se realizó un análisis factorial exploratorio con rotación oblicua y extracción de componentes principales, donde se alcanzaron valores adecuados ($KMO = 0.798$, $p = 0.01$; $\chi^2 = 8529.48$; $gl = 1770$, $p < 0.01$).

3.5.2. Ficha técnica del instrumento para medir niveles depresión

b) El Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

Nombre	: Inventario de depresión de Beck – II (BDI – II)
Autores	: Aaron Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown
Año	:1996
Adaptación	: Espinoza (2016)
Administración	: Individual, colectiva y autoadministrable
Institución	: Autónoma del Perú
Finalidad	: Evaluar la gravedad de sintomatología depresiva desde dimensiones: -Área afectiva, área emocional, área física, área conductual.

Actualmente el instrumento cuenta con una adaptación a la realidad peruana, es por ello se utilizó la adaptación de Espinoza (2016) quien realizó un estudio de validez y confiabilidad para el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en población universitaria y pacientes hospitalarios en Lima Sur ajustándose a la realidad de la presente investigación.

En Perú, Vega, Coronado y Guido (2014) examinaron la validez del inventario de depresión de Beck – BDI en pacientes hospitalizados, así mismo; Espinoza (2016), adapta al contexto peruano el BDI-II, el cual cuenta con 21 ítems, realizando el estudio de validez y confiabilidad, en población universitaria de Lima sur y en pacientes hospitalarios de Lima Sur, a partir del cual, mediante el análisis factorial confirmatorio se identificaron la dimensión cognitiva, física/conductual, y afectiva emocional. Espinoza (2016) con el Alpha de Cronbach identificó un coeficiente .927 superior a 0.80 para el nivel general, evidenciando ser altamente confiable, así mismo, se identificó la validez de contenido que oscila entre .80 = .1.00 para los 21 ítems del inventario, con una V de Aiken con coeficientes altamente significativos en todos los reactivos. Los resultados presentados anteriormente evidencian que el Inventario presenta propiedades psicométricas aceptables.

3.6 Análisis estadísticos e interpretación de los datos

En primera instancia, utilizó los instrumentos en su más reciente adaptación y ajustándose a la realidad peruana; luego se realizó el trámite de la carta de presentación para la investigadora de la universidad Autónoma del Perú. Posteriormente, se expuso el proyecto de investigación al comité de investigaciones de la dirección de redes integradas de salud (DIRIS) de Lima Sur para una sustentación del proyecto, el cual fue aprobado brindando así el acceso parcial a los datos requeridos y permiso para la aplicación de pruebas.

También, se solicitaba el permiso diario al técnico enfermero de turno en el centro materno infantil San José con un documento brindado por la DIRIS de Lima Sur, luego se procede a recolectar datos mediante una ficha sociodemográfica (anexo 2) de los pacientes infectados con VIH donde las edades fluctúen entre 18 y 60 que acuden a consulta, con la finalidad de codificar los datos recolectados, así mismo, se procedió a brindar un documento informativo a los participantes teniendo como propósito tener el consentimiento del sujeto (anexo 1) para participar del estudio de forma voluntaria.

Finalmente, se procedió la aplicación de los instrumentos (anexo 3 y 4) a los participantes, donde la recolección de datos fue de manera colectiva durando unos 25 minutos aproximadamente.

Una vez obtenida la información recolectada, mediante los instrumentos aplicados para la presente investigación se pasó a procesar en un excel y luego los datos estadísticos exportados al programa estadístico (SPSS), versión 24.0 donde se diseñó una base de datos. Por otro lado, se manejó el estadístico Kolmogorov-Smirnov para ver distribución de la muestra, este análisis determino usar los estadísticos no paramétricos, asimismo, para el análisis de diferencias entre dos o más grupos se trabajó con U de Mann Whitney y Kruskal- Wallis. Finalmente, en la contratación de hipótesis general se empleó la prueba estadística rho de Spearman en base a su normalidad.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1. Análisis descriptivo de las variables

Análisis descriptivo de la variable afrontamiento

Tabla 10

Estadísticos descriptivos de la variable afrontamiento

	Media	Mediana	Moda	Asimetría	Curtosis
Afrontamiento activo	10.52	10.00	10	.143	-.558
Planificación	11.12	11.00	12	-.370	-.279
Contención de afrontamiento	9.72	10.00	10	.353	.180
Supresión de actividades	9.50	9.00	8	.642	.516
Re- interpretación positiva y crecimiento	12.17	12.00	12	-.559	-.023
Aceptación	10.44	10.00	8	.012	-.811
Enfocar y liberar	8.92	8.00	7	.694	-.082
Búsqueda de SS razones instrumentales	10.29	11.00	11	-.182	-.719
Búsqueda de SS razones emocionales	9.48	10.00	12	.345	-.208
Desentendimiento mental	9.67	10.00	11	-.179	-.162
Desentendimiento conductual	6.97	7.00	5	.586	-.483
Negación	8.20	8.00	9	.407	-.151
Afrontamiento religioso	10.33	11.00	13	-.348	-.964
Uso del humor	8.66	8.00	7	.636	-.591
Uso de sustancias	5.46	4.00	4	2.181	4.703

En la tabla 10, se observa la media de diferentes estrategias, la re-interpretación positiva la más usada con una media de 12,17, mientras que las estrategias menos usadas son, desentendimiento conductual con una media de 6.97 y uso de sustancias con una media de 5,46. Las estrategias planificación, re-interpretación positiva y crecimiento, búsqueda de SS razones instrumentales, desentendimiento mental y afrontamiento religioso presentan una curva asimétricamente negativa ($g_1 < 0$) mientras que en las demás una curva asimétricamente positiva ($g_1 > 0$).

Contrastación de hipótesis

Tabla 11

Prueba de normalidad

Estrategias de afrontamiento	Estadístico	N	Sig.
Afrontamiento activo	,118	106	,001
Planificación	,115	106	,001
Contención de afrontamiento	,125	106	,000
Supresión de actividades	,164	106	,000
Re-interpretación positiva y crecimiento	,107	106	,005
Aceptación	,105	106	,006
Enfocar y liberar emociones	,141	106	,000
Búsqueda de SS razones instru.	,101	106	,010
Búsqueda de SS razones emocionales	,094	106	,022
Desentendimiento mental	,129	106	,000
Desentendimiento conductual	,141	106	,000
Negación	,105	106	,006
Afrontamiento religioso	,148	106	,000
Uso del humor	,157	106	,000
Uso de Substancias	,352	106	,000

En la tabla 11 se muestra la prueba de normalidad mediante la prueba de Kolmogorov- Smirnov mostrando el valor de significancia menor a 0.05, lo cual nos indica que la distribución no se ajusta a la curva normal, por lo tanto, se utilizará estadísticos no paramétricos.

Tabla 12

Estrategias de afrontamiento según preferencia sexual

Estrategias de afrontamiento	Preferencia sexual	n	Rango promedio	Suma de rangos	U	Sig.
Afrontamiento activo	Homosexual	80	54,43	4354,50	965,500	,582
	Transgénero	26	50,63	1316,50		
Planificación	Homosexual	80	55,06	4405,00	915,000	,356
	Transgénero	26	48,69	1266,00		
Contención de afrontamiento	Homosexual	80	55,84	4467,00	853,000	,166
	Transgénero	26	46,31	1204,00		
Supresión de actividades	Homosexual	80	53,58	4286,00	1034,000	,964
	Transgénero	26	53,27	1385,00		
Re- interpretación positiva	Homosexual	80	55,07	4405,50	914,500	,353
	Transgénero	26	48,67	1265,50		
Aceptación	Homosexual	80	56,95	4556,00	764,000	,042
	Transgénero	26	42,88	1115,00		
Enfocar y liberar emociones	Homosexual	80	52,40	4192,00	952,000	,515
	Transgénero	26	56,88	1479,00		
Búsqueda de SS razones instrumentales	Homosexual	80	53,82	4305,50	1014,500	,851
	Transgénero	26	52,52	1365,50		
Búsqueda de SS razones emocionales	Homosexual	80	52,27	4181,50	941,500	,468
	Transgénero	26	57,29	1489,50		
Desentendimiento mental	Homosexual	80	53,01	4240,50	1000,500	,770
	Transgénero	26	55,02	1430,50		
Desentendimiento conductual	Homosexual	80	53,85	4308,00	1012,000	,835
	Transgénero	26	52,42	1363,00		
Negación	Homosexual	80	55,47	4437,50	882,500	,244
	Transgénero	26	47,44	1233,50		
Afrontamiento religioso	Homosexual	80	54,08	4326,50	993,500	,731
	Transgénero	26	51,71	1344,50		
Uso del humor	Homosexual	80	52,90	4232,00	992,000	,723
	Transgénero	26	55,35	1439,00		
Uso de sustancias	Homosexual	80	50,39	4031,00	791,000	,033
Total		106				

En la tabla 12 se evidencia el análisis comparativo según la U de Mann Whitney. Los resultados evidencian que existen diferencias significativas ($p > .05$) entre las estrategias de afrontamiento aceptación y uso de sustancias con la variable preferencia sexual. Se evidencia mayor índice en la preferencia sexual homosexual.

Tabla 13

Estrategias de afrontamiento según tratamiento psicológico

Estrategias de afrontamiento	Tratamiento Psicológico	N	Rango promedio	Suma de rangos	U	Sig.
Afrontamiento activo	SI	73	56,10	4095,50	1014,500	,192
	NO	33	47,74	1575,50		
Planificación	SI	73	57,64	4208,00	902,000	,038
	NO	33	44,33	1463,00		
Contención del afrontamiento	SI	73	52,77	3852,00	1151,000	,712
	NO	33	55,12	1819,00		
Supresión de actividades	SI	73	55,19	4029,00	1081,000	,393
	NO	33	49,76	1642,00		
Reinterpretación positiva y cre.	SI	73	57,78	4218,00	892,00	,032
	NO	33	44,03	1453,00		
Aceptación	SI	73	55,87	4078,50	1031,500	,236
	NO	33	48,26	1592,50		
Enfocar y liberar emo.	SI	73	51,82	3782,50	1081,500	,398
	NO	33	57,23	1888,50		
Búsqueda de razones instr.	SI	73	53,62	3914,00	1196,000	,954
	NO	33	53,24	1757,00		
Búsqueda de razones emo.	SI	73	53,64	3916,00	1194,000	,943
	NO	33	53,18	1755,00		
Desentendimiento mental	SI	73	54,08	3947,50	1162,500	,772
	NO	33	52,23	1723,50		
Desentendimiento conductual	SI	73	52,07	3801,00	1100,000	,471
	NO	33	56,67	1870,00		
Negación	SI	73	51,04	3726,00	1025,000	,217
	NO	33	58,94	1945,00		
Afrontamiento religioso	SI	73	54,84	4003,00	1107,000	,504
	NO	33	50,55	1668,00		

Uso del humor	SI	73	54,99	4014,50	1095,500	,455
	NO	33	50,20	1656,50		
Uso de sustancias	SI	73	53,31	3891,50	1190,500	,911
	NO	33	53,92	1779,50		
Total		106				

En la tabla 13 se presenta el análisis comparativo según la U de Mann Whitney. Los resultados muestran que existen diferencias significativas ($p > .05$) entre las estrategias de afrontamiento planificación, reinterpretación positiva y crecimiento con la variable tratamiento psicológico. Así también, se presenta mayor puntuación en SI al tratamiento psicológico.

Tabla 14

Estrategias de afrontamiento según edad

	Edad	N	Rango p.	H de K.	Sig.
A. activo	18-20	51	58,33	3,804	,149
	20-40	53	49,94		
	40-65	2	24,50		
Planificación	18-20	51	55,18	,879	,644
	20-40	53	52,56		
	40-65	2	35,75		
Contención del afront	18-20	51	60,26	8,841	,012
	20-40	53	48,82		
	40-65	2	5,00		
Supresión de actividad	18-20	51	58,38	2,552	,279
	20-40	53	48,96		
	40-65	2	49,25		
Re- inter. positivo crecimiento	18-20	51	58,88	4,805	,091
	20-40	53	49,57		
	40-65	2	20,50		
Aceptación	18-20	51	59,28	6,328	,042
	20-40	53	49,48		
	40-65	2	12,50		
Enfocar liberar emociones	18-20	51	62,36	8,278	,016
	20-40	53	45,28		
	40-65	2	45,25		
Búsqueda razones	18-20	51	56,97	1,382	,501
	20-40	53	50,56		

instrument.	40-65	2	43,00		
Búsqueda	18-20	51	58,57		
razones	20-40	53	48,10	3,450	,178
emocionales	40-65	2	67,25		
Desentendimient	18-20	51	58,54		
mental	20-40	53	49,19	2,896	,235
	40-65	2	39,25		
Desentendimient	18-20	51	54,17		
conductual	20-40	53	52,58	,195	,907
	40-65	2	61,00		
Negación	18-20	51	56,39		
	20-40	53	50,68	,913	,633
	40-65	2	54,50		
Afrontamiento	18-20	51	50,32		
religioso	20-40	53	57,32	2,254	,324
	40-65	2	33,25		
Uso del humor	18-20	51	53,90		
	20-40	53	53,56	,304	,859
	40-65	2	41,75		
Uso de	18-20	51	55,11		
substancias	20-40	53	51,11	2,050	,359
	40-65	2	75,75		

En la tabla 14 se muestra el análisis comparativo según la H de Kruskal- Wallis. Los resultados indican que existen diferencias significativas ($p > .05$) entre las estrategias contención del afrontamiento, aceptación, enfocar y liberar emociones con la variable edad. En cuanto a las estrategias contención del afrontamiento, aceptación, enfocar y liberar emociones el mayor puntaje lo presenta las personas con edad entre los 20 a 40 años, así también la edad de 18 a 20 años.

En la tabla 23 (anexo 5), se muestra el análisis comparativo según la H de Kruskal- Wallis. Los resultados evidencian que existen diferencias significativas ($p > .05$) entre las estrategias afrontamiento activo, re-interpretación positiva y aceptación de la con la variable nivel de educación. En cuanto a las estrategias de afrontamiento activo, re-interpretación positiva y aceptación se presenta mayor puntaje en las personas con educación secundaria seguido de educación superior no universitario y superior universitario.

4.2. Análisis descriptivo de la variable depresión

Tabla 15

Estadísticos descriptivos de la variable depresión

Depresión	
Media	10.52
Mediana	8.00
Moda	1 ^a
Desv.	8.793
Asimetría	.903
Curtosis	.103

En la tabla 15 se muestra los estadísticos descriptivos de la variable depresión con una media de 10.52 y desviación estándar de 8.793. Así también, se observa una curva asimétricamente positiva ($g_1 > 0$) y una distribución Leptocúrtica ($g_2 > 0$).

Tabla 16

Frecuencia de la depresión

Niveles de depresión	N	%
Depresión mínima	71	67,0
Depresión leve	19	17,9
Depresión moderada	9	8,5
Depresión severa	7	6,6
Total	106	100,0

En la tabla 16, la depresión mínima es representada por el 67.0% con mayor frecuencia, asimismo el 17.9% puntúa depresión leve. Por otro lado, la depresión moderada se estima en el 8,5% mientras que la depresión severa presenta 6.6%.

Contrastación de hipótesis

Tabla 17

Prueba de normalidad

	Estadístico	N	Sig.
Depresión	,135	106	,000

En la tabla 17, se muestra la prueba de normalidad mediante la prueba de Kolmogorov- Smirnov mostrando el valor de significancia menor a 0.05, lo cual nos indica que la distribución no se ajusta a la curva normal, por lo tanto, se utilizará estadísticos no paramétricos.

Tabla 18

Depresión según preferencia sexual

	Preferencia sexual	n	Rango promedio	Suma de rangos	U	Sig.
Depresión	Homosexual	80	54,58	4366,50	953,500	,525
	Transgénero	26	50,17	1304,50		
	Total	106				

En la tabla 18, se observa el análisis comparativo según la U de Mann Whitney. Los resultados muestran que no existen diferencias significativas ($p > .05$) entre la variable depresión con la variable preferencia sexual.

Tabla 19

Depresión según tratamiento psicológico

	Tratamiento psicológico	N	Rango promedio	Suma de rango	U	Sig.
Depresión	SI	73	54,33	3966,00	1144,000	,679
	NO	33	51,67	1705,00		
	Total	106				

En la tabla 19, se evidencia el análisis comparativo según la U de Mann Whitney. Los resultados muestran que no existen diferencias significativas ($p > .05$) entre la variable depresión con la variable tratamiento psicológico.

Tabla 20

Depresión según la variable edad

	Edad	N	Rango promedio	H de Kruskal-Wallis	Sig.
Depresión	18-20	51	60,31	7,193	,027
	20-40	53	48,42		
	40-65	2	14,50		
	Total	106			

En la tabla 20, se evidencia el análisis comparativo según la H de Kruskal- Wallis. Los resultados observan que existen diferencias significativas ($p > .05$) entre la variable depresión con la variable edad. En cuanto a la depresión el mayor puntaje lo presenta las personas con edad entre 20 a 40 años, asimismo entre la edad de 20 a 18 años.

Tabla 21

Depresión según la variable nivel de educación

	Nivel educación	n	Rango promedio	H de Kruskal-Wallis	Sig.
Depresión	Sin nivel y/o inicial	1	79,50	9,109	,058
	Primaria	4	50,75		
	Secundaria	45	48,93		
	Superior no universitario	29	46,67		
	Superior universitario	27	67,89		
	Total	106			

En la tabla 21, se evidencia el análisis comparativo según la H de Kruskal- Wallis. Los resultados observan que no existen diferencias significativas ($p > .05$) entre la variable depresión y la variable nivel de educación.

4.3. Análisis correlacional de ambas variables

Tabla 22

Análisis de relación entre estrategias de afrontamiento y depresión

	Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)	N		
Rho de Spearman	Afrontamiento	,248*	,010	106	
	Activo	,149	,126	106	
	Planificación	,243*	,012	106	
	Contención del afrontamiento	,155	,111	106	
	Supresión de actividades	,162	,097	106	
	Re-interpretación positiva y	,212*	,029	106	
	Crecimiento	,315**	,001	106	
	Aceptación	,083	,396	106	<i>Depresión</i>
	Enfocar y liberar Emociones	,094	,336	106	
	Búsqueda de SS	,366**	,000	106	
	razones instrumentales	,295**	,002	106	
	Búsqueda de SS	,165	,091	106	
	razones emocionales	,152	,121	106	
	Desentendimiento	,030	,757	106	
	Mental	,051	,601	106	
	Desentendimiento				
	Conductual				
	Negación				
	Afrontamiento				
	Religioso				
Uso del humor					
Uso de					
Substancias					

En la tabla 22, se presenta los resultados de las estrategias de afrontamiento y la depresión en HSH infectados con VIH de Lima Sur a través del estadístico rho de

Spearman. Se observa que existe una relación directa y estadísticamente muy significativa con un nivel de confianza de 99 % entre depresión y las estrategias de afrontamiento, desentendimiento mental (Rho de Spearman = .366 y $p < 0.01$), enfocar y liberar emociones (Rho de Spearman = .315 y $p < 0.01$) y desentendimiento conductual (Rho de Spearman = .295 y $p < 0.01$) presentando un nivel de relación baja.

Así también, existe una relación positiva y estadísticamente significativa con un nivel de confianza de 95% entre depresión y las estrategias de afrontamiento activo (Rho de Spearman = .248 y $p < 0.05$), contención del afrontamiento (Rho de Spearman = .243 y $p < 0.05$) y aceptación (Rho de Spearman = .212 y $p < 0.05$) con un nivel de relación baja.

Finalmente, entre las demás estrategias de afrontamiento y la variable depresión no se presenta una relación significativa ($p > 0.0$)

CAPÍTULO V
DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

5.1. Discusiones

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre estrategias de afrontamiento y depresión en HSH infectados con VIH de Lima Sur. El estudiar ambas variables en una población clínica es considerado relevante puesto que la depresión y el afrontamiento disfuncional han sido relacionados con la evolución de la infección (Cardona et al., 2015). También, el enfrentarse con estresores psicológicos, económicos y estigmatizaciones puede afectar o empeorar su salud.

En este estudio también es vital darle importancia a la muestra estudiada, puesto que en el Perú el mayor caso por infección de VIH es del sexo masculino, estos a su vez se concentran en grupos específicos tales como HSH con el 12% (MINSA,2018). Asimismo, siendo la infección por VIH en HSH, una población la cual se encuentra bajo el estigma de la discriminación y la exclusión social según Chakraborty et al. (2011) enfrenta un mayor porcentaje de estresores psicológicos y sociales que influye en su salud.

Los resultados evidenciaron la presencia de correlación directa y muy significativa ($p < 0.01$) entre estrategias desentendimiento mental, enfocar y liberar emociones y desentendimiento conductual y la variable depresión; así como, una relación directa y estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre depresión y las estrategias activo, contención del afrontamiento y aceptación. Es decir, que a mayor uso de las estrategias mencionadas mayor será la del nivel de depresión encontrada.

En Perú no se encontraron investigaciones previas que tengan objetivo de hallar correlación entre estrategias de afrontamiento y depresión, sin embargo, existen diversas investigaciones nacionales como internacionales que buscan evaluar las estrategias de afrontamiento o depresión independientemente con población clínica, tales como personas con VIH.

En la presente investigación se identificó que las estrategias de afrontamiento más

usadas en HSH infectados con VIH de Lima Sur eran la reinterpretación positiva y crecimiento con una media de 12,17, seguida por planificación con una media de 11.12 y afrontamiento activo con una media de 10.52. Estos resultados concuerdan parcialmente con los hallados por Huertas (2016) sobre afrontamiento al estrés en personas infectadas con VIH en una ONG de Lima, quien halló un elevado uso al afrontamiento activo (68%), reinterpretación positiva y desarrollo personal (62.5%) y en los participantes según tiempo de diagnóstico menos de 1 año a la planificación (87.5%).

En relación a esto Cassaretto y Chau (2016) nos indican que el afrontamiento activo busca acciones específicas para disminuir consecuencias negativas; la reinterpretación positiva y crecimiento por otro lado percibe el problema de forma positiva; la planificación busca el análisis cognitivo para afrontar la situación estresante mediante una estrategia de acción; por ello cabe mencionar que personas con VIH que utilizan con mayor frecuencia estas estrategias, realizan un análisis a la situación que les resulta estresante para luego poder generar un plan de acción.

Con respecto a la depresión, se identificó que la muestra presenta mayor índice en depresión mínima (67%) y menor índice en depresión severa (6.6%); estos resultados concuerdan de manera similar con los hallados en una investigación en pacientes con VIH-SIDA en un hospital de El Agustino- Lima (Delgado et al.,2017) quienes encontraron un mayor índice (38%) en depresión mínima y un menor índice (14.7%) en depresión severa. Asimismo, también coincide parcialmente con Gaviria et al. (2009) quienes hallaron en su estudio muy bajos niveles de ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en Medellín-Colombia.

Por lo cual según Cardona et al. (2015) quienes muestren un nivel de depresión mínima o leve son más probables a ser adherentes al tratamiento, lo anterior se relaciona de manera que mientras más incrementen los estados emocionales negativos más se verá influenciado el funcionamiento del sistema inmune en la persona.

Con lo relacionado a la edad, se hace énfasis que entre 25-34 años de edad las

tasas de infección del VIH en HSHS son más elevadas a nivel mundial (MSSI,2015). Con lo mencionado, en la presente investigación se observa que entre los 20 y 40 años de edad hay presencia de depresión y el uso de estrategias de enfocar y liberar emociones, aceptación y contención. Siendo años el rango de edad con mayor predominancia a nivel global de infección del VIH en HSH.

Con lo relacionado a la edad, se halló mayor índice de la muestra entre los 20-40 años de edad, donde se evidencia diferencias significativas ($p>0.05$) entre la variable edad con la depresión y uso de estrategias como enfocar y liberar emociones, contención del afrontamiento y aceptación. En contraste a lo hallado, (MSSI,2015) hace énfasis que entre los 25-34 años de edad las tasas de infección del VIH en HSHS son más elevadas a nivel mundial, por lo cual es evidenciable encontrar un mayor porcentaje en este rango de edad en relación a la infección.

Dentro de tratamiento psicológico, existe una mayor presencia (68,9%) en personas que, si llevan el tratamiento, asimismo existen diferencias significativas ($p>0.05$) entre planificación, reinterpretación positiva y crecimiento y la variable tratamiento psicológico. Con lo mencionado, Fundación Huésped (2018) resalta la importancia del tratamiento psicológico en personas con VIH/Sida, sirviendo en promover el cambio de comportamiento hacia actitudes más saludables y contribuir a disminuir el impacto psicológico. El mayor acceso a tratamiento psicológico aumenta el uso de estrategias planificación, reinterpretación positiva y crecimiento, con las cuales el paciente puede realizar un análisis cognitivo y la evaluación del problema de manera positiva para organizar las estrategias de acción y afrontar el evento estresante según Cassaretto y Chau (2016).

Respecto a la preferencia sexual, se evidencia una mayor presencia (75,5%) en las personas con VIH homosexuales, también existen diferencias significativas ($p>0.05$) entre la preferencia sexual y las estrategias aceptación y uso de sustancias. En relación a lo descrito, Fundación Huésped (2018) hace énfasis en las creencias estigmatizadas en relación al VIH, como relacionarlo a la promiscuidad, el consumo de sustancias y la

homosexualidad en el caso de varones, donde el estigma provoca resistencias emocionales muy marcadas por la relación en el VIH con componentes como el deterioro físico, muerte y la sexualidad, provocando una preexistente estructura de prejuicios, discriminación al género, la identidad, orientación sexual, estilos de vida y las prácticas de consumo y sociabilidad. Por todo lo mencionado, las personas HSH con VIH sufrirían episodios de estrés, Sirera et al. (2006) menciona que estos sucesos estresantes causan efectos negativos sobre la salud e incrementa que el efecto de vacunas no sea el esperado; guardando así la variable preferencia sexual una relación con el VIH y las estrategias que estos plantear.

5.2. Conclusiones

1. La variable estrategias de afrontamiento en HSH infectados con VIH de Lima Sur, presenta la reinterpretación como la más usada con una media de 12.17, seguida por planificación con una media de 11.12 y finalmente con una media de 10.52 el afrontamiento activo.
2. La variable depresión en HSH infectados con VIH de Lima Sur se presenta con mayor porcentaje en la depresión mínima (67.0%) y con un menor porcentaje la depresión severa (6.6%).
3. Existen diferencias significativas ($p < 0.05$) en las estrategias de afrontamiento: aceptación y uso de sustancias con la variable preferencia sexual, presentando un mayor índice de prevalencia en la preferencia homosexual.
4. Con respecto a la variable tratamiento psicológico existen diferencias significativas ($p < 0.05$) con las estrategias de afrontamiento: planificación y reinterpretación positiva y crecimiento, evidenciando mayor prevalencia en si llevar tratamiento psicológico.
5. Existen diferencias significativas ($p < 0.05$) en las estrategias de afrontamiento:

activo, reinterpretación positiva y aceptación con la variable nivel de educación, donde se halló mayor prevalencia en el nivel secundario, seguido por superior no universitario y finalmente superior universitario.

6. Existen diferencias significativas ($p < 0.05$) en relación a la variable edad y las estrategias de afrontamiento: contención del afrontamiento, aceptación, enfocar y liberar emociones, presentando el mayor índice de prevalencia entre la edad de 20-40 años, seguido el rango de edad de 18-20 años. Asimismo, existe diferencias significativas entre la variable depresión y edad, con mayor índice en este mismo rango de edad (20-40 años).
7. Se halló una relación directa y estadísticamente muy significativa ($p < 0.01$) entre las estrategias: desentendimiento mental, enfocar y liberar emoción y desentendimiento conductual con la variable depresión con un nivel de relación bajo.
8. Se halló una relación positiva y estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre la variable depresión y las estrategias: afrontamiento activo, contención del afrontamiento y aceptación.

5.3. Recomendaciones

1. Realizar programas de promoción en las comunidades comprendidas en los distritos de Lima Sur para HSH infectados con VIH que busquen el desarrollo e impulso a usar nuevas estrategias de afrontamiento considerando que es una población que sufre distintos sucesos estresores.
2. Desarrollar programas de prevención en población masculina en la adolescencia sobre el VIH promoviendo conductas saludables, puesto el mayor porcentaje de infecciones se concentra en la adultez en el sexo masculino.

3. Realizar investigaciones considerando la relación entre estrategias de afrontamiento y la presencia de algún estado emocional negativo que pueda influenciar en el tratamiento del VIH.
4. Realizar estudios que consideren la relación entre la discriminación preexistente en personas infectadas con VIH según su orientación sexual con la variable depresión.
5. Realizar estudios entre estrategias de afrontamiento y depresión, en los que se trabaje con una población más extensa, que involucre los principales grupos vulnerables a la infección del VIH con el fin de que se tenga una comparación de estos

REFERENCIAS

Abramson, L., Alloy, L., Metalsky, G., Joiner, T. y Sandín, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(3), 211-222.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. Nueva York: Harper y Row.

Beck, A. T., Rush A. J., Shaw B. F. y Emery G. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: DDB.

Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación*. Bogotá: Pearson

Buendía, M. (2017). *Estrategias de afrontamiento ante la enfermedad en personas viviendo con VIH (PVV) en la provincia de Chincha, febrero 2017* (Tesis de pregrado). Universidad privada San Juan Bautista, Chincha -Perú.

Cardona-Duque, D., Medina-Pérez, O., Herrera, S. y Orozco, P. (2015). Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/Sida en Quindío, Colombia. *Revista Habanera de ciencias médicas*, 15(6), 941-954. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000600010

Casal, G., Caballo, V. y Carrobes, J. (1995). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. España: Siglo XXI de España Editores

Cassaretto, M. y Chau, C. (2016). Afrontamiento al Estrés: Adaptación del Cuestionario COPE en Universitarios de Lima. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica RIDEP*, 42(2), 95-109.

Centro Nacional para la Prevención y Control. (2016). *Informe nacional de avances en la respuesta al VIH y el SIDA*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/199665/GARPR_Mx_2016.pdf

Chakraborty, A., McManus, S., Brugha, T., Bebbington, P. y King, M. (2011). Salud mental de la población no heterosexual de Inglaterra. *British Journal of Psychiatry*, 198(2), 143-148. Recuperado de 10.1192 / bjp.bp.110.082271

De la Cruz, L. y Lulo, A. (2017). *Afrontamiento y vulnerabilidad en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital regional "Zacarías Correa Valdivia"* (Tesis de pregrado). Universidad nacional de Huancavelica, Huancavelica- Perú.

Delgado, R., Pérez, A., Julca, N., Obregón, G. y Julca, R. (2017). Resentimiento y depresión en pacientes con VIH-SIDA. *Avances En Psicología*, 25(1), 59-71. Recuperado de <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2017.v25n1.13>

Díaz, C. y Serrato, K. (2017). *Nivel de ansiedad y depresión en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio-noviembre, 2016* (Tesis de pregrado). Universidad de Señor de Sipán, Chiclayo- Perú.

Fernández-Abascal, E., Palmero, F., Choliz, M. y Martínez, F. (1997). *Cuadernos de práctica de Motivación y Emoción*. Madrid España: Pirámide

Fundación Huésped. (2018). *Abordaje psicológico de personas con VIH*. Recuperado de <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/11/Abordaje-psicologico-de-personas-con-VIH.pdf>

Gaviria, A., Quiceno, J., Vinaccia, S., Martínez, L. y Otalvaro, M. (2009). Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con

VIH/Sida. *Terapia psicológica*, 27(1), 5-13. Recuperado de doi: 10.4067/S0718-48082009000100001

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México DF: McGraw Hill.

Huertas, D. (2016). *Modos de Afrontamiento al estrés en personas que viven con VIH participantes de una organización no gubernamental-Lima 2016* (Tesis de pregrado). Universidad San Pedro, Chimbote- Perú.

Lazarus, R. y Launier, R. (1978). *Perspectives in Interactional Psychology*. New York: Plenum.

Lazarus, R., Folkman, S. y Zaplana, M. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona España: Martínez Roca.

Lewinsohn, P., Muñoz, R., Youngren, M. y Zeiss, A. (1986). *Control your depression*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Lipowski, Z. (1970). Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiatry in Medicine*, 1, 91-102.

Ministerio de Salud Público de Uruguay. (2006). *Infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-SIDA) - guías para diagnóstico, tratamiento antiretroviral y monitorización adultos y embarazadas*. Recuperado de https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/hts_policy_uruguay.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). Plan estratégico de prevención y control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016. Recuperado de

https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PlanEstrategico2013_2016.pdf

Ministerio de Salud. (2018). *Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)(N°097-V.03)*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4479.pdf>

Ministerio de Salud. (2018). *Boletín epidemiológico del Perú (V.27-SE 47)*. Recuperado de <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/47.pdf>

Ministerio de Salud. (2018). *Análisis de situación de salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur*. Recuperado de https://4d402edc-80d0-4da5-8fa9-993d8b80d04d.filesusr.com/ugd/99cba3_646036883a5a494081ea3e431df0ce18.pdf

Mohanty, A., Pradhan, R. y Jena, L. (2015). Learned Helplessness and Socialization: A Reflective Analysis. *Psychology*, 6, 885-895. Doi: 10.4236/psych.2015.67087

Navas, C. y Zapata, D. (2009). Aspectos inmunológicos en la depresión. *Revista Venezolana de Oncología*, 21(4), 244-252.

Nezu, A. y Perri, M. (1989). Social problem-solving therapy for unipolar depression: An initial dismantling investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 408-413. Doi:10.1037/0022-006X.57.3.408

Nhamba, L., Meléndrez, E. y Veá, H. (2014). Depresión en personas con VIH en dos municipios de Angola. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(4), 276-288.

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes: Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Definición de la OMS de caso de infección por el VIH a efectos de vigilancia y revisión de la estadificación clínica y de la clasificación inmunológica de la enfermedad relacionada con el VIH en adultos y niños*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/documentos/definicion-oms-caso-infeccion-por-vih-efectos-vigilancia-revision-estadificacion-clinica>

Ortega, G., Valz, H. y Lezama, T. (2001). Estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogadependientes. *Revista de Investigación en Psicología*, 4 (1), pp. 54-65.

Ospino, G., Arias, A. y Villamizar, M. (2014). Uso de estrategias de afrontamiento de los pacientes con el VIH y el cáncer en una clínica privada en Santa Marta – Colombia. *R.F.S Revista Facultad de Salud*, 6(1), 27-33.

Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2011). *Orientaciones terminológicas de ONUSIDA*. Recuperado de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2118_terminology-guidelines_es_0.pdf

Rehm, L. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.

Sánchez, C., Acevedo, J., González, M. (2012). Factores de riesgo y métodos de transmisión de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana. *Revista CES Salud Publica*, 3(1), 28-37.

Sampieri, R. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Interamericana editores.

Sirera, R., Sánchez, P. y Camps, C. (2006). Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 35-48.

Teva, I., Bermúdez, M., Hernández-Quero, J. y Buela-Casal, G. (2005). Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. *Salud mental, 28*(5), 40-49. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018533252005000500040&script=sci_arttext

United Nations Educational Scientific and Cultural Organization. (2006). *Recomendaciones de la UNESCO sobre la terminología y la redacción del material relativo al VIH y al SIDA*. Recuperado de https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000144725_spa

Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L. y Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual, 18*(1), 139-165.

Vázquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual, 8*(3), 417-449.

Vega, J., Coronado, O. y Mazzotti, G. (2014). Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Revista Neuropsiquiatría, 77*(2), 95 – 103.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento, se le solicita su autorización para participar en el estudio de investigación **‘Afrontamiento y depresión en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, infectados con VIH de Lima Sur 2019’** dirigido por la investigadora **Samantha Mercedes Milagros Toledo Yllanes**.

Su participación será voluntaria y la información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación. En principio, las entrevistas o encuestas resueltas por usted serán anónimas, si la naturaleza del estudio requiriera su identificación, ello solo será posible si es que usted da su consentimiento expreso para proceder de esa manera. Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, usted es libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además, puede finalizar su participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio para usted. Si se sintiera incómoda o incómodo, frente a alguna de los procedimientos, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y/o abstenerse de participar.

Yo, _____ **doy mi consentimiento** para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he leído la información escrita adjunta. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas. Al firmar este protocolo estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, y raza u origen étnico, podrían ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando. Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Nombre completo del participante:

Firma:

ANEXO 2
FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Fecha de aplicación: _____

Lugar de aplicación: _____

I. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres y apellidos: _____ Edad: _____

Distrito de residencia: _____

Con que orientación sexual se identifica: _____

Con que identidad de género se identifica: _____

Nivel de educación:

- Sin nivel/ inicial
- Primaria
- Secundaria
- Superior no universitario
- Superior universitario

Estado civil:

- Soltero
- Casado
- Separado
- Conviviente
- Divorciado Separado
- Viudo

Condición laboral:

- PEA (Ocupado)
- PEA (Desocupado)
- NO PEA

***PEA = (Población económicamente activa)**

II. DATOS RELACIONADOS A LA ENFERMEDAD:

Estadio clínico:

- Asintomático
1-2 semanas
- Síntomas Leves
1 mes
- Síntomas Avanzados
- SIDA

Tiempo de conocimiento sobre diagnóstico:

-
-
- 2-5 meses
- 1-1+ años

Tipo de tratamiento: _____

II. DATOS RELACIONADOS A LA SALUD MENTAL:

Tipo de tratamiento:

¿Ha recibido o recibe tratamiento psicológico y/o psiquiátrico desde que recibió el diagnóstico?

- () NO () SI
- Psicológico Psiquiátrico

ANEXO 3

INSTRUCCIONES

Estamos interesados en conocer la forma en que las personas responden cuando se enfrentan a diferentes tipos de problemas, dificultades o situaciones estresantes en sus vidas. Hay muchas formas de manejar esas situaciones. Este cuestionario le pide que indique lo que generalmente hace y siente cuando experimenta acontecimientos estresantes. Naturalmente, en situaciones diferentes reacciona en forma diferente, pero piense en lo que habitualmente hace en esas circunstancias.

A continuación, encontrará una serie de afirmaciones sobre cómo actuar o sentir en esas situaciones. Señala en cada una de ellas sí coinciden o no con su propia forma de actuar o sentir, de acuerdo a lo siguiente:

- 1 = Casi nunca hago esto**
- 2 = A veces hago esto**
- 3 = Usualmente hago esto**
- 4 = Hago con mucha frecuencia**

Elija sus respuestas cuidadosamente, y responda de la forma más sincera que le sea posible. Responda todos los ítems. Recuerde, no hay respuestas correctas o incorrectas, de modo que elija la respuesta que más se le ajuste a usted no la que usted piense que la mayoría de la gente diría o haría. Indique lo que Ud. generalmente hace o siente cuando experimentas situaciones difíciles o estresantes.

Afirmaciones	1 Casi nunca hago esto	2 A veces hago esto	3 Usualmente hago esto	4 Hago esto con mucha frecuencia
1. Intento desarrollarme como persona como resultado de la experiencia.				
2. Me concentro en el trabajo u otras actividades sustitutivas para alejar el tema de mi mente.				
3. Me altero y dejo aflorar mis emociones.				
4. Trato de conseguir consejo de alguien sobre qué hacer.				

5. Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de la situación				
6. Me digo a mí mismo(a): “Esto no es real”.				
7. Confío en Dios.				
8. Me río acerca de la situación.				
9. Admito que no puedo lidiar con el problema y dejo de intentar resolverlo.				
10. Me contengo a mí mismo(a) de hacer algo apresuradamente.				
11. Hablo de mis sentimientos con alguien.				
12. Consumo alcohol o drogas para sentirme mejor.				
13. Me acostumbro a la idea de que el hecho sucedió.				
14. Hablo con alguien para saber más acerca de la situación.				
15. Evito distraerme con otros pensamientos o actividades.				
16. Sueño despierto(a) con otras cosas diferentes.				

17. Me altero y soy realmente consciente de la situación.				
18. Pido la ayuda de Dios.				
19. Hago un plan de acción.				
20. Hago bromas sobre la situación.				
21. Acepto que el hecho ha sucedido y que no puede cambiarse.				
22. No hago nada hasta que tenga más clara la situación.				
23. Intento conseguir apoyo emocional de amigos o familiares				
24. Dejo de intentar alcanzar mi meta.				
25. Tomo medidas adicionales para intentar librarme del problema.				
26. Intento evadirme un rato bebiendo alcohol o tomando drogas.				
27. Me niego a creer que haya sucedido.				
28. Dejo aflorar mis sentimientos.				
29. Intento ver el problema de una forma diferente, para que parezca más positivo.				

30. Hablo con alguien que pudiera hacer algo concreto acerca del problema.				
31. Duermo más de lo habitual.				
32. Trato de idear una estrategia sobre lo que debo de hacer.				
33. Me concentro en el manejo del problema y, si es necesario, dejo de lado otras cosas.				
34. Consigo la compasión y comprensión de alguien.				
35. Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en ello.				
36. Bromeo sobre ello.				
37. Renuncio a intentar lograr lo que quiero.				
38. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.				
39. Pienso en cómo podría manejar mejor el problema.				
40. Actúo como si realmente no hubiera sucedido.				
41. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar demasiado pronto.				

42. Intento evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos de manejar la situación.				
43. Voy al cine o veo la televisión para pensar menos en ello.				
44. Acepto que es una realidad que el hecho ha sucedido.				
45. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares qué hicieron.				
46. Siento que me altero mucho y expreso demasiado todo lo que siento				
47. Llevo a cabo una acción directa en torno al problema.				
48. Intento encontrar consuelo en mi religión				
49. Me obligo a mí mismo(a) a esperar el momento oportuno para hacer algo.				
50. Hago bromas de la situación.				
51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que dedico a resolver el problema.				
52. Hablo con alguien acerca de cómo me siento.				
53. Utilizo alcohol o drogas para ayudarme a superarlo.				

54. Aprendo a vivir con el problema.				
55. Dejo de lado otras actividades para poder concentrarme en el problema.				
56. Pienso profundamente acerca de qué pasos tomar.				
57. Actúo como si nunca hubiera ocurrido.				
58. Hago lo que hay que hacer, paso a paso.				
59. Aprendo algo de la experiencia.				
60. Rezo más de lo habitual.				

ANEXO 4

BDI – II1

Nombre: _____ Estado Civil: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Educación: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambio en el Apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo
- 3 Estoy tan triste y tan infeliz que no puedo soportarlo

2. Pesimismo

- 0 No me siento desanimado respecto a mi futuro.
- 1 Me siento más desanimado respecto a mi futuro que antes.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mí en el futuro y que las cosas van a empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como antes.

- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento culpable.
- 1 Me siento culpable respecto a varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que esté siendo castigado.
- 1 Creo que tal vez estoy siendo castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con Uno Mismo

- 0 Siento acerca de mí, lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado de mí mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo que antes.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No pienso en matarme.
- 1 He pensado en matarme, pero no lo haría.
- 2 Desearía matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo usual.
- 1 Lloro más que antes.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que antes.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que antes.
- 2 Estoy tan inquieto que me es difícil quedarme tranquilo.
- 3 Estoy tan inquieto que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 Siento soy valioso.
- 1 No me considero tan valioso y útil como antes.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con los demás.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que antes.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer algunas cosas.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable que antes.
- 1 Estoy más irritable que antes.
- 2 Estoy mucho más irritable que antes.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que antes.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que antes.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que antes.
- 3a No tengo apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como antes.
- 2 Me es difícil mantener la atención en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que antes.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que antes solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo que antes.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

ANEXO 5

Tabla 23

Estrategias de afrontamiento según nivel de educación

Estrategias de afrontamiento	Nivel educación	n	Hay una cama alrededor de la armario Rango promedio	H de Kruskal-W	Sig.	Estrategias de afrontamiento	Nivel educación	n	Rango promedio	H de Kruskal-W	Sig.
Afrontamiento activo	Sin nivel y/o inicial	1	31,00	9,949	,041	Búsqueda de SS razones emocionales	Sin nivel y/o inicial	1	46,50	1,090	,896
	Primaria	4	28,75				Primaria	4	41,00		
	Secundaria	45	47,71				Secundaria	45	56,03		
	Superior no universitario	29	54,28				Superior no universitario	29	52,41		
	Superior universitario	27	66,81				Superior universitario	27	52,56		
Planificación	Sin nivel y/o inicial	1	47,00	3,656	,455	Desentendimiento mental	Sin nivel y/o inicial	1	40,00	1,419	841
	Primaria	4	35,63				Primaria	4	42,88		
	Secundaria	45	52,66				Secundaria	45	53,16		
	Superior no universitario	29	50,07				Superior no universitario	29	51,66		
	Superior universitario	27	61,48				Superior universitario	27	58,13		
Contención del afrontamiento	Sin nivel y/o inicial	1	60,50	4,169	,384	Desentendimiento conductual	Sin nivel y/o inicial	1	31,00	2,477	,649
	Primaria	4	47,00				Primaria	4	66,25		

	Secundaria	45	47,89				Secundaria	45	56,73		
	Superior no universitario	29	54,45				Superior no universitario	29	48,95		
	Superior universitario	27	62,54				Superior universitario	27	51,94		
Supresión de actividades	Sin nivel y/o inicial	1	68,00	8,073	,089	Negación	Sin nivel y/o inicial	1	37,50	4,262	,372
	Primaria	4	44,75				Primaria	4	35,38		
	Secundaria	45	46,43				Secundaria	45	49,09		
	Superior no universitario	29	52,97				Superior no universitario	29	57,69		
	Superior universitario	27	66,61				Superior universitario	27	59,63		
Reinterpretación positiva y crecimiento	Sin nivel y/o inicial	1	33,00	12,169	,016	Afrontamiento religioso	Sin nivel y/o inicial	1	16,50	3,554	,470
	Primaria	4	15,88				Primaria	4	57,75		
	Secundaria	45	50,57				Secundaria	45	57,31		
	Superior no universitario	29	51,59				Superior no universitario	29	47,10		
	Superior universitario	27	66,78				Superior universitario	27	54,76		
Aceptación	Sin nivel y/o inicial	1	90,50	11,098	,025	Uso del humor	Sin nivel y/o inicial	1	55,00	,910	,923
	Primaria	4	25,25				Primaria	4	47,25		
	Secundaria	45	46,41				Secundaria	45	55,83		
	Superior no universitario	29	56,95				Superior no universitario	29	49,71		
	Superior universitario	27	64,43				Superior universitario	27	54,56		

Enfocar y liberar emociones	Sin nivel y/o inicial	1	30,50	2,595	,628	Uso de sustancias	Sin nivel y/o inicial	1	79,00	4,199	,380
	Primaria	4	56,00				Primaria	4	44,00		
	Secundaria	45	54,37				Secundaria	45	58,34		
	Superior no universitario	29	47,53				Superior no universitario	29	51,09		
	Superior universitario	27	58,94				Superior universitario	27	48,48		
Búsqueda de SS razones instrumentales	Sin nivel y/o inicial	1	59,00	2,230	,693		Total	106			
	Primaria	4	42,13								
	Secundaria	45	55,31								
	Superior no universitario	29	48,00								
	Superior universitario	27	57,87								