

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCIÓN DE PSICOLOGÍA



TEMA DE INVESTIGACIÓN:

“INFLUENCIA DE LAS ACTITUDES DE LOS FAMILIARES EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE LOS PACIENTES CON VIH-SIDA, QUE SUS EDADES OSCILAN ENTRE LOS 24 Y 65 AÑOS, GÉNERO MASCULINO Y FEMENINO, DEL GRUPO DE APOYO MUTUO, DE LA UNIDAD DE INFECTOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL “SAN JUAN DE DIOS”, CIUDAD DE SAN MIGUEL, AÑO 2007”

INFORME DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIATURA
EN PSICOLOGÍA

PRESENTADO POR:

MARÍA EUGENIA GARAY MEDRANO
FRANCISCO ARMANDO GRANADOS REYES
JESICA ROSEMARY MARTÍNEZ SOSA

DOCENTE DIRECTOR:

RENÉ CAMPOS QUINTANILLA

CIUDAD UNIVERSITARIA ORIENTAL, AGOSTO DE 2007

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES:

DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ

RECTORA

ING. JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA

VICE-RECTOR ACADÉMICO

DRA. CARMEN RODRÍGUEZ DE RIVAS

VICE-RECTORA ADMINISTRATIVA

LICDA. ALICIA MARGARITA RIVAS

SECRETARIA GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES:

MSC. MARCELINO MEJÍA GONZÁLEZ

DECANO

MPDS. NELSON DE JESÚS QUINTANILLA GÓMEZ

VICE-DECANO

LICDA. LOURDES ELIZABETH PRUDENCIO COREA

SECRETARIA GENERAL

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

AUTORIDADES:

MPDS. SILVERIO HENRÍQUEZ BERRÍOS POLÍO

JEFE DEL DEPARTAMENTO

Ms. RENÉ HUMBERTO RUIZ RAMON

COORDINADOR GENERAL DE PROCESO DE GRADO

LIC. RUBÉN ELÍAS CAMPOS

COORDINADOR DE LA SECCIÓN DE PSICOLOGÍA

MPDS. RENÉ CAMPOS QUINTANILLA

DOCENTE DIRECTOR

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por darme la vida e iluminarme durante el proceso de mis estudios, fortaleciéndome para no dejarme vencer por los obstáculos y llegar a la meta.

A mi madre:

María Antonia Garay, por su amor, comprensión, dedicación y sacrificios en el proceso de formación académica.

A los pacientes con VIH-SIDA y sus familiares:

Por su colaboración y confianza, ya que por ello se logró realizar satisfactoriamente el trabajo de grado.

Al docente director:

Mpds. René Campos Quintanilla por compartir sus conocimientos, disciplina y su carácter jovial en el desarrollo del proceso de grado.

A mis hermanos:

Walter Alexánder, Edwin Alberto y Ana Yaneth por su apoyo moral en los momentos difíciles de mi vida.

A mis compañeros (as) de tesis:

Francisco Armando Granados, Rosemary Martínez, por su comprensión y dedicación durante el proceso de grado.

A mis amigas:

Modesta del Carmen Martínez, Yaquelyn Dalila Robles, por su amistad, cariño y apoyo.

A mi novio:

Juan Carlos Jaimes por su amor, comprensión y apoyo en mi vida y en mis estudios.

A mis tías y primas (os):

Julia Elena, Ana Julia Garay, Ana María, Lizeth, Cristina y Bladimir por motivarme.

A los docentes:

Licda. Eva de Jesús, Ms. Milton Domínguez, Lic. Rubén Campos, Lic Manuel de Jesús, Lic. Luis Roberto y el Lic. Ricardo García Cantón (Q.D.D.G.), por haber contribuido en mi formación.

María Eugenia Garay Medrano

AGRADECIMIENTOS

A Dios: Por su amor, la vida, el conocimiento y fortalecerme en los momentos más difíciles e iluminarme para alcanzar mis objetivos.

A mi madre: Juana Reyes por su amor, comprensión, sacrificios, apoyo desinteresado en mi vida y en el proceso de formación universitaria.

A mi esposa: Modesta del Carmen Martínez por su amor y apoyo, durante la realización de mi trabajo de grado.

A los participantes: Pacientes con VIH-SIDA y sus familiares por su valiosa colaboración, sin la cual hubiera sido imposible realizar la investigación.

A mis hermanos: Marcelino, Pastor e Ismael por sus consejos, apoyo moral y económico, en mis estudios universitarios.

A mis compañeras de tesis: María Eugenia Garay y Jesica Rosemary Martínez, por su responsabilidad y dedicación en las actividades que implicó el trabajo de grado.

Al docente director: Mps. René Campos Quintanilla, de manera especial, por haberme enseñado la disciplina, el orden, responsabilidad y un conocimiento objetivo en las asignaturas de Metodología de la Investigación III, Psicología Clínica, Diagnóstico y Psicoterapia Familiar I y II, y como asesor del trabajo de grado.

A los docentes de la Sección de Psicología: Ms. Milton Domínguez Vargas, Licda. Eva de Jesús Calderón, Lic. Luis Roberto Granados, Lic. Manuel de Jesús Castro, Lic Rubén Elías Campos y Lic. Rafael Ponce, por haber contribuido con sus amplios conocimientos a mi formación académica; pero, especialmente, al Lic. Ricardo Matilde García Cantón (Q.D.D.G.), por haberme transmitido sus vastos conocimientos en Metodología de la Investigación I y II, así como en Autopsicoterapia Individual y Grupal.

Francisco Armando Granados Reyes

AGRADECIMIENTOS

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño:

A ti Dios que me distes la oportunidad de vivir, por darme todo lo que tengo, por demostrarme tantas veces su existencia y con ello darme fuerza para salir adelante de cada tropiezo.

A mis padres, Ana y Alberto, que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento, gracias por darme una carrera y un futuro y por creer en mí, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor por todo eso les agradezco de corazón el que estén conmigo a mi lado.

A mi familia que siempre me ha apoyado y estimulado, en especial a mi prima Yanci porque siempre recibí sus palabras alentadoras para superarme.

A los familiares y pacientes que tienen el VIH SIDA por haber cooperado y así poder desarrollarse este trabajo.

Al Mpd's René Campos por asesorarme a lo largo de la tesis y acompañarme en este camino que hoy culmina, además agradezco al Licenciado Cantón (Q.D.D.G.) por compartir su conocimiento conmigo e inspirar en mí mucha admiración.

A mis compañeros de la universidad Eugenia Medrano, Armando Granados por permitirme conocerlos y ser parte de sus vidas. Por ayudarme y estar conmigo a lo largo de la carrera.

A mis amigos, Steven, Noel y Caty porque gracias a ellos sé lo que es la amistad verdadera valor importante en mi vida, gracias por estar conmigo por aconsejarme, regañarme compartir risas y llantos en todo este tiempo.

Jesica Rosemary Martínez Sosa

ÍNDICE

Contenido	página
RESUMEN.....	ix
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Actitudes de los familiares.....	1
1.2. Estados de ánimo.....	11
1.3. Planteamiento del problema.....	24
1.4. Objetivos.....	26
1.5. Hipótesis.....	27
1.6. Variables.....	28
CAPÍTULO 2: ALCANCES Y LIMITACIONES.....	29
2.1. Alcances.....	29
2.2. Limitaciones.....	29
CAPÍTULO 3: MÉTODO.....	31
3.1. Participantes.....	31
3.2. Instrumentos.....	31
3.3. Diseño.....	35
3.4. Procedimiento.....	35
CAPÍTULO 4: RESULTADOS.....	37
4.1. Cuantitativos.....	37
4.1.1. Correlacionales.....	37
4.1.2. Escala de estados de ánimo.....	41
4.1.3. Escala de actitudes de los familiares.....	47
4.2. Cualitativos.....	51

CAPÍTULO 5: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	53
5.1. Correlacional.....	53
5.2. Escala de ansiedad y depresión.....	56
5.3. Escala de actitudes.....	58
CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	66

Anexo # 1: Escala de Actitudes de los Familiares (EAF) y Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD).

Anexo # 2: Prueba piloto

Anexo # 3: Tablas y gráficos de escala ansiedad y depresión

Anexo # 4: Tablas y gráficos de escala de actitudes

Anexo # 5: Procedimiento de prueba r de Pearson

Anexo # 6: Procedimiento de prueba t de Student

Anexo # 7: Procedimiento de confiabilidad global de escalas

Anexo # 8: Presupuesto de investigación

Anexo # 9: Cronograma de actividades

RESUMEN

En la investigación se estableció como objetivo conocer la Influencia de las *Actitudes de los Familiares* en el *Estado de Ánimo de los pacientes* con el Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirido (VIH-SIDA), por lo que se afirmó: si a mayor actitud positiva de los familiares, mayor estabilidad del estado de ánimo, y si a mayor actitud negativa de los familiares, mayor alteración en el estado de ánimo de los pacientes.

La muestra se integró por 32 participantes: 16 pacientes con edades entre 24 y 65 años, género masculino y femenino, del grupo de apoyo mutuo, Unidad de Infectología del Hospital Nacional “San Juan de Dios”, San Miguel. Así mismo, participaron 16 familiares de los pacientes, del género masculino y femenino, con edad entre 18 y 65 años. Se utilizó el tipo de investigación Ex Post Facto, realizando el análisis correlacional descriptivo, y formando dos grupos de participantes, que se sometieron a una evaluación individual, autoaplicada y heteroaplicada. A los familiares se les administró una Escala de Actitudes de los Familiares (EAF) y a los pacientes la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD).

La relación entre las actitudes positivas de los familiares y el estado de ánimo de los pacientes es de 0.25, indica una correlación positiva débil, es decir, las actitudes inciden favorablemente en el estado emocional. Sin embargo, las actitudes negativas de los familiares no influyen desfavorablemente en el estado de ánimo de pacientes con VIH-SIDA. Las actitudes positivas de los familiares favorecen la estabilidad del estado de ánimo de los pacientes. Mientras que las actitudes negativas de los familiares no desfavorecen el estado de ánimo de los pacientes con VIH-SIDA.

Palabras claves: *Actitudes de los familiares y Estado de ánimo de pacientes con VIH-SIDA.*

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1. LAS ACTITUDES DE LOS FAMILIARES

1.1.1. Antecedentes relacionados con las actitudes

En El Salvador, se han hecho estudios respecto a las actitudes y creencias hacia el VIH-SIDA y su relación con las medidas preventivas, el VIH-SIDA y su incidencia en el cambio de actitudes hacia la práctica homosexual, efectividad de la prevención divulgada en los medios de comunicación televisivos; así mismo, se ha explorado el conocimiento, actitudes, creencias y prácticas sexuales relacionadas con el VIH-SIDA; además, la influencia de las relaciones familiares en el estado emocional en personas con diabetes, y la efectividad de la psicoterapia familiar en la adaptación funcional en pacientes con VIH-SIDA.

En 1988, un grupo de estudiantes de la Universidad Francisco Gavidia (UFG), en proceso de graduación, realizaron un estudio con el tema: “El SIDA y su Incidencia en el Cambio de Actitudes hacia la Práctica Homosexual”; en éste se limitaron a explorar las actitudes hacia las prácticas homosexuales en jóvenes del sexo masculino. En la investigación concluyeron que el apareamiento del SIDA ha influido en la actitud hacia la práctica homosexual y que se percibe en los jóvenes una actitud más negativa hacia la homosexualidad.

En 1992, estudiantes de la UFG, en su trabajo de grado, investigaron el tema “Efectos de la Prevención del SIDA, divulgada a través de los Medios de Comunicación Masiva y su Influencia en el Cambio de Actitudes de jóvenes solteros entre 19 y 25 años”. En este estudio se encuestó a estudiantes universitarios de ambos géneros y de diversos sectores de San Salvador, a través de un cuestionario que medía actitudes hacia el SIDA y opiniones hacia la campaña de prevención que ha sido presentada por los diversos medios de comunicación, así como la efectividad de los mismos. En sus conclusiones mencionaron que la mayor parte de la población estudiada, opina que las campañas de prevención por radio, televisión y prensa, han sido efectivas y su contenido ha sido el

adecuado. Así mismo, concluyeron que debido a la información transmitida sobre el SIDA, las actitudes hacia el SIDA son más favorables que antes.

En 1992, Granados y Brizuela, egresados de la Universidad de El Salvador (UES), en su proceso de graduación, realizaron una investigación aplicada, para estimular el cambio de las actitudes hacia la solidaridad y relaciones interpersonales en el personal custodio del patrimonio de la Universidad de El Salvador; donde desarrollaron un programa de Orientación Psicológica, con la finalidad de fortalecer la solidaridad y las relaciones interpersonales, mediante técnicas de relajación, técnicas participativas y charlas formativo-educativas. En sus conclusiones consideran que el programa fue efectivo para estimular el cambio de actitudes hacia la solidaridad y las relaciones interpersonales.

En 1994, Alfaro, Mendoza y Rodríguez, estudiantes de cátedra de la Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas” (UCA) realizaron una investigación titulada “Actitudes hacia el SIDA, Propuesta para un Programa Educativo”. Se midieron actitudes y los conocimientos sobre el síndrome antes y después de ser aplicado el programa. En las conclusiones se considera que el programa aplicado fue efectivo.

En 1994, en la UCA, Alfaro, Mendoza y Rodríguez, en su trabajo de grado, llevaron a cabo una investigación básica con el tema: “Actitudes y Creencias Hacia el Sida y su Relación con la Disposición de las personas a acatar las Medidas Preventivas del síndrome”, en profesionales, estudiantes universitarios y obreros, en edades entre 18 y 50 años, con procedencia de San Salvador. En el estudio evaluaron las actitudes y creencias y cómo éstas influyen en la disposición al momento de realizar acciones preventivas sobre el SIDA. En las conclusiones afirman que “la disposición no se ve influenciada por las actitudes de las personas hacia aspectos relacionados con el SIDA”; mientras que, por su parte, las creencias sobre el SIDA sí influyen en las disposiciones y las actitudes de los sujetos hacia el SIDA, pero menos en el grupo de obreros. Así mismo, las creencias, actitudes y tendencias ante el SIDA, reflejan las ideas y concepciones sobre la enfermedad formadas a partir del pensamiento común de los distintos grupos sociales.

En 1998, el departamento de Salud Pública de la UCA (DSP-UCA), ejecutó un estudio descriptivo transversal con una muestra de 1,229 personas con edades entre los 13

y 55 años. El estudio exploró el nivel de conocimiento, las actitudes, creencias y prácticas sexuales de la población salvadoreña, relacionadas con el SIDA. En los resultados se encontró que en las actitudes hacia las personas con SIDA, en este estudio, son positivas o favorables cuando se trata de saludarlas con un abrazo (63.2 %) y más favorable si se trata de visitar una persona enferma (74.4 %), o de cuidar de su mejor amigo con la infección, 81.9 por ciento (Selva, Castillo, Paz y Rivas, 2000).

En el año 2005, Alvarado, Granados y Rodríguez, egresadas de la UES, en su trabajo de grado, realizaron un estudio de casos con el tema “Influencia de las Relaciones Familiares en el Estado Emocional de 9 pacientes con diabetes” de la Unidad de Salud en la ciudad del Tránsito, San Miguel; en el cual concluyen que el estado emocional estable de las personas que adolecen diabetes, ayuda a mantener niveles adecuados de glucosa y disminuye la frecuencia de sintomatología. Sin embargo, esta condición emocional y física generalmente se mantiene en personas que cuentan con apoyo y comprensión de los miembros de su grupo familiar. Las relaciones familiares armoniosas ejercen influencia en el estado emocional de las personas que adolecen diabetes. En cambio, las personas con diabetes afectadas por la incomprensión y conflictos afectivos de los familiares, experimentan más alteración emocional, y por ende, se acentúan los síntomas de la enfermedad, afectando al paciente y a los demás miembros de su grupo familiar.

En 2005, Sánchez, Pineda y Nolasco, estudiantes egresados de la Universidad de Oriente, en su trabajo de grado, realizaron una investigación aplicada con el tema “Efectividad de la Psicoterapia Sistémica para Mejorar los Procesos de Adaptación Funcional en pacientes diagnosticados con VIH-SIDA” del Hospital Nacional “San Juan de Dios” de San Miguel. En sus conclusiones afirman que la Psicoterapia Sistémica es efectiva para mejorar los Procesos de Adaptación Funcional, es decir, permite modificar los esquemas de pensamientos distorsionados sobre la propia identidad; así mismo, mejora en los pacientes la autoaceptación, autoestima, adherencia a su tratamiento y a la familia. Sin embargo, en la adaptación funcional participa la familia del paciente, pues sin su integración resulta difícil obtener resultados positivos en la calidad de vida de los pacientes con VIH-SIDA.

1.1.2. Concepto de actitudes

Para algunos autores las actitudes “son formas organizadas de pensar, sentir y actuar ante los objetos, fenómenos, personas y grupos sociales”, (Villavicencio, 1987, citado en Granados y Reyes, 2002). Pero otros definen la actitud como una disposición interna de carácter aprendido y duradero, que sostiene las respuestas favorables o desfavorables del individuo hacia un objeto del medio social; constituyendo el producto y resumen de las experiencias, directas o mediatizadas por la cultura social que enseña sentimientos, pensamientos y formas de actuar respecto a dicho objeto, persona o problema del ambiente social (Delgado, Medina y González, 1998). Ambas definiciones coinciden en que existen diversas maneras de pensar, creer, sentir, reaccionar y actuar ante los fenómenos, hechos, objetos, personas y problemas sociales, y, a la vez, formas de evaluar los mismos, de acuerdo a parámetros culturales del contexto social donde se encuentra la persona.

Cuando se afirma tener cierta actitud hacia un determinado objeto social, se está, de alguna forma, comunicando que se poseen sentimientos y pensamientos agradables o desagradables sobre el objeto, manifestados en forma de aprobación o desaprobación, aceptación o rechazo, se apoya o se deja de apoyar. Estos sentimientos y pensamientos suelen reflejarse en la forma de hablar y actuar, haciendo uso de prejuicios y valoraciones de rechazo-aceptación sobre el objeto.

En el establecimiento de las valoraciones, se tienen dos tendencias, una de carácter positiva y la otra negativa. Los pensamientos, sentimientos, creencias y acciones hacia el objeto suelen tomar estas dos direcciones. Es obvio que, en este caso, la actitud cumple una función evaluativa. Sin embargo, en el aspecto de la actitud como producto de experiencias aprendidas, participan también procesos cognitivos para almacenar: creencias, valores y opiniones transmitidas al individuo, que hacen referencia al objeto. Así mismo, se involucran procesos conativos, como acciones manifiestas e intenciones concretas, observadas por el individuo, respecto al objeto, persona o problema (Delgado, Medina y González, 1998).

1.1.3. Formación de las actitudes

En los últimos cincuenta años, se ha avanzado en la investigación sobre el origen, formación y cambio de las actitudes; así mismo, se ha logrado identificar las funciones de las actitudes en el individuo y vida social. En la formación y origen de las actitudes participan el Modelo de Aprendizaje Social. En este modelo es necesario profundizar para comprender cómo surgen las actitudes y, a partir de esto, identificar la forma más eficaz de cambiar las actitudes.

1.1.3.1. Modelo del aprendizaje social

La fuente más importante e inmediata de las actitudes se encuentra en el medio social, en la interacción con las personas, adquiridas a través del aprendizaje social. Pero en el aprendizaje, participan procesos como el condicionamiento clásico, condicionamiento instrumental, aprendizaje observacional, comparación social y los factores macrosociales.

1.1.3.1.1. Condicionamiento clásico

En el condicionamiento clásico, el aprendizaje se basa en la asociación de la experiencia pasada y presente respecto al objeto, persona o problema, en particular. Cuando un estímulo precede regularmente a otro, el que sucede primero, puede de pronto convertirse en una señal para el que ocurre después. En otras palabras, cuando el primer estímulo aparece, los individuos esperan la aparición del segundo (Byrne y Baron, 2005). Por ejemplo, un niño observa que su madre expresa su rechazo y discriminación ante las personas con VIH; al principio, el niño no comprende la acción y el comportamiento de su madre, pero almacenó la reacción emocional de su madre. Después, cuando vea una persona con VIH, reaccionará de la misma manera que lo hiciera su madre. Basta el estímulo VIH-SIDA en la persona y aparece, el prejuicio, actitud negativa del individuo.

1.1.3.1.2. Condicionamiento instrumental

El aprendizaje de las actitudes, en este enfoque, está determinado por la persuasión a través de premios, recompensas y elogios para mantener ciertos pensamientos,

sentimientos y comportamiento hacia el objeto, persona, hecho o problema, generalmente, inducidos por otras personas, cercanas al individuo. El sujeto es utilizado pues no logra procesar, por sí mismo, la información transmitida por otras personas. Más bien asume las posiciones de otros sin mayor conciencia de lo que hace. Actúa así porque lo manipulan y le indican que esas actitudes son las más correctas. En los niños, hasta los diez años, es normal que defiendan los esquemas de pensamiento de los padres. Sin embargo, existen adolescentes y adultos que no cambian mucho sus convicciones y actitudes de niño (Byrne y Baron, 2005). Por ejemplo, respecto a las personas con VIH-SIDA, la actitud del joven y adulto es la misma reforzada por los padres o familiares. Una indagación de la estructura familiar y sus valores ayudarían a comprender que la mayoría de acciones sociales tienen su origen en la familia, y en la interacción de ésta con la sociedad.

1.1.3.1.3. Aprendizaje observacional

En este proceso las actitudes se aprenden a través del ejemplo observado en otras personas. Los individuos adquieren nuevas formas de comportamiento mediante la observación de las acciones de los demás, (Bandura, 1997, citado en Byrne y Baron, 2005). No necesariamente existe un objetivo planificado sobre la enseñanza de las actitudes, los niños, adolescentes y adultos perciben el comportamiento, y después lo imitan, al considerarlo aceptable. Aquí ponen su cuota mayor los medios de comunicación y la familia. En muchas ocasiones, los padres pueden dirigir comentarios y realizar comportamientos que marginan, discriminan y atropellan los derechos de las personas con VIH-SIDA. En estos casos, el reforzamiento constante desarrolla actitudes negativas respecto a las personas con VIH.

Sin embargo, un reforzamiento positivo, comentarios y acciones, pueden generar actitudes favorables ante las personas con VIH-SIDA. Aunque los padres manifiesten que se deben respetar los derechos de todas las personas por igual, si observan lo contrario, sin duda basarán su comportamiento en la conducta observada y no en lo que dicen. En este proceso de disonancia cognitiva, tiene mayor peso la conducta observable. En otras palabras, prevalecerá la conducta negativa.

1.1.3.1.4. Comparación social

El proceso de comparación social, propuesto por Byrne y Baron (2005), permite asumir el comportamiento observado en otras personas, pero el sujeto pasa a razonar su comportamiento, que luego compara con el de sus parientes, su grupo y su medio social. Cuando observa que sus pensamientos, creencias, sentimientos y acciones ante un hecho o problema difieren respecto a otras personas, se ve obligado a realizar cambios que coincidan, pues considera que los demás tendrán por incorrecto su proceder. En cambio, si piensa, siente y actúa de manera similar a su grupo más importante o medio social, aunque vaya en sentido negativo, conserva sus actitudes. Este proceso es aplicable a la actitud de la mayoría de personas, respecto a los pacientes con VIH, pues, generalmente manifiestan apatía, discriminación y hasta desprecio, reacciones que explican las actitudes socialmente aprendidas en la familia, iglesia y contexto social.

1.1.3.2. Factores macrosociales

En la formación y origen de las actitudes hacia el VIH-SIDA influyen los medios de comunicación como la TV, radio, periódicos, libros y revistas; así como instituciones nacionales y privadas: escuelas de educación básica, colegios, institutos de educación media, universidades, centros de salud, iglesias y la empresa privada. También participan los partidos políticos, la comunidad y la familia.

La familia, se considera como el primer grupo de pertenencia del sujeto, desde su nacimiento, y, por lo tanto, gran cantidad de actitudes que manifiestan los adultos tienen su origen en las relaciones familiares durante la infancia (Brizuela y Granados, 1994). En segundo plano están las iglesias y las escuelas formadoras de creencias, pensamientos, conocimientos, principios morales, valores y prohibiciones, que cuando se exagera, pueden contribuir al atropello mismo del individuo, especialmente hacia los grupos involucrados en actos inmorales.

1.1.4. Funciones de las actitudes

Las principales funciones de las actitudes tienen naturaleza fundamentalmente motivadora. Según Delgado, González y Medina (1998), se identifican las siguientes funciones:

- 1) **Función defensiva del yo:** En este caso las actitudes ejercen la función de mecanismo de defensa, y, de esta manera, permite al individuo protegerse de sentimientos negativos hacia sí mismo o al propio grupo, al tiempo que permiten la proyección de estos sentimientos hacia otras personas y grupos.
- 2) **Función valor-autorrealización expresiva:** Las personas tienen la necesidad de expresar las actitudes que reflejen sus propios valores. En tal sentido, lo que ellos consideran normal, correcto y aceptable. Esta expresión de actitudes no está muy dirigida a influir en los demás sino a confirmar la validez del propio concepto. Es decir que, cuando manifiestan las actitudes, la personalidad se reafirma.
- 3) **Función instrumental, utilitaria y adaptativa:** Las actitudes ayudan a las personas a alcanzar objetivos deseados, como las recompensas; pero también a evitar los objetivos no deseados, como el castigo, contagio y el rechazo. Una actitud favorable facilita a la persona la consecución de objetivos deseables, por el contrario, una actitud desfavorable, conduce al sujeto a evitar la consumación de objetivos indeseables.
- 4) **Función de economía y conocimiento:** Las actitudes organizan la sobrecarga de información que llega del ambiente, ayudando a simplificar y comprender mejor el complejo mundo en el que vivimos. Así, ante nuevas situaciones, las actitudes permiten, sobre la base de experiencias pasadas, predecir qué se puede esperar de estas situaciones. En este caso, la actitud permite orientar la acción y saber lo conveniente y preferible, relacionado con el objeto persona o problema.

1.1.5. Factores que determinan cuándo la actitud influye en la conducta

Entre estos se encuentran: las restricciones situacionales, fuerza de las actitudes, origen de las actitudes y especificidad de las actitudes.

- ◆ Las restricciones situacionales, sirven para moderar la relación entre actitudes y conducta; el momento y contexto impide que las actitudes sean expresadas en una conducta explícita, (Ewoldsen, 1994, citado en Byrne y Baron, 2005). Por ejemplo, un individuo de concepción religiosa conservadora, es probable que en el templo o casa de oración, se abstenga de hacer comentarios negativos sobre las personas con VIH, pero muy bien los puede dirigir en un contexto y situación distinta.
- ◆ La fuerza de actitud, está determinado por la intensidad, es decir, fuerte reacción emocional provocado por el objeto, persona o problema; por su importancia, la medida en que un individuo se preocupa por la actitud y las consecuencias derivadas de ésta; y por su accesibilidad, con qué facilidad se recuerda la actitud, (Petty y Krosnick, 1995, citados en Byrne y Baron, 2005).
- ◆ Origen de la actitud, expone la forma cómo la actitud fue aprendida y la formación de la actitud. Si la actitud tiene origen genético, con mayor razón puede convertirse en conducta. Sin embargo, si es social necesita estímulos para desarrollarse.
- ◆ La especificidad de la actitud, hace referencia a la medida en que las actitudes están centradas en aspectos o situaciones específicas más que a temas generales. En este sentido, si el tema es de interés despierta reacciones, pensamientos y sentimientos intensos, y, esto, lleva pronto a la acción o conducta.

1.1.6. Mecanismos que determinan cómo las actitudes influyen en la conducta

En las investigaciones, sobre el tema, se han identificado varios mecanismos básicos a través de los cuales las actitudes moldean la conducta, entre los que se destacan: actitudes, pensamiento razonado y comportamiento, y actitudes y reacciones inmediatas.

En el mecanismo actitudes, pensamiento razonado y comportamiento, opera en situaciones en las cuales se piensa de manera cuidadosa e intencionada sobre las actitudes y encuentra su máxima expresión en la “teoría de la acción razonada” y su versión posterior, la “teoría de la conducta planeada”, propuesta por Ajzen y Fishbenin, 1980, citados en Byrne y Baron (2005). Esta teoría sugiere que la decisión de implicarse en una conducta particular es el resultado de un proceso racional que está orientado hacia una meta y que sigue una secuencia lógica. En el mismo se consideran las opciones de la conducta, se evalúan las consecuencias y resultados de cada una, y se llega a tomar una decisión de actuar o no. Esta decisión se refleja en las intenciones conductuales, las que predicen cómo actuaremos en una determinada situación.

El mecanismo actitudes y reacciones inmediatas de comportamiento, las actitudes parecen influir sobre la conducta de manera más directa y automática. De acuerdo con la teoría el proceso “de-la actitud- a- la- conducta”, propuesta por Fazio, 1989; Fazio y Ewoldsen, 1994, citados en Byrne y Baron (2005), el proceso ocurre de la siguiente manera: algún evento activa una actitud; una vez activada, influye sobre las percepciones sobre el objeto. Al mismo tiempo, el conocimiento sobre lo que es apropiado, correcto o incorrecto, bueno o malo, en una situación dada es también activado.

1.1.7. Actitud de la familia ante la infección del VIH-SIDA

El impacto de VIH-SIDA en el bienestar de la familia es uno de los problemas más importantes en la actualidad, ya que afecta no sólo a la familia sino también a las comunidades y gobiernos del mundo. Es un fenómeno devastador para los niños, niñas, adolescentes, adultos y ancianos; pues, la enfermedad, los vuelve vulnerables a la discriminación, desempleo, depresión, desintegración familiar, deserción escolar y los relega a la pobreza. Sin embargo, la familia debe construir una base solidaria para la prevención, atención y apoyo a sus parientes infectados. La unidad y apoyo familiar, en estos casos, se convierte en la acción más eficaz contra el VIH-SIDA.

La familia, para el paciente con VIH-SIDA, se define como aquellos individuos más cercanos con quienes la persona ha crecido y tiene fuertes vínculos afectivos y de consanguinidad: el padre, la madre, hermanos, hermanas, tíos, tías, los primos, abuelos o

padres de crianza. Estos ejercen una influencia que dura todo el ciclo de vida, y su reacción puede despertar malestar, sentimientos de satisfacción o de insatisfacción, dependiendo su actitud, en el paciente con VIH-SIDA.

La mayoría de las personas, frente a la situación de tener un familiar o pariente con VIH-SIDA, reaccionan con actitudes de discriminación y estigmatización, falta de apoyo e inaceptación, originadas por prejuicios, miedo, falta de información, conocimiento y concientización sobre la enfermedad del VIH-SIDA. Por eso es importante que tanto la familia como el paciente, conozcan ampliamente del tema: sus formas de transmisión, prevención, cómo ayudar y apoyar, lo cual contribuirá a tener un comportamiento correcto y humano ante un familiar o amigo con la enfermedad; sin duda, con esta actitud, se contribuirá a un mejor estado de salud del familiar. La convivencia con el paciente es totalmente posible, y por lo tanto, no existe razón para el abandono, aislamiento, desprecio y cualquier forma de discriminación que haga sentir inferior a la persona con VIH-SIDA, Coordinación Interparroquial de la Diócesis de San Miguel (COIDESAM, 2006).

Según Gómez Calle (2007), desde el momento en que la familia toma conciencia que uno de sus parientes va a morir en un plazo breve, surgen miedos como:

- A que el paciente comprenda su condición física por las manifestaciones o actitudes de la familia.
- Que el paciente sea abandonado y no reciba la atención adecuada en el momento necesario; si está hospitalizado, sensación de poco oportunismo en la atención pues para el personal de salud esta persona "ya no vale por su incurabilidad".
- Hablar libremente del pariente con VIH-SIDA.
- Hablar con el paciente, es decir, evitar el diálogo con el paciente.
- Al sufrimiento del paciente y, especialmente, a que tenga una agonía dolorosa al morir.
- Estar ausente cuando la persona fallezca, a separarse de ella, lo cual entorpece las necesidades de descanso y de realizar actividades propias de la vida cotidiana.

1.2. EL ESTADO DE ÁNIMO

1.2.1. Antecedentes de los trastornos del estado de ánimo

Los intentos más remotos de comprender “científicamente” la depresión, se deben a Hipócrates, 460-377 (a.C.), citado en Belloch, Sandín y Ramos (1995). Él emplea el término genérico de “melancolía” para describir los estados de abatimiento, inhibición y tristeza. También en los estudios y escritos de Hipócrates, tiene su origen el término “manía”, pero se utilizaba para describir “estados delirantes”, que abarcaba, posiblemente, muchos cuadros clínicos. Para Hipócrates, la melancolía se debía a desequilibrios en la secreción de bilis negra o mala combustión de esta sustancia dentro del organismo, que daría lugar a restos tóxicos. Esta concepción humoral de los trastornos mentales se conservó intacta, en la medicina occidental, hasta 1850.

Areteo de Capadocia, 200 años (d.C.), descubrió casos de “agitación maníaca e inhibición alternantes en una misma persona”. Sin embargo, Areteo, atribuía esta condición a desequilibrios humorales.

Durante el siglo XIX y principios del siglo XX, aunque el término melancolía era la etiqueta diagnóstica más usada, la palabra “depresión” se comienza a utilizar con mucha frecuencia, en el ámbito científico y social. En el siglo XIX, a pesar de que fueron surgiendo descripciones de estados de locura, en los que se alternan estados de ánimo deprimido y agitado o expansivo, fue hasta la mitad del siglo XIX cuando la observación, durante años, de pacientes internados, permitió, al alemán Kahlbaum y a los franceses Falret y Baillarger, 1850-1860, citados en Belloch, Sandín y Ramos (1995), describir con precisión síntomas depresivos y maníacos de forma circular. Esta observación seguramente influyó en la concepción de Kraepelin, 1896, al fundamentar el concepto más impreciso de “locura maníaco-depresiva”, bajo el que incluía también casos de depresión no circulares, que hoy se diagnostican como “depresión mayor o distimia”.

Para Kraepelin, 1888-1903, citado en Belloch, Sandín y Ramos (1995), las causas de la enfermedad maníaco-depresiva eran innatas e independientes de causas sociales y psicológicas; lo mismo consideraban otros autores de la época como Meyer y Freud (1893-

1917), que desarrollaron una teoría de “duelo y melancolía”, conocida hoy como “depresión por duelo”.

En 1957, el alemán Karl Leonhard, citado en Belloch, Sandín y Ramos (1995), fue el primero en separar los trastornos afectivos en “bipolar”, personas con trastornos depresivos y circulares y “monopolar”, personas sólo con historia de depresión o manía, superando el vago concepto genérico “maníaco-depresivo”.

Hasta los años de 1960, las teorías e investigaciones sobre los aspectos psicológicos de la depresión y los trastornos bipolares eran escasas, predominaban los modelos genéticos, hereditarios y psicodinámico de Freud, 1893, y su discípulo Karl Abraham, 1911-1924, citado en Belloch, Sandín y Ramos (1995). Pero a finales de 1960, los pocos psicólogos Ferster, Hizarus y Lewinsohn, 1965-1973, citados en Belloch, Sandín y Ramos (1995), que estudiaban la depresión, propusieron modelos conductuales para explicar la depresión, manía e hipomanía. Siempre, desde esta década, en Estados Unidos, se ha venido utilizando, por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés), la distinción entre trastorno Bipolar I y Bipolar II, en la clasificación de los trastornos del estado de ánimo.

En 1970, el número de Psicólogos interesados en la depresión aumentó espectacularmente, pero se dedicaron a explicar el origen de la depresión y aplicación de terapia conductual, debido a la aparición de las teorías cognitivas de Beck y Siligman, (1975). Este hecho permitió el surgimiento de la Psicología Cognitiva, también llamada “Revolución Cognitiva”. Sin embargo, en este período, se dio una disociación entre Psicología Básica y terapia de conducta.

Al principio de 1980, la investigación psicológica, en depresión, se centró en tratar de asentar y validar los constructos cognitivos clínicos sobre la base metodológica y teórica de la Psicología del procesamiento de la información. En este año aparece también el sistema de clasificación de los trastornos del estado de ánimo más completo y preciso, elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1980), publicado en el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III).

Al final de 1980 y principios de 1990, surgieron las teorías que tratan de integrar conceptos cognitivos, conductuales y sociales. Abramson, 1989, citado en Belloch, Sandín y Ramos (1995), planteó la teoría cognitivo-social de la desesperanza; por su parte, Ingram y Wisnicki (1991), delimitaron las tres clases de teorías cognitivas conocidas: teorías del procesamiento de la información, teorías cognitivo-sociales y teorías conductuales-cognitivas.

La clasificación de trastorno Bipolar I y Bipolar II, de la Asociación de Psiquiatría Americana (1994), en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV) y en su posterior revisión en el 2000, es de utilidad para distinguir entre estas dos entidades, a partir de clasificar con categoría propia los trastornos Bipolares II, pues facilita mayor validez en el psicodiagnóstico de los pacientes con trastornos del estado de ánimo (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

1.2.2. Definiciones

La categoría “estado de ánimo” se compone de dos palabras: estado y ánimo, ambas con significado diferente, pero se relacionan. La palabra estado tiene varias definiciones, pero se retoma la de Monreal (1993) que define estado como una “situación en la que está una persona, pero en relación con los factores que influyen en su condición”. Mientras que la palabra ánimo, Álvarez Mendizábal (1998) la define como “alma activa, principio que da fuerza a la vida”. Ambas definiciones proponen facetas generales.

Sin embargo, el estado de ánimo es una categoría que suele vincularse con los trastornos del ánimo o afectivos, que describen la parte alterada de la vida afectiva, como la tristeza, depresión, ira, ansiedad, angustia y preocupación; pero abarca otra dimensión, la positiva, como los períodos de alegría, euforia, equilibrio, autocontrol de las emociones, optimismo, confianza, seguridad y esperanza, señales de una buena salud mental. Pero en el estudio, se retomaron ambas dimensiones, aunque con mayor énfasis en las alteraciones del ánimo.

Por esta razón, en la investigación, se utilizó la definición de estado de ánimo propuesta por Ferré (2000), quien lo define como “sentimientos que dominan en un

momento determinado y aparecen en forma de alegría, irritabilidad, ansiedad, angustia, tristeza y depresión; provocados por una reacción ante un acontecimiento, interno o externo, claramente identificado”. Esta definición abarca los dos aspectos de la afectividad, por lo que se consideró de utilidad para el estudio. Es importante desarrollar, entonces, los sentimientos implicados en la definición retomada.

En cuanto a los sentimientos positivos, se reconoce la alegría que está relacionada con sentimientos agradables y suelen manifestarse con signos y síntomas externos, como palabras, gestos de vivacidad, energía, optimismo o actos que expresan júbilo. También se perciben comportamientos como estabilidad, equilibrio, autocontrol y buena disposición para enfrentar los desafíos de la vida, sin complicaciones de ninguna naturaleza (Encarta, 2006).

Mientras que entre los sentimientos negativos se describen la ira, en la cual ocurre una reacción emocional caracterizada por furia, cólera, indignación y hostilidad extremada. Se considera que es de origen patológica cuando no refleja de forma realista las verdaderas circunstancias de la persona, la causa no es ampliamente justificable y ha alcanzado un nivel incontrolable. Y se manifiesta mediante actos violentos, agresiones verbales y no verbales: insultos, golpes, empujones, uso de objetos y armas para descargar su ira hacia sí mismo, o hacia un objeto, sujeto o cosa que considera su enemigo, agresor, causante de su frustración, en ese momento.

La ansiedad, según Álvarez Mendizábal (1998), está asociada con sensaciones agradables o desagradables que aparecen ante una amenaza externa identificada en el ambiente. El organismo reacciona de forma fisiológica y emocionalmente ante el objeto concreto que percibe como amenaza. Se manifiesta por conductas evasivas, sensación de perder el control, debilidad, impotencia para enfrentar el desafío, pérdida de la esperanza e ideas de que el hecho u objeto amenazante es superior a sus capacidades. Se caracteriza por una variedad de síntomas somáticos como: temblor corporal, movimientos musculares involuntarios, hiperventilación, sudoraciones, mareos, vómito y palpitaciones rápidas del corazón. Aparecen también síntomas como distractibilidad, pérdida de concentración e insomnio, preocupación, sensación de desamparo, inquietud, voz temblorosa, retraimiento, tensión facial, dilatación pupilar, incertidumbre y agitación. La ansiedad aparece al percibir

una situación de amenaza o peligro, generalmente de origen intrapsíquico más que externo y cuya causa suele ser desconocida o no admitida, aunque en algunos casos sí existen factores externos involucrados en su etiología.

1.2.3. Tipos de trastornos del estado de ánimo

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2000), los tipos más comunes de los trastornos del estado de ánimo son:

1) Depresión grave: período de dos semanas de un estado de ánimo deprimido o irritable o una marcada disminución en el interés o placer por las actividades habituales, junto con otros signos de un trastorno del estado de ánimo.

2) Distimia o trastorno distímico: estado de ánimo crónico, bajo, deprimido o irritable que perdura por lo menos durante un año.

3) Síndrome maníaco depresivo o trastorno bipolar: por lo menos un episodio de estado de ánimo deprimido o irritable y un período de un estado de ánimo maníaco, persistentemente elevado.

4) Trastorno del estado de ánimo debido a una condición médica general: muchas enfermedades médicas, incluyendo el cáncer, lesiones, infecciones y enfermedades médicas crónicas, pueden desencadenar los síntomas de depresión.

5) Trastorno del estado de ánimo producido por sustancias: síntomas de depresión debidos a los efectos de la medicación, abuso de drogas, exposición a toxinas u otras formas de tratamiento.

1.2.4. Síntomas de los trastornos del estado de ánimo

Los síntomas más comunes en los trastornos del estado de ánimo son: sentimientos persistentes de tristeza, sentimiento de desesperanza o desamparo; baja autoestima, sensación de ineptitud, culpabilidad excesiva; deseos de morir, pérdida de interés en actividades habituales o actividades que antes se disfrutaban; dificultad en las relaciones sociales; perturbación del sueño, por ejemplo, insomnio, hipersomnias; cambios del apetito o del peso, disminución del movimiento; dificultad para concentrarse, disminución de la

capacidad de tomar decisiones; pensamientos suicidas o intentos de suicidio, molestias físicas frecuentes, por ejemplo, dolor de cabeza, dolor de estómago, fatiga; intentos o amenazas de escaparse del hogar, hipersensibilidad ante el fracaso o el rechazo, irritabilidad, hostilidad y agresión, López Ibor y Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1992).

1.2.5. Teorías de los trastornos del estado de ánimo

Las causas de los trastornos del estado de ánimo no se conocen con precisión, pero se han desarrollado varios modelos teóricos que explican el posible origen, formación, conceptualización, sintomatología, diagnóstico y tratamiento de los trastornos del estado de ánimo.

1.2.5.1. Teorías psicológicas de los trastornos del estado de ánimo

Las teorías psicológicas de los trastornos del estado de ánimo sirven para explicar básicamente los trastornos depresivos, pero escasamente para determinar los trastornos bipolares, maníacos o hipomaníacos. Se encuentra que las teorías propuestas, difieren en muchos aspectos. Una distinción importante radica en los mismos conceptos de depresión y manía que se manejan. La segunda diferencia se identifica en la heterogeneidad y complejidad de los trastornos del estado de ánimo. Y la tercera diferencia es el paradigma o enfoque teórico general en que basan sus explicaciones. Entre la gama de teorías psicológicas de los trastornos depresivos investigados se mencionan y describen las siguientes: teorías psicodinámicas, teorías conductuales, teorías cognitivas y teorías interpersonales (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

1.2.5.1.1. Teorías psicodinámicas

Esta teoría, para explicar los trastornos depresivos, tuvo su origen en las hipótesis sobre melancolía propuestas por Freud, 1893, pero fue su discípulo Karl, 1911-1924, citados en Belloch, Sandín y Ramos (1995), el que desarrolló la teoría psicodinámica de la depresión. La teoría plantea que la depresión tiene su origen en el desarrollo psicosexual, y se concibe la depresión como una “exacerbación constitucional y heredada del erotismo oral”, es decir, como una tendencia exagerada a experimentar placer por medio de

gratificación oral, lo que conducía a una intensificación de las necesidades y, por tanto, de las frustraciones asociadas con los actos de chupar, beber, comer, besar, etc.

Cuando la persona experimenta repetidas frustraciones relacionadas con los objetos de sus deseos libidinales, en la fase preedípica, se produce una asociación permanente de los sentimientos libidinales con sus deseos destructivos hostiles hacia el objeto amado. Entonces, las personas depresivas, según la teoría, desde pequeñas y debido a la pérdida de un objeto amado por separación, muerte o rechazo, se vuelven muy sensibles a la condición de abandono o pérdida, real o imaginaria, de un objeto significativo para ellas (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

1.2.5.1.2. Teorías conductuales

Las teorías conductuales de los trastornos depresivos parten de los estudios desarrollados por Ferster, 1965-1973, citado en Belloch, Sandín y Ramos (1995), que expone como característica principal de la depresión, la reducida frecuencia de conductas reforzadas positivamente, y que a su vez, sirven para controlar el medio, es decir, reducir contactos sociales; mientras que, en caso contrario, se produce un exceso de conductas de evitación o escape ante estímulos aversivos. Ferster plantea cuatro procesos que, aislados o combinados, podrían explicar la patología depresiva.

1. El proceso de los cambios inesperados, súbitos y rápidos en el medio, se refieren a pérdidas de fuentes de refuerzo y se transforman en estímulos discriminativos importantes para el individuo. Por ejemplo, el rechazo de un familiar significativo para el individuo, pues es una fuente importante de amor y reforzamiento, y la ruptura de la relación afectiva, desencadena síntomas depresivos.

2. El proceso de programas de refuerzo de gran coste, que requieren grandes cambios para producir consecuencias en el medio. Es decir, actividades que implican mucho esfuerzo y producen un desajuste y desequilibrio emocional en el individuo.

3. El proceso hace referencia a la imposibilidad de desarrollar repertorios conductuales normales, debido al surgimiento de espirales estresantes que reducen la

conducta normal, provocando mala adaptación al medio y, en concreto, desencadenando síntomas depresivos.

4. Mientras que, el proceso de repertorios de observación limitados, lleva a los individuos a distorsionar la realidad y las conductas que son reforzadas en pocas ocasiones. La capacidad de observación limitada, la distorsión y la ausencia de refuerzo de una determinada conducta, propicia el apareamiento de síntomas depresivos (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

1.2.5.1.3. Teorías cognitivas

Ingram y Wisnicki, 1991, citado en Belloch, Sandín y Ramos, (1995), delimitaron tres clases de teorías cognitivas. Entre estas están: las teorías del procesamiento de la información, las teorías cognitivo sociales y las teorías conductuales cognitivas.

a) Teorías del procesamiento de la información. Estas teorías se inspiran en el paradigma del procesamiento de información y utilizan constructos teóricos derivados de la psicología experimental cognitiva, como elementos centrales, en la conceptualización de la depresión. Se conocen dos teorías, la de Beck, 1965, y la hipótesis de la activación diferencial de Teasdale, 1983, citados en Belloch, Sandín y Ramos (1995); pero la más desarrollada es la teoría de Beck, que su premisa básica expresa que, en los trastornos depresivos, existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. La depresión aparece después de un suceso vital que suponga pérdidas o fracasos, los que son valorados excesivamente, originando una visión negativa del yo, mundo y futuro.

b) Teorías cognitivo-sociales. Estas teorías están fundamentadas en constructos teóricos desarrollados en la Psicología Social. Entre estas se pueden mencionar: la teoría de la indefensión aprendida y la teoría de la desesperanza. La teoría de la indefensión aprendida, propuesta por Seligman, 1975, citado en Belloch, Sandín y Ramos (1995), parte de los ortodoxos principios del condicionamiento clásico e instrumental, que consiste en la aplicación de una serie de choques eléctricos incontrolables para el animal, lo que desarrollaba un patrón de conducta y cambios neuroquímicos semejantes al de las personas

deprimidas. En este caso, cuando la persona percibe que la situación amenazante o aversiva es superior, termina deprimiéndose al sentirse indefensa e impotente para controlar los estímulos negativos y su propia vida.

En la teoría de la desesperanza, propuesta por Rehm, 1989, citado en Belloch, Sandín y Ramos (1995), postula la categoría de la depresión por desesperanza, y consiste en que la causa principal es la desesperanza, una expectativa negativa acerca de la ocurrencia de un suceso valorado como muy importante, amenaza a la vida, unido a sentimientos de indefensión sobre la posibilidad de cambiar y la probabilidad de ocurrencia de ese suceso.

c) Teorías conductuales-cognitivas. Estas teorías se centran más en la varianza personal de la interacción “persona por situación” que incluyen procesos cognitivos, e incluso estructuras cognitivas en la definición de la depresión. Entre estas teorías se encuentran: la teoría del autocontrol de Rehm, 1989, y la teoría de la autofocalización de Lewinsohn, 1985, citados en Belloch, Sandín y Ramos (1995). La teoría del autocontrol de Rehm, está basada en el aprendizaje social, y son teorías del comportamiento humano, las cuales se centran en los procesos de regulación de la propia conducta e implican la manipulación de aspectos situacionales y la disposición de contingencias y consecuencias alternativas para así obtener metas a largo plazo, por ejemplo, dejar de fumar. El control de la conducta, en este caso, implica tres fases: autoobservación, autoevaluación y auto-reforzamiento.

En concreto, la teoría de depresión de Rehm, 1989, puede concebirse como un modelo de diátesis-estrés, es decir, un déficit en el repertorio de conductas de autocontrol, factor de vulnerabilidad, que interactúa con la pérdida o ausencia de reforzadores externos, factor de estrés, para desencadenar un episodio depresivo. En esta teoría, el individuo presta mayor atención a los sucesos negativos que a los positivos. En este caso, los individuos que se evalúan negativa y rigurosamente son más vulnerables a la depresión y, el sujeto deprimido se administra insuficientes recompensas y excesivo castigo.

En la teoría, propuesta por Lewinsohn, 1985, el episodio depresivo, empieza con la aparición de estresores, y estos interrumpen importantes patrones adaptativos de la

conducta, que sirven para la interacción adecuada con el ambiente, lo que facilita una reacción emocional negativa que se convierte en depresión, cuya intensidad depende de la importancia del acontecimiento y el nivel de interrupción de la conducta. Y lo anterior provoca un desequilibrio negativo en la calidad de interacciones de la persona con el ambiente, generando autoconciencia. La autoconciencia de su situación y las emociones negativas, destruyen la autopercepción que protege o deteriora la autoestima, y posteriormente, se producen cambios cognitivos, emocionales y conductuales relacionados con la depresión (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

1.2.6. Alteración psicológica de las personas con VIH-SIDA

La alteración provocada por el VIH-SIDA, según Price y McArthur (2006), es un problema que afecta la capacidad de una persona para pensar claramente y que puede también afectar sus actividades diarias. La alteración psicológica causada por la infección del VIH, se caracteriza por cambios severos en cuatro áreas: en la capacidad de una persona de entender, procesar y recordar información o cognición, el comportamiento, coordinación de movimientos y en las emociones o estado de ánimo.

El deterioro de la cognición a menudo es caracterizado por pérdida de memoria, problemas del habla, incapacidad de concentración y disminución en la capacidad de juicio; recordar números telefónicos o citas y lentitud de pensamiento. Los problemas cognitivos con frecuencia son los primeros síntomas que notará una persona con alteraciones psicológicas del VIH. Estos incluyen la necesidad de elaborar listas para poder recordar tareas rutinarias u olvidar, en medio de una frase, sobre lo que se estaba hablando.

Los cambios de comportamiento son menos entendidos y definidos. Podrían describirse como el deterioro en la capacidad de llevar a cabo tareas comunes y actividades de la vida diaria. Estos cambios se presentan en un 30% a 40% de las personas.

El deterioro en los movimientos a menudo se caracteriza por una pérdida de sensación y de control en las piernas, dificultad para mantener el equilibrio y mala coordinación de las manos y movimientos torpes rápidos o lentos. El deterioro motor no es común en las etapas iniciales de la alteración psicológica provocada por el VIH. Y los primeros síntomas pueden incluir también cambios en la escritura.

El deterioro en el estado de ánimo se define como un cambio en las respuestas emocionales. Este deterioro está asociado con otros problemas como depresión, cambios severos en la personalidad, sensación general, indiferencia o apatía, pérdida de iniciativa o interés, aislamiento de la vida diaria, psicosis y, menos común, excitabilidad intensa o manía.

1.2.7. Impacto psicológico del VIH-SIDA

El nivel de intensidad con el cual se viven los problemas derivados del diagnóstico del VIH-SIDA, depende de factores psicológicos como: la estructura de personalidad, historia previa del paciente, modo usual de enfrentar el estrés, tipo de mecanismos psicológicos utilizados en momentos de crisis y la red de apoyo socio-emocional del paciente. La reacción más frecuente, inmediatamente, después de conocer el diagnóstico, es de “Shock” emocional, expresado con un profundo desconcierto y confusión, ansiedad y negación de su realidad.

En ciertos casos, los pacientes inician una fase de aislamiento social con síntomas de depresión. Y, en casos extremos, desarrollan ideas suicidas, expresión concreta de un deterioro emocional y pérdida de la esperanza de vida. Esta realidad tiene su explicación en las condiciones que espera el paciente para su existencia; a nivel individual, familiar y social, pues espera problemas de salud en su organismo, limitadas esperanzas de vida, discriminación y rechazo familiar y social. Sin embargo, los recursos psicológicos y las habilidades propias del paciente con VIH-SIDA, para resolver sus problemas, pueden hacer la diferencia en el logro de un mejor nivel de estabilidad emocional, Coordinación Interparroquial de la Diócesis de San Miguel (COIDESAM, 2006).

1.2.8. Fases de alteración emocional en pacientes con VIH-SIDA

Las etapas de alteración emocional no necesariamente siguen una secuencia rígida sino que pueden repetirse, omitirse o aparecer en desorden. En el modelo propuesto por Kubler-Ross, 1998, citado en Escalante (1999), se describen las siguientes fases:

1. Choque: La primera reacción del paciente con VIH-SIDA, frente al diagnóstico es de choque o aturdimiento y confusión mental. En este estado inicial experimenta una gama de sentimientos y vivencias: el temor de revelar una orientación sexual posiblemente oculta para su grupo social, el miedo de afrontar una enfermedad que se ha asociado con conductas estigmatizadas, el rechazo y abandono por parte de su familia, amigos y compañeros; además el posible deterioro físico, llevándolo a pensar en el suicidio como única solución a su situación.

2. Negación: Esta fase se presenta como mecanismo de defensa protegiendo al individuo de acercarse a la realidad, que en ese momento resulta difícil aceptar, por los efectos posteriores de la enfermedad del VIH-SIDA.

3. Depresión: El paciente con VIH-SIDA manifiesta, con frecuencia, apatía por actividades rutinarias: laborales, familiares, retraimientos, pérdida de la atención, la concentración, memoria y alteración de la función neurovegetativa en general, rabia e ira. Estos síntomas obedecen, en muchas ocasiones, a las múltiples pérdidas que el individuo tiene que afrontar; principalmente la de amenaza a su propia vida. Sin embargo, esta reacción depresiva puede minimizarse si el paciente recibe apoyo, compañía, un trato afectuoso y amable por parte de los médicos, la familia y la sociedad.

4. Negociación: El paciente con VIH-SIDA retoma nuevamente las actividades rutinarias, familiares y laborales, que implican esfuerzo tanto físico como intelectual. Ocurre en esta fase una especie de reintegración a su nuevo estilo de vida. También suelen surgir promesas a Dios y establecimiento de objetivos. Entonces es importante motivar al paciente para realizar proyectos y desechar pensamientos e ideas distorsionadas que afectan la salud del paciente.

5. Aceptación: El paciente con VIH-SIDA manifiesta adaptación al diagnóstico, es decir, hablando tranquilamente del proceso de enfermedad: los problemas, desafíos, metas y aspiraciones para su futuro y aceptación de la muerte.

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En toda relación interpersonal entre dos o más personas, se ponen de manifiesto las actitudes de aceptación, rechazo, indiferencia y apoyo; pues están integradas por componentes afectivos, cognitivos y conativos propios de las personas, y formadas en el proceso de su desarrollo individual por influencia familiar y social. Las actitudes se forman en la interacción entre: individuo, familia y sociedad, resultando como producto, sujeto con actitudes positivas o negativas. Sin embargo, la mayor parte de las actitudes se forman en la familia ya que es la responsable del apoyo y educación del individuo, formación de pensamientos, sentimientos, valores, creencias y de su personalidad.

Las actitudes se conocen como formas de pensar, sentir, actuar y reaccionar ante los objetos, fenómenos, cosas, problemas, ideologías y enfermedades (Villavicencio, 1987, citado en Granados y Reyes, 2003). Y también guardan estrecha relación con las creencias distorsionadas de los hechos. A partir de los sentimientos, pensamientos y creencias se evalúan negativamente o positivamente ciertas situaciones, y posteriormente, se reacciona y actúa de acuerdo a la percepción personal. La evaluación negativa puede generar malestar y afectar la vida de las demás personas, especialmente su dimensión emocional.

Las actitudes se forman, en su mayoría, en la familia y se manifiestan en forma de pensamientos, sentimientos y maneras de actuar, positiva y negativamente, ante las personas, problemas y enfermedades terminales. Las reacciones y creencias de los familiares respecto a su pariente con VIH-SIDA suelen ser de rechazo, discriminación, indiferencia y falta de apoyo y, a veces, de colaboración, apoyo y aceptación. Las actitudes positivas de los familiares pueden contribuir a la estabilidad del estado de ánimo del paciente; mientras que, las actitudes negativas, pueden originar sentimientos, reacciones y comportamientos negativos en el paciente con VIH-SIDA. Estas actitudes de indiferencia y discriminación, suponen para el paciente una pérdida del familiar más significativo, fuente de afecto, ayuda, colaboración y apoyo la mayor parte de su vida. Esta ruptura de vínculos afectivos y difícil situación del paciente, más la discriminación social y los efectos directos del VIH-SIDA, pueden desfavorecer el estado de ánimo de los pacientes.

El estado de ánimo se entiende como aquellos sentimientos que dominan en un momento determinado y aparecen en forma de alegría, ira, ansiedad, tristeza y angustia; provocados por una reacción ante un acontecimiento, interno o externo, claramente identificado por el individuo (Ferré, 2000). La definición hace más énfasis en la dimensión alterada del estado de ánimo, sin olvidar la positiva, es decir, la estabilidad del estado de ánimo. La alteración afectiva o trastornos del estado de ánimo se vinculan más a estados depresivos o tristeza prolongada y ansiedad, manifestados en afecciones al pensamiento distorsionado, sentimientos negativos sobre la vida, aislamiento social, disminución de energía, alteración del sueño, etc. Esta realidad en el paciente con VIH-SIDA puede estar relacionada con la variable actitudes de sus familiares y la reacción de éste ante tal situación desfavorable. Este fenómeno se pretende comprobar en la investigación.

Las variables se relacionan entre sí. Las actitudes favorables o positivas pueden contribuir a la estabilidad del estado de ánimo de los pacientes y las actitudes desfavorables o negativas originar alteraciones. Esto ocurre porque el paciente puede reaccionar ante las actitudes de los familiares. En este caso, se deduce que los pacientes que tienen familiares con actitudes positivas, presentarán estabilidad en el estado de ánimo; mientras que los pacientes con familiares que tienen actitudes negativas, presentarán más alteraciones del estado de ánimo. Por lo tanto, el problema de investigación se plantea de la siguiente manera:

¿Existirá mayor alteración en el estado de ánimo en sujetos, donde los familiares poseen actitudes negativas hacia los pacientes con VIH-SIDA, del género masculino y femenino, que sus edades oscilan entre los 24 y 65 años, del grupo de apoyo mutuo, de la Unidad de Infectología, del Hospital Nacional “San Juan de Dios” de San Miguel, en el año 2007?

¿Existirá mayor estabilidad en el estado de ánimo en sujetos, donde los familiares poseen actitudes positivas hacia los pacientes con VIH-SIDA, del género masculino y femenino, que sus edades oscilan entre los 24 y 65 años, del grupo de apoyo mutuo, de la Unidad de Infectología, del Hospital Nacional “San Juan de Dios” de San Miguel, en el año 2007?

1.4. OBJETIVOS

3.1. General:

- ❖ Conocer la influencia de las actitudes de los familiares en el estado de ánimo de los pacientes con VIH-SIDA, mediante la investigación.

3.2. Específicos:

- ❖ Identificar las alteraciones del estado de ánimo, en los pacientes con VIH-SIDA, del género masculino y femenino, que sus edades oscilan entre los 24 y 65 años, del grupo de apoyo mutuo, de la Unidad de Infectología, del Hospital Nacional “San Juan de Dios” de San Miguel, en el año 2007.
- ❖ Determinar si a mayor actitud negativa de los familiares, mayor alteración en el estado de ánimo, en los pacientes con VIH-SIDA, del género masculino y femenino, que sus edades oscilan entre los 24 y 65 años, del grupo de apoyo mutuo, de la Unidad de Infectología, del Hospital Nacional “San Juan de Dios” de San Miguel, en el año 2007.
- ❖ Determinar si a mayor actitud positiva de los familiares, mayor estabilidad en el estado de ánimo, en los pacientes con VIH-SIDA, del género masculino y femenino, que sus edades oscilan entre los 24 y 65 años, del grupo de apoyo mutuo, de la Unidad de Infectología, del Hospital Nacional “San Juan de Dios” de San Miguel, en el año 2007.
- ❖ Determinar la diferencia del estado de ánimo en los pacientes con VIH-SIDA, del género masculino y femenino, que sus edades oscilan entre los 24 y 65 años, del grupo de apoyo mutuo, de la Unidad de Infectología, del Hospital Nacional “San Juan de Dios” de San Miguel en el año 2007.

1.5. HIPÓTESIS

4. 1. General:

- ❖ La influencia de las actitudes de los familiares altera el estado de ánimo de los pacientes con VIH-SIDA.

4.2. Específicas:

- ❖ A mayor actitud positiva de los familiares, mayor estabilidad en el estado de ánimo en los pacientes con VIH-SIDA, del género masculino y femenino, que sus edades oscilan entre los 24 y 65 años, del grupo de apoyo mutuo, de la Unidad de Infectología, del Hospital Nacional “San Juan de Dios” de San Miguel, en el año 2007.
- ❖ A mayor actitud negativa de los familiares, mayor alteración del estado de ánimo en los pacientes con VIH-SIDA, del género masculino y femenino, que sus edades oscilan entre los 24 y 65 años, del grupo de apoyo mutuo, de la Unidad de Infectología, del Hospital Nacional “San Juan de Dios” de San Miguel, en el año 2007.
- ❖ El estado de ánimo será diferente en sujetos que poseen familiares con actitudes negativas, respecto a los que pertenecen a familiares con actitudes positivas en los pacientes con VIH-SIDA, del género masculino y femenino, que sus edades oscilan entre los 24 y 65 años, del grupo de apoyo mutuo, de la Unidad de Infectología, del Hospital Nacional “San Juan de Dios” de San Miguel, en el año 2007.

1.6. VARIABLES

5.1. Definición de variables:

- ❖ **Las actitudes de los familiares:** “Son formas organizadas de pensar, sentir y actuar ante los objetos, fenómenos, personas y grupos sociales”, Villavicencio, 1987, citado en Granados (2003, Pág.19). Las actitudes involucran un conjunto coherente de creencias, sentimientos y tendencias a reaccionar, evaluando positiva y negativamente los objetos, hechos o personas. Además se forman por medio de la interacción familiar y social, a lo largo de todo el proceso de desarrollo físico y mental, producto de la influencia familiar, social y del aprendizaje de los individuos (Brizuela y Granados, 1992).

- ❖ **El Estado de Ánimo de los pacientes:** Sentimiento que domina en un momento determinado y aparece en forma de alegría, irritabilidad, ansiedad, tristeza y angustia; provocado por una reacción ante un acontecimiento, interno o externo, claramente identificado (Ferré, 2000, pág.17). El acontecimiento generador de estos sentimientos, agradables o desagradables, suele venir del medio social, como pérdidas de personas, objetos y cosas importantes para la vida del individuo; así mismo, el hecho puede estar presente en el sujeto, como una enfermedad o déficit del sistema nervioso, y el organismo reacciona, alterándose negativamente en señal de defensa o positivamente, procesando de manera adecuada el fenómeno que afecta su vida (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

5.2. Definición operacional:

- ❖ **Actitudes de los familiares:** Se aplicó una escala de actitudes de los familiares hacia los pacientes con VIH/SIDA y, de esta manera, se conoció sus actitudes positivas o negativas.

- ❖ **El estado de ánimo de los pacientes:** Se administró una escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión a los pacientes con VIH-SIDA, y de esta forma, se conoció su estado de ánimo.

CAPÍTULO 2: ALCANCES Y LIMITACIONES

2.1. Alcances

En las investigaciones se establecen objetivos y metas a alcanzar, es decir, se espera que el estudio sea útil para la sociedad y las personas objeto de estudio; en este sentido, se definen los alcances de la investigación. Entre los alcances se pueden mencionar:

Se estableció de una forma objetiva la relación existente entre las actitudes de los familiares y las alteraciones emocionales de los pacientes VIH-SIDA.

Se identificaron las áreas básicas afectadas en el estado de ánimo y las actitudes de los familiares para el posterior desarrollo de estrategias de tratamiento integral que abarquen, el aspecto psicológico tanto de los pacientes como de su familia.

Se aportó orientación y material teórico para elaborar programas de concientización dirigidos a familiares y atención psicológica a los pacientes con VIH-SIDA.

Se amplió el conocimiento sobre el aspecto psicológico de los pacientes con VIH-SIDA, es decir, las diversas alteraciones del estado de ánimo que desarrollan por la enfermedad, la falta de apoyo familiar y social.

Se creó un instrumento para medir las actitudes de los familiares hacia pacientes con VIH-SIDA.

Se sistematizó la información relacionada con las actitudes de los familiares y el estado de ánimo de los pacientes.

2.2. Limitaciones

En todo estudio se tienen problemas o limitaciones que, de alguna manera, afectan los alcances y objetivos del estudio. En este caso, se identifican las siguientes:

En El Salvador no se conoce ningún estudio sobre el tema, se ha investigado las actitudes pero en otro sentido no hacia los pacientes con VIH-SIDA.

Existe poca información relacionada con el aspecto psicológico de los pacientes con VIH-SIDA, los estudios son escasos, y la mayor parte de la información proviene de estudios médicos y psiquiátricos.

A la atención psicológica de los pacientes con VIH-SIDA no se le ha dado prioridad, sólo existen esfuerzos de prevención y grupos de apoyo mutuo.

La discriminación y el rechazo social impiden que los pacientes proporcionen, con apertura y sin temor, información sobre su enfermedad y estado de salud.

No existen instrumentos confiabilizados y validados para medir la variable actitud, por lo tanto, se elaboró un instrumentos para medir las actitudes de los familiares, durante la investigación.

En nuestro país la Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por Virus de Inmunodeficiencia Humana, establece que el paciente puede mantener en confidencialidad el resultado de su diagnóstico; esto impide que las autoridades, profesionales, técnicos auxiliares y demás personal encargado de la atención, proporcionen información relacionada con el paciente con VIH-SIDA.

CAPÍTULO 3: MÉTODO

3.1. Participantes

3.1.1. El universo poblacional: estuvo compuesto por los pacientes con VIH-SIDA, niños y adultos de la zona Oriental. Sin embargo, se decidió realizar la investigación con los adultos que asisten al grupo de apoyo mutuo y sus familiares, de la Unidad de Infectología del Hospital Nacional “San Juan de Dios”, San Miguel, año 2007.

De esta población se extrajo la muestra de 16 pacientes, seleccionados mediante colaboración voluntaria. Se tomaron en cuenta aquellos pacientes que tenían familiares dispuestos a colaborar en el estudio, y se excluyeron de la muestra, los pacientes con familiares indispuestos. Para esto se convocó a una reunión a los pacientes que integran el grupo de apoyo, donde se entrevistó individualmente a cada uno para verificar si deseaba colaborar y tenía algún familiar dispuesto a participar en la investigación.

3.1.2. Muestra: Los participantes fueron 16 pacientes del género masculino y femenino, con edades entre los 24 y 65 años. Su nivel de escolaridad oscila entre cero grado y bachillerato. Ellos proceden de la zona urbana y rural de los departamentos de Morazán, San Miguel, La Unión y Usulután. Así mismo, se tuvo la participación de 16 familiares de los pacientes, del género masculino y femenino, con edades entre los 18 y 65 años y con un nivel educativo entre cero grado hasta bachillerato. Los familiares que participaron por lo general fueron: padre, madre, hermano, hermana, esposo, esposa, hijo e hija; quienes eran actualmente fuente fundamental de afecto, apoyo económico y con quien ha convivido la mayor parte de su vida el paciente.

3.2. Instrumentos

En la investigación se utilizaron dos instrumentos: una escala de actitudes de los familiares (EAF) y una escala de estados de ánimo, específicamente, la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD).

3.2.1. Escala de Actitudes de los Familiares hacia pacientes con VIH-SIDA (EAF)

La escala de actitudes de los familiares es de elaboración propia, es decir, por Garay, Granados y Martínez (2007), mide actitudes positivas y negativas. Y se evaluaron cuatro niveles de actitudes: actitud positiva alta, actitud positiva, actitud negativa y actitud negativa baja. El objetivo de la prueba fue explorar las actitudes de los familiares hacia su pariente con VIH-SIDA. El instrumento se describe en tres partes: estructura, administración, validez y confiabilidad.

3.2.1. Estructura: La escala de actitudes está compuesta por cuatro apartados: datos personales, instrucciones, desarrollo y sumatoria de respuestas.

2.1.1. En el apartado de datos personales se incluye información como nombre, edad, género, nivel de estudio, estado civil, parentesco y dirección.

2.1.2. El apartado de indicaciones, explica la forma de contestar los ítems de la escala.

2.1.3. En el apartado de desarrollo, se encuentran los 22 ítems de la escala, escritos en forma de afirmaciones positivas y negativas, encerrados dentro de una tabla de 6 columnas y 25 filas. Cada ítem cuenta con cuatro opciones de respuesta, ubicadas en la parte izquierda, y estas son: a) “muy de acuerdo” con una puntuación de 4; b) “de acuerdo” con puntuación de 3; c) “en desacuerdo” con puntaje de 2, y d) “muy en desacuerdo” con un puntaje de 1. El puntaje mayor que puede obtener el familiar es de 88.

2.1.4. El apartado de sumatoria de respuestas sirve para obtener el total parcial y global de la escala. El puntaje global se interpreta de acuerdo al rango de valoración establecido para la escala y se determina el nivel de actitud del familiar (ver anexo # 1).

3.2.1.2. Administración: La escala se administra de forma individual, autoaplicada o heteroaplicada.

3.2.1.3. Validez y confiabilidad

3.2.1.3.1. Validez: Para obtener la validez del instrumento, se recurrió a la validez de contenido.

Pasos para obtener la validez de contenido:

1. Se definieron los conceptos teóricos de actitudes de los familiares hacia pacientes con VIH-SIDA, en base a los cuales se elaboró 42 ítems.
2. Se presentaron los ítems elaborados al docente director de la investigación para su respectiva revisión y observaciones.
3. Una vez revisados y corregidos los ítems que fueron objeto de observación, se seleccionaron 40 ítems y con estos se elaboró la escala de actitudes para la prueba piloto (ver anexo # 2, anexo de prueba piloto).
4. Se administró la prueba piloto a 5 familiares de pacientes con VIH-SIDA, tres madres y dos padres de familia.
5. Aplicación del análisis estadístico. En el análisis de los datos de cada participante, se utilizó el programa estadístico STATSTM v.2, propuesto por Hernández, Fernández y Baptista (2006) y se aplicó el coeficiente r de Pearson, correlacionando todos los ítems, es decir, el ítems uno se correlacionó con los otros 39, el dos con los otros 39, etc. Este proceso permitió rechazar 18 ítems y aceptar 22. Los ítems rechazados obtuvieron una correlación abajo de 0.60, mientras que los aceptados entre 0.60 y 1.0 (ver anexo # 2).
6. El instrumento definitivo quedó compuesto por 22 ítems.

3.2.1.3.2. Confiabilidad: Para determinar la confiabilidad de la escala se recorrió a calcular la consistencia interna del instrumento, y para esto se utilizó el método de mitades partidas y el coeficiente r de Pearson (ver anexo # 5).

A los totales de cada ítem se aplicó el **método de mitades partidas**, para lo cual se dividió los 22 ítems aceptados en dos partes, y se aparearon en una tabla. Se ingresaron los datos en el coeficiente r de Pearson en la tabla de entradas “X” y “Y”. Luego se obtuvo que la confiabilidad de la escala de actitudes de los familiares es de **0.74**, que se considera como un coeficiente de confiabilidad aceptable (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Además, utilizando los datos de los participantes de la investigación, se aplicó a los puntajes de los sujetos, el método de mitades partidas y el coeficiente r de Pearson para conocer el nivel de confiabilidad global de la escala, y se obtuvo que la confiabilidad es de **0.76**, esto indica una confiabilidad aceptable (ver anexo # 7).

3.2.2. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)

La escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión de A. S. Zigmong y R. P. Snaith, 1983, citados en Bobes, Portilla, Bascarán, Sáiz y Bousoño (2003), sirve para la detección de los trastornos depresivos y ansiosos en el contexto hospitalario no psiquiátrico; y en este caso, se aplicó para conocer el estado de ánimo de los pacientes con VIH-SIDA, especialmente los trastornos de ansiedad y depresión. El instrumento tiene tres apartados: estructura, administración, validez y confiabilidad.

3.2.2.1. Estructura: La escala está compuesta por tres partes: datos personales, indicaciones y desarrollo de la prueba.

2.2.1.1. En el apartado de datos personales se incluyen datos como nombre, edad, género, estado civil, nivel educativo y dirección.

2.2.1.2. El apartado de indicaciones explica la forma de contestar la escala.

2.2.1.3. En el apartado de desarrollo se describen los 14 ítems. Los ítems se agrupan en dos subescalas, cada una con 7 ítems:

- Subescala de ansiedad: evalúa manifestaciones psíquicas como tensión, nerviosismo, aprensión, preocupación, inquietud, nervios en el estómago y angustia. Son los ítems impares.
- Subescala de depresión: se centra en la anhedonía y evalúa síntomas como: disfrute, risa, alegría, torpeza, interés por el aspecto personal e ilusión. Son los ítems pares.

El paciente contesta cada ítem utilizando una escala tipo liker que unas veces hace referencia a intensidad del síntoma y otras a frecuencia de presentación. Las opciones de respuesta oscilan entre 0 que es igual a nunca o ninguna intensidad y 3 que significa presencia de casi todo el día o mucha intensidad del síntoma. La puntuación se obtiene sumando los puntos de cada uno de los ítems que conforman la escala. Y el mayor puntaje que se puede obtener en la escala es de 42 (ver anexo # 1).

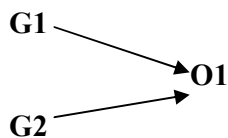
3.2.2.2. Administración: La escala se administra de forma individual, autoaplicada y heteroaplicada.

3.2.2.3. Validez y confiabilidad: La escala está adaptada y validada en español. Sin embargo, para conocer la confiabilidad global, se utilizó los datos de los participantes

de la investigación, y se aplicó el método de mitades partidas, dividiendo los puntajes obtenidos por los 16 participantes en dos, apareándolos y comparando en una tabla. Luego se ingresaron los datos en el coeficiente r de Pearson del programa de computadora STATSTM v.2 para conocer su nivel de confiabilidad, y se obtuvo que la confiabilidad global de la escala es de **0.37**, lo que, según Hernández, Fernández y Baptista (2006) indica una confiabilidad baja (ver anexo # 7).

3.3. Diseño

En el proceso de trabajo se utilizó el tipo de investigación Ex Post Facto y se desarrolló un estudio Correlacional, el cual se realizó con dos grupos: un grupo de pacientes con VIH-SIDA y, en el otro, sus parientes. Los familiares y pacientes fueron sometidos a una evaluación. Gráficamente el diseño quedó así:



Donde:

G1 = Grupo de familiares

G2 = Grupo de pacientes

O1 = Evaluación de los pacientes y familiares

3.4. Procedimiento

1. Para responder al planteamiento del problema, los objetivos y las hipótesis, se seleccionó la muestra, mediante colaboración voluntaria. En este caso, los familiares y pacientes que asisten al grupo de apoyo mutuo de la Unidad de Infectología del Hospital Nacional “San Juan de Dios” de San Miguel.

2. Después se eligió la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión para medir la variable estados de ánimo de los pacientes con VIH-SIDA. Así mismo, se elaboró una escala de actitudes de los familiares hacia pacientes.

3. En la elaboración de la escala, al principio, se consultó el marco conceptual de la variable actitudes de los familiares y en base a esto, se formuló un universo 42 de ítems, los cuales fueron revisados por el docente director. Y después de las correcciones, la escala que se utilizó en la prueba piloto, quedó compuesta por 40 ítems.

4. Se aplicó la prueba piloto a 5 familiares de pacientes con VIH-SIDA. Y a los resultados se aplicó el análisis estadístico del coeficiente r de Pearson, lo que permitió rechazar 18 ítems y aceptar 22. Y a estos para determinar la confiabilidad de la escala, se aplicó el método de mitades partidas y el coeficiente r de Pearson, y se obtuvo una confiabilidad de 0.74, es decir, aceptable para la escala de actitudes.

5. Aplicación de las escalas: Para administrar la escala de actitudes de los familiares, se convocó a la sala de reuniones del grupo de apoyo mutuo, en la Unidad de Infectología, a los familiares de los pacientes con VIH-SIDA, estableciendo la fecha, hora, para aplicar el instrumento. Asistieron 10 y los otros seis se visitaron en la casa. Se explicó el motivo y objetivo de la evaluación. La administración fue individual, explicando en qué consistía la prueba y la manera de contestarla, y luego se proporcionó un lapicero o lápiz y un modelo de instrumento a cada familiar. La escala se hizo autoaplicada a los familiares que pueden leer y escribir, y heteroaplicada a los que tienen dificultad para leer y escribir.

Para administrar la escala hospitalaria de ansiedad y depresión, se convocó a la sala de reuniones del grupo de apoyo, en la Unidad de Infectología, a los pacientes con VIH-SIDA, fijando fecha y hora. En el momento de aplicar la prueba, se explicó el objetivo de la evaluación, se les entregó un lápiz o lapicero, un modelo de instrumento y se explicó la forma de contestar los ítems de la escala. La escala se hizo autoaplicada a los pacientes que pueden leer y escribir, y heteroaplicada a los que tenían dificultad para leer y escribir.

6. Finalizada la aplicación de las escalas, los familiares y pacientes, las entregaron y se agradeció su participación en el estudio.

7. A los datos obtenidos en la administración de las escalas, se aplicó el análisis estadístico, utilizando el coeficiente r de Pearson, la prueba t de Student, tabulación y gráficas para representar los datos, y finalmente se ordenaron los resultados de manera cuantitativa y cualitativa.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

En este apartado se describen los resultados de la investigación y se presentan de forma cuantitativa y cualitativa, con la finalidad de facilitar su comprensión y uso oportuno de los mismos.

4.1. Resultados cuantitativos

Los resultados cuantitativos se describen en cinco apartados: a) resultados correlacionales, b) resultados de la escala de estados de ánimo, específicos y generales; y c) resultados de la escala de actitudes de los familiares, específicos y generarles.

4.1.1. Resultados correlacionales

Para conocer la influencia de las actitudes de los familiares en el estado de ánimo de los pacientes con VIH-SIDA, se aplicó a los datos obtenidos, tanto en la escala de actitudes como en la escala de ansiedad y depresión, el coeficiente r de Pearson, y después del proceso estadístico (ver anexo N° 5) se obtuvo que:

Tabla # 1. Las actitudes influyen en el estado de ánimo de los pacientes.

r de Pearson		
r	gl	α 0.05
0.13923	30	0.4973

En la tabla # 1, r significa que la correlación es de 0.13, grados de libertad es igual a 30 y el nivel de confianza equivale a 0.49. Esto indica que se obtuvo una “correlación positiva muy débil”, según la interpretación de Hernández, Fernández y Baptista (2006). Este hecho permitió aceptar la hipótesis general de investigación, donde se afirma que “la influencia de las actitudes de los familiares altera el estado de ánimo de los pacientes con VIH-SIDA”.

Para conocer si a mayor actitud positiva de los familiares, mayor estabilidad en el estado de ánimo de los pacientes con VIH-SIDA, se aplicó a los puntajes obtenidos por los familiares con actitudes positivas y los de su paciente con VIH-SIDA, el coeficiente de correlación r Pearson, correlacionando ambos resultados y después del proceso estadístico (ver anexo # 5) se obtuvo lo siguiente:

Tabla # 2. Las actitudes positivas favorecen la estabilidad del estado de ánimo de los pacientes con VIH-SIDA.

r de Pearson		
r	gl	α 0.05
0.25247	8	0.6319

En la tabla # 2, r significa que la correlación es igual a 0.25, grados de libertad equivale a 8 y el nivel de confianza es de 0.63. En este caso se obtuvo una “correlación positiva débil”, según la interpretación de Hernández, Fernández y Baptista (2006). Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica # 1, la cual plantea que “A mayor actitud positiva de los familiares, mayor estabilidad en el estado de ánimo en los pacientes con VIH-SIDA”.

Mientras que para conocer si la actitud negativa de los familiares altera en el estado de ánimo de los pacientes con VIH-SIDA, se aplicó a los datos obtenidos el coeficiente r de Pearson, y después de aplicar el procedimiento (ver anexo N° 5), se obtuvo el siguiente resultado:

Tabla # 3. Las actitudes negativas no desfavorecen el estado de ánimo de los pacientes con VIH-SIDA.

r de Pearson		
r	gl	α 0.05
0.00239	4	0.8114

En la tabla # 3, r significa que la correlación es igual a 0.00, grados de libertad equivale a 4 y el nivel de confianza es de 0.81; indica que “no existe correlación alguna”,

según la interpretación de Hernández, Fernández y Baptista (2006). Esto permitió aceptar la hipótesis nula específica # 2, donde “A mayor actitud negativa de los familiares, no existe mayor alteración del estado de ánimo en los pacientes con VIH-SIDA”.

Para conocer la diferencia entre las actitudes de los familiares y el estado de ánimo de los pacientes con VIH-SIDA, se aplicó a los datos obtenidos por los familiares y pacientes, la prueba t de Student, y después de realizar el procedimiento estadístico (ver anexo # 6), se obtuvo lo siguiente:

Tabla # 4. La diferencia, entre el grupo de pacientes con familiares de actitudes positivas, respecto a los de familiares con actitudes negativas, es significativa.

t de Student		
t	gl	α 0.05
9.4691366	30	1.6973

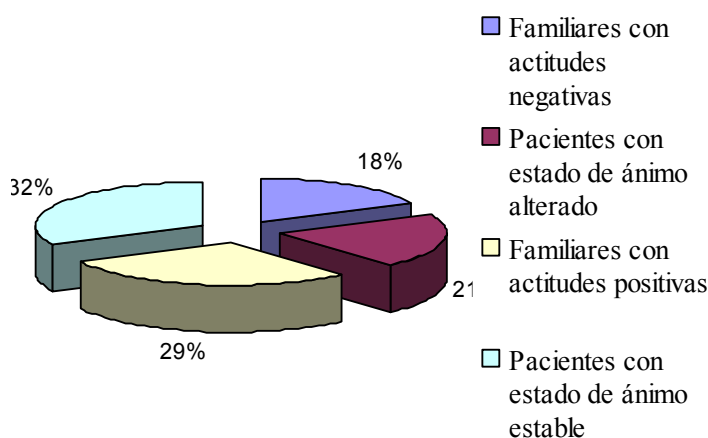
En la tabla # 4 se observa que t es igual a 9.46, grados de libertad equivale a 30 y el nivel de confianza es de 1.69. Entre el nivel de confianza y el resultado t existe una diferencia significativa de 7.7; por lo tanto, se acepta la hipótesis específica # 3, en la que se afirma que: “El estado de ánimo es diferente en sujetos que poseen familiares con actitudes negativas, respecto a los que pertenecen a familiares con actitudes positivas en los pacientes con VIH-SIDA”.

Tabla # 5. Comparación de las actitudes y el estado de ánimo de los pacientes con VIH-SIDA

N°	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Familiares con actitudes negativas	6	18
2	Pacientes con estado de ánimo alterado	7	21
3	Familiares con actitudes positivas	10	29
4	Pacientes con estado de ánimo estable	11	32
	Σ	32	100

Representación gráfica

Comparación de las actitudes y el estado de ánimo de los pacientes con VIH-SIDA.



El gráfico representa la comparación entre los resultados de las dos escalas aplicadas, el 32% corresponde a los pacientes con estado de ánimo estable y el 21% a pacientes con estado de ánimo alterado; mientras que el 29% pertenece a los familiares con actitudes positivas y el 18% a los familiares con actitudes negativas.

4.1.2. Resultados de escala de estados de ánimo

4.1.2.1. Resultados específicos de la escala de estados de ánimo

En la investigación, al aplicar la escala de estados de ánimo (ver modelo de escala, en anexo # 1), se obtuvieron los siguientes resultados específicos:

Los pacientes con VIH-SIDA, durante las últimas semanas, el 75% manifiesta que de vez en cuando se sienten tensos/as o nerviosos/as, el 19% respondieron casi todo el día y el 6% nunca (ver anexo N° 3, gráfico # 1). Y cuando se les interrogó sobre si siguen disfrutando de las cosas como siempre, el 44% respondió que no tanto como antes, el 25% mencionó ciertamente igual que antes, el 25% manifestó solamente un poco y un 6% no disfruta de nada (ver anexo N° 3, gráfico # 2). Así mismo, respecto a la sensación de temor como si algo malo fuera a sucederles en el futuro, el 37% de los pacientes evaluados sienten un temor intenso, un 31% sienten temor pero no les preocupa, el 19% se preocupan pero no mucho y el 13% no siente temor que le suceda algo malo en el futuro a su vida (ver anexo N° 3, gráfico # 3).

Al preguntar a los pacientes con VIH-SIDA si actualmente son capaz de reír y percibir el lado gracioso de las cosas, el 50% consideran igual que siempre, el 31% mencionó que algo menos, el 13% mucho menos, y finalmente el 6% en absoluto le es indiferente reírse (ver anexo N° 3, gráfico # 4). Así mismo, los pacientes consideran que tienen muchas preocupaciones en su vida, el 62% afirmaron de vez en cuando y el 38% experimentan casi todo el día (ver anexo N° 3, gráfico # 5). El 38% de los pacientes manifiestan sentirse alegre gran parte del día, el 37% sólo en algunas ocasiones y el 25% muy pocas veces se sienten alegres (ver anexo N° 3, gráfico # 6). En cuanto a la capacidad de permanecer sentados, tranquilos y relajados, el 38% de los pacientes afirman que gran parte del día, el 37% en algunas ocasiones y el 25% muy pocas veces se sienten tranquilos y relajados (ver anexo N° 3, gráfico # 7).

En las habilidades del pensamiento y destrezas motoras de los pacientes con VIH-SIDA, el 50% manifiesta muchas veces sentir incapacidad, el 31% gran parte del día y el 19% raras veces experimentan estos síntomas (ver anexo N° 3, gráfico # 8). Respecto a si los pacientes experimentan una desagradable sensación de nervios y hormigueos en el

estómago, el 62% sienten en algunas ocasiones estos síntomas, el 19% con mucha frecuencia y el 19% a veces (ver anexo N° 3, gráfico # 9). En el interés por su aspecto personal, el 68% de los pacientes manifiestan que se cuidan como siempre, el 19% no se cuida como deberían hacerlo y el 13 % no se cuida (ver anexo N° 3, gráfico # 10). En la facilidad para permanecer quietos y tranquilos durante el día, el 50% de los pacientes respondieron que pocas veces se sienten inquietos y pierden el control, el 25% en absoluto no experimentan los síntomas, el 19% bastante y el 6% realmente se siente muy inquieto (ver anexo N° 3, gráfico # 11).

En relación a su futuro, los pacientes con VIH-SIDA, el 69% de los pacientes esperan las cosas con ilusión siempre, el 25% menos que antes y el 6% mucho menos que antes, debido a su situación problemática (ver anexo N° 3, gráfico # 12). En cuanto al surgimiento de arrebatos de angustia o temor a perder el si control, el 38% de los pacientes rara vez experimentan estos síntomas, el 31% con mucha frecuencia, el 25% con cierta frecuencia y un 6% nunca han experimentado sensación de angustia (ver anexo N° 3, gráfico # 13). Por último, al preguntar si son capaz de disfrutar con la lectura de un buen libro o programa de televisión, el 56% de los pacientes manifestaron que siempre, el 38% algunas veces y el 6% pocas veces (ver anexo N° 3, gráfico # 14).

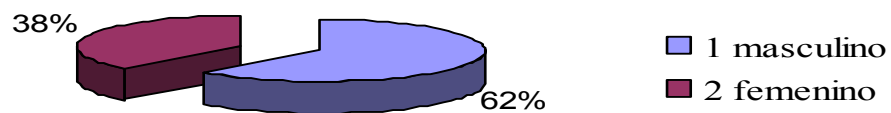
4.1.2.2. Resultados generales de la escala de estados de ánimo

Tabla # 1. Clasificación de los pacientes por género

Nº	Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
	masculino	10	62
	femenino	6	38
	Σ	16	100

Representación gráfica # 1

Clasificación de los pacientes por género



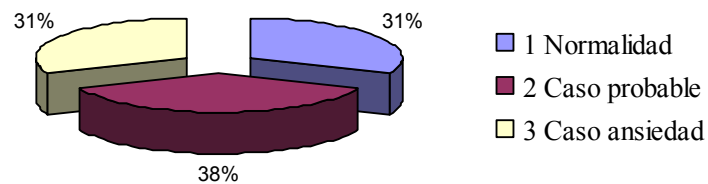
El gráfico representa los pacientes clasificados por género, donde el 62% pertenece al género masculino y el 38% está conformado por pacientes del género femenino.

Tabla # 2. Casos de ansiedad en los pacientes con VIH-SIDA.

Nº	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Normalidad	5	31
2	Caso probable	6	38
3	Caso ansiedad	5	31
	Σ	16	100

Representación gráfica # 2

Casos de ansiedad en los pacientes con VIH-SIDA.



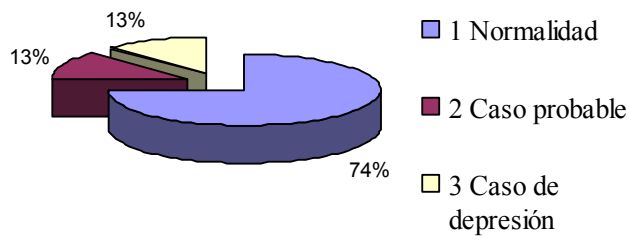
El gráfico representa que el 38% de los pacientes evaluados se consideran casos probables de ansiedad, el 31% casos de ansiedad y el 31% a los pacientes sin ansiedad.

Tabla # 3. Casos de depresión en los pacientes con VIH-SIDA.

Nº	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Normalidad	12	74
2	Caso probable	2	13
3	Caso de depresión	2	13
	Σ	16	100

Representación gráfica # 3

Casos de depresión en los pacientes con VIH-SIDA.



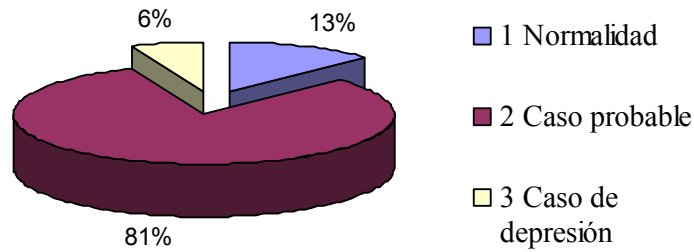
El gráfico representa que el 74% de los casos de los pacientes evaluados, en la escala de depresión no manifiestan depresión, el 13% probablemente y el 13% sí presentan depresión.

Tabla # 4. Casos de ansiedad y depresión en los pacientes con VIH-SIDA.

Nº	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Normalidad	2	13
2	Caso probable	13	81
3	Caso de depresión	1	6
	Σ	16	100

Representación gráfica # 4

Casos de ansiedad y depresión en los pacientes con VIH-SIDA.



El gráfico muestra que el 81% de los pacientes evaluados son casos probables de ansiedad y depresión, el 13% presenta normalidad y sólo el 6% presenta ansiedad y depresión.

4.1.3. Resultados de escala de actitudes de los familiares

4.1.3.1. Resultado específico de la escala de actitudes de los familiares

En la escala de actitudes de los familiares hacia pacientes con VIH-SIDA (ver modelo de escala, en anexo # 1) se obtuvieron los siguientes resultados específicos:

A los familiares de pacientes con VIH-SIDA, al preguntarles si se sentían felices con la familia que tienen, el 43% manifestó de acuerdo, el 25% muy de acuerdo, el 19% en desacuerdo y el 13% muy en desacuerdo (ver anexo N° 4, gráfico # 1). Respecto a la importancia de su familiar con VIH-SIDA, ya que no representa ningún problema para la familia, el 32% manifestó muy de acuerdo; el 31% de acuerdo, el 31% en desacuerdo y el 6% muy en desacuerdo (ver anexo N° 4, gráfico # 2). En cuanto a si aceptan a su familiar tal y como es, el 31% de los familiares están muy de acuerdo, el 25% de acuerdo, el 25% en desacuerdo y el 19% muy en desacuerdo (ver anexo N° 4, gráfico # 3). En dedicar más tiempo a su familiar, el 31% está de acuerdo, el 31% en desacuerdo, el 25% muy de acuerdo y el 13% muy en desacuerdo (ver anexo N° 4, gráfico # 4).

En relación a si disfrutan de la compañía de su familiar con VIH-SIDA, el 38% manifestaron estar muy en desacuerdo, el 31% de acuerdo, el 25% muy de acuerdo y el 6% en desacuerdo (ver anexo N° 4, anexo # 5). En la opinión de los familiares de pacientes con VIH si deberían enviar a una institución a su pariente, el 41% está de acuerdo, el 35% muy en desacuerdo, el 12% en desacuerdo, el 6% muy de acuerdo y el 6% no respondió (ver anexo N° 4, gráfico # 6). Al preguntar si sienten triste por tener un familiar con VIH-SIDA, el 44% manifiesta que están muy en desacuerdo, el 38% de acuerdo, el 6% muy de acuerdo, el 6% en desacuerdo y el 6% sin respuesta (ver anexo N° 4, gráfico # 7). Respecto si su familiar puede salir adelante a pesar de tener VIH-SIDA, el 37% está de acuerdo, el 25% muy de acuerdo, el 19% muy en desacuerdo y 19% en desacuerdo (ver anexo N° 4, gráfico # 8).

Los familiares hubieran querido que su pariente no tuviera VIH-SIDA, el 56% está de acuerdo, el 25% muy en desacuerdo, el 13% en desacuerdo y el 6% muy en desacuerdo (ver anexo N° 4, gráfico # 9). Referente a si su vida fue afectada al conocer el diagnóstico de su familiar, el 50% está de acuerdo, el 31% muy de acuerdo, y el 19% muy en

desacuerdo (ver anexo N° 4, gráfico # 10). Muestran apoyo, cariño y amor a su familiar, el 31% está de acuerdo, el 25% respondió que muy de acuerdo, el 25% muy en desacuerdo y el 19% no muestra cariño y amor (ver anexo N° 4, gráfico # 11). Además, los familiares manifestaron que no pueden hablar libremente de su pariente, el 69% está muy en desacuerdo, el 13% en desacuerdo y el 6% muy de acuerdo y el 6% de acuerdo (ver anexo N° 4, gráfico # 12). En la facilidad para reconocer las capacidades de su familiar con VIH-SIDA, el 37% está en desacuerdo, el 25% de acuerdo, el 19% muy en desacuerdo y el 19% muy de acuerdo (ver anexo N° 4, gráfico # 13).

A los familiares resulta difícil apoyar con agrado a su familiar con VIH-SIDA, pues el 31% está en desacuerdo, el 25% de acuerdo, el 19% muy de acuerdo y el 19% muy en desacuerdo (ver anexo N° 4, gráfico # 14). Los familiares manifiestan que la unión familiar se fortaleció más con el diagnóstico de su pariente, el 38% está muy de acuerdo, el 31% de acuerdo, el 19% muy de acuerdo y el 6% en desacuerdo (ver anexo N° 4, gráfico # 15). La convivencia familiar se perjudicó más al conocer el diagnóstico de su pariente, el 30% está muy de acuerdo, el 25% en desacuerdo, 19% muy de acuerdo y el 13% de acuerdo (ver anexo N° 4, gráfico # 16). En cuanto a mantener buena comunicación con su familiar, el 31% manifiesta estar muy en desacuerdo, el 25% muy de acuerdo, el 25% de acuerdo, 13% en desacuerdo (ver anexo N° 4, gráfico # 17).

Los familiares evitan frases y palabras discriminatorias hacia su pariente con VIH-SIDA, el 43% está muy de acuerdo, el 19% de acuerdo, el 19% en desacuerdo y el 19% muy en desacuerdo (ver anexo N° 4, gráfico # 18). En relación a si tratan con respeto a su familiar con VIH-SIDA, el 31% muy de acuerdo y el 31% en desacuerdo, el 25% de acuerdo y el 13% en desacuerdo (ver anexo N° 4, gráfico # 19). Mientras que en la habilidad para estimular y felicitar a su familiar con VIH-SIDA, el 31% está de acuerdo, el 25% muy de acuerdo, el 25% muy en desacuerdo y el 19% en desacuerdo (ver anexo N° 4, gráfico # 20). Y defienden a su familiar cuando otras personas lo critican, el 31% muy de acuerdo, el 25% en desacuerdo, el 25% muy en desacuerdo y el 19% de acuerdo (ver anexo N° 4, gráfico # 21). Comparten los utensilios de cocina con su familiar que tiene VIH-SIDA, el 43% está muy de acuerdo, el 38% muy en desacuerdo, el 13% de acuerdo, el 6% en desacuerdo (ver anexo N° 4, gráfico # 22).

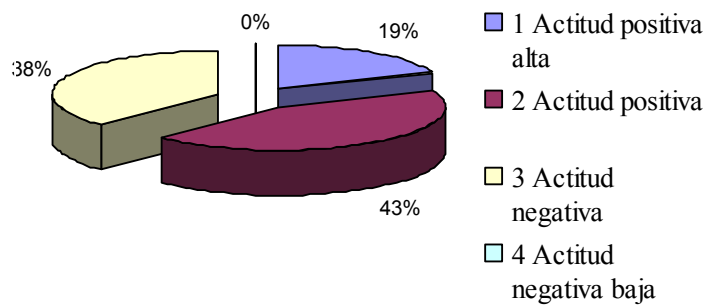
4.1.3.2. Resultado general de la escala de actitudes de los familiares

Tabla # 1. Actitudes de los familiares de pacientes con VIH-SIDA.

Nº	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Actitud positiva alta	3	19
2	Actitud positiva	7	43
3	Actitud negativa	6	38
4	Actitud negativa baja	0	0
	Σ	16	100

Representación gráfica # 1

Actitudes de los familiares de pacientes con VIH-SIDA



El gráfico representa que el 43% de los familiares manifiestan una actitud positiva hacia su familiar con VIH SIDA, el 38% una actitud negativa y el 19% actitud positiva alta.

Tabla # 2. Clasificación de los familiares por género.

Nº	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Femenino	10	62
2	Masculino	6	38
	Σ	16	100

Representación gráfica # 2

Clasificación de los familiares por género



El gráfico representa que el 62% de los familiares evaluados pertenecen al género femenino y el 38% al género masculino.

4.2. Resultados cualitativos

Para realizar el estudio, se utilizaron dos instrumentos, uno mide actitudes de los familiares y el otro estado de ánimo, específicamente, ansiedad y depresión. Los instrumentos fueron aplicados a la población elegida, a familiares y pacientes con VIH-SIDA del grupo de apoyo mutuo del Hospital Nacional “San Juan de Dios” de la ciudad de San Miguel. En la aplicación de las escalas se contó con la colaboración de los facilitadores del grupo de apoyo; y durante la ejecución de la evaluación, se pudo observar que la mayoría del grupo mostraba disponibilidad a colaborar y reunían los requisitos requeridos. Sin embargo, los participantes sólo fueron treinta y dos: 16 familiares y 16 pacientes, logrando así la muestra determinada en el proyecto de investigación.

El grupo de los pacientes se mostraron colaboradores en la aplicación de la escala de estados de ánimo, escucharon con atención las indicaciones y contestaron con interés. Sin embargo, exigieron que se les apoyara en la marcha del 1 de diciembre, la cual organizan para conmemorar el Día Mundial Contra el VIH-SIDA. Así mismo, pidieron explicación detallada sobre la finalidad para la que se utilizaría la información y el debido secreto de su diagnóstico. En el desarrollo de la prueba, las dudas que tenían los participantes para entender algunos ítems fueron aclaradas, permitiéndoles optar por una respuesta más objetiva y apropiada a su caso particular. La prueba se hizo autoaplicada, pero a los participantes que no podían leer se les heteroaplicó para obtener las respuestas.

En comparación con el grupo de pacientes, los familiares mostraron menor disponibilidad y colaboración en la aplicación de la escala de actitudes. Se convocaron con la ayuda de los pacientes y asistieron diez. Los otros seis familiares, por la dificultad para asistir, se visitaron para aplicarles la escala, donde algunos se mostraron negativos a participar, pero después de explicarles el objetivo de la investigación manifestaron que, si se trataba de lograr un beneficio para el paciente podían colaborar. La prueba se hizo autoaplicada a los familiares que podían leer y escribir, pero heteroaplicada a los que presentaban dificultad, aclarando las dudas surgidas al momento de responder algunos ítems de la escala.

En la investigación los participantes solicitaron información, haciendo preguntas sobre los ítems que hacían más referencia a su situación y el uso posterior de la información, y esto favoreció las respuestas. Las pruebas se aplicaron en la sala de reuniones de la unidad de infectología del Hospital Nacional “San Juan de Dios”, en presencia de otros pacientes que no participaron, pues no todos los asistentes del grupo mostraban disponibilidad a colaborar. A pesar de esto, no hubo mucha interferencia ni complicación. Sin embargo, en las pruebas que no fue posible reunir a los familiares, a pesar de haber sido administradas en casa, se procuró que las respuestas de la prueba fueran objetivas, explicando como contestar y aclarando las dudas que surgieron en el momento de su aplicación.

CAPÍTULO 5: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Para determinar la influencia de las actitudes de los familiares en el estado de ánimo de los pacientes con VIH-SIDA, se realizó un estudio Ex Post Facto, correlacional descriptivo, donde se sometió a evaluación a los pacientes y familiares. El estudio se realizó para identificar si las actitudes negativas de los familiares afectan el estado de ánimo de los pacientes, así mismo, para comprobar si las actitudes positivas favorecen la estabilidad del estado de ánimo.

5.1. Correlacional

Partiendo de los resultados, en la hipótesis general de investigación, “la influencia de las actitudes de los familiares altera o favorece el estado de ánimo de los pacientes con VIH-SIDA”; se obtuvo una correlación de 0.13, lo que significa “correlación positiva muy débil”, según la interpretación de Hernández, Fernández y Baptista (2006). Este hecho permitió aceptar la hipótesis. Y esta realidad afirma que las actitudes positivas de los familiares como la unidad, aceptación y apoyo familiar, se convierte en una acción eficaz para estabilizar el estado de ánimo del paciente con VIH-SIDA (COIDESAM, 2006).

Sin embargo, la influencia de las actitudes negativas favorece la alteración del estado de ánimo, manifestado en forma de ansiedad y depresión. Este hecho se explica desde la teoría conductual-cognitiva de Lewinsohn, 1985, citado en Belloch, Sandín y Ramos (1995), en la cual el estado ansioso y depresivo, empieza con la aparición de un suceso antecedente amenazante, y estos interrumpen importantes patrones adaptativos de la conducta necesaria para la interacción diaria con el ambiente, lo que facilita una reacción emocional negativa, depresión y ansiedad, cuya intensidad depende de la importancia del acontecimiento y el nivel de interrupción de la conducta. Este fenómeno provoca, sin duda, un desequilibrio negativo en la calidad de interacciones de la persona con el ambiente, generando autoconciencia. La autoconciencia de su situación y las emociones negativas destruyen la autopercepción que protege o deteriora la autoestima, y posteriormente, se producen muchos cambios cognitivos, emocionales y conductuales relacionados con la ansiedad y depresión. Los estresores en el caso de los pacientes con VIH-SIDA, son las actitudes de los familiares y sociales que impiden su reconocimiento como personas con

iguales derechos que los demás. Así mismo, el aprendizaje de que su situación no tiene solución, entonces, resulta fácil desarrollar depresión o ansiedad.

En cuanto a la hipótesis específica uno, la cual plantea que “A mayor actitud positiva de los familiares, mayor estabilidad en el estado de ánimo en los pacientes con VIH-SIDA”, la correlación es de 0.25 que equivale a una “correlación positiva débil”. En este caso se acepta la hipótesis, donde refleja que las actitudes positivas de apoyo, aceptación, comprensión y ayuda a los pacientes a estabilizarse emocionalmente, ya que se fortalece la alegría, el optimismo, esperanza de vida, la autoestima, equilibrio, autocontrol y buena disposición para enfrentar los desafíos de la vida y la salud mental en general.

Por lo tanto, esta realidad afirma que la unidad y apoyo familiar, es una acción eficaz para estabilizar el estado de ánimo del paciente con VIH-SIDA. Además, la convivencia con el paciente es posible, por lo que no existe razón para el abandono, aislamiento, desprecio y cualquier forma de discriminación que haga sentir inferior y deprimido a la persona con la enfermedad (COIDESAM, 2006).

En la hipótesis específica dos, se afirma que “A mayor actitud negativa de los familiares, mayor alteración del estado de ánimo en los pacientes con VIH-SIDA”. Se obtuvo una correlación de 0.00, que indica que “no existe correlación alguna”, según la interpretación de Hernández, Fernández y Baptista (2006). Entonces se aceptó la hipótesis nula, donde se apoya la posición que las actitudes negativas de rechazo, falta de apoyo y ayuda, discriminación, indiferencia, maltrato y desprecio a los pacientes no están relacionadas con las alteraciones del estado de ánimo que pueden manifestar los pacientes, tales como: 1) la ansiedad con síntomas somáticos, como: temblor corporal, movimientos musculares involuntarios, sudoraciones, mareos, vómito y palpitaciones rápidas del corazón. También síntomas de distractibilidad, pérdida de concentración, preocupación, inquietud, voz temblorosa, retraimiento, tensión facial, dilatación pupilar, incertidumbre y agitación.

Así mismo, síntomas de depresión como: sentimientos persistentes de tristeza, sentimiento de desesperanza o desamparo; baja autoestima, culpabilidad excesiva; deseos de morir, pérdida de interés en actividades habituales o actividades que antes se

disfrutaban; dificultad en las relaciones sociales; perturbación del sueño, por ejemplo, insomnio, hipersomnia; cambios del apetito o del peso, disminución del movimiento; disminución de la capacidad de tomar decisiones; pensamientos suicidas o intentos de suicidio, molestias físicas frecuentes, por ejemplo, dolor de cabeza, fatiga; intentos o amenazas de escaparse del hogar, hipersensibilidad ante el fracaso o el rechazo, irritabilidad, hostilidad y agresión.

La hipótesis específica tres, afirma que “el estado de ánimo será diferente en sujetos que poseen familiares con actitudes negativas, respecto a los que pertenecen a familiares con actitudes positivas en los pacientes con VIH-SIDA”. Se obtuvo que t es igual a 9.46, lo que indica una diferencia significativa de 7.7, entre el estado de ánimo de pacientes con familiares con actitudes negativas, respecto a los que sus familiares les niegan su apoyo. Esta realidad confirma aún más la influencia que ejercen las actitudes en la parte emocional de los pacientes, es decir, las variables expresan diferencias al comparar los resultados.

El hecho anterior encuentra explicación en la teoría cognitivo-social de Seligman, 1975, citado en Belloch, Sandín y Ramos (1995), en la que el individuo es condicionado e influido por los demás mediante ideas, pensamiento y acciones hostiles o agradables, generando en el paciente con VIH-SIDA frustración, haciéndole sentir indefenso o con fuerza; esto indica que el individuo desarrolla un patrón de conducta desfavorable o favorable. En este caso, la discriminación, rechazo y falta de apoyo; o bien el apoyo y aceptación de los familiares del paciente provocan, en éste, dos tipos de estados de ánimo, alterado o estable. El estado de ánimo alterado se identifica con la ansiedad y depresión presente en los pacientes.

Así mismo, el estado de ánimo ansioso y deprimido provocado por la falta de apoyo y aceptación de los familiares a su pariente con VIH-SIDA, encuentra explicación en la teoría de de la desesperanza de Rehm, 1989, citados en Belloch, Sandín y Ramos (1995), que relaciona la depresión con la desesperanza, en la cual describe como causa principal a la desesperanza, es decir, tener una expectativa negativa acerca de la ocurrencia de un suceso valorado como muy importante, amenaza a la vida, unido a sentimientos de indefensión sobre la posibilidad de cambiar la probabilidad de ocurrencia de ese suceso. En

este caso, el paciente con VIH-SIDA ve amenazada su vida y por la gravedad de su enfermedad más el rechazo social y familiar, y su percepción al no poder cambiar esta realidad origina estados deprimidos y ansiosos.

Además, al comparar los resultados entre las dos escalas aplicadas, el 32% corresponde a los pacientes con estado de ánimo estable y el 21% a pacientes con estado de ánimo alterado. El porcentaje más alto es para los pacientes con estado de ánimo estable, pertenecientes al 29% de los familiares con actitudes positivas. Mientras que el menor porcentaje corresponde al 18% de los familiares con actitudes negativas. Es decir, que se observa relación positiva entre las variables retomadas en el estudio.

5.2. Escala de ansiedad y depresión

En la escala de ansiedad y depresión, que mide el estado de ánimo, y se encuentra que el 62% de los pacientes con VIH-SIDA pertenece al género masculino y el 38% a los pacientes del género femenino. Lo cual indica que predominó el número de sujetos del sexo masculino, en el estudio; factor que pudo haber influido en la mayor cantidad de pacientes con estado de ánimo estable o casos probables de ansiedad y depresión, ya que el hombre tiende a ocultar más sus problemas emocionales por su naturaleza y cultura social, que dificulta que éste exprese sus sentimientos de manera abierta.

En la subescala de ansiedad, el 38% de los pacientes evaluados son casos probables de ansiedad, el 31% casos de ansiedad y el 31% a los pacientes sin ansiedad. Se observa un porcentaje alto de casos de ansiedad, pues los temores, preocupaciones y desesperación respecto al futuro son muy frecuentes en los pacientes con VIH-SIDA. Mientras que en la subescala de depresión, el 74% de los pacientes evaluados, no manifiestan depresión; el 13% probablemente y el 13% sí presentan depresión. Este hecho refleja que los pacientes con VIH-SIDA participantes en el estudio, en su mayor cantidad, no han desarrollado depresión. Se atribuye esta realidad a variables externas como el género, el tiempo de estar con la enfermedad, la capacitación de los pacientes y el hecho de haberse utilizado como muestra a pacientes con larga trayectoria en el grupo de apoyo mutuo, conscientes de sus derechos y su futuro.

Así mismo, en la escala en general, el 81% de los pacientes con VIH-SIDA evaluados son casos probables de ansiedad y depresión, el 13% no presenta ansiedad ni depresión y el 6% presenta ansiedad y depresión. Los casos probables significan que necesitan ser sometidos a una evaluación más específica, es decir, instrumentos que midan de manera individual cada alteración. Además, sólo un caso manifiesta ansiedad y depresión, corresponde al género femenino y tiene familiares con actitudes negativas.

En la escala de ansiedad y depresión, se obtuvieron resultados positivos y negativos. 1) Los síntomas más alterados que se encontraron en los pacientes con VIH-SIDA son: tensión y nerviosismo, con un 94% y el 6% no experimenta este síntoma; disfrutar de las cosas como siempre, el 75% no disfruta como antes y sólo el 25% como siempre; sentir temor como si algo malo fuera a sucederle, el 37% siente temor intenso, el 50% siente temor, pero no le preocupa y el 13% no teme a su futuro; sentirse alegre, el 62% en algunas ocasiones y el 38% gran parte del día; en la capacidad para permanecer sentados, tranquilos y relajados, el 62% pocas veces y el 38% gran parte del día; en la lentitud para moverse y entender, el 100% manifiesta sentir estas incapacidades; experimentar una desagradable sensación de nervios y hormigueos en el estómago, el 100% más de alguna ocasión padece estos síntomas recientemente; arrebatos de angustia o temor a perder el control, el 96% con cierta frecuencia y un 6% nunca han experimentado sensación de angustia; y preocupaciones frecuentes, el 62% algunas veces y el 38% casi todo el día.

2) En los síntomas menos alterados, en la escala de ansiedad y depresión: en relación a ser capaz de reír y ver el lado gracioso de las cosas, el 50% considera igual que siempre y el 50% menos que antes; En el interés por su aspecto personal, el 68% de los pacientes se cuidan como siempre y el 32% no se cuida como deberían; En la facilidad para permanecer quietos y tranquilos durante el día, el 75% pocas veces se sienten inquietos y pierden el control y el 25% bastante inquietos; esperar las cosas con ilusión, el 69% como siempre y el 31% menos que antes; y en la capacidad de disfrutar con la lectura de un buen libro o programa de televisión, el 56% de los pacientes manifestaron que siempre y el 44% algunas veces.

5.3. Escala de actitudes

En la escala de actitudes de los familiares hacia pacientes con VIH-SIDA, el 62% de los familiares participantes pertenecen al género femenino y el 38% al género masculino. El mayor porcentaje, en este caso, corresponde al sexo femenino, sector generalmente sensible, encargado y más abierto al apoyo afectivo de los demás, así como a colaborar en actividades íntimamente relacionadas con la familia. No así el género masculino que se desvincula un poco más de responsabilidades afectivas de la familia.

En relación a las actitudes encontradas, el 62% de los familiares manifiestan una actitud positiva hacia su familiar con VIH SIDA y el 38% una actitud negativa. Se observa que los familiares evaluados perciben, en su mayoría, de manera favorable al paciente, hecho que no es extraño, ya que la solidaridad, la sensibilidad y la cultura de ser transmisora de comprensión, afecto, cariño y no herir a los demás, por parte de la mujer, le permite hacer buena valoración de los miembros de su familia, independientemente cuál sea su situación.

En la escala de actitudes de los familiares se encuentran también actitudes positivas y negativas:

1) Actitudes negativas. En la escala aplicada a los familiares se encontraron actitudes negativas como: el 56% de los familiares se muestran en desacuerdo en que disfruta de la compañía del paciente, es decir, la cercanía del paciente genera inseguridad y desconfianza; sin embargo, el 44% manifiesta estar de acuerdo en sentirse tranquilo acompañando al paciente con VIH-SIDA. Además, en cuanto al pensamiento de enviar al paciente a una institución para que lo cuide, el 53% de familiares están de acuerdo, lo cual indica que existe mayor disposición a que el paciente no conviva con la familia de origen y otros se ocupen de él; pero, un 47% se muestra en desacuerdo, es decir, prefiere asistir y cuidar personalmente al paciente. El 81% de los familiares considera que su vida fue afectada después de conocer el diagnóstico del paciente y sólo el 19% en desacuerdo.

También los familiares perciben que no pueden hablar libremente de su pariente, pues el 82% se muestra en desacuerdo, ya que aún persiste la discriminación social, y sólo el 18% está de acuerdo en que pueden hablar del paciente a los demás. Por su parte, el 56%

de los familiares se muestra en desacuerdo en reconocer las capacidades del paciente con VIH-SIDA; sin embargo, el 44% manifiesta estar de acuerdo en que valora las capacidades del paciente. Además se encontró que a los familiares les resulta difícil apoyar con agrado a su familiar con VIH-SIDA, pues el 50% expresa estar en desacuerdo y el 50% considera que está de acuerdo en apoyar a su pariente.

Lo anterior indica que los familiares manifiestan actitudes negativas, generalmente, hacia aspectos que implican un mayor acercamiento e interacción con el paciente, es decir, cuando tocan aspectos que comprometen más a la familia con el paciente. Así mismo, se observa que los familiares no pueden hacer comentarios a los demás del paciente ya sea por la discriminación, el rechazo y estigma social hacia los pacientes con VIH-SIDA.

2) Actitudes positivas. En la escala aplicada los familiares expresaron sentirse feliz con la familia, pues el 68% manifestó estar de acuerdo y un 32% en desacuerdo. Además, tener un familiar con VIH-SIDA no representa ningún problema para la familia, ya que el 63% respondió de acuerdo y el 37% en desacuerdo. El 56% de los familiares están de acuerdo en aceptar a su familiar con VIH-SIDA y el 44% en desacuerdo; En cuanto a dedicar más tiempo al paciente, se obtuvo que el 56% está de acuerdo, pero el 44% en desacuerdo. Sin embargo, en cuanto a sentirse triste por tener un familiar con VIH-SIDA, el 56% manifiestan en desacuerdo y el 44% de acuerdo. En este caso, se percibe más tranquilidad que angustia por tener un pariente con SIDA.

Los familiares, en su mayoría, expresan actitudes positivas respecto a temas que exploran condiciones de la familia en general; así mismo, sobre aquellas situaciones de menos compromiso y responsabilidades con los pacientes. Este hecho encuentra explicación en el condicionamiento social y una concepción individualista en el momento de tratar y brindar apoyo al paciente con VIH-SIDA.

CONCLUSIONES

Las actitudes de los familiares influyen en el estado de ánimo de los pacientes con VIH-SIDA. Sin embargo, las actitudes de los familiares tienden a ser más positivas que negativas, aunque las actitudes relacionadas con aspectos como: la buena comunicación, adecuada convivencia y apoyo a la persona con VIH-SIDA, reconocimiento de las capacidades del paciente, disfrutar la compañía del paciente, enviar al paciente a una institución que se ocupe de él, la vida del familiar fue afectada con el diagnóstico del paciente y hubiera querido que su pariente no tuviera la enfermedad, reflejan porcentajes más altos, es decir, las actitudes en estas áreas son más negativas.

Entre las actitudes, se encuentra que los familiares generalmente, no pueden hablar libremente de su pariente con VIH-SIDA por temor al rechazo, discriminación y estigma social hacia las personas con VIH-SIDA y, por lo tanto, se ven obligadas a mantenerse en el anonimato. Condición que vulnera su vida y estado emocional.

El estado de ánimo de los pacientes con VIH-SIDA es más estable que alterado; pues, en el diagnóstico se encuentra que el 81% de los pacientes, constituyen “casos probables de ansiedad y depresión”; esto indica que deben ser sometidos a una evaluación más específica que permita un diagnóstico objetivo. Así mismo, las alteraciones del estado de ánimo encontradas son la ansiedad y depresión, y abarcan síntomas cognitivos, motores, del comportamiento y emocionales del paciente con VIH-SIDA.

En el estado de ánimo de los pacientes la alteración que más porcentaje obtuvo fue la ansiedad, con un 31%; a diferencia de la depresión que logró un 13%. En ansiedad los pacientes reflejan estar más afectados en síntomas como: temor a que algo malo les puede suceder en el futuro, consideran tener muchas preocupaciones en su vida, incapacidad para permanecer sentado, tranquilo y relajado, desagradable sensación de nervios y hormigueos en el estómago; arrebatos de angustia y temor a perder el control. Mientras que en depresión en síntomas como: No siguen disfrutando de la vida como antes, no se sienten alegres en muchas ocasiones y lentitud de pensamiento y destrezas motoras.

En el diagnóstico realizado, sólo 6% presenta ansiedad y depresión, y corresponde a un paciente que no tiene apoyo de su familia, aunque cuenta con la ayuda de su pareja, como única fuente de apoyo afectivo en su vida.

Las actitudes negativas de los familiares no alteran el estado de ánimo de los pacientes con VIH-SIDA, según la investigación, aunque este resultado puede comprobarse al realizar nuevamente el estudio, pues cualitativamente los testimonios de pacientes afirman que las actitudes negativas sí afectan su estado emocional. Sin embargo, las actitudes positivas de los familiares contribuyen a la estabilidad del estado de ánimo de los pacientes con VIH-SIDA.

La diferencia del estado de ánimo de los pacientes con VIH-SIDA es significativa, esto indica que entre el grupo de familiares y pacientes, el resultado no guarda similitud; por lo que se confirma la influencia de las actitudes de los familiares en el estado de ánimo de los pacientes con VIH-SIDA.

RECOMENDACIONES

1. En el estado de ánimo estable de los pacientes con VIH-SIDA, influyen las actitudes positivas de los familiares, por lo que el Programa Nacional de VIH-SIDA, las organizaciones no gubernamentales, asociaciones de personas con VIH-SIDA y los grupos de apoyo mutuo de pacientes, deben prestar más atención a la parte emocional, desarrollando actividades que permitan fortalecer la salud mental de los pacientes. Así mismo, deben implementar programas de concientización a familiares para que apoyen, acompañen y acepten la realidad de los pacientes, y de esta manera, contribuyan a su mejor calidad de vida.

2. Las actitudes negativas de los familiares favorecen la alteración del estado de ánimo de los pacientes con VIH-SIDA; por lo tanto, las áreas que deben atender los profesionales de la psicología y los encargados de grupos de apoyo de pacientes con VIH-SIDA, para mejorar la relación entre paciente y familia, son: la buena comunicación, adecuada convivencia y apoyo a la persona con VIH-SIDA, reconocimiento de las capacidades del paciente y aceptación del diagnóstico del paciente. Estos aspectos deben tomarse como base para desarrollarlos en programas de concientización a familiares de los pacientes.

3. Para disminuir síntomas del estado de ánimo, en los pacientes, como: temor a que algo malo les puede suceder en el futuro, preocupaciones en su vida, arrebatos de angustia y temor a perder el control, no poder disfrutar de la vida como antes, no sentirse alegre en muchas ocasiones y lentitud de pensamiento y destrezas motoras; el grupo de apoyo mutuo debe gestionar la implementación de programas de atención psicológica orientados a fortalecer la autoestima, las relaciones interpersonales y convivencia familiar, la actitud mental positiva, autocontrol emocional y resolución del duelo.

4. El estudio aportó información importante, pero puede lograrse más objetividad si se toman en cuenta variables externas como: la edad, el género y condición económica. Por lo tanto, queda abierta la posibilidad para que se pueda continuar la investigación, tomando en cuenta los factores mencionados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro C., Mendoza M. S. y Rodríguez C. (1994). “*Actitudes y Creencias Hacia el Sida y su Relación con la Disposición de las personas a acatar las Medidas Preventivas del Síndrome*”. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas”, San Salvador, El Salvador.
- Alvarado Vásquez A., Granados Ochoa Y. C. y Rodríguez Zelaya M. M. (2005). “*Influencia de las Relaciones Familiares en el Estado Emocional de las personas con diabetes*” de la Unidad de Salud del Tránsito. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad de El Salvador, Facultad Multidisciplinaria Oriental, San Miguel, El Salvador.
- Álvarez Mendizábal, J. (1998). “*Diccionario Mosby Pocket de Medicina y Ciencias de la Salud*”. Primera edición, editorial Harcourt Brace, Madrid, España.
- Asociación de Psiquiatría Americana, APA (2000). “*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Texto Revisado (DSM-IV-TR)*”. Cuarta edición, publicación en español (2002) por editorial MASSON S.A., Barcelona, España.
- Byrne D., Baron R. A. (2005). “*Psicología Social*”. Décima edición, editorial Pearson Prentice-Hall, Madrid, España.
- Belloch A., Sandín B. y Ramos F. (2003). “*Manual de Psicopatología*”. Volumen 2, primer edición, editorial McGraw-Hill, Madrid, España.
- Bobes García J., Portilla G. M. P., Bascarán M. T., Sáiz P. A., Bousoño M. (2003). “*Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica*”. Tercera edición, editorial Ars Médica, Oviedo, España.
- Coordinación Interparroquial de la Diócesis de San Miguel (COIDESAM, 2006). “*Manual Programa Integral de Consejería VIH-SIDA*”. Texto no publicado, San Miguel, El Salvador.
- Delgado T., González Gabaldon B. y Medina Anzano S. (1998). “*Psicología Social*”. primer edición, editorial McGraw-Hill, España.
- Ferré Martí J. M. (2000). “*Enciclopedia de la Psicología*”. Tomo IV, Diccionario, editorial OCEANO, Barcelona, España.
- Fuentes J. L. y Corripio F. (1995). “*Ortografía, Sinónimos y Antónimos*”. Segunda edición, editorial Larousse, México.

- Granados J. y Brizuela, H. A. (1992). *“Aplicación de un Programa de Orientación Psicológica y la Estimulación del Cambio de Actitudes Hacia la Solidaridad y las Adecuadas Relaciones Interpersonales, en personal custodio del patrimonio de la Universidad de El Salvador”*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad de El Salvador, San Salvador, El Salvador.
- Granados Sandoval, A. C. y Reyes T. (2003). *“Grupo de Apoyo Mutuo y el Cambio de Actitud de rechazo a una Actitud de Aceptación de los padres hacia sus hijos con síndrome DOWN”, de la escuela de educación especial de La Unión*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad de El Salvador, Facultad Multidisciplinaria Oriental, San Miguel, El Salvador.
- Hernández Sampieri R., Fernández Collado C. y Baptista Lucio P. (2006). *“Metodología de la Investigación”*. Cuarta edición, editorial McGraw-Hill, México.
- López Ibor J. J. y Organización Mundial de la Salud (1992). *“Trastornos Mentales y del Comportamiento”*. Décima edición, editorial MEDITOR, Madrid, España.
- Microsoft Corporation (2006). "Diccionario", *Microsoft® Encarta®*.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2004). *“Ley y Reglamento de Prevención y Control Provocado por el Virus Inmunodeficiencia Humana”*. Primera publicación, San Salvador, El Salvador.
- Monreal J. L. (1993). *“Diccionario Enciclopédico Ilustrado”*. Editorial OCEANO, Barcelona, España.
- Morales J. F. (1999). *“Psicología Social”*. Segunda edición, editorial McGraw-Hill, Madrid, España.
- Sánchez L., Pineda F. y Nolasco A. (2005). *“La Efectividad de la Psicoterapia Sistémica para Mejorar los Procesos de Adaptación Funcional en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA” del Hospital Nacional San Juan de Dios*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad de Oriente, San Miguel, El Salvador.
- Selva Sutter E. A., Castillo C., Paz Narváez A. C. y Rivas Mendoza L. (2000). *“El SIDA en El Salvador: Creencias, Actitudes y Prácticas Sexuales”*. *Revista Estudios Centroamericanos*, LV, pag. 685-721, julio-agosto, Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas”, San Salvador, El Salvador.

Páginas Web consultadas:

Escalante G. (1999). “Enfermedad Terminal”. *Revista de la Facultad de Medicina*. 8, Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela. Bajado el 25 de febrero de 2007, de www.monografias.com/.../enfermedad-terminal-psicología-salud/enfermedad-terminal-psicología-salud.shtml

Gómez Calle J. A. (2007). “La Familia y la Enfermedad en la Fase Terminal”. Bajado el 23 de febrero de 2007, de www.elmundosalud.elmundo.es

Price R. y McArthur J. (2006). “El Complejo de demencia del SIDA”. Publicación en español,

Servicios de Neurología del Hospital General de San de Francisco, de la Universidad de California, Estados Unidos. Bajado en enero de 2007, de www.projinf.org/spanish/fs/dementia_sp.html

ANEXOS

ANEXO N° 1

Universidad de El Salvador

Facultad Multidisciplinaria Oriental

Departamento de Ciencias y Humanidades

Sección de Psicología

**ESCALA DE ACTITUDES DE LOS FAMILIARES HACIA PACIENTES CON
VIH-SIDA (EAF)**

Datos personales

Nombre: _____ Género: _____

Edad: _____ Estado civil: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____

Indicaciones: A continuación se le presentan afirmaciones que debe marcar con una “X” la opción acorde con su forma de pensar, sentir y actuar, respecto a su familiar con VIH-SIDA.

N°	Afirmaciones	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	Me siento feliz con la familia que tengo.				
2	Mi familiar con VIH-SIDA es importante y no es un problema.				
3	Acepto a mi familiar tal y como es.				
4	Dedico más tiempo a mi familiar con VIH-SIDA porque lo necesita.				
5	Disfruto la compañía de mi familiar con VIH-SIDA.				
6	He pensado que debería enviar a mi familiar a una institución que se ocupe de su cuidado.				
7	Me siento triste por tener un familiar con VIH-SIDA.				
8	Siento que mi familiar puede salir adelante a pesar de tener VIH-SIDA.				
9	Hubiera querido que mi familiar no estuviera contagiado con el VIH-SIDA.				

10	Mi vida fue afectada desde que conocí el diagnóstico de mi familiar.				
11	Manifiesto apoyo a mi familiar con cariño y amor.				
12	Hablo libremente de mi familiar con VIH-SIDA, a la gente, sin sentirme avergonzado (a).				
13	Trato de reconocer las capacidades de mi familiar con VIH-SIDA.				
14	Con agrado apoyo a mi familiar con VIH-SIDA.				
15	La unión familiar se fortaleció con el diagnóstico de mi familiar.				
16	La convivencia con mi familiar se perjudicó después de conocer su diagnóstico.				
17	Mantengo buena comunicación con mi familiar.				
18	Evito palabras y frases que provoquen culpabilidad en mi familiar.				
19	Trato con respeto a mi familiar que tiene VIH-SIDA.				
20	Felicito a mi familiar cuando sobresale en su trabajo o actividades deportivas.				
21	Cuando otras personas critican a mi familiar, lo defiendo.				
22	Comparto los utensilios de la cocina con mi familiar que tiene VIH-SIDA.				
	Total parcial:				
	Total Global:				

ESCALA DE ACTITUDES DE LOS FAMILIARES HACIA PACIENTES CON VIH-SIDA (EAF)

Autores: Garay M. Eugenia, Granados R. Francisco y Martínez Rosemary.

Evalúa: Actitudes de los familiares hacia pacientes con VIH-SIDA.

N° de ítems: 22.

Administración: Autoaplicada o heteroaplicada.

NATURALEZA DE LA ESCALA

- ❖ La EAF fue diseñada para explorar las actitudes de los familiares hacia los pacientes con VIH-SIDA, y puede utilizarse en el ambiente clínico.
- ❖ Evalúa actitudes positivas y negativas de los familiares cercanos a los pacientes. El vínculo afectivo, deberes y relaciones interpersonales entre paciente-familiar deben ser consistentes, antes y en el momento actual.
- ❖ Puede ser autoaplicado o heteroaplicado por un terapeuta o psicólogo general.
- ❖ La EAF está constituida por 22 ítems en forma de afirmaciones y de naturaleza positiva, en su mayoría, y negativa. Es una escala tipo Likert, con categorías valoradas de intensidad mayor a menor, entre cuatro y uno.
- ❖ La persona ha de contestar marcando con una “x” la categoría de cada ítem que más exprese su situación actual. Debe marcar una categoría, si contesta dos o más categorías, la respuesta de ese ítem es inválida.
- ❖ El nivel de confianza de la EAF es de 0.73% con un margen de error de 0.27% al ser aplicada.
- ❖ De preferencia se debe aplicar a familiares adultos que tengan alguna responsabilidad con el paciente.

EVALUACIÓN E INTERPRETACIÓN

- ❖ Los valores para las categorías son:
 - Muy de acuerdo = 4
 - De acuerdo = 3
 - En desacuerdo = 2
 - Muy en desacuerdo = 1

- ❖ La “x” se convierte en valor numérico y se suman los puntos acumulados en cada ítem que conforma la escala, y se obtiene el total.
- ❖ La puntuación total obtenida se interpreta de acuerdo a los siguientes criterios:
 - Entre 0-22: actitud negativa alta
 - Entre 23-40: actitud negativa
 - Entre 41-66: actitud positiva
 - Entre 67-88: actitud positiva alta

Universidad de El Salvador
Facultad Multidisciplinaria Oriental
Departamento de Ciencias y Humanidades
Sección de Psicología

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Datos personales

Nombre: _____ Género: _____
Edad: _____ Estado civil: _____ Parentesco: _____
Dirección: _____

Indicaciones: A continuación se le presenta un cuestionario, lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincida con su propio estado emocional, en las últimas semanas.

A.1 Me siento tenso/a o nervioso/a : 3. Casi todo el día. 2. Gran parte del día. 1. De vez en cuando. 0. Nunca.
D.1 Sigo disfrutando de las cosas como siempre: 0. Ciertamente, igual que antes. 1. No tanto como antes. 2. Solamente un poco. 3. Ya no disfruto con nada.
A.2 Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder: 3. Si, y muy intenso. 2. Si, pero no muy intenso. 1. Si, pero no me preocupa. 0. No siento nada de eso.
D.2 Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas: 0. Igual que siempre. 1. Actualmente, algo menos. 2. Actualmente, mucho menos. 3. Actualmente, en absoluto.
A.3 Tengo la cabeza llena de preocupaciones: 3. Casi todo el día. 2. Gran parte del día. 1. De vez en cuando. 0. Nunca.
D.3 Me siento alegre: 3. Nunca.

<p>2. Muy pocas veces. 1. En algunas ocasiones. 0. Gran parte del día.</p>
<p>A.4 Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a: 0. Siempre. 1. A menudo. 2. Raras veces. 3. Nunca.</p>
<p>D.4 Me siento lento/a e incompetente para poder entender : 3. Gran parte del día. 2. A menudo. 1. A veces. 0. Nunca.</p>
<p>A.5 Experimento una desagradable sensación de(nervios y hormigueos) en el estomago: 0. Nunca. 1. Solo en algunas ocasiones. 2. A menudo. 3. Muy a menudo.</p>
<p>D.5 He perdido el interés por mi aspecto personal: 3. Completamente. 2. No me cuido como debería hacerlo. 1. Es posible que no me cuide como debiera. 0. Me cuido como siempre lo he hecho.</p>
<p>A.6 Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme: 3. Realmente mucho. 2. Bastante. 1. No mucho. 0. En absoluto.</p>
<p>D.6 Espero las cosas con ilusión : 0. Como siempre. 1. Algo menos que antes. 2. Mucho menos que antes. 3. En absoluto.</p>
<p>A.7 Experimento de repente sensación de gran angustia o temor: 3. Muy a menudo. 2. Con cierta frecuencia. 1. Raramente. 0. Nunca.</p>
<p>D.7 Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión: 0. A menudo. 1. Algunas veces. 2. Pocas veces. 3. Casi nunca.</p>

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE, HAD)

Autores: A. S. Zigmong, R. P. Snaith.

Evalúa: Detección de trastornos depresivos y ansiosos en el contexto hospitalario no Psiquiátrico.

Nº de ítems: 14.

Administración: Autoaplicada.

Descripción

- La HAD fue diseñada con la intención de crear un instrumento de detección de trastornos depresivos y ansiosos en el marco de los servicios hospitalarios no psiquiátricos que cumpliera las siguientes condiciones:
 - No estar contaminado por la sintomatología de la patología física que presenta el paciente.
 - Diferenciar claramente entre los trastornos de tipo depresivo y los de tipo ansioso.
- Se recomienda que se utilice como instrumento de detección; en caso de que se puntúe como positivo, la evaluación ha de complementarse con otras escalas más específicas y heteroaplicadas (por ejemplo, una que evalúe sólo ansiedad o depresión).
- La HAD está constituida por 14 ítems, ninguno de los cuales hace referencia a síntomas somáticos. Los ítems se agrupan en dos subescalas, cada una de ellas con 7 ítems:
 - Subescala de ansiedad: está centrada en sus manifestaciones psíquicas (tensión, nerviosismo, aprensión, preocupación, inquietud, nervios en el estómago y angustia). Son los ítems impares.
 - Subescala de depresión: centrada en la anhedonía (disfrute, risa, alegría, torpeza, interés por el aspecto personal e ilusión). Son los ítems pares.
- Tradicionalmente se viene utilizando de forma autoaplicada si bien uno de sus autores (Snaith, 1987) recomienda que sea heteroaplicada.
- El paciente ha de contestar a cada ítem utilizando una escala tipo liker que unas veces hace referencia a intensidad del síntoma y otras veces a frecuencia de

presentación. En cualquier caso, la escala oscila entre 0 (nunca, ninguna intensidad) y 3 (casi todo el día, muy intenso).

- El marco de referencia temporal es la semana previa.
- Está adaptada y validada al español.

Corrección e interpretación

- Para cada subescala la puntuación se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los ítems que la conforman. Cabe recordar que los ítems impares conforman la subescala de ansiedad y los pares la depresión.
- En ambas subescalas la puntuación obtenida se interpreta de acuerdo a los siguientes criterios:
 - 0-7: Rango de normalidad.
 - 8-10: Caso probable.
 - 11-21: Caso de ansiedad o de depresión.

ANEXO N° 2
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCIÓN DE PSICOLOGÍA



INFORME DE LA PRUEBA PILOTO

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

INFLUENCIA DE LAS ACTITUDES DE LOS FAMILIARES EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE LOS PACIENTES CON VIH-SIDA, GÉNERO MASCULINO Y FEMENINO, QUE SUS EDADES OSCILAN ENTRE LOS 24 Y 65 AÑOS, DEL GRUPO DE APOYO MUTUO, DE LA UNIDAD DE INFECTOLOGÍA DE EL HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS", CIUDAD DE SAN MIGUEL, EN EL AÑO 2007.

PRESENTADO POR:

MARÍA EUGENIA GARAY MEDRANO
FRANCISCO ARMANDO GRANADOS REYES
JESICA ROSEMARY MARTÍNEZ SOSA

DOCENTE DIRECTOR:

LIC. Y MPS. RENÉ CAMPOS QUINTANILLA

CIUDAD UNIVERSITARIA ORIENTAL, 14 DE MAYO DE 2007

1. INTRODUCCIÓN

En el presente informe se detallan y describen los procedimientos de la prueba piloto, en base a los resultados obtenidos, en la aplicación de la escala de actitudes de los familiares hacia pacientes con VIH-SIDA.

El objetivo del informe está orientado, a la confiabilidad de la escala de actitudes; pero la falta de instrumentos para medir las actitudes de familiares hacia pacientes con VIH-SIDA motivó su elaboración, así como la necesidad de contar con un instrumento que evalúe las actitudes de los familiares. Además en la metodología se describe los participantes, la aplicación de la prueba y el procedimiento estadístico para confiabilizar la escala.

En el resultado se expresa el grado de correlación, el nivel de confianza alcanzado y se representa el contenido de la escala. Y finalmente se establecen las referencias de los autores consultados para elaborar y confiabilizar el instrumento, así como los anexos: la escala de actitudes de 40 ítems, la tabla de datos de los sujetos, el cuadro de correlación de los ítems y la escala de actitudes confiabilizada.

2. OBJETIVO

Confiabilizar una escala de actitudes de los familiares hacia pacientes con VIH-SIDA, de género masculino y femenino, que sus edades oscilan entre los 24 y 65 años, del grupo de apoyo mutuo, de la Unidad de Infectología de el Hospital Regional “San Juan de Dios”, San Miguel, en el año 2007.

3. JUSTIFICACIÓN

En el sistema familiar confluyen relaciones afectivas y se forman las actitudes de las personas y ésta, junto con el medio social, determina el valor atribuido a las mismas, que puede ser positivo o negativo. Las actitudes por ser pensamientos, sentimientos y formas de actuar, cambian constantemente y se orientan hacia objetos, personas o cosas. Ante los que se reacciona según nuestra percepción del fenómeno o hecho.

Las actitudes, a pesar de ser una variable ampliamente estudiada, se dispone de pocos instrumentos para su exploración, y los que existen evalúan actitudes generales, hacia niños con síndrome Down y el SIDA; pero no específicamente actitudes de familiares de pacientes con VIH-SIDA. Esta situación motivó al grupo para elaborar una escala que evaluara actitudes, que servirá para explorar las actitudes de los familiares más cercanos a los pacientes con VIH-SIDA que participarán en la investigación.

4. MÉTODO

Como no se encontró un instrumento para medir las actitudes de los familiares hacia pacientes con VIH-SIDA, se procedió a la elaboración de una escala de actitudes para tal finalidad. Primero se formuló un universo de ítems y se elaboró la escala que contiene 40 ítems (ver anexo N° 1) y se solicitó permiso en el hospital para reunir a los familiares.

4.1. Participantes

En la prueba piloto realizada participaron 5 familiares de pacientes con VIH-SIDA, tres madres y dos padres de familia que asisten con sus hijos a la Unidad de Infectología del Hospital Regional “San Juan de Dios”, San Miguel, año 2007.

Para seleccionar los participantes se les pidió colaboración de forma voluntaria, donde se tomaron como requisitos: que fueran familiares cercanos de un paciente con VIH-SIDA, mayores de 18 años, de sexo masculino y femenino.

4.2. Aplicación de la prueba

Después que se eligió los participantes se convocaron a la sala donde se reúne el grupo de apoyo, quedando de acuerdo el día viernes 20 de abril a las 10:00 a m. Una vez reunidos los familiares, se aplicó la prueba de forma individual, en la que los facilitadores se presentaron y explicaron el objetivo luego, dieron las siguientes indicaciones:

“A continuación se la presentan afirmaciones que debe marcar con una “X” la opción acorde con su forma de pensar, sentir y actuar, respecto a su familiar con VIH-

SIDA”. Al finalizar la aplicación se agradeció a los participantes su colaboración en contestar la escala.

4.3. Procedimiento estadístico

Una vez recopilada la información se procedió a enumerar los instrumentos de cada participante, de uno a cinco; se asignó valor numérico a las respuestas de cada ítem de las escalas y luego se elaboró una tabla de datos de las respuestas de los participantes (ver anexo 2).

Para confiabilizar la escala de actitudes se utilizó el programa estadístico **STATS v.2**, propuesto por Hernández, Fernández y Baptista (2006, pag. 412) y se aplicó la **prueba estadística de Pearson**, correlacionando todos los ítems.

El ítems uno se correlacionó con los otros 39, el dos con los otros 39, etc. El análisis se hizo ingresando los datos de cada ítem en la tabla “X” y “Y” de Pearson, por ejemplo, en “x” los datos del ítem uno, y en “y” los datos del ítem dos; y también de manera manual, utilizando un cuadro estadístico que contiene los datos de los sujetos por cada ítem y los datos r, gl y nivel de confianza que resultó de la correlación de cada ítem con todos los demás (ver anexo nº 4). El cuadro estadístico nos permitió identificar con más rapidez los ítems de correlación baja y alta.

El proceso anterior permitió rechazar 18 ítems de 40 que contiene la escala sometida a confiabilidad. Entre los que están el 2, 4, 5, 7, 9, 10, 12, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 28, 29, 31 y 33. Y se aceptaron 22 ítems: el 1, 3, 6, 8, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 24, 27, 30, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39 y 40. Los ítems rechazados contaban con una correlación promedio abajo de 0.60, correlacionando bajo con los demás ítems, y los aceptados entre 0.60 y 1.0, correlacionando alto con los demás ítems.

De los ítems aceptados se buscó la sumatoria en el cuadro de datos de los sujetos; y después se aplicó el **método de mitades partidas**, en el que se dividió los ítems en dos partes, se aparearon y se ingresaron los datos en la prueba de Pearson, representados en la siguiente tabla:

Datos:

ítems	X	Y
1/2	14	13
3/4	14	14
5/6	14	12
7/8	16	14
9/10	16	16
11/12	14	14
13/14	14	14
15/16	12	12
17/18	15	14
19/20	14	14
21/22	15	15

Los datos de “X” representan la mitad uno y los datos de “Y” los de la mitad dos, de los ítems aceptados y enumerados del uno al veintidós.

Al ingresar las sumatorias de los ítems aceptados se obtuvo la siguiente tabla:

Tabla de correlación

ítems	X	X	Y	Y	XY
1	14.00	196.00	13.00	169.00	182.00
2	14.00	196.00	14.00	196.00	196.00
3	14.00	196.00	12.00	144.00	168.00
4	16.00	256.00	14.00	196.00	224.00
5	16.00	256.00	16.00	225.00	256.00
6	14.00	196.00	14.00	196.00	196.00
7	14.00	196.00	14.00	196.00	196.00
8	12.00	144.00	12.00	144.00	144.00
9	15.00	225.00	14.00	196.00	210.00
10	14.00	196.00	14.00	196.00	196.00
11	15.00	225.00	15.00	225.00	225.00
	158	2282	152	2083	2193

En la tabla anterior se representan los datos X, y estos elevados al cuadrado; así como los datos Y, y elevados al cuadrado. Pero también la correlación XY y la sumatoria de cada columna. De la correlación resultan los siguientes datos:

$$r = \mathbf{0.74370}$$

$$gl = 9$$

Nivel de confianza 0.01: **0.7348**

5. RESULTADO

El resultado de la confiabilidad de la escala de actitudes de los familiares es de **0.74**, que se considera como un coeficiente de confiabilidad aceptable (Hernández, Fernández y Baptista, 2006, pag. 289). Mientras que el nivel de confianza de la escala, según tabla correlación producto-momento de Pearson, es de **0.73** (Bonilla, 2000, pag. 302), esto indica que el instrumento tiene un margen de error de 0.27 en su resultado cada vez que sea administrada.

El proceso realizado proporcionó como resultado la escala de actitudes de los familiares hacia los pacientes con VIH-SIDA (EAF) confiabilizada. El instrumento contiene 4 páginas: en la uno, en la parte superior, se encuentra el nombre de la institución, le sigue el título, los datos generales y las indicaciones para contestar la escala. Luego, se presentan los 22 ítems, en una tabla de 6 columnas y 25 filas. En la fila uno se mencionan datos como: número de ítem, afirmaciones y las categorías que se interpretan: muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y muy en desacuerdo. En las otras 22 filas los ítems hasta la página tres. Las últimas dos filas sirven para hacer la sumatoria y obtener el total parcial y global de la escala. En la cuarta página se describe la naturaleza, evaluación e interpretación de la escala de actitudes (ver anexo N° 3).

6. REFERENCIAS

- ❖ Bonilla Gildaberto....Cómo hacer una Tesis de Graduación con Técnicas Estadísticas, cuarta edición, UCA editores, San Salvador, El Salvador, 2000; 342 páginas.

- ❖ Hernández Sampieri,Metodología de la Investigación, cuarta edición, editorial McGraw-Hill, México D. F., 2006; 850 páginas.
- Fernández- Collado y
Baptista Lucio

ANEXO DE PRUEBA PILOTO

Universidad de El salvador
Facultad Multidisciplinaria Oriental
Departamento de Ciencias y Humanidades
Sección de Psicología

ESCALA DE ACTITUDES

Nombre: _____ Género: _____

Edad: _____ Estado civil: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____

INDICACIONES: A continuación se la presentan afirmaciones que debe marcar con una “X” la opción acorde con su forma de pensar, sentir y actuar, respecto a su familiar con VIH-SIDA.

	Afirmaciones	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	Me siento feliz con la familia que tengo.				
2	Tener un familiar con VIH-SIDA es una responsabilidad grande, pesada y difícil.				
3	Mi familiar con VIH-SIDA es importante y no es un problema.				
4	Siento que la vida es injusta porque tengo un familiar con VIH-SIDA.				
5	Mi familiar con VIH-SIDA es lo más importante en mi vida.				
6	Acepto a mi familiar tal y como es.				
7	Me gusta salir de paseo con mi familiar.				

8	Dedico más tiempo a mi familiar con VIH-SIDA porque lo necesita.				
9	Me culpo por no haber orientado a mi familiar sobre las formas que se transmite el VIH-SIDA.				
10	Me siento apenado por tener un familiar con VIH-SIDA.				
11	Disfruto la compañía de mi familiar con VIH-SIDA.				
12	A eventos sociales prefiero no salir con mi familiar por temor a ser criticado.				
13	He pensado que debería enviar a mi familiar a una institución que se ocupe de su cuidado.				
14	Me siento triste por tener un familiar con VIH-SIDA.				
15	Siento que mi familiar puede salir adelante a pesar de tener VIH-SIDA.				
16	Hubiera querido que mi familiar no estuviera contagiado con el VIH-SIDA.				
17	Mi vida fue afectada desde que conocí el diagnóstico de mi familiar.				
18	Manifiesto apoyo a mi familiar con cariño y amor.				
19	Evito hablar con mi familiar que tiene VIH-SIDA.				

20	Participo en los proyectos y metas de mi familiar				
21	Desconozco los deseos y metas de mi familiar con VIH-SIDA.				
22	Al ver que mi familiar está deprimido me acerco para consolarle.				
23	Aunque vea triste a mi familiar con VIH-SIDA prefiero no acercarme.				
24	Hablo libremente acerca de mi familiar con VIH-SIDA a la gente, sin sentirme avergonzado (a).				
25	Pienso que tener un familiar con VIH-SIDA es un castigo de Dios.				
26	He renunciado a mis actividades sociales por estar al cuidado de mi familiar.				
27	Trato de reconocer las capacidades de mi familiar con VIH-SIDA.				
28	Tener un familiar con VIH-SIDA implica muchos gastos económicos.				
29	Me decepciona que mi familiar se aísle porque afecta su salud.				
30	Con agrado apoyo a mi familiar VIH-SIDA.				
31	He aceptado sin sentirme culpable y avergonzado(a) a mi familiar con VIH-SIDA.				
32	La unión familiar se fortaleció				

	con el diagnóstico de mi familiar.				
33	La familia se desintegró con el conocimiento del diagnóstico de mi familiar.				
34	La convivencia con mi familiar se perjudicó después de conocer su diagnóstico.				
35	Mantengo buena comunicación con mi familiar.				
36	Evito palabras y frases que provoquen culpabilidad en mi familiar.				
37	Trato con respeto a mi familiar que tiene VIH /SIDA.				
38	Felicito a mi familiar cuando sobresale en su trabajo o actividades deportivas.				
39	Cuando otras personas critican a mi familiar, lo defiendo.				
40	Comparto los utensilios de la cocina con mi familiar que tiene VIH-SIDA.				
	Total parcial:				
	Total Global:				

ANEXO N° 3

TABLAS Y GRÁFICOS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Matriz de datos obtenidos al aplicar la escala de ansiedad y depresión a los pacientes con VIH-SIDA.

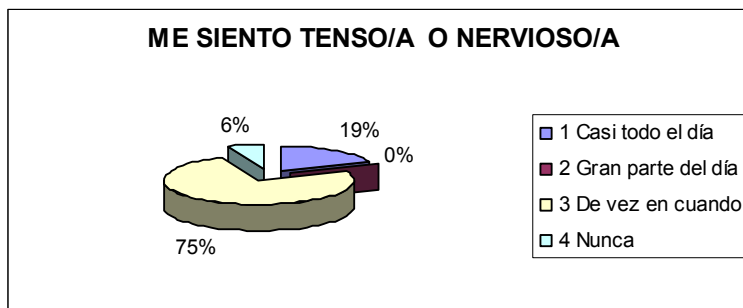
S Ítems	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Total
1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	3	1	3	21
2	1	2	3	1	2	2	1	1	0	0	2	0	1	1	0	1	18
3	2	1	3	2	1	3	3	3	1	1	0	1	2	3	0	3	29
4	0	0	2	1	3	1	0	1	0	0	1	0	0	2	0	1	12
5	1	1	3	1	1	3	1	3	1	1	1	3	1	3	1	3	28
6	0	0	2	1	1	1	0	1	0	0	1	2	1	2	0	2	14
7	1	0	2	1	1	1	0	1	1	0	0	2	1	1	0	2	14
8	1	3	3	1	3	1	1	1	2	0	1	3	1	1	1	3	26
9	1	3	2	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	2	1	3	25
10	1	0	2	0	2	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	8
11	1	2	1	1	1	0	1	2	1	0	1	0	1	2	0	3	17
12	0	0	1	0	2	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	6
13	3	1	2	1	2	2	3	3	1	1	0	2	1	3	1	3	29
14	0	0	1	0	0	1	0	2	0	0	1	1	1	1	0	0	8
Total	13	14	30	12	21	14	14	21	9	5	11	18	12	24	5	27	255

Tabla # 1. Me siento tenso/a o nervioso/a.

Nº	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Casi todo el día	3	19
2	Gran parte del día	0	0
3	De vez en cuando	12	75
4	Nunca	1	6
	Σ	16	100

La tabla muestra que 12 de los pacientes evaluados se sienten tensos/as, nerviosos/as de vez en cuando, 3 mencionaron que casi todo el día y 1 expuso que nunca.

Representación gráfica # 1



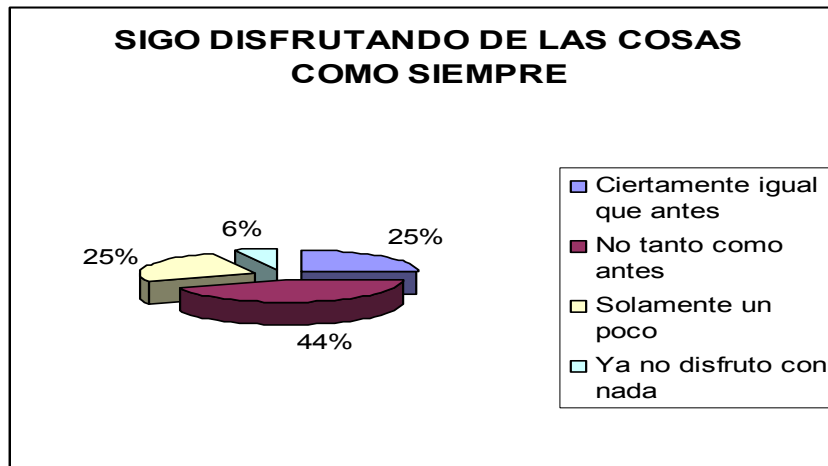
El gráfico representa que el 75% de los pacientes se sienten tensos/as o nerviosos/as de vez en cuando, el 19% respondieron casi todo el día y finalmente el 6% de la población respondió que nunca.

Tabla # 2. Sigo disfrutando de las cosas como siempre.

N°	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Ciertamente igual que antes	4	25
2	No tanto como antes	7	44
3	Solamente un poco	4	25
4	Ya no disfruto con nada	1	6
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 7 de los pacientes evaluados disfrutaban de las cosas no tanto como antes, 4 respondieron solamente un poco y 4 ciertamente igual que antes y 1 no disfrutaba con nada.

Representación gráfica # 2



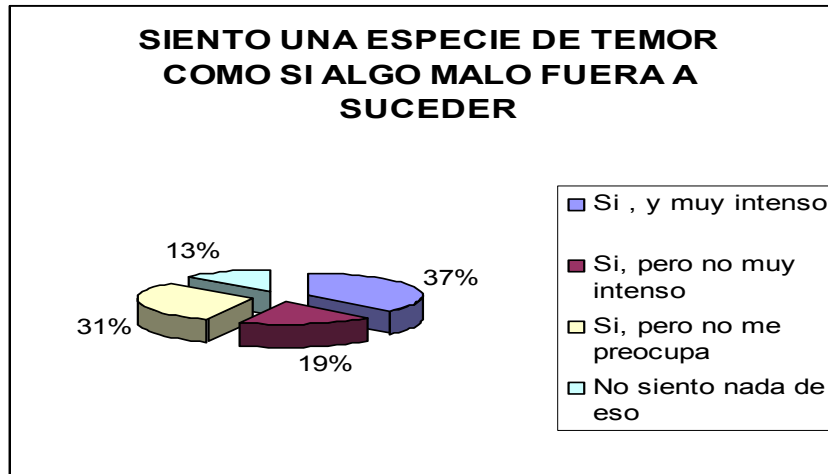
El gráfico representa que el mayor puntaje es de 44% que respondieron no tanto como antes, el 25% mencionaron que ciertamente igual que antes y de igual forma solamente un poco y finalmente 6% no disfrutaba de nada.

Tabla # 3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder.

N°	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Si, y muy intenso	6	37
2	Si, pero no muy intenso	3	19
3	Si, pero no me preocupa	5	31
4	No siento nada de eso	2	13
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 6 pacientes sienten temor muy intenso como si algo malo fuera a sucederles, 5 muy intenso, pero no les preocupa, 3 no muy intenso y 2 no sienten temor de que les suceda algo.

Representación gráfica # 3



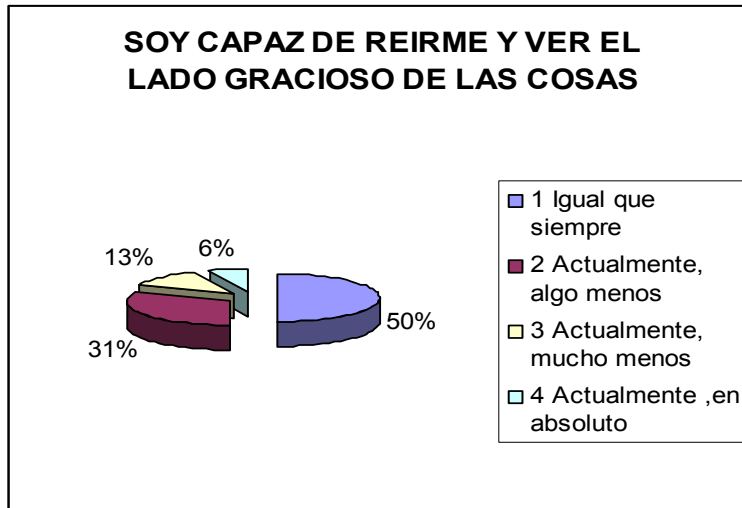
El gráfico representa que el 37% de los pacientes evaluados sienten temor intenso que algo malo les suceda, un 31% sienten temor pero no les preocupa, el 19% se preocupan pero no mucho y finalmente el 13% no siente temor que le suceda algo malo.

Tabla # 4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas.

Nº	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Igual que siempre	8	50
2	Actualmente, algo menos	5	31
3	Actualmente, mucho menos	2	13
4	Actualmente, en absoluto	1	6
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 8 pacientes son capaces de reír y ver el lado gracioso de las cosas, 5 actualmente disfrutaban menos, 2 actualmente mucho menos y 1 en absoluto no es capaz de reírse y ver el lado positivo a las cosas.

Representación gráfica # 4



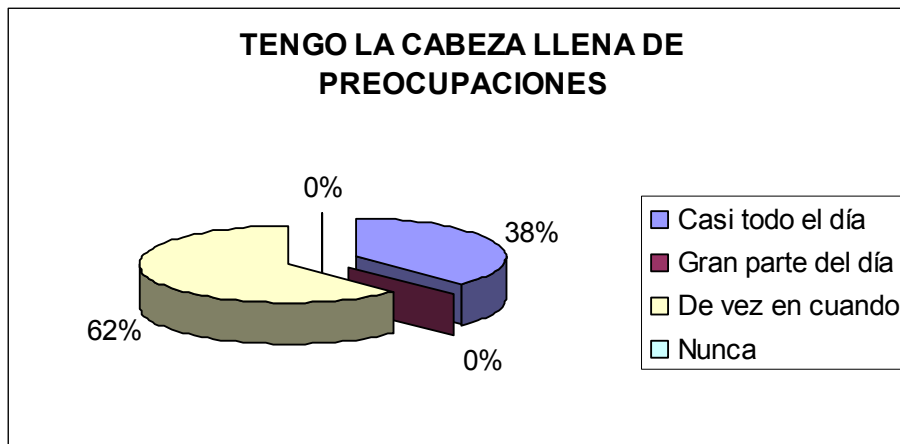
El gráfico representa que el 50% de los pacientes son capaces de reírse y ver el lado gracioso de las cosas, igual que siempre, el 31% mencionaron que actualmente algo menos, el 13% actualmente mucho menos, y finalmente el 6% en absoluto no es capaz de reírse y ver el lado gracioso de las cosas.

Tabla # 5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones.

N°	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Casi todo el día	6	38
2	Gran parte del día	0	0
3	De vez en cuando	10	62
4	Nunca	0	0
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 10 pacientes de vez en cuando tienen llena la cabeza de preocupaciones y 6 presentan preocupaciones casi todo el día.

Representación gráfica # 5



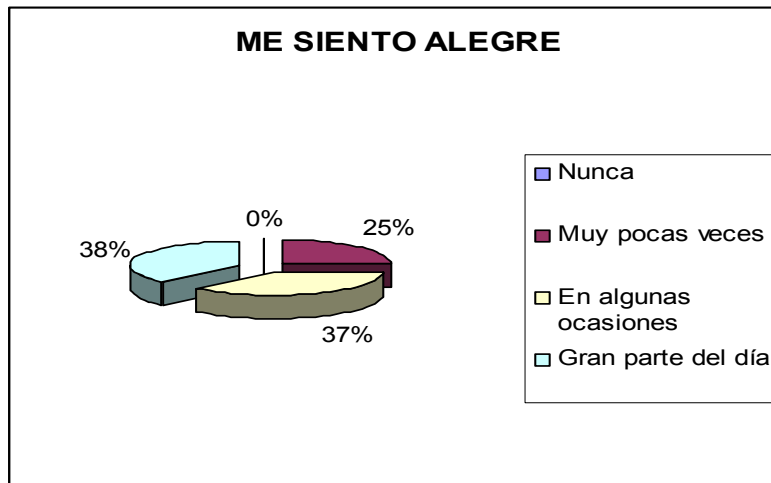
El gráfico representa que el 62% de los pacientes de vez en cuando tienen preocupaciones y el 38% experimenta preocupaciones casi todo el día.

Tabla # 6. Me siento alegre.

N°	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Nunca	0	0
2	Muy pocas veces	4	25
3	En algunas ocasiones	6	37
4	Gran parte del día	6	38
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 6 de los pacientes respondieron que se sienten alegres en algunas ocasiones, 6 manifiestan que gran parte del día y finalmente 4 muy pocas veces se sienten alegres.

Representación gráfica # 6



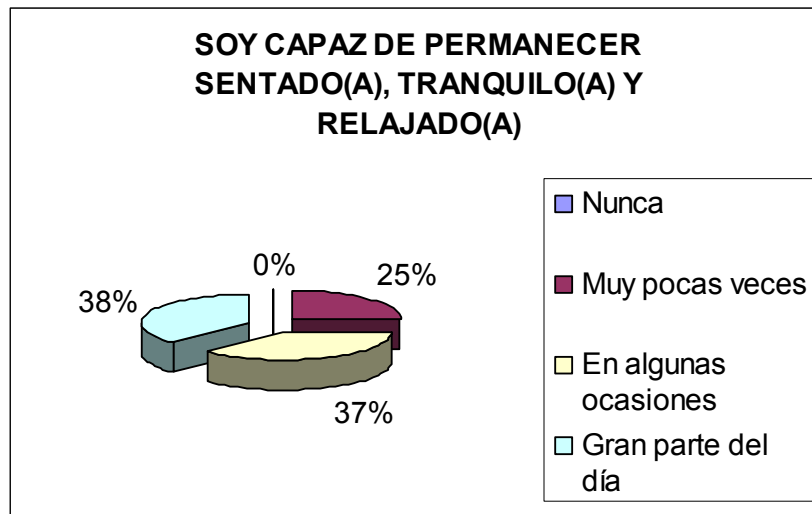
El gráfico representa que el 38% de los pacientes se sienten alegres gran parte del día, el 37% sólo en algunas ocasiones y el 25% muy pocas veces.

Tabla #7. Soy capaz de permanecer sentado(a), tranquilo(a) y relajado(a).

N°	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Nunca	0	0
2	Muy pocas veces	4	25
3	En algunas ocasiones	6	37
4	Gran parte del día	6	38
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 6 pacientes son capaz de permanecer sentados/as, tranquilos/as y relajados/as gran parte del día, 6 en algunas ocasiones y 4 muy pocas veces se sienten tranquilos/as.

Representación gráfica # 7



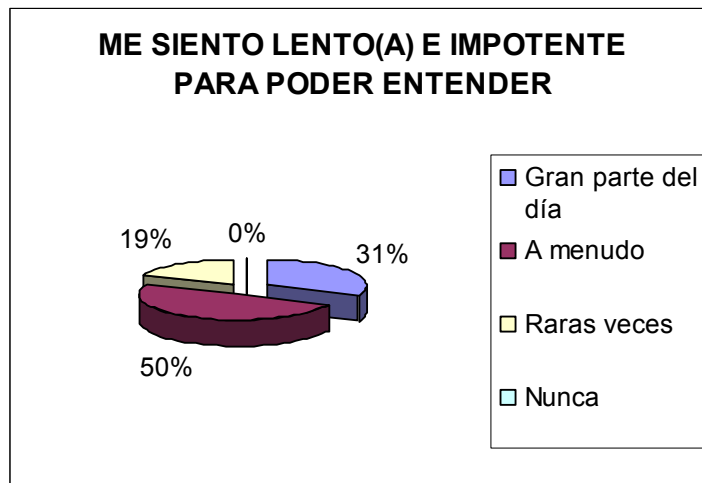
El gráfico representa que el 38% de los pacientes son capaz de permanecer sentados/as, tranquilos/as y relajados/as gran parte del día, el 37% en algunas ocasiones y el 25% muy pocas veces se sienten tranquilos y relajados.

Tabla # 8. Me siento lento(a) e impotente para poder entender.

N°	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Gran parte del día	5	31
2	A menudo	8	50
3	Raras veces	3	19
4	Nunca	0	0
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 8 de los pacientes se sienten muchas veces lentos/as e impotentes para poder entender, 5 sólo gran parte del día y 3 raras veces sienten lentitud para entender.

Representación gráfica # 8



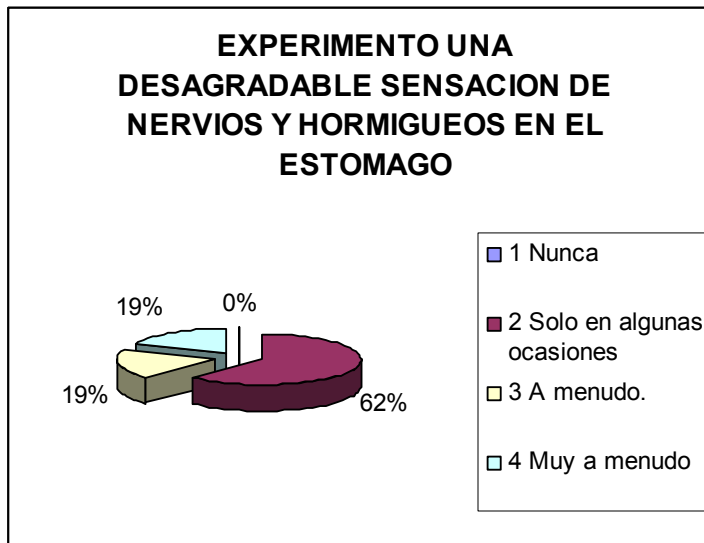
El gráfico representa que el 50% de los pacientes se sienten lentos/as e impotentes para poder entender muchas veces, el 31% gran parte del día y el 19% raras veces sienten lentitud.

Tabla # 9. Experimento una desagradable sensación de nervios y hormigueos en el estómago.

N°	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Nunca	0	0
2	Solo en algunas ocasiones	10	62
3	A menudo.	3	19
4	Muy a menudo	3	19
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 10 pacientes sienten una desagradable sensación de nerviosismo sólo en algunas ocasiones, 3 a menudo lo experimentan y finalmente 3 mencionan que muy a menudo.

Representación gráfica # 9



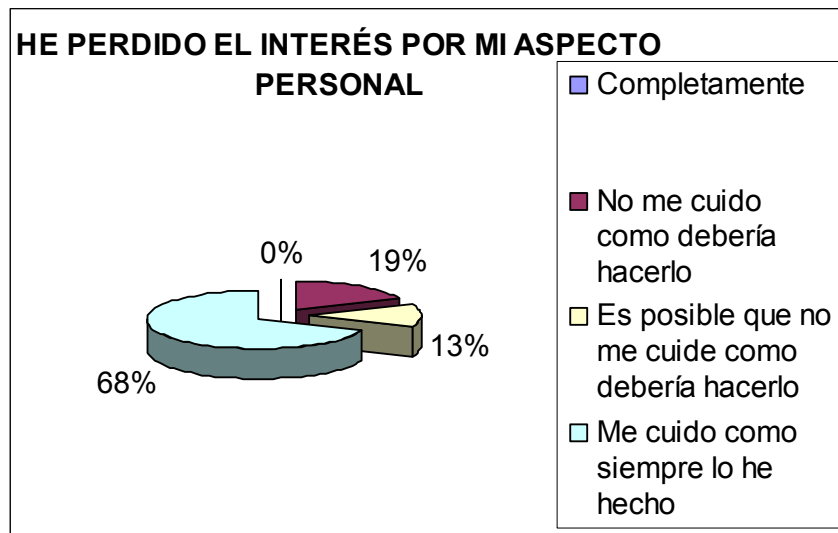
El gráfico representa que el 62% de los pacientes experimenta una desagradable sensación de nerviosismo y hormigueo en el estómago, sólo en algunas ocasiones, el 19% menciona que muy a menudo.

Tabla # 10. He perdido el interés por mi aspecto personal.

Nº	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Completamente	0	0
2	No me cuido como debería hacerlo	3	19
3	Es posible que no me cuide como debería hacerlo	2	13
4	Me cuido como siempre lo he hecho	11	68
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 11 pacientes no han perdido el interés por su aspecto personal, 3 pacientes no se cuidan como deberían hacerlo y finalmente 2 respondieron que es posible que no se cuiden como deberían hacerlo.

Representación gráfica # 10



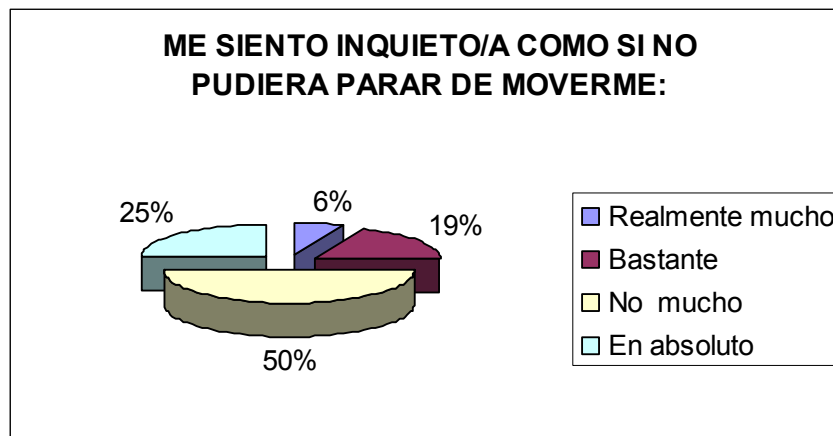
El gráfico representa que el 68% de los pacientes se cuidan como siempre, el 19% no se cuidan como deberían hacerlo y el 13 % no se cuidan como deberían hacerlo.

Tabla # 11. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme.

N°	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Realmente mucho	1	6
2	Bastante	3	19
3	No mucho	8	50
4	En absoluto	4	25
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 8 pacientes no mucho suelen sentirse inquietos, 4 no se sienten inquietos en absoluto, 3 bastantes inquietos y finalmente 1 se siente inquieto.

Representación gráfica # 11



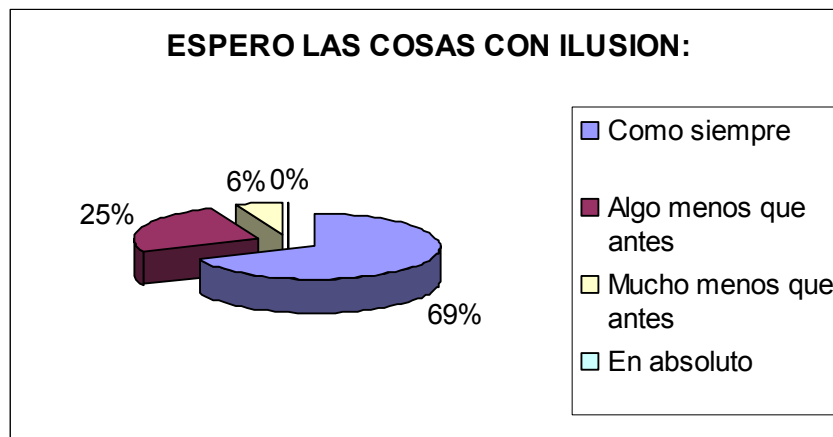
El gráfico representa que el 50% de los pacientes respondieron que no muchas veces se sienten inquietos, el 25% en absoluto no experimenta, el 19% bastante y finalmente el 6% realmente muy inquieto.

Tabla # 12. Espero las cosas con ilusión.

N°	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Como siempre	11	69
2	Algo menos que antes	4	25
3	Mucho menos que antes	1	6
4	En absoluto	0	0
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 11 pacientes esperan las cosas con ilusión como siempre y 4 pacientes esperan las cosas con ilusión algo menos que antes y sólo 1 respondió mucho menos que antes.

Representación gráfica # 12



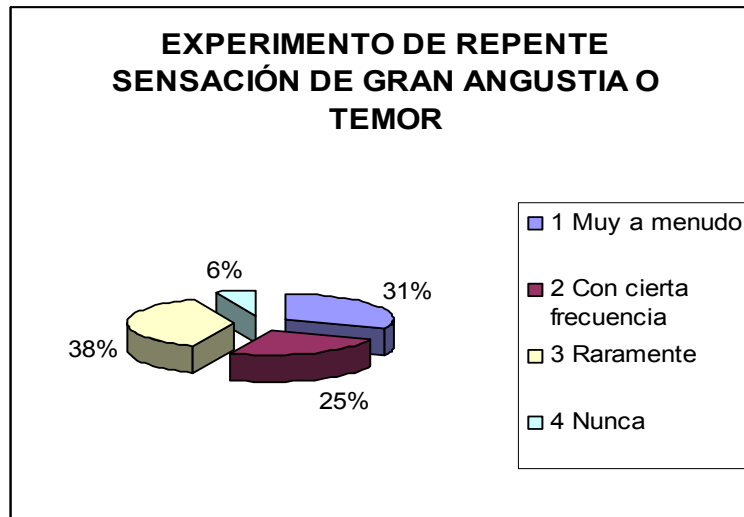
El gráfico representa que el 69% de los pacientes esperan las cosas con ilusión siempre, el 25% esperan las cosas con ilusión algo menos que antes y finalmente el 6% expresó tomar las cosas con ilusión mucho menos que antes.

Tabla # 13. Experimento de repente sensación de gran angustia o temor.

N°	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Muy a menudo	5	31
2	Con cierta frecuencia	4	25
3	Raramente	6	38
4	Nunca	1	6
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 6 de los pacientes experimentan raras veces sensaciones de angustia, 5 pacientes experimenta muy a menudo, 4 pacientes con cierta frecuencia y finalmente 1 nunca ha experimentado sensaciones de angustia.

Representación gráfica #13



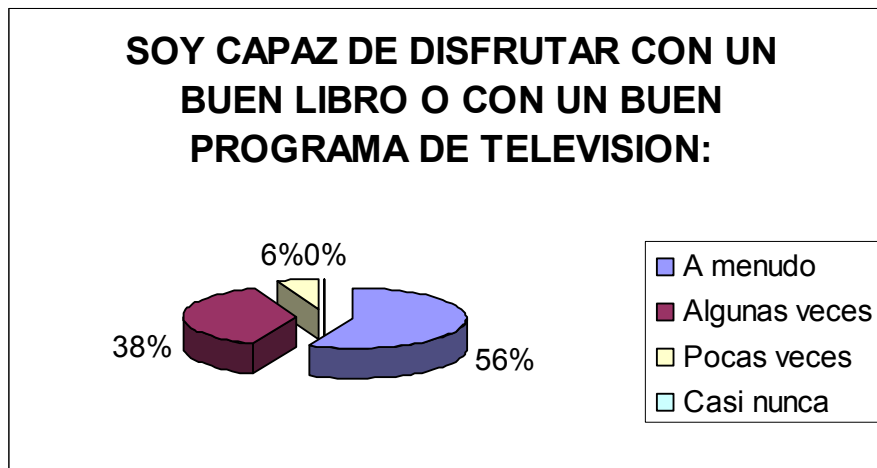
El gráfico representa que un 38% de los pacientes rara vez experimenta sensación de angustia, el 31% de la población muy a menudo, el 25% con cierta frecuencia y finalmente un 6% nunca han experimentado sensación de angustia o temor.

Tabla # 14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de televisión.

N°	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	A menudo	9	56
2	Algunas veces	6	38
3	Pocas veces	1	6
4	Casi nunca	0	0
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 9 de los pacientes evaluados a menudo son capaces de disfrutar leyendo un buen libro o un programa de televisión, 6 respondieron que algunas veces, y finalmente 1 pocas veces disfrutan ver televisión o leer un libro.

Representación gráfica # 14



El gráfico representa que el 56% de los pacientes a menudo disfrutan leyendo un buen libro o un programa de televisión, el 38% mencionan que algunas veces y finalmente el 6% manifiestan que pocas veces.

ANEXO N° 4

TABLAS Y GRÁFICOS DE LA ESCALA DE ACTITUDES

Matriz de datos obtenidos al aplicar la escala de actitudes a los familiares de pacientes con VIH-SIDA.

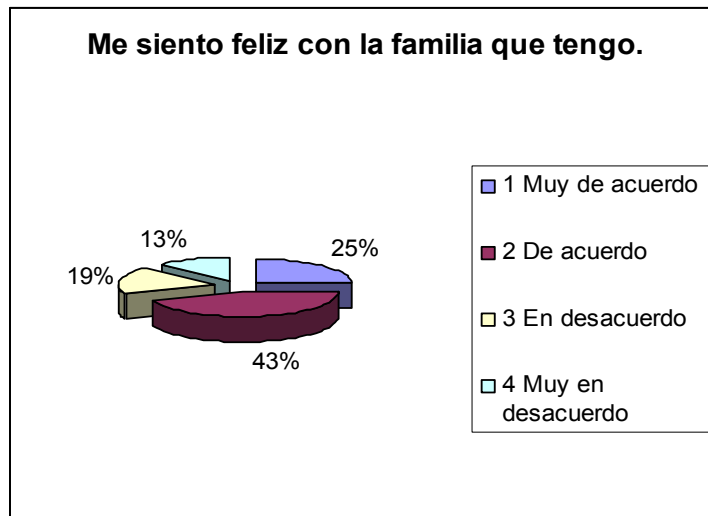
S Ítems	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	total
1	4	3	3	4	3	4	3	3	4	3	2	1	3	2	1	2	45
2	3	3	4	4	3	4	3	3	4	4	2	1	2	2	2	2	46
3	4	3	3	4	3	4	2	4	4	3	2	2	2	1	1	1	43
4	3	3	4	4	3	4	2	3	4	3	1	1	2	2	2	2	43
5	3	3	3	4	3	4	2	3	4	4	1	1	1	1	1	1	39
6	4	1	3	1	3	1	2	2	1	1	3	3	3	3	0	3	34
7	3	3	2	1	3	1	3	3	1	1	1	3	1	1	4	0	31
8	3	3	3	4	3	4	3	3	4	4	2	1	1	1	2	2	43
9	2	3	2	4	3	1	4	3	4	3	3	3	3	3	4	3	48
10	3	3	4	1	4	4	3	3	4	1	3	1	3	3	4	3	47
11	3	3	3	3	4	4	2	3	4	4	1	1	1	1	2	2	41
12	2	1	0	3	1	1	1	2	4	1	1	1	1	1	1	1	22
13	3	3	1	3	0	4	2	3	4	4	2	1	2	2	2	1	37
14	4	3	4	3	0	4	2	3	4	4	2	1	1	2	1	2	40
15	3	3	3	4	0	4	1	3	4	3	1	1	1	1	1	2	35
16	2	2	2	0	1	1	4	4	1	1	3	0	1	3	4	2	31
17	4	3	3	0	1	4	1	3	4	4	1	3	2	1	1	2	37
18	4	3	4	4	4	4	1	3	4	4	2	1	2	2	1	3	46
19	3	3	3	4	4	4	2	3	4	4	2	1	1	2	2	2	44
20	3	3	3	3	4	4	1	3	4	4	1	1	2	2	1	2	41
21	3	3	4	4	1	4	1	3	4	4	2	2	2	2	1	1	41
22	4	3	4	4	4	4	2	3	4	4	1	1	1	1	1	1	42
Total	60	61	65	66	55	73	47	66	79	68	39	31	38	39	39	40	875

Tabla # 1. Me siento feliz con la familia que tengo.

N°	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Muy de acuerdo	4	25
2	De acuerdo	7	43
3	En desacuerdo	3	19
4	Muy en desacuerdo	2	13
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 7 de los familiares evaluados están de acuerdo que se sienten feliz con la familia que tienen, 4 muy de acuerdo, 3 en desacuerdo y 2 muy en desacuerdo.

Representación gráfica # 1



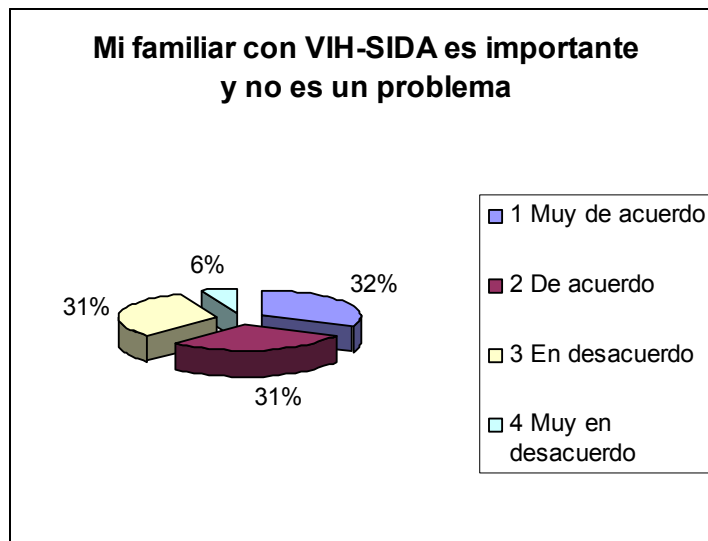
El gráfico representa que el 43% de los familiares están de acuerdo con la familia que tienen, el 25% manifiestan estar muy de acuerdo, el 19% en desacuerdo y el 13% se encuentran muy en desacuerdo con la familia que tiene.

Tabla # 2. Mi familiar con VIH-SIDA es importante y no es un problema.

N°	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Muy de acuerdo	5	32
2	De acuerdo	5	31
3	En desacuerdo	5	31
4	Muy en desacuerdo	1	6
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 5 de los familiares evaluados están muy de acuerdo en considerar importante y no un problema a su familiar con VIH-SIDA, 5 de acuerdo, 5 en desacuerdo y sólo 1 muy en desacuerdo.

Representación gráfica # 2



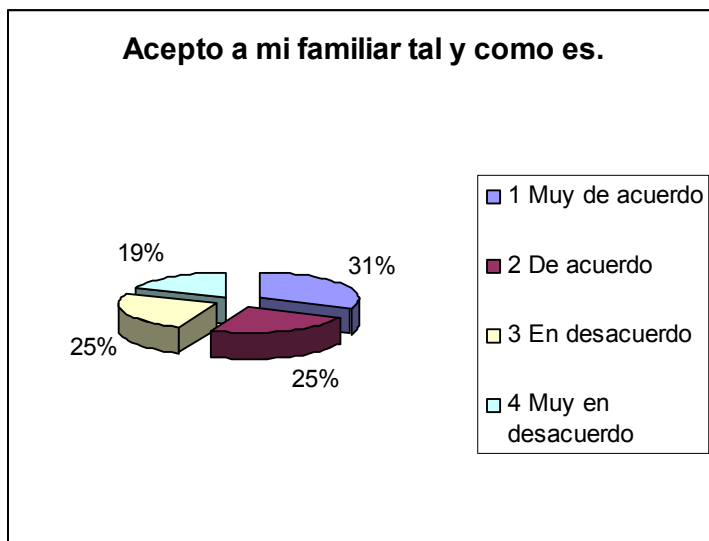
El gráfico representa que el 32% de los familiares evaluados están muy de acuerdo que su familiar con VIH-SIDA es importante y no es un problema, el 31% de acuerdo y en desacuerdo y el 6% muy en desacuerdo.

Tabla # 3. Acepto a mi familiar tal y como es.

N°	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Muy de acuerdo	5	31
2	De acuerdo	4	25
3	En desacuerdo	4	25
4	Muy en desacuerdo	3	19
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 5 de los familiares evaluados están muy de acuerdo en aceptar a su familiar con VIH-SIDA tal y como es, 4 de acuerdo y en desacuerdo, finalmente 3 muy en desacuerdo.

Representación gráfica # 3



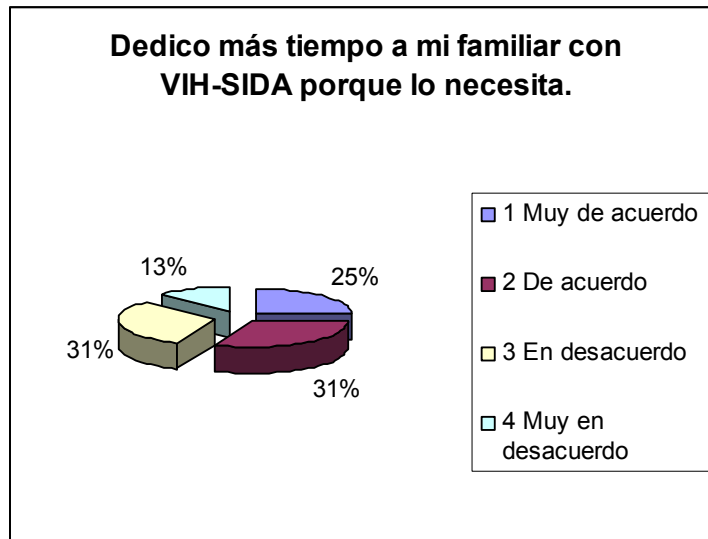
El gráfico representa que el 31% de los familiares está muy de acuerdo en aceptar a su familiar con VIH-SIDA tal y como es, el 25% manifiesta estar de acuerdo; así mismo, el 25% responde estar en desacuerdo y el 19% muy en desacuerdo.

Tabla # 4. Dedico más tiempo a mi familiar con VIH-SIDA porque lo necesita.

Nº	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Muy de acuerdo	4	25
2	De acuerdo	5	31
3	En desacuerdo	5	31
4	Muy en desacuerdo	2	13
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 5 de los familiares evaluados están de acuerdo en dedicar más tiempo a su familiar con VIH-SIDA porque lo necesita, pero 5 están en desacuerdo, 4 muy de acuerdo y 2 muy en desacuerdo.

Representación gráfica # 4



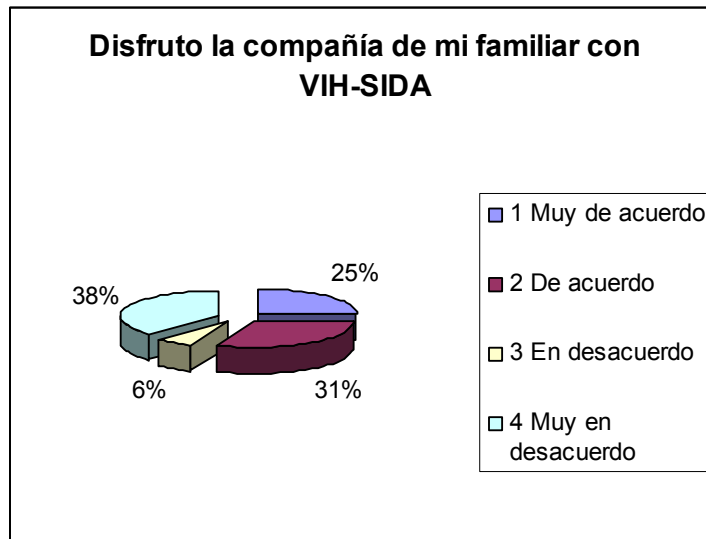
El gráfico representa que el 31% de los familiares evaluados están de acuerdo en dedicar más tiempo a su pariente con VIH-SIDA, el otro 31% se muestra en desacuerdo, el 25% muy de acuerdo y el 13% muy en desacuerdo.

Tabla # 5. Disfruto la compañía de mi familiar con VIH-SIDA.

N°	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Muy de acuerdo	4	25
2	De acuerdo	5	31
3	En desacuerdo	1	6
4	Muy en desacuerdo	6	38
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 6 de los familiares evaluados están muy en desacuerdo en disfrutar la compañía de su familiar con VIH-SIDA, 5 expresan estar de acuerdo, 4 muy de acuerdo y 1 en desacuerdo.

Representación gráfica # 5



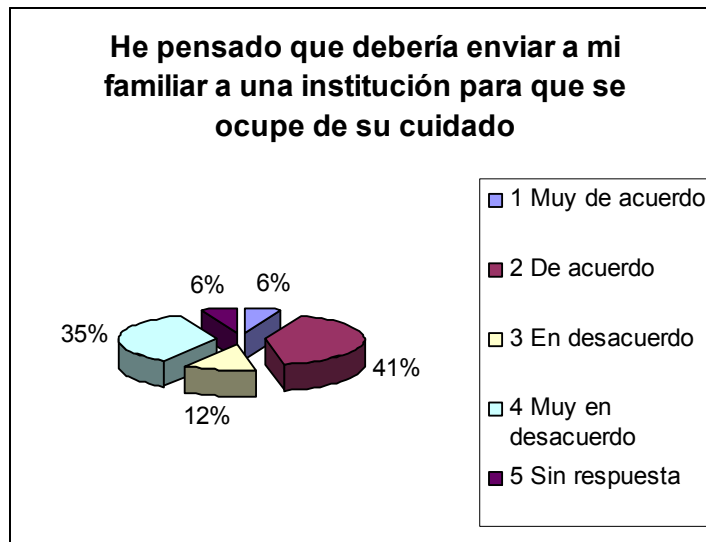
El gráfico representa que el 38% de los familiares está muy en desacuerdo que disfruta la compañía de su familiar con VIH-SIDA, el 31% de acuerdo, el 25% muy de acuerdo y el 6% en desacuerdo.

Tabla # 6. He pensado que debería enviar a mi familiar a una institución para que se ocupe de su cuidado.

N°	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Muy de acuerdo	1	6
2	De acuerdo	7	44
3	En desacuerdo	2	13
4	Muy en desacuerdo	6	31
5	Sin respuesta	1	6
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 7 de los familiares evaluados están de acuerdo que deberían enviar a una institución a su familiar con VIH-SIDA para que se encargue de su cuidado, 6 se muestran muy en desacuerdo, 1 muy de acuerdo y 1 no respondió.

Representación gráfica # 6



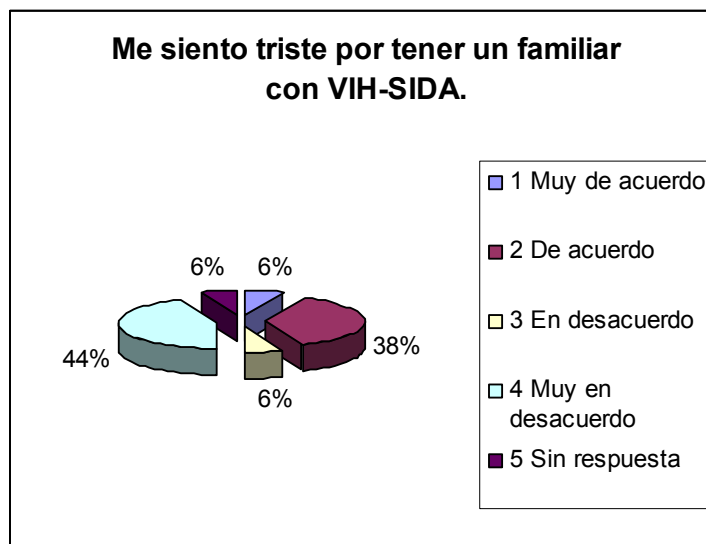
El gráfico representa que el 41% está de acuerdo en que deberían enviar a una institución a su familiar con VIH-SIDA, el 35% muy en desacuerdo, el 12% en desacuerdo, el 6% muy de acuerdo y el 6% no respondieron.

Tabla # 7. Me siento triste por tener un familiar con VIH-SIDA.

Nº	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Muy de acuerdo	1	6
2	De acuerdo	6	38
3	En desacuerdo	1	6
4	Muy en desacuerdo	7	44
5	Sin respuesta	1	6
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 7 de los familiares evaluados están muy en desacuerdo que se sienten tristes por tener un familiar con VIH-SIDA, 6 de acuerdo, 1 muy de acuerdo y en desacuerdo y 1 sin respuesta.

Represtación gráfica # 7



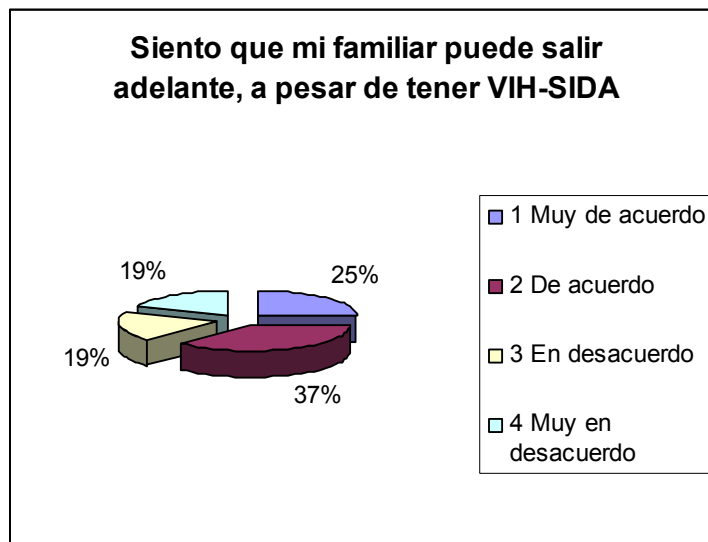
El gráfico representa que el 44% de los familiares están muy en desacuerdo en que se sienten triste por tener un familiar con VIH-SIDA, el 38% de acuerdo, el 6% muy de acuerdo, en desacuerdo y sin respuesta.

Tabla # 8. Siento que mi familiar puede salir adelante, a pesar de tener VIH-SIDA.

Nº	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Muy de acuerdo	4	25
2	De acuerdo	6	37
3	En desacuerdo	3	19
4	Muy en desacuerdo	3	19
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 6 de los familiares están de acuerdo que su familiar puede salir adelante a pesar de tener VIH-SIDA, 4 muy de acuerdo, 3 en desacuerdo y muy en desacuerdo.

Representación gráfica # 8



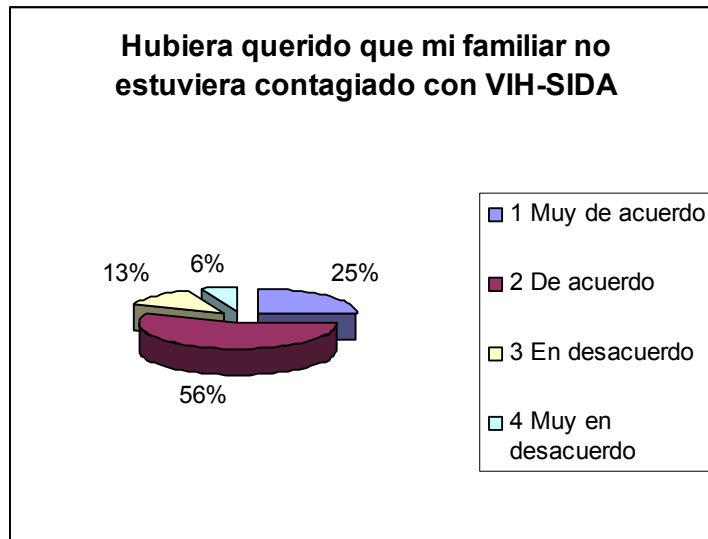
El gráfico representa que el 37% de los familiares están de acuerdo que su familiar puede salir adelante a pesar de tener VIH-SIDA, el 25% en muy de acuerdo y finalmente el 19% menciona que muy en desacuerdo y en desacuerdo.

Tabla # 9. Hubiera querido que mi familiar no estuviera contagiado con VIH-SIDA.

N°	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Muy de acuerdo	4	25
2	De acuerdo	9	56
3	En desacuerdo	2	13
4	Muy en desacuerdo	1	6
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 9 de los familiares están de acuerdo que hubieran querido que su familiar no estuviera contagiado con VIH-SIDA, 4 contestaron muy de acuerdo, 2 en desacuerdo y 1 muy en desacuerdo.

Representación gráfica # 9



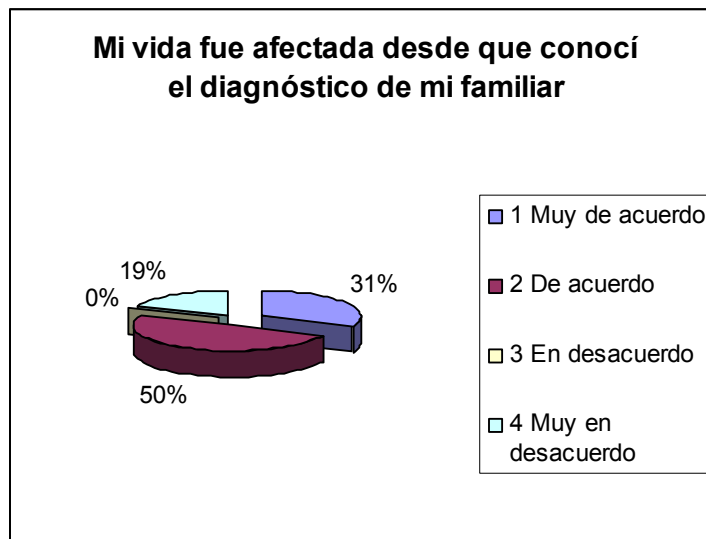
El gráfico representa que el 56% de los familiares está de acuerdo en que hubiera querido que no estuvieran contagiado su familiar con VIH-SIDA, el 25% respondieron muy en desacuerdo, el 13% en desacuerdo y finalmente el 6% muy en desacuerdo.

Tabla # 10. Mi vida fue afectada desde que conocí el diagnóstico de mi familiar.

N°	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Muy de acuerdo	5	31
2	De acuerdo	8	50
3	En desacuerdo	0	0
4	Muy en desacuerdo	3	19
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 8 familiares están de acuerdo que su vida fue afectada al saber el diagnóstico de su familiar, 5 respondieron muy de acuerdo y finalmente 3 en muy en desacuerdo.

Representación gráfica # 10



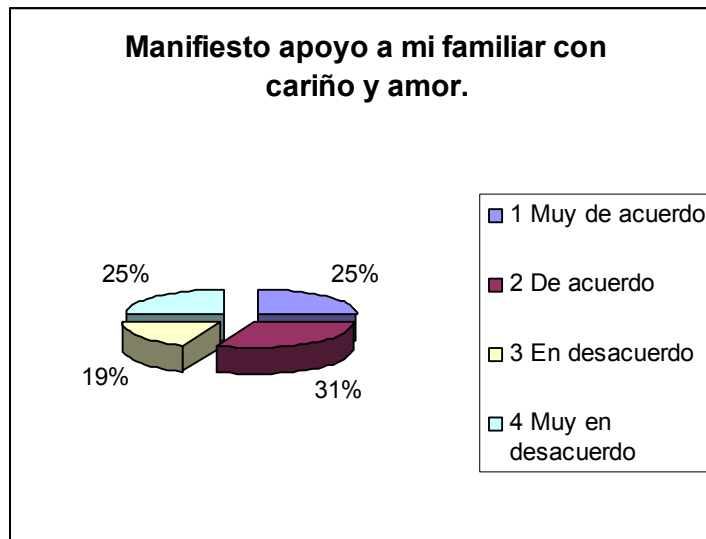
El gráfico representa que el 50 % de los familiares están de acuerdo que su vida fue afectada al conocer el diagnóstico de su familiar con VIH-SIDA, el 31% mencionaron muy de acuerdo, y finalmente el 19% muy en desacuerdo.

Tabla # 11. Manifiesto apoyo a mi familiar con cariño y amor.

N°	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Muy de acuerdo	4	25
2	De acuerdo	5	31
3	En desacuerdo	3	19
4	Muy en desacuerdo	4	25
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 5 familiares están de acuerdo que apoyan con cariño y amor a su familiar con VIH-SIDA, 4 respondieron muy de acuerdo y muy en desacuerdo, 3 en desacuerdo.

Representación gráfica # 11



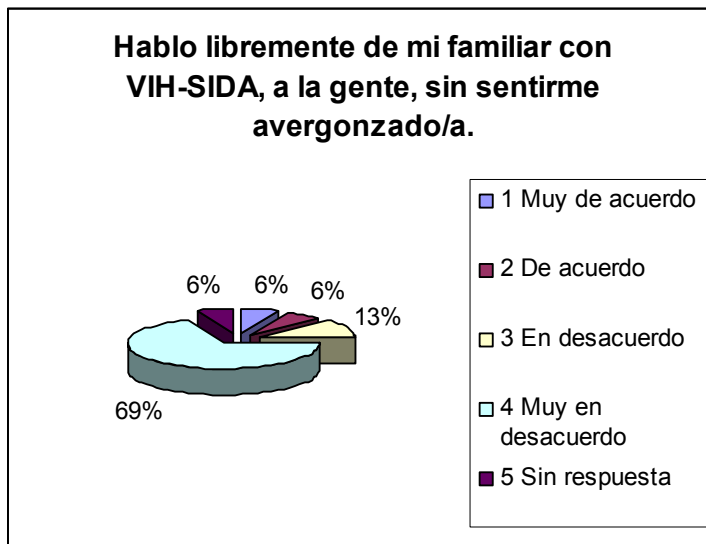
El gráfico representa que el 31 % de los familiares están de acuerdo en apoyar cariño y amor a su familiar con VIH- SIDA, el 25% respondieron muy de acuerdo de igual forma muy en desacuerdo, el 19 % no muestran cariño y amor a su familiar.

Tabla # 12. Hablo libremente de mi familiar con VIH-SIDA, a la gente, sin sentirme avergonzado/a.

N°	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Muy de acuerdo	1	6
2	De acuerdo	1	6
3	En desacuerdo	2	13
4	Muy en desacuerdo	11	69
5	Sin respuesta	1	6
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 11 de los familiares están muy en desacuerdo en hablar libremente de su familiar con VIH- SIDA si sentirse avergonzado, 2 respondieron estar en desacuerdo y 1 muy de acuerdo, de acuerdo y sin respuesta.

Representación gráfica # 12



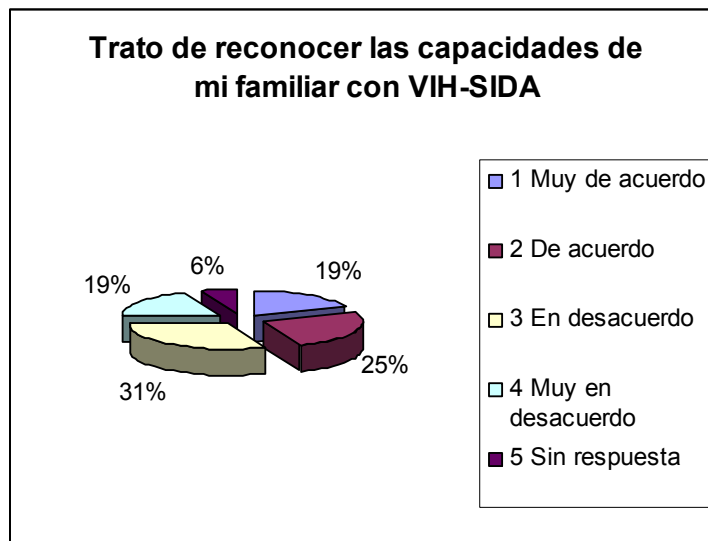
El gráfico representa que el 69 % de los familiares están muy en desacuerdo en hablar libremente de su familiar con VIH-SIDA, el 13 % respondieron estar en desacuerdo y el 6% mencionaron estar muy de acuerdo, de acuerdo y sin respuesta.

Tabla # 13. Trato de reconocer las capacidades de mi familiar con VIH-SIDA

N°	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Muy de acuerdo	3	19
2	De acuerdo	4	25
3	En desacuerdo	5	31
4	Muy en desacuerdo	3	19
5	Sin respuesta	1	6
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 5 de los familiares están en desacuerdo en reconocer las capacidades de su familiar con VIH-SIDA, 4 respondieron estar de acuerdo, 3 muy en desacuerdo y muy en desacuerdo, y 1 sin respuesta.

Representación gráfica # 13



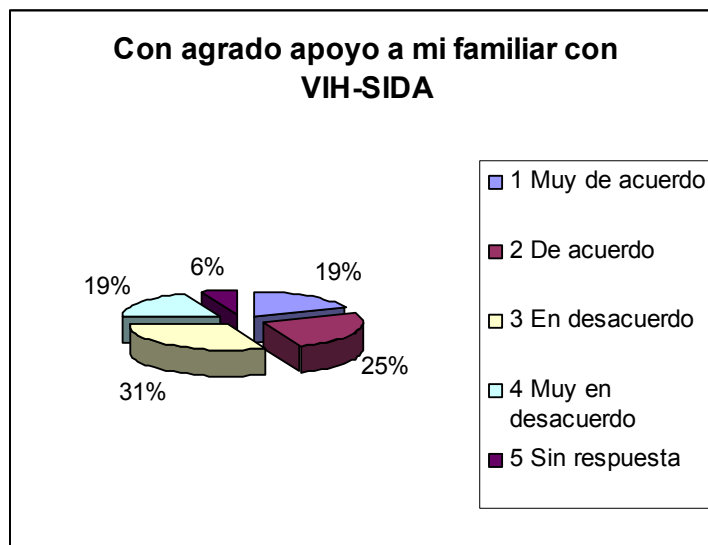
El gráfico representa que el 31% de los familiares están en desacuerdo en reconocer las capacidades de su familiar con VIH-SIDA, el 25% respondieron de acuerdo, y el 19% muy en desacuerdo y muy de acuerdo, el 6% no respondió.

Tabla # 14. Con agrado apoyo a mi familiar con VIH-SIDA.

Nº	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Muy de acuerdo	3	31
2	De acuerdo	4	19
3	En desacuerdo	5	25
4	Muy en desacuerdo	3	19
5	Sin respuesta	1	6
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 5 de los familiares están en desacuerdo que con agrado apoyan a su familiar con VIH-SIDA, 4 respondieron de acuerdo, 3 muy de acuerdo y muy en desacuerdo, y sólo 1 sin respuesta.

Representación gráfica # 14



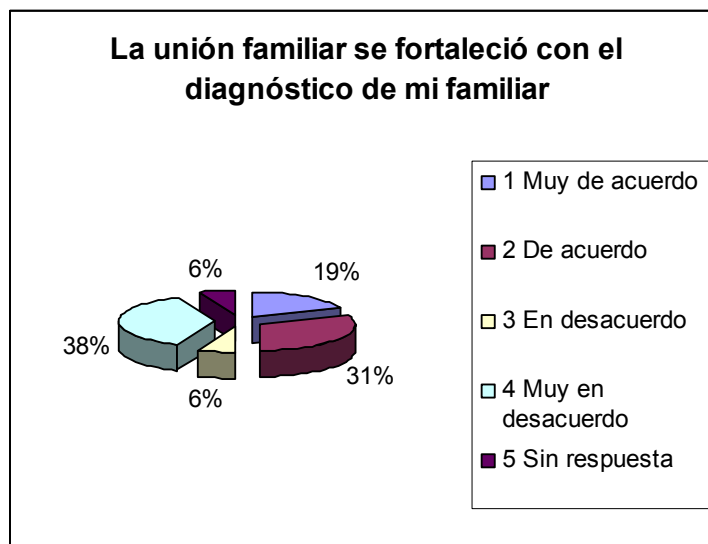
El gráfico representa que el 31% de los familiares están en desacuerdo que con agrado apoyan a su familiar con VIH-SIDA, el 25% contestaron de acuerdo, el 19% muy de acuerdo y muy en desacuerdo, el 6% sin respuesta.

Tabla # 15. La unión familiar se fortaleció con el diagnóstico de mi familiar.

Nº	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Muy de acuerdo	3	19
2	De acuerdo	5	31
3	En desacuerdo	1	6
4	Muy en desacuerdo	6	38
5	Sin respuesta	1	6
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 6 de los familiares están muy en desacuerdo que la unión familiar se fortaleció con el diagnóstico de su familiar con VIH-SIDA, 5 contestaron de acuerdo, 3 muy de acuerdo, 1 en desacuerdo y sin respuesta.

Representación gráfica # 15



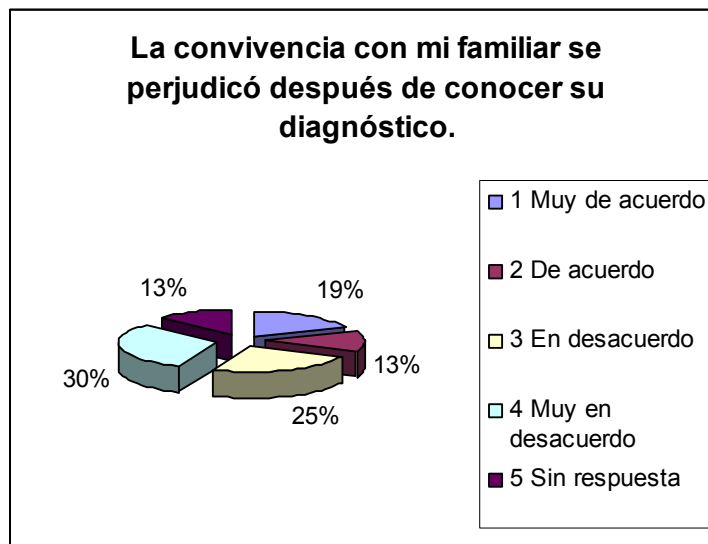
El gráfico representa que el 38% de los familiares están muy de acuerdo en que la unión familiar se fortaleció con el diagnóstico de su pariente, el 31 % manifiesta estar de acuerdo, el 19% respondió muy de acuerdo y el 6% en desacuerdo y sin respuesta.

Tabla # 16. La convivencia con mi familiar se perjudicó después de conocer su diagnóstico.

N°	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Muy de acuerdo	3	19
2	De acuerdo	2	13
3	En desacuerdo	4	25
4	Muy en desacuerdo	5	30
5	Sin respuesta	2	13
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 5 de los familiares están muy en desacuerdo que la convivencia familiar se afectó al conocer el diagnóstico de su pariente con VIH-SIDA, 4 en desacuerdo, 3 muy de acuerdo, 2 de acuerdo y sin respuesta.

Representación gráfica # 16



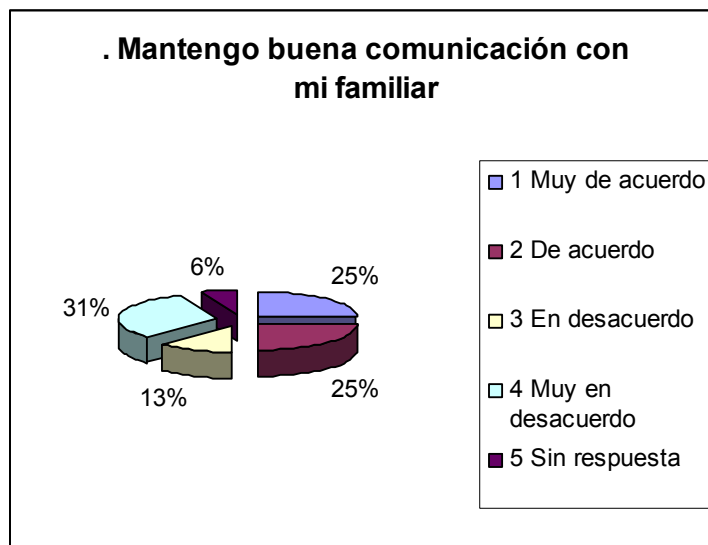
El gráfico representa que el 30% de los familiares está muy de acuerdo que la convivencia familiar se perjudicó después de conocer el diagnóstico de su familiar con VIH-SIDA, el 25% contestó en desacuerdo, 19% muy de acuerdo, el 13% de acuerdo y sin respuesta.

Tabla # 17. Mantengo buena comunicación con mi familiar.

N°	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Muy de acuerdo	4	25
2	De acuerdo	4	25
3	En desacuerdo	2	13
4	Muy en desacuerdo	5	31
5	Sin respuesta	1	6
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 5 de los familiares están muy en desacuerdo en mantener buena comunicación con su familiar, 4 respondieron muy de acuerdo y de acuerdo, 2 en desacuerdo y 1 sin respuesta.

Representación gráfica # 17



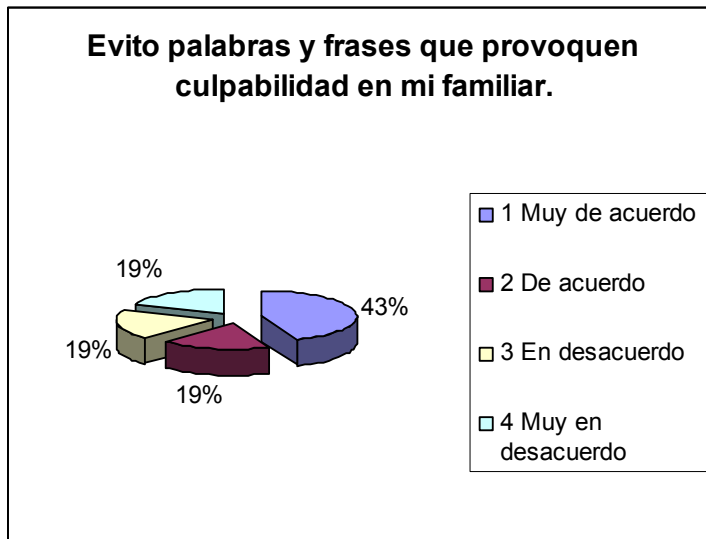
El gráfico representa que el 31 % de los familiares están muy en desacuerdo en mantener buena comunicación con su familiar con VIH-SIDA, el 25% contestó muy de acuerdo y de acuerdo, 13 % están en desacuerdo y el 6% sin respuesta.

Tabla # 18. Evito palabras y frases que provoquen culpabilidad en mi familiar.

N°	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Muy de acuerdo	7	43
2	De acuerdo	3	19
3	En desacuerdo	3	19
4	Muy en desacuerdo	3	19
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 7 de los familiares están muy de acuerdo en evitar palabras y frases que provocan culpabilidad en su familiar, 3 respondieron de acuerdo, en desacuerdo y muy en desacuerdo.

Representación gráfica # 18



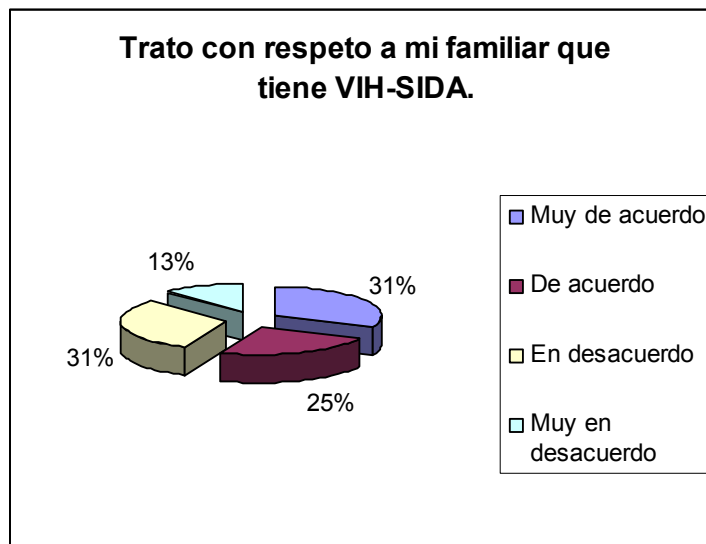
El gráfico representa que el 43% de los familiares respondieron estar muy de acuerdo en evitar frases que provocan culpabilidad, el 19% están de acuerdo, en desacuerdo y muy en desacuerdo.

Tabla # 19. Trato con respeto a mi familiar que tiene VIH-SIDA.

N°	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
1	Muy de acuerdo	5	31
2	De acuerdo	4	25
3	En desacuerdo	5	31
4	Muy en desacuerdo	2	13
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 5 de los familiares están muy de acuerdo y en desacuerdo en tratar con respeto al familiar con VIH-SIDA, 4 respondieron de acuerdo y 2 muy en desacuerdo.

Representación gráfica # 19



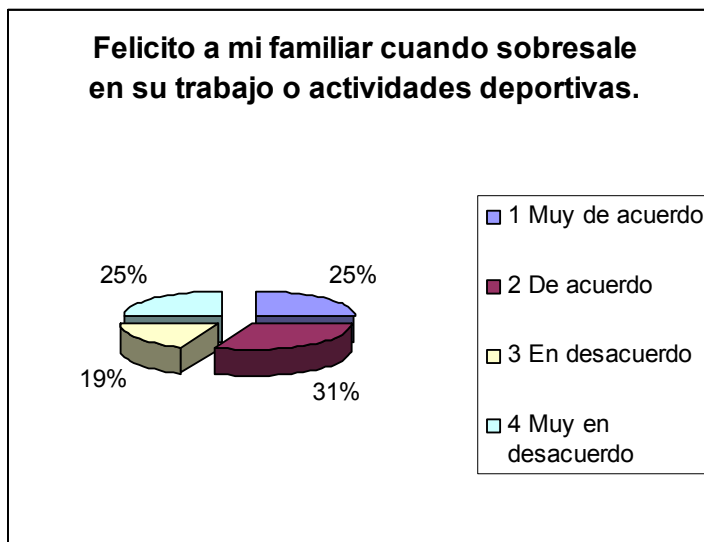
El gráfico representa que el 31% de los familiares contestaron muy de acuerdo y en desacuerdo en tratar con respeto a su familiar con VIH-SIDA, el 25% respondió de acuerdo, y el 13% en desacuerdo.

Tabla # 20. Felicito a mi familiar cuando sobresale en su trabajo o actividades deportivas.

Nº	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Muy de acuerdo	4	25
2	De acuerdo	5	31
3	En desacuerdo	3	19
4	Muy en desacuerdo	4	25
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 5 de los familiares están de acuerdo en felicitar al familiar cuando sobresale en su trabajo, 4 respondieron muy de acuerdo y muy en desacuerdo, y 3 en desacuerdo.

Representación gráfica # 20



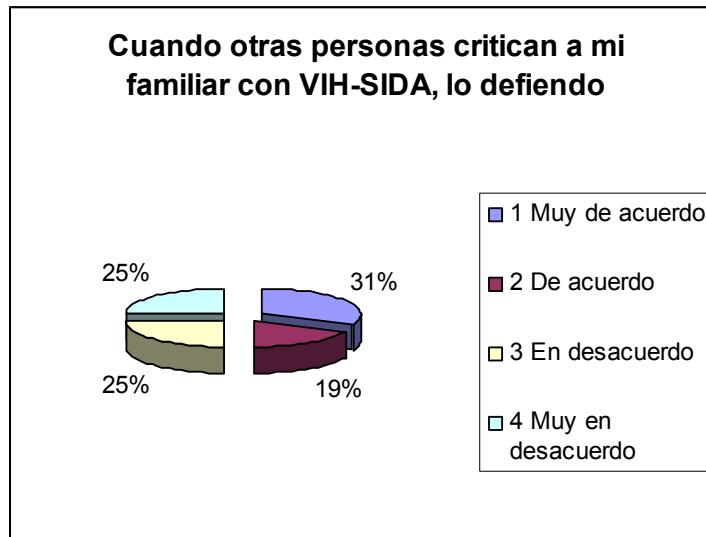
El gráfico representa que el 31% de los familiares están de acuerdo en felicitar a su familiar cuando sobresale en su trabajo, el 25% respondió muy de acuerdo y muy en desacuerdo y el 19% en desacuerdo.

Tabla # 21. Cuando otras personas critican a mi familiar con VIH-SIDA, lo defiendo.

N°	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Muy de acuerdo	5	31
2	De acuerdo	3	19
3	En desacuerdo	4	25
4	Muy en desacuerdo	4	25
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 5 de los familiares están muy de acuerdo en defender a su familiar con VIH-SIDA cuando otras personas lo/a critican, 4 contestaron muy en desacuerdo y en desacuerdo y 3 de acuerdo.

Representación gráfica # 21



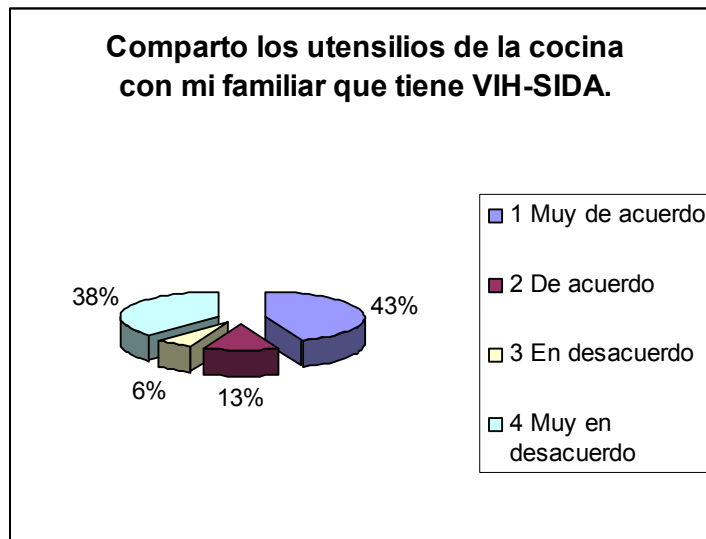
El gráfico representa que el 31% de los familiares están muy de acuerdo en defender a su familiar cuando otras personas lo critican, el 25% contestaron en desacuerdo y muy en desacuerdo y el 19% de acuerdo.

Tabla # 22. Comparto los utensilios de cocina con mi familiar que tiene VIH-SIDA.

N°	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Muy de acuerdo	7	43
2	De acuerdo	2	13
3	En desacuerdo	1	6
4	Muy en desacuerdo	6	38
	Σ	16	100

El cuadro muestra que 7 de los familiares están muy de acuerdo en compartir los utensilios de cocina con su familiar que tiene VIH-SIDA, 6 están muy en desacuerdo, 2 de acuerdo y finalmente 1 en desacuerdo.

Representación gráfica # 22



El gráfico representa que el 43% de los familiares están muy de acuerdo en compartir los utensilios de cocina con su familiar que tiene VIH-SIDA, el 38% muy en desacuerdo, el 13% de acuerdo, y el 6% en desacuerdo.

ANEXO N° 5

PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE PRUEBA “r” DE PEARSON

1. Datos obtenidos en las escalas de actitudes de los familiares y estados de ánimo en los pacientes

Datos de la escala de actitudes de los familiares y de la escala de ansiedad. Los datos de “X” representa los resultados de actitudes y “Y” los de estados de ánimo.

N°	X	Y
1	60	13
2	61	14
3	65	30
4	66	12
5	55	21
6	73	14
7	47	14
8	66	21
9	79	9
10	68	5
11	39	11
12	31	18
13	38	12
14	39	24
15	39	5
16	40	27
Σ	866	250

Los datos del cuadro anterior se ingresaron en la tabla del programa Minitab que contiene coeficiente r de Pearson. Y al ingresar los datos apareció la siguiente matriz de datos y el resultado de la correlación que aparece después del cuadro.

N°	X	X ²	Y	Y ²	X Y
1	60.00	3,600.00	13.00	169.00	780.00
2	61.00	3,721.00	14.00	196.00	854.00
3	65.00	4,225.00	30.00	900.00	1,950.00
4	66.00	4,356.00	12.00	144.00	792.00
5	55.00	3,025.00	21.00	441.00	1,155.00
6	73.00	5,329.00	14.00	196.00	1,022.00
7	47.00	2,209.00	14.00	196.00	658.00
8	66.00	4,356.00	21.00	441.00	1,386.00
9	79.00	6,241.00	9.00	81.00	711.00
10	68.00	4,624.00	5.00	25.00	34.00
11	39.00	1,521.00	11.00	121.00	429.00
12	31.00	961.00	18.00	324.00	558.00
13	38.00	1,444.00	12.00	144.00	456.00
14	39.00	1,521.00	24.00	576.00	936.00
15	39.00	1,521.00	5.00	25.00	195.00
16	40.00	1,600.00	27.00	729.00	1,080.00
Σ	866.00	50,254.00	250.00	4,708.00	13,302.00

Resultado:

$r = 0.13923$. Interpretación: el resultado indica que existe correlación positiva muy débil.

$gl = 14$

$\alpha 0.05 = 0.4973$

2. Familiares con actitudes positivas y su paciente con VIH-SIDA

Datos de los familiares con actitudes positivas y su paciente con VIH-SIDA. Los datos de "X" representa los resultados de actitudes positivas y "Y" los de estados de ánimo del paciente.

Nº	X	Y
1	60	13
2	61	14
3	65	30
4	66	12
5	55	21
6	73	14
7	47	14
8	66	21
9	79	9
10	68	5
Σ	640	153

Los datos del cuadro anterior se ingresaron en la tabla del programa Minitab que contiene el coeficiente r de Pearson. Y al ingresar los datos apareció la siguiente matriz de datos y el resultado de la correlación que aparece después del cuadro.

Nº	X	X ²	Y	Y ²	XY
1	60.00	3,600.00	13.00	169.00	780.00
2	61.00	3,721.00	14.00	196.00	854.00
3	65.00	4,225.00	30.00	900.00	1,950.00
4	66.00	4,356.00	12.00	144.00	792.00
5	55.00	3,025.00	21.00	441.00	1,155.00
6	73.00	5,329.00	14.00	196.00	1,022.00
7	47.00	2,209.00	14.00	196.00	658.00
8	66.00	4,356.00	21.00	441.00	1,386.00
9	79.00	6,241.00	9.00	81.00	711.00
10	68.00	4,624.00	5.00	25.00	34.00
Σ	640.00	41,666.00	153.00	2,789.00	9,648.00

Resultado:

$r = 0.25247$. Interpretación: el resultado indica que existe correlación positiva débil.

$gl = 8$

$\alpha 0.05 = 0.6319$

3. Familiares con actitudes negativas y su paciente con VIH-SIDA

Datos de los familiares con actitudes negativas y su paciente con VIH-SIDA. Los datos de “X” representa los resultados de actitudes negativas y “Y” los de estados de ánimo del paciente.

Nº	X	Y
1	39	11
2	31	18
3	38	12
4	39	24
5	39	5
6	40	27
Σ	226	97

Los datos del cuadro anterior se ingresaron en la tabla del programa Minitab que contiene el coeficiente r de Pearson. Y al ingresar los datos apareció la siguiente matriz de datos y el resultado de la correlación que aparece después del cuadro.

Nº	X	X ²	Y	Y ²	X Y
1	39.00	1,521.00	11.00	121.00	429.00
2	31.00	961.00	18.00	324.00	558.00
3	38.00	1,444.00	12.00	144.00	456.00
4	39.00	1,521.00	24.00	576.00	936.00
5	39.00	1,521.00	5.00	25.00	195.00
6	40.00	1,600.00	27.00	729.00	1,080.00
Σ	226.00	8,568.00	97.00	1,919.00	3,654.00

Resultado:

$r = 0.00239$. El resultado indica que **no existe correlación positiva ni negativa.**

$gl = 4$

$\alpha 0.05 = 0.8114$

**Tabla de valores críticos de r a varios niveles de probabilidad
(Correlación producto-momento de Pearson)**

Para gl dados el valor observado de r es significativo a un determinado nivel de significación si es igual o mayor que el valor crítico indicado en la tabla.

$gl = N - 2$	Nivel de significación para pruebas de una cola				
	.05	.025	.01	.05	.005
	Nivel de significación para pruebas de dos colas				
	.10	.05	.02	.01	.001
1	0.9877	0.9969	0.9995	0.9999	1.0000
2	0.9000	0.9500	0.9800	0.9900	0.9990
3	0.8054	0.8783	0.9343	0.9587	0.9912
4	0.7293	0.8114	0.8822	0.9172	0.9741
5	0.6694	0.7545	0.8329	0.8745	0.9507
6	0.6215	0.7067	0.7887	0.8343	0.9249
7	0.5822	0.6664	0.7498	0.7977	0.8982
8	0.5494	0.6319	0.7155	0.7646	0.8721
9	0.5214	0.6021	0.6851	0.7348	0.8471
10	0.4973	0.5760	0.6581	0.7079	0.8233
11	0.4762	0.5529	0.6339	0.6835	0.8010
12	0.4575	0.5324	0.6120	0.6614	0.7800
13	0.4409	0.5139	0.5923	0.6411	0.7603
14	0.4259	0.4973	0.5742	0.6226	0.7420
15	0.4124	0.4821	0.5577	0.6055	0.7246
16	0.4000	0.4683	0.5425	0.5897	0.7084
17	0.3887	0.4555	0.5285	0.5751	0.6932
18	0.3783	0.4438	0.5155	0.5614	0.6787
19	0.3687	0.4329	0.5034	0.5487	0.6652
20	0.3598	0.4227	0.4921	0.5368	0.6524
25	0.3233	0.3809	0.4451	0.4869	0.5974
30	0.2960	0.3494	0.4093	0.4487	0.5541
35	0.2746	0.3246	0.3810	0.4182	0.5189
40	0.2573	0.3044	0.3578	0.3932	0.4896
45	0.2428	0.2875	0.3384	0.3721	0.4648
50	0.2306	0.2732	0.3218	0.3541	0.4433
60	0.2108	0.2500	0.2948	0.3248	0.4078
70	0.1954	0.2319	0.2737	0.3017	0.3799
80	0.1829	0.2172	0.2565	0.2830	0.3568
90	0.1726	0.2050	0.2422	0.2673	0.3375
100	0.1638	0.1946	0.2301	0.2540	0.3211

N .B. Cuando no se encuentra el gl exacto, use el número inmediato inferior.

ANEXO N° 6

PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE LA PRUEBA “t” DE STUDENT

El procedimiento realizado en la aplicación de la prueba “t” de Student está determinado por los siguientes pasos:

- 1) Se tabularon los datos y se aplicaron las fórmulas de la media de X y desviación estándar (S).
- 2) Se ordenaron los datos obtenidos en la aplicación de las fórmulas.
- 3) Aplicación de la fórmula de la prueba “t” de Student.
- 4) Aplicación de la fórmula de los grados de libertad.

1. Tabulación de datos y aplicación de fórmulas, media de X y desviación estándar

Datos del grupo 1: Actitudes de los familiares de pacientes con VIH-SIDA

N°	X _i	X-X _i	(X-X)
1	60	5.875	34.515625
2	61	6.875	47.265625
3	65	10.875	118.26562
4	66	11.875	141.01562
5	55	0.875	0.765625
6	73	18.875	356.26562
7	47	-7.125	50.765225
8	66	11.875	141.01562
9	79	24.875	618.76562
10	68	13.875	192.61562
11	39	-15.125	228.76562
12	31	-23.125	534.76562
13	38	-16.125	260.01562
14	39	-15.125	228.76562
15	39	-15.125	228.76562
16	40	-14.125	199.51562
Σ	866	211.975	3,381.7497

Fórmula de la media de X:

$$\bar{X} = \frac{\sum X_1}{n_1}$$

Sustituyendo:

$$\bar{X}_1 = \frac{866}{16}$$

$$\bar{X}_1 = 54.125$$

Fórmula de la desviación estándar:

$$S = \sqrt{\frac{\sum (X-X)^2}{n_1}}$$

Sustituyendo:

$$S_1 = \sqrt{\frac{3,381.7497}{16}}$$

$$S_1 = \sqrt{211.35935}$$

$$S_1 = 14.538203$$

Datos del grupo 2: Estado de ánimo de pacientes con VIH-SIDA

Nº	X ₂	X-X ₂	(X-X)
1	13	-2.625	6.890625
2	14	-1.625	2.640625
3	30	14.375	206.64062
4	12	-3.625	13.140625
5	21	5.375	28.890625
6	14	-1.625	2.640625
7	14	-1.625	2.640625
8	21	5.375	28.890625
9	9	-6.66	44.3556
10	5	-10.625	112.89062
11	11	-4.625	21.390625
12	18	2.375	5.640625
13	12	-3.625	13.140625
14	24	8.375	70.140625
15	5	-10.625	112.89062
16	27	11.375	129.39062
Σ	250	94.535	872.21491

Fórmula de la media de X:

$$\bar{X} = \frac{\Sigma X_2}{n_2}$$

Sustituyendo:

$$\bar{X}_2 = \frac{250}{16}$$

$$\bar{X}_2 = 15.525$$

Fórmula de la desviación estándar:

$$S = \sqrt{\frac{\Sigma (X-X)^2}{n_2}}$$

Sustituyendo:

$$S_2 = \sqrt{\frac{872.21491}{16}}$$

$$S_2 = \sqrt{54.513431}$$

$$S_2 = 7.3833211$$

2. Datos obtenidos en el proceso anterior:

$$\bar{X}_1 = 54.125$$

$$\bar{X}_2 = 15.525$$

$$S_1 = 14.538203$$

$$S_2 = 7.3833211$$

$$n_1 = 16$$

$$n_2 = 16$$

3. Aplicación de la fórmula de la prueba estadística “t” de Student.

$$T = \frac{X_1 - X_2}{\sqrt{\frac{S^2_1}{n_1} + \frac{S^2_2}{n_2}}}$$

Sustituyendo:

$$T = \frac{54.125 - 15.525}{\sqrt{\frac{14.538203^2}{16} + \frac{7.3833211^2}{16}}}$$

$$T = \frac{38.6}{\sqrt{\frac{211.35934}{16} + \frac{54.51343}{16}}}$$

$$T = \frac{38.6}{\sqrt{13.209958 + 3.4070893}}$$

$$T = \frac{38.6}{\sqrt{16.617047}}$$

$$T = \frac{38.6}{4.0764012}$$

$$T = 9.4691366$$

4. Aplicación de la fórmula de los grados de libertad (gl).

Fórmula:

$$Gl = (N_1 + N_2) - 2$$

Sustituyendo:

$$Gl = 16 + 16 - 2$$

$$Gl = 30$$

Distribución "t" de Student:

$$Gl: 05 = 1.6973$$

Resultado:

$$t = 9.4691366$$

$$gl = 30$$

$$\alpha 0.05 = 1.6973$$

Interpretación: El resultado indica que existe **diferencia significativa** en el estado de ánimo de los pacientes entre los que poseen familiares con actitudes negativas, respecto a los que tienen familiares con actitudes positivas.

Tabla de distribución t de Student

Grados de libertad	Áreas de la cola superior					
	.25	.10	.05	.025	.01	.005
1	1.0000	3.0777	6.3138	12.7062	31.8207	63.6574
2	0.8165	1.8856	2.9200	4.3027	6.9646	9.9248
3	0.7649	1.6377	2.3534	3.1824	4.5407	5.8409
4	0.7407	1.5332	2.1318	2.7764	3.7469	4.6041
5	0.7267	1.4759	2.0150	2.5706	3.3649	4.0322
6	0.7176	1.4398	1.9432	2.4469	3.1427	3.7074
7	0.7111	1.4149	1.8946	2.3646	2.9980	3.4995
8	0.7064	1.3968	1.8595	2.3060	2.8965	3.3554
9	0.7027	1.3830	1.8331	2.2622	2.8214	3.2498
10	0.6998	1.3722	1.8125	2.2281	2.7638	3.1693
11	0.6974	1.3634	1.7959	2.2010	2.7181	3.1058
12	0.6955	1.3562	1.7823	2.1788	2.6810	3.0546
13	0.6938	1.3502	1.7709	2.1604	2.6503	3.0123
14	0.6924	1.3450	1.7613	2.1448	2.6245	2.9768
15	0.6912	1.3406	1.7531	2.1315	2.6025	2.9467
16	0.6901	1.3368	1.7459	2.1199	2.5835	2.9208
17	0.6892	1.3334	1.7396	2.1098	2.5669	2.8982
18	0.6884	1.3304	1.7341	2.1009	2.5524	2.8784
19	0.6876	1.3277	1.7291	2.0930	2.5395	2.8609
20	0.6870	1.3253	1.7247	2.0860	2.5280	2.8453
21	0.6864	1.3232	1.7207	2.0796	2.5177	2.8314
22	0.6858	1.3212	1.7171	2.0739	2.5083	2.8188
23	0.6853	1.3195	1.7139	2.0687	2.4999	2.8073
24	0.6848	1.3178	1.7109	2.0639	2.4922	2.7969
25	0.6844	1.3163	1.7081	2.0595	2.4851	2.7874
26	0.6840	1.3150	1.7056	2.0555	2.4786	2.7787
27	0.6837	1.3137	1.7033	2.0518	2.4727	2.7707
28	0.6834	1.3125	1.7011	2.0484	2.4671	2.7633
29	0.6830	1.3114	1.6991	2.0452	2.4620	2.7564
30	0.6828	1.3104	1.6973	2.0423	2.4573	2.7500
31	0.6825	1.3095	1.6955	2.0395	2.4528	2.7440
32	0.6822	1.3086	1.6939	2.0369	2.4487	2.7385
33	0.6820	1.3077	1.6924	2.0345	2.4448	2.7333
34	0.6818	1.3070	1.6909	2.0322	2.4411	2.7284
35	0.6816	1.3062	1.6896	2.0301	2.4377	2.7238
36	0.6814	1.3055	1.6883	2.0281	2.4345	2.7195
37	0.6812	1.3049	1.6871	2.0262	2.4314	2.7154
38	0.6810	1.3042	1.6860	2.0244	2.4286	2.7116
39	0.6808	1.3036	1.6849	2.0227	2.4258	2.7079
40	0.6807	1.3031	1.6839	2.0211	2.4233	2.7045
41	0.6805	1.3025	1.6829	2.0195	2.4208	2.7012
42	0.6804	1.3020	1.6820	2.0181	2.4185	2.6981
43	0.6802	1.3016	1.6811	2.0167	2.4163	2.6951
44	0.6801	1.3011	1.6802	2.0154	2.4141	2.6923
45	0.6800	1.3006	1.6794	2.0141	2.4121	2.6896

ANEXO N° 7

1. CONFIABILIDAD GLOBAL DE LA ESCALA DE ACTITUDES Y LA ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.

Procedimiento:

En el proceso de confiabilidad de la escala de actitudes de los familiares y la escala hospitalaria de ansiedad y depresión, se aplicó el Método de Mitades Partidas a los puntajes globales de los dieciséis pacientes obtenidos en cada escala. Los dieciséis puntajes se dividieron en dos mitades, por ejemplo, apareando el uno con el dos y así sucesivamente, hasta formar dos columnas de ocho puntajes. Estos puntajes se ubicaron en una tabla de entrada “X y Y”, luego se ingresaron los datos en la prueba de Pearson del programa Minitab, y obteniendo la matriz de datos correlacionados, así como el resultado de relación r y el nivel de confianza de la prueba en su totalidad.

1. CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE ACTITUDES DE LOS FAMILIARES HACIA PACIENTES CON VIH-SIDA (EAF).

Matriz de datos obtenidos al aplicar la escala de actitudes

Ítems	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	total
1	4	3	3	4	3	4	3	3	4	3	2	1	3	2	1	2	45
2	3	3	4	4	3	4	3	3	4	4	2	1	2	2	2	2	46
3	4	3	3	4	3	4	2	4	4	3	2	2	2	1	1	1	43
4	3	3	4	4	3	4	2	3	4	3	1	1	2	2	2	2	43
5	3	3	3	4	3	4	2	3	4	4	1	1	1	1	1	1	39
6	4	1	3	1	3	1	2	2	1	1	3	3	3	3	0	3	34
7	3	3	2	1	3	1	3	3	1	1	1	3	1	1	4	0	31
8	3	3	3	4	3	4	3	3	4	4	2	1	1	1	2	2	43
9	2	3	2	4	3	1	4	3	4	3	3	3	3	3	4	3	48
10	3	3	4	1	4	4	3	3	4	1	3	1	3	3	4	3	47
11	3	3	3	3	4	4	2	3	4	4	1	1	1	1	2	2	41
12	2	1	0	3	1	1	1	2	4	1	1	1	1	1	1	1	22
13	3	3	1	3	0	4	2	3	4	4	2	1	2	2	2	1	37
14	4	3	4	3	0	4	2	3	4	4	2	1	1	2	1	2	40
15	3	3	3	4	0	4	1	3	4	3	1	1	1	1	1	2	35
16	2	2	2	0	1	1	4	4	1	1	3	0	1	3	4	2	31
17	4	3	3	0	1	4	1	3	4	4	1	3	2	1	1	2	37
18	4	3	4	4	4	4	1	3	4	4	2	1	2	2	1	3	46
19	3	3	3	4	4	4	2	3	4	4	2	1	1	2	2	2	44
20	3	3	3	3	4	4	1	3	4	4	1	1	2	2	1	2	41
21	3	3	4	4	1	4	1	3	4	4	2	2	2	2	1	1	41
22	4	3	4	4	4	4	2	3	4	4	1	1	1	1	1	1	42
Total	60	61	65	66	55	73	47	66	79	68	39	31	38	39	39	40	875

MÉTODO DE MITADES PARTIDAS

Nº de sujeto	X	Y
1/2	60	61
3/4	65	66
5/6	55	73
7/8	47	66
9/10	79	68
11/12	39	31
13/14	38	39
15/16	39	40
Σ	422	444

Para llevar a cabo el método de mitades partidas fue necesario aparear los puntajes de los sujetos, por ejemplo, uno se apareó con dos; el número uno constituye el eje “X” y el número dos el eje “Y”.

MATRIZ DE PUNTUACIONES OBTENIDAS

Para efectos estadísticos, se ingresaron los datos en el coeficiente “r” de Pearson, donde se integran los valores de X y Y.

X	X	Y	Y	XY
60.00	3,600.00	61.00	3,721.00	3,660.00
65.00	4,225.00	66.00	4,356.00	4,290.00
55.00	3,025.00	73.00	5,329.00	4,015.00
47.00	2,209.00	66.00	4,356.00	3,102.00
79.00	6,241.00	68.00	4,624.00	5,372.00
39.00	1,521.00	31.00	961.00	1,209.00
38.00	1,444.00	39.00	1,521.00	1,482.00
39.00	1,521.00	40.00	1,600.00	1,560.00
422.00	23,786.00	444.00	26,468.00	24,690.00

Finalmente en el proceso estadístico se obtuvo el siguiente resultado:

$$r = 0.7634.$$

$$gl = 6.$$

$$\alpha 0.05 = 0.7067.$$

Interpretación: El resultado indica que la escala de actitudes tiene un nivel de confiabilidad aceptable.

2. CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Matriz de datos obtenidos al aplicar la escala de ansiedad y depresión

S Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Total
1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	3	1	3	21
2	1	2	3	1	2	2	1	1	0	0	2	0	1	1	0	1	18
3	2	1	3	2	1	3	3	3	1	1	0	1	2	3	0	3	29
4	0	0	2	1	3	1	0	1	0	0	1	0	0	2	0	1	12
5	1	1	3	1	1	3	1	3	1	1	1	3	1	3	1	3	28
6	0	0	2	1	1	1	0	1	0	0	1	2	1	2	0	2	14
7	1	0	2	1	1	1	0	1	1	0	0	2	1	1	0	2	14
8	1	3	3	1	3	1	1	1	2	0	1	3	1	1	1	3	26
9	1	3	2	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	2	1	3	25
10	1	0	2	0	2	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	8
11	1	2	1	1	1	0	1	2	1	0	1	0	1	2	0	3	17
12	0	0	1	0	2	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	6
13	3	1	2	1	2	2	3	3	1	1	0	2	1	3	1	3	29
14	0	0	1	0	0	1	0	2	0	0	1	1	1	1	0	0	8
Total	13	14	30	12	21	14	14	21	9	5	11	18	12	24	5	27	255

MÉTODO DE MITADES PARTIDAS

Nº ítems	X	Y
1/2	13	14
3/4	30	12
5/6	21	14
7/8	14	21
9/10	9	5
11/12	11	18
13/14	12	24
15/16	5	27

Para llevar a cabo el método de mitades partidas fue necesario aparear los puntajes de los sujetos, por ejemplo, uno se apareó con dos; el número uno constituye el eje “X” y el número dos el eje “Y”.

MATRIZ DE PUNTUACIONES OBTENIDAS

Para efectos estadísticos, se ingresaron los datos en el coeficiente “r” de Pearson, donde se integran los valores de X y Y.

X	X	Y	Y	XY
13.00	169.00	14.00	196.00	182.00
30.00	900.00	12.00	144.00	360.00
21.00	441.00	14.00	196.00	294.00
14.00	196.00	21.00	441.00	294.00
9.00	81.00	5.00	25.00	45.00
11.00	121.00	18.00	324.00	198.00
12.00	144.00	24.00	576.00	288.00
5.00	24.00	27.00	729.00	135.00
115.00	2,077.00	135.00	2,631.00	1,796.00

$$r = 0.37395$$

$$gl = 6$$

$$\alpha 0.05 = 0.7067$$

Interpretación: El resultado indica que la escala de ansiedad y depresión tiene una confiabilidad global baja.

ANEXO N° 8

PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN

✓ Transporte.....	\$160
✓ Fotocopias.....	\$30
✓ Papel Bond.....	\$70
✓ Impresión	\$80
✓ Digitaciones.....	\$90
✓ Libros.....	\$50
✓ Lápices de carbón.....	\$3
✓ Navegación de Internet.....	\$30
✓ Tinta para impresora.....	\$40
✓ CDs y disket	\$5
✓ Memoria	\$25
Total.....	\$583 dólares

F A S E S	Meses	febrero				marzo					abril				mayo					junio				julio				agosto					septiembre						
	Actividades	Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4		
1	Elaboración del proyecto de investigación		XXXXXX																																				
	-Generación de ideas de investigación		XXXXXX																																				
	-Elección del tema		XXXXXX																																				
	-Revisión de literatura		XXXXXX																																				
	-Elaboración de propuesta:					X	XXX																																
	1. Planteamiento del problema					X	XXX																																
	2. Objetivos y justificación					X	XXX																																
	3. Definición de metodología					X	XXX																																
	4. Formulación de hipótesis					X	XXX																																
	5. Definición de variables					X	XXX																																
	6. Marco teórico (aspectos generales)					X	XXX																																
	7. Definición de perspectiva de análisis					X	XXX																																
	-Elaboración del marco teórico:							XXXXX	X																														
	1.Revisión y análisis de literatura							XXXXX	X																														
	2. Selección de literatura							XXXXX	X																														
	3. Sistematización de la información							XXXXX	X																														
	-Elaboración de prueba piloto:							XXXXX	XXXXXXXXX	X																													
	1. Elaboración de instrumentos							XXXXX	XXXXXXXXX	X																													
	2. Elaboración de plan piloto							XXXXX	XXXXXXXXX	X																													
	3. Ejecución del plan piloto							XXXXX	XXXXXXXXX	X																													
	4. Análisis estadístico de datos: confiabilizar instrumentos							XXXXX	XXXXXXXXX	X																													
2	Ejecución del proyecto de investigación																																						
	-Visita a la institución: solicitud de permiso y selección de muestra																																						
	-Aplicación de la prueba a la muestra																																						
3	Elaboración del informe de investigación																																						
	-Análisis de los datos																																						
	-Presentación del avance 1																																						
	-Presentación del avance 2																																						
	-Exposición de resultados																																						
4	Entrega del informe final																																						

