

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE EN ESMERALDAS



ESCUELA DE ENFERMERÍA

TESIS DE GRADO

**CALIDAD DE VIDA QUE TIENEN LAS PERSONAS CON
VIH/SIDA DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS.**

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA

MEDRANO QUINDE KAREN PAMELA

ASESORA

LCDA. MAIRA MONTAÑO ESTACIO

ESMERALDAS – 2016

Disertación aprobada luego de dar el cumplimiento a los requisitos exigidos por el reglamento de la P.U.C.E.S.E. previo a la obtención del título de enfermería.

Director (a) de Disertación

Lector (a) 1

Lectora (a) 2

Directora de Escuela

Fecha.....

AUTORIA

Yo Karen Pamela Medrano Quinde con C.I. 0802556050 declaro que la presente investigación enmarcada en el trabajo actual es absolutamente original, autentica y personal.

En virtud que el contenido de esta investigación es de exclusiva responsabilidad legal y académica de la autora.

C.I. 080255605-0

DEDICATORIA

A Dios principalmente, porque nada sobre la tierra sucedería si él no lo permitiera y agradecer por guiar mi camino, darme fuerzas para continuar y no detenerme ni desmayar en las dificultades ni adversidades; sin perder la fe en él.

A mis padres porque tomada de sus manos inicie mi aprendizaje en la vida, guiándome siempre en el camino correcto que debía seguir; apoyando siempre mi confianza en el gran altísimo, y por toda su ayuda brindada para poder alcanzar una meta más en este camino llamado vida.

A mis hermanos que de alguna u otra forma me han ayudado y brindado su apoyo para continuar y esforzarme a lograr este objetivo.

AGRADECIMIENTO

A Dios por mantenerme con salud y por sus bendiciones que nunca faltan.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Esmeraldas por acogerme a mis y mis compañeros todos estos años de estudio y formación para ser profesionales capaces y el alcance de tener una visión y misión profesional.

A la Escuela de Enfermería por la loable labor que desempeñan junto con los docentes que se preocuparon por darnos siempre una enseñanza excelente y además preocuparse por formar de manera íntegra al profesional.

Al culminar este trabajo finalmente quiero dejar constancia de mi más sincera gratitud a todas aquellas personas que me apoyaron para llegar a la terminación de este trabajo de investigación.

INDICE DE CONTENIDO

TIBUNAL DE GRADUACIÓN	ii
AUTORIA	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
INDICE	vi
LISTA DE ILUSTRACIONES Y TABLAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
CAPITULO I	
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO II	
METODOLOGIA	8
CAPITULO III	
RESULTADOS	10
DISCUSIÓN	20
CONCLUSIONES	25
RECOMENDACIONES	27
BIBLIOGRAFIAS	28
ANEXOS	

LISTA DE ILUSTRACIONES Y GRÁFICOS

TABLA 1 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE SITUACION ETNOGRÁFICA	11
FIGURA 1 DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJES POR INGRESO ECONÓMICO	11
FIGURA 2 DISTRIBUCION EN PORCENTAJE POR OCUPACION LABORAL	12
FIGURA 3 DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE ENFERMEDADES OPORTUNISTAS.	13
FIGURA 4 DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE POR AUTOPERCEPCION	13
FIGURA 5 DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE POR ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	14
FIGURA 6 DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE POR PROBELMAS SEXUALES	15
FIGURA 7 DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE POR MANTENIMIENTO DE HABITOS SALUDABLES	15
FIGURA 8 DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE POR PROBLEMAS PARA CONCILIAR EL SUEÑO	16
FIGURA 9 DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE POR CONSUMO DE DROGAS	16
FIGURA 10 DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE POR CONSUMO DE ALCOHOL Y CIGARRILLO.	17

CALIDAD DE VIDA QUE TIENEN LAS PERSONAS CON VIH/SIDA DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS.

RESUMEN

Esta tesis se basó en identificar la calidad de vida que tienen las personas con VIH/SIDA de la ciudad de Esmeraldas, mediante la autopercepción de las personas acerca de su propio bienestar al vivir con VIH/SIDA. El tipo de investigación que se utilizó fue cuantitativo y cualitativo, mediante la aplicación de encuesta y entrevista a 35 personas que tienen VIH/SIDA en la Ciudad de Esmeraldas. La Provincia de Esmeraldas se encuentra al norte del Ecuador con un aproximado de 500.000 habitantes. Según el Ministerio de Salud Pública existen aproximadamente 761 casos de VIH/SIDA en dicha ciudad el 62% reciben tratamiento antirretroviral. El tiempo de duración de la investigación fue de un mes y medio, con intervenciones de 2 veces por semanas. Los resultados revelaron que el grupo etario donde se reportó más casos de VIH/SIDA fue joven adulto de 22-34 años con 51% seguido de la adulta 35-44 con un 40%. El 82% de las personas encuestadas son desempleados mientras que solo el 15% cuenta con empleo y el 3% son estudiantes. El ingreso económico mensual fue menor a 100 dólares en un 60%, mientras que el 31% oscila entre 200 y 365 y un 9% tiene un ingreso mayor a 500 dólares. El 77% siguen en orden el tratamiento y casi siempre toman su medicación puntualmente, mientras que el 14% lo hace a menudo y el 9% lo hace a veces. Para poder tener una calidad de vida óptima en las personas con VIH/SIDA es necesario tener un balance entre hábitos saludables, un ingreso económico estable, la adherencia y secuencia del tratamiento.

Palabras claves: Virus de Inmunodeficiencia Humana, calidad de vida, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

HAVING QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH HIV / AIDS IN THE CITY OF ESMERALDAS.

ABSTRACT

This thesis was based on the quality of life identify with people with HIV / AIDS in the city of Esmeraldas, by the self-perception of people about their own well-being by living with HIV / AIDS. The type of research used was quantitative and qualitative, through the application of survey and interview 35 people who have HIV / AIDS in the city of Esmeraldas. The Province of Esmeraldas is located north of Ecuador with approximately 500,000 inhabitants. According to the Ministry of Public Health, there are approximately 761 cases of HIV / AIDS in this city 62 % receive antiretroviral treatment. The duration of the investigation was a month and a half, with interventions 2 times per week. The results revealed that the age group where most cases of HIV / AIDS was young adult 22-34 years with 51 % followed by the adult 35-44 with 40% reported. 82% of respondents are unemployed while only 15 % have employment and 3% are students. The monthly income was less than \$ 100 by 60 %, while 31 % between 200 and 365 and 9% have a higher income to \$ 500. 77% followed by treatment and almost always take their medication on time, while 14 % do so often and 9 % do so sometimes. In order to have an optimal quality of life in people with HIV / AIDS you need to have a balance between healthy habits, a stable income, adherence and treatment sequence.

Keywords: Human Immunodeficiency Virus, quality of life, Acquired immunodeficiency syndrome.

CAPITULO I

INTRODUCCION

El interés o deseo de saber sobre la calidad de vida se ha establecido desde tiempos antiguos. "La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, educación, economía, política y el mundo de los servicios en general". (Gómez)

La calidad de vida es un concepto que conexas con el bienestar del individuo y su percepción de la vida ante su infección, es por esto la importancia que tiene la demostración en estas personas; a través del grado de satisfacción ante los factores que influyen en su contexto social; como derechos, deberes, estilo de vida, trabajo, entre otros. Todos estos elementos son esenciales para un desarrollo completo del sujeto y población que establecen un sistema de valores que estipulan la sociedad. (Ávila, 2013)

El VIH/SIDA es una de las epidemias que más afecta al mundo especialmente a los países de bajos recursos y en vías de desarrollo. En América Latina en el año 2014 el número de personas infectadas con el virus de VIH/SIDA era de 1.6 millones, con un porcentaje del 45% en tratamiento retroviral. (OMG, 2015)

En Ecuador la epidemia del VIH/SIDA es concentrada en un grupo de la población vulnerable y mucho más expuesta a ciertos comportamientos de riesgo, exactamente transexuales, homosexuales, trabajadoras sexuales, privados de la libertad y un bajo porcentaje mujeres embarazadas, niños. Según el Ministerio de Salud Pública en Ecuador más de 45.000 personas están infectadas con VIH/SIDA hasta noviembre del 2015. Mientras que en la provincia de Esmeraldas existen 1500 casos de VIH/SIDA aproximadamente, en la ciudad de Esmeraldas hay 761 personas diagnosticadas con VIH y cerca del 62% de las personas toman tratamiento retroviral. (MSP, 2015).

Desde los inicios del VIH/SIDA a nivel mundial en las décadas ochenta y noventa las personas infectadas fueron sumergidas en un marco de discriminación social, que fue llenado por un sin número de estereotipos y prejuicios hacia los pacientes; desde entonces se volvió un tabú y discreción de ocultar la enfermedad para tener una aceptación general. Todas las personas pueden adquirir el Virus de Inmunodeficiencia Humana; ni las infecciones de transmisión sexual ni el VIH/SIDA son condiciones exclusivas de una determinada tendencia sexual. El grado de desconocimiento en general de las personas con respecto al VIH/SIDA se puede considerar preocupante, pese a las múltiples campañas de educación y la información sensibilizando a la población por parte del Ministerio de Salud Pública mediante el Programa Estratégico para la Prevención.

Cuando la familia se percata que un familiar se encuentra tomando medicación a escondidas y este les hace saber que padece de VIH lo primero que se crea en el entorno familiar es la idea de una muerte inminente, al mismo tiempo en el círculo social que le rodea empiezan a producir agresiones muchas veces verbales y hasta físicas, lo que producen como consecuencia una baja autoestima y muchas veces llegan a pensamientos de suicidio por esta razón las personas abandonan o nunca inician un tratamiento; hasta que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida hace su aparición por medio de una enfermedad oportunista (Neumonía, Tuberculosis, Sarcoma de Kaposi, Candidiasis bucal y esofágica, Síndrome del Desgaste, entre otras) que muchas veces no se logra controlar por la gravedad y provocan la muerte.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es la enfermedad causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) este virus ataca al sistema Inmunológico específicamente a los Linfocitos T CD4, pues no es consecuencia de un trastorno hereditario sino que el resultado de una exposición a una infección por el VIH facilitando el desarrollo de infecciones oportunistas, tumores y otros procesos; permaneciendo latente y destruyendo células encargadas de la defensa del sistema inmunitario del organismo. El VIH pertenece a la familia de los retrovirus y forman parte del grupo ARN (ácido ribonucleico) siendo su principal característica disponer de una transcriptasa inversa o retrotranscriptasa que es responsable de transformar la información genética del virus en ADN, utilizando células del hospedador para dividirse. Presenta una elevada variabilidad genética apareciendo frecuentemente

mutaciones en su ciclo de replicación viral en el interior de las células infectadas imposibilitando el desarrollo de una vacuna eficaz para esta enfermedad.

Existen cuatro vías de transmisión del VIH, la forma parenteral consta por exposición a sangre u otros fluidos sin control sanitario adecuado, por compartir agujas infectadas utilizadas en el proceso de preparación o administración de droga contaminadas con sangre de un portador; otra forma por contacto sexual sea este vaginal, anal u oral con el semen, la sangre o secreciones vaginales de una persona infectada; la forma vertical transmitida por la madre a su hijo durante el embarazo, el parto, o la lactancia. Conociendo que una de la forma más frecuente de transmisión del VIH es a través de las relaciones sexuales es importante tomar medidas para la prevención de esta enfermedad el único método es el de mantener relaciones sexuales seguras utilizando correctamente el preservativo (masculino o femenino), evitar inyectarse con agujas contaminadas, tomar las debidas precauciones con respecto a la bioseguridad en las exposiciones de secreciones.

Las personas que padecen de esta infección por lo general experimentan un mismo cuadro de fiebre, cefaleas, adenopatías, mialgias y erupciones exantemáticas conocidas como síndrome mononucleosido por su parecido a los signos y síntomas de la mononucleosis infecciosa, durante este periodo se produce una fuerte distribución del virus por todo el organismo con una mayor intensidad en el tejido linfático y sistema nervioso central este periodo puede durar desde semanas a meses o incluso años. En la fase crónica se detecta una elevada carga viral en los ganglios linfáticos que suele estar aumentando de tamaño y en la fase final que se denomina SIDA se encuentra caracterizada por un descenso de los niveles de células inmunes básicamente de los linfocitos T CD4+ destruyendo el sistema linfático y empezando con el desarrollo de infecciones oportunistas.

En su tratamiento se encuentran los llamados antirretrovirales divididos en dos grupos los inhibidores de la transcriptasa inversa y los inhibidores de proteasa como son: ITR: Abacavir (ABC), Tenofovir (TDF), Emtricitabina (FTC). ITRNN: Efavirenz (EFV), Nevirapina (NVP), Etravirina (ETV). IP: Lopinavir + Ritonavir (LPV/RTV), Saquinavir (SQV), Atazanavir (ATZ), Duranavir (DRV). Los tratamientos antirretrovirales incrementan la expectativa de vida a las personas con esta infección, a pesar de los efectos secundarios que ocasionan, sin embargo su efectividad depende del

nivel de adherencia. Hay factores que intervienen en la aceptación y mantenimiento del comportamiento en la adherencia. Una actitud positiva formada por las experiencias del sujeto y la confianza de que el tratamiento prolongará su vida, promueven adherencia al régimen terapéutico. Mientras que la presión social, la falta de motivación, falta de recursos influyen negativamente en el comportamiento de adherencia.

En el prejuicio la relación entre sexualidad y VIH/SIDA ante la sociedad tiene mayor predisposición a juzgar la conducta sexual de las personas infectadas; la población le adjudica esta infección a grupos ya estigmatizados (homosexuales, trabajadoras sexuales, drogadictos, personas privadas de la libertad) esto incita a una doble discriminación una a través del VIH/SIDA y por su orientación y conducta sexual. El estigma social es la desacreditación a las personas ante los ojos de los demás, hay razones que justifican esta acción ya sea por su forma de hablar, color de piel, manera de hablar o de vestir. Este estigma relacionado al VIH/SIDA tiende a fortalecer vínculos por medio de la asociación de VIH como el comercio sexual, las prácticas homosexuales y de otros grupos vulnerables. Se suele pensar, equivocadamente, que las personas que están infectados por VIH se merecen este estado por lo que han vivido.

El significado de estereotipo según la Academia de la Real Lengua española es la imagen estructurada que es aceptada por la mayoría de la población a un determinado grupo, en la sociedad tanto en la salud como en el círculo familiar existen un sin número de transcripciones hacia las personas viviendo con VIH/SIDA que provocan vergüenza de que ellos no puedan expresar libremente su enfermedad sin necesidad de ser señalados, provocando depresiones, ansiedades, todo esto en un círculo que parece inalcanzable de terminar.

Desde que apareció el VIH/SIDA los países del mundo se unieron para iniciar una lucha contra esta infección. Mediante el decreto de la nueva constitución del 2008 las guías de atención a personas viviendo con VIH/SIDA adolescentes y adultos, así mismo de prevención y control de transmisión materno infantil y sífilis congénita y de atención integral a los niños con la infección se profundizó en la atención del paciente con VIH y a través de la cual se lograría mejorar su estilo o calidad de vida. (Zuluaga, 2015)

En algunos países se han realizado investigaciones sobre la calidad de vida que tienen las personas que padecen la infección de VIH/SIDA. En China se hizo un estudio de dos años 2007-2008 sobre la calidad de vida a 332 personas con VIH sin ningún tratamiento

previo; se inició el tratamiento antirretroviral y se hizo seguimiento durante seis, doce y 24 meses. Después de iniciado el Tratamiento Antirretroviral se demostró en los seis primeros meses que la recuperación fue mayor utilizando el instrumento de WHOQOL-BREF VIH y el recuento de las células T CD4, después de los seis meses fueron bajando; a niveles concretos de células T CD4, y en los distintos dominios de la calidad de vida; las relaciones sociales era lo único de optimizar; lo que demostró el rápido progreso tras el inicio del tratamiento. (Zhongqiang, 2014).

En República Dominicana en la ciudad de Santiago se hizo una investigación de resultados de salud en la calidad de la expresión emocional (Briongos Laisa, 2011) a pacientes con VIH en dos unidades de cuidados de VIH/SIDA se recogió información general e historial médico por dos meses a un total de 101 participantes evaluando síntomas físicos específicos de la experiencia del VIH/SIDA, percepción de la salud, el valor predictivo de la culpa, vergüenza y estigma percibido. Los resultados mostraron que la vergüenza y la culpa tienen un valor predictivo con respecto al estigma percibido. Una explicación según la investigación es que mientras la vergüenza está vinculada al comportamiento indigno percibido, los sentimientos de culpa se respecta al propio comportamiento involucrado en la contaminación y transmisión. (Cantisano, 2016)

En Brasil se estudió la calidad de vida de hombres con SIDA y el modelo de la determinación social de la salud con un total de 138 pacientes ambulatorios de un hospital universitario, mediante un estudio transversal durante un año 2012 se recolectó datos utilizando un formulario de MDSS; la mayoría de los hombres con SIDA eran heterosexuales entre la edad de 39-49 años, solteros con un nivel superior y sin hijos. En la carga viral fue intermedia hubo menor percepción en homosexuales, casados y con ingresos menor al salario mínimo y la mayor fue para personas sin religión, con empleo y tenían pareja. (Cunha, 2015)

Se realizó una investigación en mujeres con VIH en Sao Paulo Brasil de enero a julio del 2011 sobre calidad de vida, mediante un estudio transversal se escogieron 40 por muestreo no probabilístico, aplicándoles WHOQOL BREF VIH- Cuestionario las edades comprendieron entre 22-69 años, el 55% estaba en una relación sentimental, el 55% no obtenía ningún ingreso económico y el 45% tenía un ingreso de uno a 3 salarios mínimos. La fase clínica el 60% eran casos de SIDA, 23.7% VIH asintomática, 13.1% con VIH sintomático. El área de mayor puntuación fue el espiritual que se evaluaron

temas como el perdón, culpa, muerte, hubo mejorías en la carga viral de las mujeres afianzadas espiritualmente.(Bellini, 2015)

Chile se realizó un estudio cualitativo sobre cómo entender la experiencia de las personas que viven con VIH a 15 PVVS entre mayo y julio del 2011 la recolección de los datos se dio a través de entrevista y la aplicación de un cuestionario para medir variables demográficas. Doce eran hombres con educación media, 6 tenían trabajo tiempo completo, 7 asumieron tener sexo con otro hombre. El recuento de Células T CD4 con una media de 372 células/mm³.

La ley Orgánica de Salud dice “Toda Persona, sin discriminación por motivo alguno tiene en relación a la salud los siguientes derechos. En el literal a) Al acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud, c) vivir en un ambiente sano, ecológicamente equilibrado.

En la Constitución del Ecuador en el apartado sobre los derechos a la no discriminación en el artículo 11, literal 2 que todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades. Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidades, diferencia física o cualquier otra diferencia. En el artículo 66, literal 4 del derecho a la igualdad ante la ley dice que se reconoce y garantizará a las personas el derecho a la igualdad formal, igualdad material y no discriminación (CONSTITUCIÓN 2012).

En el literal sobre el derecho a la privacidad en la Constitución del Ecuador, Art 66 numeral 11, 19 y 20 se les reconoce a las personas el derecho de guardar reservas sobre cualquiera que sea su condición, no se podrá en ningún caso utilizar información de terceros como creencias religiosas, datos referentes a la salud, y la recolección de archivos, y datos salvo por necesidades que necesiten intervención médica y se requiere la autorización del titular.

El Plan Nacional del Buen Vivir tiene como segundo objetivo auspiciar la igualdad, la cohesión, inclusión y equidad social y territorial evitando discriminación y categorización de las personas, mejorar la calidad de vida de toda la población, mediante educación salud, la inclusión social y equidad, garantizar el trabajo digno en todas sus formas evitando estereotipos y que todos tengan las mismas oportunidades.

En el Título Siete del Régimen del Buen Vivir en el Artículo 340 habla sobre el sistema de inclusión social y equidad social y que esta se articulará con el Plan Nacional de desarrollo y el sistema Nacional descentralizado. Mientras que en el Art. 341 habla de que el Estado generará condiciones para la protección integral de todos los habitantes a lo largo de la vida y que aseguren derechos y principios reconocidos en la constitución, principalmente en la igualdad en la diversidad y la no discriminación, y se priorizará la acción hacia los grupos de consideración especial en la que persista desigualdades, exclusión, violencia de salud o discapacidad.

El Gobierno Nacional por medio del Ministerio de Trabajo y Empleo pone en marcha la ley para la Prevención y Asistencia Integral del VIH/SIDA publicada el 14 de abril del 2000 donde se acuerda mediante 5 artículos se impide la terminación de relaciones laborales por petición del visto bueno del empleador, por desahucio, o despido debido al estado de salud que estén viviendo con VIH/SIDA. Las personas que desarrollen la enfermedad SIDA y no puedan ejercer con normalidad sus actividades laborales estarán dispuestas al artículo 175 y 186 donde tienen la obligación de jubilación por invalidez absoluta y permanencia en el Instituto de Seguridad Social. Se inhibe la prueba de detección de VIH/SIDA para obtener o conversar un empleo ya sea en instituciones públicas o privadas. La realización de la prueba de detección de VIH/SIDA es exclusivamente voluntaria, individual, confidencial y consejería previa a la toma de la muestra.

El objetivo general de la investigación fue determinar la calidad de vida que tienen las personas con VIH/SIDA de la ciudad de Esmeraldas. Objetivos específicos de conocer la calidad de vida relacionada a hábitos, situación etnográfica, entorno familiar, social-laboral y su autopercepción salud. Determinar el impacto del estigma social, identificar el estado de discriminación que sufren por la condición de su salud.

CAPITULO II

MATERIALES Y METODOS

El área de estudio donde se realizó la investigación fue la ciudad de Esmeraldas a personas de los barrios Tercer Piso, Aire Libre, Riberas del Rio Esmeraldas, 20 de Noviembre, Vuelta Larga, San Rafael, La Floresta, Codesa, 15 de Marzo, Santas Vainas, San Martin de Porres y Propicia que están infectados de VIH/SIDA desde junio a julio del 2016. Los tipos de investigación utilizados fueron cuantitativa el desarrollo se fundamentó en las encuestas de 14 literales con opciones múltiples relacionadas a su estilo de vida, hábitos, salud, ocupación laboral entre otros. Cualitativa se basó en la teoría fundamentada, la relación a través de entrevistas de 12 preguntas, se redactó totalmente conociendo el grado de discriminación y estigma en la afección de su calidad de vida y el análisis consistente de su realidad y entorno. Los estudios manejados el descriptivo permitió detallar los datos de las entrevistas y encuestas, resultados obtenidos realizados en tablas y cuadros. Analítico estableció el estudio de relación entre padecer de la infección y la afectación que tienen en la calidad de vida de las personas con VIH/SIDA. Observacional se dio a través de la expectación del comportamiento, interacción, manera de comunicarse, concordancia a las respuestas.

La técnica específica tuvo como finalidad recoger los datos a través de entrevistas y encuestas. En el desarrollo de la investigación se siguió los criterios de credibilidad y de confidencialidad, se realizó con previo consentimiento verbal de los entrevistados según los lineamientos éticos y legales de la Constitución del Ecuador. Criterios de inclusión personas que desearon participar; que tenían la infección, adultos hombres y mujeres, criterios de exclusión personas con la infección que no desearon participar de la investigación.

La muestra se eligió mediante un muestreo no probabilístico; el total de 35 personas con la infección de VIH/SIDA.

Técnicas e instrumentos de la recolección de datos encuesta y entrevista. Procedimiento para la aplicación de las técnicas de recolección de datos se dirigió de la manera más cómoda en coordinación con la persona viviendo con VIH/SIDA; se efectuó la visita domiciliaria 2 veces por semana durante mes y medio se recolectó la información que posteriormente fue analizada detenidamente. Se informó a las personas entrevistadas sobre el objetivo y la naturaleza confidencial, se solicitó permiso para la grabación de la entrevista de audio, manteniendo un encuentro entre la investigadora y la persona viviendo con VIH/SIDA, planeado y sistematizando 9 preguntas abiertas donde se grabó la conversación completa y se anotó detalladamente lo que expresaron las personas; estuvo distribuida por tema de ocultación de su infección, tema de discriminación, tema sobre el impacto del estigma social, con duración aproximada de 20 minutos, encuestas por medio de cuestionario 17 literales según la necesidad de la investigación; no se modificó ni controló el proceso de la encuesta, se realizó solo mediante preguntas cerradas de opciones múltiples con una respuesta; estuvo estructurada de la siguiente manera: Información socio demográfica, bienestar, percepción de la salud, educación.

CAPITULO III

RESULTADOS

Distribución calidad de vida relacionada a situación etnográfica

El 63 % de las personas encuestadas fueron de sexo femenino y el 37% corresponden al sexo masculino. El estado civil, solteros el 49%, unión libre 37%, casados con el 11%, y viudo con el 3%.

El 66% es heterosexual, 25% Homosexual y el 9% bisexual, los heterosexuales tienen una proximidad de infectarse por las relaciones sexuales sin protección y la promiscuidad que hay en la sociedad.

El 49% de las personas llegaron solo a estudios incompletos, mientras que el 42% son bachilleres y el 9% son de estudio superior.

El 100% de las personas encuestadas adquirieron la infección de manera sexual, lo que afirma que para mantener relaciones sexuales no usaron protección. La media de los años de infección de las personas con VIH/SIDA es de 10 años.

El 51% correspondió a edades entre 22 a 34, 35 a 44 años de edad con un porcentaje del 40%, 45 a 54 años de edad con el 9%. Esta infección se encuentra concentrada en su mayoría en jóvenes adultos.

Tabla 1.

Situación etnográfica en las esferas: edad, estado civil, sexo, orientación sexual, nivel de instrucción académica, forma de transmisión Distribución porcentual

Datos	Sexo	
	Masculino	Femenino
Etnografía		
Porcentaje	37%	63%
Estado civil	Porcentaje	
Soltero	49%	
Casado	11%	
Unión Libre	37%	
Viudo	3%	
Orientación sexual	Porcentaje	
Heterosexual	66%	
Homosexual	25%	
Bisexual	9%	
Edad	Porcentaje	
22-34	51%	
35-44	40%	
45-54	9%	
Nivel de Instrucción Académica	Porcentaje	
Secundaria	49%	
Bachiller	42%	
Superior	9%	
Forma de Trasmisión	Porcentaje	
Sexual	100%	

Fuente: Encuesta dirigida a personas viviendo con VIH/SIDA

Distribución de calidad de vida relacionada a lo social-laboral

El 60% de los encuestados tienen una entrada menor a 100 dólares, mientras el 31% obtienen entre 200 a 365 y el 9% es mayor a 500 dólares mensuales. Esto demuestra que más de la mitad tiene el 30% del salario mínimo estipulado por el gobierno nacional.

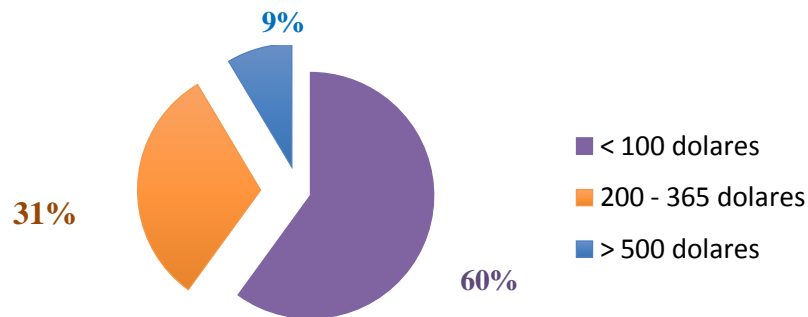


Figura 1: Ingreso económico mensual. Distribución porcentual
Fuente: Encuesta dirigida a personas viviendo con VIH/SIDA

El 49% de los encuestados son desempleados, 33% amas de casa, 9% comerciantes, con el 3% se encuentra chofer, obrero y estudiantes. Esto refleja un nivel alto desempleo con un total del 82%.

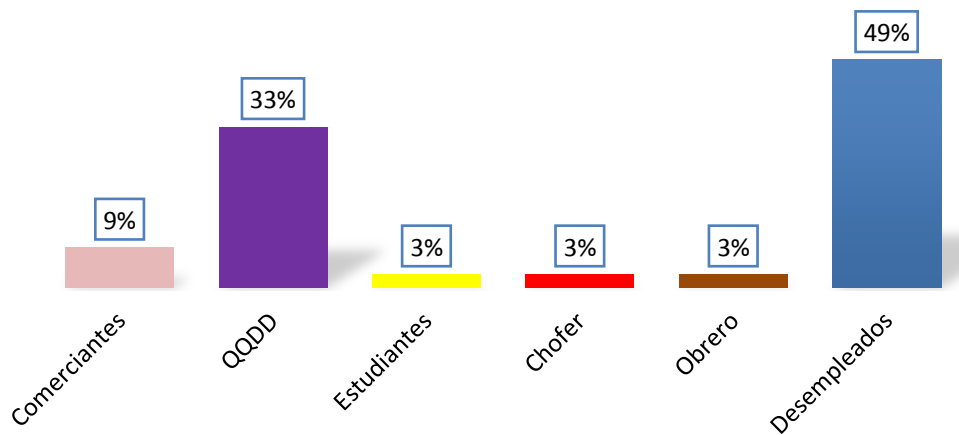


Figura 2: Ocupación laboral. Distribución porcentual
Fuente: Encuestas realizadas a personas con VIH/SIDA

Relaciones familiar y social

El 60% no han tenido problemas para mantener la atención en conversaciones y reuniones sociales, mientras que el 40% sienten aun ese autoestigma de automarcarse y por preocupaciones o problemas familiares.

El 57% de los individuos cuentan con personas que se preocupan por su estado de salud, mientras que el 47% no tiene el apoyo porque aun ocultan la infección a su entorno.

Pérdidas de oportunidades laborales.

El 57% de las personas no han perdido oportunidades laborales puede ser por el grado de escolaridad mucho no son bachilleres mientras que 43% las personas si han perdido oportunidades laborales por tener VIH/SIDA ya que en ciertos lugares exigen realizarse la prueba para obtener el trabajo a pesar que no se contempla en la ley laboral y no debería ser requisito obligado sino voluntario.

Distributivo de calidad de vida relacionada a autopercepción y salud.

El objetivo de calidad de vida relacionada a hábitos y salud la mayoría de las personas no presentan una enfermedad oportunista o sea no están en la etapa de SIDA, mientras que el pequeño porcentaje que presentan estas enfermedades es porque abandonaron el tratamiento y lo retomaron después de un tiempo.

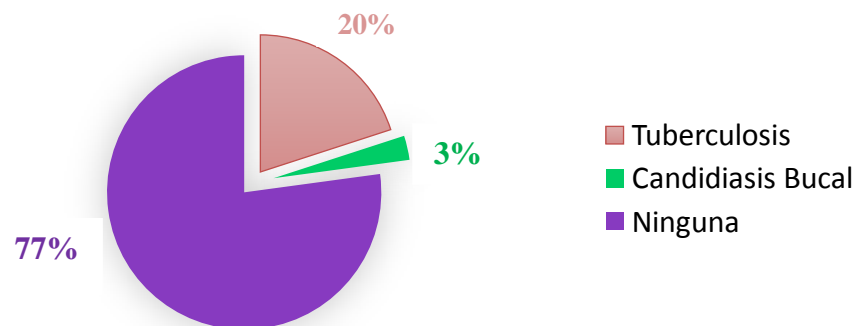


Figura 3: Enfermedades Oportunistas. Distribución porcentual
Fuente: Encuestas realizadas a personas con VIH/SIDA

Se observa en la percepción de salud que las personas al saber que tienen VIH/SIDA su autopercepción hacia la salud es regular, no se consideran estar excelentes a pesar de que estén tomando su medicamento.

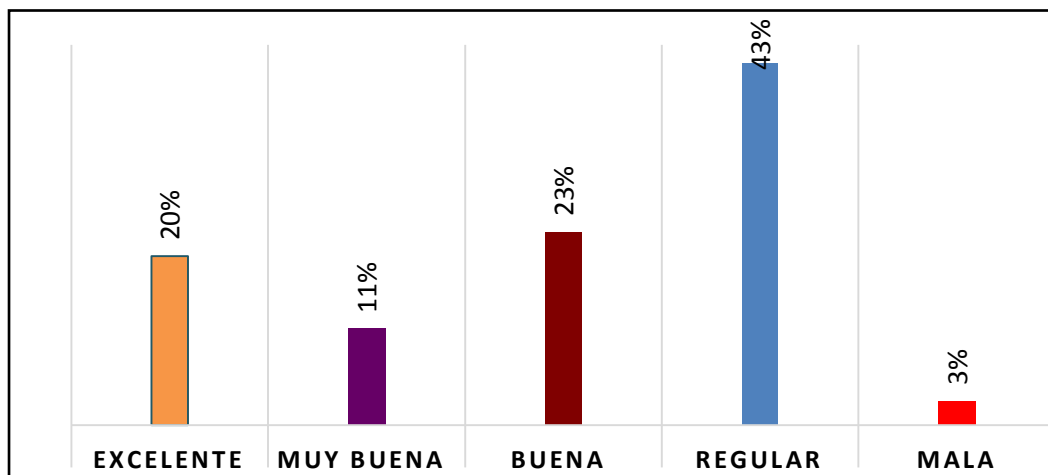


Figura 4: Autopercepción de la salud. Distribución porcentual

Fuente: Encuesta dirigida a personas viviendo con VIH/SIDA

Dificultades físicas

En los problemas de fatiga, cansancio y estrés se indica el 69% de las personas encuestadas han sentido alguna vez cansancio de tener que la infección; lo que imposibilita acudir a la unidad de salud para obtener la medicación, siendo por la falta de recursos para el transporte convirtiéndose esto en una barrera geográfica y de accesibilidad ante la carencia de oportunidades laborales.

Adherencia secuencia y control del tratamiento

El 80% están en control de la infección, retiran la medicación mensualmente, se realizan su chequeo de control de Linfocitos T CD4 cada seis meses, el 20% ha faltado más de una vez a retirar medicación y en ocasiones han faltado a los chequeos de control por problemas personales y por dificultad económica.

El 100% de las personas encuestadas no recordaban la cifra total de su CD4, lo único que sabían era que estaban normal, demostrando una deficiencia del personal de salud donde se atienden o el desinterés y desconocimiento de ellos de que su infección se centra en estos linfocitos.

La adherencia al tratamiento el 77% de las personas encuestadas recibe y son constantes en la toma de su medicación, el 14% a menudo toman su medicación y el 9% a veces toma la medicación. Esto demuestra la responsabilidad y el deseo de no llegar a un proceso más complicado de la infección

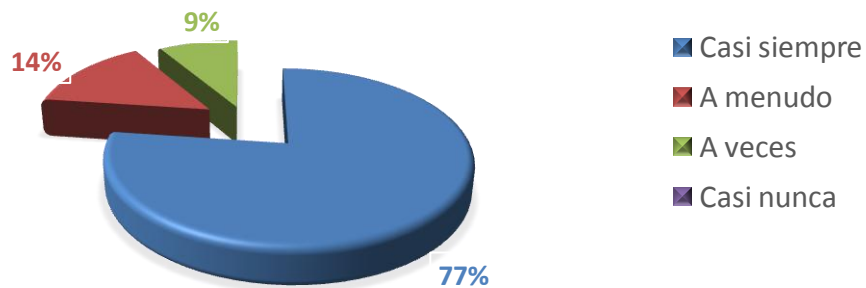


Figura 5: Adherencia al tratamiento. Distribución porcentual
Fuente: Encuestas realizadas a personas con VIH/SIDA

Distributivo de calidad de vida relacionada al entorno familiar.

El 60% no tiene dificultad para llegar a acuerdos y resolver problemas familiares, mientras que el 40% tiene inconvenientes para entablar una conversación y llegar a acuerdos.

Familia conoce sobre el diagnóstico

El 69% refirió que sus familiares saben que tienen la infección pero solo se lo habían comunicado a su progenitora, mientras que el 31% no han podido entablar esa confianza para informar sobre su estado de salud.

El 29 % casi siempre tiene problema para mantener relaciones sexuales con su pareja sentimental, 29% a menudo, el 20% a veces y el 23% casi nunca. Lo que demuestra que tener VIH/SIDA provoca un rechazo, ya sea por miedo o transmisión de la pareja sentimental.

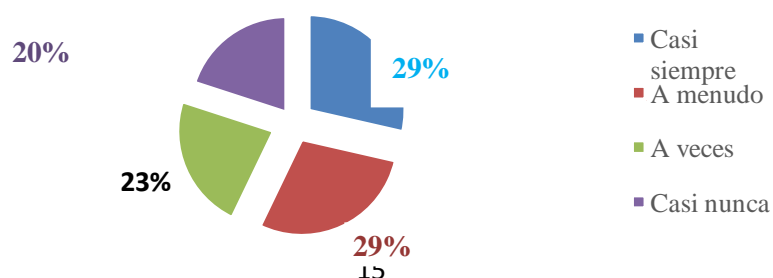


Figura 6: Problemas sexuales con pareja sentimental. Distribución porcentual
Fuente: Encuesta dirigida a personas viviendo con VIH/SIDA.

Distributivo de calidad de vida relacionada a hábitos.

En los hábitos saludables el 51% de las personas no tienen un hábito saludable, no realizan ejercicio y no tienen una buena alimentación, mientras que el 49% si mantienen constantes actividades deportivas y buena alimentación evitando grasas, limitando la sal, y realizando actividades de la vida diaria

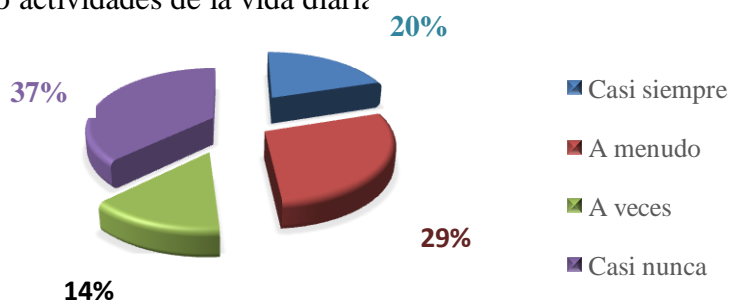


Figura 7: Mantenimiento de hábitos saludables. Distribución porcentual
Fuente: Encuesta dirigida a personas viviendo con VIH/SIDA

Un alto índice de las personas no tiene dificultad para conciliar el sueño, tienen confianza en el tratamiento antirretroviral y en la educación que se les brinda y siguen al pie de la letra las indicaciones; mientras que el 34% suelen tener problemas familiares o no saben la causa de su insomnio

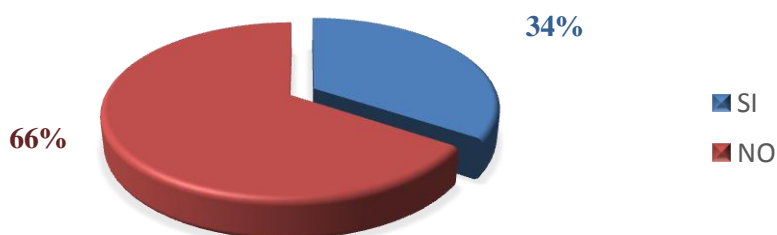


Figura 8: Problemas para conciliar el sueño. Distribución porcentual
Fuente: Encuesta dirigida a personas viviendo con VIH/SIDA

El 83% de las personas nunca ha consumido drogas en comparación de un 17% que consumen drogas a veces y un 3% que su consumo es a menudo y provocan un aceleramiento en el deterioro de la salud.





Figura 9: Consumo de drogas. Distribución porcentual
Fuente: Encuesta dirigida a personas viviendo con VIH/SID

El 46 % de personas no consumen alcohol ni cigarrillo, mientras 37% lo hacen a veces, el 11% a menudo y el 6% toman casi siempre, aumentando la probabilidad de deteriorar su salud en comparación del grupo que no lo hace.

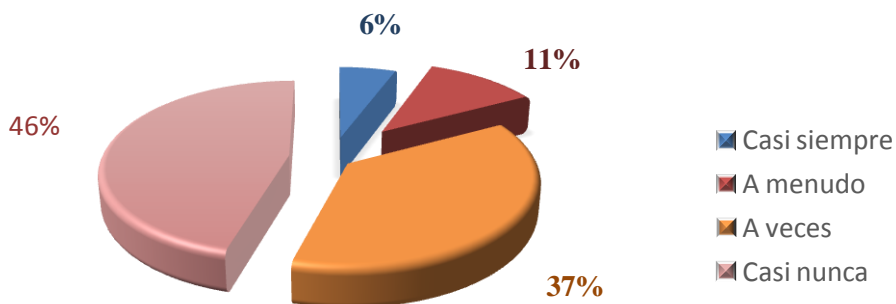


Figura 10: Consumo de Alcohol y cigarrillo. Distribución porcentual
Fuente: Encuesta dirigida a personas viviendo con VIH/SID

Distribución cualitativa de calidad de vida relacionada al impacto del estigma y discriminación.

La vivencia de estigma los principales problemas percibidos que tienen que afrontar las personas con VIH/SIDA en la Ciudad de Esmeraldas. Los primeros alegatos que

engloban el estigma y rechazo de la sociedad, familia y amigos en relación se presentan las siguientes vivencias.

“El principal problema es que aun la sociedad no tengan esa barrera hacia las personas con VIH, me da miedo y vergüenza decirlo porque tengo una hija de 13 años, no quiero que aún se entere de esta infección que tenemos mi esposo y yo. Sé que nada se puede ocultar aquí; pero aún no estoy preparada.” (Mujer con VIH)

“Uno de los principales es el rechazo cuando las personas saben que tienes VIH; un día una vecina me vio que yo tenía a su hija cargada en los brazos corrió a quitármela y a limpiarla pensando que la iba a infectar, creo que es más por la ignorancia que tienen.” (Mujer con VIH)

“La discriminación incluso en el trabajo, cuando tienes dificultades y se vuelven conflictos entre mis compañeros un día hasta me gritaron si eres un sidoso y te vas es a morir, con la vergüenza en la cara de que compañeros que no sabían en ese instante se enteraron de mi condición.” (Hombre con SIDA)

Dificultades que perciben las personas entrevistadas sobre estigma asociado al VIH fueron miedo, ocultar la infección y la medicación, para evitar que hablen acerca de su infección.

“El miedo hace que te aísles y te quieras ocultar porque sientes que las personas te señalan, lo único que haces es llorar hasta que me di cuenta que tengo una hija por quien luchar, trato siempre de sonreír, de demostrar fuerza y porque sé que con el VIH se puede vivir más que un paciente con cáncer.” (Mujer con VIH)

“Lo primero que sentí es la necesidad de irme de casa y de las personas que saben que tengo VIH, porque es duro sentirse así herido que piensan que si los tocas los vas a infectar eso llega un punto que no soportas más.” (Mujer con VIH)

“Ocultar, tengo 10 años con la infección y nunca le he dicho a un familiar que tengo VIH; mi problema es esconder bien la medicación, salir con mentiras de casa sin decir en realidad a lo que salgo porque me rechazaran”. (Mujer con VIH)

Sobre pensamientos y actitudes negativas del auto-estigma que sobrellevan a nivel personal está la idea eminente de la muerte, el rechazo y la aceptación de la enfermedad.

“Uno de los principales pensamientos que te llegan es de que vas a morir y adaptarte a la infección saber que tienes que ir a hacerte atender cada mes, siempre te preguntas por qué a mí de tantas enfermedades por qué esa, yo que hice para merecerlo.” (Mujer con VIH)

“Cuando te enteras de que tienes VIH se me vino los deseos de morir, intente algunas veces quitarme la vida, creí que era en lo último que había caído y pensar que mi familia no me apoyaría fue lo peor” (Mujer con VIH)

Sobre el rechazo impuesto por personas cercanas. En el rechazo las personas hacen énfasis en el no poder comunicarse con su familia ni poder hablar de la infección.

“El no poder hablar del tema con tus familiares es duro, aunque ellos sospechan pero no son capaces de preguntarme y tengo que esconder mi medicación para que mi hija no se entere y pregunte si estoy enferma.” (Mujer con VIH)

“En casa es lo más difícil cuando tus familiares en especial una tía que se hizo mi enemiga me insultaba no permitía que me acercara a mis primos incluso se cambió de casa para no tener ningún roce conmigo” (Mujer con VIH)

“Hay mucha gente amigos familiares que aunque dicen que si aceptan que se tiene el VIH muchas veces cuando estas tomando un jugo nadie quiere tomar del mismo vaso, me da vergüenza porque no puedes hablar ni decir explicar de que por eso no se puede contagiar pero bueno solo toca adaptarse”. (Hombre con VIH)

Experiencias con discriminación y estigma laboral social y familiar

“Si me presente para poder entrar a trabajar a una boutique pero lo primero que pedían era realizarse el examen para VIH así que no asistí a la entrevista, yo pienso que no era necesario porque sentí que al pedírmela iban a insultarme o botarme en ese instante tuve miedo y vergüenza a la vez.” (Mujer con VIH)

“Problema en el lugar de atención pienso de las enfermeras que atienden deberían de mejorar su trato, porque nadie se quiere enterar que uno tiene VIH, no me gustan cuando gritan los pacientes con VIH!... Pienso que aun ahora eso es algo privado y no gritarlo en toda la sala de espera.” (Hombre con VIH)

Efectos secundarios y complicaciones en el Tratamiento Antirretroviral y Tratamiento Antirretroviral Gran Actividad a corto plazo el 66% de las personas que viven con VIH/SIDA se refirieron al inicio del tratamiento; mientras que a largo plazo refirieron a la lipodistrofia sentían que partes de sus cuerpos tenían exceso de cumulo de grasa como abdomen, cara y brazos.

“El primer mes fue horrible te sentías mareado, solo quería estar durmiendo por la debilidad que daba al tomar la medicación, tenía la necesidad de estar solo arropado de pies a cabeza, no quería que nadie me molestara.” (Hombre con VIH)

“Los quince primeros días mareo nauseas, diarrea, sentía paranoias de que las personas me seguían, me aburrí de tomar esa medicación por el malestar en general que sentía, pero después de ese tiempo ya me sentí mejor. Ahora ya no siento nada. (Hombre con VIH)

Apoyo espiritual y fe en Dios en la vivencia con la infección; todas enfatizaron en tener fe y confianza generalmente todos eran católicos y no acudían a seguidamente a la iglesia.

“Soy católica no asisto a ninguna iglesia pero hay que tener confianza en Dios para que ayude a tolerar y continuar con el tratamiento que me ayudara a vivir más tiempo”
(Mujer con VIH)

“Yo confié en Dios por tener esta enfermedad no me puedo echar a morir, tengo que seguir a delante le pido que me de fuerzas.” (Hombre con VIH)

DISCUSIÓN

La calidad de vida en personas con VIH/SIDA representa un término multidimensional de políticas sociales que varían desde el nivel de condiciones de ingresos y comodidades de una persona, familia o comunidad, incluyendo la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción de necesidades.

Esta investigación se realizó con el fin de conocer y describir la calidad de vida, la estigmatización y discriminación de las personas con VIH/SIDA de la ciudad de Esmeraldas sobre todo enfocándose en su adaptación y miedos de tener esta infección.

En esta investigación se ha encontrado resultados similares sobre los grupos etarios, la edad más afectada por VIH/SIDA es la joven adulta; demostrando que este grupo se caracteriza por ser económicamente activos y la edad con mayor riesgo sexual por la falta de métodos de protección como el condón, consumo de alcohol y drogas que aumentan el riesgo de padecer la infección. (Cardona, 2010). Según el Ministerio de Salud Pública en el 2015 hubo un total de 2500 nuevos casos de VIH en todo el territorio Ecuatoriano y en la población joven adulta subió un tercio del rango que había. Según la Organización de las Naciones Unidas Ecuador es el quinto país Latinoamericano con mayor infección de VIH/SIDA (MSP, 2016)

En otra indagación realizada a adultos en Estados Unidos sobre calidad de vida en el sexo el 57% eran hombres afroamericanos solteros de los cuales la mayoría era heterosexual, teniendo en un 39% problemas en las relaciones sexuales en pareja, teniendo una similitud con este trabajo donde el 49% de las personas encuestadas afirmaron tener problemas en sus relaciones íntimas. La diferencia con esta investigación es que 63% son mujeres, de este porcentaje la mitad son amas de casa, por considerar que sus relaciones sexuales se enmarcan dentro de rangos de seguridad al tenerlas con sus parejas dentro de una relación estable, no imaginan que esta persona puede ser la causa de infección por mantener sexo inseguro fuera de casa. Condón femenino y el machismo de la sociedad. La orientación sexual, los heterosexuales encabezaron la lista con el 63% seguido por homosexuales con un 9% y por último bisexuales con un 9% lo que permite interpretar que no solo la infección en Esmeraldas

es en un grupo concentrado de homosexuales como muchas veces se piensa, sino el género heterosexual está enmarcado en infectarse.

Los resultados obtenidos de la calidad de vida de las personas viviendo VIH/SIDA se basa en ciertos puntos; el primero es iniciar con la adherencia al tratamiento y la toma constante sin abandono del mismo y aparte lo que toda la sociedad requiere un ingreso económico estable, un mantenimiento de hábitos saludables entre otros. Mantener hábitos saludables es todo aquello que se engloba en una dieta, en hacer ejercicios, actividades de la vida diaria, evitar consumo de sustancias tóxicas como es el alcohol, tabaco, drogas; esto es indispensable para poder lograr una calidad de vida acorde. En este apartado de respuesta las personas tienen un consumo moderado de alcohol y cigarrillo en un 54% entre a veces y a menudo, puede causar problemas de salud al paciente que se encuentra en tratamiento antirretroviral, En el 2011 se realizó un trabajo de investigación sobre la Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que ingerían alcohol y que asisten al Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña. Se evaluaron dos parámetro motivación, autoeficiencia que unidas forman un sistema psicológico que ayuda a la adherencia y no solo eso sino el comportamiento adecuado en la toma de la medicación. Lo que se consideró alarmante en este estudio que a pesar de tener VIH, esta no fue mencionada ni en sus prioridades ni motivación lo que puede dar a entender que no representa importancia en su salud. (Pesantes, 2011), hay una semejanza con esta investigación donde todas las personas que se encuentran en tratamiento debe de recibir charla de consejería que ayude a guiar y mejorar la adherencia al tratamiento, entender y guiar sobre cómo mantener una calidad de vida recomendable.

Investigación antigua del 2008 realizada a los pacientes del Hospital de Infectología de la Ciudad de Guayaquil se determinó también que la mayoría son desempleados y el ingreso dividido por género de notó que los varones tiene un ingreso promedio mayor que el de las mujeres, mientras que esta investigación realizada en el 2016 solo en la ciudad de Esmeraldas el índice de personas desempleadas es alto con un 82% y su ingreso económico es menor al 30% del salario básico nacional obtenido por ayuda de sus familiares o amigos; quitándoles autosuficiencia, independencia y disminuyendo su autoestima al no ser capaces de satisfacer sus necesidades primarias. Cabe recalcar que en el porcentaje más alto se encuentran personas con estado civil soltero. La ingesta de alimentos diarios en la cultura esmeraldeñas es de comer 3 veces al día los alimentos y

los individuos que tienen VIH/SIDA deben mantener una buena alimentación, en los resultados el 57% de ellos tienen la alimentación referida anteriormente, mientras que el 40% lo hace dos veces al día y el 3% lo hace una vez al día por sus bajos recursos económicos. En este punto de alimentación ellos consumen lo que son más carbohidratos y mariscos. Demostrando debilidad en la calidad de los alimentos pues no cumplen los requisitos de calidad e integralidad.

La adherencia y toma constante del medicamento, son un total de 77% frente a un 23% que no lo hace muy a menudo o que muchas veces para que no se enteren esconden el medicamento y no toman en secuencia, haciendo que la carga viral aumente y los linfocitos CD4 disminuyan apareciendo la enfermedad llamada sida, por lo que el temor al rechazo y la estigmatización se convierten en barreras para la aplicación y conservación adecuada del tratamiento. En el estudio realizado en el Hospital de Infectología de Guayaquil las personas que presentan menor índice de salud física están en un grupo de edad a partir de los 55 años con excelentes expectativas en el Tratamiento Antirretroviral (TARV). (Chambers, 2008)

Percepción de salud, hay que saber que es la manera en que la persona va a percibir su estado de salud muy aparte de que si tiene una constancia o no en el tratamiento, pero esta auto percepción muy ligada a la imagen del individuo en los pacientes encuestados el 43% sienten que su salud es regular ellas tienen la ideología de que por VIH su salud no es completa, y entre muy buena y excelente dan un total de 43% que son aquellos en que tienen una autoimagen y percepción alta sabiendo que con un buen cuidado podrán vivir muchos años.

Los problemas de cansancio fatiga aburrimiento por su problema con la infección, el 68% ha presentado que a veces sufren de ese inconveniente, por saber que todos los meses deben ir a recibir medicación, cada seis meses estar en controles médicos la realización de pruebas para constatar su buen estado inmunológico, provoque un ligero desánimo pero igual lo realizan porque saben que es para mantener un estado de salud óptimo; el Estudio realizado en Puerto Rico, USA y Sudáfrica en el año 2011 con un total de 704 PVVS expresa que los eventos estresantes de la vida si favorecen a una brusquedad de los síntomas de la adherencia y la calidad de vida de estas personas, estos eventos estresantes preocupaban a ellos por el motivo de tu adherencia. (Corless, 2013)

En los resultados referentes a los análisis sobre los problemas en las relaciones sexuales con la pareja sentimental el 80% muestra su dificultad muchas veces por sentimientos de culpa, por miedo a una reinfección, porque la pareja sencillamente no quiere, es un tema muy difícil para las personas con VIH/SIDA poder centrarse en su sexualidad y más que todo mantenerla plena, he aquí porque la mayoría de la adquisición de la infección fue por acto sexual sin protección, estudio cualitativo realizado en Almería España sobre la vivencia de la sexualidad a 11 personas con VIH evaluando tres aspectos de la sexualidad biológico, psicológicos y sociales en los cuales las personas eran afectadas en su vida sexual por el tratamiento como disfunción eréctil, la disminución del placer y de alcanzar orgasmos, otros por el miedo de la transmisión del VIH, y no todas las personas participantes decidieron contar a sus parejas sexuales que portan la infección. (Villar, 2012) Los resultados de este estudio son comparables en relación a las alteraciones de la sexualidad que sufren la población objetiva.

En las enfermedades oportunistas el 20% padece de Tuberculosis en tratamiento el 3% con candidiasis bucal y el 77% no presenta, lo que enmarca la toma constante y la vida saludable que se tenga no solo para las personas con VIH sino para todas aquellas que deseen tener una excelente calidad de vida.

Los efectos secundarios por la toma del Tratamiento Antirretroviral y las complicaciones a largo plazo el 66% refirió al inicio de este presentaron náuseas, vómitos, dolor de cabeza y diarrea por casi un mes, este tratamiento es normal que las personas tengan estos síntomas; la investigación realizada en USA a 18 hombres entre 40 y 56 años con VIH en una clínica suburbana sobre la terapia Cognitiva Conductual para reducir los efectos secundarios del tratamiento por tres meses donde las fatigas disminuyeron como conclusión la Terapia Cognitivo Conductual reduce los síntomas en los pacientes con VIH; en Ecuador no se han realizado este tipo de estudio que serían de útil ayuda y mejorarían la calidad de vida de ellos. (Corless, 2016)

En el análisis del material cualitativo en los resultados sobre la vivencia del estigma demuestra que es un problema central en la vida de las personas entrevistadas. Este apartado se expresa de dos formas tanto en la percepción del estigma por la sociedad como de la internalización del individuo. En la experiencia se puede notar la discriminación y estigma del rechazo al dialogar sobre su infección como el estudio realizado en China de diez meses se relacionó al estigma internalizado y el estigma de la

familia son los factores más importantes para la calidad de vida de las personas con VIH/SIDA. (Wu, 2015) La discriminación institucional en ese mismo apartado se siente aun al perder oportunidades laborales por tener VIH/SIDA, ha tocado renunciar a instituciones por problemas internos con compañeros aunque en la constitución del Ecuador está penalizado, aun se puede erradicar ese estigma del rechazo hacia la persona con la infección. A la persona le cuesta adaptarse a que tiene VIH/SIDA comienza sentimientos encontrados, ideología de la muerte segura por eso muchos han optado por querer acabar con sus vidas. El rechazo impuesto por personas cercanas la poca capacidad de poder sentarse a dialogar con un familiar sobre el VIH llegar a esconder la medicación para la familia, vecinos, amigos no sospechen que toman pastillas y así evitar indagaciones que pueden terminar en discriminación.

La Limitación de esta investigación fue el acceso a estas personas, la poca información que brinda el MSP por motivos de confidencialidad y no romper artículos de la Constitución son escasas, la reserva de la enfermedad, no se puede entra de lleno como si se trabajara con pacientes diabéticos o hipertensos, las personas que viven con el VIH/SIDA aún son reservadas; aun así las que decidieron participar en esta investigación dieron información no permitieron obtener evidencia.

CONCLUSIONES

Cada una de los correspondientes puntos tiene una asociación con las variables que luego se estableció los análisis para conseguir determinar si la persona tiene una calidad de vida, que es este caso no supera el límite de regular las personas que se sometieron a estos procesos (encuestas y entrevistas) en los análisis se notó en cada una de las dimensiones; la falta de economía, problemas para poder tener una relación sexual amena con su pareja, problemas de fatiga cansancio por su problema de salud, dificultad para poder entablar y llegar a acuerdos.

- El grado de escolaridad de las personas entrevistadas es bajo he aquí la relación que tiene en que el 100% adquirieron la infección de manera sexual esto demuestra la escasa cultura sanitaria sobre las medidas de prevención aun en el matrimonio.
- El grupo etario de mayor afectación es el joven adulto se puede considerar un grupo altamente activo, pero que se encuentran desempleados en su mayoría siendo esto una carga para la familia.
- Los problemas en las relaciones sexuales de las personas con VIH/SIDA es alto debido al rechazo por la culpa de la transmisión de su pareja, lo que provoca dificultades para entablar una relación sexual saludable donde se pueda complementar la pareja, lo que aumentara estrés, problemas para llegar acuerdos, peleas muy a menudo.
- Las personas no tienen la confianza de hablar con sus familiares sobre la enfermedad, aunque en su mayoría quien sabe es la mama, mientras que hay un porcentaje que prefiere ocultárselo por temor al rechazo, evitando tener que dar explicaciones y ocultan la medicación, salen con excusas diferentes el dia que le toca control.
- En pérdidas de oportunidades laborables el alto índice de desempleo su mayoría no han perdido oportunidades laborables porque su grado de escolaridad no han buscado trabajo, mientras que el 49% si se han tenido rechazo laboral, han tenido que renunciar o muchas veces se presentan para recibir los requisitos y

entre ellos está la realización del examen para VIH, he aquí la escases de recurso económico que poseen, aunque en la constitución existen leyes de apoyo y amparo a estas personas.

- En la calidad de vida los dividimos en diversos puntos para poder determinar en qué condición se encuentra el individuo el primero es la adherencia y toma constante de medicación donde se aprecia que el 77% dice seguir casi siempre la toma de su medicación todo su tratamiento al pie de la letra lo que hará que su calidad de vida no se vea tan deteriorada por el virus y la dificultad de que tempranamente tenga SIDA.
- Al iniciar el tratamiento antirretroviral el 66% se presentaron efectos secundarios a corto plazo, hasta un mes después, los principales fueron: debilidad, náuseas, mareos, cefaleas y diarreas.
- Los entrevistados refirieron que hasta el momento no han presentado complicaciones por la toma del medicamento, esto mejora su calidad de vida y ayuda la autopercepción de su salud.
- En su autopercepción de sí mismo la mayoría consideraba que si no tuvieran el VIH seria excelente, pero catalogaban su salud como buena y regular a pesar de la constancia y responsabilidad del tratamiento.
- El tener buenos prácticas saludables como realizar ejercicios realizar actividades de la vida diaria aumentara el nivel de calidad de vida aunque las personas en su mayoría no tiene estos hábitos, el consumo de alcohol en algunos de los pacientes es moderado pero este consumo provoca consecuencias a largo plazo a debilitar su sistema inmune en referencias las células T CD4.
- El estigma y discriminación que viven las personas con VIH/SIDA es alto incluso familiar, no tener la capacidad de hablar abiertamente del VIH como una infección más hace que la sociedad muchas veces ignore y no comprenda el vivir de ellos.

RECOMENDACIONES

- El Estado Ecuatoriano y Ministerio de Salud deben planificar nuevas estrategias que permitan ejecutar aquellos procedimientos ya aprobados de manera ética con calidad y calidez que tanto apruebe la enseñanza a la sociedad como a las personas que vive con VIH/SIDA.
- Los Centros del Ministerio de Salud Pública no deben solo de enfocarse en la atención de la infección, sino brindar y prestar atención integral que englobe todos los parámetros que envuelve a la persona con VIH/SIDA y permitan mejorar su calidad de vida por completo.
- El Ministerio de Salud a través de sus áreas educar a la ciudadanía sobre la importancia de la aceptación del VIH/SIDA como una infección controlable sin la necesidad de discriminar y estigmatizar a estos seres.
- A las Personas que viven con VIH/SIDA, continúen constantes en su tratamiento y busquen ayuda de profesionales de Salud o Psicológicos que permitan aumentar su autoestima y puedan dialogar con la familia su problema de salud y evitar la internalización del estigma y el auto rechazo.
- Escuela de enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador con su Sede en Esmeraldas motiven a los estudiantes de la carrera no solo a abordar el tema de la prevención e infección de VIH/SIDA sino también, temas sobre aceptación y no discriminación a los PVVS.

BIBLIOGRAFÍA

Alexandra Guardia, M., Paula Andrea Lenis-Restrepo, M., Diana Cristina Toro-Castaño, M., Katherine Marín-Gallego, M., & Luis Felipe Higueta-Gutiérrez, M. M. (2015). Estigma y discriminación por VIH/SIDA: perspectiva de los trabajadores del sector salud y un grupo de personas que vive con la infección, Medellín, Colombia, 2015. *Revista Curare / Volumen 2 / Número 1*, 1-19.

Allnutt., M. S. (SF de Noviembre de 2011). *PLAN ESTRATÉGICO MULTISECTORIAL DE LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH - PLANES OPERATIVOS ANUALES*. Recuperado el 7 de febrero de 2016, de http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/vih/Plan_estrategico_nacional_VIH.pdf

Amparo Montalvo Prieto, A. H. (2015). SIDA: Sufrimiento de las personas con la enfermedad, Cartagena. *Av Enferm.*, 85-93.

Avila, J. A. (12 de marzo de 2013). *Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutricion Salvador Zubiran*. Obtenido de <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/calidadVida.html>

Bellini, J. M. (2015). Qualidade de vida de mulheres portadoras do HIV. *Acta Paulista de Enfermería*, 350-354.

Briongos Laisa, P. B. (2011). Factores relacionados con el tratamiento antirretroviral y su influencia en la calidad de vida relacionada con la salud en personas infectadas por VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología clínica*, 9–13.

Byron Tamayo Zuluaga, Y. M.-G. (2015). Estigma social en la atención de personas con VIH/sida por estudiantes y profesionales de las áreas de la salud, Medellín. *Rev. Ciencias de la Salud*.

Carol Holtz, R. S. (2014). A Quantitative Study of Factors Influencing Quality of Life in Rural Mexican Women Diagnosed With HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 555-567.

Castillo, M. J. (2014). Infección por VIH/sida en el mundo actual. *Rev. Scielo MEDISAN* vol.18 no.7, 1.

Cecilio Argolo Júnior, S. M. (2014). Avaliação da qualidade de vida de mulheres com diagnóstico de HIV/AIDS em Maceió, Alagoas, Brasil. *Mundo da Saúde, São Paulo*, 448-461.

César A. Londoño-González, H. D.-Z.-S. (2014). Modelo de simulación para la infección por VIH y su interacción con la respuesta inmune citotóxica. *Rev. salud pública.* , 1-14.

- Constituyente, A. (24 de julio de 2008). *Efemerides*. Obtenido de Constitución del Ecuador: <http://www.efemerides.ec/1/cons/index7.htm#Salu>
- Corless, V. G. (2013). The Impact of Stressful Life Events, Symptom Status, and Adherence Concerns on Quality of Life in People Living With HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 478 - 490.
- Cunha, M. L. (2015). Calidad de vida de hombres con Sida y el modelo de la determinación social de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 183-191.
- Desarrollo, S. N. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivos-nacionales-para-el-buen-vivir>
- Dr. Oscar Merlo Faella, D. N. (2014). Experiencia y Opinión de Personas Viviendo con el VIH sobre la Atención Odontológica Recibida. *Rev. Instituto de Medicina Tropical*, 8-17.
- Ecuador, I. N. (17 de Octubre de 2014). *MSP e INEC presentan resultados de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado el 5 de febrero de 2016, de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/msp-e-inec-presentan-resultados-de-demografia-y-salud-sexual-y-reproductiva/>
- Ecuatoriana, C. (SF). *ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN*. Recuperado el 21 de MARZO de 2016, de Coalición ecuatoriana de personas que viven con VIH (CEPVVS): <http://www.coalicionecuatoriana.org/web/interna.php?c=1280>
- Eltony Mugomeri, P. C. (2016). Reported quality of life of HIV-positive people in Maseru, Lesotho: The need to strengthen social protection programmes. *HIV & AIDS Review*, 61 - 68.
- Eric Doerfler, L. G. (2016). Brief Exposure to Cognitive Behavioral Therapy Reduces Side-Effect Symptoms in Patients on Antiretroviral Therapy. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 455 467.
- Heriberto, L. A. (2011). Obtenido de Repositorio Universidad de Guayaquil: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/5984/1/TEISISFINAL.pdf>
- Honghong Wang, A. S. (2016). Social resources, health promotion behavior, and quality of life in adults living with HIV. *Applied Nursing Research*, 204 - 209.
- Francisco Braz Milanez Oliveira, M. E. (2015). Quality of life and associated factors in people living with HIV/AIDS. *Scielo Brazil*, 1.
- Galvão, M. T. (2015). Qualidade de vida e adesão à medicação antirretroviral em pessoas com HIV. *Acta Paulista de Enfermagem*, 48-53.
- Gómez Vela Maria, S. E. (s.f.). Calidad de vida Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la practica. *Instituto Universitario de Integración de la comunidad, facultad de Psicología*, 1.

Guadalupe Carballa, J. O. (2014). Virología Médica. En J. O. Guadalupe Carballa, *Virología Médica* (pág. 360). Argentina: Corpus.

Humberto González-Galbán, D. e.-L.-M.-C. (2013). Diseño y aplicación en Cuba de un constructo para identificar dimensiones sociales de la discriminación por VIH/sida. *Rev. Scielo Salud pública Méx vol.55*, 1.

Jaiberth Cardona, L. H. (2014). Impacto del VIH/SIDA sobre la calidad de vida metaanálisis. *Revista Española de Salud Pública*, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000100006.

José P. GARCÍA-CORPAS Ph.D, P. M.-A. (2013). Prevalencia y factores Asociados al Insomnio y Mala calidad de Sueño en Pacientes con VIH/SIDA en Sevilla España. *VITAE, REVISTA DE LA FACULTAD DE QUÍMICA FARMACÉUTICA*, 195-202.

la, L. t. (-- de septiembre/diciembre de 2013). *Discriminacion de los derechos humanos de las personas con vih/SIDA por parte de os servicios de salud de Mexico*. Recuperado el 3 de marzo de 2016, de <http://www.corteidh.or.cr/tablas/r32206.pdf>

María Fuster. (marzo de 2011). *e-spacio.uned*. Obtenido de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-MJfuster/Documento.pdf>

Mariana de Sousa Dantas, R. C. (2015). Conyugalidad y representaciones sociales del SIDA/VIH por el equipo de salud multiprofesional. *Rev enferm UE, rio de Janeiro*, 734-739.

Ministerio de Sanidad, S. S. (SF de SN de 2012). *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*. Recuperado el 13 de FEBRERO de 2016, de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/estigma.htm>

Moral, J., & Segovia, M. P. (2011). DISCRIMINACIÓN EN MUJERES QUE VIVEN CON VIH/SIDA. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 185-206.

N., B. (2014). Éducation thérapeutique et infection par le VIH. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 563 - 571.

N. Cantisano, B. R.-S. (2016). Health outcomes resulting from the quality of emotional expression in HIV/AIDS patients. *Revue Européenne de Psychologie Aplicada / European Review of Applied Psychology*, Páginas 95-100.

Oliveira, F. B. (2015). Quality of life and associated factors in people living with HIV/AIDS. *Acta Paulista de Enfermagem*, 510-516. Obtenido de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0103-21002015000600510&lng=en&tlng=en

ONUSIDA. (2015). *ONUSIDA*. Recuperado el 9 de FEBRERO de 2016, de <http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything/factsheet>

Paola Carrasco-Aldunate, A. A.-G.-G.-L.-G.-S.-B.-C. (2013). Cómo entender la experiencia de personas que viven con VIH: implicaciones para la clínica y la investigación. En A. A.-G.-G.-

L.-G.-S.-B.-C. Paola Carrasco-Aldunate, *Cómo entender la experiencia de personas que viven con VIH: implicaciones para la clínica y la investigación* (págs. 387-395). CHILE: Aquichan. Vol. 13.

Pereira Marco, C. M. (2015). Reliability and validity of the European Portuguese version of the quality of life index EUROHIS-QOL-8 in HIV-infected patients. *Revista Portuguesa de Salud Pública*, 183 - 187.

R, M. D. (junio de 2012). *ESTRATEGIA NACIONAL DE VIH/SIDA-ITS*. Recuperado el 13 de Marzo de 2016, de http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/vih/PresentacionVIH_1Diciembre2012.pdf

Riyng Lva, G. L. (2016). Research on AIDS patients' survival time after highly active antiretroviral therapy, treatment effect and treatment modes. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 318 - 321.

Rodrigo Leite Hipolito, D. C. (2016). A teoria das representações sociais e a qualidade de vida\hiv\ aids: revisão integrativa de literatura. *Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online*, 3609-3623.

Salud, O. M. (2 de Noviembre de 2015). VIH/SIDA. *Organizacion Mundial de la Salud*, pág. 1

Slater, L. M. (2015). The Multiple Stigma Experience and Quality of Life in Older Gay Men With HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 24 - 35.

SN. (SF). DERECHOS HUMANOS Y VIH. *Coalición ecuatoriana de personas que viven con VIH*, 1.

Silva, A. C. (2014). Calidad de vida, características clínicas y adhesión al tratamiento de personas viviendo con VIH/Sida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 994-1000.

Solorzano, A. O. (24 de marzo de 2011). *Educacion de a Calidad*. Obtenido de Ley Orgánica de Servicio Público: <http://educaciondecalidad.ec/ley-de-servicio-p%C3%BAblico-losep/reglamento-general-a-la-ley-org%C3%A1nica-del-servicio-p%C3%BAblico.html>

Vance, M. d. (SF). *Guía de atención integral para ADULTOS Y ADOLESCENTES CON INFECCION POR VIH/SIDA*. Recuperado el 17 de Febrero de 2016, de http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/vih/Guia_de_atencion_integral_adultos_con_infeccionVIH.pdf

Vance, M. M. (SF). *Guía de prevención y control de la transmisión MATERNO INFANTIL DEL VIH Y SÍFILIS CONGÉNITA, Y DE ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS/AS CON VIH/Sida*. Recuperado el 2 de Abril de 2016, de http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/vih/Guia_de_preencion_control_trasmision_materno_infantilVIH.pdf

Víctor Hugo Fernández, F. F. (2011). *Índice de Estigma y Discriminación en Personas con VIH*. Guatemala: SE.

Viviana Bermúdez-Román, A. e.-P.-M.-Z. (2015). Influencia del estigma en torno al VIH en el acceso a los servicios de salud. *Rev. Scielo salud pública de México / vol. 57*, 252-258.

Villar, M. (2012). Obtenido de SIDASTUDI: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD16082.pdf>

Xiaohua Wu, i. C. (2015). Perceived stigma, medical social support and quality of life among people living with HIV/AIDS in Hunan, China. *Applied Nursing Research*, 169 - 174.

Zhongqiang Ming, D. P. (2014). Two-Year Prospective Cohort Study on Quality of Life Outcomes Among People Living With HIV After Initiation of Antiretroviral Therapy in Guangxi, China. *ELSEVIER*, 603-613.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

SEDE ESMERALDAS

GUIA DE ENCUESTA

Dirigida a las personas con VIH/SIDA de la Ciudad de esmeraldas

Objetivos

Identificar la calidad de vida que tienen las personas con VIH/SIDA de la ciudad de Esmeraldas durante el periodo de febrero a julio del 2016

Evaluar la calidad de vida relacionada a la salud que tienen las personas con VIH/SIDA

DATOS

EDAD

SEXO

ESTADO CIVIL

Soltero (a) Casado (a) Union Libre Divorciado (a)

OCUPACION LABORAL:.....

TOTAL DE CD4 ULTIMO CONTROL.....

Orientación Sexual:

NIVEL DE ESCOLARIDAD.....

Heterosexual.....

Ingreso mensual de dinero aproximadamente

Homosexual.....

<100 dólares.....

Bisexual.....

200 a 355 dólares.....

Más 500 dolares.....

En general, diría que su salud es:

Padece de alguna enfermedad oportunista

Excelente

Tuberculosis

Muy buena

Candidiasis bucal

Buena

Neumonía

Regular

Citomegalo virus

Mala

Otra

Ninguna

Ingesta de alimentos daría:

Padece alguna enfermedad:

1 vez al día

Diabetes

2 veces al día

Hipertensión

3 veces al día

Otra

Ninguna

No.	PREGUNTAS	LITERALES			
		Casi Siempre	A Menudo	A Veces	Casi Nunca
1	Ha tenido dificultad para mantener la atencion en alguna actividad durante cierto tiempo				
2	Ha tenido problemas de fatiga, cansancio, estrés.				
3	Se ha sentido desesperado, sesanimado, aburrido por su problema de salud?				
4	Mantiene usted. hábitos saludables como una buena alimentación evitando grasas, limitando sal, hace ejercicio regularmente, actividades de la vida diaria.				
5	Consume alcohol				
6	Consume drogas				
7	En la relación de pareja ha tenido inconvenientes para obtener libido sexual				
8	Actualmente ud recibe tratamiento y es contante en la toma del mismo para la infeccion				
No	PREGUNTAS	SI		NO	
9	Ha perdido oportunidades laborales por el motivo de revelar tu infección				
10	Ha tenido dificultades para resolver problemas familiare, como hacer planes, tomar decisiones?				
11	Su familia sabe que Ud. padece de la infección				
12	Tiene ud problemas para conciliar el sueño				
13	Presenta ud algun problema de movilidad, dolor que le inpida su movilizacion?				
14	Cuenta con personas que se preocupan por su estado de salud				



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR SEDE
ESMERALDAS**

GUIA DE ENTREVISTA

Dirigida a las personas con VIH/SIDA de la Ciudad de esmeraldas

OBJETIVOS

Determinar el impacto del estigma social que tienen las personas con VIH/SIDA

Identificar el grado de discriminación que sufren las personas que tienen VIH/SIDA

- 1. ¿Usted ha tenido alguna experiencia con discriminación laboral, social y familiar por su estado de salud?**

SI.....

NO.....

Detalle cómo fue:

- 2. En su vida diaria el apoyo espiritual o fe en Dios le ha ayudado a sobrellevar el padecimiento de la infección?**

SI.....

NO.....

- 3. ¿Cuáles cree usted que son los problemas que tienen que enfrentar las personas con VIH/SIDA en Esmeraldas?**

- a. Adaptación a la infección.
- b. Al Estigma, rechazo social en general.
- c. Discriminación.
- d. Consecuencias Psicológicas.

- 4. ¿Ante el rechazo de la sociedad que actitudes negativas ha sentido en el estigma internalizado hacia su persona?**

- a. Depresión
- b. Deseos de morir
- c. Vergüenza y miedo

- 5. ¿Cuál es el impacto del problema relacionado sobre el estigma impuesto por personas cercanas como familiares o amigos?**

- a. No poder hablar abiertamente del VIH con los familiares
- b. Tener oculto tu medicación para evitar ser víctima del estigma.

6. Le han exigido realizarse la prueba del VIH para poder obtener una oportunidad laboral.

SI.....

NO.....

Detalle cómo fue:

7. ¿Has sentido por el impacto del estigma social sobre el VIH la necesidad de aislarse de la familia y la sociedad?

SI.....

NO.....

Detalle cómo fue:

8. ¿De quién ha sido la discriminación más significativa de estigma que ha sufrido por padecer de la infección?

- a. Familiar
- b. Amigos
- c. Compañeros del trabajo
- d. Pareja sentimental

ARBOL DEL PROBLEMA



OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICION	DIMENCION	INDICADOR	ESCALA	ITEM	INSTRUMENTO
Conocer la calidad de vida que tienen las personas con VIH/SIDA.	Calidad de vida.	Tener buenas condiciones de vida 'objetivas' y un alto grado de bienestar 'subjetivo', incluyendo la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales.	Situación etnográfica	Atención sanitaria Consecuencias de la salud Sueño		Casi Siempre A Menudo A veces Casi Nunca	Encuesta
				Familiares		Casi Siempre	
			Entorno familiar	Pareja Amigos estables		A Menudo A veces Casi Nunca	
			Social- laboral	ocupación laboral Ingresos Relaciones sociales		Casi Siempre A Menudo A veces Casi Nunca	
			Autopercepción - salud	Estrés, adherencia y tratamiento, atención sanitaria		Si..... No....	
	Hábitos	Educación Actividades de la vida diaria Consumo de alcohol, cigarrillo, drogas. Conciliar el sueño		Casi Siempre A Menudo A veces Casi Nunca			

Determinar el impacto del estigma social que tienen las personas con VIH/SIDA.	Impacto del estigma social.	Marcas o huellas que están presentes en la piel o físico de la persona así como también en su alma, en su emocionalidad, etc.	físico	Aislamiento Comunicación con familiares Apoyo familiar		Si..... No.....	Entrevista
			social	Identidad, rol Evitación de eventos familiares			
			Institucional	Pérdida de empleo Derechos Inclusión social			
Identificar el grado de discriminación que sufren las personas que tienen VIH/SIDA	Grado de discriminación	Trato diferente y perjudicial que se da a una persona por motivos de raza, sexo, enfermedad, ideas políticas, religión, etc.	Ámbito laboral Ámbito afectivo familiar Rechazo social en general	Ocultación de la serología Miedo al rechazo	Alto..... Medio..... Bajo.....	No poder hablar abiertamente del VIH con los familiares Tener oculto tu medicación para evitar ser víctima del estigma.	Entrevista.

PRESUPUESTO

RECURSOS	CANTIDAD	V. UNITARIO	TOTAL
MATERIALES DE OFICINA			
Resmas de papel bond	1	5.00	5.00
Carpetas	4	0.80	3.20
Anillados	10	2.00	20.00
Empastados	4	10.00	40.00
TÉCNICO			
Flash Memory	1	10.00	10.00
Cámara digital	1	90.00	90.00
Grabadora	1	250.00	250.00
Computadora	1	800.00	800.00
Impresora	1	105.00	105.00
Tinta de Impresora	1	90.00	90.00
Matricula	149.23	149.23	149.23
Primer borrador	408.19	410.19	408.19
Segundo borrador	408.19	410.19	408.19
Tercer borrador	349.88	349.88	349.88
Impresión del título	12.00	12.00	12.00
Gastos varios	30.00	30.00	30.00
TOTAL			2.774,69